



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**"PROCESO DE ADAPTACIÓN, SEGÚN
MODELO DE ROY EN PACIENTES ADULTOS
CON DIABETES MELLITUS II EN UN
HOSPITAL DE CHICLAYO, 2014"**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

Bach Enf. FARROÑAN SANTAMARIA PATRICIA ELIZABETH.

Bach Enf. VIDARTE ACUÑA DIANA LUZVELI.

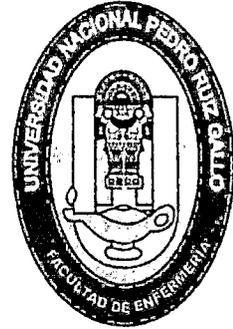
ASESORA:

LIC. ROSA AUGUSTA DEL CARMEN LARIOS AYALA

**LAMBAYEQUE - PERÚ
2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“PROCESO DE ADAPTACIÓN, SEGÚN MODELO DE
ROY EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES
MELLITUS II EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO, 2014”.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach Enf. Farroñan Santamaria Patricia Elizabeth.

Bach Enf. Vidarte Acuña Diana Luzveli.

ASESORA:

Lic. Rosa Augusta Del Carmen Larios Ayala.

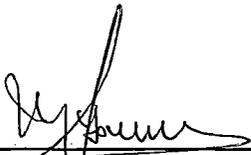
LAMBAYEQUE, MARZO DEL 2015

**“PROCESO DE ADAPTACIÓN, SEGÚN MODELO DE ROY EN
PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS II EN UN
HOSPITAL DE CHICLAYO, 2014”.**

TESIS APROBADA POR:



**Lic. María Lina Dávila Chévez
(Presidenta)**



**Dra. María Margarita Fanning
Balarezo
(Secretaria)**



**Mg. Cruz Marcelina Polo
Campodónico
(Vocal)**



**Lic. Rosa Augusta Del Carmen
Larios Ayala.
(Asesora)**

DEDICATORIA

A mis queridos padres: Ricardo y Gilma que son el regalo más bello y grande que Dios me ha dado; quienes con su fortaleza, sacrificio y sabios consejos me han motivado a seguir adelante, dándome el mejor regalo que puede anhelar el de “Ser profesional”.

A mis queridos tíos: Jaime, Carlos y Hugo que son el regalo más grande que Dios me ha dado; quienes con su fortaleza y sabios consejos me han motivado a seguir adelante. Y a mis hermanas Cecilia y Jackeline, por estar a mi lado, por su amor, sus juegos e inquietudes han motivado a cumplir mis metas.

A mis queridos abuelos: Teodosia y Félix que son el mejor y grande regalo que Dios me ha dado; porque con su fortaleza y sabios consejos me han motivado a seguir adelante.

PATRICIA ELIZABETH

A mis adorables padres: Adán y Cristina por ser los pilares más importantes en mi vida que día a día me demuestran su amor, cariño y apoyo para seguir adelante. Por su energía y por su confianza que me brindaron durante la carrera profesional.

A mis queridos abuelos, tíos, y a todos que forman parte de mi vida personal y profesional por el apoyo moral que me han brindado, y sobre todo a la pequeña Dayana por su cariño y travesuras que me han motivado a cumplir con mis objetivos.

A Dios por ser el creador, amparo, fortaleza y la luz que siempre me guía cuando más lo necesito, y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que me rodean.

DIANA LUZVELI

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO ESPIRITUAL

A ti Dios Todopoderoso:

Porque nos regalaste hermosas familias que siempre nos apoyaron; porque abriste nuestras mentes al condicionamiento; a pesar de que a veces fuimos indiferentes a tu llamado siempre estuviste allí a nuestro lado; porque oíste nuestras voces y tus oídos estuvieron atentos a nuestras súplicas; te dedicamos este trabajo, en señal de gratitud.

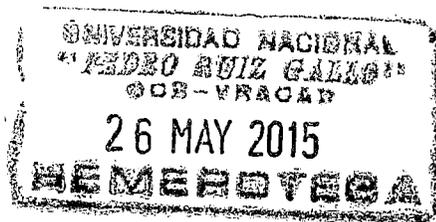
LAS AUTORAS

A nuestra asesora:

Lic. Rosa Augusta Del Carmen Larios Ayala, por ser nuestra guía y estímulo constante durante la realización del presente trabajo de investigación; por sus sabios consejos y acertadas sugerencias; por su desinteresado e incondicional apoyo para ver cristalizada nuestra meta: ser enfermeras.

A nuestros pacientes, sujetos de nuestro trabajo de investigación, por sus valiosos aportes y disponibilidad incondicional en confiarnos información que contribuyó a la realización de éste trabajo.

LAS AUTORAS



ÍNDICE

	N° Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	02
CAPÍTULO II	
BASE TEÓRICA CONCEPTUAL	10
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	24
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSION	41
CAPÍTULO V	
CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

RESUMEN

La Diabetes Mellitus II ha ido avanzando en todo el mundo, debido a que la población es menos activa físicamente y al llevar un estilo de vida no saludable, caracterizada por cambios culturales rápidos, así como un aumento de la urbanización y los cambios masivos de alimentación afectan a las personas que padecen dicha enfermedad. La presente investigación es un estudio cualitativo con abordaje metodológico de estudio de caso que trata de responder a la pregunta, ¿Cómo es el Proceso de Adaptación según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II en un Hospital de Chiclayo, 2014?. Cuyo objetivo es Caracterizar y Comprender el proceso de adaptación, según modelo de Roy en pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II. La población estuvo conformada por Adultos con DMII hospitalizados en Medicina Mujeres y Medicina Varones, y la muestra determinada por saturación y redundancia fue de 13 pacientes 8 mujeres y 5 varones. Los datos se recolectaron con una guía de entrevista semiestructurada. La información fue sometida al análisis de contenido. En el transcurso de la investigación se tuvieron los siguientes principios éticos de: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Los resultados se analizaron generando 4 categorías: cambios de estilo de vida para adaptarse al modo fisiológico, fortaleciendo el modo autoconcepto de grupo, reforzando su rol paternal y laboral; influencia de las redes de apoyo en el modo de interdependencia. Finalmente concluimos que los Adultos con DMII se adaptan en el proceso de adaptación transitando por los diversos modos de adaptación.

PALABRAS CLAVES: Proceso, Adaptación, Adultos, Diabetes tipo II

ABSTRACT

Diabetes Mellitus II has advanced in the world, because the population is less physically active and to keep unhealthy lifestyle characterized by rapid cultural changes, as well as increased urbanization and the massive changes affecting supply to those suffering from the disease. This research is a qualitative study with methodological approach of case study tries to answer the question, What is the Process Roy Adaptation Model as in Adult Patients with Diabetes Mellitus II in a hospital in Chiclayo, 2014?. Whose aim is to characterize and understand the process of adaptation, as Roy model in Adult Patients with type II Diabetes Mellitus. The population consisted of adults with NIDDM hospitalized in Medicine Women and Medicine Men and the sample determined by saturation and redundancy was 13 patients 8 women and 5 men. Data were collected with a semi-structured interview guide. The data were subjected to content analysis. Respect for persons, beneficence and justice: In the course of the investigation the following ethical principles were taken. The results were analyzed thematically generating 4 categories: lifestyle changes to adapt to physiological way, strengthening the group's self-concept thus reinforcing their parental and work roles; influence of the support networks of interdependence mode. Finally we conclude that adults with NIDDM are adapted in the adaptation process moving through the various modes of adaptation.

KEYWORDS: Process, Adaptation, Adults, Type II Diabetes Mellitus

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus II, es una enfermedad que plantea grandes desafíos a la persona, familia y también al personal de Salud. Es una enfermedad crónica, según la Organización Mundial de la Salud ¹ (OMS) en el mundo existe una incidencia más de 347 millones de personas con diabetes, en la cual el 90% de ellos presentan la Diabetes Mellitus Tipo II, la misma que está aumentando continuamente debido en gran parte al exceso de peso y a la inactividad física.

En el Perú, se ha estimado una prevalencia de Diabetes Mellitus de 5.1 % de la población general²; siendo muchos de ellos, adultos que se ven seriamente involucrados con esta enfermedad por no haber tenido estilos de vida saludables, entre otros, han contribuido al aumento de su incidencia, al riesgo de enfermar, a la presencia de complicaciones que aparecen generalmente tras varios años de evolución, dificultad de cicatrización de heridas, incapacidad, incluso hasta la muerte.

Toda esta situación afecta a la persona que atraviesa esta enfermedad, originando un rotundo rechazo por ser de toda la vida; así mismo la condición de una enfermedad es una de las más destacadas, ya que en ellas están involucrados la autoestima, la familia y el profesional de enfermería, quienes trabajan en forma conjunta en el proceso de adaptación.

La adaptabilidad es una de las cualidades más importantes para llevar una vida saludable, aun teniendo una enfermedad crónica y problemas continuos. Las circunstancias de nuestras vidas están en constantes cambios o nos adaptamos para encajar en estos nuevos desafíos o nuestro bienestar se deteriora.³

En entrevistas realizadas a personas con esta enfermedad, manifestaron frente a su problemática que al recibir el diagnóstico médico de Diabetes Mellitus se sienten afectados emocionalmente, lloran, se deprimen, se preocupan por su futuro y por los ingresos económicos, a pesar que la atención sanitaria es gratuita y universal según el MINSA; no saben cómo adaptarse a esta nueva vida o a convivir con la enfermedad, tienen temor a sus complicaciones y a la muerte; además manifiestan tener la necesidad de un apoyo familiar que les impulse a sobrellevar la situación, pero se les hace difícil cumplir estrictamente con el tratamiento terapéutico y más aún con el régimen alimentario que la Diabetes Mellitus II impone, escuchándoles con frecuencia decir: “si de todas maneras voy a morir, para que abstenerme de los postres más deliciosos que existe”, “quien lo va hacer por mi”; sin darse cuenta que así empeoraran su situación.

Durante las prácticas hospitalarias pre-profesionales, en los Servicios de Medicina Mujeres y Medicina Varones de un hospital del MINSA; a menudo se observa que los pacientes y sus familiares viven diversas situaciones críticas, siendo uno de ellos el cambio de estilo de vida en la nutrición como el dejar de lado el consumo de grasas, glúcidos, y la disminución de carbohidratos, manifestando ¿ya no comeré cosas deliciosas?; otras de las situaciones es la administración de medicamentos, donde algunos refieren sentirse incómodos, fastidiados pero lo aceptan y otros lo rechazan, siendo aún este indispensable para su tratamiento; además les cuesta dejar de lado los hábitos nocivos como el fumar, tomar bebidas alcohólicas; otros de los cambios importantes es en el ámbito de la vida a nivel laboral sienten el dilema de si deben informar o no de su condición de diabético, cuestionan los riesgos potenciales de esta información, “¿es posible que no me den el trabajo por ser diabético?” “¿puedo perder el trabajo?”, sienten temor de no ser aceptados por la sociedad e incluso por su propia familia; algunos adultos de forma inconsciente o consciente, manipulan a su familia para conseguir ventajas como resultado de su enfermedad y otros casos la familia asume el rol de guardianes controlando y prohibiendo de las cosas que le afectan en su salud a la persona con diabetes.

