



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO A LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

TESIS

**QUE PARA OBTENER TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

JOSÉ ALFREDO PADUA JIMÉNEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. IRMA CORTÉS ESCÁRCEGA

ASESOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

ASESOR: MTRA. CRISTINA FLORES BELLO



CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El estudio se realizó en el marco de los proyectos: Antropología de la Región de las Grandes Montañas, Veracruz. Diversidad poblacional y contextos histórico-sociales, (clave: UNAM-DGAPA-PAPIIT IG400416) y Caracterización de factores protectores: creencias sobre la enfermedad y la vida, patrones de comportamiento y estados emocionales de adultos mayores de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 controlada (clave: UNAM-DGAPA-PAPIIT IN4053I9).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
CARRERA DE ENFERMERÍA
FORMATO F-3



DESIGNACIÓN SINODO

SUSTENTANTE: **PADUA JIMENEZ JOSE ALFREDO**

TITULO DEL TRABAJO:

ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO A LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

MODALIDAD: **TESIS**

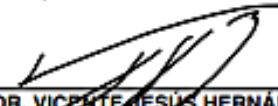
DIRECTOR: **CORTES ESCARCEGA IRMA**

ÁREA:

Le comunico que el jurado que le examinará con motivo de su examen profesional estará formado por los siguientes

SINODALES	FECHA DE INGRESO A LA UNAM
DR. CARDOSO GOMEZ MARCO ANTONIO (Presidente)	1980-02-01
DRA. CORTES ESCARCEGA IRMA (Vocal)	1985-02-08
LIC. LOPEZ MARTINEZ GUADALUPE (Secretario)	1998-02-23
MTRA. TORNERO LAGUNES MARTHA PATRICIA (Suplente)	1998-08-10
MTRA. FLORES BELLO CRISTINA (Suplente)	2008-08-01

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CDMX, a 5 de Marzo de 2021



DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a los informantes, quienes sin su cooperación y tiempo no se podría haber realizado la presente investigación. Por compartirme parte de sus experiencias, por enseñarme desde su perspectiva cómo ven el mundo que nos rodea y por sus palabras las cuales ayudaron a ser la base para dar vida a cada párrafo y a cada página.

Al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez por ser la columna vertebral de la presente tesis ya que sin él no existiría, de igual manera gracias por cada una de sus palabras de motivación, por su tiempo y generosidad, por confiar en mí.

A mi directora de tesis, la Dra. Irma Cortés Escárcega, por compartir sus conocimientos, por aceptar ser mi guía en este proyecto y sobre todo gracias por el tiempo prestado y la paciencia para darle forma y estructura a esta investigación. Gracias por ser una motivación y un gran ejemplo a seguir lo cual me ha ayudado a cimentar un camino y dar el siguiente paso para crecer profesionalmente y continuar superándome.

DEDICATORIAS

A mi Madre, por siempre estar ahí para mí, por confiar en que podría seguir adelante, por su amor incondicional, por apoyarme y comprenderme, por tomarse el tiempo para estar ahí siempre antes que todos.

A mis hermanos, que a pesar de todo me han ayudado a seguir adelante, por ser la fuente inspiración.

A mis amigos, quienes fueron la familia que escogí, por su cariño, su paciencia y siempre darme palabras de aliento para perseverar, siempre los tendré en mis pensamientos.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
I. Revisión del estado del arte	4
II. Planteamiento del problema	7
2.1. Importancia del estudio.....	7
2.2 Propósito de la investigación	8
2.3. Objetivos	8
General	8
Específicos	8
2.4 Pregunta de investigación	8
III. Marco teórico	9
3.1 Espiritualidad.....	9
3.2 Creencias	16
3.3 Religión	21
3.4 Cuidado.....	22
3.5 Diabetes Mellitus tipo 2	25
IV. Metodología	32
4.1 Tipo de estudio.....	32
4.2 Diseño	33
4.3 Contexto.....	33
4.4 Muestra	37
4.5 Participantes	37
4.6 Técnica de recolección de datos	38
4.6.1 Observación.....	38
4.6.2 Entrevista en Profundidad	39
4.7 Análisis de datos	41
4.8 Rigor metodológico	41
4.8.1 Credibilidad.....	41
4.8.2 Confirmabilidad	42
4.8.3 Transferibilidad	42
4.9 Protección de la intimidad	42
4.10 Consideraciones éticas	43
V. Hallazgos y Discusión	44

VI. Conclusiones	53
VII. Anexos	57
Cronograma de actividades del protocolo de investigación	57
Guía de preguntas.....	58
Consentimiento informado.....	59
VIII. Referencias Bibliográficas	60

Resumen

Título: Espiritualidad y Cuidado a la salud en personas con Diabetes Mellitus tipo 2

Introducción: El presente estudio se realizó en el programa DUPAM con el propósito de comprender el estado de salud actual de algunas padecientes que asisten al programa y la relación que guarda con el concepto de Espiritualidad, mediante esto se pudieron rescatar algunos aspectos como es el hecho de sentirse escuchado por Dios, o como ellos mismos vinculan sus actividades de Cuidado con sus creencias y cómo afrontan el proceso de enfermedad a través estos.

Objetivo: Evaluar cualitativamente la percepción de la espiritualidad y el cuidado a la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2, a través de sus experiencias.

Metodología: Estudio de corte cualitativo, entendido no como una solución, sino como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, la recolección de datos fue mediante la observación y entrevista a profundidad. Para la presente investigación se seleccionaron personas con una edad de 55 a 75 años que asisten al programa DUPAM con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en un estado controlado.

Resultados: Del análisis de los datos surgieron 3 categorías 1. La comunicación con Dios, 2. Sentimiento de tranquilidad cuando se habla con Dios y 3. Las creencias como fuente para el Cuidado.

Discusión: La espiritualidad es personal y basada en experiencias, dicho de otra forma puede tener contacto con su lado espiritual donde sea, ya que representa una búsqueda independiente y autónoma para encontrar las respuestas planteadas sobre la vida.

Conclusiones: La práctica de enfermería debe conllevar al profesional a entablar una conexión con todas las dimensiones que componen al ser humano, deben asumir que la interacción de múltiples sistemas convierten a la persona en mucho más que la suma de sus partes, es lo que se llama un ser holístico.

Palabras clave: *Espiritualidad, Cuidado, Enfermería, Diabetes Mellitus*

Introducción

Cuidar es un arte y una ciencia, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades y crisis de la vida misma. En experiencia propia el ser humano es un ente holístico, es decir es un “todo”, piensa, siente y sobre todo cree. En este aspecto vemos que las creencias son una forma de conocimiento interiorizado a partir de aquello que llamamos costumbres, que se traduce en la forma de mirar y sentir el mundo y estar en equilibrio con ese entorno.

La espiritualidad se manifiesta y hace consonancia con el cuidado cuando en la persona se hace presente la enfermedad. Este aspecto cobra relevancia en la persona con una enfermedad crónica ya que tendrá que aprender a vivir sobrellevando la enfermedad, sin menoscabo de sus otras dimensiones como persona. La espiritualidad influye considerablemente en las decisiones, en la evolución de la enfermedad y también en la respuesta al tratamiento².

El presente estudio se realizó en el programa Diabetes, Un Programa de Atención Multidisciplinaria DUPAM (dedicado a atender a personas con diabetes mellitus tipo 2), con el propósito de comprender el estado de salud actual de algunas pacientes o “padecientes” término con el que pretende dirigir la atención hacia la forma en que la persona vive esa condición denominada enfermedad, es decir, las condiciones, además de biológicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales.⁷⁰ que asisten al programa y la relación que guarda con el concepto de Espiritualidad, mediante esto se puede rescatar algunos aspectos como es el hecho de sentirse escuchado por Dios, o como ellos mismos vinculan sus actividades de

cuidado con sus creencias y cómo afrontan el proceso de enfermedad a través de estos.

Esta tesis se encuentra conformada por seis capítulos, en el capítulo uno se establecen los antecedentes del objeto de estudio tanto nacionales como internacionales, con base en la búsqueda de artículos científicos e investigaciones que abordan el mismo fenómeno de estudio. En el capítulo dos se definen las bases de la investigación, el planteamiento de problema, la importancia de realizar dicho estudio, los objetivos y la pregunta de investigación.

En el capítulo tres se desarrolla el marco teórico, es decir las bases de referencia para entender los diferentes constructos de la investigación: Espiritualidad, Creencias, Religión, Cuidado y Diabetes Mellitus tipo 2, así como la base teórica que sustenta la investigación.

La investigación cualitativa es algo más que una mezcla en laboratorio. No basta con tener los componentes, y tampoco es fácil disponer de los apropiados para cada pregunta de investigación. Es multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas, en el capítulo cuatro se desarrolla la metodología utilizado para esta investigación. Se describe el contexto donde se llevó a cabo el estudio, así como las características de las informantes, además del proceso de recolección de datos como son la observación y la entrevista a profundidad, se menciona el método utilizado para el análisis de los datos.

En el capítulo cinco se dan a conocer los hallazgos que se obtuvieron de esta investigación. Donde emergieron tres categorías: 1. La comunicación con Dios, 2. sentimiento de tranquilidad cuando se habla con Dios y 3. Las creencias como fuente para el Cuidado.

I. Revisión del estado del arte

Se tiene en claro que la Espiritualidad forma parte de la dimensión humana, es precisamente lo que nos hace humanos¹, también es entendida como un sistema de valores y creencias no religiosas, que incluiría desde las personas que son antirreligiosas hasta personas que sí son religiosas, sin embargo, no mantienen una postura explícitamente ligada a una tradición religiosa específica². Florence Nightingale, una de las principales teóricas de enfermería, contempló la importancia de la Espiritualidad en el Cuidado, para ella, la Espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación del que dispone la persona³. Al ser un concepto general llega a tener múltiples interpretaciones, sin embargo, coinciden en señalar que cada ser humano la experimenta de forma diferente, según sus experiencias y creencias.

