



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE
DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE
CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.”**

**Tesis previa a la obtención del
Título de Psicóloga Clínica.**

1859

AUTORA:

Silvana Macrina Alulima Salazar

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la investigación de campo y el informe final del proyecto de tesis titulado "LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.", de la egresada Srta. Silvana Macrina Alulima Salazar; así como revisar oportunamente los avances de la investigación devolviéndolos a la aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias fin de asegurar la calidad de la misma; por lo tanto autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.

09 de Septiembre de 2016

Atentamente

Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Las opiniones, resultados, conclusiones y recomendaciones, vertidos en el presente trabajo investigativo son de exclusiva responsabilidad de la autora, la misma que quedará a propiedad de la Universidad Nacional de Loja la cual podrá disponer oficialmente de la utilización de los resultados e información contenidos en la misma.

AUTORA:



Silvana Macrina Atulima Salazar

1105214967

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Silvana Macrina Alulima Salazar, declaro ser la autora de la tesis titulada "LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.", como requisito para optar el grado de PSICÓLOGA CLÍNICA, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, maestres al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales mantenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 25 días del mes de Noviembre de dos mil dieciséis, firma la autora:

Firma:



Autora: Silvana Macrina Alulima Salazar

Cédula: 1105214967

Dirección: Cda. Esteban Godoy

Correo Electrónico: angelita_sln@hotmail.com

Teléfono: 2546-602 / 0994629434

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Tesis: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg.Sc.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. María Susana González García, Mg.Sc.

VOCAL DEL TRIBUNAL

Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores

VOCAL DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A Dios, pilar fundamental en mi vida, por brindarme la fuerza y la fortaleza necesarias para culminar con éxito mi carrera universitaria y cumplir con una meta más en mi vida.

A mis padres Macrina y Enrique, quienes con su apoyo incondicional y valores inculcados hicieron de mí una persona responsable, los mismos que me llevaron a culminar con éxito esta etapa de mi vida.

A mis hermanos Andrea e Israel, por haber sido ejemplo a seguir e inspiración de cada logro en mi vida, con su apoyo constante y cariño incondicional.

A José Pablo, apoyo incondicional en mi vida y parte fundamental en mi crecimiento tanto personal como profesional.

Silvana

AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo investigativo expreso mi más sincero agradecimiento primeramente a Dios, motor de mi vida diaria, a mi familia quienes han creído en mí y han contribuido a que este sueño se convierta en una realidad.

Así mismo expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Psicología Clínica, y sus docentes, por la formación académica brindada y el apoyo que me brindaron durante toda mi formación universitaria.

Un agradecimiento especial a la Dra. Mayra Rivas, directora de tesis, por su paciencia, guía y dedicación demostrada al presente trabajo investigativo

Mi reconocimiento y agradecimiento a las autoridades del “Hospital General Isidro Ayora quienes me brindaron la apertura necesaria para desarrollar mi trabajo investigativo dentro del área de clínica, al personal de salud por la información brindada para que el presente trabajo obtenga una validez significativa.

De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis para obtener la titulación profesional.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	ii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN	2
ABSTRACT	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA	8
CAPÍTULO I.....	8
LA FAMILIA.....	8
1.1. Concepto.....	8
1.1.2. Concepto Psicológico.....	9
1.1.3. Concepto Sociológico.....	9
1.2. Funcionalidad Familiar.....	10
1.2.1. Familia Funcional.....	11
1.2.2. Familia Disfuncional.....	11
1.3. Afrontamiento Familiar en Enfermedades crónicas.....	12
1.4. Paciente Diabético y la Familia.....	14
CAPÍTULO II.....	17
SALUD INTEGRAL	17
2.1. Concepto de Salud	17
2.2. Salud Integral	20
2.1.1. La salud somática.....	20
2.1.2. La salud psíquica	20
2.1.3. La salud social.	21
2.1.4. La salud ecológica.	21
2.1.5. La salud espiritual.	21
2.3. Descompensación de salud:	22
CAPÍTULO III	22
DIABETES.....	22

3.1. Concepto:.....	22
3.2. Diabetes Mellitus tipo 2:.....	23
3.1.1. Descompensación Diabética.....	23
3.1.2. Tratamiento.....	24
3.1.3. Adherencia al tratamiento.....	24
e. MATERIALES Y MÉTODOS	26
f. RESULTADOS	31
g. DISCUSIÓN.....	41
h. CONCLUSIONES.....	43
i. RECOMENDACIONES.....	45
j. PROPUESTA PSICOEDUCATIVA	47
k. BIBLIOGRAFÍA.....	64
l. ANEXOS.....	68

a. TÍTULO

“LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.

b. RESUMEN

En la presente investigación se determinó la relación entre la funcionalidad familiar, la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus II que asisten al servicio de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, la presente investigación es de tipo descriptivo con corte transversal usando el método analítico-sintético, inductivo-deductivo, descriptivo y correlacional sustentado en el uso de técnicas de recolección de información como la encuesta y entrevista semiestructurada dirigida al personal de salud y familiares de los pacientes diabéticos con la finalidad de conocer las diversas realidades de las variables desde los diferentes puntos de percepción, así como la aplicación de reactivos psicológicos como el FF-SIL para medir funcionamiento familiar usado en un primer momento, WHOQOL-BREEF que identifica los factores de riesgo dentro de la salud integral del paciente diabético usada en una segunda instancia, y finalmente en una tercera etapa, la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, de los cuales se obtuvo que el 50% de la población presenta un ambiente familiar moderadamente funcional que incide en la salud integral y adherencia al tratamiento de los pacientes involucrados, siendo este un factor de riesgo a considerar en las posibles descompensaciones diabéticas. Ante esto, se plantea estrategias de concientización mediante una propuesta psicoeducativa que permita el acceso a información oportuna y concreta de la importancia que juega el apoyo familiar, la salud integral y el cumplimiento de los tratamientos que exigen este tipo de enfermedades ya que están asociados de una forma holística. PALABRAS CLAVE: Funcionalidad_Familiar, factores_de_riesgo, adherencia, tratamiento, diabetes.

ABSTRACT

In the present research was determined the relationship between family functionality, integral health and adherence to the treatment of patients with Diabetes Mellitus than they are attending to service of clinic of the General Hospital Isidro Ayora from the city of Loja, this research is descriptive type with cross-section cut using the analytic-synthetic method, inductive-deductive, descriptive and correlational sustained on the use of techniques of collecting information such as survey and semi-structured interview aimed at staff of health and relatives of the diabetics patients with the finality of know the diversities realities of the variables from the different points of perception, as well as the application of psychological reagents as the FF-SIL to measure family functioning used in a first moment, WHOQOL-BREF that identifies the risk factors within the comprehensive health of the diabetic patient used in a second instance, and finally in a third stage, the Treatment Adherence Scale in Diabetes Mellitus II, from which it was obtained that 50% of the population presents a moderately functional family environment that affects the integral health and adherence to the treatment of the patients involved, being this a risk factor to consider in the possible diabetic decompensations. Faced with this, it is proposed strategies of awareness through a psychoeducational proposal that allows access to timely and concrete information on the importance of family support, the integral health and the fulfillment of the treatments that demand this type of diseases since they are associated of a holistic form.

KEY WORDS: Familiar Functionality, factor_of_ risk, adherence, treatment, diabetes.

c. INTRODUCCIÓN

La diabetes está presente en todos los países del mundo y se calcula que alrededor de 366 millones de personas de todo el mundo la padecen manteniéndose sin programas eficaces de prevención y control, la diabetes tipo 2 representa alrededor del 85 al 95% del total de casos de diabetes en países de ingresos altos y podría ser responsable de un porcentaje aún mayor en países de ingresos medios y bajos. La diabetes tipo 2 es hoy en día un problema sanitario mundial frecuente y grave, el cual, en la mayoría de los países, se ha desarrollado en paralelo a los rápidos cambios culturales y sociales, el envejecimiento de la población, el aumento de la urbanización, los cambios de dieta, la reducción de la actividad física y otros comportamientos poco saludables. (World Health Organization, 2015)

Para algunos estudiosos del tema, la familia juega un esencial papel en la evolución de una enfermedad de tales características de tal manera que la interacción de los miembros dentro del sistema familiar influye directamente en el control de los niveles de glucosa por parte de los pacientes, de tal magnitud es esta influencia que los pacientes con dificultades familiares presentan deficiencias en el control diabético y glucémico. El estrés y los conflictos con los seres queridos pueden influir directamente sobre el paciente, disparando las hormonas del estrés; o indirectamente, interrumpiendo el autocuidado. (Anderson, 2007)

La calidad de vida del paciente diabético está influida por la salud física de la persona, su estado psicológico y el entorno en el que este se desenvuelve, principalmente la familia. La salud mental y estabilidad emocional también pueden verse afectadas desde el momento del diagnóstico tanto para el paciente como para su familia, ya que el diabético se enfrenta a una crisis que implica

un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de diestrés psicológico, ansiedad y depresión lo que conlleva a una mala adherencia al tratamiento.

Ante estos antecedentes, y tomando en cuenta que este se ha convertido en un problema psicosocial, he creído conveniente llevar a cabo el presente trabajo investigativo centrado en el estudio de la familia como factor de descompensación en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, así como establecer la relación que existe con los niveles de calidad de vida que incluyen factores físicos, psicológicos, interpersonales, ambientales y los niveles de adherencia al tratamiento, ya que son aspectos fundamentales para el equilibrio integral del diabético, recientemente no existen trabajos investigativos que integren estos tres componentes dentro del estudio de este tipo de patología por lo que se justifica desarrollar la presente investigación cuyos objetivos son: 1) Identificar los niveles de funcionalidad familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, 2) Precisar los factores de riesgo que contribuyen a la descompensación de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, 3) Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II y 4) Elaborar un plan Psicoeducativo con la finalidad de mejorar la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al servicio de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, con corte transversal en el tiempo, de carácter cuali-cuantitativo que manejó métodos científicos como el inductivo, deductivo y correlacional, el universo estuvo conformado por pacientes con Diagnóstico de Diabetes del Hospital General Isidro Ayora Loja, de los cuales se tomó una muestra de 60 pacientes internados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, a más de 15 familiares y 15 médicos tratantes pertenecientes a la misma institución.

En este estudio se partió de definiciones relacionadas con la familia, funcionalidad familiar en sus diferentes tipos, salud integral con los diferentes componentes físicos, psicológicos, interpersonales y ambientales que lo componen, la diabetes como tema central de estudio, la adherencia al tratamiento y las causas que conllevan a una descompensación diabética.

Seguidamente se aplicó un conjunto de reactivos psicológicos encaminados a la búsqueda de información y recolección de datos que permitan conocer la realidad del paciente diabético y su funcionalidad familiar, salud integral y adherencia al tratamiento dentro de los cuales están: Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, Cuestionario WHOQOL BREF para medir la salud integral tanto a nivel físico, psicológico, interpersonal y ambiental, lo que permitió conocer los factores de riesgo en las diferentes esferas de la vida del individuo y la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II versión III, así mismo se desarrolló 2 encuestas estructuradas dirigidas al personal de salud y familiares de los pacientes diabéticos para conocer las diferentes realidades de las variables de estudio desde los diferentes puntos de percepción.

A través del procesamiento y análisis de los resultados obtenidos se pudo dar cumplimiento a cada uno de los objetivos planteados donde de manera sucinta se determinó que la mayoría de los pacientes reciben un regular apoyo por parte de su familia mostrando una moderada funcionalidad familiar la misma que influye en su calidad de vida con una marcada deficiencia en las relaciones interpersonales y una adherencia al tratamiento regular que lo deja propenso a posibles descompensaciones diabéticas.

Ante esto planteo un plan Psicoeducativo encaminado a mejorar la calidad de vida y las relaciones familiares de los pacientes diabéticos mejorando la adherencia al tratamiento y por ende la salud integral de manera que la enfermedad no se vuelva una carga sino un nuevo estilo de vida.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

LA FAMILIA

1.1. Concepto

En la actualidad el término "familia" significa realidades diversas. En sentido amplio, es "el conjunto de personas mutuamente unidas por el matrimonio o la filiación"; o aún "la sucesión de individuos que descienden unos de otros", es decir, "un linaje o descendencia", "una raza", "una dinastía". Pero el término tiene también un sentido estricto, mucho más habitual, que los diccionarios dan como primera acepción y que es la única que los sociólogos suelen tomar en cuenta. En este sentido designa "las personas emparentadas que viven bajo el mismo techo", y "más especialmente el padre, la madre y los hijos".

1.1.1. Concepto Biológico.: Como un hecho biológico, la Familia implica la vida en común de dos individuos de la especie humana, de sexo distinto, unidos con el fin de reproducir, y por ende de conservar la especie a través del tiempo. Desde esta óptica, se puede observar a la familia como una agrupación humana de fines eminentemente biológicos; La familia como hecho biológico involucra a todos aquellos que, por el hecho de descender los unos de los otros, o de un progenitor común, generan entre sí lazos de sangre. Son fines de la familia, bajo este aspecto:

- La multiplicación con la correspondiente adición de nuevos individuos a la sociedad.
- Generar en la pareja el estadio de total goce de sus funciones sexuales.
- Proporcionar a los hijos un concepto firme y vivencial del modelo sexual, que les permita a futuro en su vida, hacer identificaciones claras y adecuadas de sus roles sexuales.

- Perpetuar la especie humana en el tiempo y espacio.

1.1.2. Concepto Psicológico.: Para la Psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que es considerada un subsistema social que hace parte del macro sistema social denominado sociedad; esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad. Por otro lado, se podría definir a la familia para la psicología como: la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia: Son fines de la familia, bajo este aspecto:

- Proporcionar a todos y a cada uno de sus miembros, seguridad en el campo afectivo.
- Preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos.
- Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad.
- Manejar bajo esquemas adecuados las crisis, angustia, las emociones y frustraciones, a través del autocontrol.
- Dirigir el desarrollo personal hacia la independencia.
- Canalizar energías y manejar impulsos, la violencia y autoritarismo.
- Proteger a todos sus miembros y prepararlos para la independencia a través de la educación y el respeto.

1.1.3. Concepto Sociológico.: Para la sociología, la Familia se constituye por una comunidad interhumana configurada al menos por tres miembros, “es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos”.

Observados por su importancia histórico-social, tiene la familia como fines, bajo este aspecto:

- Perpetuar costumbres, cultura e identidad social.
- Reconocer y respetar la autoridad.
- Educar en el lenguaje y en la comunicación escrita, así Como el uso del diálogo y en general de la comunicación como medio de solución de conflictos.
- Respetar las normas de social convención y las particulares de cada núcleo familiar.
- Crear una identificación y seguimiento de roles y modelos de conducta social.
- Crear redes familiares y sociales de acompañamiento y desarrollo social.
- Formar parte integrante del grupo social básico (Minuchin., 1997).

1.2. Funcionalidad Familiar

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). (Olson D, 1989). Esta teoría contempla las situaciones que atraviesa la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento saludable de cada uno de sus miembros. Además, establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados. Muchas veces este funcionamiento puede ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia. (Polaino-Lorente A, 2006).

1.2.1. Familia Funcional. La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa, La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que los mantiene unidos a pesar de las crisis que se presenten, permitiendo que se las prograse para que se puedan resolver con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez. La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta, explícita y capacidad de adaptación al cambio. Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad social. (Ares, 2002)

1.2.2. Familia Disfuncional. La disfuncionalidad hace referencia que dentro del sistema familiar existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales

básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional además se invierte la jerarquía, su estructura familiar esta lamentablemente alterada es por eso que la interacción entre los miembros es deficiente y existe dificultad en el desarrollo psicosocial de cada subsistema, su adaptación y la resolución de conflictos. No existe comunicación dentro del sistema, no son honestos con ellos mismos ni con el resto de tal manera que cada miembro vela por sus propios intereses. (Navarro, 2009).

1.3. Afrontamiento Familiar en Enfermedades crónicas

Desde el punto de vista de la orientación familiar del abordaje de la enfermedad crónica y para clasificarla, hay que valorar las siguientes áreas:

- El inicio: una enfermedad crónica con un inicio brusco obliga a la familia a un estrés mayor que las que comienzan de forma insidiosa, pero en estas últimas, aunque el estrés es menor, dura más tiempo hasta que se llega al diagnóstico.
- El curso de la enfermedad: puede ser permanente, lo que obliga a la familia a cuidados constantes; progresivamente, la familia está sometida a demandas que van aumentando a lo largo del desarrollo de la enfermedad; y pueden presentarse reagudizaciones, que obligan a la familia a estar en un estado de alerta permanente para detectarlas.
- El pronóstico: ya que una enfermedad permanente no obliga al mismo grado de adaptación a las pérdidas que supone una enfermedad terminal.

- Las incapacidades, minusvalías físicas o psíquicas: dependiendo del contexto socio laboral, pueden ser sobrellevadas mejor o peor; por ejemplo, una incapacidad física será más difícil de soportar por un obrero manual que por un administrativo; la pérdida de las capacidades cognitivas es una de las peores cargas que puede sobrellevar una familia.

Para que una familia afronte la enfermedad de uno de sus miembros, debe poner en marcha una serie de recursos, de cuyo desarrollo dependerá en buena parte el éxito en el afrontamiento y en el abordaje de la enfermedad crónica. Los recursos pertenecen a varias esferas, y la labor del profesional sanitario debe ser la exploración de la familia en estos términos con un objetivo claro: poner la enfermedad crónica en su lugar, de manera que permita que se siga desarrollando la familia y, al mismo tiempo, que sea la familia el entorno donde se dé respuesta a la mayoría de las necesidades de atención del enfermo (Eia Asen K, 1997)

Smilkstein propuso los recursos que deben poner en marcha las familias, utilizando la regla SCEEM (Sociales, Culturales, Educativas, Económicas y Médicas). Estas son las fuentes de apoyo con las que debe contar una familia.

Las fuentes de recursos sociales se basan en los familiares y en los amigos dispuestos a ayudar, y constituyen la red de apoyo social de la familia. Las asociaciones de enfermos y de autoayuda son otra fuente de recursos sociales.

Las fuentes educativas y culturales hacen referencia al sistema de creencias relativas a la salud. Hay que saber si la familia se ha enfrentado o no a una enfermedad de estas características y cómo respondió.

Es importante conocer la economía de la familia, puesto que, si el enfermo crónico es la única fuente de ingresos, su enfermedad puede ser un gran problema; deben conocerse otras fuentes de apoyo económico con las que cuenta la familia.

Los recursos médicos los aporta el equipo básico de salud (EBS), y es muy importante saber qué tipo de relación quiere tener la familia con este, hasta dónde le permite actuar y qué espera del EBS, para clarificar qué tipo de relación habrá entre la familia y el equipo sanitario.

1.4. Paciente Diabético y la Familia

El apoyo familiar influye positivamente en el cumplimiento adecuado con el tratamiento para la DM, diversos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados, el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. (Dasilva, 2005)

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza y manifiestan desajustes, desequilibrios que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar. (Varela, 2000)

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas

de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes.

En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás. (Ortiz-Góez MT, 1999)

En la dinámica familiar funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. Otras características semejantes al soporte familiar, conexión, y organización son asociadas con la mejor adherencia y control metabólico. Una reacción a la adaptación del diagnóstico de la diabetes en los miembros de la familia es caracterizada por el compromiso con el régimen y teniendo expectativas realistas.

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de la persona con esta enfermedad, como reportan Karlsson y Romero Castellanos, los que han descrito que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento. (Bembire-Taboada R, 2000).

Se Considera que la familia es un apoyo importante para el paciente diabético, por lo que, la descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una “falta o

insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad. Por tanto, en la medida que sea incorporado un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente diabético, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando adhesividad al tratamiento y con ello, mayor compensación metabólica en el paciente diabético.

La enfermedad es una realidad construida y el enfermo un sujeto social. 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 (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) 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. 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.

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 será 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. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones instauran un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. La adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. (Jeannette Cifuentes, 2005)

CAPÍTULO II

SALUD INTEGRAL

2.1. Concepto de Salud

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona y no simplemente a la ausencia de enfermedades biológicas. La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación trídica entre un

huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen). (OMS, Concepto.de, 2015).

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de salud holística. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Este concepto holístico de la salud es muy importante, porque le otorga importancias a los otros aspectos de la salud que han sido excluidos de las definiciones anteriores, me refiero al componente emocional y espiritual de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud.

El concepto salud encierra principalmente dos criterios en cuanto a su identificación como "estado sano", esto es, el estado o la manera en que cada uno se encuentra, se experimenta o percibe y define el "estar sano", que es mucho más amplio que el no estar meramente enfermo. Los criterios

que igualan la salud como "estado sano" son básicamente dos: el criterio objetivo (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y el criterio subjetivo (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano). Ambos criterios nos dan las pautas para hablar del significado de estar sano. En cuanto al primer aspecto (el aspecto objetivo), ha sido quizá Pedro Laín Entralgo el que mejor ha abordado dicho tema, distinguiendo cinco criterios objetivos del concepto salud:

- 1) un criterio morfológico (ausencia de lesiones o alteraciones físicas);
- 2) un criterio etiológico (inexistencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo del sujeto);
- 3) un criterio funcional (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional);
- 4) un criterio utilitario (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño);
- 5) un criterio comportamental o conductual (es sano quien está integrado socialmente).

Por lo que corresponde al sentido subjetivo de "estar sano" habría que hablar de algunos motivos psicológicos, como: conciencia de la propia validez, sentimiento de bienestar psico-orgánico, cierta seguridad de poder seguir viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sentimiento de semejanza básica con los demás hombres y la posibilidad de gobernar el juego vital de la soledad y la compañía. (Gracia, Modelos actuales de salud, Aproximación al concepto de salud, 1991).

2.2. Salud Integral

El estado de bienestar general del ser humano, entendiéndose salud física, mental y social, es lo que la OMS (Organización Mundial de la Salud) define como Salud Integral. Es decir, un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo.

De acuerdo con esta definición, la salud no es solo la ausencia de enfermedades o invalidez, sino una condición de desarrollo humano que cada uno, como individuo, debe cuidar y conservar. Sin embargo, es un derecho que los gobiernos de todas las naciones también tendrían que estar obligados a potenciar. (Meraz, 2009)

La salud integral es un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales. De esta manera el ser humano crece en todos los ámbitos de la vida y, por consiguiente, se siente sano y feliz.

2.1.1. La salud somática. Es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida aquí desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales. La salud vendría dada por los síntomas de alteración o lesión de dichos sistemas o funciones orgánicas. (Lince, 2010)

2.1.2. La salud psíquica. Es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar comprender la información dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.). En la

salud psíquica cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, así como la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita, pues, vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas. (Lince, 2010)

2.1.3. La salud social. La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interactuar bien con la gente y el ambiente.

