



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/426.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Síntesis de teoría: La salud familiar en diabetes tipo 2
<i>Autores</i>	Beatriz García Solano, ¹ Guillermina García Madrid, ¹ Arelia Morales Nieto, ¹ Maricarmen Moreno Tochiuitl, ¹ Rayo Cruz Rivera, ¹ Mauro García Solano ²
<i>Centro/institución</i>	(1) Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). (2) Facultad de Estomatología, BUAP
<i>Ciudad/país</i>	Puebla, México
<i>Dirección e-mail</i>	bgsolano@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El objetivo de la estrategia síntesis de teoría, es la transformación o construcción de teorías de rango medio o micro-teorías, basadas en la evidencia empírica sobre determinado fenómeno. Los conceptos y proposiciones están organizados y son parte de un todo integrado. Esta estrategia impulsa a los teoristas, a formular sus proposiciones o hipótesis cercanas a la práctica (Walker & Avant, 2005).

La teoría de rango medio salud familiar en Diabetes Tipo 2 (SFD), se derivó del Modelo de Salud Familiar (MSF), publicado por la Dra. Sharon Denham en el año 2003. La principal premisa de SFD es que, la salud familiar es una experiencia colectiva que afecta la salud del integrante de la familia que padece diabetes tipo 2. Además, regula la relación existente entre la salud del integrante que padece DT2, con las características familiares, su funcionamiento y rutinas de salud compartidas. Este artículo pretende fortalecer la SFD, mediante la síntesis de literatura, que contenga evidencia empírica, que muestre dichas relaciones.

La familia se conforma por individuos preocupados por el bienestar de cada uno de sus integrantes, mismos que se reconocen como parte de la familia (Denham, 2003); es el grupo social donde los individuos se organizan con la finalidad de satisfacer sus necesidades esenciales. Su estructura es diversa en función de la existencia de lazos consanguíneos, legales o de afinidad (Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar [ALPMF], 2005). La atención en salud es más efectiva cuando se involucra a la familia en lugar del individuo por sí solo, ya que la promoción, el

mantenimiento y la restauración de la salud de las familias son importantes para la supervivencia de la sociedad (Armour, Norris, Jack, Zhang, & Fisher, 2005).

En enfermería existen tres perspectivas que integran el estudio de la familia vinculado al cuidado (Nyrati, Denham, Raffle & Ware, 2012); la primera se refiere a la ausencia de enfermedad o al bienestar físico y mental de los miembros de la familia; se consideran las necesidades, demandas o requisitos del individuo a través de las necesidades de la familia, ven al individuo como la unidad de cuidado. La segunda, hace referencia a familia como el contexto primario para el desarrollo del individuo; se dirige a resolver las necesidades insatisfechas del individuo emanadas de la interacción familiar, desde esta perspectiva se ve a la familia como el contexto del cuidado individual. La tercera, considera que la familia obedece a las creencias sobre salud, enfermedad, sufrimiento en las familias y persiste más allá de habitar en el hogar; aquí la familia es vista como la unidad, el objeto de cuidado. Las teorías de familia postulan a la misma como unidad de cuidado o de análisis según sea el caso (práctica clínica o investigación), sin embargo, en la práctica se abordan los individuos -algunos de los miembros- perdiendo la perspectiva de la totalidad de la familia como tal.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1985) menciona que el enfoque para estudiar a la familia reside en las relaciones interpersonales más, que en los individuos mismos aislados; la familia como grupo requiere de una identidad diferente a la simple suma de sus componentes. La OPS define la salud familiar como “el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar e incluye el estado de salud física y mental individual y el nivel de interacción entre los miembros de la familia (OPS, 1985, p. 148)”.

La posibilidad de acentuar esta definición, ha generado estudios con enfoque funcionalista y de la capacidad familiar para adaptarse o superar las crisis de salud en alguno de sus integrantes (Ganong, 2011; Chesla, 2010; Carr & Springer, 2010; OPS, 1985), tarea que usualmente encara la terapia familiar. Por lo que el enfoque de familia como unidad de análisis se ha disgregado, aunado a que el concepto de salud familiar promovido hasta hoy, ha olvidado la perspectiva de bienestar familiar, las creencias en salud, cultura y rituales familiares, patrones usuales de comportamiento familiar, interacciones entre diadas y triadas familiares, además del contexto en el que la familia se sitúa.

A pesar de la importancia que tiene la salud familiar, su estudio y el desarrollo de teoría de familia, ha sido limitado en la disciplina de enfermería. Las enfermeras debemos tener mayor comprensión de como las familias incorporan la salud a su cotidianidad, con la finalidad de comprender la salud familiar desde la perspectiva de las familias en lugar de limitarnos a una perspectiva institucional, funcionalista o de crisis. La investigación en enfermería puede dirigirse a desarrollar conceptos sólidos (Segaric & Hall, 2005), que permitan a las enfermeras, articular los componentes de salud familiar, definir sus propiedades y eventualmente establecer sus indicadores, lo que es necesario para probarlos empíricamente y así, fortalecer la práctica del cuidado.

Objetivos

El objetivo central de este artículo es sintetizar la evidencia empírica respecto a las relaciones existentes entre la salud del integrante de la familia que padece diabetes tipo 2, con las características familiares, su funcionamiento y rutinas de salud compartidas, publicada de 2005 a 2012, en bases de datos internacionales. Los hallazgos de esta síntesis pueden apoyar al futura validación del concepto de salud familiar en DT2,

aceptado por la comunidad científica, mismo que promueva el fortalecimiento de la teoría de rango medio SFD y el desarrollo de instrumentos de medición.

Métodos

Este trabajo sigue el método de siete pasos propuestos por Cooper (2010), para las revisiones sistemáticas, con la finalidad de identificar, coleccionar, evaluar y sintetizar la evidencia empírica de salud familiar. Se revisaron las bases de datos electrónicas Medline, CINAHL, SocIndex, MedicLatina, Redalyc y Ciberindex. La fecha de búsqueda se limitó del año 2004 al 2012. Se asume que el número de estudios se incrementará durante el periodo de búsqueda y publicación de este documento. Se analizaron los artículos publicados en idioma inglés y español, que se recuperaron en documento completo. La lista de referencias de los artículos analizados se revisaron de forma manual con la finalidad de incrementar los hallazgos. Se empleo Google Scholar para la búsqueda de citas. Las fuentes de literatura gris consultada, fueron: dos comunicaciones directas con autores (Denham, 2011; Kanjanawetang, 2011), y se consultó la Asociación Internacional de Enfermería Familiar (International Family Nursing Association) para la obtención de artículos en su acceso abierto (repositorio institucional).

Para búsqueda de literatura se emplearon los términos estandarizados por Medical Subject Headings (MeSH) de Family Health y Family Characteristics. Cada término se buscó de forma separada y en combinación con Diabetes mellitus, Type 2, Young Adult, Adulth, y Middle Aged. La búsqueda inicial arrojó 8759 resultados, considerando el término Family Health, al convinarla con Diabetes Mellitus Type 2, se obtuvieron 360 resultados que al limitarlos con Adult, Middle Aged y All Adult, arrojó 84 artículos. Posteriormente se revisaron manualmente uno a uno, considerándose el título, resumen y palabras clave de cada artículo, limitándose a 28 artículos. Finalmente los estudios seleccionados para esta síntesis fueron nueve, los cuales describen la salud familiar, y sus dimensiones. La figura 1, muestra el diagrama de flujo para la selección de la información, durante las diversas fases.

Resultados

De los nueve estudios recuperados, predominaron los de corte cualitativo, mismos que se analizaron mediante la plantilla para estudios cualitativos (CASPe, 2010), por lo que se agruparon las categorías en cuatro temas principales: *Valores*; que se consideraron

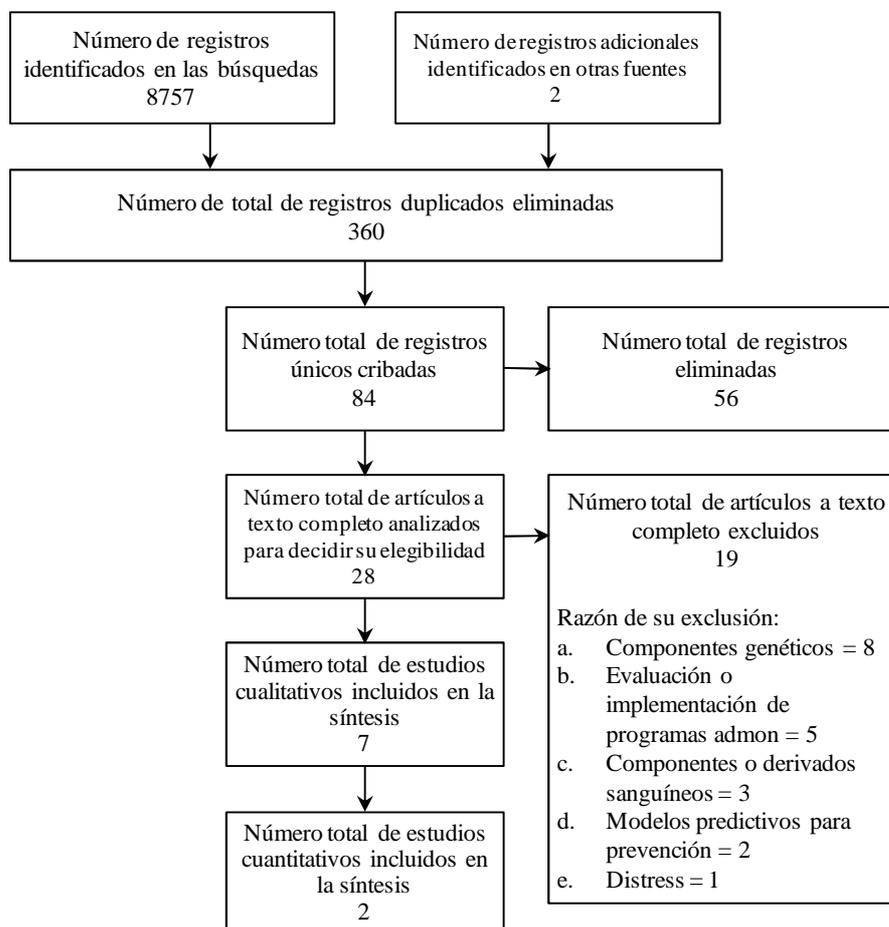


Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de la revisión sistemática de salud familiar en diabetes tipo 2.

como las manifestaciones de los integrantes de las familias, respecto a, propiciar el bienestar o la salud de algún integrante de su familia o propia, como el preocuparse por el resto de los integrantes de la familia. Los *sentimientos de bienestar*; se refieren a las manifestaciones satisfactorias de los integrantes de la familia, sobre el cuidado o apoyo que reciben o perciben de sus familiares, como el sentir confianza de expresarse libremente, por ejemplo. Los *sentimientos de malestar*; se refieren a las manifestaciones de desacuerdo, molestia o incomodidad ante los actos de cuidado que ejercen los integrantes de la familia en relación al integrante que padece de diabetes tipo 2, por ejemplo, los que se generan del estrés, a causa de la condición de salud. Los *conocimientos*; son manifestaciones, sobre el conocimiento de la salud de sí mismo, de los otros integrantes de la familia, de los problemas de salud y sus posibles soluciones o recursos de ayuda. En la tabla 1, se muestran las características de los estudios identificados en esta revisión.

Tabla 1. Características de los estudios de salud familiar y /o sus dimensiones.

Estudio	n	Edad	Diseño	Categorías o variables de salud familiar			
				Valores	Sentimientos de bienestar	Sentimientos de malestar	Conocimientos
Jones y cols (2008)	21	27-85	Fenomenología			§	
Chun, Chesla, Kwan, (2010)	56	48-68	Fenomenología				
Dos Santos, Pinheiro, Aparecido, Pimentel, Souza & Zanetti, (2011)	41	32-80	Fenomenología			§	§
Juntunen & Nikkonen, (2008)	61		Etnografía	§			
Zanetti, Voltolini, Dos Santos, Siqueira & Souza (2008)	6	40-65			§		§
Haslbeck & Schaeffer (2009)	27	35-81	Teoría fundamentada				
Denham, Manoogian & Schuster (2007)	26	48-78	Etnografía				
Astedt-Kurki, Lehti, Tarkka, Paavilainen (2004)	161	45-66+	Descriptivo Correlacional		*		*
Rosland y cols (2008)	164	18-65	Descriptivo Correlacional				

§ Percepción

*Correlación

Juntunen y Nikkonen, (2008), refieren haber identificado datos, clasificados en esta revisión como valores. Las categorías que emergieron de esos datos son, mantenimiento de la integridad (estar unidos, realizar acciones para compartir las dificultades causadas por la enfermedad y garantizar que el apoyo se extienda durante los tiempos difíciles). Responsabilidad moral (Brindar cuidado es una responsabilidad moral de la familia, el miedo por ser criticados por la comunidad y ser castigados por los ancestros la define. Estar presente (estar constantemente cerca del paciente, saludarlo, preguntar por su condición, darle tiempo, estar juntos para comer o tomar té, permanecer en silencio pero físicamente cerca del paciente y lo más importante es mantener informada al resto de la familia el progreso y las prescripciones dadas por el personal de salud).

Respecto a los sentimientos de bienestar, Zanetti, Voltolini, Dos Santos, Siqueira & Souza (2008), refieren que la familia y pares están involucrados con el manejo de la diabetes (responsabilidades, rol, redes familiares son muy solidarias). También que, la actitud positiva y el uso de la oración son estrategias de afrontamiento que les brindan confort. En cambio, Astedt-Kurki, Lehti, Tarkka y Paavilainen (2004), publicaron que los participantes percibieron la salud familiar como bastante buena (M=93.58,

DE=11.8), a pesar de que la subescala de bienestar resulto ser la más baja (M=5.36, DE=4.93) ($r_s=0.695$, $p=0.01$).

Los sentimientos de malestar, fueron reportados por Jones y cols (2008), refieren que, es difícil/duro el control de la diabetes, manifestaron dificultades para mantener el “Buen control de azúcar”. Dos Santos, Pinheiro, Aparecido, Pimentel, Souza y Zanetti, (2011) refieren que la familia toma un lugar de vigilancia constante, monitorea eventualmente y castiga los excesos cometidos por la persona con diabetes, está a su vez es alguien que debe estar bajo vigilancia constante pues no tiene la capacidad de auto-controlarse o pone en riesgo el éxito del tratamiento. Afirman tener evidencia de que la familia no siempre apoya a la persona con DT2 en sus necesidades; los sentimientos de soledad, desamparo indican un potencial de deterioro en la vida emocional, y se compromete la motivación o el tratamiento.

En conocimientos, Dos Santos, Pinheiro, Aparecido, Pimentel, Souza y Zanetti, (2011) publicaron que, la persona con DT2 toma la responsabilidad de propiciar condiciones que favorezcan el involucramiento de los familiares y lo direccionan en el sentido de promover transformaciones, para evitar o retrasar las consecuencias de la enfermedad. También Zanetti, Voltolini, Dos Santos, Siqueira y Souza (2008), mencionan que el familiar con DT2, es un elemento que expande el conocimiento acerca de la diabetes en el núcleo familiar, y asume el papel de cuidador en el ambiente familiar, porque disemina la información en el hogar para ayudar a los integrantes de la familia a adquirir hábitos saludables que contribuyan a la prevención de la diabetes. Cuando el paciente y la familia están bien informados de la necesidad de colaboración con el tratamiento, este acontece de forma menos traumática. Estas afirmaciones concuerdan con lo reportado por Astedt-Kurki, Lehti, Tarkka y Paavilainen (2004), quienes refieren haber encontrado fuertes correlaciones en conocimientos, especialmente cuando se perciben los efectos de la enfermedad en el diario vivir, la salud familiar es mejor ($R^2=0.32$).

Conclusiones

En síntesis, la literatura muestra evidencia que revela que las dimensiones de valores, sentimientos de bienestar, sentimientos de malestar y conocimientos describen la salud familiar. La familia y los amigos hacen una diferencia en el manejo de la diabetes, porque, están presentes y comparten la provisión del cuidado, ambos son de ayuda en ciertos tiempos y en otros crean problemas y el ambiente se vuelve más difícil. El monitoreo constante, las críticas excesivas y castigos restringen la autonomía y crean sentimientos de malestar. Además, las familias emplean la actitud positiva, el uso de la oración como sentimientos de bienestar. La independencia de quienes padecen DT2, y reservar ciertos aspectos de la evolución del padecimiento para sí mismos, tiene la intención de proteger o limitar el sufrimiento a su familia; además de que las personas con DT2, son agentes que transmiten su experiencia y conocimiento al resto de la familia, con la finalidad de prevenir la evolución del padecimiento en los otros integrantes de la familia.

Referencias

Armour, TA., Norris, SL., Jack, L., Zhang, H., & Fisher, L. (2004). The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: A systematic review. *Diabetes Medicine* 22, 1295-1305.

Astedt-Kurki, P., Lehti, K., Tarkka, M., Paavilainen, E. (2004). Determinants perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 48, 2, 115-123.

Cano A., González, T., Cabello J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.

Carr, D., Springer, K. W. (2010). Advances in Families and Health Research in the 21st Century. *Journal of Marriage and Family*. 72. 743-761.

Chun, K. M., Chesla C. A., Kwan, M. L. (2010). "So We Adapt Step by Step": Acculturation experiences affecting diabetes management and perceived health for Chinese American immigrants. *Social Science & Medicine*, 72, 256-264.

Cooper, H. (2010). *Research synthesis and meta-analysis: a step by step approach*. 4th. Edition. SAGE publications, Inc.

Denham, S. A. (2003a). *Family Health: A Framework for nursing*. Philadelphia: FA Davis Co.

Denham, S. A., Manoogian, M., & Schuster, L. (2007). Managing family support and dietary routines: Type 2 diabetes in rural Appalachian Families. *Families, Systems, & Health*. 25, 1, 36-52.

Dos Santos, M. A., Pinheiro, R. C., Aparecido, V., Pimentel, R., Souza, C. R. & Zanetti, M. L. (2011). Representaciones sociales de personas con diabetes respecto del apoyo familiar percibido en relación al tratamiento. *Rev Esc Enferm USP*. 45, 3, 651-658.

Ganong, L. (2011). Return to the "Intimate Outsider": Current trends and issues in family nursing research revisited. *Journal of Family Nursing*. 17(4) 416-440.

Haslbeck, J., & Schaeffer, D. (2009). Routines in medication management: the perspective of people with chronic conditions. *Chronic Illness*. 5, 184-196.

Jones, R. A., Utz, S. W., Williams, I. C., Hinton, I., Alexander, G., Moore, C., Blankenship, C., Steeves, R. & Oliver, N. (2008). Family interactions among african americans diagnosed with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(2), 318-326.

Juntunen, A., Nikkonen, M. (2008). Family support as a care resource among the Bena in Tanzanian villaje of Ilembula. *VÅRD NORDEN*. 83, 28, 3, 24-28.

Kanjanawetang, J., Yunibhand, J., Chaiyawat, W., Wu, Y. & Denham, S.A. (2009). Thai family health routines: Scale development and psychometric testing. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 40: 3, 629-643.

Nyirati, C., Denham, S., Raffle, H., & Ware, L. (2012). Where is Family in the Family Nurse Practitioner Program? Results of a U.S. Family Nurse Practitioner Program Survey. *Journal of Family Nursing*. XX (X) 1-31.

Organización Panamericana de Salud [OPS]. (1985). Secretaría de la OPS, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Familia y Salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol of Sani Panam. 98:2, 144-155.

Segaric, CA., Hall, WA. (2005). The family theory-practice gap: a matter of clarity? Nursing Inquiry 12 (3): 210-218.

Walker, L. O. & Avant, K. C. (2005). Strategies of Theory construction in Nursing. Pearson Practice Hall. New Jersey.

Zanetti, M. L., Voltolini, M., Dos Santos, A., Siqueira, D., & Souza, R. (2008). La atención de la persona con diabetes y las repercusiones en la familia. Revista Brasileira de Enfermagem. 61, 2, 186-92.