La Espiritualidad es vista como dimensión presente en cada persona que involucra ideas filosóficas sobre la vida, su significado y su propósito; es subjetiva, compleja e intangible, permea y vitaliza todas las otras dimensiones del ser humano, de manera tal que todos los valores, pensamientos, comportamientos, decisiones, experiencias y preocupaciones (de la persona) están relacionadas con ella.⁴

En México se realizó un estudio que mostró una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud en una población de personas en edad avanzada que vivían en la zona urbana de la República Mexicana. Este estudio confirma que la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual se pueden clasificar como estímulos contextuales positivos. La presencia de la fortaleza relacionada con la salud es una característica significativa que contribuye al bienestar de los ancianos, y a la adaptación a los cambios de la vejez.⁵ El bienestar espiritual se puede clasificar como estímulo contextual positivo que contribuye de manera significativa a que las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 tengan la capacidad para afrontar las reacciones emocionales consecuentes con la evolución crónica e incapacidad física y social.⁶

Al afrontar situaciones difíciles en la vida como problemas personales o enfermedades crónicas, la persona siente la necesidad de recurrir a la Espiritualidad como posible respuesta a sus conflictos. Una persona diabética puede apegarse a su Espiritualidad para encontrar fortaleza y sobrellevar este padecimiento, o también puede traer consigo la más dura incertidumbre.⁷ La enfermedad, como experiencia vital, adquiere los visos de un evento existencial que despliega una serie de transformaciones en diversos aspectos: corporal, psíquico, emocional y social, otro aspecto a tomar en cuenta es la “religiosidad” y a la manera como puede llegar a enlazarse con la enfermedad, el panorama resulta también bastante complejo; pero más aún si a ello se suma la idea de Espiritualidad. Muchas veces, Espiritualidad y religiosidad se usan como sinónimos o, por el contrario, se oponen.⁸

Meraviglia señala que la Espiritualidad se relaciona con las experiencias individuales que son únicas a cada persona, en este sentido el bienestar espiritual se relaciona con las creencias o los sistemas de valores que constituyen en el individuo su fuente de fuerza, esperanza y trascendencia para la vida.⁹

Uno de los puntos para comprender aún más la Espiritualidad es la autotrascendencia, esta es descrita como una expansión multidimensional individual de una persona, logrando la auto-aceptación y el sentido de vida; conectándose con los demás, el entorno y/o una entidad superior; es un aspecto de la Espiritualidad humana relacionada con el bienestar expresado por la persona, se ha demostrado que este proceso tiene efectos directos sobre el bienestar, este pensamiento se ha expandido a la disciplina de Enfermería considerando que el ser humano es un ser holístico y cuyos fenómenos como el de autotrascender son parte del Cuidado de Enfermería.¹⁰

En la práctica de Enfermería Clínica, promover el bienestar espiritual relacionado con la salud puede ayudar al paciente afrontar el cambio físico y psicosocial que se produce por el avance progresivo de la cronicidad de las patologías degenerativas.⁵ Espíndula y su equipo realizaron un estudio con el objetivo de comprender como los profesionales de la salud le dan significado a la religiosidad y a la fe de los pacientes en tratamiento de cáncer, y como ellos experimentan ese fenómeno, dando como conclusión que el profesional de la salud debería ser el medio para ayudar el paciente a retomar el sentido de su vida, mismo con una enfermedad grave, como el cáncer.¹¹

II. Planteamiento del problema

2.1. Importancia del estudio

La práctica de la espiritualidad y la religiosidad es un aspecto importante en el desarrollo del ser humano sujeto de cuidado. Se destaca la importancia de proveer intervenciones que favorezcan estas prácticas. Escuchar a un médico que le dice al paciente "Usted tiene diabetes" resulta sorprendente e incluso impactante. Aún si el paciente pensó que podría tener la enfermedad, es natural que sienta temor al enterarse del diagnóstico. Cuando se diagnostica al paciente con diabetes y se le comunica el diagnóstico, esta situación puede resultar estresante y puede afectar sus emociones¹².

Nightingale define la espiritualidad como propia del ser humano, además de ser una fuente de alivio físico y mental. Watson opinó que la espiritualidad era un aspecto esencial que influía en las condiciones emocionales y físicas de la persona. Reed y Peri están de acuerdo en que existe una conexión entre una espiritualidad fuerte y una mejoría en la salud mental, con la habilidad para afrontar el estrés de una enfermedad y el duelo. Carson y Green encontraron que la Espiritualidad estaba positivamente unida con la fortaleza en víctimas de VIH. ⁶

2.2 Propósito de la investigación

Es importante observar a la persona como un ser holístico, comprender de manera más amplia los aspectos culturales, sociales, emocionales y espirituales, para complementar la información ofrecida con estudios anteriores, por lo que el propósito de este estudio es evaluar la espiritualidad y el cuidado a la salud de las personas con diabetes mellitus tipo 2, para dar cuenta de su percepción y experiencias.

2.3. Objetivos

General

Describir la percepción de la espiritualidad y el cuidado a la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2, a través de sus experiencias.

Específicos

1. Describir el contexto cultural de las personas con diabetes mellitus tipo 2
2. Describir la percepción de personas con diabetes mellitus tipo 2 sobre la espiritualidad y el cuidado a la salud.
3. Describir las experiencias de personas con diabetes mellitus tipo 2 durante el desarrollo de su padecimiento.

2.4 Pregunta de investigación

¿Cómo es la percepción de la espiritualidad y el cuidado a la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2?

III. Marco teórico

3.1 Espiritualidad

Cada palabra tiene su significado y, por lo regular, de acuerdo con lo que ésta representa, se vislumbran las innumerables posibilidades de comprensión que pueda llegar a tener. Cada término, en su sentido, significado, raíz y matiz, nos acerca a una realidad determinada que engloba otro tipo de significaciones. En todo caso, el universo del significado se expande, desde el mismo sentido que podemos llegar a darle a las acciones nombradas en conceptos. Esta realidad no es ajena a la voz o experiencia significada de la espiritualidad. Son variados los matices que se le han dado a la experiencia como tal, para hacerla concepto comprensible por la razón, quizá desde ahí viene una de las tantas imposibilidades para acertar en el enlace con la realidad que transfiere tal concepto¹³.

La definición de espiritualidad dependerá de quien se formule la pregunta, varía de persona en persona. En muchas tradiciones, la palabra “*espíritu*” se refiere a fuerza de vida, la energía básica del ser. En términos simbólicos, el espíritu es el aliento de la vida. El hebreo *ruah*, el griego *pneuma*, el latín *spiritus* y el sánscrito *prajna* todos significan tanto “aliento” como “espíritu”.

La espiritualidad no se toma en el sentido de lo religioso y básicamente concierne al cuestionamiento existencial del hombre. Este cuestionamiento y las respuestas que se den podrán expresarse en un vocabulario o a través de convicciones religiosas, pero no necesariamente. Lo que sí que es claro es que el

sufrimiento, la enfermedad, la muerte son a menudo circunstancias en las que este cuestionamiento de la existencia humana aparece de forma explícita.¹⁴

Algunas teorías sobre el envejecimiento postulan que a medida que las personas envejecen, se vuelven más introspectivas y reflexivas y menos preocupadas por los aspectos materiales. La Espiritualidad o la religión con frecuencia se vuelven más significativas en la vida adulta. Para adquirir un sentido de la dimensión espiritual de una persona, la enfermera debe escuchar atentamente y observar las señales. La entrevista inicial con el paciente debe incluir preguntas sobre sus preferencias y prácticas religiosas, especialmente aquellas que afectan el Cuidado de la salud.¹³

Definiciones

Para Enfermería la Espiritualidad ha sido un tema muy presente, al ver al paciente en todas sus dimensiones, sin embargo, no ha habido un acercamiento adecuado a este tema debido a que no existe documentación; algunas teóricas de Enfermería en sus textos han establecido un acercamiento a este concepto.

Florence Nightingale, una de las principales teóricas de enfermería, contempló la importancia de la Espiritualidad en el Cuidado, para ella, la Espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación del que dispone la persona¹⁵.

Callista Roy, en su teoría de la adaptación, identifica claramente la dimensión espiritual de la persona como parte del yo personal, uno de los elementos que conforman el autoconcepto. Define la salud como un estado y un proceso de ser y

llegar a ser. Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.

Rose Marie R. Parse menciona que el objetivo de la Enfermería es descubrir el significado en la experiencia humana desde el punto de vista de la persona. Desde la perspectiva de Parse, el fenómeno de interés para la Enfermería es el proceso salud-universo-humano. El significado personal es un componente central de Espiritualidad.¹⁵

Watson ha elaborado la dimensión espiritual como el concepto de alma que: "Se refiere a el espíritu, ser-interior, o esencia de la persona, que es atado a un mayor sentido de autoconciencia, un mayor grado de conciencia, una fuerza interior, y un poder que puede ampliar las capacidades humanas y permitir que una persona se trascienda a sí misma". La salud se refiere a la unidad y la armonía de cuerpo, mente y espíritu; y también está relacionada con "el verdadero ser, con el desarrollo de la esencia espiritual del ser y, en el sentido más alto, del ser mejor¹⁶".

Espeland, en su artículo: Achieving spiritual wellness, menciona que, de acuerdo a Wright la Espiritualidad es la dimensión de una persona que comprende su relación con él mismo, con otros, con un orden natural y con un ser o fuerza superior que se manifiesta a través de expresiones creativas y recoge prácticas religiosas. Por lo tanto, el bienestar espiritual es importante para que el individuo alcance su potencial de salud¹⁷.