2.1.4. La salud ecológica. Esta salud es importante, dado que las posibilidades de llevar una vida mínimamente normal están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, belleza del ambiente, etc. El hombre es un ser vivo solidario del resto de la biosfera, esto es, es un ser con un entorno. El ambiente, pues, puede influir o predisponer a la persona a tener más o menos salud y a desarrollar o no alguna enfermedad. (Lince, 2010)

2.1.5. La salud espiritual. Este modo de entender la salud no puede quedar ignorado, dada la naturaleza metafísica del ser humano. La salud espiritual debe ser entendida como aquel estado en el que las creencias de una determinada persona o pueblo son incluidas como elementos constituyentes de la existencia y de la felicidad que cada persona o pueblo quiera creer o perseguir. Pero las ideas y creencias pueden ser más saludables unas que otras (sobre todo, algunas imágenes o interpretaciones de lo divino), así como ser más beneficiosas o más dañinas unas que otras para el ser humano. Por otro lado, el mundo de

la interioridad no puede ser menospreciado si queremos tener una concepción integral de la salud humana o dotar algunas experiencias humanas de cierto sentido. (Lince, 2010)

Con todo, sostenemos que sigue resultando difícil definir integralmente la palabra salud, quizá porque ninguna definición de las posibles se ajusta de manera perfecta a una realidad tan cambiante, mudable, abierta y dinámica como la salud. Pero también porque es muy complejo encerrar en una determinada palabra todo cuanto el ser humano es o puede llegar a ser en relación a la salud, ya sea en sentido propio o colectivo. (Lince, 2010)

2.3. Descompensación de salud:

La descompensación es la ruptura del equilibrio que el organismo ha encontrado durante un cierto periodo de tiempo para poder hacer frente a una enfermedad o a cualquier trastorno. La descompensación afecta a todas las funciones del cuerpo que pueden alterarse y que el sistema de regulación del cuerpo no es capaz de mantener. A menudo se producen de repente y pueden implicar, también, trastornos de tipo psiquiátrico. (j, 2013)

CAPÍTULO III

DIABETES

3.1. Concepto:

La diabetes mellitus constituye un síndrome etiopatogénicamente heterogéneo, caracterizado por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en la sangre inapropiadamente elevados (hiperglucemia) o insuficientes. (Lorente, 2000)

3.2. Diabetes Mellitus tipo 2:

Aunque puede aparecer a cualquier edad, es habitual que comience en la edad adulta, después de los 40 años, aunque hoy en día se está produciendo un aumento en jóvenes y niños. Se caracteriza por la resistencia a la insulina y usualmente se asocia a un déficit relativo de producción de esta hormona por el páncreas, la obesidad está presente en el 80% de los pacientes. El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión o trastornos en el metabolismo de las grasas. Representa el 90-95% del total de casos de diabetes mellitus.

A diferencia de los pacientes con diabetes tipo 1, las personas con diabetes tipo 2 no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir. Sin embargo, en algunos casos se podría precisar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física. (Lorente, 2000, pág. 548)

3.1.1. Descompensación Diabética. Los síntomas de la diabetes descompensada, es decir una enfermedad que, aunque fue diagnosticada, no se ha podido controlar de forma correcta no van a tardar en aparecer en el organismo. Una persona está muy descompensada con la diabetes cuando su glucemia está alta y se siente enferma. Generalmente la glucemia es mayor que 250 mg/dl y tiene debilidad, sed, deseos frecuentes de micción y visión borrosa. Eso suele ocurrir en un tiempo relativamente corto, incluso de un día para otro (cuando amanece la persona se siente mal). Entre las causas más frecuentes están los estados infecciosos como una gripa, o situaciones que produzcan un estrés fuerte. Hay ocasiones en las que no se puede identificar el origen. (diabeticos, 2012)

3.1.2. Tratamiento. El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesario con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucémicos por vía oral. (bienestar, 2015)

3.1.3. Adherencia al tratamiento. En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Recientemente, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (Tatiana Dilla, 2009)

La diabetes, es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura y una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento.

El tratamiento de la diabetes se basa en el ejercicio físico, dieta alimenticia, el autocontrol de los niveles de azúcar, una educación para la salud en diabetes, y el tratamiento medicamentoso a base de antidiabéticos orales, o insulina.

Menos del 2% de los pacientes diabéticos cumplen con todas las pautas de tratamiento recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes, destacándose que en esa población la adherencia al tratamiento hipoglucémico es de 75%, la adherencia al plan alimentario es de 52% y al ejercicio físico es de 26%. Esta mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo II es la responsable de las complicaciones a largo plazo que esta patología genera. (Brandon L y Feist, 2001, pág. 107)

Los factores que mayor influencia tienen en la adherencia se relacionan con el propio paciente, considerado siempre dentro de un entorno y como un subsistema dentro de un sistema, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición.

Los factores más relevantes que se han aducido como componentes o variables que afectan a la adherencia a los tratamientos:

1. Características de la enfermedad y del tratamiento: gravedad, duración, efectos secundarios, sencillez, complejidad del tratamiento o recomendaciones
2. Características personales del paciente: nivel intelectual, gravedad percibida, niveles de estrés.
3. Factores sociales: relaciones familiares, altos niveles de cohesión y apoyo social
4. Características de la relación médico-paciente: comunicación, grado de empoderamiento del paciente, relación de confianza. (Powers, 17^{ava} Edición, pág. 2294)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de tipo descriptiva correlacional, con corte transversal en el tiempo, de carácter cuali- cuantitativo; a través de un enfoque científico social que buscó adquirir información en profundidad para comprender el comportamiento humano y las razones que lo gobiernan y aportar a través de datos numéricos y gráficos lo que hemos observado durante el proceso de investigación, la cual estuvo encaminada a analizar a la familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asistieron al servicio de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo 2015-2016, para lo cual se utilizaron los siguientes métodos empíricos, científicos, los cuales se detallan a continuación:

Métodos. -

Analítico- sintético, se encarga de estudiar los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes con el fin de estudiarlos en forma individual para posteriormente integrar dichas partes y estudiarlas de manera holística e integral.

Inductivo-Deductivo, el cual se caracterizó por la inducción de principios explicativos a partir de los fenómenos observados, para posteriormente en una segunda etapa, construir sobre estos principios, enunciados que se refieran y los contengan a los fenómenos; es decir el método deductivo partió de lo general a lo particular a través de la creación de un cuerpo teórico que explicó a través de unos principios elementales los fenómenos para determinar cómo influye la familia en la descompensación de la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, los cuales en una segunda parte del proceso se derivaran del método

inductivo, permitiendo a través de los mismos la elaboración de las conclusiones y recomendaciones de la presente tesis de investigación.

Descriptivo: que se ocupó de la descripción de datos y características de una población.

Correlacional: Para determinar si las variables están relacionadas en el mismo sujeto. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

- **Consentimiento informado:** procedimiento mediante el cual se garantizó que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información brindada, acerca de los objetivos de estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.
- **Entrevista:** De tipo científica, cuya intención fue promover la investigación sobre el tema objeto de estudio con la finalidad de obtener información en torno a la labor de un individuo o un grupo de personas, para poder influir sobre las opiniones y sentimientos de la comunidad a la que fue dirigida la entrevista.
- **Encuesta Semiestructurada:** Es un procedimiento dentro de los diseños de la investigación descriptiva en la que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente elaborado con el fin de conocer opiniones, ideas o hechos específicos.
- **Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL:** Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y

permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar intervenir de una manera más eficaz y efectiva. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide este cuestionario. Los puntajes de calificación son:

- De 70 a 57 puntos. Familia funcional
 - De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
 - De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
 - De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional
- **Cuestionario WHOQOL-BREF:** diseñado por la OMS, compuesto por 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente las cuales permitieron conocer los factores de riesgo en las diferentes esferas de desarrollo del paciente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida y salud integral. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Un puntaje:
 - menos de 69: Baja Calidad de Vida
 - 70-99: Mediana Calidad de Vida
 - 100-130: Alta Calidad de Vida
 - **Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM III©):** de Villalobos y Araya (2006), orientada a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con Diabetes Mellitus II, el cuestionario incluye 55 oraciones que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II, utilizando una escala Likert de cinco

opciones que evalúan frecuencia de ejecución de la situación. Se contemplan siete factores a valorar: apoyo familiar, organización y apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición médica.

POBLACIÓN

Pacientes con Diagnóstico de Diabetes, familiares y médicos tratantes del Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo 2015-2016, de los cuales se tomó una muestra de 60 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asistieron al Área de Clínica, 15 familiares y 15 médicos tratantes.

Criterios de Inclusión

Se trabajó con pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II del Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora Loja que hayan firmado el consentimiento informado para formar parte de la presente investigación.

Familiares de pacientes y médicos tratantes que provean información respecto al funcionamiento familiar y salud integral de los pacientes desde otro punto de vista al referido por el paciente

Criterios de Exclusión

Se excluyó las otras áreas del Hospital General Isidro Ayora Loja no mencionadas en el presente trabajo investigado, pacientes con Diabetes Mellitus tipo I u otro tipo de enfermedades crónicas no objeto de nuestro estudio.

Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación fue necesario contar con los respectivos permisos institucionales con la finalidad que exista legalidad y conocimiento de causa de las autoridades de

la institución para obtener los datos necesarios que han sido usados para sustentar esta investigación, dándose inicio a la primera fase investigativa la cual consistió en la recolección de los datos tanto a nivel familiar, personal de salud y pacientes objeto de estudio quienes previamente fueron informados sobre los alcances de la investigación a través de un consentimiento informado, durante esta fase de aplicación se usó recursos como la encuesta tanto a familiares y personal médico así como la entrevista semi-estructurada en los pacientes estudiados con el fin de generar un clima de rapport y empatía en donde paralelamente se aplicó los tres reactivos psicológicos encaminados a la obtención de los datos correspondientes a las variables de estudio. En una segunda fase a través de los datos recolectados se procedió al análisis e interpretación de estos datos, lo que permitió establecer la correlación correspondiente entre la descompensación diabética, la familia, los niveles de salud integral y la adherencia al tratamiento por lo que se pudo generar las conclusiones y recomendaciones correspondientes a la investigación desarrollada. En base a estos parámetros se estableció el respectivo plan de intervención psicoeducativa con la finalidad de mejorar la dinámica familiar, salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al servicio de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja

f. RESULTADOS

Objetivo No. 1: Identificar los niveles de funcionalidad familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II

Tabla N° 1

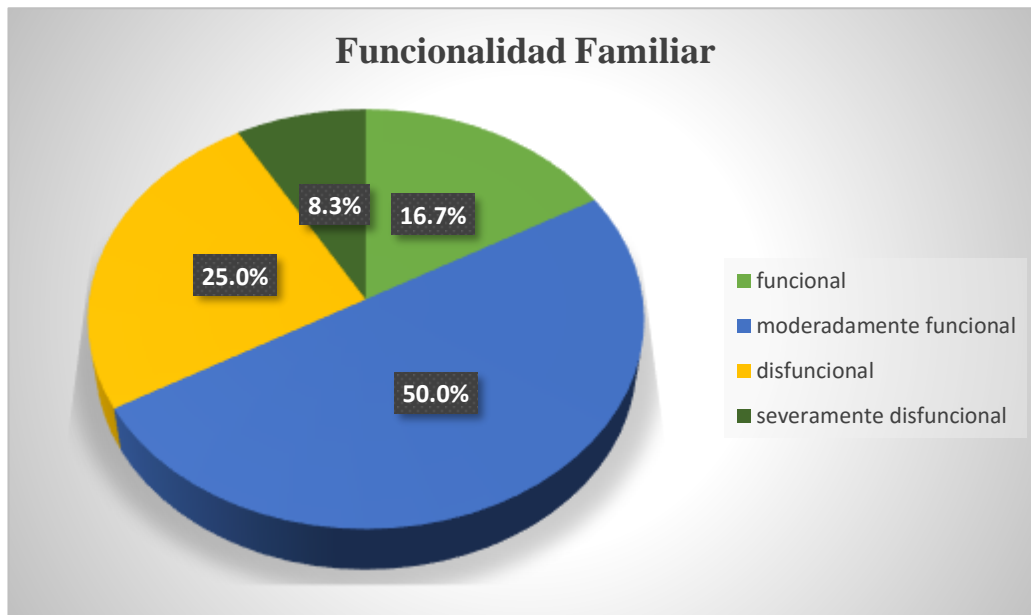
Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL aplicados a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II

Niveles de Funcionalidad Familiar	f	%
Funcional	10	16,7%
Moderadamente funcional	30	50,0%
Disfuncional	15	25,0%
Severamente disfuncional	5	8,3%
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL, del autor: Ortega, T., de la Cuesta, D y Días, C. (1999)

Aplicado por: La investigadora

Gráfico N°. 1



Análisis e Interpretación:

De la población seleccionada para esta investigación se obtuvo que 30 de los participantes cantidad equivalente a un 50% obtuvieron un nivel de moderada funcionalidad familiar mientras que el 25% equivalente a 15 personas presentaron niveles de disfuncionalidad familiar.

Objetivo No. 2: Precisar los factores de riesgo que contribuyen a la descompensación de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Tabla N° 2

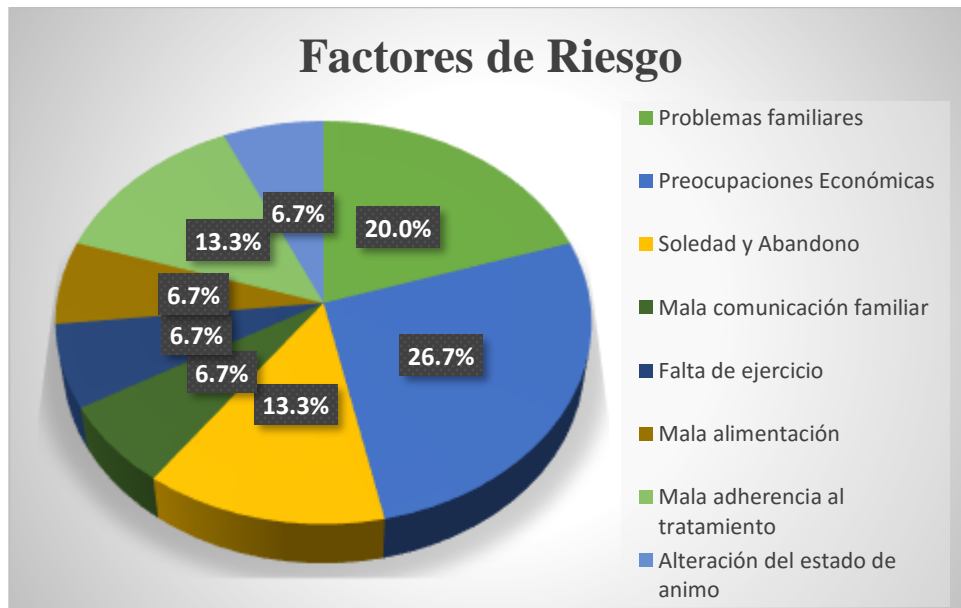
Pregunta 8: De las siguientes alternativas cuales son los factores que mayormente influyen en la descompensación diabética de su familiar

Factores de riesgo	f	%
Problemas familiares	3	20,0%
Preocupaciones Económicas	4	26,7%
Soledad y Abandono	2	13,3%
Mala comunicación familiar	1	6,7%
Falta de ejercicio	1	6,7%
Mala alimentación	1	6,7%
Mala adherencia al tratamiento	2	13,3%
Alteración del estado de animo	1	6,7%
TOTAL	15	100%

Fuente de Investigación: Encuesta estructurada aplicada a los familiares de pacientes diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja

Elaborada por: La investigadora

Gráfico N° 2



Análisis e Interpretación:

De la encuesta aplicada a los familiares se obtuvo que un 26,7% considera que los problemas económicos son el factor de riesgo principal seguido de problemas familiares con un 20% y en un 13,3% se ubican la soledad, abandono y mala adherencia al tratamiento respectivamente.

Tabla N° 3

Pregunta 10: Considera usted que el ambiente familiar influye directamente sobre el equilibrio glucémico o en las descompensaciones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Influencia del ambiente familiar	f	%
Si	9	60%
No	0	0%
En parte	6	40%
TOTAL	15	100%

Fuente de Investigación: Encuesta estructurada aplicada a los familiares de pacientes diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja.

Elaborada por: La investigadora

Gráfico N° 3



Análisis e Interpretación:

En la encuesta aplicada a los familiares de los pacientes diabéticos un 60% consideran que el ambiente familiar es un factor de riesgo primario de descompensación, mientras que un 40% asumen que el clima familiar influye en parte, ya que en las descompensaciones diabéticas también influyen otros factores como la alimentación y cumplimiento farmacológico.

Tabla N° 4

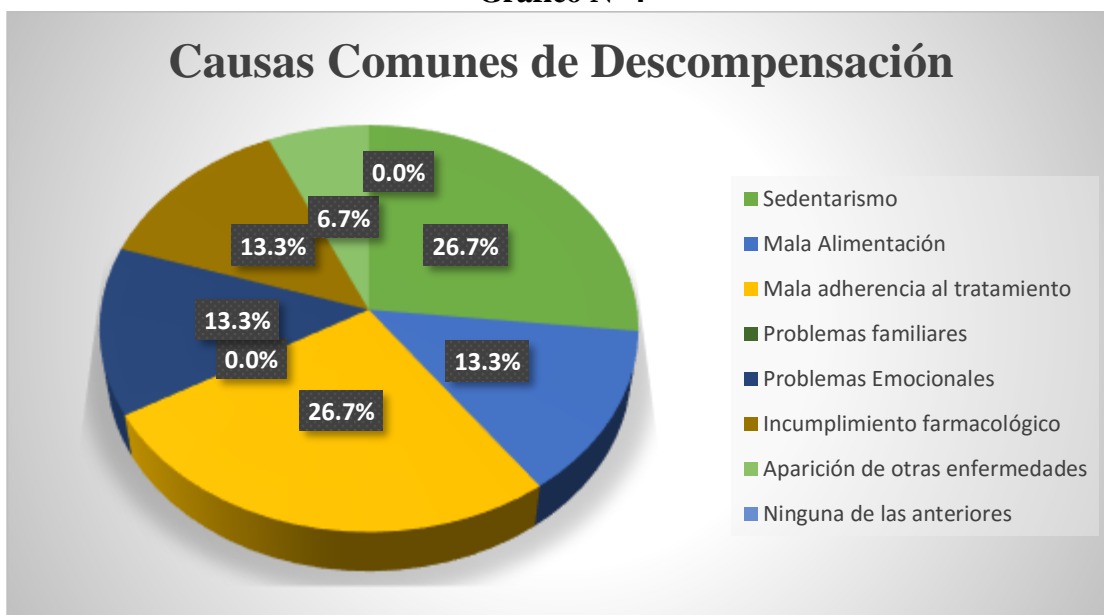
Pregunta 5: Mencione cuáles son las causas más comunes de las descompensaciones del paciente diabético?

Causas Comunes de Descompensación	f	%
Sedentarismo	4	26,7%
Mala Alimentación	2	13,3%
Mala adherencia al tratamiento	4	26,7%
Problemas familiares	0	0,0%
Problemas Emocionales	2	13,3%
Incumplimiento farmacológico	2	13,3%
Aparición de otras enfermedades	1	6,7%
Ninguna de las anteriores	0	0,0

Fuente de Investigación: Encuesta estructurada aplicada a los médicos tratantes del Hospital General Isidro Ayora Loja

Elaborada por: La investigadora

Gráfico N° 4



Análisis e Interpretación:

De la encuesta realizada a los profesionales de la salud se observa que un 26,7% coincide con el sedentarismo y la mala adherencia al tratamiento como causas principales para una descompensación diabética respectivamente, seguido en un 13,3% de una mala alimentación, incumplimiento farmacológico y problemas emocionales.

Tabla No 5

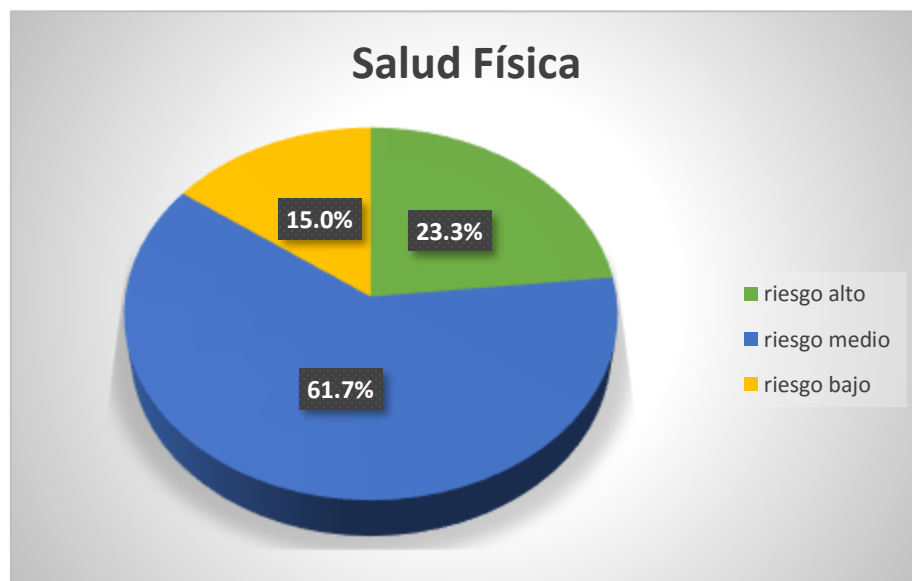
Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral

Dominio 1- Salud Física	f	%
Riesgo Alto	14	23,3%
Riesgo Medio	37	61,7%
Riesgo Bajo	9	15,0%
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral de la OMS

Aplicado por: La investigadora

Gráfico N° 5



Análisis e Interpretación:

Los resultados obtenidos señalan que de la totalidad de la población estudiada alrededor de 14 participantes que equivalen a un 23,3% presentan un riesgo alto en el ámbito físico respecto al curso de su enfermedad, mientras que otros 37 participantes enmarcados en el 61,7% mantienen un nivel de riesgo medio en lo que respecta al dominio físico.

