



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/179.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 "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Relación del sufrimiento espiritual y el control glucémico en personas con diabetes tipo 2**

Autores Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz,¹ Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala,^{1,2} Mayra Itzel Huerta-Baltazar,¹ Alma Rosa Picazo-Carranza,^{1,3} Azucena Lizalde-Hernández,¹ Vanesa Jiménez-Arroyo¹

Centro/institución (1) Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH); (2) Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos; (3) Hospital General de la Mujer de Morelia

Ciudad/país Morelia, Michoacán, México

Dirección e-mail violetarr05@gmail.com

RESUMEN

Introducción. Se ha estudiado la influencia de las prácticas espirituales y religiosas en la salud de las persona debido a que el enfrentamiento con una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2 (DT2) genera en la persona sufrimiento espiritual al verse amenazados el sentido de identidad y de lo que sé es como persona y los planes de vida que se tenían previos al diagnóstico. Este estudio analizó la relación del SE y el control glucémico (CG) en personas con DT2.

Metodología. Estudio analítico, no experimental y transversal. Muestra no probabilística de 352 personas con DT2 seleccionadas en consulta externa de dos localidades del centro de México (Localidad 1 [L1] León, Guanajuato [140] y Localidad 2 [L2] Morelia, Michoacán [212]). Se aplicó Escala de Bienestar Espiritual para medir SE, SE religioso (SER) y SE existencial (SEE); se midió hemoglobina glucosilada (HbA1c) para control glucémico.

Resultados. El 65.6% fueron mujeres y 54.3% dedicadas al hogar; 19.9% empleados/obreros; 54% tuvo sólo seis años de educación; 62.5% casado; 87.8% católicos. El tiempo de evolución de la DT2 fue de 1-10 años para el 58%. SE leve en ambas localidades (77.1-74.5), SEE leve en 81.5% de los participantes y mayor porcentaje de SER y SEE en L1 (76.4-80). El 85.85% de participantes de la L2 con control glucémico inadecuado. Media de HbA1c de 7.25-9.49. Se encontró asociación estadística entre SE con el CG inadecuado ($\chi^2 = 4.9824$, $p=0.026$, $RM=2.52$, $IC\ 95\% 1.10-5.78$ y $FAe\ \% 60.3$) en L2. No se encontró asociación entre SER, SEE y CG.

Discusión/Conclusiones. Se encontró una relación directa entre el sufrimiento espiritual y un indicador directo de la salud de la persona con DT2, es decir, el control glucémico. Enfermería debe considerar en sus planes de cuidado la participación religiosa y la espiritualidad de las personas.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En las últimas décadas se han realizado investigaciones que indagan en la asociación de la salud con diversos componentes de la dimensión espiritual, entre ellos las necesidades espirituales, el bienestar espiritual y la influencia de las prácticas espirituales-religiosas en la salud de las personas^{i, ii,iii, iv, v}; aunque algunos autores consideran que la asociación entre religión y espiritualidad aún es inconsistente^{vi}.

Cuando la persona enferma de DT2, frecuentemente es uno de los momentos en los cuales cuestiona su sentido de vida. Es bien conocido que la diabetes es un problema de salud pública mundial con una elevada y creciente prevalencia. La Federación Internacional de Diabetes (FID) calcula que para el año 2030 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones^{vii}. En México la Secretaría de Salud en 2008 estimó que la prevalencia se ha elevado hasta el 14.4%, con más de 5 millones de personas mayores de 20 años que padecen esta enfermedad, la cual aumenta con la edad, superando el 20% después de los 50 años^{viii}. En el año 2012 la Secretaría de Salud reportó que 418, 797 pacientes fueron diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana)^{ix}. En México, en 2010 la edad promedio de las personas que murieron por este padecimiento fue de 66.7, lo que significa una reducción de 10 años^x. El personal de enfermería se ha ocupado de proporcionar el cuidado de la salud a las personas de manera integral. La dimensión espiritual por lo tanto, ha formado parte de los modelos y teorías del proceso de enfermería desde Virginia Henderson hasta las recientes teóricas posmodernas como Jean Watson y Rosemary Parse,^{xi} siendo la evaluación del sufrimiento espiritual (SE) un reto importante para las enfermeras y las instituciones de salud^{xii, xiii}.

