



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO: APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Priscilla Carolina Riofrío Celi

DIRECTORA:

Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustan, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 12 de octubre del 2016

Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS

INFORMA:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General, titulado “APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO” de autoría de la estudiante, Priscilla Carolina Riofrío Celi, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

Atentamente,



Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIZACIÓN

Yo, Priscilla Carolina Riofrío Celi, autora de la tesis: APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los doce días del mes de octubre del 2016. Firma su autora.

Firma:



Autora: Priscilla Carolina Riofrío Celi

Cédula: 1105021081

Dirección: San José

Correo Electrónico: priscykrol@hotmail.com

Teléfono: 0989790822

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de tesis: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg. Sc

Tribunal de Tesis

Presidenta del Tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Vocal 1: Dra. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

Vocal 2: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

DEDICATORIA

Por el amor que siento por mis padres, le dedico este trabajo a ellos, pues sin sus oraciones, confianza, perseverancia y sencillez, no hubiera avanzado tan segura en los momentos difíciles de esta carrera universitaria, también les dedico a mis docentes quienes me inculcaron sus conocimientos, sabiduría y orientación constante; supieron guiarme por el camino correcto y por ultimo dedico este gran logro a cada una de las personas que me apoyaron, me motivaron a seguir adelante y no desistir para hoy poder alcanzar un justo honor en esta meta profesional.

PRISCILLA

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a Dios, quien ocupa un lugar muy importante en mi vida y en mi corazón, por haberme dado la oportunidad de existir y de ser, quien soy, por permitirme concluir esta etapa de mi vida.

Eterno sentimiento de gratitud a mis padres y hermanos quienes me apoyaron en toda mi etapa de estudio, también quiero agradecer a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA que viene contribuyendo a la formación de la juventud, a mis docentes en especial a la Dra. Elvia Ruiz quien supo dirigir y guiar acertadamente mi tesis y a todas aquellas personas ajenas que hicieron posible la realización de este proyecto.

La Autora

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| PORTADA | i |
| CERTIFICACION..... | ii |
| AUTORÍA | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN | iv |
| DEDICATORIA | v |
| AGRADECIMIENTO..... | vi |
| 1. TÍTULO | 1 |
| 2. RESUMEN..... | 2 |
| 3. SUMMARY | 3 |
| 4. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 5. REVISIÓN DE LITERATURA | 6 |
| 5.1.1. Diabetes Mellitus..... | 6 |
| 5.1.2. Concepto de Diabetes..... | 6 |
| 5.1.3. Epidemiología..... | 7 |
| 5.1.4. Clasificación de Diabetes..... | 8 |
| 5.1.5. Factores de riesgo de Diabetes..... | 9 |
| 5.1.6. Criterios Diagnostico..... | 9 |

| | |
|--|----|
| 5.1.7. Complicaciones de Diabetes..... | 10 |
| 5.1.8. Tratamiento de la Diabetes..... | 11 |
| 5.2 Educación Diabetológica..... | 14 |
| 5.3. Adherencia al tratamiento..... | 15 |
| 5.3.1. Métodos para determinación de la adherencia al tratamiento..... | 17 |
| 5.3.2 Instrumento para determinar adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos... | 18 |
| 5.4. Apoyo familiar..... | 18 |
| 5.4.1 Concepto de Familia..... | 18 |
| 5.4.2 Tipos de Familia..... | 19 |
| 5.4.3 El paciente y su familia..... | 20 |
| 5.4.5 Impacto de la diabetes en el grupo familiar..... | 22 |
| 5.4.6 Factores que intervienen en el núcleo familiar..... | 23 |
| 5.4.7 Instrumento para determinar el apoyo familiar..... | 24 |
| 6. MATERIALES Y MÉTODOS | 26 |
| 7. RESULTADOS | 30 |
| 8. DISCUSIÓN..... | 40 |
| 9. CONCLUSIONES | 43 |
| 10. RECOMENDACIONES | 44 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA..... | 45 |

| | |
|--|----|
| ANEXO N.-1 Certificación de constancia del trabajo de campo..... | 51 |
| ANEXO N.-2 Oficio dirigido al coordinador del Club de Diabéticos | 52 |
| ANEXO N.- 3 Consentimiento informado..... | 53 |
| ANEXO N.-4 Encuesta de Apoyo Familiar | 54 |
| ANEXO N° 5 Encuesta de Nivel de Conocimiento | 55 |
| ANEXO N.- 6 Encuesta de Adherencia al Tratamiento..... | 60 |
| ANEXO N° 7 Tabulación de Datos..... | 62 |
| ANEXO N° 8 Proyecto de Tesis | 69 |
| ANEXO N° 9 Certificación de Resumen | 92 |

ÍNDICE DE CUADROS

| Cuadro | Contenido | Página |
|---------------|--|---------------|
| 1 | Edad de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo | 30 |
| 2 | Genero de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo abril-agosto del 2015 | 31 |
| 3 | Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | 32 |
| 4 | Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | 33 |
| 5 | Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades. | 34 |
| 6 | Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor | 35 |
| 7 | Me satisface como compartimos en mi familia, El tiempo para estar juntos, Los espacios en la casa, El dinero | 36 |
| 8 | Funcionalidad Familiar en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo | 37 |
| 9 | Nivel de conocimiento de la diabetes en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo | 38 |
| 10 | Adherencia al tratamiento en los pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo | 39 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| Figura | Contenido | Página |
|---------------|--|---------------|
| 1 | Edad de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo | 30 |
| 2 | Genero de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo abril-agosto del 2015 | 31 |
| 3 | Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | 32 |
| 4 | Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | 33 |
| 5 | Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades. | 34 |
| 6 | Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor | 35 |
| 7 | Me satisface como compartimos en mi familia, El tiempo para estar juntos, Los espacios en la casa, El dinero | 36 |
| 8 | Funcionalidad Familiar en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo | 37 |
| 9 | Nivel de conocimiento de la diabetes en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo | 38 |
| 10 | Adherencia al tratamiento en los pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo | 39 |

1. TÍTULO

APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO

2. RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que produce un gran impacto a nivel individual, familiar y social, por ser una enfermedad crónica e incurable, requiere de tratamiento durante toda la vida, exige atención tanto del paciente como de su grupo familiar y la red de apoyo, solo así el control, manejo y adherencia al tratamiento será factible y efectivo. El objetivo General fue evaluar el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015. Los objetivos de esta investigación fueron; Valorar el apoyo familiar; Identificar el nivel de conocimiento de la diabetes; y, analizar la adherencia al tratamiento en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo. El presente estudio fue de tipo descriptivo-transversal, se seleccionaron a todos los pacientes del Club de Diabéticos del Cantón Catamayo, con una muestra de 60 pacientes, que mediante la aplicación del Apgar Familiar, un cuestionario de nivel de conocimiento y una encuesta de adherencia al tratamiento, se obtuvo los siguientes resultados: 73% para un apoyo familiar normal; 53% para conocimiento intermedio de la patología que padecen y un 43% para una adherencia inadecuada al tratamiento de su enfermedad. Llegando a las conclusiones que la apreciación de los pacientes acerca del apoyo que su familia les brinda es adecuada; existe una carencia de información sobre la enfermedad y su estado de salud, probablemente debido a falta de comunicación o uso de estrategias de comunicación e información deficiente y por ende una adherencia deficiente al tratamiento.

Palabras clave: *Diabetes Mellitus (DM), Apoyo familiar, conocimiento y adherencia.*

3. SUMMARY

Diabetes Mellitus is a disease that causes a great impact on individual, family and social level, as a chronic, incurable disease requires lifelong treatment, it requires both the patient and care of their families and support network, and only the control, management and adherence to treatment is feasible and effective. The overall objective was to evaluate family support, level of knowledge and adherence to treatment in patient's diabetics club Catamayo canton in the period January-August 2015. The objectives of this research were; Assess family support; identify the level of knowledge of diabetes; and analyze adherence to treatment in patients diabetics club Catamayo canton. This study was descriptive-cross type, all patients Diabetics Club Catamayo Canton were selected, with a sample of 60 patients, that by applying the Family Apgar, a questionnaire level of knowledge and a survey of adherence to treatment, the following results were obtained: 73% for a normal family support; 53% for intermediate knowledge of pathology sufferers and 43% for inadequate adherence to treatment of their disease. Coming to the conclusions that the assessment of patients about the support your family gives is adequate; there is a lack of information about the disease and their health, probably due to lack of communication or use of communication strategies and poor information and thus poor adherence to treatment.

Keywords: *Diabetes Mellitus (DM), family support, knowledge and adherence*

4. INTRODUCCIÓN

La diabetes es considerada actualmente, uno de los principales problemas epidemiológicos, a nivel mundial, es el predominio de padecimientos crónicos-degenerativos y, dado que no sólo son producto de factores hereditarios y ambientales, su carácter complejo, multidimensional y multifactorial, además de expresarse como un aumento del costo de la asistencia sanitaria, incluye en su evolución, tanto implicaciones médicas y psicológicas como sociales y familiares. (Danaei, 2011:31-40)

La diabetes causa cada año la muerte de 3,2 millones de personas en el mundo. En América Latina se calcula que unos 18 millones de personas es decir el 6,3% de la población adulta presentan Diabetes. (Escobedo, 2009: 2121–2158). En Ecuador del 3 al 5% de la población adulta padece de este mal. (INEC, 2010). Los efectos de la diabetes influyen no solamente en la calidad de vida de la persona que la padece sino además involucra a la familia, los torna vulnerables, dependiendo del rol que desempeña el enfermo en la familia.

A nivel mundial el 88 % de los pacientes diabéticos, se consideran bien apoyado por su familia y el 92 % ha manifestado no tener problema familiar. (IMSS, 2010: 28). En Latinoamérica el 60% de los pacientes diabéticos con familias funcionales tenían mejor control metabólico y conocían y practicaban el autocuidado de la salud. (Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2010). Ecuador no está al margen de estos datos ya que gracias a varias investigaciones realizadas en nuestro país el 74,8% de diabéticos expresan que su familia los apoya siempre (Mendoza, 2012).

La realización del presente trabajo investigativo, cuyo tema es "Apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo", fue muy importante ya que identificamos que los familiares de pacientes diabéticos participarían en el autocuidado, pero la falta de conocimiento acerca de su

enfermedad, es lo que conlleva a una adherencia inadecuada; Es por ello que con los conocimientos adquiridos en la etapa académica pretendemos contribuir con orientación y educación sobre la importancia de la participación familiar, el conocimiento adecuado y de esta manera motivar una mejor adherencia al tratamiento. El objetivo general fue: Evaluar el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015. Los objetivos específicos planteados fueron valorar el apoyo familiar; Identificar el nivel de conocimiento de la diabetes; y, analizar la adherencia al tratamiento en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo. La investigación fue de tipo descriptivo transversal y los instrumentos aplicados fueron el Apgar familiar, Cuestionario de conocimiento acerca de la Diabetes y una encuesta de adherencia al tratamiento.

Entre los resultados obtenidos en la presente investigación se obtuvo un 73% de casos que equivale a (44 pacientes) los mismos que cuentan con un apoyo familiar normal, un 53% que equivale a (34 pacientes) tienen un nivel intermedio de conocimiento de la patología que padecen y un 43% (26 pacientes) tienen una adherencia inadecuada al tratamiento de su enfermedad.

Por lo expuesto anteriormente la causa más común de la falta de adherencia al tratamiento, es el inadecuado conocimiento de la patología que padecen, por lo tanto, es importante ejecutar programas educativos individuales y grupales dirigidos tanto al paciente como a su familia, utilizando métodos didácticos y herramientas que ayuden a mejorar la falta de adherencia.

5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

5.1 DIABETES MELLITUS

5.1.1 Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2009, define como diabetes mellitus a una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. También es considerada como una enfermedad crónico-degenerativa, de disfunción metabólica, y por alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y las grasas. (Bernard H. 2010)

Desde el punto de vista fisiopatológico, las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentan tres alteraciones de forma constante: 1) Resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos especialmente en el músculo y la grasa, pero también en el hígado 2) Secreción alterada de insulina especialmente como respuesta al estímulo de la glucosa. 3) Producción aumentada de glucosa por el hígado. No se conoce de forma precisa cómo interactúan los factores genéticos, ambientales y fisiopatológicos para producir diabetes mellitus tipo 2. Con excepción de las formas monogénicas específicas de la enfermedad, que puedan ser el resultado de defectos que están relacionados a las vías de regulación de la acción de la insulina en el músculo, el hígado o la grasa, o de los defectos de la secreción de insulina en las células beta pancreáticas, existe un consenso cada vez mayor en que las formas frecuentes de diabetes mellitus 2 son de naturaleza poligénica y se deben a la combinación de una secreción anormal de insulina y a la resistencia de la misma. La

imposibilidad de las células beta pancreáticas de adaptarse a las reducciones de la sensibilidad a la insulina que se producen durante toda la vida de los seres humanos es la que precipita el inicio de la diabetes mellitus tipo 2. (Kronenberg et al, 2009)

5.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a un gran número de personas, representando un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. En el mundo occidental se estima una prevalencia de Diabetes tipo 1 conocida de entre el 1-3% de la población; estimándose que los casos de Diabetes sin diagnosticar suponen un 2-4% de la población, mientras que la de la Diabetes Tipo 2 se estima en un 2-6%. La prevalencia de Diabetes aumenta significativamente al aumentar la edad de la población; así se estima que alcanza el 10-15% en la población mayor de 65 años, y el 20% si se considera sólo a los mayores de 80 años. (UNWIN, 2010: 708-723)

La OMS señala en el Informe de la Salud en el mundo de 1997 que el número de personas afectadas por la diabetes, estimadas actualmente en unos 135 millones, se habrá duplicado para el año 2025. Si se cumplen 13 las previsiones, este aumento será del 40% en los países desarrollados y de casi el 170% en los que está en vías de desarrollo. Entre las causas que originan este aumento, la OMS apunta como principales el envejecimiento paulatino de la población, las malas costumbres en los hábitos alimenticios y la vida sedentaria por la falta del ejercicio físico adecuado. (TWIGG, 2009: 461-465)

Al año 2000 se estima que más de 35 millones de personas sufren de Diabetes en nuestro continente. El 54% corresponde a América Latina y El Caribe, con una proyección al 2025 de 64 millones (MATAIX, 2009: 1164-1166).

La Diabetes constituye una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En España, supone la tercera causa de muertes entre las mujeres, y la séptima entre los hombres; constituyendo la principal causa de muerte –entre los pacientes diabéticos– el infarto de miocardio, que supone del 50-60% de las defunciones entre los sujetos que padecen Diabetes tipo 2. Entre las personas con Diabetes tipo 1, la principal causa de muerte es la insuficiencia renal derivada de la nefropatía diabética. En Ecuador, desde hace más de una década la Diabetes Mellitus consta entre las primeras diez causas de mortalidad, ocupando el primer lugar en el último reporte presentado hace dos años por el INEC (INEC, 2011).

5.1.3 TIPOS DE DIABETES

Se puede clasificar al síndrome diabético en cuatro grupos: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), otros tipos específicos de diabetes, diabetes mellitus gestacional (DMG).