Tabla No 6

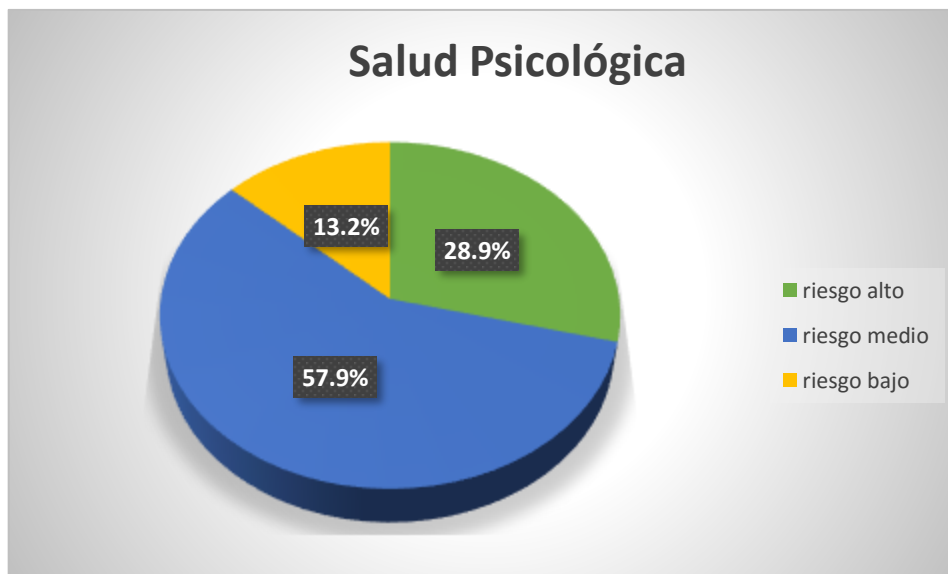
Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral

Dominio 2- Salud Psicológica	f	%
Riesgo Alto	11	28,9%
Riesgo Medio	22	57,9%
Riesgo Bajo	5	13,2%
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral de la OMS

Aplicado por: La investigadora

Gráfico N° 6



Análisis e Interpretación:

Los resultados obtenidos señalan que del total de la población estudiada alrededor de 11 participantes que equivalen a un 28,9% presentan un riesgo alto respecto a la salud emocional y psicológica mientras que otros 22 participantes enmarcados en el 57,9% mantienen un riesgo medio en lo que respecta al dominio psicológico.

Tabla No 7

Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral

Dominio 3- Relaciones Interpersonales	f	%
Riesgo Alto	60	100%
Riesgo Medio	0	0%
Riesgo Bajo	0	0%
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral de la OMS

Aplicado por: La investigadora

Gráfico N° 7



Análisis e Interpretación:

Los resultados obtenidos señalan que el 100% de la población investigada presentan un riesgo alto en lo que respecta al área de las relaciones interpersonales, ya que el apoyo familiar y social que reciben es muy limitado.

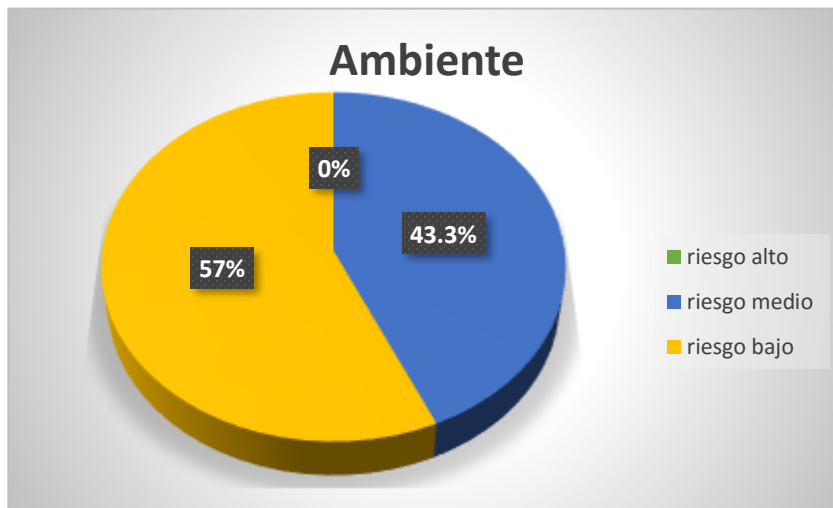
Tabla No 8
Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral

Dominio 4- Ambiente	f	%
Riesgo Alto	0	0%
Riesgo Medio	26	43,3%
Riesgo Bajo	34	56,7%
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Cuestionario Whoqol-Bref- Factores de Riesgo y Salud Integral de la OMS

Aplicado por: La investigadora

Gráfico N° 8



Análisis e Interpretación:

De los datos obtenidos tenemos que el 43,3% de la población investigada presenta un riesgo medio en lo que respecta al ambiente, mientras que el 56,7% mantiene bajo riesgo en lo que respecta a las condiciones ambientales donde se desenvuelve siendo esta la predominante en el grupo de estudio.

Objetivo No 3: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II

Tabla N° 9

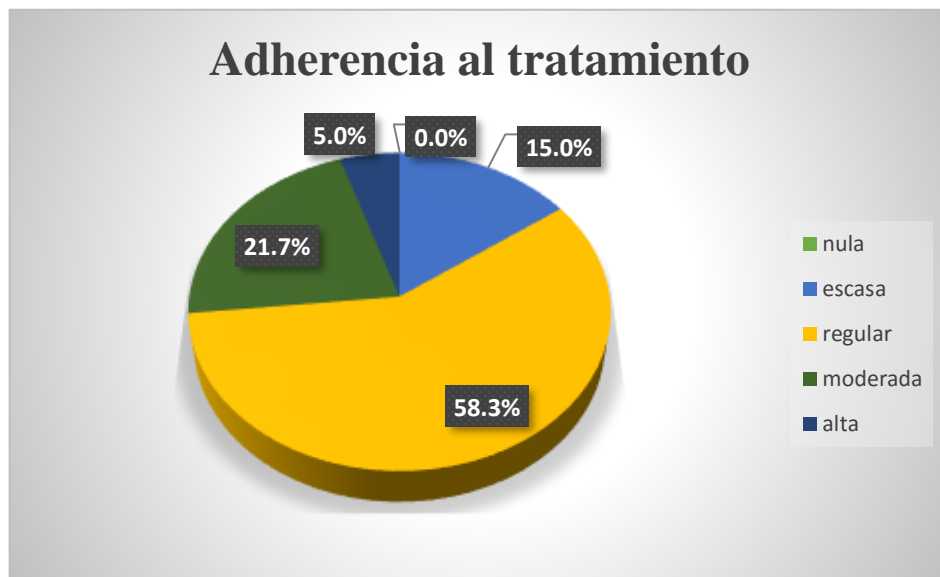
Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, Versión III (Villalobos y Araya)

Adherencia al tratamiento	f	%
Nula	0	0%
Escasa	9	15,0%
Regular	35	58,3%
Moderada	13	21,7%
Alta	3	5,0%
TOTAL	60	100%

Fuente de investigación: Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, Versión III (Villalobos y Araya)

Aplicado por: La investigadora

Gráfico N° 9



Análisis e Interpretación:

Los datos presentados en la tabla indican que un 58,3% de los pacientes que participaron en la investigación presentan una regular adherencia al tratamiento y en un 21,7% refleja que existe una adherencia moderada al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II.

g. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos existen contrastes frente a investigaciones similares que permiten comparar los datos y fundamentar los principios generales que rigen la presente investigación, de tal manera que durante 2011 Azzollini S, Vera B., y Vidal V., realizaron un estudio correlacional en 337 personas entre 40 y 79 años que concurrían a consultorios externos de cuatro hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con el objetivo de analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos, en esta investigación concluyen que existe, en una cuarta parte de la población estudiada, un deficiente apoyo familiar ya que se menciona que sólo a veces o nunca su familia los apoyaba y que sus familiares se fastidiaban por su dieta o los cuidados requeridos. La percepción de aumento de la dependencia de estos pacientes a sus cuidadores oscilaba entre el 50% de la población además existe una marcada sensación de disminución de la autoridad en el medio familiar así como también rechazo al nuevo régimen de dieta y cuidados por parte de familiares cuidadores de tal forma que existe una directa vinculación con los resultados obtenidos en la presente investigación debido a que el apoyo familiar se percibe de forma regular en un 50% de la población estudiada en los mismos rangos de edad, siendo el área interpersonal en un 100% de los pacientes la que se encuentra mayormente afectada, de tal manera que la mayoría de población indica que este apoyo está limitado a una área específica ya sea económica, emocional o afectiva más no de una forma integral que permita la satisfacción de las necesidades de estos pacientes, además existe coincidencia en cuanto a la adaptación de los familiares a las condiciones médicas, régimen de dieta, ejercicio físico entre otras, de tal forma que existe una deficiente adaptación del núcleo familiar a las exigencias que la Diabetes Mellitus Tipo II supone para los pacientes, siendo estos los que se acoplan a los hábitos familiares y no la

familia al nuevo estilo de vida que requiere una enfermedad de esta naturaleza, lo cual es un factor esencial para descompensaciones futuras.

Por otra parte en lo que respecta a la adherencia al tratamiento, un estudio llevado a cabo durante el 2008 por Martos M., Pozo C. y Alonso E., respecto de la influencia de las relaciones interpersonales en la salud y conductas adaptativas al tratamiento de diabetes en 100 pacientes, muestra que existe una deficiente reciprocidad social ya que perciben que reciben un nivel de apoyo inferior al que ellos proveen a familiares, pareja y amistades situación que incide en la adherencia al tratamiento es así que, alrededor de la mitad de la población intervenida muestra una deficiente adaptación al tratamiento así como también ocasionalmente no cumplen con las recomendaciones y la planificación médica para el tratamiento de esta enfermedad crónica, en este punto, en cuanto se refiere a los niveles de adherencia se muestra una diferencia debido a que en la presente investigación se encontró que alrededor del 50% de la población mantiene una adherencia regular, sin embargo se coincide que en ambos estudios existe un incumplimiento en el tratamiento integral, además existe una clara influencia de los vínculos interpersonales en la adherencia al tratamiento y por ende en la salud integral de los pacientes con padecimiento crónico de Diabetes Mellitus Tipo II.

h. CONCLUSIONES

Una vez concluido el presente trabajo investigativo y luego del respectivo análisis de los datos obtenidos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El apoyo familiar que reciben la mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II es regular debido a que a nivel familiar existe un desconocimiento de la influencia directa que ejerce la familia sobre el bienestar del diabético lo que conlleva a que los niveles de funcionalidad familiar de mayor porcentaje son los moderadamente funcionales, seguido en un porcentaje inferior por un rango disfuncional que no se debe pasar por alto debido a que las condiciones familiares de estos pacientes son poco favorecedoras para su salud integral.
- La soledad y el abandono de los pacientes se considera como uno de los factores de riesgo principales para una descompensación de la salud integral del paciente debido a que en el ámbito interpersonal, las relaciones socio-familiares muestran una deficiencia significativa en la totalidad de los pacientes, se aíslan de sus grupos de pares afines, las relaciones familiares y de pareja se trastocan por los diversos cambios de ánimo presentes en el paciente, cambios de rutinas, y la disminución del libido acompañado de malos hábitos nutricionales, problemas familiares y el incumplimiento terapéutico de los pacientes lo que conlleva a una mala adherencia al tratamiento
- Los pacientes con diabetes Mellitus tipo II objeto de estudio muestran un nivel de adherencia al tratamiento regular, con tendencia a moderada debido a que si bien los pacientes acatan las instrucciones dadas por el personal de salud estas no se cumplen a

cabalidad, el cumplimiento farmacológico en algunas ocasiones se ve interrumpido o alterado por olvidos u ocupaciones del paciente, la alimentación no es rigurosa, el ejercicio físico no es un hábito común en los pacientes y el apoyo familiar se torna deficiente en la mayoría de los pacientes investigados.

- El área física, psicológica, médica, interpersonal y familiar en un paciente diabético no pueden actuar de forma aislada ya que el trabajo conjunto de estas, favorece un equilibrio integral en el paciente, disminuye la probabilidad de descompensaciones y brinda una salud adecuada y por ende mejor calidad de vida que es lo que carecen la mayoría de los pacientes investigados por lo que se presenta una propuesta psicoeducativa basada en educar al paciente y a la familia respecto al manejo integral de estas áreas para una adecuada adherencia al tratamiento.

i. RECOMENDACIONES

- Que el personal de salud del área de clínica del Hospital General Isidro Ayora en coordinación con el departamento de Salud Mental incorpore a la familia en el tratamiento diabético con la finalidad de que conozcan el papel que desempeñan los vínculos afectivos familiares, presten mayor atención, cuidado y protección al diabético y fortalecer el apoyo emocional, afectivo, social y económico entre la familia y el paciente.
- Brindar charlas al paciente diabético encaminadas a la prevención de factores de riesgo de descompensación, basadas en los cinco pilares del tratamiento para la diabetes: dieta, ejercicio, autocontrol, educación en diabetes y tratamiento farmacológico.
- Incentivar a los pacientes a participar de grupos de apoyo como el Club de Diabéticos para mejorar el contacto social y las relaciones interpersonales.
- Brindar al personal de salud asesoría de tipo psicológica con la finalidad de que tengan las herramientas necesarias para el manejo emocional del paciente diabético y muestren mayor empatía en el abordaje inicial de este tipo de patologías logrando una mayor adherencia del paciente a su tratamiento.
- Incorporar dentro del tratamiento diabético, asistencia psicológica obligatoria de cada uno de los pacientes con la finalidad de mantener el equilibrio emocional y brindar al paciente pautas para el afrontamiento del nuevo estilo de vida al que se enfrenta.
- Ejecutar el presente plan Psicoeducativo el cual queda a uso y disposición de la institución y carrera de Psicología Clínica para fortalecer la calidad de vida y salud integral del paciente diabético.
- Incluir dentro de la malla curricular de la carrera de Psicología Clínica dentro de la materia de psicología de la comunidad temáticas enfocadas a cuidados paliativos y abordaje

psicoterapéutico de pacientes con enfermedades catastróficas con la finalidad de que el profesional en formación tenga los recursos técnicos necesarios para desenvolverse dentro del ámbito clínico y hospitalario en relación a patologías de estas características.

j. PROPUESTA PSICOEDUCATIVA

Tema:

La familia y la salud integral en la adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II

PRESENTACIÓN:

La presente propuesta psicoeducativa está encaminada a mejorar la calidad de vida y salud integral del paciente con diabetes mellitus tipo II que asiste al Hospital General Isidro Ayora tomando en cuenta a la familia, factor prioritario de equilibrio integral del paciente diabético, haciendo énfasis en lo favorecedor del apoyo familiar para una buena adherencia al tratamiento, mejor calidad de vida, óptimo estado emocional, y por ende una disminución del índice de descompensación de estos pacientes, con la finalidad de informar, guiar, y fortalecer los lazos familiares, evitar el desarrollo de pluri-patologías y brindarle al paciente las herramientas necesarias para que goce de su vida de una forma integral. Está diseñada de forma clara y precisa, de rápido entendimiento, para ser una herramienta útil para el paciente diabético y su familia, planteado con material teórico y didáctico de fácil aplicación.

OBJETIVOS:

General:

Educar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja y a la familia sobre la importancia del buen ambiente familiar para mantener una buena salud integral y una adherencia al tratamiento de calidad.

Específicos

- Brindar charlas encaminadas a proveer información sobre la diabetes y sus cuidados.
- Generar recursos en los pacientes diabéticos que permitan el mantenimiento de una buena salud integral para evitar posibles complicaciones.
- Informar a los pacientes diabéticos y a su familia sobre la importancia del apoyo y la buena comunicación familiar para una buena adherencia terapéutica.
- Brindar pautas prácticas y de recreación para mejorar la salud integral del paciente diabético.

METODOLOGÍA

La presente propuesta psicoeducativa se basa en el método activo participativo utilizado en charlas dirigidas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al Hospital General Isidro Ayora, así también se utilizará el método expositivo, a través del cual se dará a conocer a los pacientes diabéticos conceptos generales sobre la diabetes y la familia, la importancia de una salud integral y el papel que juega la familia para una buena adherencia al tratamiento.

PLANIFICACIÓN

1. TEMA 1: LA DIABETES, PAUTAS PARA MANTENER UNA BUENA SALUD INTEGRAL.

TECNICA A EMPLEARSE:

Conferencia dirigida a los pacientes diabéticos del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

OBJETIVO:

Reforzar los conocimientos generales sobre la diabetes y los componentes necesarios para una buena salud integral.

DURACIÓN:

Charla de 45 a 60 min.

RECURSOS HUMANOS:

Expositora

Pacientes Diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora de Loja

RECURSOS MATERIALES:

Infocus

Computadora

Diapositivas

PROCEDIMIENTO:

Se elaborarán diapositivas sobre conceptos, tipos, causas, complicaciones, factores de riesgo de descompensación, importancia de una buena adherencia al tratamiento, salud integral, factores que componen la salud integral, cambios emocionales y pautas generales para mantener una buena salud integral. Terminada la exposición se dará paso a la exposición de interrogantes por parte de los pacientes y finalmente se evaluará de forma oral los conocimientos adquiridos y se establecerá acuerdos y compromisos en relación al tema tratado.

2. TEMA 2: LA FAMILIA, COMPONENTE PRIMARIO DE LA SALUD INTEGRAL DEL PACIENTE DIABÉTICO

TECNICA A EMPLEARSE:

Conversatorio dirigido

Conferencia continúa dirigida a los pacientes con Diabetes mellitus tipo II que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja

OBJETIVO:

Dar a conocer a los pacientes diabéticos y a sus familiares el papel primordial que desempeña la familia dentro del tratamiento diabético.

DURACIÓN:

De 45 a 60 min

RECURSOS HUMANOS:

Expositora

Pacientes diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora de Loja

Familiares de los pacientes Diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora de Loja

RECURSOS MATERIALES:

Infocus

Computadora

Diapositivas

PROCEDIMIENTO:

Elaboración de diapositivas con contenido de la familia: concepto, tipos, funcionalidad, roles y límites, asertividad, resolución de problemas, la familia y la diabetes, el papel de la familia en el tratamiento diabético; antes de iniciar la exposición respectiva se procederá a entablar un breve conversatorio para conocer el clima familiar de los pacientes y cuán importante creen ellos que es la familia para su equilibrio glucémico y bienestar como paciente diabético, conociendo esto y sacando conclusiones breves se dará paso a la exposición para aclarar las posibles dudas, finalmente se hará énfasis en la importancia de la familia y se entablarán compromisos entre los familiares para que se vuelvan agentes activos en el tratamiento del diabético y el paciente para que permita integrar a su familia en su tratamiento.

3. TEMA 3: EJERCICIO FISICO Y BUENA NUTRICIÓN COMO PARTE DEL CUIDADO INTEGRAL.

TECNICA A EMPLEARSE:

Conferencia continua dirigida a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja

OBJETIVO:

Concientizar a los pacientes con diabetes Mellitus tipo II de la importancia del ejercicio físico y del cuidado en la alimentación para mantener una buena salud integral.

DURACIÓN:

De 45 a 60 min

RECURSOS HUMANOS:

Expositora

Nutricionista del Hospital General Isidro Ayora Loja

Pacientes diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja

RECURSOS MATERIALES:

Infocus

Computadora

Diapositivas

PROCEDIMIENTO:

Previo a la charla se enviará con anticipación la invitación formal a la Nutricionista del Hospital General Isidro Ayora Loja para que participe de forma activa y retroalimente los puntos planteados en este tema. Así mismo se desarrollará la elaboración del material de exposición sobre la importancia del ejercicio físico, beneficios, tipos, ejercicios recomendados en diabéticos, tiempo recomendado, además de alimentación adecuada y cuidados que debe tener un paciente diabético, tipos de alimentos, combinaciones posibles para mantener una alimentación equilibrada dirigida por la expositora con supervisión y apoyo de la nutricionista; después de la exposición se dará paso a la contestación de interrogantes surgidas durante la conferencia.

4. TEMA 4: BIENESTAR PSICOLÓGICO, CONTROL EMOCIONAL Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

TÉCNICA A EMPLEARSE:

Conferencia continua dirigida a los pacientes con Diabetes mellitus tipo II que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja, Psicodrama- técnica grupal

OBJETIVO:

Brindar herramientas al paciente diabético para que mejore su salud psicológica y pueda enfrentarse de una mejor manera a los cambios y conflictos emocionales que genera una enfermedad para toda la vida, así como estrategias que le permitan resolver los conflictos que se le presentan en su vida diaria de una forma asertiva.

DURACIÓN:

De 60 min a 80 min

RECURSOS HUMANOS:

Expositora

Pacientes diabéticos que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja

RECURSOS MATERIALES:

Infocus

Computadora

Diapositivas

PROCEDIMIENTO:

Elaboración de diapositivas con contenido referente al bienestar psicológico, emociones, tipo de emociones, cambios emocionales en el paciente diabético, afrontamiento de problemas, resolución de conflictos, pasividad, asertividad, agresividad. Una vez expuesta la temática se realizará una evaluación breve de la temática para determinar el nivel de aprendizaje de la conferencia, posterior a ello se organizarán grupos según el número de asistentes, a cada uno se dará una temática relacionada a los problemas que enfrentan en su vida diaria de manera que en el grupo representen mediante la técnica del juego de roles, como afrontarían dicha situación tomando en cuenta el estado, pasivo, asertivo, agresivo, indicado durante la exposición.

5. TEMA 5: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, GRUPOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE APOYO

TECNICA A EMPLEARSE:

Conferencia continua dirigida a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al Hospital General Isidro Ayora Loja.

OBJETIVO:

Concientizar a los pacientes con diabetes Mellitus tipo II de la importancia de una buena adherencia al tratamiento para evitar posibles descompensaciones diabéticas y mantener una buena salud integral.

DURACIÓN:

De 45 a 60 min

RECURSOS HUMANOS:

Expositora

Pacientes diabéticos que asisten al hospital general isidro ayora de Loja

RECURSOS MATERIALES:

Infocus

Computadora

Diapositivas

PROCEDIMIENTO:

Elaboración de diapositivas que informen a los pacientes sobre la importancia del cumplimiento farmacológico, controles glucémicos, asistencia regular a controles médicos como pilar fundamental del cuidado diabético, así también se reforzaran los otros pilares de salud integral tratados en las exposiciones anteriores y se dará a conocer los grupos primarios y secundarios de apoyo en el tratamiento diabético con el fin de fortalecer el medio social y médico del paciente.

6. TEMA 6: LOGROS Y APRENDIZAJES ALCANZADOS DURANTE EL PROCESO PSICOEDUCATIVO**OBJETIVO:**

Evaluar los aprendizajes alcanzados durante el proceso e incentivar a los pacientes diabéticos a mejorar su estilo de vida y por ende lograr una salud integral que favorezca su estilo de vida actual.