Es así que se han realizado investigaciones sobre el SE, donde se han utilizado diversas escalas para su medición, específicamente en los casos de personas con cuidados paliativos^{xiv}, cáncer^{xv, xvi}, ostomías^{xvii}, insuficiencia renal^{xviii} y adultos mayores^{xix}, entre otros; aunque no se han encontrado trabajos sobre el SE en personas con diabetes y los posibles efectos en el control glucémico.

La diabetes genera cambios en la persona, prácticamente desde que recibe este diagnóstico, despertando en ella sentimientos como tristeza, soledad, desesperanza, miedo, culpa, negación, e incertidumbre, entre otros^{xx}. Sin embargo se desconoce si el enfrentamiento con la enfermedad genera SE al verse amenazados el sentido de identidad y de lo que se es como persona y los planes de vida que se tenían previo al diagnóstico^{xxi}. No se dispone de estudios en población mexicana que se aproximen al conocimiento de la relación del SE con el CG de las personas con DT2.

Por lo anterior se plantea la pregunta de investigación, ¿existe asociación entre el sufrimiento espiritual y el control glucémico en personas con diabetes tipo 2?

El objetivo general del estudio fue analizar la asociación entre el sufrimiento espiritual y el control glucémico en personas con diabetes tipo 2.

Metodología

Se realizó un estudio analítico, no experimental y transversal en una muestra no probabilística de 352 personas con DT2 seleccionadas en consulta externa de dos localidades del centro de México (Localidad 1 [L1] León, Guanajuato [140] y Localidad 2 [L2] Morelia, Michoacán [212]).

Se aplicó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison^{xxii, xxiii} para medir SE, SE religioso (SER) y SE existencial (SEE); se midió hemoglobina glucosilada (HbA1c) para control glucémico. El diseño muestral de la investigación fue probabilístico y esperando una *r* de Pearson de 0.5 entre sufrimiento espiritual y control glucémico, el tamaño mínimo de muestra fue de 55 con 95% de precisión y 99 de poder (Epidat 3.1 2006 Junta de Xalicia y Organización Panamericana de la Salud).

El análisis estadístico se realizó en el programa STATA 13.0 (Stata Corp. College Station, TX, EUA), se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para observar su comportamiento en la curva normal y se identificaron media, desviación y error estándar con un intervalo de confianza al 95%. Para buscar la asociación entre las variables sufrimiento espiritual y control glucémico se calculó Chi cuadrada y valor de *p*.

Se respetó lo establecido en Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de la Secretaría de Salud de México.

Resultados

El total de participantes fue de 352, la mayoría del género femenino, casados, católicos, dedicados al hogar, con ingresos menores a \$3,000.00 pesos. El 52% de la localidad 2 (212 personas), con un promedio de 59 años de edad (rango: 32 a 90; DE: 12) y un tiempo promedio de 11.6 años de haber recibido el diagnóstico de DMT2. El 48% corresponden a la localidad 1 (140 personas) con un promedio de 56 años de edad (rango: 30 a 84; DE: 11.3).

La comorbilidad más frecuente en ambas localidades fue la hipertensión arterial (40%), y las complicaciones encontradas fueron oculares, neuropatía diabética, pie diabético y cardiopatías. Los participantes con mayor seguimiento en la dieta, realización de actividad física, control de peso, presencia de cardiopatías e infección corresponden a la localidad 1. La mayoría de los participantes de esta localidad no realizan automonitorización de glucosa.

La media del SE, SER y SEE fue mayor en los participantes de la localidad 2 siendo en todos los casos esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$). Se observó que existe SE total en ambas localidades, aunque el porcentaje fue mayor en los participantes de la localidad 1 según se observa en el cuadro 1. En este mismo cuadro se muestra que en ambas localidades existe una mayor prevalencia de sufrimiento espiritual leve.

Los mayores porcentajes de SER y de SEE se registraron en los participantes de la localidad 1. Se muestra que el mayor porcentaje de los participantes de la localidad 1 presentaron SER leve. En relación con el SEE leve el mayor porcentaje fue registrado en los participantes de la localidad 2.

Cuadro 1. Prevalencia de sufrimiento espiritual (SE), SE religioso (SER) y SE existencial (SEE), así como puntajes promedio de las escalas por localidad, 2014.

Variable		Localidad 1 n=140		Localidad 2 n=212		Total N=352	
		n	%	n	%	N	%
SE	Leve	108	77.1	158	74.5	266	75.5
	Moderado	24	17.1	9	4.2	33	9.4
	Sin SE	8	5.7	45	21.2	53	15.1
	Rango, Media	24-120,	67.2	22-117,	81.2	Z= -6.18	

	(DE)	(20.9)	(20.8)	$p=0.0001$			
SER	Leve	107	76.4	127	59.9	234	66.5
	Moderado	24	17.1	11	5.2	35	9.9
	Sin SE	9	6.4	74	43.9	83	23.6
	Rango, Media (DE)	10-60, 34.1 (11.7)		10-60, 43.1 (12.1)		Z= 6.93 $p=0.0001$	
SEE	Leve	112	80.0	175	82.5	287	81.5
	Moderado	21	15.0	12	5.7	33	9.4
	Sin SE	7	5.0	25	11.8	32	9.1
	Rango, Media (DE)	13-60, 33.1 (9.7)		12-59, 58.1 (9.7)		Z= 4.72 $p=0.0001$	

Fuente: Directa

Respecto al control glucémico, los resultados del cuadro 2 señalan que la media de la hemoglobina glucosilada fue mayor en los participantes de Morelia ($p<0.5$), en tanto que el gráfico 3 muestra que el mayor porcentaje de los sujetos de la localidad 2 presentaron control glucémico inadecuado.

Cuadro 2 Distribución de hemoglobina glucosilada, 2014.

Variable	Localidad	
	1 n=140	2 n=212
Hemoglobina glucosilada		
Rango	4.2-15.1	4.1-15
Media	7.25	9.49
DE	2.00	2.37
Z= 9.22		p= 0.0001

Fuente: Directa

Cuadro 3 Tabulación de control glucémico por localidad, 2014.

Control glucémico	Localidad				Total	
	1 n=140		2 n=212		n	%
	n	%	N	%	n	%
Inadecuado	61	43.57	182	85.85		
Adecuado	79	56.43	30	14.15		
Total (N=352)	140	100.00	212	100.00	352	100.00

Fuente: Directa

Al tabular los datos de la localidad 2 relacionando el SE total con el CG inadecuado se encontró asociación estadística ($\chi^2 = 4.9824$, $p=0.026$, $RM=2.52$, $IC\ 95\% \ 1.10-5.78$ y $FAe\ \% \ 60.3$) tal como se advierte en el cuadro 4.

Aunque no se muestran los cuadros, en relación con los niveles de SE y el CG, no se encontró asociación en la localidad 1 ($\chi^2 = 2.7309$, $p= 0.255$), en tanto que en la localidad 2 la gran mayoría de los participantes con SE leve y la totalidad con SE moderado se encuentran con control glucémico inadecuado. El valor de p muestra significancia estadística ($\chi^2 = 5.9960$, $p=0.050$).

Por otra parte, no existe asociación entre SER y CG ($\chi^2= 0.0030, p=0.956$) en la localidad 1, ni entre el SEE y el CG en ambas localidades (L1 $\chi^2= 0.6743, p=0.412$ y L2 $\chi^2= 0.0798, p=0.778$).

En relación con la tabulación del SEE leve y moderado con el CG en los participantes de la localidad 1 no se encontró asociación ($\chi^2= 1.9077, p=0.385$). Tampoco se encontró asociación en los participantes de la localidad 2 en el SEE leve y moderado con el CG ($\chi^2= 0.4073, p=0.816$).