Stoll, describe la Espiritualidad como un concepto bidimensional. La dimensión vertical es la relación del yo con lo trascendente (Dios), con el valor

supremo y los valores que guían la vida de la persona. La dimensión horizontal es la relación de la persona con su yo, con su entorno y con los otros. La necesidad espiritual es la necesidad que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar creencias y fe; de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida. Muchas veces a través de actos religiosos, ritos, plegarias y el perdón. La Espiritualidad es una forma de relación con lo trascendente, y el Cuidado de Enfermería no debe estar ajeno a ello, al asumir al otro en una dimensión de integralidad, a la luz del paradigma holístico.¹⁸

En el modelo de sistemas de Betty Neuman el sistema es representado como un núcleo central rodeado por anillos concéntricos, dentro de todo este sistema se encuentran cinco variables: fisiológicas, psicológicas, socio-culturales, de desarrollo y espiritual, La variable espiritual se describe como "Innata, un componente de la estructura básica, en todo caso este nunca es reconocido o desarrollado por el cliente o el sistema del cliente".¹⁵

Espiritualidad es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores. La Espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos. Es una dimensión única de la persona. Se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida.¹⁹

El término "espíritu", del latín *espíritus*, es el carácter humano, indica un predominio sobre las tendencias de origen corporal u orgánico. Sin embargo espiritual no siempre es sinónimo de inmaterial. En el campo de la Psicología

espíritu es la facultad de conocer propia del hombre, facultad de pensar. Como sinónimo de entendimiento, razón inteligencia.²⁴

La NANDA en su diagnóstico Sufrimiento Espiritual, define a esta como el deterioro de la capacidad de experimentar e integrar el sentido de la vida mediante la conexión con uno mismo o con el yo, con otros, con el mundo o con un ser superior al propio yo.

La espiritualidad es aquello que le brinda a la persona la confianza en “algo único” y que le permite darle un sentido a su vida, sin embargo, no basta con decir que la Espiritualidad forma parte de la vida, es necesario conocer los elementos específicos de la misma, profundizar en ésta a partir de la voz de las personas y de los beneficios que les brinda.²¹

En la vida cotidiana, y a pesar de tener muchas manifestaciones de Espiritualidad, las personas no siempre son conscientes de ella²². Es un deber dejar claro, que la Espiritualidad no es prerrogativa de los creyentes, pues puede estar desvinculada de la religión y no ser expresada como una práctica religiosa²³. No obstante la proyección espiritual de los creyentes pareciera protegerlos de las dolencias físicas provocadas por las tensiones de la vida moderna, el estrés y la depresión.²⁴

La espiritualidad, puede ayudar a que ciertas necesidades se alivien y se superen, como son: la necesidad de resistir o de aceptar el diagnóstico de una enfermedad crónica, la necesidad de tener esperanza; la necesidad de poder ser creativo; la necesidad de poder practicar cualquier religión; la necesidad de hacer

preguntas acerca de la existencia; la necesidad de procurar contestar al porqué de la enfermedad; la necesidad de descubrir el propósito para la vida; la necesidad de dar y pedir perdón; la necesidad de compañía o soledad, la sensación de culpa; la necesidad de poder amar a otros, incluyendo Dios o la deidad en la que se crea; las preocupaciones sobre la muerte, o el pensamiento de qué sucederá después de la muerte.²⁵

La espiritualidad va más allá de la religión, comprende una serie de actitudes valores, creencias e ideales; es conocerse a sí mismo y cómo se percibe la vida a través de nuestros ojos, nos da un panorama de las diversas prácticas que empleamos para cuidar de nuestra salud y cómo le hacemos frente a la enfermedad.

Algunas intervenciones de Enfermería para ayudar a satisfacer las necesidades espirituales son las siguientes según indica Creasia y Parker.¹³

- Ayudar al individuo con una revisión de vida para identificar los aspectos positivos y ayudar a resolver los negativos.
- Identificar las fuentes pasadas de fortaleza espiritual y tratar de usarlas en la situación actual.
- Determinar si el uso de música, como las canciones religiosas, proporciona un apoyo especial.
- Leer material religioso o filosófico.
- Hablar de ceremonias religiosas pasadas que tuvieron un significado especial y de cómo éstas pueden ser fuentes de consuelo.
- Alentar el uso de la oración u orar con el paciente.

- Alentar para que la persona continúe con sus prácticas religiosas y asista a los eventos si así lo desea (La asistencia a los servicios disminuye en la vida adulta debido a problemas de salud, inmovilidad física y falta de transporte; la falta de asistencia no puede disminuir el interés).
- Discutir con el cliente los temores de morir y la muerte si lo desea y ayudar al paciente a distinguir entre ello.

3.2 Creencias

Antes de definir qué son las creencias debemos ir al origen etimológico, entendiendo como *credere* (creer o confiar en) y *entia* (como cualidad de o actividad), se podría traducir como poner la confianza en algo, es decir creer en los ideales como verdades.

Puede resultar un tanto complicado realizar una revisión cercana de los valores y creencias por parecer amorfos, complejos o temas demasiado íntimos para las personas. Sin embargo, la comprensión de estos conceptos puede proporcionar una base para entender como la sociedad maneja las diferencias entre las actitudes y comportamientos, entender que las ideas, valores, creencias y preferencias son cultura, debemos darnos cuenta de que nuestra perspectiva está formada por orientaciones a valores y creencias específicas.²⁶

Creencia es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, las creencias son declaraciones o expresiones que se consideran verdaderas y reflejan valores esenciales.¹³

Frank P. Ramsey propone una metáfora para indicar cómo podemos entender lo que son las creencias en su relación con lo real. Dice que vienen a ser como un mapa grabado en el sistema (en el ADN, o en determinados aprendizajes) que nos guían o nos orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de nuestras necesidades.

Tales mapas no nos dicen “lo que son las cosas”, sino que nos muestran las formas de la conducta adecuada hacia la satisfacción de nuestras necesidades en el campo del mundo percibido en la experiencia. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta.²⁷

Las creencias son sistemas socializados de conceptos e Ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad en el que vive la sociedad de referencia. Las creencias pueden contener componentes míticos (cifrados sobre todo en las relaciones de parentesco utilizadas para enlazar los fenómenos cósmicos) o religiosos, pero también hay creencias no míticas sino “racionalizadas” (por ejemplo, la creencia en la esfericidad del mundo físico) sin que por ello sean verdaderas.²⁸

Las creencias funcionan como una guía que nos proporciona criterios de evaluación, que usamos cuando interactuamos con el mundo que nos rodea, también nos proporciona normas para las relaciones entre las personas. La gente necesita darle sentido y entender por qué y cómo suceden las cosas. Es importante darse cuenta de que los individuos pueden no compartir ideas parecidas sobre el mundo en el que viven y los fenómenos que experimentan más comúnmente en las sociedades multiculturales.¹³ Esto provoca desconcierto en los profesionales de la salud por lo que se usan diferentes explicaciones para poder expresar lo mismo.

Las personas siempre verán las cosas como buenas o malas, blancas o negras, pero no ambas al mismo tiempo, es decir dependerá de la situación o contexto en el que se encuentre para que tomen una decisión.

En el Modelo de Creencias se da a conocer que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.²⁹

Según el Modelo de Creencias, se deben tener en cuenta tres premisas.

- La creencia de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, es decir todo lo que aqueje al paciente debe ser relevante y tomarse en cuenta.
- La creencia de que se es vulnerable a ese problema, el paciente se sentirá indefenso ante cierta situación.
- La creencia de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable, todo lo que se haga para lograr una mejora llevará un esfuerzo mayor inclusive algunos sacrificios o cese de algunas costumbres.

En el ámbito de la Psicología de la Salud, se entenderán las creencias de salud como relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente, (por ejemplo, "hay que cepillarse los dientes para no tener caries"), y conductas de salud o de riesgo (cepillarse los dientes o no hacerlo), relaciones dependientes de las funciones contextualmente proporcionadas. Por tanto, será necesario atender no sólo a las conductas de salud que lleva a cabo el sujeto o a las creencias que manifiesta tener, sino también, y lo que es más importante, a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas²⁶.

Creencia en lo sobrenatural.

La creencia en reliquias implica aceptar la existencia de seres y fuerzas sobrenaturales que pueden actuar en el mundo. Son portadoras de un poder mágico, siendo canales o puertas que se abren a un mundo sobrenatural, solamente comprensible formando parte de un sistema de creencias compartidas. Fácilmente se cae en la idea de que personas que creen en dichas fuerzas o energías sobrenaturales, son supersticiosas, no tienen juicio, son irracionales y no alcanzaron un pensamiento científico, o simplemente no aplican el llamado "sentido común". Burlarse de estas creencias es fácil pues son muchos los problemas de consistencia que las rodean ya que no pueden ser demostradas empíricamente.

El Cuerpo.

Una forma de definir el cuerpo se refiere al organismo, la dimensión física del ser humano, que tiene las siguientes características cuantitativas: es visible, tiene volumen, peso y se extiende en el tiempo y el espacio, manipulable y cuantificable. Como organismo biológico, "el hombre es un todo que interactúa con la naturaleza, especialmente con el medioambiente ecológico"; Por alma entendemos la parte de la vida humana, más allá de lo puramente orgánico, no es manipulable ni cuantificable, y eso provoca diferentes reacciones, relaciones sociales, emociones, percepciones, comportamientos, acciones, necesidades diferentes y formas de satisfacerlas".³⁰

El "cuerpo" es también una construcción simbólica y en torno a los significados que le son atribuidos, se organizan determinados hechos sociales y

culturales. Por esto mismo constituye un observatorio privilegiado de los imaginarios sociales y de las prácticas que suscita. Por otro lado, ante la enfermedad, el hombre toma consciencia de sus propios límites y cuestiona su lugar en el mundo buscando con ello encontrar sentido a su propia existencia.