- **DM tipo 1 (DM1).** Debida a la destrucción de la célula beta y, en general, con déficit absoluto de insulina.
- **DM tipo 2 (DM2).** Debida a un déficit progresivo de secreción de insulina sobre la base de una insulinoresistencia.
- **Otros tipos específicos de DM.** Debidos a otras causas, como defectos genéticos en la función de las células beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) o inducidas farmacológica o químicamente (como ocurre en el tratamiento del VIH/sida o tras trasplante de órganos).
- **Diabetes gestacional (DG).** DM diagnosticado durante el embarazo; no es una DM claramente manifiesta (ADA, 2015: 2).

5.1.4 FACTORES DE RIESGO

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda realizar pruebas diagnósticas de diabetes a personas asintomáticas de 45 años y más que tengan un índice de masa corporal (IMC) > 25 Kg/m y si son normales, repetir a intervalos de tres años. Considera también hacer pruebas a edades inferiores o con mayor frecuencia en personas que presenten los siguientes factores de riesgo:

- ✓ Personas con sobrepeso (IMC > 25 Kg/m)
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Antecedentes familiares de diabetes (en 1er grado de consanguinidad)
- ✓ Pertenecer a una población étnica de alto riesgo (p. ej. afroamericanos, latinos, nativos americanos, asiáticos americanos, nativos de las islas del Pacífico).
- ✓ Mujeres que han dado a luz un niño de más de 9 lb o han sido diagnosticadas con diabetes gestacional.
- ✓ Hipertensión arterial ($>140/90$ mmHg)
- ✓ Dislipidemia (HDL colesterol < 35 mg/dl o triglicéridos > 250 mg/dl)
- ✓ Mujeres con síndrome de ovario poliquístico
- ✓ HbA1c $> 5.7\%$, intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada en análisis anteriores.
- ✓ Otros cuadros clínicos que están asociados con resistencia a la insulina, por ejemplo, acantosis nigricans.
- ✓ Antecedentes de enfermedad cardiovascular.

5.1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios revisados de diagnósticos de diabetes mellitus son publicados por grupos consensuados de expertos de National Diabetes Data Group y la Organización Mundial de la Salud, en el que se diagnostica diabetes mellitus en los casos siguientes.

- 1.- Síntomas de diabetes más concentración de glucosa sanguínea al azar mayor o igual a 200 mg/ dl.
- 2.- Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual 126 mg/ dl en dos tomas diferentes.
- 3.- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/ dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa. (ADA, 2010)

5.1.6 COMPLICACIONES DE DIABETES

La cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar, así como la hipoglucemia son complicaciones agudas de la diabetes:

- **La cetoacidosis diabética (CAD)**, representa el estado final de una deficiencia casi absoluta de insulina, dando origen a hiperglucemia, cetonemia, acidosis, deficiencia de electrolitos y deshidratación. Se presenta en 2 a 10% de los pacientes con diabetes tipo 1 y con menor frecuencia en los pacientes con diabetes tipo 2.
- **Estado hiperosmolar no cetósico**, es un estado caracterizado por hiperglucemia grave (> 600 mg/dL), no hay acumulación de cetonas, existe deshidratación, y la osmolaridad en suero está incrementada (>320 mosm/L). En ocasiones se presentan alteraciones neurológicas que pueden llevar hasta el coma (coma hiperosmolar). Suele ocurrir de forma primordial en individuos mayores de 50 años, con diabetes tipo 2.
- **La hipoglucemia severa**, es la emergencia metabólica más frecuente en los pacientes con diabetes, sobre todo en aquellos de reciente diagnóstico y en los que reciben sulfonilureas o se aplican insulina. El aumento en la frecuencia de hipoglucemias puede indicar el comienzo o empeoramiento de una falla renal. (Lerman, 2010)

Las complicaciones crónicas de la diabetes pueden afectar a diferentes sistemas orgánicos y son responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad que acompañan a este trastorno. Las complicaciones crónicas pueden dividirse en:

- ✓ Vasculares, éstas a su vez pueden dividirse en;
 - Microangiopáticas: retinopatía, neuropatía y nefropatía
 - Macroangiopáticas: cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular.
- ✓ No vasculares, comprenden problemas como: gastroparesia, disfunción sexual y afecciones de la piel.

El riesgo de complicaciones crónicas aumenta con la duración de hiperglucemia y suele ser evidente en el segundo decenio de la hiperglucemia. En el caso de la diabetes tipo 2, muchos individuos pueden pasar un tiempo prolongado con hiperglucemia asintomática, de tal suerte que el momento del diagnóstico ya presenta complicaciones crónicas. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

5.1.7 TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El tratamiento de la diabetes tipo 2 no sólo se centra en el control glucémico, también se deben evaluar los trastornos asociados con este tipo de diabetes (obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, patología cardiovascular), así como la detección y el tratamiento de complicaciones propias de la diabetes.

El manejo terapéutico de la diabetes tipo 2 debe ser progresivo, inicialmente terapia nutricional médica y un programa de ejercicio físico, aspectos que constituyen la base del tratamiento; si, con estas medidas no se logran los objetivos de glucemia del paciente se añadirá fármacos orales o se administrará insulina

Todo paciente con diabetes debe recibir educación diabetológica como parte de su tratamiento. Así, por ejemplo, el paciente debe aprender a realizar el autoanálisis de la

glucemia capilar, esto le permitirá detectar en que momento del día existe peor control glucémico, saber identificar situaciones de riesgo como son la hipoglucemia e hiperglucemia, en definitiva, la educación permitirá que las personas se involucren activamente en su tratamiento. (Hernández, 2012: 845-860)

Tratamiento no farmacológico, Los pilares fundamentales en los que se debe sustentar el manejo de la diabetes son: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

Los requerimientos nutricionales de una persona con diabetes, son iguales a los de la población en general, los objetivos de un régimen alimenticio adecuado deben ser los siguientes:

- Alcanzar y mantener los valores metabólicos recomendados (glucosa, HbA1c, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos, presión arterial y peso).
- prevenir y tratar complicaciones crónicas y otras enfermedades asociadas a la diabetes.
- Mejorar la salud mediante una alimentación sana y actividad física.
- Facilitar los cambios en los hábitos de comida y actividad física que reduzcan la resistencia a la insulina.

La alimentación de una persona con diabetes se basa en una dieta sana y equilibrada, debe ser personalizada y adaptada a las condiciones de vida del paciente, de acuerdo a su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades concomitantes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en el lugar de residencia. Otra característica importante del régimen alimenticio en personas con diabetes, es que este debe ser fraccionado, los alimentos deben distribuirse en cinco o seis comidas diarias: desayuno, colación, almuerzo, colación, merienda y colación nocturna. Esto permite mejorar la adherencia a la dieta, reducir los picos glucémicos postprandiales y es útil en los pacientes con insulino terapia. (Varo, 2013:665-672)

Ejercicio Físico, La asociación directa entre los estilos de vida sedentarios y la incidencia de diabetes ha sido evidenciada en múltiples estudios epidemiológicos observacionales y aleatorizados. La OMS en su informe de salud del año 2002, estima los estilos de vida sedentarios como una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo

En la diabetes el ejercicio periódico mejora el control de glucosa en sangre, reduce factores de riesgo cardiovasculares, ayuda a perder peso y mejorar el bienestar.

Antes de empezar un programa de ejercicios, el paciente debe someterse a una evaluación médica detallada con las pruebas diagnósticas correspondientes, lo que permitirá descartar o detectar complicaciones macro vasculares y micro vasculares que pueden poner en riesgo la vida del paciente si realiza un plan de ejercicios no adecuado a su situación de salud. (Villarreal, 2009: 303-308.)

Hábitos saludables, Los hábitos que se deben abandonar son:

- ✓ Abandono de tabaco
- ✓ Limitar el consumo de alcohol

Tratamiento farmacológico, Toda persona con diabetes tipo 2 que no haya logrado un buen control glucémico con dieta y ejercicio debe recibir el tratamiento farmacológico de la diabetes, para ello se dispone de los hipoglucemiantes orales y de insulina en sus distintas presentaciones. El tratamiento adecuado depende del grado de hiperglucemia, de la edad del paciente, de las metas terapéuticas, del costo del medicamento, las posibilidades del autocontrol y de las preferencias tanto del médico como del paciente.

Muchos pacientes con diabetes tipo 2 requieren a más de los medicamentos para tratar su diabetes otros para tratar patologías mayores o menores derivadas de la diabetes o asociadas a ella, lo que les convierte en pacientes polimedicados. Por ello, es importante la identificación temprana de una mala adherencia terapéutica, esto permitirá distinguir entre

falta de adherencia o falta de respuesta intrínseca a los medicamentos; lo que evitará cambios innecesarios en el tratamiento.

Hipoglicemiantes orales, Los hipoglicemiantes orales son efectivos para los pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden tratarse únicamente mediante dieta y ejercicios, no obstante, no pueden ser utilizados durante el embarazo. Los principales agentes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 son: Las Sulfonilureas (aumento de la secreción pancreática de la insulina); Biguanidas (disminuye la producción hepática de glucosa); Inhibidores de alfa glucosidasa (disminuyen glicemia e insulinemia postprandial) y por último las Tiazolidinedionas (mejoran la captación muscular de la glucosa)

Insulina, La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas humano ésta hormona facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo, como fuente de energía, logrando su distribución uniforme en nuestro organismo. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento, con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipositos. Los efectos de la insulina son:

- Transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía.
- Indica al hígado que deje de liberar glucosa.
- Estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno)
- Estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adiposo.
- Acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas dietarias) a las células. (Seclén, 2010: 114,123, 127- 135)

5.1.8 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

La educación es parte fundamental del tratamiento del paciente con diabetes, para conseguir un adecuado control glucémico, es necesario que el paciente adquiera ciertos

conocimientos sobre: su enfermedad, la dieta, el ejercicio físico, el tratamiento farmacológico, autocuidado y sobre todos los factores que afectan su enfermedad. Muchas investigaciones han demostrado que la educación diabetológica es una estrategia que permite reducir, la morbilidad y mortalidad, los costos económicos, la frecuencia de las complicaciones crónicas y de las hospitalizaciones.

5.1.9 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

“Está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada” (Heredia, 2014: 57-60).

Definida también como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual (Villalobos A, 2010:31-37).

Las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes. Desde la perspectiva psicosocial, fundamentalmente tres teorías han sido utilizadas como aproximaciones explicativas del fenómeno (Becker, 1984): El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, 17 constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.

La teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las

creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias.

Teoría de la auto-eficacia (Bandura 1997) se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. Es decir, es la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones.

Dimensiones de la Adherencia Las dimensiones que nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera: Dimensión dependiente del paciente, dependiente de las relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud y dependientes del tratamiento que recibe el paciente diabético (Heredia, 2012).

a) Dependientes del paciente Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las 18 actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

b) Relación Paciente-Personal de Salud La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad, de ahí que, tanto el personal de salud como el propio paciente busquen estrategias para solucionar dichos problemas.

c) Características del tratamiento El tratamiento de la diabetes es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros. Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la

duración prolongada del tratamiento; en el caso del paciente diabético el aspecto más difícil de controlar es el régimen alimentario. (Donis, 2007: 415-420.)

5.1.10 MÉTODOS PARA DETERMINACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Existen diferentes métodos para valorar la adherencia terapéutica, generalmente se clasifican en dos grandes grupos:

Métodos directos, Los métodos directos se basan en la determinación de los fármacos, de sus metabolitos y de los marcadores biológicos en muestras biológicas, no son de mucha utilidad en la práctica cotidiana ya que son caros, se pueden realizar con escaso número de fármacos y se necesita de infraestructura sofisticada.

Métodos indirectos, Los métodos indirectos valoran la adherencia a partir de datos proporcionados por el paciente o por personas al cuidado de las cuales esté, o por la medición de parámetros relacionados con el control de resultados terapéuticos. Son sencillos, baratos y fáciles de aplicar en la asistencia diaria. Entre estos métodos podemos mencionar:

- ✓ Entrevistas, cuestionarios (Test de Batalla, Test de Morisky-Green, Test de Haynes-Sackett o Cumplimiento autocomunicado).
- ✓ Recuento de las formas farmacéuticas sobrantes (cápsulas, comprimidos,
- ✓ etc.)
- ✓ Control de la dispensación
- ✓ Monitorización electrónica
- ✓ Control del resultado terapéutico

A pesar de que existe un gran número de investigaciones utilizando los diferentes métodos de valoración de adherencia, se sabe que ninguno de ellos tiene una fiabilidad del 100% y en todos ellos se corre el riesgo de obtener falsos positivos. Por ello se recomienda

siempre combinar varios métodos y comparar entre ellos para detectar incongruencias en los resultados. (Bonafont, 2004:9-14)

5.1.11 INSTRUMENTO PARA DETERMINAR ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS

El test más utilizado es el de Morisky-Green validado para enfermedades crónicas como hipertensión arterial, SIDA, tuberculosis, diabetes y dislipemias. Se sugiere su utilización, como método más práctico, ágil e idóneo para valorar el cumplimiento terapéutico en atención primaria; además, para obtener un conocimiento del cumplimiento más exacto y cercano a la realidad, sugiere la combinación de dos test validados en diferentes enfermedades, el de MoriskyGreen y el de Batalla, por la alta especificidad y alto valor predictivo positivo del primero y la buena sensibilidad del segundo. (Rodríguez, 2008: 413-17)

5.2 APOYO FAMILIAR

5.2.1 CONCEPTO DE FAMILIA

En la familia es donde el individuo comienza su vida, sus primeras experiencias y sus primeras relaciones, que al mismo tiempo están conectadas a una sociedad. De ahí que en ella se construya la identidad individual y social de las personas, aspectos importantes para la organización social y para la psicología de los individuos. Por ello, la familia ha sido y continúa siendo objeto de análisis desde diferentes disciplinas (sociología, antropología, economía, psicología social, clínica, entre otras), además de existir una enorme cantidad de aspectos relevantes que la constituyen y que están presentes en su constante transformación.

Los distintos conceptos que de “la familia” se han elaborado han sido fuente de controversia y de redefinición, viéndose influidos por las características sociales predominantes en cada momento histórico. Así, la conceptualización de la familia es una

labor compleja y difícil, máxime si consideramos las variaciones históricas y culturales en formas y funciones, diferencias existentes incluso en grupos y colectivos de una misma cultura.

No obstante, y a pesar de estas dificultades, a continuación, nos aproximaremos al significado de la misma, considerando de utilidad el empezar a definirla como "una pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza y educación de los hijos, la mayor parte de los cuales o todos ellos utilizan una morada común. (Gough, 1971)

5.2.2 TIPOS DE FAMILIA

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. "La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento". No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal. Por mencionar algunas, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro tipos de familias:

- **La familia nuclear o elemental:** es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- **La familia extensa o consanguínea:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de

una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

- **La familia monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. esta puede tener diversos orígenes. ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último, da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

- **La familia de madre soltera:** familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. en este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

- **La familia de padres separados:** familia en la que los padres se encuentran separados. se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad. la familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continua ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas. (Therborn, 2010: 344)

5.2.3 EL PACIENTE Y SU FAMILIA

El apoyo familiar es particularmente importante en el paciente diabético no sólo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento, sino porque la implicación de la familia en el régimen diario de tratamiento refuerza la adhesión al mismo por parte del paciente y ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y minusvalía. La familia y la diabetes pueden influirse mutuamente. Es decir, la afección altera la vida familiar y le impone nuevos y permanentes desafíos y cambios, en tanto que el tipo y la calidad de relación de familia que practique la persona enferma condicionan una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento diabético.