PROCEDIMIENTO:

Como cierre del presente proceso Psicoeducativo se procederá a evaluar los logros y aprendizajes alcanzados durante las conferencias, que modificaciones se han dado en el estilo de vida de los pacientes, cambios en el clima familiar y cuáles son los cambios a realizar tanto a nivel personal como familiar con el fin de preservar una buena salud del paciente diabético y por ende su calidad de vida. Finalmente, en una hoja se le pedirá al paciente que escriba cuál es su compromiso consigo mismo como paciente diabético con el objeto de comprometer al paciente a mejorar sustancialmente su estilo de vida.

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDADES	TIEMPO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLE
Noviembre 2016	- Gestionar el permiso correspondiente para desarrollar el presente plan Psicoeducativo.	1 a 2 Días	- Se procederá a enviar los oficios respectivos a las autoridades del Hospital General Isidro Ayora para la autorización de la realización del plan Psicoeducativo y la asignación de un lugar específico dentro de la institución para impartirlo.	- Oficios	- Psicóloga Clínica
Diciembre 2016	Tema 1	45-60 min	Conferencia dirigida	- Infocus - Computadora - Diapositivas	- Psicóloga Clínica
Diciembre 2016	Tema 2	45-60 min	Conversatorio Dirigido Conferencia Continua	- Infocus - Computadora - Diapositivas	- Psicóloga Clínica
Diciembre 2016	Tema 3	45-60 min	Conferencia Continua	- Infocus - Computadora - Diapositivas	- Psicóloga Clínica - Nutricionista

Diciembre 2016	Tema 4	60- 80 min	Conferencia Continua Psicodrama-Técnica Grupal	- Infocus - Computadora - Diapositivas	- Psicóloga Clínica
Enero 2017	Tema 5	45-60 min	Conferencia Continua	- Infocus - Computadora - Diapositivas	- Psicóloga Clínica
Enero 2017	Tema 6	- Evaluación de aprendizajes y generación de compromisos			

k. BIBLIOGRAFÍA

Libros y Revistas

Anderson, B. (2007). Preocupaciones Especiales. Diabetes Voice, 42.

Ares, P. (2002). Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela.

Bembire-Taboada R, B.-G. F.-R. (2000). estudio anual de una población diabética por el Médico de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr, 57-62.

Brandon L y Feist, J. (2001). Adherencia a las prescripciones médicas. psicología de la salud. Madrid: Paraninfo, Madrid.

Dasilva, M. A. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 63-68.

GÓMEZ, E. O. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris, 11-20.

Gracia, D. (1991). Modelos actuales de salud, Aproximación al concepto de salud. Labor Hospitalaria, 11-14.

Gracia, D. (1998). Bioética clínica. Bioética clínica, 19.

Jack, M. (1987). Medicina Familiar, Principios y Practicas. Limusa.

Koshinsky, J. (2007). Atención crónica comorbilidad y complicaciones. Diabetes Voice, 7.

L., D. (diciembre 2003). Terapia Familiar. Programa Salud de Adultos. Nivel de Atención. Guías de Atención.

Last, J. (2001). Salud pública y Medicina preventiva. Interamericana-Mc-Graw-Hill.

Lorente, A. P. (2000). Contribución psicológica al autocontrol de la diabetes. En J. M.-A. Bueno, tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades (pág. 545). Madrid: pirámide.

Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). Salud pública y enfermería comunitaria. Graw-Hill-interamericana.

Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). Salud pública y enfermería comunitaria. Madrid: Mc Graw-Hill-interamericana.

Mejía. (1991). Salud Familiar para América Latina. ASCOFAME.

Mercurio, E. (13 de 11 de 2010). Casos de diabetes preocupan en Loja. El Mercurio, pág. 1.

Minuchin., S. (1997). Técnicas de Terapia Familiar. En S. Minuchin., Técnicas de Terapia Familiar. (págs. 64-74). New York.

Navarro, M. d. (2009). Funcionalidad y Disfuncionalidad de la familia. Perspectiva de la psicoterapia familiar, 1-8.

Olson D, R. C. (1989). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. 1.

Ortiz-Gómez MT, L.-B. L.-A. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Revista Cubana Medico Genético Integral.

Polaino-Lorente A, M. C. (2006). Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia (Vol. 3era). España: Universidad de Navarra.

Powers, A. C. (17ava Edición). Capitulo 338: Diabetes Mellitus. En Harrison, Medicina Interna de Harrison (pág. 2280).

Silink, M. (2007). Actuar para Educar. Diabetes Voice, 2.

Sofía Muriel Suarez, M. A. (2012). comportamientos alarmantes. España: Euro México.

Suarez, S. M. (2012). Comportamientos alarmantes. México: mexicana.

Teresa Nury Hoyos Duque, M. V. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Investigación y Educación en enfermería, 194-203.

Electrónicas

Beatriz, S. (MARZO de 2002). El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina. Obtenido de www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102elcuidado.htm ISSN 0123-5583

Bienestar, D. s. (14 de noviembre de 2015). DMedicina.com salud y bienestar. Obtenido de Diabetes: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>

Diabéticos, A. c. (2 de marzo de 2012). Asociación colombiana de diabéticos. Obtenido de Diabetes al día: http://asodiabetes.org/novedades_boletin.php?Id_Noticia=167&Id_Categoria=8

Eia Asen K, T. P. (1997). Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud. Barcelona: Paidós.

Manda, A. (24 de diciembre de 2012). News Medical. Obtenido de Historia de la Diabetes: <http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-%28Spanish%29.aspx>

OMS. (enero de 2015). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

OMS. (marzo de 2013). Organización mundial de la salud. Obtenido de Organización mundial de la salud: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Rodrigo Arizmendi, A. D. (septiembre de 2015). Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán. Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

Tatiana Dilla, A. V. (junio de 2009). Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>

Varela, A. G. (01 de mayo de 2000). Asociación de diabéticos del Uruguay. Obtenido de Diabetes y familia: http://www.adu.org.uy/revista/may_01/diabetes_y_familia.html

I. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.”

Proyecto de Tesis, previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

Autora:

Silvana Macrina Alulima Salazar

Directora:

Dra. Mayra Rivas

LOJA – ECUADOR

69 2015-2016

a.-Tema

LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.

b.- Problemática

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (OMS, Organización mundial de la salud, 2013).

El reciente y vertiginoso aumento del número de personas con diabetes en todo el mundo constituye la mayor epidemia de una enfermedad en la historia del ser humano. Se calcula que cerca de 4 millones de muertes al año están relacionadas directamente con esta afección, que es hoy día la cuarta causa de muerte por enfermedad. (Silink, 2007).

Las personas con diabetes de todo el mundo encuentran muchos obstáculos a la hora de intentar seguir regímenes terapéuticos. Una educación que reconozca el origen cultural y el trato de la familia de las personas con diabetes puede mejorar su capacidad de seguir una rutina de tratamiento. (Koshinsky, 2007)

Para Bárbara Anderson, los miembros de la familia juegan un papel fundamental en el desarrollo evolutivo de los individuos con diabetes mellitus II, especialmente sobre el autocontrol diabético, indica que, tanto el comportamiento familiar en relación a la diabetes como los aspectos generales del funcionamiento de la familia, influyen sobre el grado en el que los enfermos con diabetes, siguen su régimen de control de la glucosa. Los conflictos familiares entre miembros de la familia, tanto los generales como los relacionados con la

diabetes, suelen ir asociados a un mal control diabético y glucémico. El estrés y los conflictos con los seres queridos pueden influir directamente sobre el paciente, disparando las hormonas del estrés; o indirectamente, interrumpiendo el autocuidado. (Anderson, 2007)

La familia es un sistema organizado, que cumple roles y funciones importantes en los miembros del hogar, cuando una persona vive con diabetes, el apoyo familiar es muy importante, la diabetes es una oportunidad para que toda la familia tenga un estilo de vida más saludable, mejoren sus hábitos, hagan ejercicio y cuiden de su salud. Es también una oportunidad para estar más cercanos, fortalecerse y respaldarse; sin embargo una persona que vive con diabetes puede llegar a cansarse si su familia está todo el tiempo interviniendo en lo que hace, lo que come y la manera en que se cuida produciendo cambios drásticos en las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares debido a que puede sentirse perseguido o regañado. A su vez, la familia también se cansa, se preocupa y se estresa, ya que ante la presencia de una enfermedad crónica como es la diabetes el funcionamiento familiar viene a ser alterado, especialmente cuando el paciente es uno de los padres, siendo los hijos los que adoptan el papel de cuidadores y jefes del hogar. (Navarro, 2009)

Los psicólogos y educadores en salud deben fomentar en el diabético que realice actividades que lo ayudarán a mejorar sus interacciones familiares, que son las que sostienen o perjudican su conducta terapéutica, y que en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia. A través de la red familiar, además de los amigos, es posible encontrar apoyo emocional (Ramírez, 2005)

La influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales encargados del control de la diabetes, habiendo consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir su cumplimiento. En otras palabras, si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud; pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa. (Reyes, Garrido y Torres, 2001).

La salud mental y estabilidad emocional también pueden verse afectadas desde el momento del diagnóstico tanto para el paciente como para su familia, ya que el diabético se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión.

En el Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles han experimentado un incremento en el periodo 1994 al 2009 siendo este aumento más notable en los últimos tres años. Para el 2009 los casos notificados de diabetes fueron de 68.635 con una prevalencia de 142 a 1084 por 100.000 habitantes, la incidencia es mayor en la mujer y las tasas más elevadas se presentan en las provincias de la costa que en el resto del país. (CI et al. 2011)

De acuerdo con estudios realizados por el MSP-2010, Se calcula que el 5% de la población lojana sufre diabetes, es decir 20 mil personas, siendo este un grave problema de

salud pública que afecta a la población del mundo, para superar estas dificultades el MSP ha implementado programas de manejo y control de la diabetes para brindar atención en todas las unidades de salud de Loja, logrando grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de esta enfermedad, pero muchos pacientes y sus familiares siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional, dejándose de lado a la familia como factor influyente en el control y manejo de la salud integral de las personas con problemas de diabetes mellitus tipo 2. (mercurio, 2010)

La diabetes no es solo una enfermedad del paciente, sino una enfermedad que afecta al entorno familiar, social y la calidad de vida del paciente; la organización mundial de la salud (OMS) define la calidad de vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico y el entorno en el que este se desenvuelve, principalmente la familia.

El Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja busca atender las patologías que se presentan de una manera eficaz y efectiva, tratando de brindar una atención integral a través de sus diferentes áreas de especialización: clínica.

En base a varias entrevistas realizadas a profesionales de la salud del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, acerca de la influencia que muestra la familia en la salud integral de los pacientes diabéticos, manifestaron que “El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, porque cuando la familia propicia un ambiente favorable reduce los niveles de estrés y mejora el cumplimiento del tratamiento”.

En este hospital está el Departamento de Salud mental, el cual busca velar por la salud mental y emocional de los pacientes, en el cual se ha entrevistado al encargado de este Departamento acerca del mismo tema, quien expresó lo siguiente: “La familia es el apoyo principal en la estabilidad emocional y de salud mental del paciente diabético, por lo tanto la falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar causa descompensación metabólica de la enfermedad, porque muchos pacientes se niegan a continuar con el tratamiento, y están propensos a sufrir desequilibrios emocionales por las múltiples discusiones y confrontaciones con los miembros de la familia”.

Conociendo que la diabetes no es solo una enfermedad que afecta al paciente sino también a la familia, se realizó una entrevista a un grupo de familiares de pacientes diabéticos con mellitus 2, que acompañan al diabético a los controles médicos, y al indagarles acerca los estados emocionales del paciente y las relaciones intrafamiliares en el control de la enfermedad, señalaron: “ Ha sido un cambio en la familia, en la rutina diaria, los cambios de humor son frecuentes e incluso a veces ya se cansa de tomar la medicación, por lo que como familia tratamos de apoyarlo e incentivarlo a que continúe con su tratamiento ya que para nosotros lo más importante es que se mantenga estable para que pueda seguir compartiendo junto a nosotros.”

Por lo tanto una descompensación diabética no solo está asociada a una dieta inadecuada, falta de ejercicio o a la falta de administración del medicamento, sino también a factores relacionados con el ámbito social y familiar del paciente como problemas familiares, preocupaciones, economía, inestabilidad emocional, miedo por el futuro, ira, etc., por lo que es en esta dirección indispensable visualizar una problemática que de manera urgente reclama una respuesta institucional e investigativa, que contemple una atención integral a

este tipo de padecimientos buscando favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se pueden afectar tanto del paciente como su entorno familiar, constituyéndose en un factor importante para lograr indicadores más favorables a su control epidemiológico, estableciendo programas de cuidado encaminados a prevenir su deterioro físico, psicológico y espiritual proveerles de mejores opciones para enfrentar la vida y una enfermedad para toda la vida, sin que la enfermedad se constituya en una carga emocional que les impida disfrutar de un alto grado de bienestar.

Por todo lo expuesto, se plantean las siguientes interrogantes;

¿La descompensación de la salud integral de los pacientes diabéticos solo se debe a una mala dieta, falta de ejercicio y administración farmacológica inadecuada?

¿Influye la familia en la descompensación de la salud integral de los pacientes diabéticos?

¿Influye la familia en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos?

¿En el Hospital General Isidro Ayora y el Departamento de Salud Mental, se han realizado estudios acerca de la influencia de la familia en la salud integral de los pacientes diabéticos?

c.- Justificación

La Universidad Nacional de Loja, el Área de la Salud Humana y La Carrera de Psicología Clínica forma a sus estudiantes con criterio científico y técnico, con valores éticos, que propician la convivencia armónica y contribuyen a la solución de la problemática de la salud mental de la Región Sur del Ecuador. Por lo tanto está en la capacidad de investigar problemas sociales y de salud mental.

El problema de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles como es el caso de la diabetes mellitus 2, y el papel que juegan los miembros de la familia, es fundamental en el desarrollo evolutivo de los individuos con diabetes mellitus 2, ya que el comportamiento familiar en relación a la diabetes, como los aspectos generales del funcionamiento de la familia, influyen sobre el grado en el que los enfermos con diabetes, siguen su régimen de control y controlan sus niveles de glucemia. Los conflictos familiares entre miembros de la familia, tanto los generales como los relacionados con la diabetes, suelen ir asociados a un mal control diabético y glucémico. El estrés y los conflictos con los seres queridos pueden influir directamente sobre el control diabético, disparando las hormonas del estrés; o indirectamente, interrumpiendo el autocuidado. (Bárbara Anderson 2007).

Conocemos que la enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su historia, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Burish y Bradley, 1983 citado por Gil-Roales, 2004). Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada

necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). (Vinaccia Stefano, 2005, pág. 130), ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como sus familiares viven cambios en diferentes aspectos.

Además al Hospital General Isidro Ayora de Loja, acuden pacientes diabéticos al control médico, a veces acompañados por un familiar otras veces solos; frente a lo cual los profesionales y familiares indican que para los pacientes con esta enfermedad el tener que mantener controles y un tratamiento riguroso en muchas de las veces se vuelve tedioso y dificultan su adherencia al tratamiento provocando las recaídas o también llamadas descompensaciones, ante lo cual requieren de apoyo familiar, ya que muchos de ellos llegan con índices muy altos de elevación de la glucosa, que descompensa su salud integral, debido a problemas familiares o hechos estresantes suscitados a lo interno de sus hogares.

Por todo lo expuesto, se justifica la presente investigación por ser única, y no existen investigaciones relacionadas a este campo problemático, ni se encuentran datos estadísticos que determinen la influencia de la familia en la descompensación de la salud integral y adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus 2, por lo tanto esta investigación se proyecta a brindar una base de datos que ayuden a fortalecer la base de datos del Hospital General Isidro Ayora y el Departamento de Salud Mental, así como también brindar a la Universidad Nacional de Loja, al área de la Salud Humana y especialmente a la Carrera de psicología clínica un aporte científico que permita conocer la realidad psicológica y la influencia familiar en estos pacientes.

La calidad de vida de una persona que ha sido diagnosticada con diabetes tipo I o II se puede ver afectada por varios factores. Entre ellos, la incertidumbre sobre lo que sucederá y posibles complicaciones futuras, frustraciones ante inexplicables niveles altos y bajos de la glucosa, así como cumplir diariamente con el tratamiento médico. Esto, a su vez, impacta a la familia ya que restringe su estilo de vida de diferentes formas, la persona siente frustración, desánimo, coraje, estrés, tristeza, entre otras emociones.

La adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a las múltiples funciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud, apoyo familiar y el costo económico de la enfermedad a largo plazo. (Teresa Nury Hoyos Duque, 2011)

Por ello, desde la salud mental y cumpliendo con la visión y misión de la carrera de psicología clínica es necesario reconocer lo que sienten, viven y piensan las personas en situación de enfermedad, en aras de brindar un cuidado integral. Además, aportar con investigaciones que enriquezcan la disciplina de la psicología y medicina para una atención integral del paciente crónico y evitar posibles recaídas o complicaciones derivadas de un mal manejo emocional y una mala adherencia al tratamiento, es por ello que conocedora de la realidad actual del padecimiento de las personas con diabetes mellitus tipo II y la incidencia de la familia en estos pacientes he creído conveniente elevar el siguiente tema de investigación: **“LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE**

DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016.”, el mismo que a más de ser un aporte investigativo busca mejorar la calidad de vida del paciente de forma integral así como determinar la importancia de la familia en el equilibrio diabético y la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

d.- Objetivos

General:

Determinar la influencia de la familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al servicio de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Específicos:

- Identificar los niveles de funcionalidad familiar de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II,
- Precisar los factores de riesgo que contribuyen a la descompensación de los pacientes con diabetes mellitus tipo II,
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II
- Elaborar un plan Psicoeducativo con la finalidad de mejorar la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al servicio de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

e.- Marco Teórico

Capítulo I

1. La Familia
 - 1.1. Antecedentes
 - 1.2. Concepto
 - 1.3. Tipos de familia
 - 1.4. Funciones familiares o Dinámica familiar
 - 1.4.1. Familia Funcional
 - 1.4.2. Familia Disfuncional
 - 1.5. Afrontamiento familiar en enfermedades crónicas
 - 1.6. Familia funcional y Disfuncional en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2
 - 1.7. Paciente diabético y la familia
 - 1.8. Estado emocional en la Diabetes mellitus tipo 2

Capítulo II

2. Salud Integral
 - 2.1. Antecedentes
 - 2.2. Concepto de salud
 - 2.2.1. Salud como lo contrario a enfermedad
 - 2.2.2. Salud como ideal de bienestar
 - 2.2.3. Salud como equilibrio con el entorno
 - 2.2.4. Salud como estilo de vida
 - 2.2.5. Salud como desarrollo personal y social

- 2.3. Salud Integral
 - 2.3.1. Definición
 - 2.3.2. Calidad de Vida
 - 2.3.2.1. Concepto
 - 2.3.2.2. Calidad de vida y diabetes mellitus tipo 2
 - 2.3.2.3. Como mejorar la calidad de vida del paciente diabético
- 2.4. Descompensación de Salud

Capítulo III

- 3. Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
 - 3.1. Definición
 - 3.2. Características
 - 3.3. Clasificación
 - 3.4. Diabetes
 - 3.4.1. Historia
 - 3.4.2. Concepto
 - 3.4.3. Tipos
 - 3.4.4. Diabetes Mellitus Tipo 2
 - 3.4.4.1. Concepto
 - 3.4.4.2. Causas
 - 3.4.4.3. Complicaciones
 - 3.4.4.4. Descompensación diabética
 - 3.4.4.5. Tratamiento
 - 3.4.4.6. Adherencia al tratamiento

Capítulo IV

4. Plan Psicoeducativo

4.1. Concepto

4.2. Objetivos

4.3. Tipos de psicoeducación

4.4. Planificación psicoeducativa

1. La Familia

1.1. Antecedentes

En el ser humano la predisposición de agruparse ha estado presente desde su aparición sobre la faz de la tierra. El hombre no puede vivir solo, necesita asociarse para sobrevivir, y de esta asociación de dos seres humanos, hombre y mujer, surge la procreación y la relación por lo menos entre padres e hijos, a esta asociación humana necesaria se le llama Familia.

La familia hasta llegar a su actual organización, ha debido sufrir diversos cambios a lo largo de la historia, desde los tiempos primitivos los diferentes grupos familiares adoptaron distintos nombres a través del proceso evolutivo que cada uno de ellos sufrió, tiempo después surgen nuevos conceptos para definir estas agrupaciones, hasta llegar al que actualmente utilizamos como es el de "familia (s)".

Todos los seres vivos son impulsados por dos instintos fundamentales: la conservación y la reproducción. Los humanos como seres vivos y bisexuados, cumplen con un instinto de reproducción y es por ello que se forma la familia, que es la célula social. (SARA, 1984)

Conocer detalladamente la evolución que a través de la historia ha tenido la familia, resulta una tarea interminable, ya que el origen de la familia se remonta a tiempos inmemoriales, y del cual no existe una prueba plena y científica que demuestre en forma indubitable la evolución materialista de la familia.

La familia no obstante de, poseer cualidades conservadoras no le exime que a través de las generaciones, ha sufrido modificaciones que suelen ser o parecer muy profundas. Sin embargo, desde una perspectiva analítica, los cambios producidos pueden considerarse como más de forma, que estructurales a la sociedad cambiante, que la naturaleza misma de los elementos.

En estas tres últimas décadas se producen una serie de cambios que repercuten de forma directa en cómo se conforma la familia:

- A nivel legal: se ponen en marcha un conjunto de leyes que persiguen la igualdad legal entre hombres y mujeres ahora otorgándoles el derecho a homosexuales a contraer matrimonio y por consiguiente la adopción.
- A nivel socio-económico: Las regulaciones económicas de los cónyuges en cuanto a régimen de sociedad de gananciales, de separación de bienes y de participación.
- En el plano demográfico: Decaen las tasas de fecundidad y cada día vivimos más años lo que permite una mayor coexistencia de generaciones en los hogares (los hijos/as permanecen más tiempo viviendo con sus padres y las personas mayores viven más tiempo en hogares independientes). Se alarga la edad media para tener hijas e hijos. Los procesos migratorios por otra parte hacen revivir formas de familia que en nuestro país se creían ya inexistentes, como la familia extensa.
- La aparición de las nuevas tecnologías de reproducción asistida: lo que ha permitido que muchas mujeres solas accedan a la maternidad.
- El papel que han tenido las ideas y valores provenientes tanto del Movimiento Asociativo de Mujeres Feministas como del Movimiento de Liberación de Gays y Lesbianas en la transformación de actitudes sociales. Movimientos Sociales que por un lado, han apostado

por la democratización interna de las familias donde lo que hiciera cada uno de sus miembros no se definiese en función del género o de la orientación sexual y, por el otro han luchado por el reconocimiento de la familia y la parentalidad homosexual.