Cuadro 7.9 Asociación de sufrimiento espiritual y control glucémico en localidad 2, 2014.

SE	CG				Total (N=140)		χ^2	gl	Valor de p	RM	IC 95%	FAe %
	Inadecuado		Adecuado		n	%						
	N	%	n	%								
Con SE	148	88.6	19	11.4	167	100	4.9824	1	0.026	2.52	1.10-5.78	60.3
Sin SE	30	75.6	11	24.4	45	100						
Con SER	126	91.3	12	8.7	138	100	9.6850	1	0.002	3.37	1.52-7.48	70.4
Sin SER	56	75.7	18	24.3	74	100						

SE= Sufrimiento espiritual CG= Control glucémico gl= grados de libertad RM= Razón de momios

FAe= Fracción atribuible en expuestos

Fuente: Directa

En relación con la asociación entre SE total y CG en la localidad 1, se encontró que la mitad de los participantes con presencia de SE se encuentran con CG adecuado, situación similar en aquellos participantes sin sufrimiento espiritual global, en la que el control glucémico es también adecuado. Se concluye que no existe asociación entre SE total y CG ($\chi^2= 0.1272, p=0.721$).

Discusión

Este estudio registró una prevalencia de SE elevada tanto por localidades como total, cifra mayor a la encontrada por Monod en adultos mayores. Estos resultados prácticamente duplican a los obtenidos por Hui y colaboradores^{xxiv} en personas con cáncer, los de Delgado-Guay y los de Chaves. Todo lo contrario a lo obtenido por Newlin^{xxv}, quien encontró bienestar espiritual en las dos dimensiones.

Ya que un objetivo fue determinar la asociación entre el SE y el CG en personas con DT2, se encontró una asociación en la localidad 2, donde la mayoría de los participantes que presentaron SE global también resultaron con CG inadecuado. Esta asociación no se registró en la localidad 1 ni en los niveles de SE de ambas localidades. Por ello, se corrobora que existe una relación directa entre la participación religiosa, la espiritualidad y los resultados de salud positivos tal como señala Dhar^{xxvi} y se presenta entonces una influencia directa en su salud, es decir, el control glucémico.

Parte importante del padecimiento es mantener los niveles de HbA1c en límites normales para evitar las complicaciones micro y macrovasculares y la meta general en personas con DT2 debe ser menos de 7%. En este estudio los participantes presentaron cifras de HbA1c mayores a lo deseable, semejantes a los obtenidos por Newlin en mujeres afroamericanas.

Al realizar el análisis del CG, la mitad de los participantes de la localidad 1 presentaron CG adecuado, muy cercano a las cifras de Salazar pero contrastantes con los resultados de Alfaro^{xxvii} y Hernández^{xxviii}.

Conclusiones

Dado que un porcentaje importante de las investigaciones realizadas en los últimos años se enfocan en personas con patologías como cáncer, insuficiencia renal crónica o en quimioterapia, conviene resaltar que la prevalencia de SE en DT2 aunque leve, fue mayor a lo esperado lo que destaca la necesidad de identificar el diagnóstico SE al ser éste un padecimiento crónico con una gran morbilidad que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen y se concluye entonces que existe SE leve en los participantes de ambas localidades.

Por tanto, enfermería debe considerar en sus planes de cuidado la participación religiosa y la espiritualidad de las personas, ya que el sufrimiento espiritual está presente en quienes cursan con condiciones crónicas.