“La diabetes afecta a la persona, pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia a su vez, repercute en el control de la diabetes. La enfermedad no solo afecta a lo endocrinológico, sino que repercute sobre toda la persona, sino en todas sus dimensiones: biológicas, psicológicas y sociales. (Osorno, 2013)

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada, conlleva la carga emocional de una enfermedad, que no se cura; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, y originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto, según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc. Posteriormente pondrá en marcha los recursos con

los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.

5.2.4 IMPACTO DE LA DIABETES EN EL GRUPO FAMILIAR

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc. (Mendizábal, 2006:2), En muy pocas enfermedades está tan condicionado el éxito terapéutico de la actitud del paciente, de la dinámica de la familia y de la relación sanitario/paciente como en la diabetes. El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia depende de la fase del ciclo vital en la que establezca el diagnóstico. En cualquiera de ellas, la respuesta del paciente frente a la enfermedad estará de acuerdo a sus creencias y expectativas, experimentará un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún con la pérdida de salud. En el caso de las parejas sin hijos se plantearán la cuestión de tenerlos o no. A los padres les preocupará que sus hijos puedan heredar la diabetes. Si la paciente es mujer le preocupará el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su bebé y su capacidad para cuidar un lactante. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones se dan con más frecuencia en la cuarta etapa del

ciclo vital familiar. Esta se inicia con la salida del primer hijo del hogar paterno, cuando los cónyuges tienen alrededor de 50 años y termina aproximadamente a los 65. En esta fase de contracción, la partida de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja; la mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de su vida, que venía constituido por la crianza de los hijos; el marido revisa su trayectoria vital, generalmente enfrentándose con el problema de la jubilación. (Gispert, 2007: 785-786)

5.2.5 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL NÚCLEO FAMILIAR

La presencia de una enfermedad crónica en la familia no afecta de igual manera a todos sus componentes. Son muchas las variables que entran en juego. Se proponen cuatro: la actitud que mantengan; la cercanía afectiva al que tiene diabetes; el grado de compromiso que haya adquirido en la relación; las características individuales de la persona diabética.”

a. La actitud de quien padece de diabetes, Así como el modo en que la persona diabética afronta su enfermedad depende de la actitud que presente, la intensidad con que sufra el familiar también está íntimamente ligada a su postura hacia la misma. ¡Qué catástrofe! ¡Nada volverá a ser como antes!

b. La cercanía o lejanía afectiva a la persona que tiene diabetes. Aunque muy relacionado con él, aquí no se trata del grado de parentesco que se tenga, sino de los afectos que nos unen a las personas. No tiene el mismo impacto sobre nosotros la noticia de que tiene diabetes alguien a quien queremos muchísimo que otro al que simplemente le tenemos cariño.

c. El grado de compromiso que se haya adquirido en la relación. Cuanto más involucrada se encuentre la persona en esa relación, más influirá y se dejará influenciar por lo que le ocurra al otro.

5.2.6 INSTRUMENTO PARA DETERMINAR EL APOYO FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

El doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia.

El Apgar sirve para evidenciar la forma en que la persona percibe el funcionamiento de la familia en un momento determinado. Es importante en la práctica ambulatoria, en la cual no es común que los pacientes manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

Es de gran utilidad, ya que colabora a la identificación de familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. El Apgar familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

Apgar familiar: componentes

| Componentes | Definición |
|----------------------|--|
| Adaptación | Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis. |
| Participación | Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia. |
| Crecimiento | Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua. |
| Afecto | Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia. |
| Recursos | Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia. |

COMPONENTES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

ELABORADO POR: Gabriel Smilkstein en 1978. Versión modificada

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext

Clasificación, El Apgar Familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

Utilización, Se puede emplear el Apgar en pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión, en grupos familiares o individuos consultadores crónicos, cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente, a los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir, a los miembros de familias problemáticas, cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.

Aplicación, El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser realizado de forma personal.

(Dominici, 2003)

6 MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo trasversal, que se realizó en el club de Diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo Enero – Agosto del 2015

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

CANTÓN CATAMAYO

Catamayo es un cantón que se encuentra ubicado provincia de Loja, Ecuador. Se caracteriza por maravillosos paisajes naturales en los que se destaca una flora y fauna exuberantes. Posee los valles más fértiles, de inagotable abundancia agrícola de la Región, los mismos que son bañados por dos ríos, Boquerón y Guayabal. Cuenta con innumerables atractivos tanto naturales como turísticos y culturales etc. Su clima es delicioso con un tinte veraniego lo que hace de esta Ciudad uno de los destinos ideales para quien busca disfrutar de unas vacaciones en un ambiente agradable rodeado de esplendorosos valles y paisajes naturales.

Catamayo posee:

2 parroquias urbanas: Catamayo y San José

4 parroquias rurales: El Tambo, Guayquichuma, San Pedro de la Bendita y Zambi.

EXTENSIÓN: El cantón Catamayo tiene una extensión de 649 Km².

HABITANTES: El número de habitantes del Cantón Catamayo en el 2010 es de 31.421 habitantes.

Club de Diabéticos del Cantón Catamayo

El club de Diabéticos denominado Corazones Responsables, funciona en las Instalaciones de la Policía Nacional, las reuniones se realizan los días jueves a las 4 y 30 de la tarde para realizar las distintas actividades. Los pacientes acuden puntualmente a dichas reuniones.

El objetivo principal del Club, es que todos los pacientes tengan plena conciencia de su afección y, no solo que aprendan a convivir con ella, sino que además desarrollen su vida con alegría, con amor, con plenitud que las charlas no solo describen la enfermedad, sino ofrecen también charlas psicológicas, nutricionales.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por 70 pacientes con Diabetes Mellitus que se encuentran inscritos en el club de diabéticos del Cantón Catamayo.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión quedando un total de 60 pacientes que participaron del presente estudio.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2
- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus que integren el club de Diabéticos del Cantón Catamayo

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes Diabéticos con tratamiento menor a 1 año
- Pacientes con capacidad disminuida para comprender o comunicarse
- Pacientes menores de 18 años

6.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

La elaboración de este trabajo investigativo se encuentra apoyado en las siguientes técnicas e instrumentos entre las cuales se incluyen el cuestionario, los cuales serán aplicados en forma personal a cada paciente del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

6.6.1 Test de Funcionalidad Familiar (APGAR FAMILIAR); (Anexo 4), de autoría del Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, validado internacionalmente: consta de 5 preguntas que evalúan la adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos que brinda la familia. Las mismas que serán calificadas de la siguiente manera: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0).

Una puntuación de 18-20 sugiere una familia muy funcional o buen función familiar, una puntuación de 14-17 sugiere una Disfunción familiar leve. Una puntuación de 10 a 13 sugiere una Disfunción familiar moderada y una puntuación de 9 a menos indica una Disfunción familiar grave.

6.6.2 Cuestionario para medir nivel de Conocimiento de la Diabetes; (Anexo 5), de autoría de Noda Julio, Perez Jose, Malaga Germán, Aphan Rosa, validado y adaptado al idioma español por Campo y colaboradores en Perú que fue realizado inicialmente en 141 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se les aplicó un cuestionario de conocimientos teóricos, chi cuadrada con nivel de significancia de $p < 0.05$, ha sido validado internacionalmente en otros países: Incluye 14 preguntas referidas a etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento, efectos adversos y complicaciones de la DM. Se asignaron valores a las respuestas: Adecuado (2 puntos), intermedio (1 punto) e inadecuado (0 puntos). Se clasificaron a los pacientes con conocimiento adecuado a los que obtuvieron entre 22 y 28 puntos, intermedio entre 15 y 21 puntos e inadecuado entre 0 a 14 puntos.

6.6.3 Encuesta para medir adherencia al tratamiento; (Anexo 6), de autoría de la Dra. Rosa Alicia Condo Cajas, Se evaluó la validez de constructo mediante análisis factorial y confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach. El análisis factorial permitió agrupar los ítems en torno a los factores que componen dicho constructo. El valor de Alfa obtenido (0,515) corresponde a un valor moderado lo que significa que el instrumento puede ser utilizado como técnica adecuada de recolección de datos, incluye 10 preguntas referidas a características del tratamiento, razones de no adherencia más frecuentes, características del médico y del Centro de Atención con respecto a su tratamiento. Se asignaron valores a las respuestas: Nunca (0), Casi Nunca (1), Casi siempre (2). Siempre (3). Se clasificaron a los pacientes con adherencia adecuada a los que obtuvieron entre: 16 y 20 puntos, adherencia intermedia a 11 y 15 puntos y no adherencia a los que obtuvieron 0 a 10 puntos.

6.7 PROCESAMIENTOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó el procesamiento de datos a través del programa Excel, para la presentación de datos se emplearon tablas estadísticas y figuras como barras, aplicando los porcentajes con los respectivos análisis que faciliten la interpretación de los resultados cuantitativos.

6.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 3).

A los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se les informó de forma verbal los objetivos, procedimientos, beneficios y de su autonomía para retirarse del estudio cuando lo consideren pertinente. También se les informó sobre la confidencialidad, privacidad y anonimato de la información recolectada. Todos estos aspectos fueron registrados en el consentimiento informado en forma comprensible, documento que fue firmado por el participante de la investigación

7 RESULTADOS

DATOS GENERALES

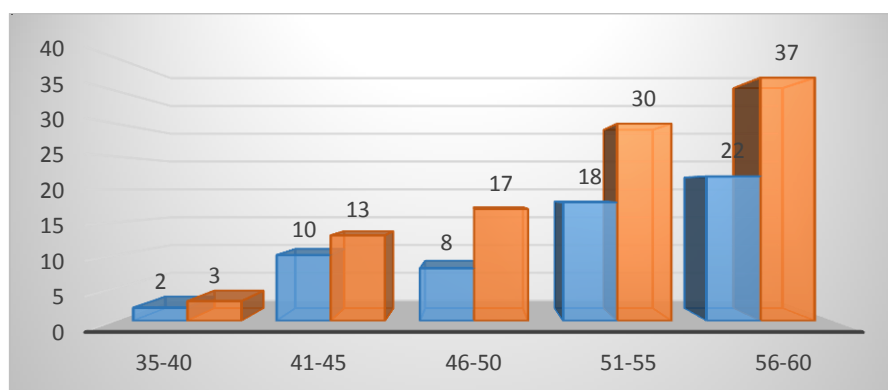
7.1 GRUPO ETARIO

CUADRO N° 1. Edad de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo abril-agosto del 2015

| EDAD | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|------------|
| 35-40 | 2 | 3 |
| 41-45 | 10 | 13 |
| 46-50 | 8 | 17 |
| 51-55 | 18 | 30 |
| 56-60 | 22 | 37 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 1. Edad de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo abril-agosto del 2015

Interpretación de Resultados: De las 60 pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo, se evidencia el 37% (n=22), de los participantes del presente estudio se encuentran entre las edades de 56-60 años, ya que la enfermedad y la mayoría de las complicaciones se presentan en este grupo.

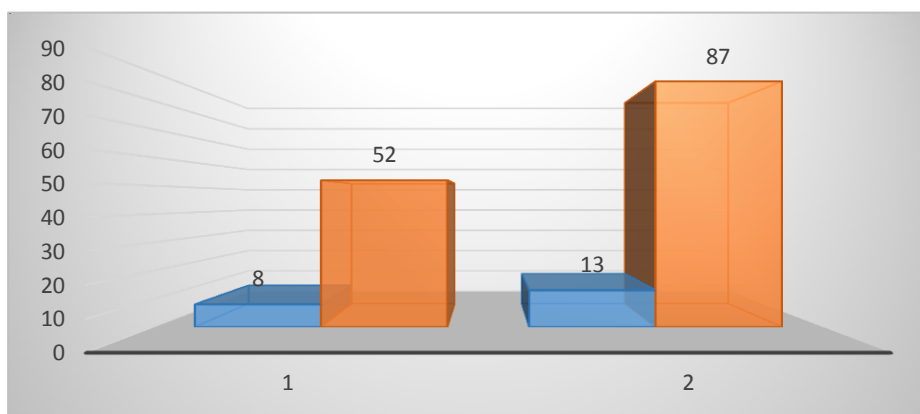
7.2 GÉNERO

CUADRO N° 2. Género de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo abril-agosto del 2015

| GÉNERO | FRECUENCIA | % |
|------------------|------------|-----|
| Masculino | 8 | 13 |
| Femenino | 52 | 87 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 2. Género de los pacientes que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo abril-agosto del 2015

Interpretación de Resultados: De las 60 pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo, se evidencia el 87% (n=52), de los participantes del presente estudios son de género femenino, lo que nos indica que hay mayor incidencia de esta patología es más frecuente en dicho género.

APOYO FAMILIAR

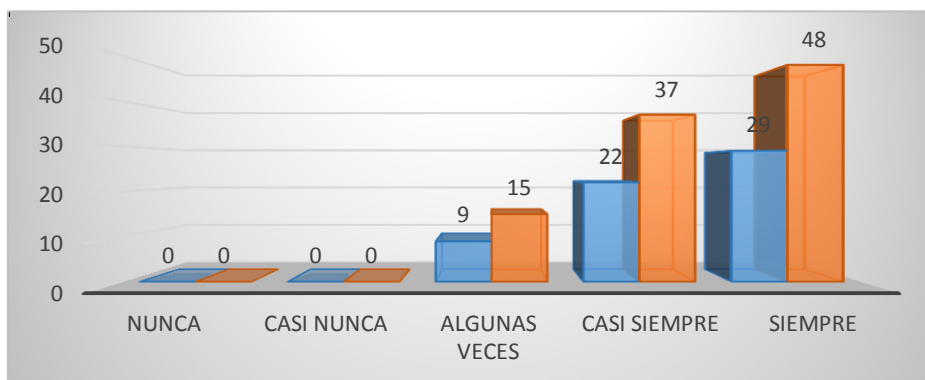
7.3 RESULTADO PARA EL PRIMER OBJETIVO. - Valorar el apoyo familiar de los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo. En el periodo abril - agosto 2015

CUADRO N° 3.- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?

| | FRECUENCIA | % |
|----------------------|------------|-----|
| Nunca | 0 | 0 |
| Casi nunca | 0 | 0 |
| Algunas veces | 9 | 15 |
| Casi Siempre | 22 | 37 |
| Siempre | 29 | 48 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 3.- Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?

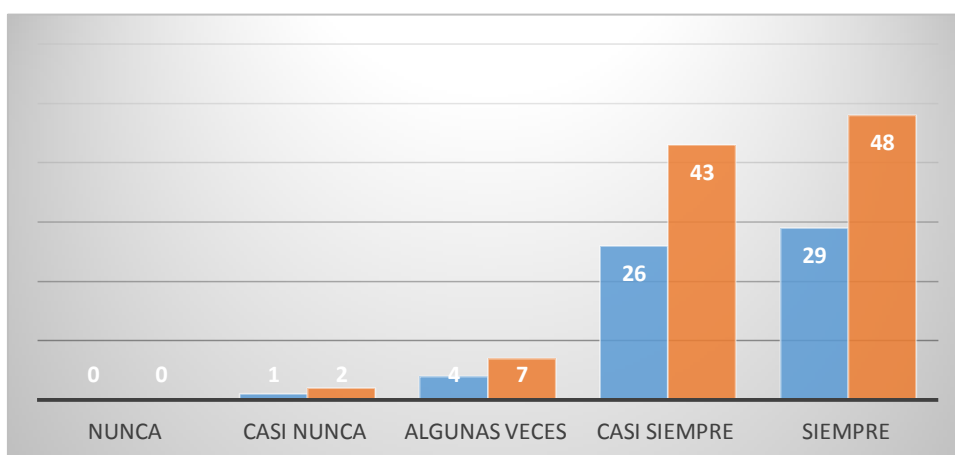
Interpretación de Resultados: De las 60 pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo, se evidencia el 48% (n=29), están satisfechos con el apoyo que reciben por parte de su familia cuando presentan algún problema o necesidad.

CUADRO N° 3.- Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA | % |
|----------------------|------------|-----|
| Nunca | 0 | 0 |
| Casi nunca | 1 | 2 |
| Algunas veces | 4 | 7 |
| Casi Siempre | 26 | 43 |
| Siempre | 29 | 48 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 3.- Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas

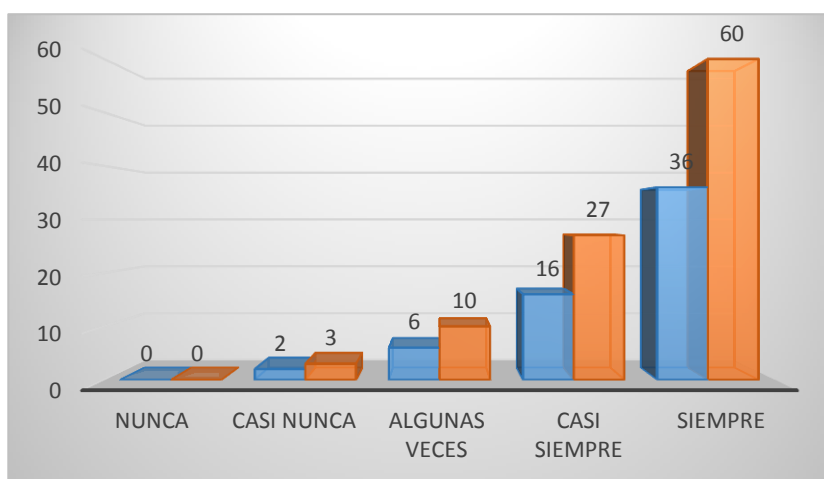
Interpretación de Resultados: De las 60 pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo, se puede determinar que el 48% (N=39) de los participantes están conformes y satisfechos al compartir con la familia los buenos y malos momentos. Mientras que un porcentaje mínimo casi nunca está conforme con los momentos compartidos en familia.

CUADRO N° 4.- Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA | % |
|----------------------|------------|-----|
| Nunca | 0 | 0 |
| Casi nunca | 2 | 3 |
| Algunas veces | 6 | 10 |
| Casi Siempre | 16 | 27 |
| Siempre | 36 | 60 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 4.- Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.

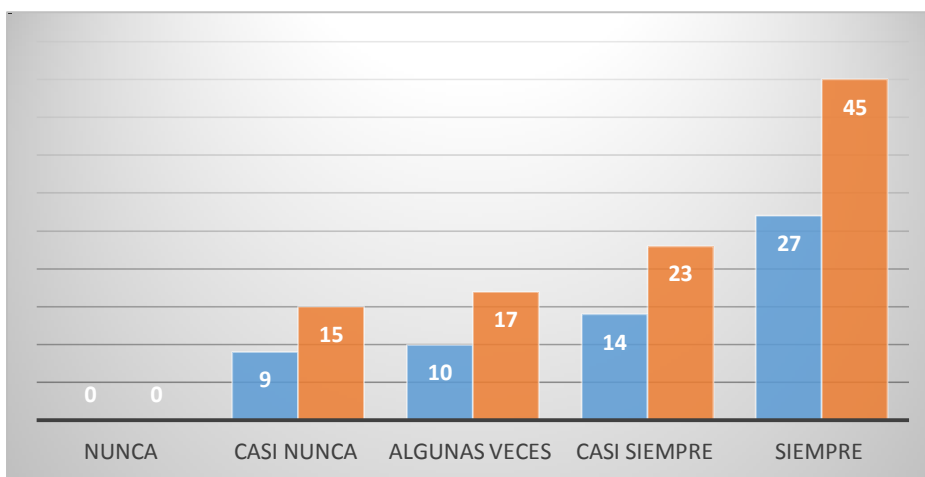
Interpretación de resultados: de los 60 participantes del estudio se pudo determinar que el 60% (n=36), están satisfechos con la familia ya que los aceptan y apoyan en todas las actividades que se propongan realizar, la mínima parte de los familiares de los pacientes no cuentan con él apoyo por parte de la familia.

CUADRO N° 5.- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA | % |
|----------------------|------------|-----|
| Nunca | 0 | 0 |
| Casi nunca | 9 | 15 |
| Algunas veces | 10 | 17 |
| Casi Siempre | 14 | 23 |
| Siempre | 27 | 45 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 5.- Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor

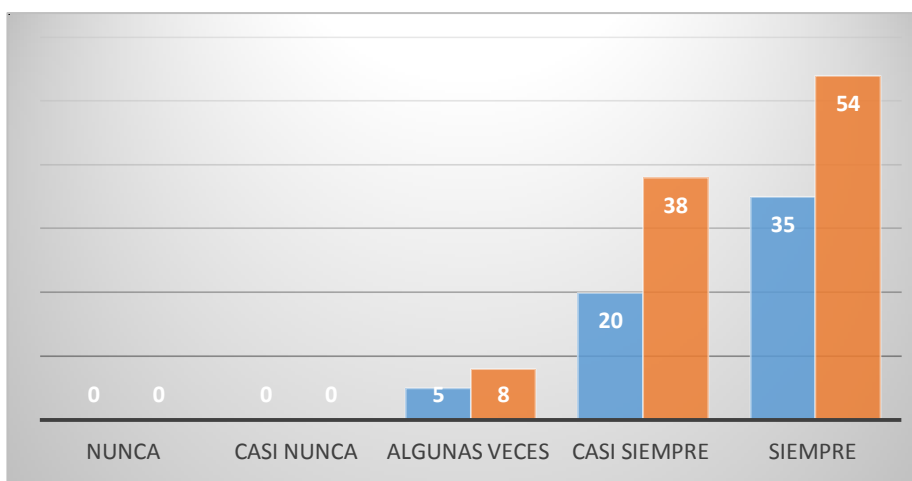
Interpretación de resultados: de los 60 participantes del estudio se pudo determinar que el 45% (n=27), están satisfechos en como la familia responde a las distintas emociones del paciente. En cambio, la mínima parte de los pacientes en estudio no están satisfechos en como la familia responde a las emociones.

CUADRO N° 6.- Me satisface como compartimos en mi familia, El tiempo para estar juntos, Los espacios en la casa, El dinero

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA | % |
|----------------------|------------|-----|
| Nunca | 0 | 0 |
| Casi nunca | 0 | 0 |
| Algunas veces | 5 | 8 |
| Casi Siempre | 20 | 38 |
| Siempre | 35 | 54 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 6.- Me satisface como compartimos en mi familia, El tiempo para estar juntos, Los espacios en la casa, El dinero

Interpretación de resultados: de los 60 participantes del estudio se pudo determinar que el 54% (n=35), están conformes en el tiempo que comparte con la familia, así como los lugares y el dinero.

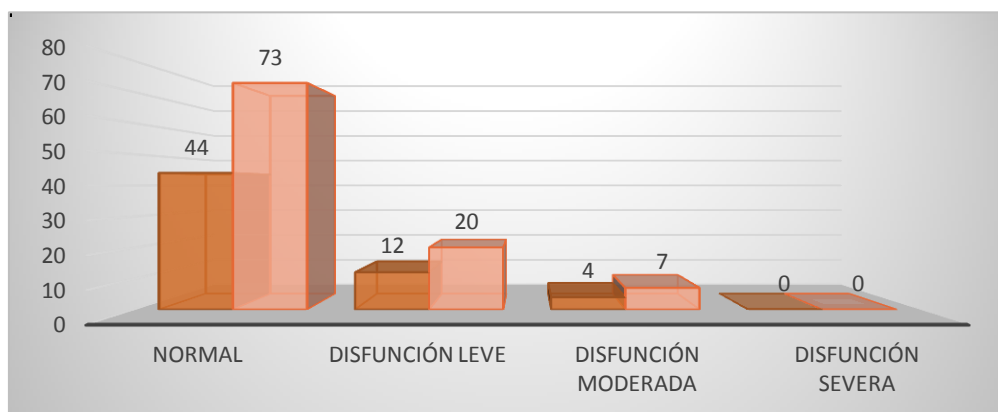
Valorar el apoyo familiar de los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

CUADRO N° 7.- Funcionalidad Familiar en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015

| FUNCIONALIDAD FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|------------------------|------------|--------------|
| FUNCIONALIDAD NORMAL | 44 | 73 |
| DISFUNCIÓN LEVE | 12 | 20 |
| DISFUNCIÓN MODERADA | 4 | 7 |
| DISFUNCIÓN SEVERA | 0 | 0 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Apgar Familiar

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 7.- Funcionalidad Familiar en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015

Interpretación de Resultados: De las 60 pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo, se puede evidenciar que el 73% (n=44) presentan una función familiar normal, ya que en la mayoría de los participantes la familia ayuda y apoyan al paciente en todo los problemas y necesidades que presente no solo emocionalmente sino también económicamente.

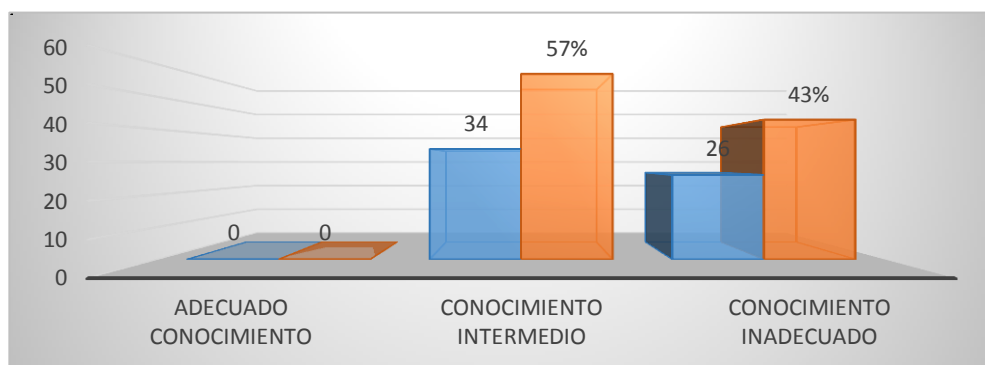
7.4 RESULTADO PARA EL SEGUNDO OBJETIVO. - Identificar el nivel de conocimiento de la diabetes en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

CUADRO N° 8.- Nivel de conocimiento de la diabetes en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|-------------------------|------------|--------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 0 | 0 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 34 | 57 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 26 | 43 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Encuesta de Nivel de Conocimiento

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Encuesta de Nivel de Conocimiento

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 8.- Nivel de conocimiento de la diabetes en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015

Interpretación de Resultados: De los 60 participantes del estudio se pudo determinar que el 57% (n=34) de ellos muestran un conocimiento intermedio acerca de la patología que padecen, ya que no saben en qué consiste, desconocen la mayor parte factores desencadenantes de la enfermedad, entienden que afecta al organismo, pero no conocen exactamente que órganos daña, están familiarizados con el tratamiento, pero ignoran si este causa alguna complicación. Así mismo no cuentan con la suficiente información acerca de los exámenes que se les practica y más aún la mayoría desconocen los resultados de los mismos.

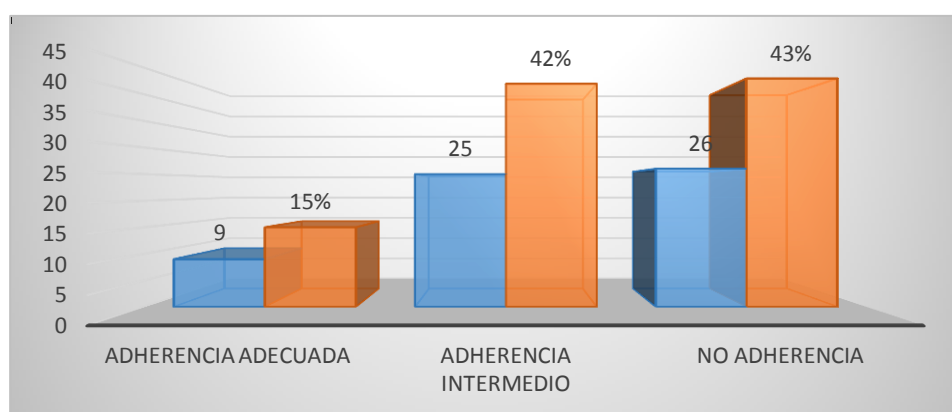
7.5 RESULTADO PARA EL TERCER OBJETIVO. - Analizar la adherencia al tratamiento en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

CUADRO N° 9.- Adherencia al tratamiento en los pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015.

| ADHERENCIA AL TRATAMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|---------------------------|------------|--------------|
| ADHERENCIA ADECUADA | 9 | 15 |
| ADHERENCIA INTERMEDIO | 25 | 42 |
| NO ADHERENCIA | 26 | 43 |
| TOTAL | 60 | 100 |

Fuente: Encuesta de adherencia al tratamiento

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi



Fuente: Encuesta de adherencia al tratamiento

Elaborado por: Priscilla Carolina Riofrío Celi

FIGURA N° 9.- Adherencia al tratamiento en los pacientes del club de Diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015.

Interpretación de Resultados: En el estudio realizado a pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo se determinó que el 43% (n=26) no tiene una adherencia al tratamiento de su patología, ya que en algunas ocasiones olvidan o empiezan a sentirse mejor y dejan de tomar el tratamiento, otros de los factores que influyen a la falta de adherencia al tratamiento es el tiempo que dedica el personal de salud ya que este es mínimo para aclarar las dudas que el paciente tiene; otro problema es la falta de medicación y acceso a la misma.

8 DISCUSIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aun mortales con notable afectación de la calidad de vida si el tratamiento es inadecuado y una condición básica, es que el paciente se adhiera al mismo, lo que solo puede conseguirse si el paciente interioriza lo que significa ser portador de la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento. Para lograr todo esto se necesita que el paciente tenga conocimientos adecuados sobre la enfermedad, así como un apoyo ideal por parte del grupo familiar. (Noda Milla, Julio Roberto et al.2008)

El presente estudio se realizó en 60 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que integran el club de diabéticos del Cantón Catamayo, se encontró que el 73% (n=44) presenta una función familiar normal, el 20% (n=12) una disfunción familiar leve, y un 7 % (n=4) con disfunción familiar moderada; Con respecto al nivel de conocimiento se pudo apreciar que el 57% (n=34) tiene un conocimiento intermedio de la enfermedad que padecen, y el 43% (n=26) tiene conocimiento inadecuado; también se pudo establecer que el 43% (n=26) de los pacientes no tienen adherencia al tratamiento, el 42% (n=25) tiene un adherencia intermedia y el 15% (n=9) cuentan con una adherencia adecuada al tratamiento para su enfermedad. En contraste en un informe presentado por Álvarez, D, en 2005 que evaluó el apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, la adherencia al tratamiento en la cual se obtuvieron los siguientes resultados, se evaluaron 284 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, las variables evaluadas fueron, apoyo familiar, nivel de conocimiento de la enfermedad y su adherencia al tratamiento, en los cuales se observó que el 22.3% de los pacientes tiene una función familiar normal en lo que respecta a su enfermedad. El 83.33% tiene un conocimiento adecuado de la diabetes, en cuanto a la adherencia no fue el resultado esperado ya que solo el 7.03% tiene una adherencia adecuada al tratamiento a pesar de conocer las

consecuencias de no tener un tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuado. Siendo así que los porcentajes de nuestra investigación en cuanto a la funcionalidad familiar son más elevados que el estudio comparado, En cuanto al nivel de conocimiento hay una diferencia significativa ya que en nuestra investigación tiene un conocimiento intermedio acerca de la diabetes valor que es bajo en comparación con el estudio antes mencionado ya que la mayoría de sus participantes tiene un conocimiento adecuado. La adherencia al tratamiento en nuestra investigación es valor mucho más alto que el estudio de comparación. Así mismo hay que tener en cuenta que la población en dicho estudio es mucho mayor.

Un estudio realizado por Laura Ávila y colaboradores en 2013 con un total de 81 pacientes atendidos en consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social se puede observar que 48% (n=39) de los pacientes, contaban con una función familiar normal, el 52% (n=42) tenía una disfunción familiar leve. En cuanto al nivel de conocimientos, se determinó 21% (n=14) tenían un conocimiento adecuado de la patología que padecen, mientras que 70% (n=53) pacientes tenían un conocimiento intermedio. En comparación con valores obtenidos en nuestra investigación se puede comprobar que el 73% tiene una funcionalidad familiar normal valor que es mucho más alto que el estudio anteriormente mencionado. En relación al nivel de conocimiento el 57% tiene un conocimiento intermedio de la patología que padece, valor que es menor al del estudio comparado.

En un estudio realizado en el Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de los Andes Mérida con la finalidad de determinar la funcionalidad familiar de 200 pacientes diabéticos tipo 2 atendidos durante 4 meses. La muestra representa el 20% de la población total atendida en éste servicio, determino que 146 pacientes presentan una función familiar normal, 41 pacientes disfunción familiar moderada y 13 disfunción familiar severa (Herrera.

L., Quintero. O., Hernández. M: 2007: VOL. VI. (12) 62 – 72). Al relacionar los resultados con la presente investigación se ha podido determinar que 44 pacientes cuentan con una función familiar normal, 12 con una disfunción familiar leve y 4 con una disfunción moderada valores casi similares con el estudio mencionado anteriormente, tomando en cuenta que la muestra es mucho más representativa.

Un estudio realizado por Noda Roberto y colaboradores en 2008 con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos que tenían los pacientes con Diabetes acerca de su enfermedad conto con la participación de 31 pacientes que acuden a los Hospitales Generales de Lima-Perú en los que se encontró que el 12,9% de los pacientes tenía nivel de conocimientos adecuado sobre su enfermedad, 48,39% tenían un conocimiento intermedio y 38,71% un conocimiento inadecuado. (Noda Milla, Julio Roberto et al.2008). Al contrastar los resultados con nuestro estudio se puede señalar que hay una diferencia significativa ya que en el estudio realizado nadie cuanta con un conocimiento adecuada de la enfermedad que padece.

El estudio realizado por Condo Lisa en el Centro de Atención Ambulatorio Central de Cuenca en la cual participaron 302 pacientes con Diabetes Mellitus dos, para determinar la adherencia al tratamiento obtuvo los siguientes resultados, el 30% de los pacientes que participaron en el estudio tienen una adecuada adherencia al tratamiento, mientras que 70% fueron no adherentes (Condo Lisa. 2011). Al comparar los estudios, se ha podido determinar que los porcentajes de nuestra investigación son más bajos en comparación con el estudio antes mencionado.

9 CONCLUSIONES

- ✓ En el estudio realizado a los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo se pudo determinar que la mayor parte del grupo estudiado con un 73% cuenta con una funcionalidad familiar normal, demostrando que la apreciación de los pacientes acerca del apoyo que su familia les brinda es adecuada.

- ✓ El nivel de conocimiento en la investigación realizada se determinó que el 57% tiene un conocimiento intermedio acerca de la enfermedad que padece. Estos resultados son reveladores y demuestran una carencia de información sobre la enfermedad y su estado de salud; probablemente debido a falta de comunicación o uso de estrategias de comunicación e información deficiente.

- ✓ La adherencia al tratamiento se pudo identificar que el 43% no cuenta con una adherencia adecuada al tratamiento. Estableciéndose en un problema importante de resolver y que perjudica al paciente.

10 RECOMENDACIONES

- Los estudiantes de Medicina y el equipo de salud deben evaluar la red de apoyo familiar con que cuenta el paciente con diabetes, para que la familia, como el paciente participe activamente en el control de la enfermedad.
- Es evidente que el inadecuado conocimiento de la patología que padecen es la causa más común de la falta de adherencia al tratamiento, por lo tanto, es importante ejecutar programas educativos individuales y grupales dirigidos tanto al paciente como a su familia, utilizando métodos didácticos y herramientas que ayuden a mejorar la falta de conocimiento de la patología que padecen.
- Fortalecer la estrategia educativa con los pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento y así poder evitar descompensaciones y las complicaciones de la enfermedad.

11 BIBLIOGRAFÍA

- Abaira, C., Colwell, JA., Nuttall, F., Sawin, C., Johnson-Nagel, N., Comstock, J. (2010). *Veterans administration Cooperative Study on glycemic control and complications in type 2 diabetes: results of the feasibility trial. Diabetes Care.* Mexico: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
- Álvarez, D. (2005). *Evaluación del apoyo familiar, social, nivel de conocimiento, adherencia al tratamiento y su relación con el control de la glicemia* (tesis doctoral, no publicada). Universidad de Colima. México
- Bernard, H. (2010) . *Clinical Diagnosis and Management by. Laboratory Methods.* EUA, W.B.Saunders Company.
- Bonafont, X., Costa, J.,(2004). *Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d'informació terapèutica*, 16 (3):9-14. Mexico: avanzamedia
- Donis, M., Torres, M., Orozco, G., Merino, J., Piñeiro, F., Gil, V. (2007). *Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente. Aten Primaria*, 20: 415-420. Esp. Wolters Kluwer SLP
- Dominici, L. (2009) “La Familia y la Salud”. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.44.O Consejo Directivo. 55. A Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 De Septiembre De 2003. Punto 4.7 del Orden del Día Provisional Cd44/10. Esp
- Geneva, World Health Organization, 2011.
- GISPERT, C. (2010). *Enciclopedia de psicopedagogía.*
- Global status report on noncommunicable diseases. (2011).

- Grant, R., Devita, N., Singer, D., Meigs, J. (2013). *Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care*, 26:1408-1412. Esp. Bibliogemma
- IMSS. (2010). Vigilancia Epidemiológica. V X: 28 (SIMOR)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2010). *Principales Causas de Mortalidad General*.
- Kronenberg. (2009). Tratado de Endocrinología
- Lerman I. Atención Integral del Paciente Diabético. 4a ed. México: McGrawHill; 2010.
- Maciá, D., Mendez, F.J., (2010). "Evaluación de la adherencia al tratamiento". En: G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 43-59) Madrid: Siglo Veintiuno.
- Mataix, J. (2009). *Nutrición y Alimentación Humana*. Barcelona: Océano. V.2 pp. 1164-1166. Argentina. Prícolo S.A.
- Mendizábal, O., Pinto, A. (2006). *volumen IV N:2 Diabetes. 2000 MERANI, Alberto diccionario de psicología*.
- Menendez, B. (2012). *Guía de evaluación del proceso de investigación (Diseño), Investigación Científica, Unidad Académica Ciencias de la Salud, Universidad Estatal de Milagro*. Ecuador
- Morrish, N.J., Wang, S.L., Stevens, L.K., Fuller, J.H., Keen, H. (2010). *Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. Diabetologia*, 44 Suppl 2:S14–S21.
- Organización Pan-Americana de la Salud. (2012). *Atlas de Educación en Diabetes en América Latina y el Caribe: Inventario de Programas para personas con diabetes tipo*

2. División de Prevención y Control de Enfermedades. Brasilia (DF): Programa de Enfermedades no Transmisibles.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Guías de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Washington, D.C.: OPS
 - Osorno. (2010). *Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*.
 - Seclén, S. (2010). *La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública*. Instituto de Gerontología, 114,123, 127- 135. Perú.
 - The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (2010). *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulin-dependent diabetes mellitus*. N Engl J Med 329: pag. 977-986.
 - Therborn, G. (2010). *Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI*. En Arriagada, I. (coord). *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 344:e1771. Santiago de Chile.
 - UNWIN, N. (2010). *Impaired Glucose Tolerance and Impaired Fasting Glycaemia: the current status on definition and intervention*. Diabet Med. 19(9): 708-723. USA.
 - Varo, J., Martínez, J., Martínez, M. (2013). *Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo*. 121(17):665-672. Med Clin (Barc)
 - Villarreal, E., Paredes, L., Martínez, L., Rodríguez, G., Vargas, E., Garza, M. (2006). *Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico*. 44(4): 303-308. Mex. Rev Med Inst

INTERNET

- American Diabetes Association (ADA). 2015. *Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care.* (Recuperado de http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf)
- American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes.* (2010). *Diabetes Care.* Supl 1: S11-S61. (Recuperado de http://www.ada.gov/regs2010/2010ADASTandards/2010ADASTandards_prt.pdf)
- Armour, T., Norris, VS., Jack, LJ., Zhang, X., Fisher, L. (2010). *The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review. Diabet Med.* 22 (10): 1295-305. doi: doi: 10.4067/S0034-98872015000200019.
- Ávila-Jiménez, Laura, Cerón O, Domingo, Ramos-Hernández, Rosa Isela, & Velázquez L, Lubia. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista médica de Chile*, 141(2), 173-180. Recuperado en 06 de julio de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872013000200005.
- Ceballos, RM., Coronado, GD., Thompson, B. (2010). *Having a Diagnosis of Diabetes Is Not Associated With General Diabetes Knowledge in Rural Hispanics. J Rural Health*, 26 (4): 342. doi: 10.1111/j.1748-0361.2010.00299.x.
- Danaei, G., Finucane, MM., Lu, Y., Singh, GM., Cowan, MJ., Paciorek, CJ, et al. (2011). *National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. Lancet*, 378(9785):31–40. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60679-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60679-X)


- Escobedo, J., Buitrón, LV., Velasco, MF., Ramírez, JC., Hernández, R., Macchia, A., et al. (2009). *High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study. Diabet Med.* 26:864-71. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s1134-3230\(10\)62005-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-3230(10)62005-4)
- Espejel, E., (2005). *Manual para la escala de función familiar, public. del dpto, de educación especializada, coordinación de investig. Y postgrado* 1ra ed: 41-67. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2005/mf053b.pdf>.
- Gonzáles. (2011). *apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).* 26:864-71. Recuperado : <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (GEDAPS) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. *Diabetes mellitus tipo 2. (2010) protocolo de actuación.* 7 (Supl 6):1-54. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/s1131-57682002000900006>
- Heredia, M. (2010). *¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes?* Revista ROL de enfermería, ISSN 0210- 5020, Vol. 27, Nº. 1. Recuperado: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.004>
- Herman, W., Sinnock, P., Brenner, E., Brimberry, J., Langford, D., Hansen, W. (2009). *An epidemiologic model for diabetes mellitus: Incidence, prevalence and mortality.* *Diabetes Care*,7(4):367-371. Recuperado: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.7.4.367>
- Noda Milla, Julio Roberto et al. *Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales.* Rev Med Hered, Lima, v. 19, n. 2, abr. 2008. Disponible en

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 jul. 2015.

- Paciorek, CJ., et al. (2012). "*Congreso nacional de la federación española de diabetes*". Doi: 10.1016/j.recesp.2011.10.030
- Peralta, SL., Muñoz, NM., Padilla, M., Ontiveros Pérez M, Gutiérrez Valverde JM. (2008). *Intervención educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Hermosillo, Sonora*. Rev EPISTEUMS. Doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13127917>
- Rodríguez, M., García, E., Amariles, P., Rodríguez, A., Faus, M. (2008). *Tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica*. Aten Primaria 40 (8): 413-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>
- Ruíz, E., Román, E., García, E., Martínez, F. (2009). *Falta de adherencia en pacientes dislipidémicos con prescripción por receta electrónica*. Aten Primaria. 42: 579-580. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2009.12.005>
- Simó, R., Hernández, C. (2012). *Tratamiento de la diabetes mellitus: objetivos generales y manejo en la práctica clínica*. Rev Esp Cardiol, 55 (8):845-860. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0300-8932\(02\)76714-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0300-8932(02)76714-6)
- TIMO, S., LEENA, E. (2009). *Prevención de la Diabetes y sus Complicaciones: objetivos claves en Finlandia*. Diabetes Voice. Finlandia. 51(4): 36-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.4272/978-84-9745-185-7.ch1>
- TWIGG, S. (2007). *Prediabetes: a position statement from the australian diabetes society and australian diabetes educators association*. The Medical Journal of Australia. Australia. 186 (9): 461-465. Doi: <http://dx.doi.org/10.5694/mja14.01187>
- White, P., Smith, SM., Hevey, D. (2009). *O'Dowd T. Understanding Type 2 Diabetes*. Diabetes Educ. 35 (5): 810-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721709340930>

12. ANEXO

ANEXO 1

 Ministerio de Salud Pública

**CLUB DE DIABETICOS
CORAZONES RESPONSABLES**

CERTIFICADO

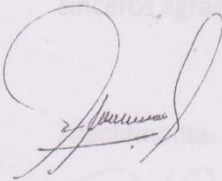
Loja, 06 de agosto del 2015

Doctora.
Andrea ramón
**COORDINADORA DEL CLUB DE DIABETICOS CORAZONES RESPONSABLES DEL CANTON
CATAMAYO**

CERTIFICA:

·Que la Srta. Priscilla Carolina Riofrío Celi, portadora de C. I. 1105021081 estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, realizo la recolección de información, para el desarrollo de su tesis denominada **APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO**; dirigido a todos los pacientes que acudieron a las reuniones de dicho club.