Todos estos cambios que se han ido planteando en estas décadas han motivado la transformación de las ideas, sentimientos y actitudes que las personas tenemos frente a la familia, el matrimonio, la sexualidad, la parentalidad, etc. (SOMARRIVA, 1983).

1.2. Concepto

De acuerdo con los científicos, existen varias versiones que dan cuenta del origen etimológico de la palabra familia, sin que haya verdadera unidad de criterios frente a este aspecto, algunos consideran que la palabra Familia proviene del latín *familiae*, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”

En concepto de otros, la palabra se derivada del término *famulus*, que significa “siervo, esclavo”, o incluso del latín *fames* (hambre) “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un *pater familias* tiene la obligación de alimentar”.

En la actualidad el término "familia" significa realidades diversas. En sentido amplio, es "el conjunto de personas mutuamente unidas por el matrimonio o la filiación"; o aún "la sucesión de individuos que descienden unos de otros", es decir, "un linaje o descendencia", "una raza", "una dinastía". Pero el término tiene también un sentido estricto, mucho más habitual, que los diccionarios dan como primera acepción y que es la única que los sociólogos

suelen tomar en cuenta. En este sentido designa "las personas emparentadas que viven bajo el mismo techo", y "más especialmente el padre, la madre y los hijos".

La familia en su forma evolucionada se ha presentado unida a la institución del matrimonio que atribuye estabilidad social y legal al grupo formado como consecuencia del apareamiento del hombre y la mujer, aunque no se niega la posibilidad de que como hecho existe y ha existido la familia no matrimonial.

La concepción real de la Familia no es simple, por tanto su estudio debe ser abordado desde una perspectiva integradora, que permita observarla y comprenderla tal cual como se presenta en la realidad, esto es, bajo una comprensión fenomenológica holística que revele su verdadera identidad, dinámica y desarrollo, incluyente de todos los aspectos que separadamente son objeto de estudio por cada disciplina.

Para considerar los aspectos disciplinarios enunciados, se presentan a continuación los conceptos y fines de la familia más relevantes en algunas disciplinas:

Concepto Biológico

Como un hecho biológico, la Familia implica la vida en común de dos individuos de la especie humana, de sexo distinto, unidos con el fin de reproducir, y por ende de conservar la especie a través del tiempo. Desde esta óptica, se puede observar a la familia como una agrupación humana de fines eminentemente biológicos; La familia como hecho biológico involucra a todos aquellos que, por el hecho de descender los unos de los otros, o de un progenitor común, generan entre sí lazos de sangre.

Son fines de la familia, bajo este aspecto:

- La multiplicación con la correspondiente adición de nuevos individuos a la sociedad.
- Generar en la pareja el estadio de total goce de sus funciones sexuales.
- Proporcionar a los hijos un concepto firme y vivencial del modelo sexual, que les permita a futuro en su vida, hacer identificaciones claras y adecuadas de sus roles sexuales.
- Perpetuar la especie humana en el tiempo y espacio.

Concepto Psicológico

Para la Psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que es considerada un subsistema social que hace parte del macro sistema social denominado sociedad; esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad.

De otro lado, se podría definir a la familia para la psicología como: la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia

Son fines de la familia, bajo este aspecto:

- Proporcionar a todos y a cada uno de sus miembros, seguridad en el campo afectivo.
- Preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos.
- Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad.
- Manejar bajo esquemas adecuados las crisis, angustia, las emociones y frustraciones, a través del autocontrol.
- Dirigir el desarrollo personal hacia la independencia.

- Canalizar energías y manejar impulsos, la violencia y autoritarismo.
- Proteger a todos sus miembros y prepararlos para la independencia a través de la educación y el respeto.

Concepto Sociológico

Para la sociología, la Familia se constituye por una comunidad interhumana configurada al menos por tres miembros, “es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos”

Observados por su importancia histórico-social, tiene la familia como fines, bajo este aspecto:

- Perpetuar costumbres, cultura e identidad social.
- Reconocer y respetar la autoridad.
- Educar en el lenguaje y en la comunicación escrita, así Como el uso del diálogo y en general de la comunicación como medio de solución de conflictos.
- Respetar las normas de social convención y las particulares de cada núcleo familiar.
- Crear una identificación y seguimiento de roles y modelos de conducta social.
- Crear redes familiares y sociales de acompañamiento y desarrollo social.
- Formar parte integrante del grupo social básico.

Concepto Económico

Para la economía, la Familia se estudia más claramente al considerarla como una “pequeña fábrica” (Becker G, citado por Miró Rocasolano, P) constituye una institución que

basa su existencia en la previsión de costos, gastos monetarios y de ingresos, que llevan a sus miembros, por ejemplo, a considerar a cada hijo como bienes de consumo, como generadores en presente de gastos de inversión que se proyectan como inversión a futuro, considerando correlativamente los ingresos que se han de percibir y la asistencia en la enfermedad y vejez. Por lo anterior se cree que en los países más desarrollados hay un más bajo índice de natalidad.

Los fines económicos de la familia son:

- Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica.
- Dotar a todos sus integrantes, de los elementos materiales mínimos necesarios para suplir sus necesidades básicas.
- Crear una cultura económica de ahorro y manejo de capital, que le permita subsistir y propender constantemente por su desarrollo económico.
- Preparar a cada individuo para su independencia económica.
- Enseñar el uso y manejo de la moneda y el diseño de estrategias económicas.

Concepto Legal

Desde la esfera legal, la familia tiene una connotación que se encuentra supeditada a la normatividad misma y por el momento histórico en que se revise; el concepto definición legal de este término va a depender de la legislación de cada estado o país, y generalmente se encuentra ubicada en la constitución.

Para algunos,...el concepto jurídico de familia solo la considera a partir de la pareja, sus descendientes y ascendientes y, cuando descenden del mismo progenitor, incluye a sus parientes colaterales hasta el cuarto grado. Así las cosas, el concepto jurídico de familia responde al grupo conformado por la pareja, sus ascendientes y descendientes, así como otras

personas unidas por vínculos de sangre o matrimonio o sólo civiles, a los que el ordenamiento positivo impone deberes y otorga derechos jurídicos. (Baqueiro Rojas, E y Buenrostro Báez, R. 2001. P. 9)

En todo caso, el rol y objetivos familiares desde el aspecto fundamentalmente legal son:

- Crear hábitos de autocontrol y de reconocimiento de roles, normas y autoridad.
- Respetar reglas y normas producto de las convenciones sociales y particulares.
- Reconocer los acuerdos y roles de los padres e hijos entre sí y con el contexto, en la esfera de la mutua responsabilidad.
- Diferenciar y respetar los derechos de todos los miembros de la familia y de la sociedad, haciendo distinción entre los miembros por edad, funciones, ubicación e intereses.
- Identificar y cumplir los deberes que les corresponden a sus miembros en su contexto.
- Asumir la comunicación Como principal herramienta de prevención y manejo o solución de conflictos. (GÓMEZ, 2014).

1.3. Tipos de Familia

Familias Biparentales:

- ❖ **Familia Nuclear:** Formada por padre, madre e hijos biológicos
- ❖ **Familia de padrastros:** los padres divorciados son propensos a casarse, los hijos del matrimonio anterior viven con ellos conformando una familia de padrastros.

- ❖ **Familia mezclada:** una familia de padrastros que incluye niños de diversas familias, como los hijos biológicos de matrimonios anteriores de los esposos y los hijos biológicos de la nueva pareja.
- ❖ **Familia adoptiva:** Familias que no pueden tener hijos biológicos por lo que deciden adoptar.

Familias Monoparentales:

Aquellas en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos, madre soltera no casada o divorciada, padre soltero, divorciado o no casado.

Otros tipos de familia:

Aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable.

- ❖ **Familia extendida:** Está constituida por más de dos generaciones. Familia que comparte hogar como abuelos, primos, tíos, etc.
- ❖ **Abuelos solos:** El rol de padres es asumido por los abuelos, debido a que los padres biológicos han muerto, emigrado, o están incapacitados para vivir con ellos.
- ❖ **Familia homosexual:** una pareja homosexual adopta un hijo, o una pareja de lesbianas concibe uno.

- ❖ **Familia de acogida:** Este tipo de familia es considerada temporaria, una familia acepta a una persona sin lazos consanguíneos por determinado tiempo, luego este vuelve a incorporarse a su familia biológica.
- ❖ **Familia de Hecho:** Pareja sin enlace legal. (Berger, 7ma Edición)

Clases de familias según Salvador Minuchín (1997):

Este autor sustenta los siguientes tipos de familia:

Familias de pas de deux: Está compuesta por dos personas por ejemplo: un progenitor y un hijo o una pareja anciana cuyos hijos han dejado el hogar (nido vacío) y su estructura familiar es proclive a una forma de liquen, contrayendo una recíproca dependencia casi simbiótica.

Familias de tres generaciones: Familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación es la configuración familiar más típica en el mundo conformada por abuelos, padres e hijos.

Familias con soporte: Este tipo de familia se caracteriza por la existencia de muchos hijos y uno de ellos el mayor recibe responsabilidades parentales tomando funciones de crianza de los demás niños como representantes de los padres.

Familias acordeón: Uno de los progenitores permanece alejado por tiempo prolongado por ejemplo familias de militares o de migrantes.

Las funciones parentales se concentran en una sola persona al igual que las jerarquías.

Familias cambiantes: Se trata de aquellas familias que cambian de domicilio y de trabajo constantemente por ejemplo: el progenitor soltero que cambia de pareja una y otra vez o también de gerentes que son transferidos a otros lugares de trabajo.

Familias huéspedes: Son familias temporarias es decir que acogen por un determinado tiempo a otra persona como por ejemplo a un niño y luego es regresado a su familia de origen o mudarse a un nuevo hogar huésped.

Familias con padrastro o madrastra: Cuando una persona con hijos se casa de nuevo es decir que un padre o madre adoptivo(a) se agrega a la unidad familiar teniendo que pasar por un proceso de integración que puede ser más o menos logrado, suele suceder que los hijos guarden lealtad a la madre o padre natural según sea el caso.

Familias con un fantasma: Familias que han sufrido muerte o separación de algún miembro presentando problemas para reasignar las tareas del miembro que falta. En el caso de que si se apropiara de las funciones del integrante ausente se consideraría como un acto de deslealtad a su memoria.

Familias descontroladas: Estas familias se caracterizan por la presencia de un miembro que muestra síntomas, no acepta funciones, jerarquías ni normas y varía de acuerdo al estadio de desarrollo que se encuentran los miembros de la familia.

Familias psicossomáticas: La estructura de este tipo de familia incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos debido a que presentan un problema psicossomático de

alguno de los integrantes de la familia parecen enteramente normales puesto que funcionan óptimamente cuando alguien está enfermo. Se destaca por las relaciones de lealtad y de protección, es la familia ideal. (Minuchin., 1997).

1.4. Funciones Familiares

La familia es para el individuo el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o bien, por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales.

La familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros. En este núcleo social se transmiten los principios y actitudes psicosociales. Las conductas, comportamientos y enfermedades pueden delinearse en la interacción de los participantes de una familia. (Jack, 1987). Entre las funciones que se deben llevar a cabo en una familia, está el desarrollo de los roles de los miembros, la comunicación, y las transacciones múltiples. Por eso las personas “pertenece a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales (escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios o asociaciones, etc.). Sin embargo, la familia es el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”. (Mejia, 1991)

Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: Función biosocial, económica, cultural, afectiva y educativa.

Funciones intrafamiliares

Cada participante debe recibir tres funciones básicas por parte de la familia como tal:

- Apoyo y protección para satisfacer las necesidades materiales y biológicas.
- Ayuda para que cada persona logre un desarrollo de su personalidad adecuado, y pueda realizar los roles que le imponen los demás participantes de su familia, así como también la sociedad.
- La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los hijos, entre otros. (Mejía. 1991)

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos de funcionamiento familiar, etc., y puede provocar o no estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros.

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto.

Funciones extrafamiliares

La familia está expuesta a “presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares”. “La respuesta a estos requerimientos exige una transformación constante de la

posición de los miembros de la familia” “para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad”. (L., Diciembre 2003)

El vínculo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca cambios en los otros, los problemas que puedan originarse son debido a deficiencias en la interacción familiar es decir a la disfuncionalidad de la familia como sistema afectando no solamente a uno de sus miembros sino a todos.

Minuchín afirma que "la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro".

1.4.1. Familia Funcional. La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que atraviesa, La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis, que los mantiene unidos a pesar de las crisis que se presenten, permitiendo que se las prograse para que se puedan resolver con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado de madurez.

“La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta, explícita y capacidad de adaptación al cambio”.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad social.

1.4.2. Familia Disfuncional. La disfuncionalidad hace referencia que dentro del sistema familiar existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional además se invierte la jerarquía, su estructura familiar esta lamentablemente alterada es por eso que la interacción entre los miembros es deficiente y existe dificultad en el desarrollo psicosocial de cada subsistema, su adaptación y la resolución de conflictos. No existe comunicación dentro del sistema, no son honestos con ellos mismos ni con el resto de tal manera que cada miembro vela por sus propios intereses. (Navarro, 2009)

Se caracteriza esta familia porque los límites y reglas son rígidos presentan dificultad para cumplir su rol existiendo una lucha constante entre todos contra todos.

1.5. Afrontamiento Familiar en Enfermedades crónicas

El término “afrentar” en un sentido común indica aceptar y resolver alguna situación difícil que incomoda o preocupa a las personas, proceso que un sujeto pone en marcha para hacer frente al estrés, empleando una amplia gama de estrategias y mecanismos psicológicos, para anularlo, dominarlo o reducirlo empleando recursos personales, sociales y afectivos para hacerle frente a la situación en crisis en este caso a la enfermedad (Méndez, 2005).

Dentro de los factores que influyen en el afrontamiento se encuentran: recursos del individuo, características de la enfermedad, factores socioculturales, estrategias y estilos de afrontamiento y sobre todo el apoyo familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, dependen de las características familiares como:

- _ Etapa del ciclo vital
- _ El momento de la vida del paciente,
- _ El grado de solidez de la familia
- _ El nivel socioeconómico,
- _ La función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico (cultura, religión)
- _ La historia familiar; La capacidad de respuesta familiar a los conflictos

La Reacción familiar ante la enfermedad puede generar dos tipos de tendencias:

La tendencia centrípeta: se expresa por una gran cohesión alrededor del enfermo, el cual es el centro de interacciones y atenciones, las complicaciones o recaídas son acompañadas de sobresaltos.

La tendencia Centrífuga: esta se identifica con la presencia de conductas evitativas en relación a la enfermedad.

La enfermedad crónica es irreversible, es decir, una vez iniciada no vuelve atrás, por lo que los cuidados que requiera el paciente van a ser permanentes. En este sentido, comprometen a toda la familia en su cuidado. Afecta a todos los aspectos de la vida familiar y los patrones de esta se transforman para siempre. En la enfermedad crónica la familia es la que soporta la mayor parte de los cuidados, por lo que su implicación en el cuidado del paciente, por parte de los profesionales sanitarios, es más una necesidad que una alternativa de cuidado.

La enfermedad crónica, cuando se presenta, suele provocar una crisis en la familia que la obliga a dedicarse en cuerpo y alma a las demandas del enfermo y a descuidar otras demandas propias; al menos hasta que se logra vencer la fase inicial, ya que si se mantiene mucho tiempo este comportamiento puede llevar a la ruptura (Eia Asen K, 1997)

Algunas familias cuando están en la fase inicial se encierran en sí mismas y se vuelven rígidas a los cambios, como un mecanismo de adaptación inicial a la enfermedad, hecho este que las hace apartarse de otros recursos sociales y temer cualquier cambio; se aíslan. Otro de

los cambios que provoca la enfermedad crónica en la familia es el desarrollo de alianzas entre el enfermo y, sobre todo, el cuidador principal.

Desde el punto de vista de la orientación familiar del abordaje de la enfermedad crónica y para clasificarla, hay que valorar las siguientes áreas:

- El inicio: una enfermedad crónica con un inicio brusco obliga a la familia a un estrés mayor que las que comienzan de forma insidiosa, pero en estas últimas, aunque el estrés es menor, dura más tiempo hasta que se llega al diagnóstico.
- El curso de la enfermedad: puede ser permanente, lo que obliga a la familia a cuidados constantes; progresivamente, la familia está sometida a demandas que van aumentando a lo largo del desarrollo de la enfermedad; y pueden presentarse reagudizaciones, que obligan a la familia a estar en un estado de alerta permanente para detectarlas.
- El pronóstico: ya que una enfermedad permanente no obliga al mismo grado de adaptación a las pérdidas que supone una enfermedad terminal.
- Las incapacidades, minusvalías físicas o psíquicas: dependiendo del contexto socio laboral, pueden ser sobrellevadas mejor o peor; por ejemplo, una incapacidad física será más difícil de soportar por un obrero manual que por un administrativo; la pérdida de las capacidades cognitivas es una de las peores cargas que puede sobrellevar una familia.

Para que una familia afronte la enfermedad de uno de sus miembros, debe poner en marcha una serie de recursos, de cuyo desarrollo dependerá en buena parte el éxito en el afrontamiento y en el abordaje de la enfermedad crónica. Los recursos pertenecen a varias esferas, y la labor del profesional sanitario debe ser la exploración de la familia en estos

términos con un objetivo claro: poner la enfermedad crónica en su lugar, de manera que permita que se siga desarrollando la familia y, al mismo tiempo, que sea la familia el entorno donde se dé respuesta a la mayoría de las necesidades de atención del enfermo (Eia Asen K, 1997)

Smilkstein propuso los recursos que deben poner en marcha las familias, utilizando la regla SCEEM (Sociales, Culturales, Educativas, Económicas y Médicas). Estas son las fuentes de apoyo con las que debe contar una familia.

Las fuentes de recursos sociales se basan en los familiares y en los amigos dispuestos a ayudar, y constituyen la red de apoyo social de la familia. Las asociaciones de enfermos y de autoayuda son otra fuente de recursos sociales.

Las fuentes educativas y culturales hacen referencia al sistema de creencias relativas a la salud. Hay que saber si la familia se ha enfrentado o no a una enfermedad de estas características y cómo respondió.

Es importante conocer la economía de la familia, puesto que, si el enfermo crónico es la única fuente de ingresos, su enfermedad puede ser un gran problema; deben conocerse otras fuentes de apoyo económico con las que cuenta la familia.

Los recursos médicos los aporta el equipo básico de salud (EBS), y es muy importante saber qué tipo de relación quiere tener la familia con este, hasta dónde le permite actuar y qué espera del EBS, para clarificar qué tipo de relación habrá entre la familia y el equipo sanitario.

1.6. Familia Funcional y Disfuncional en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

El apoyo familiar influye positivamente en el cumplimiento adecuado con el tratamiento para la DM, diversos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados, el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza y manifiestan desajustes, desequilibrios que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar.

El funcionamiento Familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. Cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad. (Varela, 2000)

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes.

En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás. (Ortiz-Gómez MT, 1999)

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás.

Otras características semejantes al soporte familiar, conexión, y organización son asociadas con la mejor adherencia y control metabólico. Una reacción a la adaptación del diagnóstico de la diabetes en los miembros de la familia es caracterizado por el compromiso con el régimen y teniendo expectativas realistas.

Típicamente los miembros de la familia se convierten en educadores de la enfermedad, ofreciendo estímulo, mostrándole ayuda cuando lo precise, pero recordando no juzgar. La adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante.

En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.

La reacción de mala adaptación de la familia puede expresarse en una o dos maneras:

- Los miembros de la familia pueden retirarse y no ser soporte para el paciente, sabotando los esfuerzos del paciente o poniendo obstáculos para el buen manejo de la diabetes. Este acercamiento con frecuencia es característica de miedo, de negación y falta de educación.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo.

La dinámica de interrelación que se establece entre la familia y el individuo diabético es uno de los factores determinantes del control metabólico de la persona con esta enfermedad, como reportan Karlsson y Romero Castellanos, los que han descrito que los diabéticos con un medio familiar favorable, aumentan significativamente su conocimiento sobre la enfermedad, reducen el estrés y mejoran la realización del tratamiento.

Un apoyo familiar adecuado, cuando al menos uno de los familiares posee los conocimientos sobre diabetes y sus consecuencias, se preocupa y ayuda a que el diabético realice: dieta, ejercicio físico, tratamiento medicamentoso, así como el chequeo periódico ayudan significativamente al paciente con DMT2. (Bembire-Taboada R, 2000).

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético requieren del apoyo de la familia, para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas; sin esta ayuda el paciente quizá no dé la prioridad necesaria a su propia asistencia.

Las características familiares semejantes a conflictos familiares son predictores a las dificultades de adherencia.

Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes.

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y hecha mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables. (Dasilva, 2005)

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2.

1.7. Paciente Diabético y la Familia

Consideramos que la familia es un apoyo importante para el paciente diabético, por lo que, la descompensación metabólica del paciente, estaría directamente relacionada a una “falta o

insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad. Por tanto, en la medida que sea incorporado un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente diabético, sumado a la colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando adhesividad al tratamiento y con ello, mayor compensación metabólica en el paciente diabético. El simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc. Lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés. Para ello, las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa. El primer recurso es el propio enfermo. En situaciones en que esto no es suficiente hay que disponer de otro tipo de recursos externos que son los denominados "sistemas de apoyo social". En el paciente crónico estos sistemas de apoyo tienen una gran importancia.

Tipos de sistemas de apoyo:

Sistemas de apoyo naturales: Familia, Compañeros de trabajo, Compañeros de estudio, Compañeros de culto y creencias, Amigos, vecinos, etc.

Sistemas de apoyo organizados: Servicios sociales institucionales, Asociaciones de autoayuda, Organizaciones no gubernamentales, Ayuda profesional.

Generalmente se reconocen tres tipos de apoyo: 1. Apoyo emocional: sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y la disponibilidad de alguien con quien hablar. 2. Apoyo tangible o instrumental: prestar ayuda directa o servicios. 3. Apoyo informacional: proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía, que les ayude a resolver sus problemas, éste no es fácil separarlo del emocional.

La enfermedad es una realidad construida y el enfermo un sujeto social. 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 (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) 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. 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 extrafamiliares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.

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 será 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. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones instauran un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. La adaptación de la familia al diagnóstico de la diabetes es extremadamente importante. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos. Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes. Tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. (Jeannette Cifuentes, 2005)

1.8. Estado emocional en la Diabetes mellitus tipo 2. La mayoría de las personas, cuando se enteran de que sufren de diabetes, atraviesan una gama de emociones que comienza con negación y también incluye temor, culpa, enojo, confusión y depresión. Estas emociones son

similares a las que experimenta una persona cuando pierde a un ser querido o a una mascota que ha tenido por mucho tiempo.