Bibliografía

-
- ⁱ Greenstreet W. Integrating spirituality in health and social care. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2006. p.32-46.
- ⁱⁱ Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. South Med Assoc 2004 Dic; 97(12): 1194-1200.
- ⁱⁱⁱ Paloutzian RF, Park CL. Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. New York: The Guilford Press; 2005.
- ^{iv} Astin JA, Harkness E, Ernst Edzard. The efficacy of “Distant healing”: A systematic review of randomized trials. Ann Intern Med 2000 [acceso 2011 nov 21];132(11):903-910.
- ^v Delaney C, Barrere C, Helming M. The influence of a spirituality-based intervención on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease. J of Holistic Nurs 2011; 29(1): 21-32.
- ^{vi} Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality and medicine. Lancet 1999;353:664-667.
- ^{vii} International Federation of Diabetes. Diabetes Atlas, 5th edición, 2012 [acceso consultado 9 jun 2012] Disponible en:
<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>
- ^{viii} Instituto Nacional de Salud Pública [internet]. Ciudad de México: INSP Secretaría de Salud [actualizado 13 May 2011; acceso 9 jun 2011]. [Aproximadamente 1 p.].

Disponible en: <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/1782-revision-de-la-ensanut-2006-144-la-prevalencia-de-diabetes.html>

- ^{ix} Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuestionario Básico del Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [acceso 1 nov 2013] [aproximadamente 2 p.]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
- ^x Hernández M, Gutiérrez JP, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México* 2013; 55(Supl 2):129-136.
- ^{xi} Meleis AI. *Theoretical nursing. Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
- ^{xii} Chaves CL, Carvalho EC, Terra FS, Souza L. Validación clínica de espiritualidad perjudicada en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(3):309-16.
- ^{xiii} Instituto Nacional del Cáncer [internet]. Bruselas: Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de la Salud de EE.UU. [actualizado 2012 Junio 6; acceso 27 Jul 2012]. [Aproximadamente 3 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/page2>
- ^{xiv} Abbas SQ, Dein S. The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture* 2011;14(4):341-352.
- ^{xv} Delgado-Guay MO, D H, Parsons HA, Govan K D la C, M TS. Spirituality, Religiosity , and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(6):986–94.
- ^{xvi} Ku Y, Kuo S, Yao C. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16(3):134–8.
- ^{xvii} Baldwin CM, Grant M, Wendel C, Rawl S, Schmidt CM, Ko C, et al. Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of U.S. Veterans *Journal Holistic Nursing*. 2008; 29, 185-194.

-
- ^{xxviii} Chaves E de CL, Carvalho EC de, Bejio LA, Goyatá SLT, Pillon SC. Eficacia de diferentes instrumentos para la atribución del diagnóstico de enfermería: sufrimiento espiritual. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(4):9 pantallas.
- ^{xxix} Monod S, Martin E, Spencer B. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. *BMC Geriatr*. 2012;12(13): 1-9 pantallas.
- ^{xxx} Ledesma M, Oros E, Grever M y Ruvalcaba G. Respuestas emocionales de las mujeres que viven con diabetes tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc*. 2014; 22(2): 85-92.
- ^{xxxi} Chow EOW, Nelson-Becker H. Spiritual distress to spiritual transformation: stroke survivor narratives from Hong Kong. *J Aging Studies*. 2010: 24(4);313–324.
- ^{xxxii} Paloutzian R. The SWB Scale in nursing research. *Journal of Christian nursing*. 2002; 19(3):16-19.
- ^{xxxiii} Bufford R, Paloutzian R, Ellison C. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*. 1991; 19(1):56-70.
- ^{xxxiv} Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons H a, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28(4):264–70.
- ^{xxxv} Newlin K, Melkus GD, Tappen R, Chyun D, Koenig H.G. Relationship of religion and spirituality to glyemic control in black women with type 2 diabetes. *Nursing Research*. 2008 57(5): 331-339.
- ^{xxxvi} Dhar N, Chaturvedi SK, Nandan D. Spiritual health scale 2011: Defining and measuring 4th dimension of health. *Indian J Community Med*. 2011;36(4):275-282.
- ^{xxxvii} Alfaro N, Carothers MR, González YS. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes melitus tipo 2. *Investigación en Salud*. 2006;VIII(3):151-157.
- ^{xxxviii} Hernández M, Gutiérrez JP, Reynoso N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México* 2013; 55(Supl 2):129-136.