Es todo cuanto puedo certificar.



Dra. Andrea Ramón
**COORDINADORA DEL CLUB DE DIABETICOS CORAZONES RESPONSABLES DEL
CANTON CATAMAYO**

ANEXO 2

Loja, 11 de mayo del 2015

Dr.
ANDREA RAMON
COORDINADORA DEL CLUB DE DIABETICOS CORAZONES RESPONSABLES
DEL CANTON CATAMAYO

Ciudad. -

De mi consideración:

Yo **Priscilla Carolina Riofrío Celi** portadora de la cédula de identidad **N° 1105021081** estudiante del IX Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja por medio del presente me dirijo a usted para solicitarle muy respetuosamente me permita realizar la recolección de información en los pacientes que acuden al club de diabéticos para la ejecución del proyecto de tesis denominado **" EVALUAR EL APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE INTEGRAN EL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO"**

Por su favorable atención que se digne dar a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.


Priscilla C. Riofrío C.
C.I. 1105021081

Recibido
11-05-2015
Dra. Andrea Ramón

ANEXO 3**Consentimiento Informado**

Yo _____ afirmo que he sido informado y acepto participar de manera voluntaria en el estudio “APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO.”, realizado por la estudiante de la Carrera de Medicina Priscilla Carolina Riofrío Celi como tesis para optar el título de Médico General.

Según la información ofrecida, en el estudio se requiere diligenciar una encuesta, la cual no implica ningún tipo de riesgo para mí, o la institución en la que estoy adscrita, los datos suministrados serán manejados con la debida confidencialidad y los resultados obtenidos serán socializados sin dar a conocer datos personales y utilizados sólo con fines académicos

Tengo claro que durante la aplicación del instrumento puedo desistir de mi decisión de participar en este estudio, sin que esto motive consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios de la institución.

Como constancia de mi autorización firmo el presente documento.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXOS 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA



TEMA: APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS CANTÓN CATAMAYO.

APOYO FAMILIAR:

En 1978, el Dr. Gabriel Smilkstein, diseñó un instrumento con el que poder analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros. Llamada así por hacer honor a la prueba APGAR de evaluación de recién nacidos de la Dr. Virginia Apgar.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Estimados; La presente encuesta se hace con la finalidad de obtener información veraz de parte de ustedes.

Marque con x en la alternativa que usted considere correcta. Se recomienda ser imparcial con sus respuestas.

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades. | | | | | |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor. | | | | | |
| Me satisface como compartimos en mi familia 1. El tiempo para estar juntos 2. Los espacios en la casa 3. El dinero | | | | | |

| INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Normal | 17-20 puntos |
| Disfunción Leve | 16-13 puntos |
| Disfunción Moderada | 12-10 puntos |
| Disfunción severa | Menor o Igual a 9 |

| | |
|---------------|---|
| NUNCA | 0 |
| CASI NUNCA | 1 |
| ALGUNAS VECES | 2 |
| CASI SIEMPRE | 3 |
| SIEMPRE | 4 |

ANEXO 5**NIVEL DE CONOCIMIENTO**

Noda Milla Julio Roberto¹ , Perez Lu José Enrique¹ , Malaga Rodriguez Germán² , Aphan Lam Meylin Rosa. Realizarón un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Conteste las siguientes preguntas

EDAD:

GENERO:

OCUPACION:

1. ¿Sabe usted cuál es el nombre de su enfermedad?

.....

2. ¿Sabe usted qué es?/ ¿en qué consiste?

.....

3. ¿Es una enfermedad curable?

.....

4. ¿Sabe qué factores descompensan su enfermedad? ¿Provocan recaídas?

.....

5. ¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo?/ ¿Qué órganos afecta?

.....

6. ¿Sabe si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?

.....

7. ¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o no toman su tratamiento?

.....
.....

8. ¿Sabe usted cuál es el tratamiento que está recibiendo para la diabetes?

.....
.....

9. ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación? ¿Cuál?

.....
.....

10. ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?

.....
.....

11. ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?

.....
.....

12. ¿Sabe por qué es tan largo el tratamiento?

.....
.....

13. ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis?
¿Conoce su resultado?

.....
.....

14. ¿Estos conocimientos de donde los ha adquirido?

.....
.....

FICHA DE EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS

1. Sobre la pregunta N° 1 ¿Sabe usted cuál es el nombre de su enfermedad?

A: Adecuada: Que conozca el nombre completo: Diabetes Mellitus Tipo 1 o 2

M: Intermedio: Que conozca parte del nombre

I: Inadecuada: Que no sepa el nombre

2. Sobre la pregunta N° 2 ¿Sabe usted qué es?/ ¿en qué consiste?

A: Adecuada: Que sepa que es una enfermedad donde ocurre una alteración metabólica, que produce elevación de la glucosa en la sangre.

M: Intermedio: que sepa que hay elevación de la glucosa.

I: Inadecuada: Que crea que se contagió. O que es un virus o que de cualquier otra explicación que involucre etiopatogenia. O que no sabe

3. Sobre la pregunta N° 3 ¿Es una enfermedad curable?

A: Adecuada: Que sepa que no se cura, que se controla

M: Intermedio: Que no se cura

I: Inadecuada: Crea que es una enfermedad curable a largo o corto tiempo. O que no sepa

4. Sobre la pregunta N° 4 ¿Sabe qué factores descompensan su enfermedad? ¿Provocan recaídas?

A: Adecuada: Identifique que factores descompensan su enfermedad

Dejar la medicación, no seguir una dieta, Tener infecciones sobreagregadas

M: Intermedio: Identifica solo algunos de los factores.

I: Inadecuada: No sabe

5. Sobre la pregunta N° 5 ¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo?/ ¿Qué órganos afecta?

A: Adecuada: Que conozca 4-5 complicaciones

M: Intermedio: Que conozca 2-3 o menos complicaciones

I: Inadecuada: Que conozca 1 o ninguna de las complicaciones.

6. Sobre la pregunta N° 6 ¿Sabe si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?

A: Adecuada: Que conozca que complicación presenta

M: Intermedio: Que sepa que tiene una complicación pero no sepa cual

I: Inadecuada: Que no sepa que complicación tiene

7. Sobre la pregunta N° 7 ¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o no toman su tratamiento?

A: Adecuada: No controla su enfermedad y se complican, se hospitalizan, recaen, mueren

M: Intermedio: Se complican

I: Inadecuada: Que no les pasa nada, no sabe

8. Sobre la pregunta N° 8 ¿Sabe usted cuál es el tratamiento que está recibiendo para la diabetes?

A: Adecuada: Que mencione los hipoglucemiantes orales o sobre la insulina

M: Intermedio: Que mencione que son orales pero no recuerda los nombres

I: Inadecuada: Que no sepa o mencione otros tratamientos que no corresponde

9. Sobre la pregunta N° 9 ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación? ¿Cuál?

A: Adecuada: Que mencione que puede producir hipoglicemia

M: Intermedio: Que sepa que puede producir complicaciones, pero no sepa cual

I: Inadecuada: Que no sepa.

10. Sobre la pregunta N° 10 ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?

A: Adecuada: Que conozca sobre dieta, ejercicio, control del peso

M: Intermedio: Que conozca 1 o 2 medidas

I: Inadecuada: Que no sepa.

11. Sobre la pregunta N° 11 ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?

A: Adecuada: No tiene tiempo definido

M: Intermedio: Que es muy largo

I: Inadecuada: Que determine un tiempo definido y corto

12. Sobre la pregunta N° 12 ¿Sabe por qué es tan largo el tratamiento?

A: Adecuada: Por que la enfermedad no se cura, siempre tiene que tomar medicación o controlarse.

M: Intermedio: Porque no se cura

I: Inadecuada: Por qué el tratamiento es largo pero es una enfermedad curable o no sabe.

13. Sobre la pregunta N° 13 ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis? ¿Conoce su resultado?

A: Adecuada: Que sepa que necesita controles cada cierto tiempo para medir la cantidad de glucosa en sangre, perfil lipídico, etc. Que conozca los resultados de sus exámenes.

M: Intermedio: Que sepa que necesita controles cada cierto tiempo, pero no sabe que exámenes son, ni los resultados.

I: Inadecuada: Acepta o no los exámenes pero no sabe para qué son. Que no sepa los resultados de sus análisis

14. Sobre la pregunta N° 14 ¿Estos conocimientos de donde los ha adquirido?

A: Adecuada: Médicos

M: Intermedio: Revistas, Internet, Grupo de Diabetes

I: Inadecuada: de ningún lado sino que ella cree.

ANEXO 6**ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS**

Rosa Alicia Condo Cajas realizo este Instrumento que recopiló datos sobre las características o factores que intervienen en la adherencia y consistió en una serie de preguntas abiertas y cerradas relacionadas con datos generales del paciente, características de la enfermedad, características del tratamiento, razones de no adherencia más frecuentes, características del médico y del Centro de Atención Ambulatoria con respecto a su tratamiento

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo. La información recopilada será confidencial.

Marque con x en la alternativa que usted considere correcta. Se recomienda ser imparcial con sus respuestas.

1. ¿Cuándo se siente bien deja de tomar los medicamentos?

- A. Nunca ()
- B. Casi Nunca ()
- C. Casi Siempre ()
- D. Siempre ()

2. ¿Olvida tomar sus medicamentos?

- A. Nunca ()
- B. Casi Nunca ()
- C. Casi Siempre ()
- D. Siempre ()

3. ¿Influyen las molestias que le producen los medicamentos en la administración de los mismos?

- A. Nunca ()
- B. Casi Nunca ()
- C. Casi Siempre ()
- D. Siempre ()

4. ¿Considera que el médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento a seguir?

- A. Nunca ()
- B. Casi Nunca ()
- C. Casi Siempre ()
- D. Siempre ()

5. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a su tratamiento?
- A. Nunca ()
 - B. Casi Nunca ()
 - C. Casi Siempre ()
 - D. Siempre ()
6. ¿Considera que el tiempo que emplea su médico en la explicación de las indicaciones es suficiente?
- A. Nunca ()
 - B. Casi Nunca ()
 - C. Casi Siempre ()
 - D. Siempre ()
7. ¿Considera que el médico es receptivo a sus inquietudes sobre la medicina y el tratamiento?
- A. Nunca ()
 - B. Casi Nunca ()
 - C. Casi Siempre ()
 - D. Siempre ()
8. ¿Considera que la farmacia del centro de atención ambulatoria donde usted retira los medicamentos los tiene siempre disponibles?
- A. Nunca ()
 - B. Casi Nunca ()
 - C. Casi Siempre ()
 - D. Siempre ()
9. ¿En caso de no tener todos los medicamentos disponibles usted adquiere esos fuera?
- A. Nunca ()
 - B. Casi Nunca ()
 - C. Casi Siempre ()
 - D. Siempre ()
10. ¿Cuándo necesita acudir a su cita con el médico, le es fácil acceder a ella?
- A. Nunca ()
 - B. Casi Nunca ()
 - C. Casi Siempre ()
 - D. Siempre ()

ANEXO 7

TABULACIÓN DE RESULTADOS

APOYO FAMILIAR

1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA |
|-----------------------|-------------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 0 |
| Algunas veces | 9 |
| Casi Siempre | 22 |
| Siempre | 29 |
| TOTAL | 60 |

2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA |
|-----------------------|-------------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 1 |
| Algunas veces | 4 |
| Casi Siempre | 26 |
| Siempre | 29 |
| TOTAL | 60 |

3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA |
|-----------------------|-------------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 2 |
| Algunas veces | 6 |
| Casi Siempre | 16 |
| Siempre | 36 |
| TOTAL | 60 |

4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA |
|-----------------------|-------------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 9 |
| Algunas veces | 10 |
| Casi Siempre | 14 |
| Siempre | 27 |
| TOTAL | 60 |

5. Me satisface como compartimos en mi familia, El tiempo para estar juntos, Los espacios en la casa, El dinero

| Ayuda Familiar | FRECUENCIA |
|-----------------------|-------------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 0 |
| Algunas veces | 5 |
| Casi Siempre | 20 |
| Siempre | 35 |
| TOTAL | 60 |

TABLAS DE NIVEL DE CONOCIMIENTO

1. Sabe usted cual es el nombre de su enfermedad

| Nombre de la enfermedad | FRECUENCIA |
|--------------------------------|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 37 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 15 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 8 |
| TOTAL | 60 |

2. ¿Sabe usted qué es?/ ¿en qué consiste?

| Qué es?/ En que consiste | FRECUENCIA |
|---------------------------------|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 2 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 34 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 24 |
| TOTAL | 60 |

3. ¿Es una enfermedad curable?

| Es curable | FRECUENCIA |
|-------------------------|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 36 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 24 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 0 |
| TOTAL | 60 |

4. ¿Sabe qué factores descompensan su enfermedad? ¿Provocan recaídas?

| Factores que descompensan la enfermedad | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 18 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 42 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 0 |
| TOTAL | 60 |

5. ¿Sabe usted qué daños produce la diabetes en su organismo? / ¿Qué órganos afecta?

| Daños que produce | FRECUENCIA |
|--------------------------|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 18 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 25 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 17 |
| TOTAL | 60 |

6. ¿Sabe si usted tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes?

| Sabe si tiene daño ocasionado por la diabetes | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 5 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 25 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 30 |
| TOTAL | 60 |

7. ¿Sabe usted qué les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o no toman su tratamiento?

| Qué pasa si no reciben tratamiento | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 52 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 4 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 4 |
| TOTAL | 60 |

8. ¿Sabe usted cuál es el tratamiento que está recibiendo para la diabetes?

| Sabe que tratamiento recibe para la diabetes | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 23 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 27 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 10 |
| TOTAL | 60 |

9. ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación? ¿Cuál?

| Sabe las complicaciones de su tratamiento | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 0 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 24 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 36 |
| TOTAL | 60 |

10. ¿Qué otras medidas conocen, además de la medicación e insulina, que ayuden a controlar la diabetes?

| Otras medidas para controlar la diabetes | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 19 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 39 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 2 |
| TOTAL | 60 |

11. ¿Sabe cuánto dura el tratamiento?

| Sabe cuánto dura el tratamiento | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 42 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 18 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 0 |
| TOTAL | 60 |

12. ¿Sabe por qué es tan largo el tratamiento?

| Sabe por qué es tan largo | FRECUENCIA |
|----------------------------------|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 0 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 29 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 31 |
| TOTAL | 60 |

13. ¿Le han tomado análisis de sangre? ¿Sabe usted para qué le toman dichos análisis? ¿Conoce su resultado?

| Le han tomado análisis, sabe para qué son y cuáles son los resultados | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 0 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 22 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 38 |
| TOTAL | 60 |

14. ¿Estos conocimientos de donde los ha adquirido?

| Le han tomado análisis, sabe para qué son y cuáles son los resultados | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| ADECUADO CONOCIMIENTO | 19 |
| CONOCIMIENTO INTERMEDIO | 41 |
| CONOCIMIENTO INADECUADO | 0 |
| TOTAL | 60 |

TABLAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

1. ¿Toma los medicamentos rutinariamente, incluso cuando se siente bien?

| Cuándo se siente bien deja de tomar los medicamentos | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| Nunca | 5 |
| Casi Nunca | 8 |
| Casi Siempre | 29 |
| Siempre | 18 |
| TOTAL | 60 |

2. ¿Toma siempre sus medicamentos?

| Olvida tomar sus medicamentos | FRECUENCIA |
|--------------------------------------|-------------------|
| Nunca | 0 |
| Casi Nunca | 18 |
| Casi Siempre | 30 |
| Siempre | 12 |
| TOTAL | 60 |

3. ¿Toma los medicamentos a pesar de las molestias que producen los mismos?

| Influyen las molestias que le producen los medicamentos en la administración de los mismos | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| Nunca | 12 |
| Casi Nunca | 10 |
| Casi Siempre | 21 |
| Siempre | 17 |
| TOTAL | 60 |

4. ¿Considera que el médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento a seguir?

| Considera que el médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento a seguir | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| Nunca | 28 |
| Casi Nunca | 11 |
| Casi Siempre | 12 |
| Siempre | 9 |
| TOTAL | 60 |

5. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a su tratamiento?

| Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a su tratamiento | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| Nunca | 24 |
| Casi Nunca | 14 |
| Casi Siempre | 17 |
| Siempre | 5 |
| TOTAL | 60 |

6. ¿Considera que el tiempo que emplea su médico en la explicación de las indicaciones es suficiente?

| Considera que el tiempo que emplea su médico en la explicación de las indicaciones es suficiente | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| Nunca | 20 |
| Casi Nunca | 18 |
| Casi Siempre | 14 |
| Siempre | 8 |
| TOTAL | 60 |

7. ¿Considera que el médico es receptivo a sus inquietudes sobre la medicina y el tratamiento?

| Considera que el médico es receptivo a sus inquietudes sobre la medicina y el tratamiento | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| Nunca | 10 |
| Casi Nunca | 9 |
| Casi Siempre | 19 |
| Siempre | 22 |
| TOTAL | 60 |

8. ¿Considera que la farmacia del centro de atención ambulatoria donde usted retira los medicamentos los tiene siempre disponibles?

| Considera que la farmacia del centro de atención ambulatoria donde usted retira los medicamentos los tiene siempre disponibles | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| Nunca | 35 |
| Casi Nunca | 18 |
| Casi Siempre | 5 |
| Siempre | 2 |
| TOTAL | 60 |

9. ¿En caso de no tener todos los medicamentos disponibles usted adquiere esos fuera?

| En caso de no tener todos los medicamentos disponibles usted adquiere esos fuera | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| Nunca | 40 |
| Casi Nunca | 10 |
| Casi Siempre | 4 |
| Siempre | 6 |
| TOTAL | 60 |

10. ¿Cuándo necesita acudir a su cita con el médico, le es fácil acceder a ella?

| Cuándo necesita acudir a su cita con el médico, le es fácil acceder a ella | FRECUENCIA |
|---|-------------------|
| Nunca | 14 |
| Casi Nunca | 22 |
| Casi Siempre | 19 |
| Siempre | 5 |
| TOTAL | 60 |

ANEXO 8

PROYECTO DE TESIS

1. TEMA:

APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO

2. PROBLEMÁTICA

La diabetes es considerada actualmente, uno de los principales problemas epidemiológicos, a nivel mundial, es el predominio de padecimientos crónicos-degenerativos y, dado que no sólo son producto de factores hereditarios y ambientales, su carácter complejo, multidimensional y multifactorial, además de expresarse como un aumento del costo de la asistencia sanitaria, incluye en su evolución, tanto implicaciones médicas y psicológicas como sociales y familiares. (Danaei, 2011:31-40)

“La organización mundial de la Salud (OMS) define a la diabetes como una enfermedad crónico-degenerativa que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce” (Geneva, World Health Organization, 2011).

La diabetes causa cada año la muerte de 3,2 millones de personas en el mundo. Con más de 180 millones de diabéticos, esta enfermedad es una de las mayores amenazas para la salud pública de la población mundial.

La diabetes es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. La OMS prevé que la prevalencia de la Diabetes entre la población adulta alcance un 6,4% para el 2030, un 60% más que en 1965. (Armour, 2010: 1295-305)

En América Latina se calcula que unos 18 millones de personas es decir el 6,3% de la población adulta presentan Diabetes, en los siguientes 20 años se estima que el número de personas con diabetes aumentara en más del 60% hasta acercarse a los 30 millones siendo las mujeres el género mayormente afectado. (Escobedo, 2009: 2121–2158)

En Ecuador del 3 al 5% de la población adulta padece de este mal. Según el Ministerio de Salud Pública la diabetes es la tercera causa de muerte en el País, Loja se incluye en ese

porcentaje se estima que el 5% de los habitantes es decir 20 mil personas son afectadas por la diabetes. (INEC, 2010)

Los efectos de la diabetes influyen no solamente en la calidad de vida de la persona que la padece sino además involucra a la familia, los torna vulnerables, dependiendo del rol que desempeña el enfermo en la familia. La familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida.

Un manejo adecuado de la diabetes requiere cambios permanentes en el estilo de vida, para ello se requiere que el paciente y los miembros de la familia reciban educación para adquirir conocimientos y comprensión de la historia natural de la enfermedad; lo que permitirá que se desarrolle habilidades para un manejo adecuado de la diabetes a través del logro del control metabólico y prevención de complicaciones. Armour y cols. Sugieren que la intervención de la familia es eficaz para mejorar el conocimiento de las personas con diabetes ya que el manejo efectivo de la enfermedad depende de la capacidad, habilidad del paciente y su red apoyo familiar para aprender y aplicar los conocimientos adquiridos. (Armour, 2010: 1295-305)

La medición de la funcionalidad familiar permite identificar la dinámica través de la satisfacción o insatisfacción del entrevistado con su vida familiar, así como conocer la percepción del funcionamiento a fin de determinar si la familia es una influencia en control de la diabetes mellitus. (Espejel, 2005: 41-67)

A nivel mundial el 88 % de los pacientes diabéticos, se consideran bien apoyado por su familia y el 92 % ha manifestado no tener problema familiar. Sin embargo, en el 36 % de los

casos, la principal dificultad con la que se encuentran en otros ámbitos de la vida diaria es la incompreensión, y para el 27,7 %, los problemas laborales. (IMSS, 2010: 28)

En Latinoamérica el 60% de los pacientes diabéticos con familias funcionales tenían mejor control metabólico y conocían y practicaban el autocuidado de la salud, sin embargo a pesar de tener una función familiar buena la adherencia al tratamiento es deficiente en estos pacientes ya que no comprende la magnitud de esta enfermedad. (Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2010)

Ecuador no está al margen de estos datos ya que gracias a varias investigaciones realizadas en nuestro país el 74,8% de diabéticos expresan que su familia los apoya siempre, y el 25,2% consideró que nunca era apoyado. Gracias a estos datos se pudo determinar que a mayor apoyo familiar hay mejor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes. (Mendoza, 2012)

La educación para el auto manejo de la diabetes mellitus, es el proceso de enseñar a los pacientes a administrar su enfermedad. Las metas de la educación en diabetes consisten en mejorar el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, y mejorar la calidad de vida con costos razonables. Sin embargo, hay un déficit significativo de conocimiento y de habilidad de 50 a 80% entre los individuos con diabetes. (Peralta, 2008: 46-50)

Es importante señalar que un amplio número de personas que padecen esta enfermedad, no reciben educación diabetológica y consecuentemente desconocen aspectos fundamentales como el tratamiento farmacológico y no farmacológico. A nivel mundial se observa que un 65% de pacientes que padecen esta enfermedad tiene un conocimiento adecuado de esta patología. (White, 2009: 810)

Mientras que estudios realizados en Latinoamérica sobre todo en Bolivia, Brasil y Chile demuestran que más del 50% de los pacientes tienen un conocimiento deficiente en estos temas. En Ecuador se identificó que el 70% de los pacientes diabéticos desconocen sobre la diabetes, los cuidados y las complicaciones, lo cual influye directamente en la evolución de la enfermedad. (Ceballos, 2010: 342)

La falta de adherencia al tratamiento, además de ser una de las causas principales de las complicaciones de enfermedades crónicas (sobre todo cuando se requiere de cambios en el estilo de vida y cuando el resultado es la prevención y no el alivio del síntoma), implica una alta carga económica a los individuos y a la sociedad. (Heredia, 2009:210)

En los países desarrollados el promedio de la adherencia a los tratamientos a largo plazo alcanza sólo el 50 %, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo con un porcentaje de 20%. En promedio, sólo uno de cada tres pacientes sigue de manera correcta las indicaciones de su médico, con adherencias diferentes para cada componente, mayores para la toma de medicamentos, aun en casos de polifarmacia y menores para ejercicio y dieta. (Grant, 2013: 1408-1412)

“En Ecuador la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos alcanza porcentajes de 40% atribuyendo tres posibles factores asociados a la falta de adherencia: tiempo de evolución de la diabetes, esquema medicamentoso prescrito, relación médico paciente” (Ruíz, 2010: 579-580).

Un estudio realizado en la Facultad de Medicina del Seguro Social de la ciudad de México evaluó el apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, la adherencia al tratamiento y la relación con el control glicémico en la cual se obtuvieron los siguientes resultados, por medio de una encuesta se evaluaron 284 pacientes con diabetes mellitus tipo

2, las variables evaluadas fueron, apoyo familiar, nivel de conocimiento de la enfermedad, dieta y su adherencia al tratamiento, en los cuales se observó que el 22.3% de los pacientes tiene un apoyo familiar ideal en lo que respecta a su enfermedad. El 83.33% tiene un conocimiento ideal o bueno de la diabetes, la mayoría con un 94% tiene conocimiento ideal de la dieta que tiene que realizar para sobrellevar su enfermedad, en cuanto a la adherencia no fue el resultado esperado ya que solo el 7.03% tiene una buena adherencia al tratamiento a pesar de conocer las consecuencias de no tener un tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuado. (Álvarez, D, 2005)

Por último los factores psicosociales relacionados a la diabetes mellitus hacen necesaria la intervención en la Calidad de Vida de los pacientes, ya que para ellos tanto la enfermedad como el tratamiento que reciben generan una alteración en diferentes aspectos de su vida como el aspecto social, familiar, laboral y su bienestar físico, de forma que tendrá que adaptarse a un nuevo estilo de vida y aprender a vivir con su enfermedad (Timo, 2011: 36-45).

PROBLEMA

¿Cuál es el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes del club de diabéticos del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja en el periodo enero-noviembre 2015?

3. JUSTIFICACIÓN

Las razones que promovieron la seleccionar de este tema, es porque a través de la observación, nos hemos dado cuenta que los familiares de pacientes diabéticos tienen una escasa participación del autocuidado de los mismos, lo que afecta e influyen en el tratamiento de su enfermedad, es por aquello que con los conocimientos adquiridos en la etapa académica pretendemos contribuir con orientación y educación sobre la importancia de la participación familiar, el conocimiento adecuado y de esta manera motivar una mejor adherencia al tratamiento. El problema a investigar es conocer el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en paciente del club de diabéticos del Cantón Catamayo. Los resultados obtenidos de esta investigación ayudarán a que surja un cambio total en las personas con diabetes, es decir llevarán hacia un nuevo estilo de vida. También nos ayudará a que tanto la persona que padece de diabetes y sus familiares puedan interactuar de una manera satisfactoria, Además aprenderán un poco más de su enfermedad, el cuidado que se les debe brindar y como el apoyo familiar y el conocimiento adecuado les permitirá mejor la calidad de vida.

Este estudio es relevante ya que se dará a conocer si existe asociación entre el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, ya que en algunos casos la falta de apoyo familiar y el conocimiento deficiente que tiene el paciente por su enfermedad no permite adherencia adecuada al tratamiento, Asimismo la información recolectada ayudara ya que en nuestro cantón no se ha realizado estudios de este tipo. Mediante este estudio podemos demostrar que se puede medir y relacionar las variables en estudio. Los resultados obtenidos y las recomendaciones serán publicados a través de los diferentes medios disponibles en la institución de salud como en la universidad, para que sean

empleados como referencia para otras poblaciones de características similares, a fin de promover nuevos planes de atención al paciente.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Evaluar el apoyo familiar, nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo enero-agosto 2015

4.2 Específicos

- ✓ Valorar el apoyo familiar de los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento de la diabetes en pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

- ✓ Analizar la adherencia al tratamiento en los pacientes del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

5. ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

5.1 Diabetes Mellitus

5.1.1 Concepto de Diabetes

5.1.2 Epidemiología

5.1.3 Clasificación de Diabetes

5.1.4 Factores de riesgo de Diabetes

5.1.5 Criterios Diagnóstico

5.1.6 Complicaciones de Diabetes

5.1.7 Tratamiento de la Diabetes

5.2 Educación Diabetológica

5.3 Adherencia al tratamiento

5.3.1 Métodos para determinación de la adherencia al tratamiento

5.3.2 Instrumento para determinar adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos

5.4 Apoyo familiar

5.4.1 Concepto de Familia

5.4.2 Tipos de Familia

5.4.3 El paciente y su familia

5.4.4 Impacto de la diabetes en el grupo familiar

5.4.5 Factores que intervienen en el núcleo familiar

5.4.6 Instrumento para determinar el apoyo familiar

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo trasversal, que se realizó en el club de Diabéticos del Cantón Catamayo en el periodo Enero – Agosto del 2015

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

CANTÓN CATAMAYO

Catamayo es un cantón que se encuentra ubicado provincia de Loja, Ecuador. Se caracteriza por maravillosos paisajes naturales en los que se destaca una flora y fauna exuberantes. Posee los valles más fértiles, de inagotable abundancia agrícola de la Región, los mismos que son bañados por dos ríos, Boquerón y Guayabal. Cuenta con innumerables atractivos tanto naturales como turísticos y culturales etc. Su clima es delicioso con un tinte veraniego lo que hace de esta Ciudad uno de los destinos ideales para quien busca disfrutar de unas vacaciones en un ambiente agradable rodeado de esplendorosos valles y paisajes naturales.

Catamayo posee:

2 parroquias urbanas: Catamayo y San José

4 parroquias rurales: El Tambo, Guayquichuma, San Pedro de la Bendita y Zambi.

EXTENSIÓN: El cantón Catamayo tiene una extensión de 649 Km².

HABITANTES: El número de habitantes del Cantón Catamayo en el 2010 es de 31.421 habitantes.

CLUB DE DIABÉTICOS DEL CANTÓN CATAMAYO

El club de Diabéticos denominado Corazones Responsables, funciona en las Instalaciones de la Policía Nacional, las reuniones se realizan los días jueves a las 4 y 30 de la tarde para realizar las distintas actividades. Los pacientes acuden puntualmente a dichas reuniones.

El objetivo principal del Club, es que todos los pacientes tengan plena conciencia de su afección y, no solo que aprendan a convivir con ella, sino que además desarrollen su vida con alegría, con amor, con plenitud que las charlas no solo describen la enfermedad, sino ofrecen también charlas psicológicas, nutricionales.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por 70 pacientes con Diabetes Mellitus que se encuentran inscritos en el club de diabéticos del Cantón Catamayo.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión quedando un total de 60 pacientes que participaron del presente estudio.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2
- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus que integren el club de Diabéticos del Cantón Catamayo

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes Diabéticos con tratamiento menor a 1 año
- Pacientes con capacidad disminuida para comprender o comunicarse
- Pacientes menores de 18 años

6.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

La elaboración de este trabajo investigativo se encuentra apoyado en las siguientes técnicas e instrumentos entre las cuales se incluyen el cuestionario, los cuales serán aplicados en forma personal a cada paciente del club de diabéticos del Cantón Catamayo.

6.6.1 Test de Funcionalidad Familiar (APGAR FAMILIAR); (Anexo 4), de autoría del Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, validado internacionalmente: consta de 5 preguntas que evalúan la adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos que brinda la familia. Las mismas que serán calificadas de la siguiente manera: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0).

Una puntuación de 18-20 sugiere una familia muy funcional o buen función familiar, una puntuación de 14-17 sugiere una Disfunción familiar leve. Una puntuación de 10 a 13 sugiere una Disfunción familiar moderada y una puntuación de 9 a menos indica una Disfunción familiar grave.

6.6.2 Cuestionario para medir nivel de Conocimiento de la Diabetes; (Anexo 5), de autoría de Noda Julio, Perez Jose, Malaga Germán, Aphan Rosa, validado y adaptado al idioma español por Campo y colaboradores en Perú que fue realizado inicialmente en 141 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se les aplicó un cuestionario de conocimientos teóricos, chi cuadrada con nivel de significancia de $p < 0.05$, ha sido validado internacionalmente en otros países: Incluye 14 preguntas referidas a etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento, efectos adversos y complicaciones de la DM. Se asignaron valores a las respuestas: Adecuado (2 puntos), intermedio (1 punto) e inadecuado (0 puntos). Se clasificaron a los pacientes con conocimiento adecuado a los que obtuvieron entre 22 y 28 puntos, intermedio entre 15 y 21 puntos e inadecuado entre 0 a 14 puntos.

6.6.3 Encuesta para medir adherencia al tratamiento; (Anexo 6), de autoría de la Dra. Rosa Alicia Condo Cajas, Se evaluó la validez de constructo mediante análisis factorial y confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach. El análisis factorial permitió agrupar los ítems en torno a los factores que componen dicho constructo. El valor de Alfa obtenido (0,515) corresponde a un valor moderado lo que significa que el instrumento puede ser utilizado como técnica adecuada de recolección de datos, incluye 10 preguntas referidas a características del tratamiento, razones de no adherencia más frecuentes, características del médico y del Centro de Atención con respecto a su tratamiento. Se asignaron valores a las respuestas: Nunca (0), Casi Nunca (1), Casi siempre (2). Siempre (3). Se clasificaron a los pacientes con adherencia adecuada a los que obtuvieron entre: 16 y 20 puntos, adherencia intermedia a 11 y 15 puntos y no adherencia a los que obtuvieron 0 a 10 puntos.

6.7 PROCESAMIENTOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó el procesamiento de datos a través del programa Excel, para la presentación de datos se emplearon tablas estadísticas y figuras como barras, aplicando los porcentajes con los respectivos análisis que faciliten la interpretación de los resultados cuantitativos.

6.8 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 3).

A los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión se les informó de forma verbal los objetivos, procedimientos, beneficios y de su autonomía para retirarse del estudio cuando lo consideren pertinente. También se les informó sobre la confidencialidad, privacidad y anonimato de la información recolectada. Todos estos aspectos fueron registrados en el consentimiento informado en forma comprensible, documento que fue firmado por el participante de la investigación.

6.8 VARIABLES ESTUDIADAS

- ✓ Apoyo Familiar
- ✓ Conocimiento de la Diabetes
- ✓ Adherencia al tratamiento

9. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADORES | ESCALA | Instrumento |
|---|--|---|--|----------------|
| Apoyo familiar: | Es formar parte en una tarea común. Es cooperar y colaborar de manera espontánea y desinteresada con responsabilidad en proyectos comunes y problemas de la familia. | <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación • Participación • Crecimiento • Afecto • Recursos | <ul style="list-style-type: none"> • Siempre (4) • Casi siempre (3) • Algunas veces (2) • Casi nunca (1), • Nunca (0). Buena Función Familiar 18-20 Disfunción familiar leve 14-17 Disfunción familiar moderada 10-13 Disfunción Familiar Severa 9 o menos | Apgar Familiar |
| Nivel de conocimiento sobre la Diabetes | Cuanto y que saben sobre causa, manifestaciones clínicas, complicaciones, pronóstico y tratamiento de la diabetes mellitas. | <ul style="list-style-type: none"> • Etiopatogenia, • Diagnóstico • Tratamiento • Efectos adversos • Complicaciones de la DM. | <ul style="list-style-type: none"> • Adecuado (2 puntos), • Intermedio (1 punto) • Inadecuado (0 puntos) Conocimiento Adecuado 22 a 28 puntos Conocimiento Intermedio 15 a 21 puntos Conocimiento Inadecuado 0 a 14 puntos | Cuestionario |
| Adherencia al tratamiento en la Diabetes | Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Características del tratamiento • Razones de no adherencia más frecuentes • Características del médico y del Centro de Atención con respecto a su tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Nunca (0) • Casi Nunca (1) • Casi siempre (2) • Siempre (3) Adherencia Adecuada 16 a 20 puntos Adherencia Intermedia 11 a 15 puntos No Adherencia 0 a 10 puntos | Cuestionario |

7. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | AÑO 2015 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | AÑO 2016 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|------------|---|---|---|
| | Meses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Meses | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENERO | | | | FEBRER | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOST | | | | SEPTIEMBRE | | | |
| | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Elaboración del Proyecto de Tesis | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del Proyecto de Tesis | | | | | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fase de implantación | | | | | | | | | | x | x | | x | x | x | x | x | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fase de multiplicación de explantes | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | x | x | x | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de la información y Análisis de los datos obtenidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | | | | | | | | | |
| Difusión de metodología y resultados a los interesados para su conocimiento y aplicación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | |
| Trabajo final de la Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | | | | |
| Disertación de trabajo Final de Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | x |

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

| CONCEPTO | Unidad | Cantidad | Costo unit. (USD) | Total (USD) |
|------------------------------------|---------|----------|----------------------|----------------|
| Materiales y suministros | | | | |
| Hojas de papel bond | Paquete | Paquete | 1 | 3,5 |
| Anillados | | 3 | 3 | 6,00 |
| Fotocopias | | 150 | 0.04 | 6,00 |
| Internet | | 17 | 3 | 50,00 |
| Impresiones | | 6 | 3 | 9,00 |
| Cd/USB | | 1 | 15 | 15,00 |
| Cámara digital | | | 1 | 400,00 |
| Transferencia de resultados | | | | |
| Publicación de tesis | Unidad | 7 | 90 | 630,00 |
| Total | | | | 119,5 |
| Imprevistos 5 % | | | | 120,14 |
| TOTAL | | | | 1239,64 |

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abaira, C., Colwell, JA., Nuttall, F., Sawin, C., Johnson-Nagel, N., Comstock, J. (2010). *Veterans administration Cooperative Study on glycemic control and complications in type 2 diabetes: results of the feasibility trial. Diabetes Care.* Mexico: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
- Álvarez, D. (2005). *Evaluación del apoyo familiar, social, nivel de conocimiento, adherencia al tratamiento y su relación con el control de la glicemia* (tesis doctoral, no publicada). Universidad de Colima. México
- American Diabetes Association (ADA). 2015. *Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care.* (Recuperado de http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf)
- American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes.* (2010). *Diabetes Care.* Supl 1: S11-S61. (Recuperado de http://www.ada.gov/regs2010/2010ADAStandards/2010ADAStandards_prt.pdf)
- Armour, T., Norris, VS., Jack, LJ., Zhang, X., Fisher, L. (2010). *The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review. Diabet Med.* 22 (10): 1295-305. doi: doi: 10.4067/S0034-98872015000200019.
- Bernard, H. (2010) . *Clinical Diagnosis and Management by. Laboratory Methods.* EUA, W.B.Saunders Company.
- Bonafont, X., Costa, J.,(2004). *Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d'informació terapèutica,* 16 (3):9-14. Mexico: avanzamedia
- Ceballos, RM., Coronado, GD., Thompson, B. (2010). *Having a Diagnosis of Diabetes Is Not Associated With General Diabetes Knowledge in Rural Hispanics. J Rural Health,* 26 (4): 342. doi: 10.1111/j.1748-0361.2010.00299.x.

- Danaei, G., Finucane, MM., Lu, Y., Singh, GM., Cowan, MJ., Paciorek, CJ, et al. (2011). *National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants*. *Lancet*, 378(9785):31–40. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60679-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60679-X)
- Donis, M., Torres, M., Orozco, G., Merino, J., Piñeiro, F., Gil, V. (2007). *Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no insulino dependiente*. *Aten Primaria*, 20: 415-420. Esp. Wolters Kluwer SLP
- Dominici, L. (2009) “La Familia y la Salud”. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.44.O Consejo Directivo. 55. A Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 De Septiembre De 2003. Punto 4.7 del Orden del Día Provisional Cd44/10. Esp
- Escobedo, J., Buitrón, LV., Velasco, MF., Ramírez, JC., Hernández, R., Macchia, A., et al. (2009). *High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study*. *Diabet Med*. 26:864-71. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s1134-3230\(10\)62005-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-3230(10)62005-4)
- Espejel, E., (2005). *Manual para la escala de función familiar, public. del dpto, de educación especializada, coordinación de investig. Y postgrado*1ra ed: 41-67. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2005/mf053b.pdf>.
- Geneva, World Health Organization, 2011.
- GISPERT, C. (2010). *Enciclopedia de psicopedagogía*.
- Global status report on noncommunicable diseases. (2011).
- Gonzáles. (2011). *apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)*. 26:864-71. Recuperado : <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>

- Grant, R., Devita, N., Singer, D., Meigs, J. (2013). *Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care*, 26:1408-1412. Esp. Bibliogemma
- Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (GEDAPS) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Diabetes mellitus tipo 2. (2010) *protocolo de actuación*. 7 (Supl 6):1-54. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/s1131-57682002000900006>
- Heredia, M. (2010). ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? *Revista ROL de enfermería*, ISSN 0210- 5020, Vol. 27, Nº. 1. Recuperado: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.004>
- Herman, W., Sinnock, P., Brenner, E., Brimberry, J., Langford, D., Hansen, W. (2009). *An epidemiologic model for diabetes mellitus: Incidence, prevalence and mortality. Diabetes Care*, 7(4):367-371. Recuperado: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.7.4.367>
- IMSS. (2010). Vigilancia Epidemiológica. V X: 28 (SIMOR)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2010). *Principales Causas de Mortalidad General*.
- Kronenberg. (2009). Tratado de Endocrinología
- Lerman I. Atención Integral del Paciente Diabético. 4a ed. México: McGrawHill; 2010.
- Maciá, D., Mendez, F.J., (2010). "Evaluación de la adherencia al tratamiento". En: *G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 43-59) Madrid: Siglo Veintiuno.
- Mataix, J. (2009). *Nutrición y Alimentación Humana*. Barcelona: Océano. V.2 pp. 1164-1166. Argentina. Prícolo S.A.

- Mendizábal, O., Pinto, A. (2006). *volumen IV N-2 Diabetes. 2000 MERANI, Alberto diccionario de psicología.*
- Menendez, B. (2012). *Guía de evaluación del proceso de investigación (Diseño), Investigación Científica, Unidad Académica Ciencias de la Salud, Universidad Estatal de Milagro. Ecuador*
- Morrish, NJ., Wang, SL., Stevens, LK., Fuller, JH., Keen, H. (2010). *Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. Diabetologia, 44 Suppl 2:S14–S21.*
- Organización Pan-Americana da Salud. (2012). *Atlas de Educación en Diabetes en América Latina y el Caribe: Inventario de Programas para personas con diabetes tipo 2. División de Prevención y Control de Enfermedades. Brasilia (DF): Programa de Enfermedades no Transmisibles.*
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Guías de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Washington, D.C.: OPS*
- Osorno. (2010). *Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.*
- Paciorek, CJ., et al. (2012). *“Congreso nacional de la federación española de diabetes”*. Doi: 10.1016/j.recesp.2011.10.030
- Peralta, SL., Muñoz, NM., Padilla, M., Ontiveros Pérez M, Gutiérrez Valverde JM. (2008). *Intervención educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Hermosillo, Sonora. Rev EPISTEUMS. Doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13127917>*
- Rodríguez, M., García, E., Amariles, P., Rodríguez, A., Faus, M. (2008). *Tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria 40 (8): 413-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>*

- Ruíz, E., Román, E., García, E., Martínez, F. (2009). *Falta de adherencia en pacientes dislipidémicos con prescripción por receta electrónica. Aten Primaria.* 42: 579-580. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2009.12.005>
- Simó, R., Hernández, C. (2012). *Tratamiento de la diabetes mellitus: objetivos generales y manejo en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol,* 55 (8):845-860. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0300-8932\(02\)76714-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0300-8932(02)76714-6)
- Seclén, S. (2010). *La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública. Instituto de Gerontología,* 114,123, 127- 135. Perú.
- TIMO, S., LEENA, E. (2009). *Prevención de la Diabetes y sus Complicaciones: objetivos claves en Finlandia. Diabetes Voice. Finlandia.* 51(4): 36-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.4272/978-84-9745-185-7.ch1>
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (2010). *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med* 329: pag. 977-986.
- Therborn, G. (2010). *Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI. En Arriagada, I. (coord). Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),* 344:e1771. Santiago de Chile.
- TWIGG, S. (2007). *Prediabetes: a position statement from the australian diabetes society and australian diabetes educators association. The Medical Journal of Australia. Australia.* 186 (9): 461-465. Doi: <http://dx.doi.org/10.5694/mja14.01187>
- UNWIN, N. (2010). *Impaired Glucose Tolerance and Impaired Fasting Glycaemia: the current status on definition and intervention. Diabet Med.* 19(9): 708-723. USA.

- Varo, J., Martínez, J., Martínez, M. (2013). *Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo*. 121(17):665-672. Med Clin (Barc)
- Villarreal, E., Paredes, L., Martínez, L., Rodríguez, G., Vargas, E., Garza, M. (2006). *Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico*. 44(4): 303-308. Mex. Rev Med Inst
- Villalobos, A., col. (2006). “*Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II- Versión III (EATDM-III)*”. (31, 37). Costa Rica
- White, P., Smith, SM., Hevey, D. (2009). *O'Dowd T. Understanding Type 2 Diabetes*. *Diabetes Educ.* 35 (5): 810-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721709340930>

ANEXO 9



Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "APOYO FAMILIAR, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CLUB DE DIABETICOS DEL CANTON CATAMAYO", autoría de la Srta. Priscilla Carolina Riofrío Celi con cédula 1105021081, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 07 de Octubre de 2016

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