Al principio, cuando se le diagnostica la diabetes, es posible que quede atontado.

Algunas personas, incluso, se convencen de que el diagnóstico es incorrecto y que no puede ser verdad. Esto es peligroso, ya que puede conducir a negarse a dar los pasos correctos para manejar la diabetes.

La negación también puede ocurrir más adelante, cuando realiza su plan de control. Algunas personas progresan en el tratamiento de la diabetes, pero luego retornan a un estado en el que la información y los cambios en el estilo de vida se tornan una carga demasiado pesada de sobrellevar, por lo que retoman comportamientos continuos que tenían antes de recibir el diagnóstico

2. Salud Integral

2.1. Antecedentes

Existen muchos conceptos sobre la salud, tal vez tantos como personas y sociedades existen, pues como la mayoría de las concepciones, este es un producto social, dinámico y con transformaciones a través del tiempo.

Desde las culturas primitivas hasta las más modernas, todas han manejado creencias y prácticas sobre la salud, ya fuera para mantenerla o para evitar enfermar. Los griegos, los romanos, el cristianismo, la Edad Media, el Renacimiento, los Siglos XVII al XIX, tuvieron su concepción de salud que evolucionó, cambió y dio sus contribuciones para posteriores desarrollos en la sociedad occidental del siglo XX.

Históricamente, las interpretaciones causales sobre la salud y la enfermedad se han orientado en dos perspectivas: las referidas a la explicación de porqué el hombre enferma y las que hacen énfasis en el discurso sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Situemos los antecedentes de esta reflexión en el mundo griego en donde se reconocen dos corrientes diferenciadas con respecto a la mencionada interpretación: la escuela platónica, coherente con la interpretación divina que los primitivos atribuían a la enfermedad, que establecía que tanto la salud como la enfermedad eran determinadas por un principio no material, el alma divina o pneuma, que afectaba los órganos. La enfermedad se originaba por un castigo de los dioses y no se curaba entonces con medicamentos, sino con cantos, himnos y otros rituales simbólicos. Por su parte, la escuela hipocrática se opuso a esta interpretación teúrgica, insistió en desacralizar las enfermedades y propuso una causa natural para ellas. Hipócrates Planteó que el medio externo tiene efectos en la producción de la enfermedad y reconoció también en ella la incidencia de las características personales; particularmente postuló la existencia de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuyo equilibrio o desequilibrio influían en la salud o la enfermedad y definían el temperamento de cada individuo.

En la Edad Media, bajo el dominio del discurso de la Iglesia Católica, se desconocieron los aportes de las escuelas clásicas y prevaleció de nuevo la interpretación mística de las enfermedades, atribuidas a la ira de Dios o a la acción del demonio. Simultáneamente, la medicina del mundo árabe avanzó en la sustentación materialista de la enfermedad y señaló seis principios que incidían en el mantenimiento de la salud o en la producción de la enfermedad, eran estos: el aire puro, la moderación en el comer y en el

beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.

El Renacimiento, con el nuevo modo de producción capitalista y con su gran avance cultural y científico, revalorizó las enseñanzas de la escuela hipocrática y de la medicina árabe e incentivó la investigación médica ante la necesidad de respuestas prácticas a los problemas de salud que afectaban a la población. El nacimiento de la microbiología, de la mano del invento del microscopio, confirmó la interpretación materialista de la enfermedad pero produjo un esquema biologista unicausal para explicarla.

El vínculo entre la biología y la medicina se hizo más fuerte en el siglo XX, lo que permitió que se ampliaran y profundizaran los conocimientos acerca del sustrato material de las enfermedades, en las que se propone que ya no tienen efectos sólo los microorganismos sino una serie de procesos que ocurren en los órganos, tejidos y células, y en los cuales influyen de forma importante los procesos bioquímicos del organismo. Por su parte, el siglo XXI se define por el paradigma genético bajo el cual se han producido múltiples explicaciones y aplicaciones de esta área a la interpretación y tratamiento de las enfermedades, pero se ha consolidado con más fuerza el esquema unicausal con respecto a que las causas biológicas son las únicas y las últimas para explicar los procesos de salud y de enfermedad.

Esta mirada reduccionista de los problemas de salud ha generado como respuesta que en campos más propios de las disciplinas sociales se haya ido constituyendo una tendencia que cuestiona la mencionada unicausalidad y propone una perspectiva multicausal, donde la interacción entre tres componentes -agente, huésped y ambiente- determinan el

mantenimiento de la salud o la génesis de las enfermedades. Este enfoque advierte sobre la importancia de ingresar en el estudio de los problemas de salud el carácter activo del sujeto humano, que obliga a superar el esquema simplista de que el huésped es una entidad pasiva que recibe el influjo de un agente externo patógeno, y pone en evidencia que múltiples factores, entre ellos los psíquicos y sociales, inciden tanto en el huésped como en el agente y en el ambiente. Esta nueva perspectiva ha hecho necesario que nuevas disciplinas contribuyan al estudio de un campo que tradicionalmente fue exclusivo del discurso médico; particularmente la Psicología, con su rama específica de la Psicología de la salud, se ha configurado como una disciplina que se ocupa de los factores psíquicos y sociales que influyen en el mantenimiento de la salud o inciden en la aparición y evolución de una enfermedad en determinado sujeto (Lince, 2010)

2.2. Concepto de Salud

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona y no simplemente a la ausencia de enfermedades biológicas.

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped

(sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen). (OMS, Concepto.de, 2015).

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de salud holística. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Este concepto holístico de la salud es muy importante, porque le otorga importancias a los otros aspectos de la salud que han sido excluidos de las definiciones anteriores, me refiero al componente emocional y espiritual de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud.

El concepto salud encierra principalmente dos criterios en cuanto a su identificación como "estado sano", esto es, el estado o la manera en que cada uno se encuentra, se

experimenta o percibe y define el "estar sano", que es mucho más amplio que el no estar meramente enfermo. Los criterios que igualan la salud como "estado sano" son básicamente dos: el criterio objetivo (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y el criterio subjetivo (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano). Ambos criterios nos dan las pautas para hablar del significado de estar sano. En cuanto al primer aspecto (el aspecto objetivo), ha sido quizá Pedro Laín Entralgo el que mejor ha abordado dicho tema, distinguiendo cinco criterios objetivos del concepto salud:

- 1) un criterio morfológico (ausencia de lesiones o alteraciones físicas);
- 2) un criterio etiológico (inexistencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo del sujeto);
- 3) un criterio funcional (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional);
- 4) un criterio utilitario (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño);
- 5) un criterio comportamental o conductual (es sano quien está integrado socialmente).

Por lo que corresponde al sentido subjetivo de "estar sano" habría que hablar de algunos motivos psicológicos, como: conciencia de la propia validez, sentimiento de bienestar psico-orgánico, cierta seguridad de poder seguir viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sentimiento de semejanza básica con los demás hombres y la posibilidad de gobernar el juego vital de la soledad y la compañía. (Gracia, Modelos actuales de salud, Aproximación al concepto de salud, 1991).

2.2.1. Salud como lo contrario a enfermedad. Esta etapa, como su nombre lo indica, concibe a la salud como “no estar enfermo”, es decir, asume que si la persona no está enferma entonces está sana. Esta concepción de salud está ligada a que la enfermedad es más fácil y factible de identificar para las personas, mientras la salud es algo más etéreo que no se hace realidad más que en la ausencia de la otra. Sin embargo, hoy se sabe que se puede estar enfermo y sentirse saludable; también sucede lo contrario, que la persona esté sana físicamente pero se sienta enferma.

Salud y enfermedad son conceptos muy amplios, que están sujetos a percepciones históricas, culturales, religiosas, sociales, filosóficas, económicas y políticas concretas. De ahí que su definición pueda ser algo equívoca y, por ende, difícil. No obstante, y siendo conscientes de esta relatividad y de las dificultades de este empeño, podemos comenzar diciendo que salud y enfermedad son dos realidades que afectan al hombre en su totalidad y que ambas están íntimamente imbricadas en las distintas dimensiones que componen la persona y la relación de ésta con su entorno.

2.2.2. Salud como ideal de bienestar. El concepto bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad. La salud, entendida positivamente, implica los conceptos de integridad, eficiencia, y total funcionalismo de mente, cuerpo y adaptación social. También se puede hablar de la salud desde los conceptos de "bienestar social", "bien antropológico", "Derecho innato de la persona" o bajo la expresión "calidad de vida", pero estos otros

términos pueden confundir parcialmente el sentido genuino del vocablo salud.
(Gracia, Bioética clínica, 1998)

2.2.3. Salud como equilibrio con el entorno. Este concepto aparece a principios de la década del 60, cuando Dubos dice que la salud es “el estado puntual de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”. En esta concepción aparece la importancia de la adaptación de las personas con el ambiente, no solamente físico, sino también mental y social. Además reitera que la salud no es lo opuesto a la enfermedad, que es un continuo dinámico, individual y colectivo, “producto de los determinantes sociales (ambientales) y genético-biológico- ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología”. Este concepto resalta que el entorno económico y social en algunas enfermedades es más importante que las condiciones biológicas y físicas de las personas.

2.2.4. Salud como estilo de vida. Promulgada por algunos teóricos en la década de los 70, esta concepción considera al individuo como protagonista de su propia salud, y lo hace responsable de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud. Está derivada de la presencia de eventos de enfermedad en los cuales no hay causas o factores de riesgo biológicos, sino en los que tiene una mayor importancia el comportamiento y la conducta de las personas. En esta definición se enfatiza la responsabilidad individual de la salud, así como la conducta de la persona como derivada de ella.

2.2.5. Salud como desarrollo personal y social. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno

vive ofrece a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. La salud se crea y se vive el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo”, lo que ha configurado una de las principales transformaciones pues la construcción de la salud es permanente y en otros escenarios diferentes a las instituciones de salud (hospitales, clínicas, centros de salud). (Uribe, 2010)

2.3. Salud Integral

2.3.1. Definición. El estado de bienestar general del ser humano, entendiéndose salud física, mental y social, es lo que la OMS (Organización Mundial de la Salud) define como Salud Integral. Es decir, un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo.

De acuerdo con esta definición, la salud no es solo la ausencia de enfermedades o invalidez, sino una condición de desarrollo humano que cada uno, como individuo, debe cuidar y conservar. Sin embargo, es un derecho que los gobiernos de todas las naciones también tendrían que estar obligados a potenciar. (Meraz, 2009)

La salud integral es un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales. De esta manera el ser humano crece en todos los ámbitos de la vida y, por consiguiente se siente sano y feliz.

Desde un enfoque integrador y convergente, podemos decir que la salud integral es uno de los mayores bienes del ser humano y que se inscribe en todas las dimensiones de su existencia. Por eso se puede hablar de salud física, salud

emocional, salud mental, salud social, salud religiosa, salud laboral, salud económica, salud ecológica, etc. Vamos a tratar de ver cómo se concibe la salud desde algunas de estas vertientes o de qué tipos de modelos de salud podemos hablar hoy día:

La salud somática: es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida aquí desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales. La salud vendría dada por los síntomas de alteración o lesión de dichos sistemas o funciones orgánicas.

La salud psíquica: es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar comprender la información dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.). En la salud psíquica cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, así como la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita, pues, vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas.

La salud social: es condición necesaria para la salud física y mental. Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, hábitat, vivienda, alimentación, transportes, contaminación...). La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo

pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interaccionar bien con la gente y el ambiente.

La salud ecológica: esta salud es importante, dado que las posibilidades de llevar una vida mínimamente normal están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, belleza del ambiente, etc. El hombre es un ser vivo solidario del resto de la biosfera, esto es, es un ser con un entorno. El ambiente, pues, puede influir o predisponer a la persona a tener más o menos salud y a desarrollar o no alguna enfermedad. La salud espiritual: este modo de entender la salud no puede quedar ignorado, dada la naturaleza metafísica del ser humano. La salud espiritual debe ser entendida como aquel estado en el que las creencias de una determinada persona o pueblo son incluidas como elementos constituyentes de la existencia y de la felicidad que cada persona o pueblo quiera creer o perseguir. Pero las ideas y creencias pueden ser más saludables unas que otras (sobre todo, algunas imágenes o interpretaciones de lo divino), así como ser más beneficiosas o más dañinas unas que otras para el ser humano. Por otro lado, el mundo de la interioridad no puede ser menospreciado si queremos tener una concepción integral de la salud humana o dotar algunas experiencias humanas de cierto sentido.

Con todo, sostenemos que sigue resultando difícil definir integralmente la palabra salud, quizá porque ninguna definición de las posibles se ajusta de manera perfecta a una realidad tan cambiante, mudable, abierta y dinámica como la salud. Pero también porque es muy complejo encerrar en una determinada palabra todo cuanto el ser humano es o puede llegar a ser en relación a la salud, ya sea en sentido propio o colectivo. (Lince, 2010)

2.3.2. Calidad de Vida.

2.3.2.1. Concepto. La calidad de vida es el objetivo al que debería tender el estilo de desarrollo de un país que se preocupe por el ser humano integral. Este concepto alude al bienestar en todas las facetas del hombre, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua). (Last, 2001)

2.3.2.2. Calidad de vida y diabetes mellitus tipo 2. La diabetes ejerce un efecto enorme en la enfermedad y la muerte, y un cambio significativo en la calidad de vida para aquellos con la enfermedad. La diabetes puede estar asociada con complicaciones graves y muerte prematura. A largo plazo las consecuencias de la diabetes incluyen dificultades de salud, tales como daños a la retina, daño al corazón, problemas circulatorios y renales, la disminución de la calidad de vida, mayor uso de servicios de salud y mayor probabilidad de hospitalización así como el aumento de complicaciones relacionadas con la diabetes. Además, las personas con diabetes informan a menudo restricciones de la actividad, y con menos probabilidad de tener buena salud, en comparación con individuos no diabéticos

Físicamente: Si hay descontrol en la enfermedad se produce deterioro físico, constante y progresivo. En ciertos casos esto puede generar dificultad para que el paciente realice sus actividades cotidianas. Esto a su vez, puede contribuir a exacerbar factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares

Emocionalmente: La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surgen debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de distrés psicológico, ansiedad y depresión.

Aproximadamente, 30% de las personas que viven con diabetes presentan síntomas depresivos clínicamente significativos y del 12% al 18% tienen un trastorno depresivo mayor.

Algunos síntomas para identificar depresión son:

- Cambios en el apetito (aumento o disminución).
- Problemas para conciliar el sueño o dormir demasiado
- Somnolencia excesiva
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba
- Apatía
- Tristeza
- Irritabilidad
- Olvidos
- Falta de energía
- Pensamientos de muerte
- Culpa y autorreproches

- llanto fácil

Algunos pacientes con diabetes pueden presentar ansiedad, que se puede manifestar de la siguiente manera:

- Preocupación excesiva
- Problemas para dormir
- Falta de concentración
- Intranquilidad
- Problemas de conducta alimentaria como son satisfacer emociones a través de la comida o comer grandes cantidades de alimento sintiendo la pérdida de control.
- Tristeza

Socialmente: La relación con familiares y amigos (cuidadores primarios) se puede ver afectada por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.

Por ejemplo, los cambios en la alimentación y otras modificaciones en el estilo de vida del paciente pueden generar una resistencia al cambio en el resto de los integrantes de la familia y afectar su apego a tratamiento. Eventualmente, esto se atribuye a una falta de empatía y a la poca conciencia sobre la enfermedad que tiene tanto el paciente como su familia.

2.3.2.3. *Cómo mejorar la calidad de vida del paciente diabético.* Las personas que viven con diabetes y quieren mejorar su calidad de vida requieren implementar

modificaciones en su vida y necesariamente conocer varios aspectos de su enfermedad tales como:

- Causas de la diabetes
- Eliminación de mitos
- Identificar cuáles son las metas de control saludables
- Conocer el funcionamiento de cada uno de los medicamentos
- Conocer y practicar las conductas de autocuidado
- Saber cuándo se debe realizar estudios de laboratorio
- Ser consciente de qué áreas del cuerpo se pueden ver afectadas
- Reconocer y expresar las emociones o estados de ánimo que afecten en el autocuidado y en el apego al tratamiento.
- Llevar una atención multidisciplinaria para su control y tratamiento.

El objetivo del tratamiento de la diabetes es aumentar la sensación de bienestar, ofrecer alternativas para el seguir con el tratamiento y prevenir las complicaciones incapacitantes de la enfermedad.

El paciente que vive con diabetes, sus familiares y el equipo de salud tendrán que jugar un papel activo y responsable fomentando el autocuidado de tal manera que se logren identificar las ventajas y desventajas de conductas saludables, percibir el beneficio en la salud y aumentar la calidad de vida. (Denise, 2013).

2.4. Descompensación de salud

La descompensación es la ruptura del equilibrio que el organismo ha encontrado durante un cierto periodo de tiempo para poder hacer frente a una enfermedad o a cualquier trastorno.

La descompensación afecta a todas las funciones del cuerpo que pueden alterarse y que el sistema de regulación del cuerpo no es capaz de mantener. A menudo se producen de repente y pueden implicar, también, trastornos de tipo psiquiátrico. (j, 2013)

3. Enfermedades Crónicas no transmisibles

3.1. Concepto

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015)

La enfermedad crónica se define como un " proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible". Otra definición de enfermedad crónica sería "trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo". (Mazarrasa Alvear, German Bes, & Sánchez Moreno, Salud publica y enfermería comunitaria., 1996).

3.2. Características

Hay unas características comunes en las enfermedades crónicas:

1. Padecimiento Incurable: permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.
2. Multicausalidad o plurietiología: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo.
3. Multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular.
4. No Contagiosas: no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
5. Incapacidad Residual: dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.
6. Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.
7. Importancia Social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.
8. Prevenibles: tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz
9. Sentimientos de pérdida: se generan en el paciente respecto a su vida anterior. (Mazarrasa Alvear, German Bes, & Sánchez Moreno, Salud publica y enfermería comunitaria, 1996)

3.3. Clasificación

Las enfermedades crónicas pueden clasificarse de forma muy diversa. Teniendo en cuenta que estas enfermedades presentan unos problemas predominantes que pueden servir como referencia para su clasificación:

1.- Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física: las más significativas son:

- Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas.
- Enfermedades que provocan gran dependencia: renales.

2.- Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación: las más significativas son:

- Enfermedades que en su evolución causan dolor crónico: artritis reumatoide.
- Enfermedades que conllevan pérdida de la imagen corporal: amputaciones, colostomías.

3.- Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida: las más significativas son:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión, cardiopatías.
- Enfermedades metabólicas: diabetes, obesidad.
- Enfermedades respiratorias: EPOC. (Last, 2001)

3.4. Diabetes

3.4.1. Historia. La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes.

Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, con lo cual quería expresar que el agua entraba y salía del organismo del diabético sin fijarse en él. En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes. En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina. Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel).

En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. La primera observación necrópsica en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el "London Medical Journal" en 1788. Casi en la misma época el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras.

En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marcó las normas para el tratamiento dietético basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta

José von Mering y Oskar Minkowski descubrieron en 1889 el papel del páncreas en diabetes. Encontraron que los perros cuyo páncreas fue quitado desarrollaron todos los señales y síntomas de la diabetes y murieron poco tiempo después.

En 1910, Sir Edward Albert Sharpey-Schafer encontró que la diabetes resultó de la falta de insulina. Él llamó el azúcar de sangre de regulación químico como insulina de la “ínsula Latina”, significando la isla, en referencia a los islotes insulina-que producían de Langerhans en el páncreas. (Manda, 2012)

3.4.2. Concepto. La diabetes mellitus constituye un síndrome etiopatogénicamente heterogéneo, caracterizado por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en la sangre inapropiadamente elevados (hiperglucemia) o insuficientes. (Lorente, 2000)

3.4.3. Tipos.: Diabetes Mellitus tipo 1 mediada por procesos autoinmunes: Está causada por la destrucción autoinmune de las células del páncreas. Representa la mayoría de los casos de diabetes mellitus tipo 1. Lo normal es que aparezca en niños o adultos jóvenes, pero también puede darse en otras edades. Suele comenzar de forma brusca. Los factores de riesgo no están bien definidos, pero se sabe que están implicados en su aparición factores genéticos, autoinmunes y

ambientales. Habitualmente el peso es normal o por debajo de lo normal, aunque la presencia de obesidad no es incompatible con el diagnóstico. Los pacientes son propensos a sufrir otras alteraciones del sistema inmunitario.

Diabetes Mellitus tipo 2: Aunque puede aparecer a cualquier edad, es habitual que comience en la edad adulta, después de los 40 años aunque hoy en día se está produciendo un aumento en jóvenes y niños. Se caracteriza por la resistencia a la insulina y usualmente se asocia a un déficit relativo de producción de esta hormona por el páncreas, la obesidad está presente en el 80 por ciento de los pacientes. El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión o trastornos en el metabolismo de la grasas. Representa el 90-95 por ciento del total de casos de diabetes mellitus.

Los pacientes no precisan insulina, aunque pueden requerirla para conseguir controlar el nivel de glucosa. Está frecuentemente asociada con una fuerte predisposición genética, aunque este factor es complejo y no está claramente definido.

A diferencia de los pacientes con diabetes tipo 1, las personas con diabetes tipo 2 no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir. Sin embargo, en algunos casos se podría precisar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física. (Lorente, 2000, pág. 548)

Diabetes gestacional: Comienza o se diagnostica por vez primera durante el embarazo. Aparece entre un 2 y un 5 por ciento de los procesos de gestación. Habitualmente, la paciente recobra el estado de normalidad tras el parto. Las mujeres con diabetes gestacional tienen, a corto, medio o largo plazo, mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Los factores de riesgo para la diabetes gestacional son la obesidad y los antecedentes familiares. (Reyes, 2015)

3.4.4. Diabetes Mellitus Tipo 2.

3.4.4.1. Concepto.: La diabetes mellitus, más conocida como diabetes tipo 2, es una enfermedad crónica que hasta no hace mucho solía producirse generalmente en adultos mayores de 50-55 años, por lo que se la conocía como diabetes del adulto. Sin embargo, en la actualidad es cada vez más frecuente el diagnóstico de esta patología en niños y adolescentes, a causa del alarmante aumento de la obesidad infantil que se ha registrado en los países occidentales durante los últimos tiempos.