Con lo descrito anteriormente se agrega que la persona con diabetes requiere adaptarse tanto a la evolución de la enfermedad como a las demandas que ésta le plantea en su vida diaria. Esto incluye dieta, ejercicios, medicamentos orales o

aplicación de insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar, y revisión periódica por el equipo de salud. Diversos estudios muestran que la observancia del tratamiento disminuye la probabilidad de complicaciones. Sin embargo, algunos autores han concluido que las dificultades principales en las recomendaciones del tratamiento de la diabetes están relacionadas con la dieta y el ejercicio. Además de ello la adaptación a las enfermedades crónicas es un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas, dado que el tratamiento y control de la Diabetes Mellitus II tiene un efecto sobre la adaptación del paciente en términos de bienestar social y psicológico. De acuerdo a ellos los factores psicosociales (frustración, ansiedad, satisfacción e impacto de la diabetes en el ambiente laboral, en la relación marital, en el ambiente social y familiar) juegan un rol muy importante en el control glucémico, y sugieren considerarlos para mejorar el manejo clínico de los pacientes.

Esta problemática nos motivó a investigar el Proceso de Adaptación, según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II planteando las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el proceso de adaptación de la persona con Diabetes Mellitus frente a la enfermedad?

¿Cómo es el impacto frente al cambio de sus estilos de vida, como consecuencia de la enfermedad?

¿Cómo actúa la enfermera frente a la persona con Diabetes Mellitus II?

¿Cómo apoya la familia ante esta situación?

¿De qué manera intervienen los familiares ante esta enfermedad?

Por tanto las investigadoras llegan al siguiente problema de investigación: ¿Cómo es el Proceso de Adaptación según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II en un Hospital de Chiclayo, 2014?. El objetivo que guió la investigación fue Caracterizar y Comprender el Proceso de Adaptación de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II.

Esta investigación se justifica porque la adaptación es un proceso en la cual una persona es capaz de integrarse al entorno y a los cambios que se presentan en él, en donde los individuos responden a estímulos o demandas que surjan en sus vidas, pudiendo ser estos de forma eficaz o ineficaz.

Lazcano, M.⁴ refiere que la Diabetes Mellitus II (DMII), enfermedad crónica degenerativa está relacionada con factores ambientales entre los que se encuentran estilos de vida de la población, originando las posibles complicaciones como nefropatías, retinopatías, amputaciones y otros, que se puedan desarrollar por una inadecuada práctica de auto cuidado, siendo todo ello un problema de salud pública. Es por ello que las investigadoras abordamos esta temática realizándose en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, por ser un hospital nivel II - 2

en los Servicios de Medicina Mujeres y Medicina Varones donde la incidencia al mes de las personas hospitalizadas es de 7 a 8 respectivamente de pacientes con diabetes.

Además la presente investigación servirá como base de estudios sucesivos y de estímulo para los profesionales de la salud, como enfermeras, nutricionistas, médicos y otros que están encargados de llevar los programas educacionales, y de esta manera brindar al grupo etario con esta afección un cuidado holístico y humanizado a fin de comprender el proceso de adaptación, para evitar mayores daños y complicaciones, y así mejorar su calidad de vida.

Resulta importante conocer los relatos de las Adultos con Diabetes frente a su enfermedad pues permitirá valorar el Proceso de Adaptación de la persona con diabetes en base a los cuales se podrán brindar el apoyo necesario.

El presente informe está estructurado en capítulos:

Capítulo I: Introducción en donde se encuentran la situación problema, el problema, objetivo, justificación e importancia.

Capítulo II: Marco teórico que contiene antecedentes y los fundamentos teóricos de la investigación.

Capítulo III: Marco metodológico que contiene el tipo de investigación, tipo de abordaje, población y muestra, criterios de inclusión y de exclusión

técnicas e instrumentos para la recolección de información, procesamiento de la información, rigor científico y aspectos éticos.

Capítulo IV: Resultados y discusión.

Capítulo V: Consideraciones finales y recomendaciones.

CAPÍTULO II

II. BASE TEÓRICA-CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes:

Se han encontrado dos trabajos de investigación de tipo cualitativa cuyos resultados tienen relación con el tema de nuestro estudio el cual se detalla a continuación:

Lazcano, O⁴. en su investigación “Adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus II, según modelo de Roy. (Colombia, 2009) cuyo objetivo fue determinar la influencia entre estímulos focales y contextuales y la adaptación fisiológica y psicosocial en personas con Diabetes Mellitus II. Cuya muestra fue de 200 participantes, los resultados mostraron que el tiempo desde diagnóstico explico la adaptación fisiológica $F(1,198)=9.18$. $p=0.003$ con un coeficiente de 44%. Se observó efecto entre complicación y adaptación

psicosocial $F(4.197) p=0.001$ con un coeficiente de determinación del 74 %. Los estímulos contextuales influyeron en la adaptación fisiológica y psicosocial. $F(6.193)= 2.89 p=0.10$ y $F(6.193)= 2.41 p=0.029$. Por último los resultados de este estudio permiten sugerir relaciones entre las proposiciones teóricas propuestas y derivadas del Modelo de Adaptación de Roy particularmente entre los estímulos y la adaptación fisiológica y psicosocial en pacientes con Diabetes Mellitus II.

Nieto, C.⁵ en su investigación Proceso de Adaptación de los Adultos con Diabetes Mellitus II atendidos en H.N.A.A.A Chiclayo-2011. (Chiclayo, 2012); cuyo objetivo es identificar, analizar y comprender el Proceso de Adaptación de los Adultos con Diabetes Mellitus II. La investigación tuvo como resultado que los modos de adaptación se cumplen en los 4 aspectos: el modo fisiológico refieren que en un tiempo de 2 años logran adaptarse a los cambios que se producen en ellos y a cumplir con el tratamiento para mantener estable su salud, en el modo de rol debido a la etapa de vida en que se encuentran desempeñan roles en el trabajo, hogar y relaciones sociales que no han sido afectado, en el modo de auto concepto, tienen un concepto positivo de sí mismo y en el rol de interdependencia, refiere tener buenas relaciones familiares y sociales lo que favorecen su adaptación a la enfermedad.

2.2.Base teórica:

En la actualidad, las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales problemas de salud; siendo una de ellas muy común en nuestro medio, a nivel nacional la Diabetes Mellitus.

Guyton & Hall⁶ define a la Diabetes Mellitus como una enfermedad que se caracteriza por tener altos niveles de glucosa en sangre, donde las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa (a través de los alimentos), absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo, que finalmente, de la sangre vaya al interior de las células para que pueda ser utilizada. Esto último solo ocurre bajo los efectos de la insulina, una hormona secretada por el páncreas. También es necesario considerar los efectos del glucagón, otra hormona pancreática que eleva los niveles de glucosa en sangre.

Rivera, E⁷. refiere que en la Diabetes Mellitus II (DMII) el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II). Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula, aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la Diabetes

Mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

En la mayoría de los casos, la Diabetes Mellitus II es consecuencia de una disminución de la secreción de la insulina por las células Beta de los Islotes de Langerhans. La herencia desempeña un papel importante en determinar en quienes se desarrollará diabetes y en quienes no. La obesidad también desempeña un papel en el desarrollo de esta enfermedad crónica; esta forma parte del síndrome metabólico disminuyendo el número de receptores de insulina en las células de todo el cuerpo, haciendo que la cantidad disponible de insulina sea menos eficaz a la hora de promover sus efectos metabólicos habituales.

Quezada, J⁸ manifiesta que los síntomas más precoces de la Diabetes son: la poliuria (eliminación excesiva de orina) debido al efecto diurético osmótico de la glucosa en los túbulos renales, la polidipsia (aumento de la sed) se debe a la deshidratación como consecuencia de la poliuria, el fracaso del metabolismo de la glucosa y de las proteínas en el organismo causan pérdida de peso, tendencia a la polifagia, trastornos emocionales, susceptibilidad a infecciones micóticas, entre otro.

La Diabetes Mellitus II progresa de la misma forma con independencia de su causa y tipos: la Diabetes tipo I, también denominada Diabetes Mellitus

insulinodependiente (DMID), se debe a la falta de secreción de la insulina. La Diabetes Mellitus II, también llamada Diabetes Mellitus no insulinodependiente o del adulto (DMNID), está causada por una menor sensibilidad de los tejidos efectores a las acciones metabólicas de la insulina. Esta menor sensibilidad a la insulina suele conocerse como resistencia a la insulina, ocurre con mayor frecuencia en personas mayores de 40 años de edad y en personas con exceso de peso.

La resistencia a la insulina forma parte de una serie consecutiva de trastornos que se conoce como “síndrome metabólico” y que, entre otras cosas, se caracteriza por obesidad, sobre todo con acumulación de grasa abdominal; resistencia a la insulina; hiperglucemia en ayunas; anomalías de los lípidos, con aumento de triglicéridos en la sangre y disminución del colesterol unido a la lipoproteína de alta densidad; hipertensión. Todas las manifestaciones del síndrome metabólico están estrechamente relacionadas con la ganancia excesiva de peso.

En la diabetes, puede haber disminución en la capacidad del cuerpo para reaccionar a la insulina, disminución o ausencia de la producción de insulina por el páncreas, o ambos factores juntos, lo que conduce a anormalidades metabólicas de carbohidratos, proteínas y grasas, la hiperglucemia resultante ocasiona complicaciones metabólicas agudas, como cetoacidosis diabética y

síndrome hiperosmolar no cetónico. La hiperglucemia a largo plazo causa complicaciones microvasculares crónicas (renales u oculares) y neuropáticas.

Dentro de las complicaciones de la Diabetes Mellitus II tenemos agudas y crónicas. Las agudas son el resultado de desequilibrio en el régimen terapéutico, entre ellas tenemos la: hipoglucemia (baja concentración de azúcar sanguínea), que también se llama reacción insulínica o choque insulínico, hiperglucemia (alta concentración de azúcar en la sangre), que si no se controla conduce a la cetoacidosis diabética en la diabetes tipo I, o al síndrome hiperosmolar no cetónico en la diabetes tipo II.