Cardoso, en su artículo menciona que el cuerpo nos permite conocer nuestra realidad interna, la cual es vivenciada y sentida, como las reacciones fisiopatológicas y psicógenas. El cuerpo entendido en esta concepción es un recurso que permite comprender cómo se vive la diabetes: las dificultades, los dolores, los sentimientos y emociones y la confrontación de las creencias personales con los argumentos científico-tecnológicos.³¹

3.3 Religión

La religión forma parte de la existencia humana y por lo tanto, constituye una porción de su historia³², no existen pueblos que carezcan de religión³³, ha estado presente en cada sociedad como parte importante de la cultura, desde la prehistoria se buscó en la magia, la hechicería o el chamanismo una explicación a los fenómenos naturales, y como una especie de conexión con la divinidad, incluso como dominio de los dioses o seres divinos.

Agrupar tres importantes fenómenos. En primer lugar, el asombro de la especie humana por su propia existencia, tan difícil de explicar; en segundo lugar, el miedo de los humanos a lo desconocido y, en tercero, la necesidad de quienes están el poder social, de contar con una ideología avasalladora, capaz de controlar a la población.³⁴

Lo religioso se define como un sistema de creencias en un poder divino o sobre-humano, que considera un conjunto de prácticas de adoración o rituales dirigido a ese poder supremo.²³

En cuanto ser social y cultural, el ser humano requiere de un sentido del mundo y de la vida, que le permita ubicarse, ordenar, interpretar y moverse dentro de ese mundo. Ese sentido se construye en la relación históricamente dada del ser humano con la naturaleza y con los demás seres humanos.²⁵

La religión puede traer para la persona, según como ésta lo asuma, beneficios para su salud psíquica; o a la inversa, puede traer consecuencias negativas. Es aquí donde la psicología entra en el análisis, donde incluso hay un

campo aplicado bajo el nombre de psicología de la religión y Espiritualidad, que estudia precisamente la relación de lo psicológico con las creencias y prácticas religiosas.

3.4 Cuidado

Los comportamientos de cuidado han existido en todas las culturas, han existido desde los primeros antepasados humanos, pero la preocupación por una definición surge más adelante, con la Enfermería como profesión. El concepto de Cuidado se ha construido a través del tiempo en función de los momentos históricos y las circunstancias socio-culturales de los grupos que reciben el mismo.³⁵

En la antigua Grecia, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu, en lo que ellos denominaron “culto de sí” que incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas⁵⁷; en latín cuidado significa cura que antiguamente se escribía *coera* y se usaba en un contexto relacional con el amor y amistad, posee significaciones básicas que están íntimamente ligadas entre sí, como: pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta preocupación por el otro en una relación entre involucramiento y afectividad.⁵⁸

En el proyecto de la Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-019-SSA3-2012 Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud), se pueden encontrar algunos de los siguientes conceptos de cuidado: “todas aquellas

acciones que realiza la enfermera con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus potencialidades con el propósito de mantener, conservar la vida y permitir que ésta se continúe, considerando sus derechos y sentimientos”; “El Cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana”; “Los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud”; “El personal de Enfermería requiere contar con habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad”.⁵⁹

El cuidado es un fenómeno que se presenta y es necesario en varias fases del desarrollo del ser humano (y en otros seres vivos, también). No obstante, hay algunas fases y circunstancias en las que el Cuidado es más necesario y entre ellas podemos mencionar: el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un accidente, una dolencia, la vejez, la muerte, entre las más contundentes. La condición de vulnerabilidad convoca el cuidado.³⁶

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.³⁷

El cuidado según Waldow es humanizar y responde a la solidaridad, al respeto, a la armonía, al amor, es una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso como estar con el mundo y contribuir con el bienestar general preservando la naturaleza, la dignidad humana, la parte espiritual y construir la historia del conocimiento y la vida. El cuidado de Enfermería es un proceso interactivo, entre cuidadora y ser cuidado, en el cual la

primera toma el papel activo para desenvolver acciones y comportamiento de cuidar. El segundo, el ser cuidado, que toma un papel menos pasivo, toma conciencia de su situación, puede contribuir con el cuidado y es responsable de su propio Cuidado en situaciones de educación para su salud.³⁸

Dicha definición le da al cuidado una dimensión amplia e integradora, con un abordaje que contempla a las personas en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual, así como diversos determinantes del proceso salud y enfermedad en el ser humano visto en su unicidad y diversidad e interacción constante con el entorno en el cual se desenvuelve. Además, indica que en los cuidados se relacionan las actividades, actitudes y sentimientos que son considerados complementarios.³⁸

El cuidado es una acción parcialmente inconsciente, el ser humano nace con esta cualidad, esta acción puede ser desencadenada debido al grado de importancia que tenga un ser para alguna persona; mostrar interés no solo en el ámbito físico.

Florence Nightingale menciona que la Enfermería debía principalmente modificar el entorno del paciente con el fin de dejar actuar la naturaleza, así consideraba la luz, el aire puro, el calor, la comida, la limpieza y el ruido como aspectos de gran importancia para lograr la salud o la curación de los enfermos. La teoría de Florence Nightingale se centró en el medio ambiente, aunque esto no aparece así en sus escritos; la mención y defensa que hace de los factores naturales del medio la ubican en una tendencia ecologista y dentro de los modelos naturalistas.³⁹

3.5 Diabetes Mellitus tipo 2

Dentro de la literatura se encuentran diferentes definiciones acerca de la diabetes mellitus. A continuación, se presentan las definiciones de algunas de las organizaciones mundiales más importantes:

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.⁴⁰

La diabetes es “una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.⁴¹

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica de naturaleza crónica, no transmisible y de etiología multifactorial, producida por defectos en la secreción y acción de la insulina. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) puede producir descompensaciones metabólicas y, con el tiempo generar complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía, nefropatía y enfermedad vascular periférica. Así mismo, las personas afectadas por este problema de salud tienen 2 a 3 veces más riesgo de sufrir un infarto al miocardio y/o un accidente vascular encefálico.⁴²

La diabetes es una alteración del metabolismo, caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia), causada por un defecto

(completo o parcial) de la secreción o acción de una hormona: la insulina. Está se produce en unas formaciones especiales que se encuentran en el páncreas: los Islotes de Langerhans.

La glucosa (popularmente conocida como azúcar en la sangre) sobrepasa muy rara vez los 100 mgdL en ayuno, incluso cuando se han tomado alimentos muy ricos en azúcares o grasas. La glucosa es el alimento principal de las células de nuestro cuerpo. La insulina, a su vez, actúa como una llave que abre las puertas de las células en los músculos, el tejido graso y el hígado, permitiendo la entrada de glucosa para su metabolismo y producción de energía; lo que permite mantener las funciones de los órganos, disminuyendo, por tanto, su nivel en la sangre. Todo este mecanismo es muy rápido, no dando tiempo a que la glucosa se eleve.

En la persona con diabetes, la producción de la insulina está tan disminuida que altera todo el mecanismo regulador: las elevaciones de la glucosa sanguínea no son seguidas por un aumento suficiente de insulina, la glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continúa elevándose. 43

Fisiopatología

Dentro de la fisiopatología de la diabetes influyen diversos factores como la herencia, obesidad, dislipidemias, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, sedentarismo, factores hormonales.⁴⁴

Para comprender la fisiopatología es necesario comprender la homeostasis de la glucosa, inicialmente la glucosa pasa del flujo sanguíneo a los tejidos a través de transportadores dependientes de sodio e independientes, estos últimos conforman una familia de transportadores conocidos como GLUT, una vez que la glucosa ha pasado al interior de la célula se fosforila a glucosa 6 fosfato (G6P) por la hexocinasa, para entrar a la vía glucolítica dando como resultado ATP y piruvato. Cuando la demanda es menor que el aporte de glucosa esta se almacena en forma de glucógeno en el hígado y musculo esquelético y en forma de triacilgliceroles en el tejido adiposo, por otro lado cuando la demanda es mayor que el aporte en el caso del ayuno, el hígado mantiene los niveles de glucosa gracias a las reservas de glucógeno regulado principalmente por el glucagón liberado de las células α pancreáticas, además el ayuno aumenta los niveles de grelina que es un potente estimulante del apetito.

Después de la ingesta de glucosa se libera insulina que es la principal reguladora, esto a través de 3 mecanismos:

1. Estimula la entrada de glucosa a los tejidos periféricos a través del GLUT 4.
2. Promueve el almacenamiento en forma de glucógeno.
3. Evita la producción de glucosa hepática.⁴⁵

Un 80-90% de las personas tienen células beta capaz de adaptarse en casos en los que se incremente la demanda a través del aumento en su secreción de insulina y mediante el crecimiento de la misma célula. El otro 10-20% presenta problemas para adaptarse a estos aumentos en las demandas, produciendo agotamiento de las células y disminución en la producción de insulina.

Epidemiología

González Pier considera que el patrón de causas de México ha evolucionado en los últimos años. En 1955 las enfermedades transmisibles representaban el 70% de las causas de muerte, actualmente solo el 12% del total, aumentando la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles de 23-75% del total.

En la actualidad los casos de diabetes se han elevado en México considerablemente, para lo cual intervienen diversos factores sociales, culturales y económicos. Para revertir esta tendencia es necesario superar limitantes que incluyen costumbres y creencias como por ejemplo que las personas creen que el hecho de ser obeso es sinónimo de buena salud o el consumo inmoderado de alimentos chatarra ampliamente promocionados en los medios de comunicación.⁴⁶

Actualmente la diabetes se ha convertido en una de las principales causas de muerte y de complicaciones a nivel mundial, en nuestro país ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad, con un incremento de más de 75 mil muertes al año, además más de 400,000 nuevos casos.⁴⁷

La mayoría de las personas con diagnóstico de diabetes se encuentran entre 60 y 79 años de edad, el reporte de diabetes fue mayor en mujeres tanto a nivel nacional (10.3% vs 8.4%), como en localidades urbanas (10.5% vs 8.2%) y rurales (9.5% vs 8.9%) observándose que las mujeres tuvieron mayor prevalencia en localidad urbana y los hombres en localidad rural.

El 87.7% afirmó que recibe tratamiento médico para el control de su padecimiento siendo este porcentaje mayor al obtenido en ENSANUT 2012 (85.0%), pero menor al obtenido en ENSANUT 2006 (94.1%). 48

Relación espiritualidad-enfermedad

Como se puede observar dicha enfermedad en primera representa una de las principales causas de muerte, el grupo etario más afectado son los adultos mayores, y se define como crónica esto quiere decir que es de una duración muy larga y de progresión lenta, a oídos de la persona diagnosticada puede hacerle pensar, en la mayoría de casos, en la muerte esto nos llevará a la segunda premisa del modelo de creencias, el padeciente se sentirá vulnerable ante dicho evento. Como ya se ha planteado los problemas que aquejan a un paciente lo orilla a buscar formas de afrontarlo en algunos casos buscando respuestas de “¿Por qué a mí?, ¿Acaso es un castigo?, ¿Me voy a morir pronto?, estas y otras preguntas llegan a surgir. Ante estas dudas la espiritualidad toma más fuerza debido a que puede ser de gran apoyo para que ciertas necesidades sean cubiertas como podría ser la aceptación del diagnóstico.

Whetsell en su investigación Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores confirma que la fortaleza relacionada con la salud y el “bienestar espiritual” se pueden clasificar como estímulos contextuales positivos, también, niveles altos de bienestar espiritual para esta población significan que la cercanía con Dios muestra el camino para lograr la adaptación ante los retos del envejecimiento⁵. En este caso la diabetes representa un reto el cual llevara a la persona a la búsqueda de Dios, algunos de los participantes menciona en una de sus entrevistas “*Yo pues procuro cuidarme bien, precisamente porque digo si Dios dice ayúdame que yo te ayudare, si uno no se cuida tampoco puede pedirle que siempre que uno esté bien*” como se puede leer el hecho

de tratar de buscar alguna alternativa para mantener su salud es un acercamiento más a Dios, se puede tomar esta ventaja a favor de los profesionales de la salud y buscar un camino a través de esta nueva brecha que se abre, acciones como escucharlo, motivarlo para seguir con sus prácticas religiosas pero no pausando su tratamiento, incitarlo a actividades como la meditación podrían ayudarnos mediante de la espiritualidad a mejor su estado de salud.

IV. Metodología

4.1 Tipo de estudio

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento. Sin embargo, y debido a las diferentes premisas que las sustentan, desde el siglo pasado tales corrientes se han “polarizado” en dos aproximaciones principales para indagar: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo de la investigación⁴⁹. Dicho estudio es de corte cualitativo, entendido no como una solución, sino como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia de los programas de salud.⁶⁰

La investigación cualitativa trata de responder preguntas simples sobre un tema en ocasiones poco novedoso, es también algo más que una mezcla de laboratorio.

No basta con tener los componentes, y tampoco es fácil disponer de los apropiados para cada pregunta de investigación. Hay que saber mezclarlos para dar una respuesta convincente. Incluso es necesario tener una idea de lo que se requiere hacer, antes de que haga "crac" al mezclar dos sustancias incompatibles⁶², son las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable los que nos arrojarán los datos⁶⁵.

4.2 Diseño

Diseño fenomenológico descriptivo cuyo propósito es estudiar las cosas en su situación más natural, tratando de entender o interpretar los fenómenos en términos de los significados que la gente les otorga.

4.3 Contexto

El escenario donde se realizó el estudio fue en el programa *Diabetes, Un Programa de Atención Multidisciplinaria* (DUPAM) que se encuentra dentro de la Clínica Universitaria para la Atención a la Salud Tamaulipas ubicada en Nezahualcóyotl, Estado de México con dirección: 4ta. Av. s/n, Col. Tamaulipas, sección El Palmar, C.P. 57300, entre las calles Jazmín y Gardenia, al lado de la Escuela Normal no. 4 de Nezahualcóyotl, con un horario de 8:00 am-1:30 pm

Se describe como un Modelo de Atención Multidisciplinaria, que pretende coadyuvar a la consolidación de la práctica multidisciplinaria mediante la capacitación de profesionales como Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Psicología y QFB, en esta medida nace DUPAM, para contribuir en la atención y control del padecimiento. Este modelo se desarrolló en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La FES Zaragoza tiene como propósito formar profesionales para atender problemas de aquellos sectores del país más necesitados y contribuir a la consolidación del ejercicio multidisciplinario, en el Plan de Desarrollo 2000-2004 de la FES Zaragoza. Este Plan asume como filosofía, ofrecer «Educación mediante

una adecuada interacción del Campus Universitario Zaragoza con los sectores Comunitario, Social, Privado, Industrial y Gubernamental» y asume como principio fundamental que conduce las acciones de la FES Zaragoza «la formación de Recursos Humanos de calidad, preparados para el estudio, investigación y/o solución de los problemas de la comunidad y sociedad a través de planes y programas de divulgación y difusión, así como integrar en programas de vinculación la docencia con el servicio y la investigación, que permitan a su vez profundizar en la generación del conocimiento», en consecuencia, se pensó en diseñar un programa que atendiera un problema de salud, cuyas características exigieran la atención multidisciplinaria y que fuera factible su instrumentación con los recursos de la FES Zaragoza, es decir, que pudiera ser atendido en sus instalaciones y por sus estudiantes, supervisados por sus profesores. Para lograr este fin, se creó el programa DUPAM.

El propósito general del DUPAM es contribuir a consolidar la práctica multidisciplinaria en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza mediante la formación de futuros profesionales en el área de la salud, atendiendo a enfermos con diabetes mellitus (problema de salud nacional), desde un enfoque multidisciplinario. En el DUPAM, la atención es brindada por prestadores de servicio social de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, Psicología y QFB, supervisada por profesores de las mismas carreras, quienes fungen como sus asesores.

Áreas

El programa cuenta con áreas como la oficina principal donde se toman los signos vitales como la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la saturación de oxígeno y la toma de glucosa capilar; se realizan pláticas a la salud, con temas de las diferentes disciplinas que participan en DUPAM, tanto para los pasantes como para las personas pertenecientes al programa, reuniones entre los prestadores del servicio social en el que se debaten algunas alternativas para enriquecer las actividades, también se realizan sesiones de análisis multidisciplinario de caso (AMC) en las cuales se presenta el caso clínico de un paciente perteneciente al programa, así como las intervenciones a realizar y de ser necesario buscar otras opciones para mejorar la calidad de vida.

Cuenta con:

- Un consultorio para las áreas de Medicina y Enfermería, aquí se realizan las consultas multidisciplinarias donde llegan a participar todas las demás disciplinas, así como las consultas individuales de Medicina, Enfermería y QFB. Asimismo, se ejecutan algunas de las intervenciones acordadas en las sesiones AMC.
- Un consultorio odontológico, donde se realizan las consultas de Odontología, así como los procedimientos necesarios para complementar las historias clínicas de los pacientes.
- Un consultorio de Psicología en el cual se efectúan la mayoría de las intervenciones psicológicas así como las evaluaciones y consultas de dicha disciplina.

- Una explanada con techado donde se realiza la activación física especialmente preparada para el perfil de los pacientes de programa.

Disciplinas que participan en el programa

El programa cuenta con la participación de pasantes del servicio social de cinco disciplinas, Médico Cirujano, Enfermería, Cirujano Dentista, Psicología y QFB, mismo que trabajan en conjunto para poder establecer un estado de salud óptimo en los pacientes.

Área de influencia y tipo de población que atiende

Población aledaña a las secciones El Palmar y Las Flores, personas con Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso con una edad mayor o igual a 50 años.

4.4 Muestra

El tipo de muestra utilizada fue la dirigida homogénea, ya que la elección de los elementos dependió las características de la investigación. Es decir las unidades a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien, comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social.⁶¹

4.5 Participantes

Los participantes considerados en una investigación cualitativa se eligen porque cumplen con ciertos requisitos que, en el mismo contexto o en la misma población no cumplen otros miembros del grupo. Las personas o grupos no se seleccionan al azar para completar una muestra de tamaño n , se eligen uno a uno de acuerdo con el grado en que se ajustan a los criterios o atributos establecidos por el investigador. Incluso en algunos casos se elige a una sola persona.⁶²

Para la presente investigación se seleccionaron 3 personas con una edad de 55 a 75 años que asisten al programa DUPAM con el diagnóstico de con diabetes mellitus tipo 2 en un estado controlado. La clave no es la cantidad, sino la cantidad y profundidad de los datos⁵⁰.

Tabla 1. Perfil de los informantes						
Participante	Sexo	Edad	Religión	Estado civil	Diagnóstico	Fecha de entrevista
Rosa	Mujer	64 años	Creyente	Soltera	Diabetes, Hipertensión	9 de abril del 2019
Coral	Mujer	55 años	Católica	Viuda	Diabetes	14 de mayo del 2019
Magenta	Mujer	71 años	Católica	Casada	Diabetes, Hipertensión	20 junio de 2019

4.6 Técnica de recolección de datos

La información se recolectó a través de la observación y entrevista en profundidad, en su contexto natural. Se realizó mediante una guía de entrevista, la cual estuvo basada en los objetivos⁵². Los objetivos fueron reformulados como temas, para los cuales se elaboraron preguntas iniciales que fueron abiertas, que permitieron la elaboración y planteamiento de nuevas preguntas.