La resistencia a la insulina y la secreción anormal de ésta son aspectos centrales del desarrollo de DM de tipo 2. Aunque persisten las controversias en cuanto al defecto primario, en su mayor parte los estudios se inclinan a favor de que la resistencia a la insulina precede a los defectos de su secreción, y que la diabetes se desarrolla sólo si la secreción de insulina se torna inadecuada. (Powers, 17^{ava} Edición)

Su característica más importante es la presencia en la sangre de niveles elevados de glucosa y constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, hasta el punto de que si no se trata adecuadamente pueden desarrollarse

complicaciones muy graves: ictus, infartos de miocardio, neuropatías, afecciones de la retina que pueden llevar a la ceguera, amputación de un pie, etc.

3.4.4.2. Causas. En condiciones normales, la glucosa procedente de la metabolización de los alimentos se concentra en el torrente sanguíneo para llegar hasta las células de los diferentes tejidos –entre ellos los músculos– y transformarse en energía. Esta actividad se lleva a cabo gracias a la acción de la insulina que se produce en el páncreas. Sin embargo, puede llegar el momento en que las células no reaccionen convenientemente ante la presencia de esta hormona. Es lo que se denomina resistencia a la insulina y constituye el paso previo al desarrollo de la diabetes tipo 2. La consecuencia es que las células absorben menos glucosa y ésta se acumula en la sangre, sin que la insulina producida por el organismo, a pesar de que el páncreas la produzca en mayor cantidad, sea suficiente para lograr que éste pueda absorber los azúcares y se mantengan en el torrente sanguíneo. De este modo se produce un círculo vicioso que es el origen de la diabetes mellitus. No obstante, también puede haber un condicionante genético, ya que los hijos de personas que tienen este tipo de diabetes tienen una mayor predisposición para desarrollarla. (SANITAS, 2015)

3.4.4.3. Complicaciones. Después de muchos años, la diabetes puede llevar a problemas serios: Problemas oculares, como dificultad para ver (especialmente por la noche) y sensibilidad a la luz. Posibilidad de ceguera. Desarrollar úlceras e infecciones en piel o pies. Después de un tiempo largo, su pie o su pierna posiblemente necesiten amputación. La infección también puede causar dolor y picazón en otras partes del cuerpo. La diabetes puede dificultar el control de la presión arterial y el colesterol. Esto puede llevar a un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y

otros problemas. Puede resultar difícil que la sangre circule a sus piernas y pies. Los nervios en su cuerpo pueden sufrir daño, causando dolor, picazón y pérdida de la sensibilidad. Debido al daño a los nervios, usted podría tener problemas para digerir el alimento que come. Podría sentir debilidad o tener problemas para ir al baño. El daño a los nervios puede dificultar la erección en los hombres.

El azúcar alto en la sangre y otros problemas pueden llevar a daño renal. Los riñones pueden no trabajar igual de bien como solían hacerlo y pueden incluso dejar de funcionar, así que usted necesita diálisis o un trasplante de riñón.

3.4.4.4. Descompensación Diabética. Los síntomas de la diabetes descompensada, es decir una enfermedad que aunque fue diagnosticada, no se ha podido controlar de forma correcta no van a tardar en aparecer en tu organismo. Una persona está muy descompensada con la diabetes cuando su glucemia está alta y se siente enferma. Generalmente su glucemia es mayor que 250 mg/dl y tiene debilidad, sed, orinadera y visión borrosa. Eso suele ocurrir en un tiempo relativamente corto, incluso de un día para otro (cuando amanece la persona se siente mal). Entre las causas más frecuentes están los estados infecciosos como una gripa, o situaciones que produzcan un estrés fuerte. Hay ocasiones en las que no se puede identificar el origen. También puede ser la primera manifestación de una diabetes tipo 2 que venía padeciendo de tiempo atrás sin ser reconocida o de una diabetes tipo 1 que acaba de comenzar. Cuando la descompensación es muy severa y la falta de insulina no permite que las células del cuerpo usen el azúcar de la sangre como fuente de energía, el organismo empieza a producir los llamados cuerpos cetónicos a partir de las grasas. Esto es lo que se denomina cetoacidosis. (diabeticos, 2012)

3.4.4.5. Tratamiento. El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo 2 no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesario con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

El plan de tratamiento para una persona que padece diabetes tipo 2 consiste en mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de parámetros saludables, y debe garantizar que esas personas podrán crecer y desarrollarse normalmente. Para lograr este objetivo, las personas que padecen diabetes tipo 2 deben ocuparse de lo siguiente: tener una alimentación saludable y balanceada, y seguir un plan de comidas, hacer ejercicio regularmente, tomar los medicamentos en las dosis indicadas y chequear los niveles de azúcar en sangre regularmente. (bienestar, 2015)

3.4.4.6. Adherencia al tratamiento. En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Recientemente, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados

clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (Tatiana Dilla, 2009)

La atención del paciente con diabetes de tipo 1 o 2 requiere un equipo interdisciplinario. Para el éxito de este equipo es fundamental la participación del paciente, sus aportaciones y su entusiasmo, todos ellos esenciales para un tratamiento óptimo de la diabetes. Los miembros del equipo de salud incluyen al médico de atención primaria, el endocrinólogo o diabetólogo, o ambos, un educador en diabetes diplomado y un especialista en nutrición. Además, cuando surgen las complicaciones de la diabetes son fundamentales subespecialistas con experiencia en las complicaciones de la enfermedad (como neurólogos, nefrólogos, cirujanos vasculares, cardiólogos, oftalmólogos y podólogos).

Los diferentes enfoques de la atención de la diabetes a veces reciben diferentes denominaciones, como insulino terapia intensiva, control glucémico intensivo y "control estricto". Sin embargo, en este capítulo se utilizará el término atención integral de la diabetes para resaltar el hecho de que el tratamiento óptimo de la enfermedad implica algo más que el control de la glucosa plasmática. Aunque el control de la glucemia es fundamental en el tratamiento óptimo de la diabetes, la atención integral tanto del tipo 1 como del tipo 2 debe detectar y tratar las complicaciones específicas de la enfermedad y modificar los factores de riesgo de las enfermedades asociadas a la DM. Además de los aspectos físicos de la DM pueden tener también un impacto en la asistencia de esta enfermedad otros de tipo

social, familiar, económico, cultural y laboral. (Powers, 17 ava Edición, pág. 2294)

La diabetes, es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura y una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento.

El tratamiento de la diabetes está basado en cinco pilares, siendo estos la dieta alimenticia, el ejercicio físico, el autocontrol de los niveles de azúcar, una educación para la salud en diabetes, y el tratamiento medicamentoso a base de antidiabéticos orales, o insulina.

Menos del 2% de los pacientes diabéticos cumplen con todas las pautas de tratamiento recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes, destacándose que en esa población la adherencia al tratamiento hipoglucemiante es de 75%, la adherencia al plan alimentario es de 52% y al ejercicio físico es de 26%. Esta mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la responsable de las complicaciones a largo plazo que esta patología genera. (Brandon L y Feist, 2001, pág. 107)

Los factores que mayor influencia tienen en la adherencia se relacionan con el propio paciente, considerado siempre dentro de un entorno y como un subsistema dentro de un sistema, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición.

Los factores más relevantes que se han aducido como componentes o variables que afectan a la adherencia a los tratamientos:

2. Características de la enfermedad y del tratamiento: Gravedad, Duración del tratamiento, Efectos secundarios del tratamiento, Sencillez, complejidad del tratamiento o recomendaciones
2. Características personales del paciente: Nivel intelectual, Gravedad percibida, Niveles de estrés.
3. Factores sociales: Relaciones familiares, Altos niveles de cohesión y apoyo social
4. Características de la relación médico-paciente: Comunicación, Grado de empoderamiento del paciente, Relación de confianza.

4. Plan Psicoeducativo

4.1. Concepto

La psicoeducación hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno o malestar psicológico. Este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

4.2. Objetivos

- ❖ Informar al paciente y a sus familiares sobre el proceso de enfermar para que entienda(n) y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta.
- ❖ Eliminar prejuicios.
- ❖ Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- ❖ Reducir el riesgo de recaídas.

- ❖ Aliviar la carga emocional
- ❖ Reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un enfoque a largo plazo.
- ❖ La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

4.3. Tipos de Psicoeducación

Puede ser: individual, grupal, familiar, incluir solo a los pacientes, realizarse en un entorno clínico o en el hogar; tener una duración de días hasta años.

Implica una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la entrega de información a aquellas que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas.

Se distinguen 2 modelos básicos: los modelos de psicoeducación centrados en la información y los modelos de psicoeducación centrados en la conducta

Los programas de “psicoeducación informativa” suelen ser breves o muy breves (alrededor de cinco a seis sesiones); priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad y tienen una eficacia limitada (repercusión clínica escasa si no modifican actitudes y conductas respecto a la detección precoz de episodios, toma de medicación, hábitos de salud, etc.).

La “psicoeducación conductual” se suele caracterizar por programas largos en los que se priorizan aspectos como: El trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes, etc.

4.4. Planificación psicoeducativa

La psicoeducación eficaz va mucho más allá de la información y aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad mediante: cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes, en la detección precoz de recaídas.

Entendida no como un conjunto de sesiones informativas, sino como un modelo a medio-largo plazo debemos ir incluyendo: actividades y tareas terapéuticas que complementen esa información y habilidades de observación, análisis e intervención que puedan llevar a cabo con sus propios recursos y en el medio cotidiano de su vida diaria.

Desde esta perspectiva, es un modelo claramente orientado a dotar al paciente, y familiares, de medios con los que combatir y/o contrarrestar los efectos de la enfermedad; y entre estos y de forma sustancial la adherencia al tratamiento como uno de los recursos principales del autocuidado.

f.- Metodología

La presente investigación de carácter correlacional y cuali- cuantitativo con un enfoque científico social que busca adquirir información en profundidad para poder comprender el comportamiento humano y las razones que lo gobiernan y aportar a través de datos numéricos y gráficos lo que hemos observado, la cual esta encaminada a analizar la familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al servicio de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo 2015-2016, para lo cual se utilizarán los siguientes métodos empíricos, científicos, los cuales se detallan a continuación:

Métodos.- Analítico- sintético, estudia los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes con el fin de estudiarlas en forma individual para posteriormente integrar dichas partes y estudiarlas de manera holística e integral.

Inductivo-Deductivo, el cual se caracteriza por la inducción de principios explicativos a partir de los fenómenos observados, para posteriormente en una segunda etapa, construir sobre estos principios, enunciados que se refieran y los contengan a los fenómenos; es decir el método deductivo parte de lo general a lo particular a través de la creación de un cuerpo teórico que explique a través de unos principios elementales los fenómenos para determinar cómo influye la familia en la descompensación de la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II los cuales en una segunda parte del proceso se derivaran del método inductivo, además permitirán a través de los mismos la elaboración de las conclusiones y recomendaciones de la presente tesis de investigación.

Descriptivo: que se ocupa de la descripción de datos y características de una población.

Investigación que se va a realizar con corte transversal en el tiempo

TECNICAS E INSTRUMENTOS

- **Entrevista:** De tipo científica, cuya intención es promover la investigación sobre algún tema con la finalidad de obtener información en torno a la labor de un individuo o un grupo de personas, para poder influir sobre las opiniones y sentimientos de la comunidad a la que vaya dirigida la entrevista.
- **Encuesta Semiestructurada:** Es un procedimiento dentro de los diseños de la investigación descriptiva en la que el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente elaborado con el fin de conocer opiniones, ideas o hechos específicos.
- **Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL:** Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar intervenir de una manera más eficaz y efectiva. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.
- **Cuestionario WHOQOL-BREF:** diseñado por la OMS, compuesto por 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

- **Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM III©):** de Villalobos y Araya (2006), orientada a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con Diabetes Mellitus II, el cuestionario incluye cincuenta y cinco oraciones que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II, utilizando una escala Likert de cinco opciones que evalúan frecuencia de ejecución de la situación. Se contemplan siete factores a valorar: Apoyo Familiar, Organización y apoyo comunal, Ejercicio Físico, Control Médico, Higiene y Autocuidado, Dieta y Valoración de la condición Médica.

UNIVERSO

Pacientes con Diagnóstico de Diabetes, familiares y médicos tratantes del Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo 2015-2016, de los cuales se tomara una muestra de 60 pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistan al área de clínica, 10 familiares y 10 médicos tratantes.

Criterios de Inclusión

Se trabajara con Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II del área de clínica del Hospital General Isidro Ayora Loja que hayan firmado el consentimiento informado para formar parte de la presente investigación.

Familiares y médicos tratantes de pacientes para poder obtener información de la calidad de vida de los pacientes desde otro punto de vista al referido por el paciente

Criterios de Exclusión

Se excluye las otras áreas del Hospital General Isidro Ayora Loja no mencionadas en el presente trabajo investigado, pacientes con diabetes mellitus tipo I u otro tipo de enfermedades crónicas no objeto de nuestro estudio.

Procedimiento

Solicitud de permiso a la institución donde se llevara a cabo la presente investigación

Autorización y consentimiento informado de los pacientes objeto de estudio

Aplicación de reactivos psicológicos

CRONOGRAMA

Actividades	2015		2016												
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	
Observación in Situ del HGIAL y áreas de atención a pacientes diabéticos	x	x	x												
Revisión de fuentes bibliográficas y elaboración de problemática y justificación		x	x	x	x	x									
Elaboración del proyecto de tesis y selección de instrumentos de investigación			x	x	x	x	x	x	x	x					
Presentación del proyecto de tesis para su aprobación						x	x	x	x						
Investigación de campo y aplicación de instrumentos						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tabulación y análisis de resultados										x	x	x	x	x	x
Elaboración del informe final											x	x	x	x	x
Presentación de tesis para su aprobación														x	x
Sustentación Pública															x

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS:

INSTITUCIONALES:

- ❖ Universidad Nacional de Loja
- ❖ Área de la Salud Humana
- ❖ Carrera de Psicología Clínica
- ❖ Hospital General Isidro Ayora: Área de clínica

HUMANOS:

- ❖ Asesor de Tesis
- ❖ Investigadora: Silvana Alulima
- ❖ Pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del HGIAL
- ❖ Familiares de los pacientes
- ❖ Médicos del Hospital General Isidro Ayora Loja

PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Gastos de Internet	20.00	120.00
Copias de Material Bibliográfico (Libros)	90	630
Fotocopias	0.02	80.00
Impresiones y anillados	20.00	100.00
Transporte	10	70.00
Impresión Final	30.00	90.00
Empastado de tesis	3	35.00
Imprevistos	---	100.00
TOTAL DE GASTOS		1.225

h. Bibliografía

Libros:

Bembire-Taboada R, B.-G. F.-R. (2000). estudio anual de una población diabética por el Médico de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* , 57-62.

Bennasar, R. (2010). *Trastornos Neuroticos* . Barcelona- España: Lexus editores.

Berger, K. S. (7ma Edición). Capitulo 13: los años escolares: el desarrollo psicosocial. En K. S. Berger, *Psicología del desarrollo* (pág. 410). New York: Panamericana.

Brandon L y Feist, J. (2001). *Adherencia a las prescripciones médicas. psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo, Madrid.

Dasilva, M. A. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 63-68.

Eia Asen K, T. P. (1997). *Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Barcelona: Paidós.

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. BARCELONA: KAIROS.

GÓMEZ, E. O. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20

Gonzalez, L. F. (2010). *Trastornos neurologicos hormonales y psicologicos*. Mexico.

Jack, M. (1987). *Medicina Familiar, Principios y Practicas*. Limusa.

L., D. (Diciembre 2003). Terapia Familiar . *Programa Salud de Adultos. Nivel de Atención. Guías de Atención*.

- Last, J. (2001). *Salud pública y Medicina preventiva*. Interamericana-Mc-Graw-Hill. .
- Lorente, A. P. (2000). Contribucion psicológica al autocontrol de la diabetes. En J. M.-A. Bueno, *tratamiento psicologico de habitos y enfermedades* (pág. 545). madrid: piramide .
- Powers, A. C. (17 ava Edición). Capitulo 338: Diabetes Mellitus. En harrison, *Medicina Interna de Harrison* (pág. 2280).
- SARA, M. D. (1984). *Derecho de la Familia*. Mexico: Porrúa S.A.
- Sofia muriel Suarez, M. A. (2012). *comportamientos alarmantes* . españa: Euromexico.
- SOMARRIVA, U. M. (1983). *Derecho de la familia*. Santiago de Chile: Ediar Editores.
- Suarez, S. M. (2012). *Comportamientos alarmantes*. mexico: mexicana.
- Teresa Nury Hoyos Duque, M. V. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en enfermería*, 194-203.
- Vinaccia Stefano, O. L. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades cronicas*.
- Whishaw, k. (2009). *Neuropsicología humana*. Madrid-España: Panamericana.
- Gracia, D. (1991). Modelos actuales de salud, Aproximación al concepto de salud. *Labor Hospitalaria*, 11-14.
- Gracia, D. (1998). Bioética clínica. *Bioética clínica*, 19.
- Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*.

Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: Mc Graw-Hill-interamericana.

Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Graw-Hill-interamericana.

Minuchin., S. (1997). Técnicas de Terapia Familiar. En S. Minuchin., *Técnicas de Terapia Familiar*. (págs. 64-74). New York.

Navarro, M. d. (2009). Funcionalidad y Disfuncionalidad de la familia. *Perspectiva de la psicoterapia familiar*, 1-8.

Ortiz-Góez MT, L.-B. L.-A. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana Medico Genetico Integral* .

Electrónicas:

Beatriz, S. (MARZO de 2002). *El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad cronica en América latina*. Obtenido de www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102elcuidado.htm ISSN 0123-5583

bienestar, D. s. (14 de Noviembre de 2015). *DMedicina.com salud y bienestar*. Obtenido de Diabetes: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>

Denise, R. A. (2013). *INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO* . Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

diabeticos, A. c. (2 de marzo de 2012). *Asociacion colombiana de diabeticos*. Obtenido de
Diabetes al día:

http://asodiabetes.org/novedades_boletin.php?Id_Noticia=167&Id_Categoria=8

González, G. d.-G. (27 de JUNIO de 2011). *AARP*. Obtenido de
<http://www.aarp.org/espanol/salud/afecciones-y-tratamientos/news-06-2011/depresion-ansiedad-relacionadas-diabetes.html>

j, J. (22 de julio de 2013). Obtenido de CCM SALUD: <http://salud.ccm.net/faq/16070-descompensacion-definicion>

Jeannette Cifuentes, N. Y. (abril de 2005). *Programa de diplomado en salud publica y salud familiar*. Obtenido de la familia apoyo o desaliento para el paciente diabetico:
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf

Manda, A. (24 de Diciembre de 2012). *News Medical*. Obtenido de Historia de la Diabetes:
<http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-%28Spanish%29.aspx>

medical, e. (2014). *elite medical*. Obtenido de elitemedical:
www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas/

Meraz, L. C. (13 de diciembre de 2009). *ESMAS*. Obtenido de
<http://www2.esmas.com/salud/salud-natural/667825/salud-integral-que-significa/>

OMS. (marzo de 2013). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de Organizacion mundial de la salud: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

OMS. (2015). *Concepto.de*. Obtenido de <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>

OMS. (enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Psychological, A. (2016). *American Psychological Association*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>

Reyes, R. (14 de Noviembre de 2015). *DMEDICINA.COM*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>

Rodrigo Arizmendi, A. D. (septiembre de 2015). *Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán*. Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

SANITAS. (2015). *SANITAS*. Obtenido de SANITAS: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/diabetes/son004004wr.html>

Tatiana Dilla, A. V. (junio de 2009). Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>

Uribe, B. P. (2010). *Salud integral: evolución del concepto y propuesta actual*. Obtenido de Herramientas para promoción de l salud en el ambito escolar: http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/salud_integral_evolucion_y_propuesta.pdf

Varela, A. G. (01 de mayo de 2000). *Asociacion de diabeticos del uruguay*. Obtenido de Diabetes y familia: http://www.adu.org.uy/revista/may_01/diabetes_y_familia.html

Revistas y periódicos:

medical, e. (2014). *elite medical*. Obtenido de elitemedical:

www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas/

OMS. (marzo de 2013). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de Organizacion mundial de la salud: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Psychological, A. (2016). *American Psychological Association*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>

Rodrigo Arizmendi, A. D. (septiembre de 2015). *Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán*. Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

mercurio, E. (13 de 11 de 2010). Casos de diabetes preocupan en Loja. *El Mercurio*, pág. 1.

Vinaccia Stefano, O. L. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*.

Beatriz, S. (MARZO de 2002). *El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina*. Obtenido de www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102elcuidado.htm ISSN 0123-5583

González, G. d.-G. (27 de JUNIO de 2011). *AARP*. Obtenido de <http://www.aarp.org/espanol/salud/afecciones-y-tratamientos/news-06-2011/depresion-ansiedad-relacionadas-diabetes.html>

OMS. (enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Graw-Hill-interamericana.

Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: Mc Graw-Hill-interamericana.

- Last, J. (2001). *Salud pública y Medicina preventiva*. Interamericana-Mc-Graw-Hill. .
- Lorente, A. P. (2000). Contribucion psicológica al autocontrol de la diabetes. En J. M.-A. Bueno, *tratamiento psicologico de habitos y enfermedades* (pág. 545). madrid: piramide .
- Reyes, R. (14 de Noviembre de 2015). *DMEDICINA.COM*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
- Powers, A. C. (17 ava Edición). Capitulo 338: Diabetes Mellitus. En harrison, *Medicina Interna de Harrison* (pág. 2280).
- SANITAS. (2015). *SANITAS*. Obtenido de SANITAS: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/diabetes/son004004wr.html>
- Tatiana Dilla, A. V. (junio de 2009). Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>
- Brandon L y Feist, J. (2001). *Adherencia a las prescripciones médicas. psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo, Madrid.
- Whishaw, k. (2009). *Neuropsicología humana*. Madrid-España: Panamericana.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. BARCELONA: KAIROS.
- Gonzalez, L. F. (2010). *Trastornos neurologicos hormonales y psicologicos*. Mexico.
- Bennasar, R. (2010). *Trastornos Neuroticos* . Barcelona- España: Lexus editores.
- Sofia muriel Suarez, M. A. (2012). *comportamientos alarmantes* . españa: Euromexico.
- Manual diagnosstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2009). España: Grafiques 92 S.A.
- Suarez, S. M. (2012). *Comportamientos alarmantes*. mexico: mexicana.
- CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (s.f.). San Rafael : Meditor.
- Denise, R. A. (2013). *INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO* . Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>

- Dasilva, M. A. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 63-68.
- Teresa Nury Hoyos Duque, M. V. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en enfermería*, 194-203.
- SARA, M. D. (1984). *Derecho de la Familia*. Mexico: Porrúa S.A.
- SOMARRIVA, U. M. (1983). *Derecho de la familia*. Santiago de Chile: Ediar Editores.
- GÓMEZ, E. O. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20.
- Berger, K. S. (7ma Edición). Capítulo 13: los años escolares: el desarrollo psicosocial. En K. S. Berger, *Psicología del desarrollo* (pág. 410). New York: Panamericana.
- Jack, M. (1987). *Medicina Familiar, Principios y Practicas*. Limusa.
- Mejia. (1991). *Salud Familiar para América Latina*. ASCOFAME.
- L., D. (Diciembre 2003). Terapia Familiar . *Programa Salud de Adultos. Nivel de Atención. Guías de Atención*.
- Mínuchin., S. (1997). Técnicas de Terapia Familiar. En S. Mínuchin., *Técnicas de Terapia Familiar*. (págs. 64-74). New York.
- Navarro, M. d. (2009). Funcionalidad y Disfuncionalidad de la familia. *Perspectiva de la psicoterapia familiar*, 1-8.
- Méndez. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cancer y su familia. *Gaceta mexicana*, 11.
- Eia Asen K, T. P. (1997). *Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Barcelona: Paidós.
- Ortiz-Góez MT, L.-B. L.-A. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana Medico Genetico Integral* .
- Bembire-Taboada R, B.-G. F.-R. (2000). estudio anual de una población diabética por el Médico de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* , 57-62.