Las complicaciones crónicas, por lo general aparece 10 a 15 años después del inicio de la enfermedad e incluye las siguientes: macro vasculares (grandes vasos), que afectan a la circulación coronaria, vascular periférica y cerebro vascular, dentro de ellas tenemos la artereopatía coronaria (que conduce al infarto al miocardio), enfermedades cerebrovasculares (que causa apoplejía) y vasculopatía periférica; microvascular (vasos pequeños), que afectan a los ojos (retinopatía) y los riñones (nefropatía); neuropáticas (daño nervioso), que afecta a los nervios del sistema autónomo y sensoriomotores, ocasionando problemas como impotencia y úlceras pédicas, así tenemos como la neuropatía sensoriomotora (que afecta a las extremidades) y neuropatía autónoma (que afecta el funcionamiento gastrointestinal, cardiovascular, genitourinario).

El tratamiento varía a lo largo del curso de la enfermedad, en virtud de los cambios en el estilo de vida y el estado físico y emocional, cuyo objetivo principal del tratamiento es normalizar la actividad de la insulina y la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas⁹.

Existe cinco componentes para el tratamiento de la diabetes: dieta, ejercicios, vigilancia, medicamentos y enseñanza¹⁰. El grupo asistencial dirige el tratamiento, pero es el enfermo quien enfrenta la carga diaria de manejar los detalles de un régimen terapéutico complejo, por esta razón, la enseñanza al paciente y su familia es un componente esencial del tratamiento, de la misma importancia que las demás formas terapéuticas.

El medio social más cercano a la persona, está representado por el núcleo familiar al cual pertenece y este a su vez, se encuentra dentro de una comunidad específica. La vida del diabético transcurre en un contexto de preocupación por cambios en su estilo de vida, es un hecho que produce estrés teniendo que enfrentar diferentes emociones, reacciones, sentimientos, pensamientos durante su existencia, y adaptarse a la nueva situación por lo que necesitan ser comprendidas por quienes lo rodean y en especial por sus familiares y el personal de Salud.

Sánchez, J¹¹, el adaptarse a las demandas diarias que la vida plantea, da lugar a diferentes reacciones ante los sucesos cotidianos. Según las

circunstancias personales, el ser humano puede experimentar cualquier tipo de situación que afecta directamente. La adaptación es una característica que es muy común en una población porque proporciona una mejora de alguna función.

La Real Academia¹² define a la adaptación como el acomodarse, avenirse a diversas circunstancias, condiciones de su entorno.¹² La adaptación representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia de las personas adultas. Este concepto engloba todas aquellas modificaciones que se pueden suceder en el entorno que rodea a la persona adulta y que le permite la realización de las actividades cotidianas de una manera más segura, sencilla e independiente. La presente Investigación se sustenta en base a la teoría de Sor Callista Roy citado por Marriner¹³ con el modelo de la adaptación en la cual afirma lo siguiente: la adaptación se refiere al proceso y resultado que las personas tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno; así mismo el modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona y su noción de enfermería, persona, salud y entorno está relacionado en este concepto base. En donde afirma que la persona busca continuamente estímulos en su entorno, como paso último, se efectúa la relación y se da paso a la adaptación.

Además Roy plantea que las personas, vistas como sistema adaptativos holísticos, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante. El ambiente se define como todas las condiciones circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y los recursos de la tierra. En el ambiente se encuentra estímulos que Roy clasifica como focales, contextuales y residuales.

Con respecto a los estímulos focales son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe afrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo, y para lo cual requiere el consumo de energía. En cuantos los estímulos contextuales afirman que son otros estímulos que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal. Por último los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados, estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en que se conoce como están actuando en las situaciones, se vuelven contextuales.

Callista Roy describe a la persona como el foco principal de la enfermería; un sistema de adaptación complejo y con vida, compuesto por

procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los 4 modos de vida: fisiológico y físico de adaptación, de adaptación del auto concepto de grupo, adaptación de desempeño del rol y por último la adaptación de la interdependencia.

Modo fisiológico y físico de adaptación

Relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las 5 necesidades que están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica dentro de ellas tenemos oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección. Los procesos complejos, compuestos por los sentidos, por el balance de líquidos, electrolitos y ácidos base, y por las funciones neurológica y endocrina, contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo de adaptación fisiológico es la integridad fisiológica, es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación con relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la necesidad física y a las fuentes económicas.

Modo de adaptación del autoconcepto de grupo

Es uno de los tres modos de la adaptación psicosociales y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual o, la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo. El autoconcepto se puede definir como el conjunto de creencias y sentimiento que tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los demás individuos. Sus componentes son el yo físico, que engloba las sensaciones y el aspectos del cuerpo; el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o las expectativas, y la moral, la ética y la espiritualidad del ser. El modo de autoconcepto de la identidad de grupo refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del autoconcepto de la identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene de grupo, el entorno social y la cultura. La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad.

Modo de adaptación de desempeño del rol.

Es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como la necesidad que se tiene que saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios. Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental y expresivo. El comportamiento instrumental es la ejecución física real de un comportamiento. El comportamiento expresivo se compone de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su papel. El rol primario determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un periodo particular de su vida. Está determinado por la edad, el género y la fase de desarrollo.

Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario. Los roles terciarios están relacionados con los secundarios y representan las distintas

maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea. Normalmente los roles terciarios están de forma provisional en la naturaleza, el individuo los escoge libremente y van desde clubes sociales a aficiones personales.

Los roles principales que uno desempeña se pueden analizar imaginando una estructura en forma de tronco. El tronco del árbol es el rol primario del individuo, a saber, el nivel de desarrollo de uno mismo, como por ejemplo, una mujer adulta con hijos. Los roles secundarios son las ramas del papel primario, por ejemplo, ser esposa, madre o profesora. Por último los papeles terciarios son ramas del papel secundario, por ejemplo el papel de una madre que ocupa el rol de presidenta de la asociación de padres durante un tiempo. Cada uno de los tres roles se desempeñan en una relación en la que tienen un papel recíproco.

Modo de adaptación de la interdependencia

Se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre si afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.

La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. La primera relación es con los otros individuos significativos, que vendrían a ser las personas más allegadas al individuo. La segunda sería la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo a saber, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia. Se han identificado las dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia, que son el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo. Ambos comportamientos se refieren al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia.

Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo, o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo.

Por otra parte se recalca que la función del cuidado de enfermería es fortalecer la integración de las personas con el ambiente, las enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus habilidades de adaptación.

Para las investigadoras, el proceso de adaptación es un proceso que consiste en reaccionar de una manera positiva, ante una enfermedad o cambio producido en la persona o entorno; no significa darse por vencidos, sino que debemos hacer grandes cambios en los estilos de vida para poder continuar. El proceso de adaptación busca en algún momento la estabilidad y, en otros, el cambio. En sí, la adaptación es un atributo de la inteligencia, que es adquirida por la asimilación mediante la cual se adquiere nueva información y también por la acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información. La función de adaptación le permite al sujeto aproximarse y lograr un ajuste dinámico con el medio.

CAPÍTULO III

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método:

3.1.1 Tipo de la investigación

En el presente trabajo de investigación se utilizó la metodología cualitativa. Taylor, S¹⁴ refiere que la investigación cualitativa está considerada como una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos y son adecuados para los trabajos que pretenden estudiar los significados de las acciones humanas desde la perspectiva de los propios agentes sociales, a la transformación de prácticas y escenarios.

La investigación cualitativa tiene un plan abierto flexible y ofrece técnicas especializadas para obtener respuesta acerca de los pensamientos y

sentimientos; brindando una profundidad en la comprensión de los aspectos dinámicos holísticos e individuales de la experiencia humana.

Strauss citado por Pita¹⁵ refiere que “los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como las entrevistas semiestructuradas”.

Hernández, R.¹⁶ refiere que la investigación cualitativa, es una técnica especializada para obtener respuestas detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que serán observados e incorporados a lo que expresen los participantes como sus pensamientos, sentimientos, reflexiones, tal y como son sentidos y expresados por ellos y no como el investigador lo percibe.

En este proceso se recolectó los datos para poder analizar, con el fin de caracterizar y comprender el Proceso de Adaptación de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II.

3.1.2 Abordaje:

El presente estudio de investigación tiene un abordaje metodológico tipo Estudio de Caso; el caso es la unidad básica de la investigación y puede tratarse de una persona, una pareja, una familia, un objeto, un sistema, una organización, una comunidad, entre otros.

Polit¹⁷ refiere que los estudios de caso son investigaciones profundas sobre individuos, grupos, instituciones o entidades sociales y sirven para estudiar fenómenos que no se han investigado con el debido rigor y brindar al investigador la oportunidad de obtener conocimiento íntimo del estado, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno del sujeto.

Permitió concentrarse en un caso específico o situación e identificar los distintos procesos interactivos que lo conforma, es la forma más profunda con la que se pueda llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, debe considerarse como estrategia encaminada a la toma de decisiones; su potencia radica en su capacidad para generar hipótesis y descubrimientos.

Ludke¹⁸ refiere que el estudio de caso es el estudio de un caso el simple y específico, bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos. El caso puede ser similar a otros pero es al mismo tiempo distinto, pues tiene un interés propio, singular.

La presente investigación se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes principios de estudio de casos:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento. “El investigador estará atento a nuevos elementos que surjan y sean relevantes durante el estudio; siendo el cuadro teórico inicial una base o estructura en la cual a partir de esto pueden ser descubiertos nuevos aspectos o dimensiones durante el trayecto del

estudio ya que el conocimiento es una construcción que se hace y rehace constantemente”.

En esta investigación las autoras estuvieron a la expectativa de fortalecer otras dimensiones con respecto al objeto de estudio, y otros elementos relacionados al Proceso de Adaptación del paciente.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto. “Es necesario tener en cuenta el contexto en el que se sitúa el objeto y así comprender mejor la manifestación general de un problema, compartiendo reacciones de los involucrados en los cuales ocurre una problemática determinada”.

Es así que este estudio se llevó a cabo en la misma unidad de Medicina Mujeres y Medicina Varones donde se encontraron hospitalizados los pacientes de nuestro objeto de estudio de bajos recursos económicos, abandonados por sus familiares, de bajo nivel cultural y otros con estilos de vida arraigados.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. “El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación enfocándolo como un todo”.

Este tipo de abordaje enfatizó la complejidad del Proceso de Adaptación, en que las manifestaciones emitidas por los pacientes retrataron lo percibido por ellos sin que se altere la realidad vivida, se pudo analizar a través de las entrevistas obtenidas de los adultos que padecen la enfermedad.

Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. “Al desarrollar el estudio de caso el investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos con una variedad de informantes”.

Para las investigadoras este principio no pudo ser aplicado porque tuvimos como única fuente de investigación a los pacientes adultos con DMII.

Revelan experiencias vicarias, que permiten generalizaciones naturales. “El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario puede realizar sus generalizaciones naturales”.

A través de la descripción detallada de escenarios, participantes y la discusión profunda de las categorías que se presentan en este proyecto permitió que los lectores de esta investigación, traigan a la memoria experiencias personales o de seres cercanos que coincidan con los pacientes entrevistados.

Los estudios de caso utilizan un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento. “Es posible que un mismo caso tenga diferentes formas de relato dependiendo del tipo de usuario que se destina, esos relatos escritos presentan generalmente, un estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje y descripciones, debiendo tener énfasis en que la transmisión sea directamente clara y bien articulada y con un estilo que se aproxime a la experiencia personal del usuario”.

En este estudio, el caso se construyó de forma narrativa empleando un lenguaje sencillo y claro partir de un marco teórico

3.2. Trayectoria metodológica del estudio de caso.

NISBETT e WATT citado por LUDKE¹⁸ manifiesta que el desarrollo del estudio de caso comprende tres fases:

A. Fase exploratoria

El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio, pudiendo existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio. Es momento de especificar las cuestiones o puntos críticos de establecer los contactos iniciales para entrar en el campo, de localizar los informantes y las fuentes de datos necesarios para el estudio, intentando captar la realidad tal como es, y no como quisiera que sea.

Siendo el estudio, Proceso de Adaptación de Roy en pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II, las investigadoras se pusieron en contacto con los sujetos de estudio, para tener una claridad frente a la problemática motivo de nuestra investigación, teniendo una conversación directa con el paciente sobre su Proceso de Adaptación.

B. Delimitación del estudio

La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible de explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. El seleccionar las entrevistas es crucial para lograr el propósito del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

En esta fase se seleccionó a los sujetos o aspectos a explorar, las personas a entrevistar, la duración del estudio entre otros y al mismo tiempo se aplicó la entrevista semiestructuradas con la finalidad de obtener los discursos, escribirlos y leerlos para tener una visión más amplia del problema en estudio.

C. Análisis sistemático y la elaboración del informe

En esta fase surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado, estos relatos pueden ser presentados a los interesados por escrito o constituirse en presentaciones visuales y auditivas, etc.

Obtenido los relatos, se leyeron detenidamente para conocer su contenido, se procedió a realizar la descontextualización, derivando las unidades de significado según los temas expresados en dichos discursos asegurándose que sean exhaustivo, representativos, pertinentes; se realizó la codificación respectiva

de cada fragmento, teniendo las subcategorías las que dieron lugar a las categorías. Luego se realizó el análisis temático de los resultados, los cuales se confrontaron con la literatura, todo ello con relación al objeto, los objetivos de la investigación y el contexto en que esta se realizó. Lo que permitió llegar a las consideraciones finales, elaborando un informe suscrito, se utilizó un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento del usuario.

La validación del instrumento se realizó con una prueba piloto realizada a pacientes de otra institución, en la cual constituyó una prueba preliminar de la entrevista, en la que se logró determinar la validez de las preguntas orientadoras.

3.3 Población y muestra

La población investigada estuvo constituida por Adultos con Diabetes Mellitus II que se encontraron hospitalizados en Medicina Mujeres y Medicina Varones del Hospital Regional Docente las Mercedes.

Los pacientes con Diabetes Mellitus II encontrados en dichas unidades fueron de bajos recursos económicos, bajo nivel cultural, algunos abandonados por sus familiares y otros preocupados por la situación de sus enfermos, con estilos de vida arraigados.

Criterios de inclusión:

- Personas adultas entre 40-60 años, en ellos la incidencia de diabetes es mayor.

- De ambos sexos.
- Que desean participar voluntariamente en la presente investigación.
- Con al menos 1 año de diagnóstico y tratamiento.
- Pacientes con enfermedades concomitantes.

Criterios de exclusión:

- Personas con alteraciones mentales.
- Gestantes, porque tienen otro método de diagnóstico.

Muestra (n):

La muestra se seleccionó por saturación y redundancia, que estuvo conformada por 13 personas hospitalizadas siendo de ellos 8 mujeres y 5 varones, cuyas edades se encuentran entre 40 y 60 años, que proceden de diferentes partes de la región como Cajamarca, Lambayeque, Chiclayo, Ferreñafe, Chachapoyas, que fueron diagnosticados hace más de 1 año. Se tuvo en cuenta que la saturación de los datos hace referencia a la no existencia de otros temas que podría ayudar a configurar el fenómeno investigado, es decir las entrevistas realizadas no produjeron ningún tema nuevo. La redundancia se refiere a la ocurrencia de descripciones repetitivas por parte de los participantes del estudio.

2.3.5 Técnica de recolección de Datos

En relación a las técnicas de recolección de datos, en esta investigación se utilizó la guía de entrevista semiestructurada, se basó en una guía de preguntas específicas, y se sujetó exclusivamente a ésta.

La entrevista semiestructurada es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. Esta entrevista semiestructurada fue con carácter anónimo, permitió la fluidez de respuestas del participante. Cuyo objetivo fue entender y comprender el significado que los entrevistados atribuyeron a dichas preguntas.

2.3.6 Análisis de los datos

Para realizar el análisis de los datos las investigadoras tuvieron en cuenta que en el proceso cualitativo, la recolección y el análisis de los datos ocurren prácticamente en paralelo, considerando que el análisis no es estándar, ya que este proceso consiste en recibir datos no estructurados, que cada estudio requiere de un esquema propio del análisis. El análisis que se realizó es el de contenido, siendo esta un método que busca descubrir la significación de un mensaje, ya sea este un discurso, una historia de vida, un caso de estudio, un artículo de revista, un texto escolar, un decreto ministerial, entre otros. Se trata de un método que

consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de la mejor manera el sentido. Después de analizar múltiples casos si ya no se encuentra información novedosa “Saturación”, el análisis concluye. En cambio, si se encuentran inconsistencias o falta de claridad en el entendimiento del problema planteado, se regresa al campo o contexto para recolectar los datos.

Obtenido los discursos se procedió a la transcripción de estas, conservándose en todo momento su fidelidad, tomando en cuenta seudónimos para los nombres de los participantes. Se hizo una análisis de contenido, donde los discursos fueron leídos y releídos para descontextualizarlo con la búsqueda de temas, en unidad de significado; proceso en el que se descubrieron elementos comunes entre sujetos y la variación neutral de los datos. Posteriormente esto fue reunido para formar subcategorías y categorías, discutiéndolas con los antecedentes y la bibliografía.

2.3.7. Rigor Científico

El rigor de la investigación, busca velar que los datos sean completos, de calidad y estén en un formato que faciliten su organización para describir el trabajo percibido. Castillo²⁰ refiere que las investigaciones cualitativas deben garantizar su calidad a través del rigor científico:

Credibilidad: es característica de lo que es creíble o aceptable, se relacionará con el valor de la verdad en las descripciones de los discursos que se presentaran en el estudio.

“Se trató de realizar la interpretación de los datos en la verdadera dimensión en que estos estuvieron expresados por los investigados”.

Honestidad: es el valor de decir la verdad, ser decente, recatado, razonable y justo.

“Este criterio se aplicó al explicarle detalladamente los fines y el propósito de la investigación al participante”.

Consistencia: es la capacidad de resistir a argumentaciones contrarias.

“En esta presente investigación se hizo una revisión de literatura para respaldar el estudio investigado.”

Originalidad: es la cualidad de una investigación de ser nueva y novedosa, y que las distingue de las copias, las falsificaciones o de los plagios.

“Se verificó que no existan trabajos de investigación similares a nuestra investigación en nuestra zona”.

Transferibilidad: consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos, siguiendo la trayectoria de la investigación a partir de las decisiones que se tomaran en el presente trabajo.

“Se describió el lugar y las características de las personas donde la investigación fue realizada. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos”.

2.3.7. Principios éticos

La expresión "principios éticos" se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Dentro de los aspectos bioéticos se consideraron en la investigación los siguientes principios abordados en el Reporte de Belmont.¹⁶

Principio de respeto a las personas.

Protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

“En la presente investigación el investigado tuvo la plena libertad para conducir sus propias acciones, incluyendo su participación voluntaria en el estudio o su retiro de la investigación cuando él lo considere necesario”.

Principio de Beneficencia.

Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar.

“En la presente investigación, las investigadoras explicamos detenidamente a los participantes los beneficios individuales derivados de su colaboración, bajo ninguna circunstancia los adultos que fueron entrevistados estuvieron sometidos a situaciones que lastimen sus sentimientos o lleguen a alterar su estado de ánimo.

Principio de Justicia:

Usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente.

“En esta presente investigación los Adultos tiene el derecho a un trato justo, que como seres humanos merecen (tanto durante la selección del sujeto como a lo largo del estudio), además el derecho en todo momento a gozar de privacidad. La misma que estuvo conservada a través del anonimato y la confidencialidad”.

CAPÍTULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La enfermedad crónica no es una entidad en sí misma, sino un término genérico que abarca las enfermedades prolongadas, las cuales a menudo están asociadas con algún grado de discapacidad. Cada enfermedad crónica es única y tiene un impacto diferente en la persona, familia y sociedad.

Una de las enfermedades crónicas que es muy común en nuestro medio, y está considerada dentro de las 10 enfermedades mortales es la Diabetes Mellitus II, ocupando el octavo lugar a nivel nacional.²¹ La Diabetes Mellitus II es un trastorno metabólico caracterizado por la elevación de concentración de glucosa en sangre, derivado de la ingestión de alimentos y de la formación de glucosa por el hígado; esta enfermedad requiere de tratamiento especial de por vida, produce

complicaciones vasculares, neurológicas y renales que conllevan a la ceguera, insuficiencia renal, amputación, apoplejías, ataques cardíacos, entre otros.

La vida de la persona con diabetes transcurre en un contexto de preocupación por cambios en su estilo de vida, teniendo que adaptarse diferentes emociones, reacciones, sentimientos y pensamientos durante su existencia, por lo que necesita ser comprendido por quienes lo rodean y en especial por sus familiares y el personal de salud, por lo que realizamos una investigación acerca del proceso de adaptación de éstas personas.

La presente investigación se basó en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, quien describe a la persona como el foco principal de la enfermería; un sistema de adaptación complejo y con vida, compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los 4 modos de vida: fisiológico y físico de adaptación, de adaptación del auto concepto de grupo, adaptación de desempeño del rol y por último la adaptación de la interdependencia. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces.

Luego de categorizar los discursos de las declaraciones obtenidas y analizar el Proceso de Adaptación de los Adultos con Diabetes Mellitus II, cuyas edades oscilaron entre 40 y 60 años, de ambos sexos, quienes viven con la enfermedad

por periodos de 1 año a más y en cuyo proceso fueron acompañados por sus familiares; se obtuvieron cuatro grandes categorías. Los discursos se codificaron utilizando como pseudónimos los colores, agregando su respectiva edad, esto para garantizar el anonimato de los entrevistados.

Las categorías producto de la subcategorías que resultaron de los discursos, se presentan a continuación:

I. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA PARA ADAPTARSE AL MODO FISIOLÓGICO

1.1. Incorporando hábitos alimenticios saludables como prioridad.

1.2. Realizando actividad física a partir de conocer el diagnóstico médico.

II. FORTALECIENDO EL MODO AUNTOCONCEPTO DE GRUPO.

2.1. Identificando aspectos positivos de sí mismo.

2.2. Acogiéndose a la religión para adaptarse a la enfermedad.

III. REFORZANDO SU ROL PATERNAL Y LABORAL

IV. INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO EN EL MODO DE LA INTERDEPENDENCIA.

4.1. Estrés y problemas familiares influyendo negativamente en la adaptación a la enfermedad.

A continuación se presenta la discusión de las respectivas subcategorías y categorías a la luz de la literatura.

I. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA PARA ADAPTARSE AL MODO FISIOLÓGICO

Según modelo de Roy citado por Marriner¹³ este modo implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección que se basan en el subsistema regulador, que son los sentidos, fluidos y electrolitos, las funciones neurológicas, y endocrinas.

Así mismo se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las necesidades básicas. Además el comportamiento de este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen el ser humano, en el grupo social, está representado por las facilidades físicas y los recursos que tienen los adultos para interactuar y por las capacidades para realizar sus actividades.

El modo de adaptación fisiológica se refiere a la forma como la persona responde a su entorno y a los cambios fisiológicos que se presentan en el organismo para cubrir sus necesidades básicas. En el caso de los pacientes que

padecen Diabetes Mellitus II, los cambios más resaltantes están relacionados con la alimentación y la actividad física, las cuales se evidencian en las siguientes subcategorías.

1.1. Incorporando hábitos alimenticios saludables como prioridad.

Los hábitos alimenticios se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas

La repetición de acciones constituye un hábito, pues luego de un tiempo de practicarse se logra ejecutar esas conductas de modo automático, sin planificación previa. Comer bien, sano y natural puede constituirse en un hábito, como también puede serlo comer mal²².

Los alimentos saludables son importantes para todo el mundo, pero lo son aún más para las personas con Diabetes Mellitus II. Consumir una variedad de alimentos en las cantidades adecuadas, comer regularmente, y determinar cuánto comer de acuerdo con su grado de actividad, ayudando así a controlar su nivel de glucosa en la sangre²³.

La diabetes Mellitus II es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado²⁴, debiendo conocer principalmente que su dieta debe contener alrededor de 50-60% de carbohidratos, 25-30% de grasas y 15 a 20% de proteínas²⁵, y a partir de ello manejar el azúcar de la sangre solo con la alimentación:

Seleccionar alimentos que tengan un alto contenido de carbohidratos complejos, como los granos enteros, los vegetales y las legumbres, ayudará a reducir la glucosa de la sangre y su necesidad de medicación. Muchos alimentos vegetales también contienen fibra soluble que hace más lento el paso del azúcar al flujo sanguíneo. Teniendo en cuenta que el procesamiento de los alimentos elimina frecuentemente fibra y agrega azúcares o aceites, es mucho mejor que los alimentos ricos en carbohidratos se consuman en el estado más natural posible.

Por otro lado la mejor dieta es evitar las carnes y otros productos animales. Estos alimentos pueden estimular la resistencia a la insulina, los problemas cardíacos y el incremento de peso, ya que contienen grandes cantidades de grasa, colesterol y calorías. Una mejor elección es obtener las proteínas de alimentos vegetales, por último las dietas con alto contenido de grasas pueden perjudicar su

sensibilidad a la insulina. En otras palabras, a la insulina le costará mucho hacer su trabajo. Esto es particularmente cierto para el caso de las grasas saturadas (el tipo de grasa que se encuentra en la carne, los huevos y los productos lácteos) a diferencia de las grasas monoinsaturadas (que se encuentran en los aceites de oliva y canola). Generalmente, los alimentos vegetales tienden a ser más bajos en grasas, especialmente la grasa saturada, a diferencia de los productos animales, por lo que los vegetales y los granos enteros son buenos no sólo por sus carbohidratos complejos sino también por su menor contenido de grasa²⁶.

En cuanto a las entrevistas aplicadas la mayoría de los Adultos manifestaron que el cambio más importante en el Proceso de Adaptación a la enfermedad es la alimentación, reconociendo el cambio en sus hábitos alimenticios, manifestando:

“...me costó mucho cambiar mi habito de comer, ahora ya acepto de que debo cuidarme en mi alimentación y no hacer desarreglos...” (Rojo, 45 años)

“...pensar que mi vida ya no sería como antes, en una reunión no podía comer lo que los otros comían, ya no podía comer seguido mis helados, mis dulcecitos, no puedo tomar gaseosas, pero es por mi propio bien...” (Blanco, 44 años)

“...tuve que empezar a tomar pastillas, cambiar mi dieta, consumir todo sano...” (Azul, 46 años)

“... a veces reniego, pero sé que no debo comer porque es para mi propio bien...”. (Verde, 40 años)

“...al principio no me acostumbraba a tener una dieta muy estricta, pues comía de todo, pero el doctor me dio mi tratamiento que incluía comer sanamente...” (Perla, 58 años).

“...antes comía muchas comidas chatarras...ahora ya no, mi dieta ha cambiado, consumo más verduras, y alimentos que me hagan bien para mi salud...” (Esmeralda, 49 años).

Para las autoras la Diabetes Mellitus II, es una enfermedad que incluye diversos cambios en los hábitos alimenticios de la persona, en la que de un momento a otro la rutina de su vida se ve alterada, pero después de todo se va ver beneficiado con una dieta adecuada, siendo esta el pilar del tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus II, aun estando con medicamentos adecuados, el control solamente se logra con la dieta apropiada, para luego adaptarse a ella, como es el caso de las personas de nuestro objeto de estudio.

1.2. Realizando actividad física a partir de conocer el diagnóstico médico.

La actividad física practicada con regularidad ejerce importantes beneficios sobre la salud sin distinción de edad, sexo o característica étnica; por otra parte los hábitos de vida sedentaria están asociados con un incremento de numerosas enfermedades crónicas y una disminución de la longevidad. Además, existen datos acerca de que el ejercicio físico reduce el riesgo de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus II. La Diabetes Mellitus, al igual que el resto de

enfermedades crónicas requiere por parte del paciente, la modificación y adquisición de una serie de hábitos y comportamientos para garantizar una mejor adaptación en su vida con la enfermedad. La principal intervención en la atención a los pacientes con diabetes es el correcto control metabólico que depende en parte a la actividad física diaria que realice.

La actividad física es la energía que se consume con el movimiento. Las mejores actividades físicas son las cotidianas como andar a paso ligero, trotar, correr, aeróbic en un gimnasio, la jardinería y horticultura habitual, montar en bicicleta, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, actividades laborales, tareas manuales de ocio, etcétera. La actividad física, es el conjunto de movimientos planificados y diseñados específicamente para gozar de buena salud o tratar alguna enfermedad. Se consideran dos tipos fundamentales de actividades: aeróbico y anaeróbico. Para el tratamiento de la diabetes y del resto de las enfermedades metabólicas relacionadas con el síndrome metabólico, es más conveniente prescribir la actividad aeróbico que el anaeróbico²⁷.

Cuando comienza a realizarse el ejercicio, se activa una serie de hormonas (fundamentalmente adrenalina y glucagón) que tienen como misión movilizar los depósitos de reserva para proporcionar combustible al músculo. Los dos combustibles fundamentales son la glucosa (20% de las demandas) y los ácidos grasos (80% de las demandas energéticas). Las hormonas contrarreguladoras aceleran la glucogenólisis hepática y el hígado se convierte en un órgano secretor

de glucosa. Durante los primeros minutos de ejercicio, se incrementa notablemente el consumo de glucosa por el músculo. Al tratarse de un ejercicio aeróbico, de moderada intensidad, la glucosa se degrada fundamentalmente por la vía aeróbica. Este consumo de glucosa puede mantenerse a lo largo de varias horas de actividad, siendo esta una de las medidas no farmacológica. En ausencia de ingestión de glúcidos, y dado que el depósito de glucógeno hepático y muscular es limitado, el aporte de glucosa desde el hígado es proporcionado por la gluconeogénesis; la glucosa se fabrica fundamentalmente a partir del glicerol que llega al hígado desde el tejido adiposo.

La OMS²⁸ establece que una persona adulta debe tener al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, considerando como tal cualquier movimiento corporal que requiere un gasto de energía. Al respecto los pacientes refieren que a raíz de su enfermedad se dan tiempo para realizar ejercicios, lo cual se plasma en los siguientes relatos:

“... al inicio me costó mucho cambiar mis actividades diarias...ahora hasta me levanto más temprano para realizar mi ejercicios...” (Rojo, 45 años)

“...antes después de almuerzo me iba dormir...ahora después de almuerzo, salgo a caminar, doy 10 vueltas por el parque y de ahí regreso a mi casa...”
(Perla, 58 años)

“...nunca hice ejercicios en mi vida, no le tomaba importancia...ahora salgo a trotar un rato por las mañanas antes de irme a trabajar...” (Marrón, 40 años)

“...antes no hacía ejercicios...ahora con mi hija todos los días salgo a caminar un rato...” (Naranja, 53 años).

Para las autoras la actividad física es recomendada porque contribuye a aumentar el consumo de glucosa y a vaciar los depósitos grasos, permitiendo una reordenación del metabolismo produciendo cambios beneficiosos para la salud, favoreciendo la sensibilidad a la insulina, la asimilación de la glucosa por el músculo, aumentando la actividad de la lipoproteinlipasa, mejorando el perfil lipídico.

Así mismo el paciente con esta enfermedad requiere adaptarse tanto a la evolución de la enfermedad, como a las demandas que esta le plantea en su vida diaria. Esto incluye la realización de ejercicios en forma regular, dieta y revisión periódica por el equipo de salud.

II. FORTALECIENDO EL MODO AUTONCEPTO DE GRUPO

Según modelo de Roy citado por Marriner¹³ refiere que es un modo de la adaptación psicosocial y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. El autoconcepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de si misma en un momento dado, estos son adquiridos a través de la interacción social.

El modo de autoconcepto de la identidad de grupo refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. El modo del autoconcepto de la identidad de grupo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene de grupo, el entorno social y la cultura. La necesidad básica de la identidad de grupo es la integridad de la identidad.

El autoconcepto de un grupo está formado por los contextos en los que se desenvuelve las actividades a realizar, los rasgos que posee, el estado de ánimo que presenta en cada ocasión. Pueden variar con el tiempo o crearse otros nuevos.

El modo de autoconcepto de grupo sostiene que la persona es “un ser biosicosocial en constante interacción con un entorno cambiante”, es el receptor de la asistencia en enfermería, como un sistema vivo, complejo, adaptativo con procesos internos (el subsistema cognitivo y el regulador) que actúan para mantener el Proceso de Adaptación.

Las personas con diabetes para poder adaptarse a su enfermedad se enfrentan a diversas situaciones formando un gran número de auto-esquemas que utilizamos como recursos que nos hacen sentir bien ante algún acontecimiento negativo, en este caso el pensar que tiene Diabetes Mellitus. Sin embargo, algunas emociones protegen al individuo de situaciones estresantes posteriores o movilizan sus recursos para que puedan concentrarse en su problema de salud, pero otras son

destructivas cuando consiguen bloquear los esfuerzos destinados a solucionar el problema.

Dentro de estas situaciones se encuentran las siguientes subcategorías:

2.1. Identificando aspectos positivos de sí mismo.

Se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno, de modo que se pueda ser o existir con un sentido de unidad. El autoconcepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado, estos son adquiridos a través de la interacción social.²⁹

De la misma forma se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la auto coherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la auto observación).

Además se centra en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo.

El modo de autoconcepto se define como el conjunto de ideas y sentimientos que la persona tiene acerca de sí mismo, los cuales son desarrollados en el transcurso de su vida y en la interacción con su entorno, este se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del ser humano. Existen muchas situaciones en donde las personas pueden ver alterada su autoconcepto como puede ser problemas sociales, el padecimiento de una enfermedad entre otros, debido a los cambios que pueden producir en su vida.

En el caso de los adultos con Diabetes Mellitus Tipo II, manifiestan tener un buen concepto de sí mismo, y esto se ve reflejado con la opinión positiva que tienen sobre su imagen personal a pesar de haber transcurrido cambios en ellos, como el considerar hábitos alimenticios saludables, tratamiento farmacológico, en donde ellos tratan de aceptar tanto su enfermedad como su imagen personal y son conscientes que solo deben tener un buen cuidado para evitar mayores daños en su salud, por lo cual revelan:

“...me siento una persona normal, que si bien es cierto tengo una enfermedad complicada, pero ello no implica de que yo me sienta mal, al contrario.... solo queda cuidarse...” (Amarillo, 42 años)

“...yo no me creo una mujer enferma, me siento normal...” (Lila, 49 años)

“...a pesar de la enfermedad, me siento bien...solo queda cuidarse...”
(Morado, 52 años)

2.2. Acogiéndose a la religión para adaptarse a la enfermedad.

Las religiones apuntan a cuidar el alma pero también resultan muy beneficiosas para soportar los problemas del cuerpo. Las personas que practican una religión o tienen una vida espiritual importante logran tolerar mucho mejor el estrés y los problemas físicos que generan las enfermedades crónicas³⁰.

Kozier, B³¹, refiere que la espiritualidad, la fe y la religión son entidades diferentes, aunque estos términos se utilizan con frecuencia de forma indistinta. La palabra espiritual procede de la palabra latina spiritus, que significa “soplar” o “respirar”, y ha llegado a referirse a aquello que da vida o esencia al ser humano. Espiritualidad se refiere a la parte del ser humano que busca el significado y el propósito a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal.

La espiritualidad se puede describir midiéndola, por así decirlo, en la “cantidad de ánimo”. La propia cantidad de ánimo está influida por numerosos factores como las experiencias vitales, las habilidades de afrontamiento, los apoyos sociales y los sistemas de creencias individuales. Las personas experimentan múltiples cambios y pérdidas a lo largo de toda su vida, y si su cantidad de ánimo es baja pueden quedar desanimados o deprimidos. Si tienen una cantidad de ánimo elevada, se inclinarán hacia la inspiración y se convertirán en la inspiración de otros a pesar de las dificultades que puedan experimentar.

Al igual que todas las personas tienen una dimensión espiritual, todos los pacientes tienen necesidades que reflejan su espiritualidad. Estas necesidades se acentúan con frecuencia por una enfermedad o por otra crisis sanitaria. Los pacientes que tienen creencias espirituales bien definidas pueden pensar que sus creencias son puestas a prueba por su estado de salud, o pueden aferrarse a sus creencias con más firmeza y aprecio. Los pacientes que no tienen creencias definidas pueden enfrentarse súbitamente a preguntas difíciles como “¿por qué yo?” y otras relacionadas con el significado y el objetivo de la vida.

Una religión es una colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia. Muchas religiones tienen narrativas, símbolos e historias sagradas que pretenden explicar el sentido de la vida y/o explicar el origen de la vida o el universo. A partir de sus creencias sobre el cosmos y la naturaleza humana, las personas pueden derivar una moral, ética o leyes religiosas o un estilo de vida preferido.

Muchas religiones pueden haber organizado comportamientos, clero, una definición de lo que constituye la adhesión o pertenencia, lugares santos y escrituras. La práctica de una religión puede incluir rituales, sermones, conmemoración o veneración (a una deidad, dioses o diosas), sacrificios, festivales, festines, trance, iniciaciones, oficios funerarios, oficios matrimoniales, meditación, oración, música, arte, danza, servicio comunitario u otros aspectos de la cultura humana. Las religiones pueden contener una mitología³².

La aceptación es uno de los grandes retos de la vida misma, todo cambio desde el más pequeño puede hacer toda la diferencia en la vida; esto implica de una u otra manera el pasar por un proceso de adaptación.

La aceptación representa asumir una posición activa ante la enfermedad. De alguna manera se menciona “yo tengo esa enfermedad y voy hacer algo al respecto”, “no soy víctima de la voluntad divina, sino de la enfermedad”; como otras circunstancias de la vida, y ante éste hecho de la enfermedad es que se tiene que definir qué hacer y como replantear la vida, las acciones y aportaciones siguiendo el camino de los hechos.

Es normal que las personas atraviesen por diversas reacciones, emociones frente a una enfermedad crónica, para finalmente aceptarla, aferrándose en Dios como ser supremo; la disposición natural de las personas para creer y confiar encuentra una seguridad y una certeza muy grande en la virtud teologal de la fe, porque es confiar en Dios, quien nunca falla ni abandona, que ni se engaña ni puede engañar, todo esto se evidencia con los siguientes discursos:

“... será porque Dios así lo quiso y lo aceptaré como una prueba más en el camino...” (Amarillo, 42 años)

“...a pesar de todo lo que me ha pasado con esta enfermedad confío en Dios, es como una prueba que él me hizo para ver cuán grande es mi fe...” (Naranja, 53 años)

“...gracias a Dios sobre todas las cosas, aunque haya sido su voluntad siempre le dedico mi día a mi padre Divino...” (Celeste, 48 años).

Las autoras afirmamos que, la aceptación es uno de los pilares del apoyo emocional de las personas enfermas y sus familiares, la cual no vendrá sola y sin esfuerzo; es producto del valor, el coraje para hacer frente a este hecho de la vida, y quizá lleve tiempo conquistar la aceptación, lo importante siempre es mantener en la mira el objetivo primordial.

La religión es una parte importante en la vida de las personas pudiendo facilitar estrategias de adaptación en situaciones de estrés. Esta investigación abre la perspectiva de la importancia que tiene para las enfermeras conocer las creencias religiosas de las personas para entender el significado que tiene la enfermedad y cómo estas situaciones afectan a la familia.

La persona con diabetes renuncia a su bienestar integral, para ello debe cambiar la idea de ser invulnerable y de controlar por sí mismo su vida para reconocer que es verdad, que a ella le ha sucedido aceptando que tiene una enfermedad que puede expandirse a lo largo de la vida.

III. REFORZANDO SU ROL PATERNAL Y LABORAL

El rol según modelo de Roy citado por Marriner¹³ es uno de los modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. Es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones

que una persona realiza o desempeña en su entorno. Los Roles son funciones y tareas asignadas e inculcadas a mujeres y hombres, niñas y niños, que rigen las relaciones entre ellas y ellos y que atribuyen y determinan comportamientos, conductas, responsabilidades y obligaciones distintas a unas y a otros.

Sin embargo en nuestro estudio, estas personas con Diabetes Mellitus II, siguen cumpliendo sus diferentes roles que ocupan en la sociedad resaltando su rol paternal y laboral.

El rol de padre es de modelaje, es el pilar fundamental, la base segura del hogar, por lo tanto, cumple un rol importante de socialización y ciertamente la vinculación con el mundo externo. El padre suele ser el socializador del hogar, pero eso no quiere decir que la madre no lo sea. La mamá también juega un rol central en la socialización, pero lo más dominante es que el papá cumpla esta función o que se le tienda atribuir a él esta responsabilidad; que los escenarios de vinculación son hogareños para la mamá y de exploración al mundo externo en el caso del papá.

El rol laboral es el rendimiento laboral y la actuación que manifiesta el trabajador al efectuar las funciones y tareas principales que exige su cargo en el contexto laboral específico de actuación, lo cual permite demostrar su idoneidad.

Uno de los roles que suelen tomar los padres es el de ser el proveedor de la familia consiguiendo ingresos. Si la madre no trabaja, queda sólo a cargo del

padre ser el proveedor, para que la familia tenga sus necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda pese a las diversas enfermedades crónicas que pueda adquirir al transcurrir los años.

En nuestra cultura, el rol del papá remite en general a una vinculación al orden socio-cultural, donde aparece como la figura más racional, que tiene mayor contacto con el orden social, relegándose la madre a la comprensión de aspectos más personales e íntimos del hijo.

Vivir con una enfermedad de larga duración también denominada crónica, plantea nuevos retos a una persona. Aprender a adaptarse con la enfermedad es un proceso largo, no se consigue de la noche a la mañana. Pero entender lo que te ocurre y participar activamente en el cuidado de tu salud te ayudarán. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y más preparada para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida.

Los padres les enseñan a sus hijos que la fuente principal del ser humano es la familia, los sujetos de estudio que son los pacientes adultos por encontrarse en esta etapa de vida tienen responsabilidades que cumplir con sus hijos como padres de familias, es por ello que como su motivación principal es su familia, tratan de cuidarse y evitan complicaciones; además poder tener un mayor promedio de vida para compartir con su familia por lo que refieren lo siguiente:

“...Tengo que continuar, de mi depende salir adelante, pues tengo dos niños menores de edad, y por ellos estoy comprometido a seguir con mi vida y sacarles adelante, bueno al menos dejarlos en el momento que ellos se puedan defender”
(Amarillo, 42 años)

“...mi esposo es chofer y solo viene fin de mes, prácticamente yo tengo que ser padre y madre para mis hijos...” (Naranja, 53 años)

“...al tener la Diabetes Mellitus, no impidió que saliera adelante, que baje mi rendimiento en el trabajo, debo seguir siendo eficiente por mis hijos, son mi motor y motivo...” (Negro, 51 años)

“...Tengo que continuar trabajando, por el bien de mi familia...” (Amarillo, 42 años)

“...Esta enfermedad no es obstáculo para mí, yo continuo con mis labores de trabajo, y así poder solventar los gastos del hogar...” (Esmeralda, 49 años)

Es así que tanto el padre como la madre aportan en los gastos de la casa y de esta manera sacar a sus familiares adelante, muchas veces a pesar de estar enfermos, en el caso de las personas de nuestro sujeto de estudio se esfuerzan en desempeñar un buen rol laboral motivados por el bienestar de su familia.

IV. INFLUENCIA DE LAS REDES DE APOYO EN EL MODO DE LA INTERDEPENDENCIA.

Según Roy el Modo de Adaptación de la Interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas, ya sea como individuos o como parte de un colectivo y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.

La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, la primera relación es con las personas más allegadas al individuo. La segunda sería la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo a saber.

La persona como ser social necesita estar comunicada y recibir apoyo de los demás, en especial de la familia; uno de los roles principales de ésta es de cooperar con cada miembro.

La evaluación de la estructura familiar (miembros, edades, papeles), los hábitos de comunicación y la presencia o ausencia de un sistema de apoyo emocional, forman parte integral del perfil del paciente.

Siendo sistemas de apoyo que pueden reducir las reacciones de estrés frente a una enfermedad crónica y favorecer el bienestar físico y emocional de la persona enferma.

Potter³³, considera que la familia está conformada por padres e hijos; pero es importante tener en mente las variantes en cuanto al tipo de grupo de personas viven juntos en una sociedad. El término familia puede interpretarse como equivalente de dos o más personas unidos por lazos o compromisos emocionales. Las parejas, compañeros de cuarto y amigos cercanos, pueden desempeñar un papel importante y emocional. El apoyo que se le brinda a la persona va acompañado de la sensación de que es amado y que la carga se comparte con otros; tener a alguien con quien hablar y expresar los sentimientos con franqueza puede ser útil para dominar la situación.

El sistema de apoyo de la familia, los amigos y compañeros de trabajo benefician al paciente que sufre estrés al escucharle y ofrecerle consejos y apoyo emocional.

La persona con diabetes al recibir comprensión y cariño va a sentirse segura lo que ayudará en el éxito de su tratamiento; afirmadas con las siguientes declaraciones:

“...siempre cuento con el apoyo de mi familia...” (Rojo, 45 años)

“... hasta el punto que mi esposa y mis hijos se preocuparon y pidieron ayuda psicológica para que me ayuden a superar esto...”. (Blanco, 44 años)

“...he tenido que ir al psicólogo, mi esposa me llevó, es decir la ayuda ha sido para los dos, mi esposa lloraba porque no sabía qué hacer...”. (Azul, 46 años)

“...mis hijos y mi esposo me apoyaron, toda mi familia me dieron apoyo emocional y psicológico...”. (Verde, 40 años)

Molina citado por Toro³⁴, manifiesta que ante una situación súbita como es la enfermedad, la familia brinda apoyo psicológico, afectivo, cuidado físico, económico y todo lo que esté a su alcance para despertar y compensar los mecanismos de defensa del paciente.

Siendo así, podemos afirmar que efectivamente la familia siempre está presente, y es necesaria durante estas situaciones.

4.1.Estrés y problemas familiares influyendo negativamente en la adaptación a la enfermedad.

Merlo, V.³⁵ considera que la relación entre el estrés y la diabetes es muy directa. Una de las causas principales de desarrollo o empeoramiento de la diabetes suele justificarse en episodios de mucho estrés emocional. Estas circunstancias son controladas en una forma particular sin tener plena conciencia de las estrategias que se utilizan cuando de alguna manera se está acostumbrando

a ellas sin embargo hay ocasiones en que las condiciones del entorno representa una amenaza para la integridad del ser, y es en este momento en que la persona actúa en forma consciente para evitar que esos estresores superen su capacidad o puedan disminuir los recursos disponibles para hacerlos.

Cuando estamos en un estado de estrés nuestro cuerpo sufre una serie de cambios como es el caso del páncreas que segrega una hormona llamada glucagón, que tiene unos efectos contrarios al de la insulina. Esta y otras hormonas, en conjunto, tienen varios efectos, entre ellos aumentar los niveles de glucosa en la sangre.

El cortisol, en particular, es una hormona que juega un importante papel en nuestro cuerpo. Uno de los efectos del cortisol es que inhibe la secreción de insulina, disminuyéndola para transportar la glucosa hacia las células, además de hacer que las células se vuelvan más resistentes a ésta. De modo que si estamos en un estrés continuo o prolongado, comenzaremos a ver un incremento en los niveles de glucosa en la sangre. El cortisol, además, ejerce sus efectos sobre las células de grasa a través del cuerpo, haciéndolas resistentes a la acción de la insulina³⁵.

Cuando a causa del estrés suben los niveles de glucosa en la sangre, nuestro cuerpo pone en marcha una serie de mecanismos con el propósito de disminuir éstos. Uno de éstos es la poliuria (cantidad excesiva de orina para eliminar el

exceso de glucosa). En este proceso de eliminar líquido del cuerpo, se eliminan también una serie de vitaminas. Muchas de estas vitaminas cumplen un importante papel en el control de la glucosa y en la resistencia al estrés, de modo que su eliminación agrava el problema³⁶.

El estrés también puede tener un efecto indirecto en la Diabetes Mellitus II, causando cambios de comportamiento, de hábitos, rutinas, acciones y perspectivas saludables, a no saludables, tales como se puede volver irritable, ansioso, enojado, deprimido o tener baja autoestima. Sin embargo, todos estos cambios son malos para el control de la diabetes y puede causar más estrés.

El estrés puede generarse por diversos factores en el caso de los sujetos de investigación lo originan los problemas familiares en particular la falta de apoyo de los hijos que atraviesan la etapa de adolescencia, lo que hace que la relación entre padres e hijos sea más complicada y generen situaciones estresantes.

En concreto, la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes. Como consecuencia el estrés puede actuar sobre los niveles de glicemia mediante un afecto directo a través de la movilización de las hormonas de estrés (adrenalina, noradrenalina) e indirectamente por su impacto sobre las conductas de adherencias al tratamiento.

Es por ello que, el apoyo familiar es particularmente importante en la persona con diabetes no solo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario del tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte de la persona diabética y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía.

En cuanto a los aspectos que influyen negativamente en la adaptación de los adultos con Diabetes Mellitus, las investigadoras pudieron descubrir que dentro de ellos destacan el estrés y problemas familiares, es normal que cotidianamente se presenten situaciones adversas en el ser humano, sin embargo en los pacientes con diabetes esto repercute perjudicialmente en su salud, pues hace que aumente los niveles de glucosa de sangre, por más que ellos cumplan con la dietoterapia y el tratamiento farmacológico.

Los sujetos de investigación expresan que muchas veces los problemas familiares hacen que ellos se sientan mal física y emocionalmente, además muchos de ellos tienen hijos adolescentes y los cambios que se presentan en esta etapa de vida, les hace más difícil la convivencia y la comunicación, así mismo la carga familiar, el cuidado de algún miembro de la familia sin ningún apoyo de los demás hacen que estas situaciones sean más continuas y afecten su salud y bienestar, sin embargo buscan refugio en la dimensión espiritual, en Dios para seguir adelante.

Ante ello los sujetos de investigación manifestaron lo siguiente:

“...No tengo apoyo familiar, ya cuando los hijos están en la edad de la pubertad es bien difícil controlarlos y entonces ahí viene los problemas y ellos saben que me hace daño tener cólera y sin embargo ellos lo ocasionan, yo me siento un poco apenada...” (Lila, 49 años).

“...Cada uno de mis hijos ya tienen su familia a parte, ellos a veces no más me llaman, creo que cuando necesitan algo, por eso me llaman, cuando yo les llamo me dicen estoy ocupado más tarde te llamo, y hasta ahora sigo esperando su llamada...” (Negro, 51 años)

Para las autoras, el estrés juega un papel en el desencadenamiento de la Diabetes Mellitus II, en individuos con predisposición a la diabetes y en el control de la glucosa en sangre en personas con diabetes ya establecida. Simples técnicas de control del estrés pueden tener un impacto importante sobre el control de la glucosa a largo plazo y pueden constituir una útil herramienta en el control de esta afección.

Finalmente los resultados de nuestra investigación “Proceso de Adaptación, según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II en un Hospital de Chiclayo, 2014” coinciden en su mayoría con la investigación de Nieto, C⁵. en el modo fisiológico logran adaptarse a los cambios que se producen en ellos y a cumplir con el tratamiento para mantener estable su salud; en el modo

de auto concepto, manifiestan tener un concepto positivo de sí mismo; en el modo de desempeño de rol, quien concluyo que los sujetos de estudio siguen desempeñando sus roles en el trabajo, hogar y relaciones sociales, y por último en el modo de Interdependencia refieren tener buenas relaciones familiares y sociales lo que favorecen su adaptación a la enfermedad.

CAPÍTULO V

V. CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de los resultados de la presente investigación Proceso de Adaptación, según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II en un Hospital de Chiclayo, 2014; nos permitió llegar a las siguientes consideraciones:

- ✓ El modo fisiológico es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen el ser humano. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección; en los adultos de esta investigación la Adaptación más resaltante está relacionada con la alimentación y la actividad física diaria a raíz de su enfermedad.

- ✓ El modo de auto concepto de grupo refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno, los pacientes entrevistados identifican aspectos positivos de ellos mismos no dejando de lado acogimiento a la religión para adaptarse a la enfermedad.
- ✓ El modo de rol se ha identificado como la necesidad de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar; los sujetos de estudio siguen desempeñando su rol paternal, lo que los motiva a seguir en su rol laboral.
- ✓ El modo de interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas. El estrés y los problemas familiares muchas veces influye negativamente en su Proceso de Adaptación de la enfermedad, pero para ellos no es un obstáculo más bien les fortalece para seguir adelante. Constituyéndose en una pieza fundamental de apoyo para ellos la familia.
- ✓ Los sujetos de estudio demostraron la capacidad de Adaptación en los 4 modos de vida: Fisiológico y físico de adaptación, de adaptación de auto concepto de grupo, adaptación de desempeño de rol y la adaptación de interdependencia.

RECOMENDACIONES

- ✓ A las enfermeras que laboran en los servicios de Medicina Hombres y Medicina Mujeres del Hospital donde se ejecutó el estudio se recomienda elaborar actividades como: visitas domiciliarias, sesiones educativas, entrevistas, con las personas que padecen esta enfermedad a fin de informarles de manera sistemática sobre el Proceso de Adaptación, mejorando su calidad de vida y evitando complicaciones.
- ✓ Incluir en los programas educativos a la familia, teniendo en cuenta que ella es el pilar fundamental para la ayuda de la persona con diabetes a lograr su adaptación frente a la enfermedad.
- ✓ A la Facultad de Enfermería de las diferentes universidades, motivar a las futuras generaciones a la realización de trabajos de investigación, con respecto al

Proceso de Adaptación, así mismo prepararlos y concientizarlos en los programas preventivos promocionales en los diferentes problemas de salud.

- ✓ A todas las instituciones de salud, a través de sus autoridades implementar el Programa Nacional de Diabetes que propone: Identificar y prevenir la Diabetes en los grupos de riesgo, educar en Diabetes a los pacientes y su entorno, formación de recursos humanos y capacitación de los profesionales de salud en diabetes.
- ✓ Difundir la presente investigación a través de: publicación y participación en las diversas jornadas de investigación; a fin de dar a conocer los resultados del modelo de Adaptación del paciente con Diabetes Mellitus II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [en línea]. 2012. [Fecha de acceso 25 de Enero de 2014].ile:///C:\\Users\\Denis%20Andree\\Downloads\\Denis%20Andree\\Desktop\\URL%20disponible%20en:%20http:\\www.who.int\\mediacentre\\factsh eets\\fs312.
2. Valdez, W. Análisis de la Situación de Salud del Perú [Fecha de acceso 25 de Enero de 2014]. URL disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf.
3. Johnson, B. La Adaptación [Documento en Línea] 2007 [Fecha de acceso 07 de Febrero de 2014] URL Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=QoCqCXVKqfQC&pg=PT56&dq=adaptacion-+johnson&hl=es-419&sa=X&ei=6xn7VJHcJs38ggTZkYLQCg&ved=0CDIQ6AEwBA#v=onepage&q=adaptacion-%20johnson&f=false>
4. Lazcano M. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. AQUICHAN [revista en internet]. (Col). 2009. [Fecha de acceso 25 de Enero de 2014]; 9(3); 236-245. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147004.pdf>.

5. Nieto, C. Proceso de Adaptación de los adultos maduros con Diabetes Mellitus Tipo II atendidos en un Hospital de Chiclayo. [Tesis Pre-grado]. Chiclayo; 2012.
6. Guyton & Hall. Tratado de Fisiología Medica. Decimoprimera ed. Madrid: Elsevier España; 2009.
7. Rivera, E. Diabetes Mellitus [Documento en Línea]. México. 2006 [Fecha de acceso 7 de Marzo de 2015] URL Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=3QqxoZaUQ18C&printsec=frontcover&dq=diabetes+mellitus&hl=es-419&sa=X&ei=dIP8VIHWBoGDgwTLzIG4AQ&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=diabetes%20mellitus&f=false>.
8. Quezada, J. Diabetes Mellitus. [Documento en línea]. República Dominicana. 2006. Fecha de acceso 7 de Marzo de 2015] URL Disponible http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf
9. Obregón, A. Manual de Procedimiento Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2 [Documento en Línea]. México. 2012 [Fecha de acceso 20 de febrero del 2015] URL Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/10_2012_Manual_DM2_vFinal_31oct12.pdf

10. Diabetes Mellitus tipo 2. [Documento en Línea]. España. 2005 [Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en: <http://www.sediabetestipo.org/gestor/upload/file/00003582archivo.pdf>.
11. Sánchez, J. La adaptación [Documento en Línea]. 2004. [Fecha de acceso 7 de Marzo de 2015] URL Disponible en: http://catarina.udlap.mx/_u_dl_a/tales/documentos/lps/mier_e_me/me/capitulo1.pdf.
12. Real academia. [Documento en Línea] 2000 [Fecha de acceso 11 de Marzo de 2015]URL Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=n1RSL6SiYDXX2LVBdlqj>
13. Marriner, A. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ra. ed. Madrid: Mosby Doyma; 2003.
14. Taylor, S. “Introducción a los Métodos Cualitativos de la investigación: la búsqueda de significados”. Editorial Paidós Básica.2000. Pp 100-132
15. Pita, S. Pértegos, S. Investigación Cuantitativa y Cualitativa. La Atención Primaria. España; 2002.
16. Hernández, R. & Fernández, C. & Baptista, P. Metodología de la investigación.4ta ed. México. McGraw-Hill Interamericana; 2006.
17. Polit D.H & Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud.6ta.ed.Madrid.Mc.Grawhill interamericana. 2000.
18. Ludke, M. Pesquisa, E. Abordaje Cualitativas. 3 Reimp. Sao Paulo: 1998.

19. Encinas, D. Entrevista estructurada o preparada [Documento en Línea] 2008
[Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en:
<http://www.entrevistadetrabajo.org/entrevista-estructurada.html>
20. Castillo, E. Vásquez M. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Colombia: 2003
21. Centenaro, G. La Diabetes una de las 10 enfermedades mortales que atacan al Perú. La Republica. 2013, Noviembre, 10.
22. Torres, V. Hábitos Alimenticios [Documento en Línea] 2006[Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/habitos-alimenticios>
23. Sánchez, T. Alimentación sana con Diabetes. [Documento en Línea].E.U.A.2003 Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en:
http://www.aafpfoundation.org/hepp_files/files/NovoHealthyEatingSPA.pdf.
24. García, G. Guía de autocuidado para personas con diabetes [Documento en Línea].2003 [Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en:
<http://132.247.8.18/imagenes/CAIPaDi/Guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>
25. Aguilar, D. Recomendaciones para la dieta en los pacientes diabéticos [Documento en Línea].2003 [Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en:

<http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/3.%20La%20dieta%20en%20DM.pdf>

26. Scott, F. Nutrición y Diabetes [Documento en Línea] 2006[Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en: <http://www.pcrm.org/health/health-topics/nutricin-y-diabetes>
27. Geo Salud. Diabetes y la Actividad Física [Documento en Línea] 2007[Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en: <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/actfisica.htm>
28. Organización Mundial de la Salud. [Documento en Línea] 2014. [Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/
29. Palomino A. “Fundamentos de psicología de la personalidad” 1er Edición. Editorial: Ediciones Rialp. Madrid. 2003.
30. Portugal, J. Practicar una religión ayuda a hacerle frente a las enfermedades crónicas [Documento en Línea] 2012 [Fecha de Acceso 23 de Marzo del 2015] Disponible en <http://medicinaintercultural.org/contenido/2012-10-15-practicar-una-religi%C3%B3n-ayuda-a-hacerle-frente-a-las-enfermedades-cr%C3%B3nicas>
31. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería. 7ma. ed. México. Mc Graw Hill Interamericana; (2005).

32. BOYER, P.: «Dioses y los instintos Mental que crearlos». En Ciencia, la Religión y la experiencia humana de James Proctor. R. T .: Oxford University Press, 2005
33. Potter, G. fundamentos de Enfermería. Edit. Harcourt Brace, Madrid-España;1996
34. Toro, R. Introducción a la psicología. Lima-Perú. 1997.
35. Merlo, V. Estrés, factor de riesgo para diabetes[Documento en Línea] 2014[Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en: <http://holadoctor.com/es/ayuda-y-recursos/estr%C3%A9s-laboral-factor-de-riesgo-para-diabetes>
36. Fernández, C. El estrés de dejar el campo para vivir en la ciudad eleva el riesgo de sufrir diabetes[Documento en Línea] 2014 [Fecha de acceso 13 de Marzo de 2015] URL Disponible en:<http://www.20minutos.es/noticia/2331393/0/campo-ciudad/aumento-estres/riesgo-diabetes/>
37. Morales, C. Desempeño Laboral [Documento en Línea]. [Fecha de acceso 14 de Marzo de 2015] URL Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Desempe%C3%B1o_laboral

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, bajo firmante, acepto participar de la investigación titulada "Proceso de Adaptación, según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II en un Hospital de Chiclayo, 2014" que tiene como objetivo principal Caracterizar y Comprender el Proceso de Adaptación, según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II. Acepto participar de la entrevista, entendiéndolo que las informaciones dadas serán solo de mi consentimiento garantizando el secreto y respetando mi privacidad. Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluta confidencialidad, anonimato y relatadas con la mayor fidelidad por la investigadora. También tendré la libertad de retirarme del estudio sin que tenga ninguna represaría o gasto. Si tengo dudas entonces las investigadoras me aclararan dudas respecto a ello. Finalmente expreso que después de las aclaraciones convenientes realizadas por las investigadoras consiento participar de la investigación.

Firma del Participante

Firma del Investigador



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LOS ADULTOS MADUROS CON DIABETE MELLITUS II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO

I. OBJETIVO:

La presente entrevista semiestructurada tendrá como objetivo recolectar información acerca de cómo es el Proceso de Adaptación, según Modelo de Roy en Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus II en un Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014”.

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____ Sexo: _____
- Procedencia: _____
- Fecha que le diagnosticaron Diabetes Mellitus: _____

III. INTERROGANTES:

Preguntas Orientadoras

- ¿Cómo fue el proceso de adaptación en relación a la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, desde que le diagnosticaron Diabetes Mellitus II hasta la actualidad?
- ¿Cómo fue el proceso de adaptación en relación con su autoestima, desde que le diagnosticaron Diabetes Mellitus II hasta la actualidad?

- ¿Cómo fue el proceso de adaptación en relación al desempeño de su rol ante su familia y sociedad, desde que le diagnosticaron Diabetes Mellitus II hasta la actualidad?
- ¿Cómo fue el proceso de adaptación en relación al trato de su familia y sociedad hacia usted, desde que le diagnosticaron Diabetes Mellitus II hasta la actualidad?