4.6.1 Observación

La observación científica constituye el primer paso del método científico. Es una habilidad básica del investigador. Existe un fin, hay una planificación sistemática, un plan previo, se realiza el registro del fenómeno observado y se evalúa la

observación para verificar su validez y fiabilidad. En investigación cualitativa lo observado es un fenómeno o hecho social y cultural.

La observación investigativa no se limita al sentido de la vista, en este caso observar la facies del participante, su cambio de voz, o el simple juego de las manos, todo esto tomando en cuenta el entorno en el que se encuentra.

Uno de los grandes propósitos de la observación es comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, los patrones que se desarrollan, así como los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas (Jorgensen, 1989).

4.6.2 Entrevista en Profundidad

La entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. Taylor y Bogdan entienden la entrevista en profundidad como reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal y como las expresan con sus propias palabras⁵².

En el presente estudio se realizaron entrevistas en profundidad para conocer directamente el discurso de las personas. Las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos aproximadamente.

Todas las entrevistas a profundidad se grabaron y se transcribieron para posteriormente analizarse y utilizar los datos obtenidos con la finalidad de

comprender la percepción que los participantes tienen de la Espiritualidad y como la relacionan con su salud y su vida diaria.

4.7 Análisis de datos

Se revisó los materiales, etiquetándolos, organizándolos y clasificándolos por criterios lógicos, por su completud, legibilidad y claridad.

Se trabajaron a partir de códigos para elaborar categorías y subcategorías, las cuales se vincularon y comprobaron con los temas conforme se avanzó en la investigación.

4.8 Rigor metodológico

4.8.1 Credibilidad

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado⁵³.

La credibilidad para este trabajo se logró a través de la observación del participante y la entrevista a profundidad, además de realizar transcripciones de cada una de las entrevistas para después presentar dichas transcripciones a las informantes y reconocieran lo que habían comentado durante las sesiones, mencionando que lo descrito era reflejo de su perspectiva y lo que sentían respecto al tema de estudio, así mismo se le presentó resultados de esta del cual dieron su aprobación.

4.8.2 Confirmabilidad

Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.

Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

Para esta investigación se grabaron todas las entrevistas a profundidad, se elaboró una descripción densa de los participantes, del contexto donde viven y se analizaron fielmente las transcripciones de las entrevistas.

4.8.3 Transferibilidad

Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones⁴⁴. Para poder cumplir con este requisito se describieron las características de los informes en el estudio, además de una descripción amplia del contexto de fenómeno. Se puede considerar la posibilidad de extender los resultados a otros grupos etéreos con características similares.

4.9 Protección de la intimidad

Se solicitó anuencia (consentimiento informado) a cada uno de los informantes.

4.10 Consideraciones éticas

Para llevar a cabo este trabajo se consideraron los aspectos éticos legales, establecidos en la comunidad científica y la sociedad, por estar involucrados seres humanos en forma directa. Además, se respetó lo estipulado en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que versa sobre los principios éticos para la investigación médica sobre seres humanos⁵⁴.

Así mismo se rigió por los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional, como son; Beneficencia, Justicia, Autonomía y Veracidad, establecidos en el Código de Ética de Enfermería⁵⁵.

A través de este estudio se buscó la beneficencia para los participantes, los hallazgos nos permitieron identificar estrategias para la intervención durante el Cuidado a la salud, de esta manera contribuiremos hacer el bien y evitar el mal.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, este estudio se considera de riesgo mínimo, por tratarse aspectos emocionales, al realizar intervención psicológica y social, mencionada en el artículo 17 fracción II⁵⁶.

V. Hallazgos y Discusión

De los discursos obtenidos de las entrevistas, donde los participantes expresaron sus vivencias de como percibían la Espiritualidad y como lo relacionaban con su Cuidado durante y después del diagnóstico de Diabetes, se analizó la información, donde emergieron categorías que describen el significado de Espiritualidad en personas con diabetes mellitus tipo 2. Este capítulo presenta los hallazgos obtenidos en la investigación, emergieron tres categorías, la primera refiriendo a la comunicación con Dios, ya que se mencionó que no solo los templos funcionan como conexión para con Dios, la segunda trata sobre el sentimiento de serenidad que causa ser escuchado por Él, y la última se identifica a las creencias como red de apoyo para el Cuidado.

Para la presentación de los hallazgos se conceptualiza y define cada una de las categorías, estas se pudieron fundamentar y al final establecer una discusión de acuerdo a lo indagado.

Objeto de Estudio

**ESPIRITUALIDAD Y
CUIDADO A LA SALUD EN
PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Categorías

La comunicación con Dios.

Sentimiento de
tranquilidad cuando se
habla con Dios.

Las creencias como fuente
para el Cuidado.

Categoría 1

Denominación: La comunicación con Dios.

Definición: La comunicación con Dios se da en cualquier lugar.

Descripción:

La espiritualidad es personal y basada en experiencia, dicho de otra forma, puede tener contacto con su lado espiritual donde sea, ya que representa una búsqueda independiente y autónoma para encontrar las respuestas planteadas sobre la vida.

Para Rosa, la presencia de Dios no está únicamente en las iglesias; refiere [...] *mi madre me dijo: tienes que ir a la iglesia para poder hablar con Él, [...] difiere de las palabras de su madre, en contraste ella dice [...] le decía Él donde quiera me escucha, donde sea me puedo poner a platicar con Él, en la pobre casa de usted me pongo a leer pasajes bíblicos [...]*

Por otro lado, Coral tiene una idea similar respecto a la comunicación con Dios. Ella refiere [...] *he tenido muchas muestras de que Dios existe y que siempre está al pendiente de uno [...]*

Ambas coinciden en la idea de que Dios la escucha en cualquier lugar, es decir la comunicación con Dios no solo se da en las iglesias.

Retomando el concepto de espiritualidad de Espeland, “la espiritualidad es la dimensión de una persona que comprende su relación con un ser o fuerza superior”

vinculando esta relación como una conexión mediante de prácticas que acerquen más a la persona con Dios.

La comunicación con Dios puede darse de distintas formas ya sea por medio de la misma religión o de manera individual a través de oraciones, conexión con su entorno o lecturas de algunos textos religiosos como señala Rosa [...] *Cuando tengo un problema cuando me siento estresada es cuando agarro mi biblia y hago oraciones, porque me siento más tranquila* [...], De modo que muchas personas encuentran la espiritualidad a través de la música; y otras la encuentran en sus valores y principios¹.

La espiritualidad se puede definir también como concepto bidimensional. La dimensión horizontal que es la relación de la persona con su yo, con su entorno y con los otros y la dimensión vertical es la relación del yo con lo trascendente (Dios), pero muchas veces esta relación se llega a debilitar ya sea por desinterés en la propia iglesia como menciona Rosa [...] *habemos gente muy hipócrita que vamos a la iglesia y en vez de estar oyendo lo que está diciendo el padre, ponerle atención, están los muchachos o señoras están con el celular, o están platicando o están risa y risa, a mí eso no me gusta* [...] debido a esto han surgido alguno intermediarios para seguir en comunicación con su lado espiritual, tal es el caso de Coral [...] *también le pido mucho a los arcángeles, siempre tengo una imagen que tiene a San Rafael, San Jofiel, San Miguel Arcángel, San Gabriel, San Uriel y San Chamuel* [...] se puede considerar un “intermediario” a un agente o que comunica a dos o más

partes, en este caso considerando a los arcángeles como uno, y que los ayudaran para mantener su conexión.

En los últimos años han surgido los llamados santos populares que no son nada más que el vínculo entre la persona y Dios, santos como la Santa niña de Cabora, El niño Fidencio, la Santa Muerte, Jesús Malverde o hasta figuras históricas como Pancho Villa o Emiliano zapata⁶⁶, que se pueden identificar como la necesidad que siente la persona de mantener, fortalecer o recuperar creencias y fe; de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida.

Al acercamiento con el lado espiritual va creciendo durante toda la vida, eventos como enfermedades, algún siniestro o algún otro evento guían a la persona a intensificar este contacto, como menciona en el modelo de creencias, cualquier problema que aqueje a una persona es importante y los suficientemente grave, todo lo que un paciente diga es relevante y debe tomarse en cuenta²⁹.

Categoría 2

Denominación: Sentimiento de tranquilidad cuando se habla con Dios.

Definición: El estado emocional está ligado a la presencia de Dios.

Descripción:

La sola idea de sentirse escuchado por Dios causa un estado de calma y paz en las informantes, independientemente de estar dentro de una iglesia o un templo, o estar en su casa recitando algunas oraciones, leer la biblia y rezar algunas oraciones provoca poco a poco un estado de calma como relata Coral [...] *inclusive cuando me iban a operar a mí eso fue lo que me paso, yo tenía...pues si tenía miedo porque la verdad ya me habían hecho análisis de todo, y yo decía y si no salgo bien y si me quedo ahí, dije bueno pues ya si me quedo es porque Dios quiere, entonces agarre mi biblia y tengo otro libro de oraciones y me puse a rezar [...]* o el solo hecho de entrar a un templo se siente en paz [...] *luego me meto a una iglesia y se siente en una paz agradable [...]* refiere que Dios siempre está presente, al tener un problema siempre recurre a él, se muestra un vínculo entre el estado de quietud y las prácticas religiosas generadas para buscar la presencia de Dios. Se puede decir que la espiritualidad es la forma en cómo el ser humano encuentra significado y esperanza, es un conjunto de sentimientos que llevan al individuo a encontrar un estado de paz, alivio y armonía.

Dentro de la psicología de la religión y la espiritualidad, Pargament y Koenig tomaron la noción de “afrontamiento” y desarrollaron el concepto de “afrontamiento religioso” como “aquel donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos

para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas”^{63,64}. Los credos religiosos estimulan la superación de las pérdidas de seres queridos por medio de la fe, la plegaria, la meditación, los rituales, las creencias sobre la vida y la muerte; buscando ayudar a los que sufren a superar su malestar y aumentar los sentimientos positivos y el bienestar psicológico, afectivo y espiritual.

En definitiva, las estrategias de afrontamiento religiosas pueden ser realizadas de forma individual (rezo/oración personal) como colectiva (rezar u orar en grupos, participación en sitios de adoración) que activan mecanismos de adaptación por una relación personal con Dios o poder más alto que les puede dar esperanza en tiempos de crisis. Estas prácticas religiosas proveen al individuo el crecimiento espiritual continuo, apoyo psicológico, propósito en la vida e interacción social⁶⁷.

Categoría 3

Denominación: Las creencias como fuente para el Cuidado.

Definición: Por medio de las creencias se crea un apoyo para el Cuidado.

Descripción:

En las investigaciones realizadas se arribó a conclusiones acerca de cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud en los procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos o estresantes, entre los cuales se encuentran distintos tipos de enfermedades y duelos por pérdidas de seres queridos. En esta medida es necesario entrar en el contexto de cada individuo ya que la de salud y enfermedad se pueden entender como conceptos internos de cada cultura, en donde lo físico solo es uno de los aspectos, llegando a tomar en cuenta al cuerpo como algo simbólico, entendido en esta manera es un recurso que permite ver más allá, así como los sentimientos y emociones.

Para las informantes las creencias representan una guía para mantener su Cuidado, el hecho de que Dios les ayudará solo si ellas se ayudan es la base de para el mantenimiento de este, Coral nos refiere [...] *Yo pues procuro cuidarme bien, precisamente porque Dios dice ayúdate que yo te ayudaré, si uno no se cuida tampoco puede pedirle a Dios que esté uno bien si uno no hace nada por uno [...]* de esta forma se puede entender el gran peso que llega a tener la figura de Dios para con el cuidado, se puede decir que la salud está ligada completamente con Dios ya que en la religión el cuerpo es visto como sagrado y se debe mantener en un estado adecuado, otra de las informantes dice [...] *Si quítame las tentaciones*

Dios mío, ciérrame la boca Dios quítame esto que es mi vicio [...] refiriéndose a la mala alimentación y llamando “vicio” a las bebidas carbonatadas.

En instancia se encuentra la relación de las creencias con algunos aspectos físicos no solo positivos, cuantas veces o se ha escuchado decir a una persona llamar a la enfermedad como un castigo divino, frases como “se me declaro la diabetes por un susto” “o el niño tiene mal de ojo”, creencias que vinculan aspectos negativos con alguna enfermedad.

De la misma forma las creencias pueden ser una fuente de apoyo para mantener un estado de salud óptimo, según Arteaga “La terapéutica ritual incluye rezos, invocaciones, pedidos y encendido de velas a las deidades cristianas, la utilización y consumo de agua bendita, la triple repetición de acciones que implican la manipulación del poder del tres -número sacralizado por su asociación a la Trinidad, el uso de agua y aceite, el sahumado de los pacientes y de los espacios corrompidos, la curación por ensalmos y la ejecución de la señal de la cruz, símbolo de vida y restauración”⁶⁸.

En esencia las creencias de cada individuo se deben tomar como una verdad absoluta desde su perspectiva, se pueden comprender como una guía que dictara las acciones a realizar dependiendo del evento en cuestión.

VI. Conclusiones

Según las OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, aunque el concepto excluye completamente el aspecto espiritual la disciplina de enfermería siempre lo ha tenido presente, Nightingale exponiendo esta esfera como propia del ser humano o Watson dándole la importancia como “un poder que puede ampliar las capacidades humanas”. Se puede encontrar una relación muy estrecha entre el cuidado y la espiritualidad, claramente englobando todos los ámbitos que concierne a esta última, como son las creencias, la religión o las prácticas religiosas.

La práctica de enfermería debe conllevar al profesional a entablar una conexión con todas las dimensiones que componen al ser humano, deben asumir que la interacción de múltiples sistemas convierte a la persona en mucho más que la suma de sus partes, es lo que se llama un ser holístico. Por lo tanto, esta investigación que describe la relación espiritual-cuidado nos permite concluir que:

- La comunicación con Dios en un caso más englobado, como la conexión con su lado espiritual a través de prácticas que se pueden considerar básicas como son las lecturas de pasajes bíblicos, las oraciones al aire libre o en otros casos la búsqueda de intermediarios como son los Santos externos a la iglesia, siempre estará presente debido a que es una vía que nos lleva al siguiente:

- Los sentimientos de alivio o tranquilidad están ligados a la comunicación con su lado espiritual, esto porque el individuo buscara una fuente de paz más si hablamos de eventos que para sus ojos son de gran peso como puede ser el fallecimiento de algún familiar, o cualquier situación que para ellos signifique un declive en su bienestar, o el dictamen reciente de alguna enfermedad, en un caso más específico el diagnóstico de una enfermedad crónica, que como sabemos no es lo mismo a tratar con una enfermedad aguda que tiene un periodo de sanación ya establecido, a diferencia de un padecimiento crónico, como la Diabetes, conduce al paciente a pensar indudablemente en la muerte, debido a esto las circunstancias llevan a buscar alivio de diferentes maneras aquí es donde entra el contacto directo con su lado espiritual o buscar la forma de mantener un conexión fuerte, para encontrar ese sentimiento de alivio, la sola idea de sentirse escuchado por Dios causa un estado de calma y paz.
- La espiritualidad como apoyo para el cuidado, podemos entenderlo como la relación de los dos puntos anteriores, se busca la conexión con su yo espiritual de distintas formas, esto causado por alguna situación, se encuentra alivio y sentimientos de tranquilidad al estar más en contacto con Dios, pero por otro lado tenemos las creencias que si bien forman parte de la espiritualidad es un concepto que podemos tomar como autónomo ya que estas representan no solo sus ideas sino las de toda una cultura detrás, en este aspecto el profesional de enfermería se puede apoyar de ellas, ya que

para una persona son una guía a seguir sobre la forma en la que ven la salud-enfermedad.

Aportaciones a la práctica de Enfermería

Con relación a los puntos anteriores podemos decir que deber ser prioritario para el enfermero (a) conocer más allá de solo el cuerpo físico de un paciente, he aquí la importancia de indagar más sobre aspectos que si bien en un principio son “irrelevantes” con el tiempo puede abrir una brecha para así brindar una mejor atención, pequeños detalles como preguntar que religión profesa, si va a la iglesia o tiene alguna forma de meditación, pueden ayudar a conocer poco a poco a un paciente, como se pudo observar en las informantes cada uno tiene distintas formas de mantenerse cerca de su lado espiritual y que sentimientos les deja este, así como que practicas realizan siguiendo sus creencias esto para mantenerse siempre en un estado bueno de salud.

Su evaluación puede ser a través de algunas entrevistar abiertas enfocadas hacia ese tema o a través de instrumentos ya establecidos como la Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos/Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale (Piedmont, 2004) y con el tiempo poder abrir una brecha para así brindar una mejor interpretación por el profesional de enfermería y así poder pensar en un plan de acción con intervenciones, actividades como, estar dispuesto a escuchar las preocupaciones del individuo que representar para él un gran reto, alentar el uso de recursos espirituales como la meditación, la asistencia a servicios espirituales, independientemente de la religión, literatura, música o programa de radio/TV, son intervenciones que podemos realizar de manera intrahospitalaria o como recomendaciones, que pueden establecer una nueva forma para ayudar a mantener la salud del padeciente.

VII. Anexos

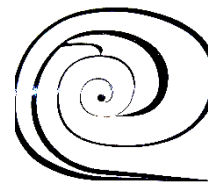
Cronograma de actividades del protocolo de investigación

Actividades	2019				2020								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Sep	Oct.	Nov.	Dic	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.
Elaboración de Marco teórico													
Selección de Informantes													
Entrevistas y análisis de datos													
Elaboración de los resultados													
Elaboración y entrega del documento final													

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
DUPAM
Diabetes Un Programa De Atención Multidisciplinaria



Consentimiento Informado

Título del protocolo: Espiritualidad en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2

La presente investigación es conducida por PSS Enf. José Alfredo Padua Jiménez, asesorada por la Dra. Irma Cortés Escárcega y el Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de los asesores.

Le agradecemos su participación.

Me han indicado que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 45 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a PSS Enf. José Alfredo Padua Jiménez al número telefónico: 51123165.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación,

Nombre y firma del Participante

Fecha

VIII. Referencias Bibliográficas

1. Pérez E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. Revistas.ucu.edu.uy. 2018 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriaCuidadoshumanizados/article/view/1286>
2. Guirao J. La Espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. [Internet]. Ene-enfermeria.org. 2013 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/252/206>
3. Galvis López MA, Pérez Giraldo B. Revisión de la literatura sobre el concepto Espiritualidad aplicado a la práctica de enfermería. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2013; 3(3):54-61 [citado 26 agosto 2018]
4. Romero E, Maccausland Y, Solórzano, L. El Cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. 2014;30(2):146-57. [citado 26 agosto 2018]
5. Whetsell M, Frederickson K, Aguilera P, Maya J. Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores [Internet]. Scielo.org.co. 2005 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100008
6. Zavala M, Martínez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos [Internet]. Aquichan.unisabana.edu.co. 2006 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76/157>
7. Palencia I, Villalobos M. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2 [Internet]. Revistas.unal.edu.co. 2012 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39681>
8. Puentes Y, Urrego S, Sánchez R. Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. [Internet]. Scielo.org.co. 2015 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a09.pdf>
9. Meraviglia M. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. 17(1):18-33 [Internet]. Revista de Enfermería holística1999 [Citado el 24 de agosto]. Disponible en: <http://www.blackwell-sinergy.com>
10. Guerrero R, Lara R. Nivel de autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos [Internet]. Revista Cuidarte. 2017 [citado el 24 agosto 2018]. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/354>

11. Espíndula J, Ranier E, Ales A. Religión y Espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud [Internet]. Scielo.br. 2010 [citado el 24 agosto 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf
12. La diabetes y las emociones: Comprender y sobrellevar los aspectos emocionales de la diabetes [Internet]. Trividiahealth.com. 2010 [citado 24 agosto 2018]. Disponible: http://www.trividiahealth.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKT0306Sr20_Emotions_Spanish.pdf
13. Vargas C. La Espiritualidad como medio de desarrollo humano [Internet]. Revistas.upb.edu.co. 2015 [citado 24 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>
14. Barbero J. El apoyo espiritual en Cuidados paliativos [Internet]. Sanitarioscristianos.com. [citado 28 marzo 2019] Disponible en: <http://sanitarioscristianos.com/documentos/308.pdf>
15. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship Between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(6):589-597.
16. Watson MJ. New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly* 1988; 1(4):175-181.
17. Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. *Journal of Psychosocial Nursing* 1999; 37(7):36-40.
18. Caro de Pallares S. Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda [Internet]. Rcientificas.uninorte.edu.co. 2004 [citado 1 febrero 2019]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4157/5628>
19. Quintero Laverde M. Espiritualidad y afecto en el Cuidado de Enfermería [Internet]. Research Gate. [citado 4 octubre 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
20. Avila G, Casique L. Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual [Internet]. Index-f.com. 2007 [citado 26 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-231-0506.pdf>
21. García E. Prácticas de Cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz [maestría]. Ciudad de México, Universidad Nacional autónoma de México; 2015.
22. Reyes C. Spirituality, Disability and Chronic Illness. *Source Southern Medical Journal*. 2006; 99(10):1172-1173 (consulta septiembre de 2018). Disponible en: http://journals.lww.com/smajournalonline/Fulltext/2006/10000/Spirituality,_Disability_and_Chronic_Illness.48.aspx
23. Sánchez, B. Dimensión espiritual del Cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería*. Aquichan. 2004 oct; 4 (1); [citado

- 28 octubre de 2018] disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/44>
24. Wilber K. A união da alma e dos sentidos integrando ciencia e religião. São Paulo (SP): Cultrix; 1998.
 25. Avila G, Casique L. Diagnóstico y Cuidado Enfermero en el Sufrimiento Espiritual [Internet]. Index-f.com. 2007 [citado 26 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-231-0506.pdf>
 26. Creasia J, Parker B. Conceptual foundations of professional nursing practice. 1st ed. St. Louis, Mo.: Mosby; 1991.
 27. Creencia - EcuRed [Internet]. EcuRed.cu. [citado 11 enero 2019]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Creencia>
 28. Creencias / Ideologías | Filosofía [Internet]. Filosofia.org. [citado 6 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.filosofia.org/filomat/df296.htm>
 29. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud [Internet]. 2003 [citado 8 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>
 30. Rudolfsson G, Berggren I, Barbosa da Silva A. Experiences of Spirituality and Spiritual Values in the Context of Nursing – An Integrative Review [Internet]. NCBI. 2014 [citado 10 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293736/>
 31. Cardoso Gómez M. ¿Por qué no dejan de comer lo acostumbrado? Reacciones fisiopatológicas y psicógenas configuradas culturalmente ante el plan de alimentación biomédico para controlar la diabetes tipo 2 [Internet]. Ea-journal.com. 2017 [citado 5 enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ea-journal.com/es/numeros-anteriores/84-vol-9-n-1-junio-2017/724-por-que-no-dejan-de-comer-lo-acostumbrado-reacciones-fisiopatologicas-y-psicogenas-configuradas-culturalmente-ante-el-plan-de-alimentacion-biomedico-para-controlar-la-diabetes-tipo-2>
 32. Vargas S, Vargas F, Torres J. Bienestar y Religión en Chile [Internet]. [citado 1 marzo 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dario_Paez/publication/285580187_Bienestar_y_Religion_en_Chile/links/565f82e508aefe619b28a88b/Bienestar-y-Religion-en-Chile.pdf
 33. Malinowski B. Magic, Science and Religion, and Other Essays [Internet]. Mercaba.org. 1948 [citado 29 marzo de 2019]. Disponible en: <https://mercaba.org/SANLUIS/Filosofia/autores/Contempor%C3%A1nea/Malinowski/Malinowsky,%20Bronislaw%20-%20Magia%20ciencia%20y%20religi%C3%B3n.pdf>
 34. Camacho Monge D. RELIGIÓN Y SOCIEDAD [Internet]. San José, Costa Rica; 2015 [Citado 25 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15343489001.pdf>

35. García Piña, E., Cardoso Gómez, M.A., Serrano Sánchez, (2015). Prácticas de Cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.06>
36. Waldow V. Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia [Internet]. *Index-f.com*. 2013 [citado 3 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
37. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de Cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. pp.4-13.
38. Escárcega I, Lázaro D. Saber de la mujer sobre salud y Cuidado de Enfermería en Nezahualcóyotl – México [Internet]. *Revistas.unitru.edu.pe*. 2014 [citado el 10 de enero 2019]. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/viewFile/796/723>
39. Barroso Romero Z, Torres Esperón J. Fuentes teóricas de la Enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial [Internet]. *Scielo.sld.cu*. 2001 [citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002
40. Organización Mundial de la Salud. (2019). Diabetes. [Internet] [citado el 11 septiembre 2019] Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
41. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, (2010) *Diario Oficial de la Federación* [citado 24 agosto de 2018] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
42. Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*. 2003.
43. Fernández B, Álvarez C, Molina V, Lara L. Diabetes: guía para pacientes [internet]. *Cenaprece.salud.gob.mx* [citado 24 agosto de 2018] Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaPacientesDiabetes.pdf>
44. Guzmán, N. and Madrigal, E. (2003). Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus. [ebook] México, D.F. disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bioquimia/bq-2003/bq032d.pdf> [citado el 03 noviembre de 2018].
45. Díaz D. Burgos L. (2002). ¿Cómo se transporta la glucosa a través de la membrana celular? [ebook] Medellín, Colombia. Disponible En: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n3/v15n3a4.pdf> [citado el 1 octubre de 2018].
46. Soto Estrada G, Moreno Altamirano L, Pahua Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad [Internet]. *Scielo.org.mx*. 2016 [citado 1 septiembre de 2018]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008

47. Secretaría de Salud: Programa de Acción Específico (2013). Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018. México Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf [citado 3 nov. 2018].
48. ENSANUT (2016). Informe final de resultados. [Internet] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf> [Citado el 4 octubre 2018].
49. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Muestreo en la investigación cualitativa. En: Metodología de la investigación. 5ta edición. Perú, Mc Graw-Hill 2010.
50. Aguirre HD. Algunas reflexiones y propuestas para la interacción de la experiencia subjetiva del cuerpo en la investigación de la antropología física. Estudios de Antropología Biológica [Internet] 2009, Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx./index.php/eab/article/article/27269> [citado el 13 de marzo de 2019]
51. Taylor SJ. Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ed Paidós; 1987
52. Taylor SJ, Bogdan R. Capítulo 1. Ir hacia la gente. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Traducción de Jorge Piatigorsky. Paidós. Barcelona, España; 1987.
53. Lévano SA. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y reto. Liberabit. Rev. de Psicología 2007; 13 (71-8).
54. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
55. Código de ética para enfermeras y enfermeros de México. Comisión interinstitucional de enfermería. México D.F 2010. Disponible en: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>
56. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgs>
57. Tobón O. El autoCuidado una habilidad para vivir [Internet]. Alcoholinformate.com.mx. [citado 4 septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
58. Boff L. O Cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Revista Inclusão Social. 2005; 1(1):10-15.
59. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-019-SSA3-2012, Para la práctica de enfermera en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Dof.gob.mx. 2012 [citado 4 septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4829/salud/salud.htm>

60. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos [Internet]. Iris.paho.org. 2006 [citado 4 septiembre de 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?sequence=1>
61. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Cap. 13. Muestreo en la investigación cualitativa. En: Metodología de la investigación. 5ta edición. Perú, Mc Graw-Hill 2010. 398-418.
62. Rodríguez Gómez G, García Jiménez E, Gil Flores J. Metodología de la investigación cualitativa. 2nd ed. Málaga: Aljibe; 1999.
63. Pargament, K.I. (1997). The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice. New York: Guilford Press.
64. Koenig, H.G., Pargament, K.I. & Nielsen, J. (1998). Religious coping and mental health outcomes in medically ill hospitalized older adults. Journal of Nervous and Mental Diseases.
65. Carrasco J, Febrel M. Métodos y Técnicas de la Investigación Cualitativa En Salud Pública [Internet]. Ics-aragon.com. 2019 [citado 31 enero 2019]. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M4T05.pdf>
66. Gil Olmos J. Santos populares, La fe en tiempos de crisis. 1st ed. Ciudad de México: Grijalbo; 2017.
67. Koenig, H.G. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. Journal of Religion and Health, 41, 263-278.
68. Arteaga F. El proceso de iniciación al curanderismo en la Pampa (Argentina). Chungará (Arica) [Internet]. 2012; 44 (4): [citado 31 enero 2019]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/chungara/v44n4/art11.pdf#:~:text=El%20proceso%20de%20iniciaci%C3%B3n%20al%20curanderismo%20en%20La,y%20tratamientos%2C%20entre%20otros.%20Se%20procedi%C3%B3%20tambi%C3%A9n%20a>
69. Cardoso Gómez M, Zarco Villavicencio A, Aburto López I. Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas [Internet]. Medigraphic.com. 2014 [citado el 20 Abril 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145e.pdf>