- Varela, A. G. (01 de mayo de 2000). *Asociacion de diabeticos del uruguay*. Obtenido de Diabetes y familia: http://www.adu.org.uy/revista/may_01/diabetes_y_familia.html
- Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*.
- OMS. (2015). *Concepto.de*. Obtenido de <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Gracia, D. (1991). Modelos actuales de salud, Aproximación al concepto de salud. *Labor Hospitalaria*, 11-14.
- Uribe, B. P. (2010). *Salud integral: evolución del concepto y propuesta actual*. Obtenido de Herramientas para promoción de la salud en el ámbito escolar: http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/salud_integral_evolucion_y_propuesta.pdf
- Gracia, D. (1998). Bioética clínica. *Bioética clínica*, 19.
- Meraz, L. C. (13 de diciembre de 2009). *ESMAS*. Obtenido de <http://www2.esmas.com/salud/salud-natural/667825/salud-integral-que-significa/>
- j, J. (22 de julio de 2013). Obtenido de CCM SALUD: <http://salud.ccm.net/faq/16070-descompensacion-definicion>
- Manda, A. (24 de Diciembre de 2012). *News Medical*. Obtenido de Historia de la Diabetes: <http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-%28Spanish%29.aspx>
- diabeticos, A. c. (2 de marzo de 2012). *Asociacion colombiana de diabeticos*. Obtenido de Diabetes al día: http://asodiabetes.org/novedades_boletin.php?Id_Noticia=167&Id_Categoria=8
- Jeannette Cifuentes, N. Y. (abril de 2005). *Programa de diplomado en salud pública y salud familiar*. Obtenido de la familia apoyo o desaliento para el paciente diabético: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf
- bienestar, D. s. (14 de Noviembre de 2015). *DMedicina.com salud y bienestar*. Obtenido de Diabetes: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
- Silink, M. (2007). Actuar para Educar. *Diabetes Voice*, 2.
- Koshinsky, J. (2007). Atención crónica comorbilidad y complicaciones. *Diabetes Voice*, 7.

- Anderson, B. (2007). Preocupaciones Especiales. *Diabetes Voice*, 42.
- World Health Organization. (2015). Diabetes. *IDF Diabetes atlas*, 7.
- Olson D, R. C. (1989). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families.* , 1.
- Polaino-Lorente A, M. C. (2006). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia* (Vol. 3era). España: Universidad de Navarra .
- Ares, P. (2002). *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio.* . La Habana: Editorial Félix Varela.
- medical, e. (2014). *elite medical*. Obtenido de elitemedical:
www.elitemedical.com.mx/general/enfermedades-cronico-degenerativas/
- OMS. (marzo de 2013). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de Organización mundial de la salud: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Psychological, A. (2016). *American Psychological Association*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>
- Rodrigo Arizmendi, A. D. (septiembre de 2015). *Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán*. Obtenido de
<http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>
- mercurio, E. (13 de 11 de 2010). Casos de diabetes preocupan en Loja. *El Mercurio*, pág. 1.
- Vinaccia Stefano, O. L. (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*.
- Beatriz, S. (MARZO de 2002). *El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina*. Obtenido de
www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102elcuidado.htm ISSN 0123-5583
- González, G. d.-G. (27 de JUNIO de 2011). *AARP*. Obtenido de
<http://www.aarp.org/espanol/salud/afecciones-y-tratamientos/news-06-2011/depresion-ansiedad-relacionadas-diabetes.html>
- OMS. (enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

- Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Graw-Hill-interamericana.
- Mazarrasa Alvear, L., German Bes, C., & Sánchez Moreno, A. (1996). *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: Mc Graw-Hill-interamericana.
- Last, J. (2001). *Salud pública y Medicina preventiva*. Interamericana-Mc-Graw-Hill. .
- Lorente, A. P. (2000). Contribucion psicológica al autocontrol de la diabetes. En J. M.-A. Bueno, *tratamiento psicologico de habitos y enfermedades* (pág. 545). madrid: piramide .
- Reyes, R. (14 de Noviembre de 2015). *DMEDICINA.COM*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
- Powers, A. C. (17 ava Edición). Capitulo 338: Diabetes Mellitus. En harrison, *Medicina Interna de Harrison* (pág. 2280).
- SANITAS. (2015). *SANITAS*. Obtenido de SANITAS: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/diabetes/son004004wr.html>
- Tatiana Dilla, A. V. (junio de 2009). Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>
- Brandon L y Feist, J. (2001). *Adherencia a las prescripciones médicas. psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo, Madrid.
- Whishaw, k. (2009). *Neuropsicología humana*. Madrid-España: Panamericana.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. BARCELONA: KAIROS.
- Gonzalez, L. F. (2010). *Trastornos neurologicos hormonales y psicologicos*. Mexico.
- Bennasar, R. (2010). *Trastornos Neuroticos* . Barcelona- España: Lexus editores.
- Sofia muriel Suarez, M. A. (2012). *comportamientos alarmantes* . españa: Euromexico.
- Manual diagnosstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2009). España: Grafiques 92 S.A.
- Suarez, S. M. (2012). *Comportamientos alarmantes*. mexico: mexicana.
- CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (s.f.). San Rafael : Meditor.

- Denise, R. A. (2013). *INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, MÉXICO* . Obtenido de <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/boletinSeptiembre2015.html>
- Dasilva, M. A. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 63-68.
- Teresa Nury Hoyos Duque, M. V. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en enfermería*, 194-203.
- SARA, M. D. (1984). *Derecho de la Familia*. Mexico: Porrúa S.A.
- SOMARRIVA, U. M. (1983). *Derecho de la familia*. Santiago de Chile: Ediar Editores.
- GÓMEZ, E. O. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20.
- Berger, K. S. (7ma Edición). Capítulo 13: los años escolares: el desarrollo psicosocial. En K. S. Berger, *Psicología del desarrollo* (pág. 410). New York: Panamericana.
- Jack, M. (1987). *Medicina Familiar, Principios y Practicas*. Limusa.
- Mejia. (1991). *Salud Familiar para América Latina*. ASCOFAME.
- L., D. (Diciembre 2003). Terapia Familiar . *Programa Salud de Adultos. Nivel de Atención. Guías de Atención*.
- Mínuchin., S. (1997). Técnicas de Terapia Familiar. En S. Mínuchin., *Técnicas de Terapia Familiar*. (págs. 64-74). New York.
- Navarro, M. d. (2009). Funcionalidad y Disfuncionalidad de la familia. *Perspectiva de la psicoterapia familiar*, 1-8.
- Méndez. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cancer y su familia. *Gaceta mexicana*, 11.
- Eia Asen K, T. P. (1997). *Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Barcelona: Paidós.

- Ortiz-Gómez MT, L.-B. L.-A. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana Medico Genetico Integral* .
- Bembire-Taboada R, B.-G. F.-R. (2000). estudio anual de una población diabética por el Médico de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* , 57-62.
- Varela, A. G. (01 de mayo de 2000). *Asociacion de diabeticos del uruguay*. Obtenido de Diabetes y familia: http://www.adu.org.uy/revista/may_01/diabetes_y_familia.html
- Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*.
- OMS. (2015). *Concepto.de*. Obtenido de <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Gracia, D. (1991). Modelos actuales de salud, Aproximación al concepto de salud. *Labor Hospitalaria*, 11-14.
- Uribe, B. P. (2010). *Salud integral: evolución del concepto y propuesta actual*. Obtenido de Herramientas para promoción de l salud en el ambito escolar: http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/salud_integral_evolucin_y_propuesta.pdf
- Gracia, D. (1998). Bioética clínica. *Bioética clínica*, 19.
- Meraz, L. C. (13 de diciembre de 2009). *ESMAS*. Obtenido de <http://www2.esmas.com/salud/salud-natural/667825/salud-integral-que-significa/>
- j, J. (22 de julio de 2013). Obtenido de CCM SALUD: <http://salud.ccm.net/faq/16070-descompensacion-definicion>
- Manda, A. (24 de Diciembre de 2012). *News Medical*. Obtenido de Historia de la Diabetes: <http://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-%28Spanish%29.aspx>
- diabeticos, A. c. (2 de marzo de 2012). *Asociacion colombiana de diabeticos*. Obtenido de Diabetes al día: http://asodiabetes.org/novedades_boletin.php?Id_Noticia=167&Id_Categoria=8
- Jeannette Cifuentes, N. Y. (abril de 2005). *Programa de diplomado en salud publica y salud familiar*. Obtenido de la familia apoyo o desaliento para el paciente diabetico: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf

- bienestar, D. s. (14 de Noviembre de 2015). *DMedicina.com salud y bienestar*. Obtenido de Diabetes: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
- Silink, M. (2007). Actuar para Educar. *Diabetes Voice*, 2.
- Koshinsky, J. (2007). Atención cronica comorbilidad y complicaciones. *Diabetes Voice*, 7.
- Anderson, B. (2007). Preocupaciones Especiales. *Diabetes Voice*, 42.
- Word Health Organization. (2015). Diabetes. *IDF Diabetes atlas*, 7.
- Olson D, R. C. (1989). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. , 1.
- Polaino-Lorente A, M. C. (2006). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia* (Vol. 3era). España: Universidad de Navarra .
- Ares, P. (2002). *Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio*. . La Habana: Editorial Félix Varela.

CERTIFICACIÓN

Yo, **JUAN CARLOS PEÑA SALAZAR** de C.I: 1104222979 con certificación Level BI of The Common European Framework otorgado por THE CANADIAN HOUSE CENTER, según resolución Ministerial N° 320-15 certifico haber realizado la traducción del resumen de la tesis denominada "LA FAMILIA COMO FACTOR DESENCADENANTE DE DESCOMPENSACIÓN EN LA SALUD INTEGRAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016." Bajo la dirección de la Srta. Silvana Macrina Alulima Salazar.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, para uso y beneficio del interesado.



JUAN CARLOS PEÑA SALAZAR

C.I:1104222979

BI OF THE COMMON EUROPEAN FRAMEWORK

ANEXO # 3

ENCUESTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA A FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA

1) A continuación señale con una X la relación que mantiene con el paciente.

Esposo/a	
Hijo/a	
Hermano/a	
padre	
Madre	
Otro (especifique)	

2) A Mas del diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 Qué otra enfermedad padece su familiar

Cáncer	
Hipertensión arterial	
Insuficiencia Renal	
Otra (Especifique)	
Ninguna	

3) Con que frecuencia acompaña a su familiar a los controles médicos

Siempre	De Vez en Cuando	Rara Vez	Nunca

4) Qué tipo de apoyo brinda a su familiar

Económico	
Consejería	
Atención al enfermo	
Apoyo emocional	
Otros (Especifique)	

5) Dentro de la familia se producen cambios producto de la enfermedad de uno de sus miembros. Marque con una X el efecto que causa en su familia el afrontamiento de esta.

Cambio en roles familiares	
Problemas económicos	
Dificultad en las relaciones intrafamiliares	
Cambios emocionales en el paciente	

Conflictos familiares	
Desintegración familiar	
Se mantiene buen ambiente familiar	
Otros (Especifique)	
Ninguno de los anteriores	

6) De los siguientes sistemas de apoyo marque con una X cuales son los más comunes en beneficio de su familiar con diabetes.

Sistemas de Apoyo Naturales		Sistemas de apoyo Organizados	
Familiares		Servicios Sociales	
Amigos		Instituciones Publicas	
Compañeros del trabajo		Club de Diabéticos	
Compañeros de estudio		Organizaciones no gubernamentales	
Compañeros de Religión		EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud)	
Vecinos		Ayuda Medica	
Otros (Especifique)		Terapia Psicológica	
Ninguno de los anteriores		Ninguno de los anteriores	

7) Cuáles son las prácticas que se realizan dentro del hogar para mantener una salud integral de su familiar Diabético.

Cuidado en la alimentación	
Ejercicio Diario	
Controle médicos continuos	
Participación en grupos sociales	
Desarrollo de actividades de Ocio	
Apoyo familiar	
Comunicación adecuada en la solución de problemas familiares	
Cuidado de la salud mental y emocional	
Control en la administración de medicamentos	

8) De las siguientes alternativas cuales son los factores que mayormente influyen en la descompensación diabética de su familiar

Problemas familiares	
Preocupaciones Económicas	
Soledad y Abandono	
Mala comunicación familiar	
Falta de ejercicio	
Mala alimentación	
Mala adherencia al tratamiento	

Alteración del estado de animo	
--------------------------------	--

9) De los factores de riesgo señalados anteriormente en que área considera usted que influyen

Estado emocional	
Salud Integral	
Adherencia al tratamiento	
Ambiente Familiar	
Cambios Comportamentales	
Situación Económica	
Ninguna de las anteriores	

10) Considera usted que el ambiente familiar influye directamente sobre el equilibrio glucémico o en las descompensaciones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

SI	No	En parte

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO # 4

ENCUESTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA A MÉDICOS TRATANTES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA

1) Cargo desempeñado en el Hospital General Isidro Ayora Loja

Descripción	Fr	%
Médico General		20
Médico Especialista (Especifique)		20
Psicólogo/a		13,3
Enfermero/a		20
Otros (Especifique)		26,7
TOTAL	1	100

2) Frecuencia semanal de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 recibidos en la consulta

De 1 a 5 pacientes	
De 5 a 10 pacientes	
De 10 a 15 pacientes	
De 15 en adelante	

3) Motivo de Consulta

Descompensación Diabética	
Control	
Desarrollo de otras patologías	
Problemas emocionales	
Otros (Especifique)	

4) factores de riesgo para que un paciente diabético sea propenso a sufrir una descompensación glucémica desde el punto de vista profesional

Problemas familiares	
Preocupaciones Económicas	

Soledad y Abandono	
Mala comunicación familiar	
Falta de ejercicio	
Mala alimentación	
Incumplimiento del tratamiento	
Alteración del estado de animo	
Otros (Especifique)	

5) Tomando en cuenta su experiencia en la práctica médica a que atribuye en mayor porcentaje las descompensaciones del paciente diabético

Sedentarismo	
Mala Alimentación	
Mala adherencia al tratamiento	
Problemas familiares	
Problemas Emocionales	
Incumplimiento farmacológico	
Aparición de otras enfermedades	
Ninguna de las anteriores	

6) Como puede catalogar el apoyo familiar que reciben la mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Bueno	Malo	Regular

7) Considera usted que el ambiente familiar influye directamente sobre el equilibrio glucémico o en las descompensaciones de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Si	No	En Parte

8) Desde su punto de vista profesional, que pacientes muestran mejor adherencia y cumplimiento al tratamiento:

Aquellos pertenecientes a familias funcionales, que promuevan un ambiente de salud confortable, con jerarquías claras, roles y límites definidos, buena comunicación y con buena adaptación al cambio.	
Aquellos pertenecientes a familias disfuncionales, con incapacidad para reconocer las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de la familia, no se respeta la jerarquía, la interacción y la comunicación entre los miembros es deficiente, existe dificultad en la adaptación y la resolución de conflictos.	

En ambas situaciones se muestra el mismo nivel de Adherencia y cumplimiento al tratamiento	
--	--

9) Que considera usted que se debe implementar en el tratamiento diabético para lograr una buena salud integral y calidad de vida del paciente.

Psicoeducación familiar	
Tratamiento Psicológico personal	
Tratamiento Psicológico Familiar	
Programas Ocupacionales	
Programas de Nutrición	
Otros (Especifique)	
Ninguna De las anteriores	

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

ANEXO # 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en la investigación “**La familia como factor desencadenante de descompensación en la salud integral y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al servicio de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo 2015-2016**”. Antes de que usted decida participar en la presente investigación, por favor lea este consentimiento informado, realice las preguntas necesarias para asegurar que entienda el proceso de investigación en el cual va a participar incluyendo riesgos y beneficios de la misma.

Propósito de Estudio:

La presente investigación permitirá conocer cómo influye la familia en la descompensación de la salud integral y adherencia al tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, con la finalidad de mejorar la calidad de vida, el ámbito familiar y mantener un estado de equilibrio entre el la enfermedad, la familia y el tratamiento de estos pacientes.

Participantes del Estudio:

El estudio es completamente voluntario, usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento que desee sin ser penalizado o perder beneficio alguno, participan pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al área de Clínica del HGIAL.

Procedimiento:

Para la recolección de información que servirá para el presente estudio se solicitara a los voluntarios participar en la contestación de test psicológicos encaminados a conocer el ambiente familiar en el que se desenvuelven, el estado de su salud integral y su nivel de adherencia al tratamiento.

Tiempo requerido:

El tiempo estimado de su aplicación es de aproximadamente 15 minutos.

Riesgos y beneficios:

El estudio no conlleva ningún riesgo, ni se juzgará la información recibida por parte del paciente. Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en la presente

investigación, Su participación es una contribución para mejorar el ámbito personal, familiar, social y tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 la misma que será posible con la información brindada por su parte.

Privacidad y Confidencialidad:

La información brindada se mantendrá en secreto y no será proporcionada a una tercera persona bajo ninguna circunstancia, su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Derecho a retirarse del estudio:

El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación cuando considere necesario, no habrá ningún tipo de sanción o represalias. Sin embargo los datos obtenidos hasta ese momento serán de uso del investigador.

AUTORIZACIÓN

YO,..... una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Silvana Macrina Alulima Salazar, estudiante del décimo módulo de la carrera de psicología clínica, para hacer uso de la información brindada por mi persona en la presente investigación sabiendo que mi participación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento, No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar la salud integral y ámbito familiar de los pacientes con condiciones clínicas similares a las mías. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional de Loja bajo la responsabilidad de su investigadora.

Firma

Cédula:

ANEXO # 6

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted califique o puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi Nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Muchas veces (4) Casi siempre (5)

SITUACIONES	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que os tenemos					
TOTAL					

ANEXO # 7

Cuestionario WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: Señale la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre () Mujer () Edad:.....

Instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior () Otros ()

Estado civil:

Soltero /a () Separado/a () Casado/a () Divorciado/a ()
Unión libre () Otro ()

Con quien vive:

Padres () Pareja () Hijos () Otros familiares ()

Como se relaciona con las personas con las que vive

Bien () Regular () Mal () Otro (Especificar) _____

Siente que alguna(s) de las personas con las que vive lo apoyan

Si () No ()

Quién

Padres () Esposa (o) () Hijos () Otro (Especificar) _____

Qué tipo de apoyo recibe esas personas

Dinero () Consejos () Cuidados () Afecto () Otro (Especificar) _____

Cómo percibe el apoyo que le brindan estas personas

Bueno () Malo () Regular () Otro (Especificar) _____

Quien mantiene la casa

Usted () Padres () Esposo (a) () Hijos () Otro (Especificar) _____

De quien depende económicamente

Usted mismo se mantiene () De sus Padres () De su Esposo (a) ()

De sus Hijos () Otro (Especificar)_____

En su vida diaria usted tiene problemas

Nunca () Pocas Veces () Frecuentemente () Casi Siempre () Siempre ()

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

N°		Muy Mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy Bien
1.	Cómo calificaría su calidad de vida	1	2	3	4	5

N°		Muy Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy Satisfecho
2.	Cuán satisfecho está con su salud	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

N°		Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5

5.	¿Cuánto disfruta de su vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico a sus alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

Nº		Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10.	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuan bien o satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas 2 semanas.

Nº		Muy Insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
16.	¿Cuán satisfecho esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18.	¿Cuán satisfecho esta con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho esta de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho esta con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cuán satisfecho esta con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho esta con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

N°		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO # 8

Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III

Villalobos y Araya (2006)

Abajo se le presentan una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la diabetes mellitus tipo II. Por favor señale para cada situación la cantidad de ocasiones en que se presenta la misma. Las columnas numeradas se deben leer de la siguiente forma:

0: Nunca lo hago

1: Casi nunca lo hago (entre el 1% y el 33% de las ocasiones).

2: Lo hago regularmente (entre el 34% y el 66% de las ocasiones).

3: Casi siempre lo hago (entre el 67% y el 99% de las ocasiones).

4: Siempre lo hago (el 100% de las ocasiones).

Solo debe de marcar una sola opción

SITUACIÓN	Opciones				
	0	1	2	3	4
1. Evito consumir pan dulce					
2. Evito consumir postres dulces					
3. Evito comer golosinas o confites dulces					
4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos					
5. Evito consumir carne con grasa					
6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7. Evito consumir bebidas alcohólicas					
8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9. Utilizo sustituto del azúcar					
10. Evito consumir comidas muy saladas					
11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					

12. Consumo frutas al menos una vez al día					
13. Consumo 8 vasos de agua diarios					
14. Camino para sentirme mejor					
15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicios					
17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					
18. Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19. Me siento menos triste o decaído cuando realizo alguna actividad física					
20. Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física					
21. Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22. Realizo paseos cortos durante el día					
23. Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24. Visito al médico en caso de alguna complicación					
25. Asisto puntualmente a las citas del control de diabetes					
26. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas					
27. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad					
28. Me realizo glucemia cuando el medico lo solicita					
29. Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30. Tengo accesibilidad para ir a traer medicamentos del centro de salud					
31. Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles de glucemia					

32. Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus					
33. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus					
34. Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás					
35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial					
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día					
37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, lima de uñas)					
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
40. Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa					
41. Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte					
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies					
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral en Salud)					
44. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados					
45. Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas					

46. Se organizan en grupos para las prácticas de algún deporte en la comunidad donde vive					
47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive					
48. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes					
49. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia					
50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad					
51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad					
52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético					
53. Después del baño seco mis pies					
54. Asisto a algún lugar (hospital, clínica, EBAIS) para que me limen las uñas de una manera adecuada					
55. Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos					