



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



TÍTULO:

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA PERIODO 2015-2016.

:

Tesis previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

AUTOR:

Cristopher Walter Cañar Sarango.

DIRECTOR:

Lic. Diego Segundo Andrade Mejia Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg. Sc

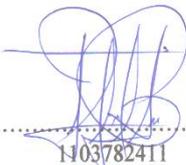
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA

Que la presente investigación titulada “**LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA PERIODO 2015-2016**”. Previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico, realizada por el autor: Cristopher Walter Cañar Sarango, ha sido prolijamente revisada, dirigida y orientada con sus respectivas sugerencias y observaciones señaladas para el presente trabajo investigativo, por lo que considero que reúne las condiciones necesarias, para su presentación ante el tribunal competente consecuentemente para la exposición y defensa pública.

Loja, 30 de Noviembre del 2016.

Atentamente



1103782411

Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, CRISTOPHER WALTER CAÑAR SARANGO, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

AUTOR: Christopher Walter Cañar Sarango.

FIRMA:.....

NÚMERO DE CÉDULA: 0705922334

FECHA: 30 de Noviembre del 2016.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Christopher Walter Cañar Sarango, declaro ser autor de la tesis titulada “**LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA PERIODO 2015-2016**”, como requisito para obtener el título de Psicólogo Clínico, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre 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 cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional 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 treinta días del mes de Noviembre del dos mil dieciséis.

FIRMA:

Autor: Christopher Walter Cañar Sarango

Cédula: 0705922334

Dirección: Celi Román, av. Occidental y Adolfo Valarezo.

Correo electrónico: cris-110890@hotmail.es

Teléfono: 2953220

Celular: 0998421216

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg. Sc

Presidente/a: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc

Vocal: Dra. María Susana Gonzáles García, Mg. Sc

Vocal: Dr. German Vélez.

DEDICATORIA

De antemano a **Dios**, por permitirme seguir adelante lleno de bendiciones fortaleza y sabiduría para lograr una meta más en mi vida

A mis padres, **Gualter y Grimaneza**, por ser ese pilar fundamental en mi vida brindándome su esfuerzo y sacrificio, a mi querida tía **Marieta**, por ser una mamá más, que con sus consejos y apoyo me han formado como persona y profesional, que gracias a ellos podré concluir un objetivo más en mi vida.

De igual manera a mis hermanos, **Erick, Joseth**, a mi gran familia, que me ha llenado de mucha felicidad y de uno u otra manera han aportado con su confianza y apoyo para poder alcanzar mis aspiraciones.

A **Anahy** por haberme brindado sus consejos y apoyo incondicional en la mayoría de los momentos de mi vida. De igual manera a mis grandes amigos, **Dionisio y Víctor** a quienes aprecio, los cuales han sabido apoyarme y alentar durante mi vida estudiantil.

A mis compañeros y amigos de quienes he aprendido y compartido experiencias gratas de las cuales solo me llevo sus más valiosas anécdotas.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y a la Carrera de Psicología Clínica, a mis docentes, que de una u otra manera me brindaron una excelente formación académica.

De manera especial, mi aprecio y gratitud al Mgs. Diego Andrade Mejía, Director de Tesis, por sus aportes, sugerencias brindadas durante todo el proceso de trabajo investigativo, y de forma inequívoca al Psi Cli. Pablo Tapia, Dra. Keny Cueva y Dra. Samantha Rojas que durante mi proceso de formación profesional supieron guiarme de la mejor manera en la resolución de problemas de índole profesional.

Además mi agradecimiento a las autoridades del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, Dra. Dora Ruilova, directora del Hospital y Medicos que laboran en la misma, quienes me dieron la facilidad y apertura necesaria para la realización de la presente investigación.

EL AUTOR

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a.-TÍTULO.....	1
b.-RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c.-INTRODUCCIÓN.....	4
d.-REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
1. Diabetes.....	7
1.1.Definición.....	7
1.2.Tipos de Diabetes.....	8
1.2.1. Diabetes Mellitus tipo 1.....	8
1.2.2. Diabetes Mellitus tipo 2.....	10
1.2.3. Diabetes Gestacional.....	12
1.3.Tratamiento de la Diabetes.....	13
1.3.1. Medicación.....	13
1.3.2. Dieta.....	14
1.3.3. Ejercicio físico.....	15
2. Familia.....	17
2.1.Definición.....	17
2.2.Problemas en el sistema familiar.....	17
3. Adherencia al tratamiento.....	20
3.1.Tratamiento.....	20
3.2.Adherencia al tratamiento.....	20
3.3.Factores inter-relacionados con la no adherencia.....	21
3.4.Implicaciones de la no-adherencia a la terapia.....	23
3.5.Metodología para mejorar la adherencia a la terapia.....	24
e.-METODOLOGÍA.....	27
f.-RESULTADOS.....	31
g.-DISCUSIÓN.....	37
h.-CONCLUSIONES.....	41
i.-RECOMENDACIONES.....	42
PLAN PSICOEDUCATIVO.....	43

j.-BIBLIOGRAFIA.....	52
k.-ANEXOS.....	55

a. Título

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA PERIODO 2015-2016.

b. Resumen

La Organización Mundial de la salud considera a la diabetes como la punta del témpano de las enfermedades crónicas a nivel mundial y estima que para el 2030 será la séptima causa de mortalidad. Es por ello que con el presente trabajo investigativo se pretende identificar pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, determinar la adherencia al tratamiento y cómo influye el apoyo familiar en dicha adherencia. Para el desarrollo del mismo se tomó como muestra 60 pacientes del área de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, con los cuales se llevó a cabo el estudio cuanti-cualitativo y descriptivo, manejando métodos científicos como: inductivo, deductivo, analítico, sintético, apoyado en el uso de instrumentos de alta validez y confiabilidad como el cuestionario de adherencia al tratamiento y apoyo familiar y una ficha elaborada por el propio investigador para registrar el tipo de diabetes en los pacientes. Se pudo evidenciar que la diabetes mellitus tipo dos es la de mayor prevalencia en la muestra de estudio con un 94%. Así también se determinó que el 73% de los pacientes presenta una mala adherencia al tratamiento, y un 65% un mal apoyo familiar. En base a estos criterios se ha propuesto un plan de intervención psicoeducativa encaminada a mejorar la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar.

Palabras clave: Diabetes, enfermedades crónicas, adherencia terapéutica, funcionalidad familiar.

Abstract

The World Health Organization considers diabetes as the top of the iceberg of chronic diseases worldwide and estimates that by 2030 will be the seventh cause of mortality. This is why the present research pretends to identify patients with Type 2 Diabetes Mellitus, determine adherence to treatment and how it influences family support in such adherence. For the development of the study, 60 patients from the clinic area of the Isidro Ayora General Hospital in Loja City were studied, with whom the quantitative-qualitative and descriptive study was conducted, handling scientific methods such as inductive, deductive, Analytical, synthetic, supported by the use of instruments of high validity and reliability such as the questionnaire of adherence to treatment and family support and a record prepared by the researcher himself to record the type of diabetes in patients. It was evidenced that type 2 diabetes mellitus is the most prevalent in the study sample with 94%. It was also determined that 73% of patients had poor adherence to treatment, and 65% had poor family support. Based on these criteria, a psychoeducational intervention plan has been proposed aimed at improving adherence to treatment and family support.

Key words: Diabetes, chronic diseases, therapeutic adherence, family functionality.

c. Introducción

En los últimos años se ha venido observando el aumento de la prevalencia de múltiples enfermedades crónicas. Se estima que en el 2013 hubo aproximadamente 4.695 personas fallecidas por esta enfermedad, lo que significa una tasa de 29,8 por cada 100.000 habitantes. En el año 2000, el número de personas que sufrían de diabetes en el continente americano era de 35 millones, de las cuales 19 millones vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el 2025 este número se incrementará a 64 millones de los cuáles 62% vivirán en América Latina y el Caribe que representa un aproximado de 40 millones. (OMS, 2015) En el Ecuador, la diabetes tiene una incidencia creciente, por lo que ocupa la tercera causa de mortalidad general de las enfermedades crónicas no transmisibles después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. (MSP, 2012)

Tomando en cuenta estas estadísticas, ha surgido un gran número de personas que necesitan ser asistidas debido a la presencia de una enfermedad crónica como lo es la diabetes. A partir del momento en que la familia y el individuo se enteran de la presencia de la patología, enfrentan de diferentes maneras todo lo que conlleva el proceso de dicha enfermedad, se van definiendo roles y los diferentes niveles de cuidado del paciente con diabetes de acuerdo a los recursos de cada miembro de la familia. La falta de adherencia al tratamiento y la falta de apoyo familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, son factores que afectan directamente a la salud mental. Es decir, si los pacientes no se ajustan al tratamiento adecuado para combatir su enfermedad como realizar ejercicio 30 minutos al día dos veces a la semana, mantener una alimentación balanceada con las calorías y carbohidratos necesarias divididas en 5 comidas en el día y seguir con las indicaciones del médico encaminadas a mantener un adecuado control de su diabetes con la toma de sus medicamentos. **En comparación con**

las personas no diabéticas, la gravedad de las Enfermedades Mentales suelen ser predominantes. Así mismo la combinación de los trastornos psicológicos y la diabetes es especialmente perjudicial porque puede tener un impacto negativo en los resultados psicosociales y médicos.

En base a lo manifestado se lleva a cabo la presente investigación titulada: “La Adherencia al Tratamiento y su relación con el Apoyo Familiar de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que se encuentran hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora periodo 2015-2016”. Planteando como objetivo general determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que se encuentran Hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, y como objetivos específicos; identificar los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentran Hospitalizados en el Área de Clínica, determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Indagar cómo influye el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y finalmente Elaborar un plan de psicoeducación encaminado a incentivar al paciente diabético y a su familia, la adherencia al tratamiento y la importancia del apoyo familiar.

El diseño de la presente investigación se ubica dentro del campo de la investigación cuantitativa y descriptiva que maneja métodos científicos como: inductivo, deductivo, analítico, sintéticos, que se apoyaron en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado, como la ficha de identificación que nos permite identificar el tipo de diabetes y el cuestionario de adherencia al tratamiento y apoyo familiar que nos ayudó a ver el tipo de adherencia al tratamiento de la diabetes y a su vez el tipo de apoyo familiar que tienen

los pacientes. Para el desarrollo del mismo se tomó como muestra 60 pacientes del área de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

En el presente estudio se realizó la siguiente revisión de literatura, donde se planteó tres capítulos para abordar las variables propuestas. Dentro del capítulo uno denominado Diabetes tenemos, definiciones, tipos de Diabetes, causas, síntomas y tratamiento. Mientras que el capítulo dos llamado Familia tenemos definición de familia y problemas en el sistema familiar. Para culminar el capítulo número tres de Adherencia al Tratamiento tenemos, definición de tratamiento y adherencia al tratamiento, factores interrelacionados con la no adherencia, implicaciones de la no adherencia a la terapia y metodologías para mejorar la adherencia a la terapia.

Finalmente y frente a esta realidad se ha desarrollado un plan de intervención psicoeducativa encaminada a mejorar la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar, dirigido al paciente y sus familiares.

d. Revisión de literatura

1. Diabetes

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que ingiere, la insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. En la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre.

Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Puede dañar los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes también puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y la necesidad de amputar un miembro. Las mujeres embarazadas también pueden desarrollar diabetes, llamada diabetes gestacional.

Un análisis de sangre puede mostrar si una persona tiene diabetes. Un tipo de prueba, la A1c, también puede comprobar cómo está manejando la diabetes. El ejercicio, el control de peso y respetar el plan de comidas puede ayudar a controlar la diabetes. También se debe controlar el nivel de glucosa en sangre y en caso de presentar una descompensación se deberá tomar los medicamentos prescritos por el médico. (Pike, 2016)

1.1. Definición.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2015)

De igual forma, la Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de

la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (Arteaga A. Maiz A., 2000)

1.2. Tipos de Diabetes

1.2.1. Diabetes mellitus tipo 1

a) Definición.

La diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva una afectación micro vascular y macro vascular que afecta a diferentes órganos como ojos, riñón, nervios, corazón y vasos. La diabetes tipo 1 (DM1) corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil, en la que la destrucción de las células β del páncreas conduce a una deficiencia absoluta de insulina (Vasco, 2012)

b) Causas

La diabetes tipo 1 puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes.

La causa exacta de este tipo de diabetes se desconoce. La más probable es un trastorno autoinmunitario, una afección que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error y destruye el tejido corporal sano. Con la diabetes tipo 1, una infección o algún otro desencadenante hacen que el cuerpo ataque por error las células productoras de insulina en el páncreas. La tendencia a presentar enfermedades autoinmunitarias, incluso la diabetes tipo 1, puede ser hereditaria. (Jameson, 2015)

c) Síntomas.

Los síntomas de la diabetes descompensada están claramente definidos: poliuria, polidipsia, astenia y adelgazamiento inexplicado.

En la primera infancia, el aumento de la diuresis es enmascarado por el uso de pañales y la sed se manifiesta por llanto o irritabilidad, por lo que el diagnóstico se retrasa y los niños llegan a la consulta médica, frecuentemente, en cetoacidosis diabética. Dentro de los síntomas que pueden presentarse tenemos (Pablo, 2008):

Azúcar alto en la sangre

Los siguientes síntomas pueden ser los primeros signos de diabetes tipo 1 o pueden ocurrir cuando el azúcar en la sangre está alto: estar muy sediento, sentirse hambriento, sentirse cansado a toda hora, tener visión borrosa, sentir entumecimiento o sentir hormigueo en los pies, perder peso sin proponérselo, orinar con mayor frecuencia (incluso el orinar de noche o mojarse en la cama en los niños que pasaban las noches secos antes)

Los siguientes síntomas se presentan en personas, que tienen el azúcar en la sangre muy alto (cetoacidosis diabética): respiración profunda y rápida, Boca y piel seca, cara enrojecida, aliento con olor a fruta, náuseas o vómitos, incapacidad para retener líquidos, dolor de estómago

Azúcar bajo en la sangre

El azúcar bajo en la sangre (hipoglucemia) se puede presentar rápidamente en personas con diabetes que estén tomando insulina. Los síntomas aparecen generalmente cuando el nivel de azúcar en la sangre cae por debajo de 70 miligramos por decilitro (mg/dL).

Estos síntomas se presentan en personas con hipoglucemia: dolor de cabeza, hambre, nerviosismo, latidos cardíacos rápidos (palpitaciones), temblores, sudoración, debilidad

1.2.2. Diabetes Mellitus tipo 2

a) Definición

Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere). (Arteaga A. Maiz A., 2000)

b) Causas

Su naturaleza genética ha sido sugerida por la altísima concordancia de esta forma clínica en gemelos idénticos y por su transmisión familiar. Si bien se ha reconocido errores genéticos puntuales que de algunos casos, en la gran mayoría se desconoce el defecto, siendo lo más probable que existan alteraciones genéticas múltiples (poligénicas). El primer evento en la secuencia que conduce a esta Diabetes es una resistencia insulínica que lleva a un incremento de la síntesis y secreción insulínica, e hiperinsulinismo compensatorio, capaz de mantener la homeostasia metabólica por años. Una vez que se quiebra el equilibrio entre resistencia insulínica y secreción, se inicia la expresión bioquímica (intolerancia a la glucosa) y posteriormente la diabetes clínica. Los individuos con intolerancia a la glucosa y los diabéticos de corta evolución son hiperinsulinémicos y esta enfermedad es un componente frecuente en el llamado Síndrome de Resistencia a la Insulina o Síndrome Metabólico. Otros componentes de este cuadro y relacionados con la insulina-resistencia y/o hiperinsulinemia son hipertensión

arterial, dislipidemias, obesidad tóraco-abdominal (visceral), gota, aumento de factores protrombóticos, defectos de la fibrinólisis y aterosclerosis. Por ello, estos sujetos tienen aumentado su riesgo cardiovascular. La obesidad y el sedentarismo son factores que acentúan la insulina-resistencia. La obesidad predominantemente visceral, a través de una mayor secreción de ácidos grasos libres y de adipocitoquinas (factor de necrosis tumoral alfa, interleuquinas 1 y 6) y disminución de adiponectina, induce resistencia insulínica. Si coexiste con una resistencia genética, produce una mayor exigencia al páncreas y explica la mayor precocidad en la aparición de DM tipo 2 que se observa incluso en niños. Para que se inicie la enfermedad que tiene un carácter irreversible en la mayoría de los casos, debe asociarse a la insulina-resistencia un defecto en las células beta. Se han postulado varias hipótesis: agotamiento de la capacidad de secreción de insulina en función del tiempo, coexistencia de un defecto genético que interfiere con la síntesis y secreción de insulina, interferencia de la secreción de insulina por efecto de fármacos e incluso por el incremento relativo de los niveles de glucosa y ácidos grasos en la sangre (glucolipototoxicidad). La Diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva en que a medida que transcurren los años su control metabólico de va empeorando producto de la resistencia a la insulina y a mayor deterioro de su secreción. (Arteaga A. Maiz A., 2000)

c) Síntomas

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. (OMS, 2004)

1.2.3. Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas. (OMS, 2015)

a) Causas

Las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina. Cuando esto sucede, los niveles de glucosa se pueden incrementar en la sangre de una mujer embarazada. Una persona está en mayor riesgo de padecer diabetes gestacional si (White, 2016): tiene más de 25 años al quedar embarazada, proviene de un grupo étnico con un mayor riesgo, como hispanoamericano, afroamericano, nativo americano, del sudeste asiático o de las islas del Pacífico, tiene antecedentes familiares de diabetes, dio a luz a un bebé que pesó más de 9 lb (4 kg) o que tuvo una anomalía congénita, tiene hipertensión arterial, tiene demasiado líquido amniótico, ha tenido un aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable, tenía sobrepeso antes del embarazo, aumentó excesivamente de peso durante su embarazo, presenta síndrome de ovario poliquístico.

b) Síntomas

En la mayoría de los casos no se presentan síntomas. El diagnóstico se realiza durante un estudio prenatal de rutina. En casos en los que se presentan síntomas, estos pueden incluir (White, 2016): visión borrosa, fatiga, infecciones frecuentes, entre ellas las de vejiga, vagina y piel, aumento de la sed, incremento de la micción, náuseas y vómitos, pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito.

1.3.Tratamiento de la Diabetes.

El tratamiento de la diabetes mellitus 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. Un adecuado tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares centrales: medicación, dieta y ejercicio físico. (Medico, 2016):

1.3.1. Medicación

Dentro del tratamiento farmacológico podemos encontrar diferentes tipos de medicamentos para la diabetes, esto dependerá mucho del tipo ya que no todos los pacientes reciben el mismo tratamiento, entre estos tenemos:

- Fármacos hipoglucemiantes orales: Se prescriben a personas con diabetes tipo 2 que no consiguen descender la glucemia a través de la dieta y la actividad física, pero no son eficaces en personas con diabetes tipo 1.
- Tratamiento con insulina: En pacientes con diabetes tipo 1 es necesario la administración exógena de insulina ya que el páncreas es incapaz de producir esta hormona. También es requerida en diabetes tipo 2 si la dieta, el ejercicio y la medicación oral no consiguen controlar los niveles de glucosa en sangre. La insulina se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, ya que si se tomase por vía oral sería destruida en aparato digestivo antes de pasar al flujo sanguíneo. Las necesidades de insulina varían en función de los alimentos que se ingieren y de la actividad física que se realiza. Las personas que siguen una dieta estable y una actividad física regular varían poco sus dosis de insulina. Sin embargo, cualquier

cambio en la dieta habitual o la realización de algún deporte exigen modificaciones de las pautas de insulina. La insulina puede inyectarse a través de distintos dispositivos:

- Jeringuillas tradicionales: Son de un solo uso, graduadas en unidades internacionales (de 0 a 40).
- Plumas para inyección de insulina: Son aparatos con forma de pluma que tienen en su interior un cartucho que contiene la insulina. El cartucho se cambia cuando la insulina se acaba, pero la pluma se sigue utilizando.
- Jeringas precargadas: Son dispositivos similares a las plumas, pero previamente cargados de insulina. Una vez que se acaba la insulina se tira toda la jeringa. El nivel de glucosa en sangre depende de la zona del cuerpo en que se inyecta la insulina. Es aconsejable que se introduzca en el abdomen, los brazos o muslos. Penetra más rápidamente si se inyecta en el abdomen. Se recomienda inyectar siempre en la misma zona, aunque desplazando unos dos centímetros el punto de inyección de una vez a otra. Hay que evitar las inyecciones en los pliegues de la piel, la línea media del abdomen y el área de la ingle y el ombligo.

1.3.2. Dieta.

Un plan de alimentación para la diabetes es una guía que le dice qué tipos de alimentos debe comer y en qué cantidad durante las comidas y como bocadillos. Un buen plan de alimentación debe amoldarse a su horario y hábitos de alimentación. Algunos recursos para planificar comidas incluyen el Método del plato, contar carbohidratos y el índice glucémico. El plan adecuado de alimentación ayuda a controlar mejor su nivel de glucosa en la sangre, presión arterial y colesterol, además de mantener el peso apropiado. Si debe bajar de peso o mantener su peso actual, su plan de alimentación puede ayudarlo. Las personas con diabetes deben prestar particular atención para asegurarse de que exista un equilibrio entre sus

alimentos, insulina y medicamentos orales, y ejercicio, para ayudar a controlar su nivel de glucosa. (Ammon, 2015)

Una alimentación sana es una manera de comer que reduce el riesgo de complicaciones como ataques al corazón y derrames. La alimentación sana incluye comer una gran variedad de alimentos, incluidos: vegetales, granos integrales, fruta, productos lácteos sin grasa, menestras, carnes magras, aves de corral, pescado. No hay ningún alimento perfecto, o sea que incluir una variedad de alimentos diferentes y fijarse en el tamaño de las porciones es clave para una alimentación sana. Además asegúrese de que sus selecciones de cada grupo de alimentos ofrezcan la más alta calidad de nutrientes que pueda encontrar. En otras palabras, escoja alimentos ricos en vitaminas, minerales y fibra en vez de los procesados. Las personas con diabetes pueden comer los mismos alimentos que disfruta la familia. Todos se benefician de comer sano, por lo que toda la familia puede ser parte de la alimentación saludable. Es necesario cierto nivel de planificación, pero puede incorporar sus alimentos preferidos a su plan de alimentación y aun así controlar su glucosa, presión y colesterol. (Street, 2015).

1.3.3. Ejercicio físico.

El programa regular de ejercicio es fundamental para el control glucémico. Además se ha comprobado que el deporte es efectivo para prevenir este tipo de diabetes, especialmente en aquellas personas con un alto riesgo de padecerla: individuos con sobrepeso, tensión arterial elevada y con antecedentes familiares de diabetes. También es importante seguir una dieta adecuada. Una sesión debería constar de unos 10 a 20 minutos de estiramiento y de fuerza muscular, 5 minutos de calentamiento aeróbico (carrera suave), 15 a 60 minutos de ejercicio aeróbico a una intensidad apropiada y de 5 a 10 minutos de ejercicio de baja intensidad al acabar la práctica deportiva. Los deportes más recomendables son caminar, correr y montar en bicicleta, pero hay que tener en cuenta el historial médico del paciente. Los diabéticos deben

llevar un registro de entrenamiento y consultar con su médico antes de realizar un ejercicio de forma continuada. El realizar este tipo de actividades presenta sus beneficios ya que aumenta la utilización de glucosa por el músculo, mejora la sensibilidad a la insulina, reduce las necesidades diarias de insulina o disminuye las dosis de antidiabéticos orales, controla el peso y evita la obesidad, mantiene la tensión arterial y los niveles de colesterol, evita la ansiedad, la depresión y el estrés reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares. (Corazon, 2015)

2. Familia

2.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla sobre familia al referirse: A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015)

Para el investigador “La familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, ya sea por el contexto o bien por los individuos que la conforman, donde las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren, pero a su paso van dejando huellas marcadas en la interacción con otros, las costumbres, los hábitos, las reglas, los vicios, se van transmitiendo de generación en generación”.

2.2. Problemas en el sistema familiar.

La falta de comunicación, de tiempo familiar y conflictos con el dinero son algunos problemas que se presentan dentro del sistema familiar, existen algunos problemas que afectan al funcionamiento familiar según (Montenegro, 2007).

- a) Falta de apoyo Familiar.-** La familia debe considerarse un apoyo importante para la funcionalidad y crecimiento de cada uno de sus integrantes. Es gracias a los lazos que unen para formar un hogar, que las familias luchan por ideales, establecen objetivos y buscan el bienestar y satisfacción grupal. Cuando el sistema familiar se desorganiza o el rol de apoyo no se evidencia, los integrantes pueden fracasar al momento de sobrellevar alguna adversidad que pueda presentarse. Problemas como los económicos, las relaciones de pareja, las relaciones parentales se pueden ver seriamente afectadas. De forma particular y a modo de ejemplo, cuando un miembro de la familia se encuentra atravesando una enfermedad, como es el caso de la diabetes, son los hijos y la pareja quienes al brindar el apoyo necesario al afectado, le ayudan a sobreponerse a la

adversidad, encontrar los medios idóneos para reestablecer el sistema en un ambiente propicio para la generación de salud o el acompañamiento hacia el paciente diabético. Una falta o insuficiente apoyo del núcleo más cercano puede favorecer el descontrol metabólico limitando u obstruyendo el adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

- b) **La dificultad para negociar y definir roles entre la pareja.-** Según el autor, entre los acuerdos que se necesita negociar están, por ejemplo, qué tiempo asignar a la relación padres–hijos y a la de pareja, y en qué orden; a qué hijo atender primero y por cuánto tiempo, etc. "La tarea es difícil, pero no imposible, y muchas veces genera conflictos debido a la lealtad primaria irracional con la familia de origen. Cada uno se incorpora a la familia con su mochila y dice a mí me educaron de esta manera entonces, yo replicaré este modelo porque estoy convencido de que es bueno".
- c) **Falta de comunicación.-** A estas alturas, es casi un cliché hablar de falta de comunicación dentro de la familia, pero es un problema real y extremadamente común. Y aclara que le interesa desmitificar el concepto, porque comunicarse no es lo mismo que conversar. "Hablamos para ser escuchados, pero lo que decimos y lo que escucha el otro es distinto, porque detrás está la interpretación. Muchas veces escuchamos lo que queremos escuchar, y eso bloquea la comunicación". Plantea que algunas veces la familia es tan desligada que simplemente no hay espacios para comunicarse. "Cada uno vive su vida independiente sin hacerse demasiado caso. Los hijos tienen que caer en conductas disruptivas y riesgosas para que el sistema acuse recibo de que algo pasa".
- d) **Falta de tiempo familiar.-** A diferencia de los otros problemas, la falta de tiempo familiar no es reconocido por los miembros de la familia, y rara vez es motivo de consulta, "pero tiene enorme relevancia para la calidad de vida familiar". Lo que atenta

contra ella es el estilo de vida actual, que implica largas jornadas laborales, "sin mencionar lo complicado que resulta para algunas personas obtener permisos para cuidar a un hijo enfermo. A esto se suma una sociedad marcada por el individualismo. Diría que hoy el núcleo fundamental de la sociedad no es la familia, sino el individuo". Según el psiquiatra, hay tiempos de convivencia familiar intransables, como la comida familiar. "No debería ser pospuesta, porque para estrechar los lazos con los hijos se necesitan espacios de interacción".

- e) **Manejo del dinero en la familia.**- Montenegro señala que relacionado con este tema se encuentra la necesidad de diseñar un proyecto de vida en donde se compatibilicen las expectativas y valores de los miembros. "Esto va a determinar la calidad de vida a que puede aspirar la familia; supone explicitar las metas materiales que se pretende alcanzar, las posibilidades de ahorro, el barrio en que se desea vivir o el colegio al que se enviará a los hijos".

3. Adherencia al tratamiento

3.1.Tratamiento.

De acuerdo al contexto en el cual se lo aplique, el término tratamiento referirá diversas cuestiones.

En términos generales, por tratamiento se designará a la acción y el resultado de tratar alguna cuestión o cosa, es decir, la forma o aquellos medios que se utilizarán para llegar a conocer la esencia que compone algo y que no se nos presenta de manera clara, ya sea porque no se conoce o bien porque su composición fue alterada por otros componentes. (OMS, 2015)

3.2.Adherencia al tratamiento

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para (Ortega, 2004): Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas

Se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores (Peterson A, 2009): Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la credibilidad en la eficacia de la medicación, aceptación personal de los cambios recomendados.

3.3. Factores inter-relacionados con la no-adherencia.

Aunque enunciaremos los factores de manera individual, en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente sino como un asunto complejo multifactorial. Tampoco es conveniente que el médico presuponga la no-adherencia en forma primaria a una personalidad no cooperadora del paciente. Las razones por las cuales un paciente no cumple con el esquema de tratamiento indicado se pueden agrupar en cuatro categorías (Cáceres., 2004):

a) *Factores asociados al paciente*

Deterioro sensorial.- La pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. La limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños, etcétera.

Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo.- Llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, etcétera. En estos casos las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información (Palop L, 2004): Omisión parcial o total del contenido, filtración de acuerdo con creencias personales, aprendizaje incorrecto, aprendizaje fuera de tiempo, aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte.

Aspectos de la enfermedad.- En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. Hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. La adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso

las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, por ejemplo en las enfermedades mentales, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente.

Factor ambiental.- El paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento. Pueden ser factores a tener en cuenta; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor).

Factor asociado al medicamento. En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado. La adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos: Procesos crónicos, Polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo, Cuando el esquema de dosis es complicado, Cuando la vía de administración requiere personal entrenado, Cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración. Ejemplo: virilización, impotencia, etcétera.

La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tomada en cuenta en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano. La clase terapéutica del medicamento también afecta la adherencia, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos (por el temor a morir si no se toma) y baja con el uso de sedantes y antidepresivos.

En el caso de no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son: no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo a las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis), suspensión prematura del tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada, tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico, tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros

medicamentos contraindicados, medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados, uso inadecuado de los dispositivos de administración, como es el caso de los inhaladores.

- b) **Factor de interacción médico/paciente.** Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo.

3.4. Implicaciones de la no-adherencia a la terapia.

Las consecuencias de la no-adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente. La adherencia a la terapia es un concepto relevante en caso de recomendaciones para la planificación familiar, el control de la obesidad, terapias de rehabilitación e inclusive para la apropiación de hábitos saludables (dejar de fumar, disminuir la ingesta de sal, restringir el colesterol y cumplir con el ejercicio o actividad física requerida), complementarios a la terapia farmacológica. La lista de posibles consecuencias de la no-adherencia a la terapia es amplia, como lo es la complejidad del fenómeno de adherencia a la terapia. Algunos ejemplos son (Cramer., 2002;): La omisión de la medicación antiarrítmica que puede llevar al paciente a paro cardíaco, El no uso de las gotas para el glaucoma, puede resultar en daño irreparable del nervio óptico, En el caso de los antihipertensivos se puede desencadenar

hipertensión de rebote, agravado por el hecho de constituir una enfermedad silenciosa, Infecciones recurrentes, resistentes y el surgimiento de gérmenes multirresistentes, cuando no se toman de la manera adecuada los antibióticos, Mayor número de hospitalizaciones y gravedad creciente de las mismas en el caso de tratamientos con inhaloterapia.

El rechazo agudo postoperatorio, rechazo crónico y pérdida del trasplante, son, en muchos casos, el resultado de la no adherencia a la terapia. Si el médico tratante no es consciente de la no-adherencia, puede cometer errores como: Prescribir dosis mayores que resultan innecesarias y en algunos casos peligrosas, Ordenar estudios invasivos innecesarios, Ordenar estudios que incrementan costos al sistema, Cambiar la terapia ante la falta de respuesta clínica.

Los eventos de no-adherencia al medicamento pueden también revelar una prescripción innecesaria. Es el caso del paciente que se siente mejor cuando no toma el medicamento y el médico tratante ignora este hecho. De todos los grupos de edad, los ancianos son los que más se benefician con los avances tecnológicos en medicamentos. Estudios epidemiológicos han mostrado que el 25% de los pacientes mayores de 65 años ingieren seis o más medicamentos y que el 25% de todos los que están en la tercera edad consumen al menos cuatro medicamentos diferentes. Entre los grupos terapéuticos prescritos con mayor frecuencia en la tercera edad están los medicamentos cardiovasculares, los antibióticos, los diuréticos y los sicotrópicos. También es cierto que en este grupo se incrementa el riesgo de fallas en la adherencia a la terapia, con serias consecuencias, mayor dificultad en la detección y en el manejo. (Cramer., 2002;)

3.5. Metodologías para mejorar la adherencia a la terapia.

Existen diferentes tipos de metodologías para mejorar la adaptación al tratamiento (Silva, 2005):

a) Información efectiva. Los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmacéuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. Es importante evitar al máximo el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación deberá dedicarse el tiempo necesario para documentar al paciente sobre el significado general y específico del término. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe: entender el propósito de la medicación, identificar el medicamento que debe tomar, conocer la duración del tratamiento, comprender el esquema de dosificación por seguir.

Tanto el médico como el fabricante deben verificar que el envase de los medicamentos tenga en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes y que los insertos estén escritos en letra de tamaño adecuado y en lo posible, en el idioma del paciente.

El tratamiento debe ser lo más sencillo y con los mínimos efectos secundarios posibles. La evidencia demuestra que con una adecuada motivación, educación y apoyo, se pueden superar las dificultades de lograr una adecuada adherencia.

El éxito para lograr una adecuada adherencia radica en una buena educación.

b) Comunicación asertiva. El concepto de concordancia sugiere que el profesional de la salud y el paciente encuentren áreas de la salud que compartan y sean el punto de partida para construir conjuntamente un acuerdo acerca de la naturaleza de la enfermedad y el más apropiado esquema terapéutico. Tanto médico como paciente deben ser capaces de discutir conceptos acerca del esquema terapéutico de manera abierta y honesta, debiendo existir concordancia entre ellos, la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento requerido y los riesgos y beneficios asociados con el tratamiento planteado.

Este nuevo abordaje reemplaza la postura de un profesional que trata de imponerse al paciente y mejorar la adherencia a la terapia. No hay duda que, si el paciente no se involucra en el proceso de toma de decisiones, es poco probable que se cumplan las instrucciones necesarias para mejorar la condición del sujeto.

- c) **Educación consistente.** Los profesionales de la salud y el sistema de salud tienden a considerar la educación del paciente como un proceso demorado, de resultados pobres y poco cuantificables; sin embargo, si se incorpora como proceso en la interacción entre médico y paciente en cada visita, el resultado es una mejor adherencia a las recomendaciones y al cumplimiento de la terapia, menos llamadas y menos hospitalizaciones. El proceso resulta en esencia una conducta costo-efectiva.
- d) **Ayudas directas para mejorar la adherencia.** Existen desde sencillas fichas o formas pre-impresas para diligenciar, hasta envases con dispositivos electrónicos sonoros o con indicadores luminosos que avisan en caso de olvido de una dosis, pasando por las ayudas nemotécnicas que involucran a los familiares (padres, esposa, hijos mayores, personas con las que se convive y en general cuidadores). (Haynes RB, 2002)

Las herramientas que facilitan la adherencia a la terapia deben adecuarse a las necesidades y condiciones particulares del paciente y son los diferentes profesionales de la salud los llamados a identificar las opciones disponibles para cada necesidad.

Recientemente, se encuentran disponibles en Colombia los dispositivos digitales sonoros y con indicadores luminosos o de vibración, así como las tarjetas resumen de las indicaciones médicas.

e. Metodología

La presente investigación es de tipo científico-social con enfoque cuanti-cualitativo y descriptivo que maneja métodos científicos como: inductivo, deductivo, analítico, sintéticos, que se apoyan en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

Población y muestra

- **Área de estudio:** Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- **Población:** Pacientes del Área de Clínica
- **Universo:** 3.000 Pacientes con Diabetes que ingresan anualmente al área de clínica
- **Muestra:** Se evaluara a 60 personas, que son el total de pacientes que presentan Diabetes Mellitus Tipo 2.

Elementos de inclusión

- Pacientes del área de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes que deseen formar parte del estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.

Elementos de exclusión

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, dados de alta y que asistan a consulta externa.
- Pacientes con Diabetes Gestacional.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.

Instrumentos

Ficha para la identificación de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Es una ficha que nos permite, obtener información sobre los pacientes a través del conocimiento de los antecedentes personales y la identificación del tipo de diabetes. Esta ficha se encuentra conformada en dos partes: por datos de identificación como, nombres, apellidos, número de cedula, historia clínica y número de teléfono; y por antecedentes patológicos como, tipo de diabetes, el tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de tratamiento.

Cuestionario de adherencia al tratamiento y apoyo familiar.

Es un cuestionario que permite ver el nivel de adherencia al tratamiento y el nivel apoyo familiar. Este instrumento será aplicado al paciente con diabetes mellitus tipo 2, para ver como se está adaptando al tratamiento y saber cuáles son los factores que impiden una buena adherencia al mismo. Se encuentra conformado por dos partes, la primera nos permite indagar los tres componentes de la adherencia al tratamiento (medicación, ejercicio físico y dieta), mientras que la segunda parte pretende conocer el apoyo familiar que tiene el paciente con diabetes para sobrellevar su enfermedad y su tratamiento. Es así que el presente instrumento también permite encontrar la relación entre las variables a investigar como es la adherencia al tratamiento en concordancia con el nivel de apoyo familiar.

Este cuestionario está conformado por seis preguntas:

Para que una persona con diabetes mellitus tipo 2 presente una buena adherencia, deberá cumplir con los tres componentes fundamentales de una adherencia al tratamiento, que son la alimentación, la medicación y el ejercicio físico, por lo tanto con las preguntas 1, 4, 5 y 6 literal (a, determinamos el nivel de adherencia al tratamiento.

Buena adherencia al tratamiento: Solo si el paciente se sujeta a los tres componentes que son alimentación, medicación y ejercicio físico de una correcta adherencia.

Regular Adherencia al Tratamiento: Basta con que el paciente no cumpla uno de los tres componentes de adherencia.

Mala Adherencia al Tratamiento: Cuando no cumple dos o más de los componentes respecto a la adherencia.

Con Preguntas 2, 3 y 6 literal (b), determinamos si hay o no apoyo familiar

Buen apoyo familiar: Si el paciente no marca ningún ítem referente a falta de apoyo familiar.

Apoyo familiar regular: Si el paciente marca 1 ítem referente a falta de apoyo familiar

Apoyo familiar malo: Si el paciente marca 2 o 3 ítems referente a falta de apoyo familiar

Procedimiento

En primera instancia hubo un acercamiento con las autoridades del Hospital General Isidro Ayora, donde se analizó las problemáticas más sobresalientes en los pacientes con diabetes mellitus tipo dos. Una vez establecido el problema central, como fueron la falta de adherencia al tratamiento y su relación con el apoyo familiar, se obtuvo las autorizaciones legales para el ingreso y aplicación posterior de instrumentos de evaluación a los pacientes del área de clínica; seguidamente se procedió a estudiar el tema de análisis ampliándolo con información científica a través del marco teórico. Posteriormente se aplicó dos instrumentos que permitieron la obtención de resultados en cuanto a la existencia de una falta de adherencia al tratamiento y de apoyo familiar; luego de la tabulación y según los resultados obtenidos, se establecieron las concernientes conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo, para finalmente

proponer un plan psicoterapéutico encaminado a mejorar la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar del paciente diabético.

f. Resultados

Objetivo específico 1: Identificar los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que se encuentran Hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

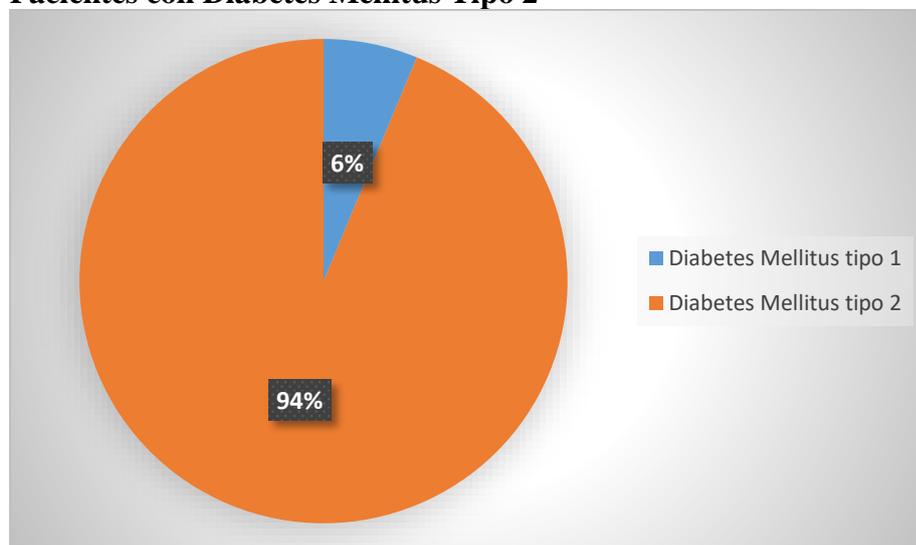
Tabla N° 1
Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Tipos de Diabetes	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus tipo 1	4	6%
Diabetes Mellitus tipo 2	60	94%
Total	64	100%

Fuente: Registro del Tipo de Diabetes

Elaborado por: Cristopher Walter Cañar Sarango.

Grafico N° 1
Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2



Fuente: Registro del Tipo de Diabetes

Elaborado por: Cristopher Walter Cañar Sarango.

Análisis e interpretación.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica en la cual hay un alto nivel de glucosa en la sangre. La diabetes tipo 2 es la forma más común de esta enfermedad y puede presentarse tanto en personas delgadas como obesas y es más común en los adultos mayores. (Dungan, 2015)

Al indagar a 64 pacientes diabéticos del Área de Clínica, es decir del 100%, se encontró que un 94% equivalente a 60 personas que padecen de Diabetes Mellitus tipo dos, mientras que 4 pacientes corresponden al 6% presentan un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo uno.

Objetivo específico 2: Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla N° 2

Adherencia al Tratamiento

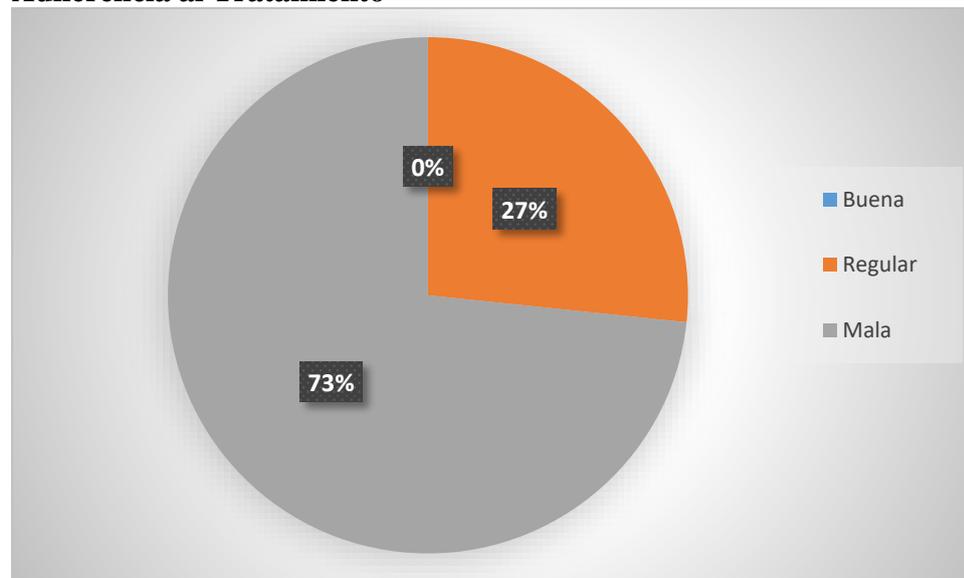
Tipos de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Buena Adherencia	0	0%
Adherencia Regular	16	27%
Mala Adherencia	44	73%
Total	60	100%

Fuente: Cuestionario de Adherencia al Tratamiento y Apoyo Familiar

Elaborado por: Cristopher Walter Cañar Sarango.

Grafico N° 2

Adherencia al Tratamiento



Fuente: Cuestionario de Adherencia al Tratamiento y Apoyo Familiar

Elaborado: Cristopher Walter Cañar Sarango.

Análisis e interpretación

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para, asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los

medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas. (SILVA, 2005), modificar sus hábitos alimentarios y realizar actividad física son pilares importantes para una buena adherencia.

De los 60 pacientes investigados que representan el 100%, el 73% de encuestados, que equivale a 44 personas presenta una mala adherencia al tratamiento, a su vez 16 pacientes que representan el 27% presenta una adherencia al tratamiento regular. Por último, cabe resaltar que de los pacientes evaluados ninguno de ellos, es decir el 0%, tiene una buena adherencia al tratamiento.

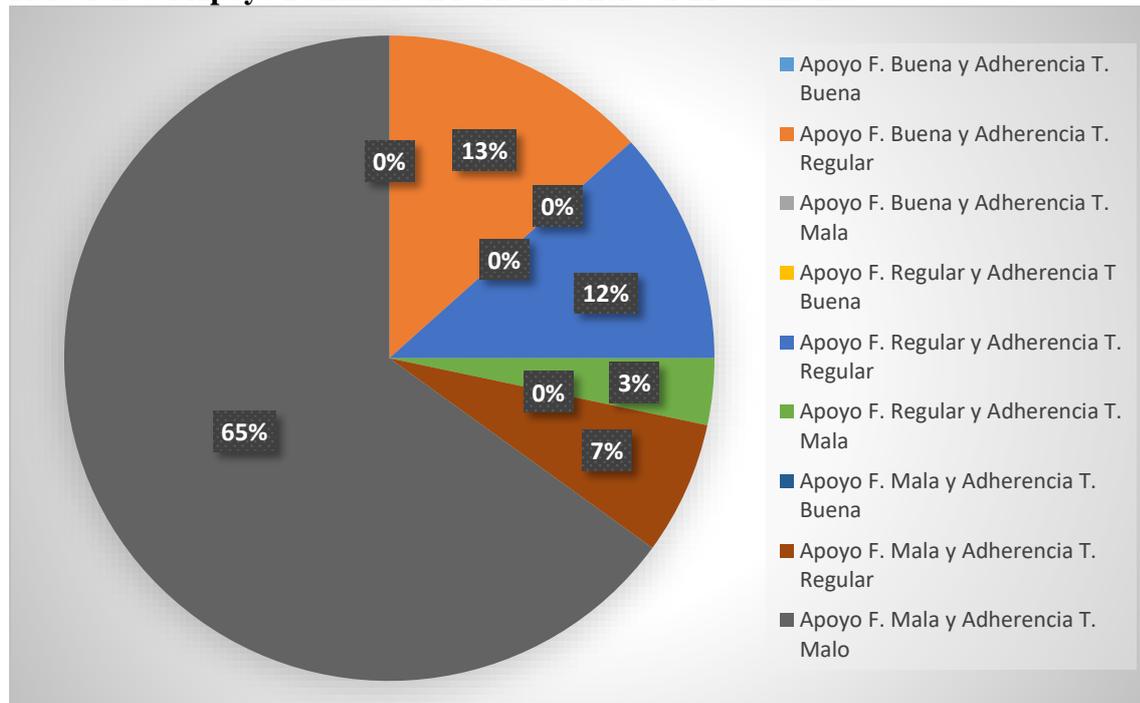
Objetivo específico 3: Indagar cómo influye el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla N° 3
Relación del Apoyo Familiar en la Adherencia al Tratamiento

Apoyo familiar	Adherencia al tratamiento						total	
	Buena		Regular		Mala		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Buena	0	0%	8	13%	0	0%	8	13%
Regular	0	0%	7	12%	2	3%	9	15%
Mala	0	0%	4	7%	39	65%	43	72%
Total	0	0%	19	32%	41	68%	60	100%

Fuente: Cuestionario de Adherencia al Tratamiento y Apoyo Familiar
Elaborado por: Cristopher Walter Cañar Sarango.

Grafico N° 3
Relación del Apoyo Familiar en la Adherencia al Tratamiento



Fuente: Cuestionario de Adherencia al Tratamiento y Apoyo Familiar.
Elaborado por: Cristopher Walter Cañar Sarango.

Análisis e interpretación

El apoyo familiar es muy importante para que un paciente con diabetes mellitus tipo dos tenga una buena adherencia a su tratamiento, por lo que tendrá que mejorar su estilo de vida, cambiar sus hábitos alimenticios y seguir un tratamiento farmacológico que le ayudara a

mantener los niveles normales de glucemia. (Tejada, 2006). El apoyo social a la familia está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las personas. Está demostrado que el principal apoyo social se encuentra dentro de la familia.

Por lo tanto al relacionar el apoyo familiar con la adherencia al tratamiento, de los 60 pacientes investigados que equivale al 100%, el 65% presentan un apoyo familiar malo y una mala adherencia al tratamiento, el 13% presenta un apoyo familiar bueno y una adherencia al tratamiento regular, mientras que un 12% presentan un apoyo familiar regular y una adherencia al tratamiento regular, el 7% presentan un apoyo familiar malo y una adherencia al tratamiento regular y el 3% presenta un apoyo familiar regular y una adherencia al tratamiento mala.

g. Discusión

La Diabetes es una de las enfermedades que en los últimos años ha presentado una tasa alta de incidencia a nivel mundial y local, los malos hábitos alimenticios, que se traducen en un consumo de alimentos excesivos en grasas, azúcares y sal, y la falta de actividad física son los principales factores que contribuyen a un incremento de los casos en el país. En el momento actual no existe alguna región en el mundo que no se vea afectada por el problema de la Diabetes Mellitus. En el año 2003 la población mundial de diabéticos tipo 2 era de 193 millones y la proyección para el año 2025 será de 333 millones, es decir un incremento de la enfermedad de alrededor del 70% (Prócel, 2003).

Los resultados de la presente investigación relacionada con la adherencia al tratamiento y la falta de apoyo familiar en pacientes diabéticos, indica que de los encuestados, un 94% presentan diabetes mellitus tipo 2, y en un 6% presentan diabetes mellitus tipo 1; estos resultados difieren ampliamente de los obtenidos en una investigación desarrollada en la ciudad de Guayaquil, por (Muñoz, 2011), la misma que fue realizada a 200 pacientes del “Hospital Regional Del IESS, Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, donde se evidenció que el 24.3% presentan diabetes mellitus tipo 2. Como puede observarse, estos resultados difieren en un 69.7% respecto a la población investigada en el presente estudio, donde además las características de una mala alimentación y sedentarismo también fueron consideradas en esta investigación, identificando que en ambos estudios, existen malos hábitos alimenticios y una mala calidad de vida (poca actividad física).

En otro estudio realizado, en el país por el Ministerio de Salud y el INEC, determinan que en el país 414.514 personas mayores de 10 años sufren de diabetes. Entre ellos, más del 90% presenta diabetes mellitus tipo 2 y entre los no diabéticos casi uno de cada dos presenta el mismo problema, es decir, son prediabéticos. Determinando que los malos hábitos alimenticios

y el sedentarismo son las principales causas para que se desarrolle una diabetes mellitus tipo dos (INEC, 2014), ya que una ingesta de alimentos mayor a la necesaria demanda más funcionamiento del páncreas. Este debe generar más insulina para controlar el nivel permisible de azúcar en la sangre y llega un momento en que se agota o colapsa. "Si no se corrige con dieta y actividad física la persona termina diabética". Como puede observarse, estos resultados no difieren respecto a la población investigada, en el presente estudio, donde el sedentarismo y una mala calidad de vida, son los principales factores, para que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo 2.

Por otro lado, los resultados de esta investigación en relación a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, indica las bajas tasas de adherencia informadas también en investigaciones internacionales. Tan solo un 27% de los sujetos participantes posee un control metabólico que puede ser considerado regular, más desalentador resulta la cifra del 73% de los pacientes que obtienen un pobre control de su diabetes obteniendo valores elevados de su glucosa. Lo que propone (Barra, 2002), en una investigación realizada en el Centro de Salud "Lerdo de Tejada", con una muestra de 36 pacientes, con media de 57 años y desviación estándar de 11.6 años, se observa que en el caso de la diabetes es menos factible que se cumpla totalmente con la adherencia, debido a la complejidad del tratamiento, no obstante se observa que un 67% (24 pacientes) de los pacientes estudiados califican con una adherencia media a pesar de sus condiciones socioeconómicas que podrían en su caso afectar el cumplimiento de la dieta o incluso el mismo control médico.

Continuando con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, así mismo se toma en cuenta otra investigación realizada en una empresa promotora de salud de la ciudad de Bucaramanga, en la que se puede evidenciar, que el 68% de las mujeres y el 62% de los hombres no presentaron una buena adherencia al tratamiento, existiendo una alta prevalencia que debe estudiarse individualmente, ya que esta investigación se encargó de

buscar cuales son los factores clínicos que impiden una buena adherencia, además encontrando factores psicosociales, haciendo que las conductas de autocuidado varíen específicamente. Por otro lado, entre los pacientes de 50 años y el grupo etario de 50 a 65 años, la falta de adherente en ambos fue del 72%, y en mayores de 65 del 60% (Pineda, 2011).

En cuanto a la relación del apoyo familiar con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se evidencia que un 65% de los pacientes presenta un apoyo familiar malo y una mala adherencia al tratamiento, y un 13% presenta un apoyo familiar bueno y una adherencia al tratamiento regular, y el 12% tiene un apoyo familiar regular y una adherencia al tratamiento regular. Al contrastar estos datos con la investigación realizada en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde identifican la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2, llevada a cabo a 300 pacientes diabéticos con un intervalo de edad entre 27 y 60 años, se formaron dos grupos: uno con funcionalidad familiar y otro con disfunción familiar, cada uno integrado por 150 pacientes, los conocimientos que los pacientes tenían acerca de la diabetes mellitus se investigaron en relación a la alimentación recomendada, sintomatología, medidas de control necesarias en esta enfermedad, incluido el ejercicio físico, y complicaciones. Donde el grupo de mayor incidencia, en la falta de control y conocimientos en relación a la enfermedad, fue el de disfunción familiar, ya que el 92% que comprenden a 138 pacientes, obtuvieron una calificación menor de 60 puntos. (Lopez, 2003). Estos datos comparados con los del presente trabajo permiten corroborar que el predominio de una mala relación familiar o una falta de apoyo por parte de la misma, impiden que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento ya que existe falta de conocimiento y control de la diabetes..

Sin embargo, en una investigación realizada por (Hiller, 2003), sobre la asociación entre la edad del diagnóstico de la diabetes tipo 2 y la gravedad del trastorno, el estudio se basó en una muestra de 7.844 adultos inscritos en una organización de atención gerenciada (health

maintenance organization, HMO), en Portland, Oregón, Estados Unidos de América, en la cual al realizar el análisis, concluye que la no adherencia al tratamiento fue más frecuente en mayores de 65 años, en relación a conductas de despreocupación y desconocimiento de su enfermedad.

Aun cuando los resultados de la presente investigación no se pueden generalizar, debido a las características del procedimiento de muestreo, es decir, dado que la muestra no fue aleatoria, se destaca la propuesta de orientar intervenciones que promuevan el apoyo de la familia hacia las conductas requeridas en el tratamiento diabetológico, con lo que se promovería en los pacientes una mejora en la adherencia y por lo tanto en el control de la enfermedad, reduciendo las complicaciones y consecuentemente las tasas de mortalidad, ya que el papel de la psicología en cuanto a la enfermedad de la diabetes, se torna elemental en su afrontamiento y adaptación, pero sobre todo en la adhesión al tratamiento.

Las aportaciones que la psicología puede brindar son diversas, entre las cuales se puede sugerir una educación diabetológica conductual; programas en donde se implementen redes de apoyo entre pacientes diabéticos, intervenciones con técnicas psicológicas reductoras de estrés, incluso programas de apoyo emocional para pacientes diabéticos y sus familiares, de manera que aprendan el significado de la enfermedad y sus cuidados básicos (Ramírez, 2005).

h. Conclusiones

Luego de haber culminado el trabajo de investigación de tesis, se establecen las siguientes conclusiones.

- El tipo de diabetes de mayor prevalencia en los pacientes que se encuentran hospitalizados en el área de clínica del Hospital General Isidro Ayora es la Diabetes Mellitus Tipo 2. Por otro lado hay una menor cantidad de pacientes que presenta Diabetes Mellitus Tipo 1.
- La mayoría de los pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital General Isidro Ayora presentan una mala adherencia al tratamiento, una cuarta parte de los pacientes muestra una adherencia regular, mientras que ninguno de los investigados tiene una buena adherencia al tratamiento.
- La gran mayoría de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que presentan una mala adherencia al tratamiento igual mostraron un apoyo familiar malo, mientras que una pequeña minoría evidenció un apoyo familiar regular.
- De los pacientes que presentan una adherencia regular al tratamiento la mayoría presenta un apoyo familiar de tipo bueno y regular, mientras que una minoría presenta un apoyo familiar malo.

i. Recomendaciones

A partir de las conclusiones obtenidas en el proceso investigativo se pone a consideración las siguientes recomendaciones.

- A las autoridades del Hospital General Isidro Ayora, gestionar ante la Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública, se incremente el departamento de apoyo psicológico destinado para pacientes Diabéticos, con el propósito de que se intervenga en la prevención y tratamiento de la Diabetes Mellitus.
- A las autoridades del MSP y al personal de salud, realizar conjuntamente con la Universidad Nacional de Loja, el Área de Salud Humana y la Carrera de Psicología Clínica, realizar acuerdos y/o convenios para que se dicten, conferencias psicoeducativas acerca de la importancia del apoyo familiar y su relación con la adherencia al tratamiento para garantizar el fortalecimiento de las habilidades de cuidado a los pacientes con diabetes.
- Al personal de salud, capacitarse continuamente en el aprendizaje de los cuidados que deben tener los pacientes con Diabetes Mellitus, con el propósito de mejorar su adherencia al tratamiento.
- A la carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, promover talleres de psicoterapia a los estudiantes para de esta forma mejorar su capacitación en la intervención al paciente, en la aceptación de su diagnóstico y a la generación de un cambio en su comportamiento.

Plan psicoeducativo

Tema.

LA IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS Y CUIDADOS BÁSICOS.

Justificación.

En la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana y específicamente la Carrera de Psicología Clínica, tiene como visión proporcionar una convivencia armoniosa dentro de los integrantes de la sociedad de tal forma que contribuye en la resolución de la problemática de salud mental presente en la región sur del país.

El presente Plan de Psicoeducación es dado ya que en los resultados obtenidos se evidencia una gran cantidad de pacientes con diabetes mellitus tipo dos, que presentaron una mala adherencia al tratamiento acompañado de un apoyo familiar malo, por lo tanto el presente plan se enfoca en los pacientes diabéticos con una falta de adherencia al tratamiento, partiendo de la necesidad de tener un buen apoyo familiar con la finalidad de reducir los internamientos a casas de salud, los síntomas y consecuencias de no tener una buena adherencia como son la pérdida de la visión, problemas renales y pie diabético. Por lo tanto y desde una perspectiva personal se sugiere la inclusión de este plan psicoterapéutico no solo a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del área de clínica y sus familiares, sino a todos los pacientes Diabéticos del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, y así dar cabida al trabajo del Psicólogo Clínico de forma directa con los Departamentos de Salud Mental dentro de los hospitales públicos ya que las mismas entran dentro de su perfil profesional.

Objetivo general.

- Psicoeducar al paciente diabético y a su familia, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y del apoyo familiar en la diabetes.

Objetivos específicos

- Mejorar los conocimientos por parte de los pacientes y familiares acerca de la diabetes y las consecuencias de una mala adherencia al tratamiento.
- Concientizar a los familiares de las personas con diabetes para que reconozcan la importancia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento.

Taller 1:

Diabetes, causas, síntomas y consecuencias.

Objetivo:

Mejorar los conocimientos por parte de los pacientes y familiares acerca de la diabetes y las consecuencias de una mala adherencia al tratamiento.

Duración.

- 60 Minutos

Recursos humanos:

- Profesional de Psicología
- Pacientes con diabetes
- Familiares.

Recursos materiales:

- Proyector
- Computador
- Diapositivas

Procedimiento:

- Para dar inicio el expositor se dirigirá al grupo de participantes para explicar la finalidad del taller, esta explicación se realizara en 5 minutos.
- Se procederá a la realización de una dinámica con fines empáticos y de colaboración por parte de los participantes, actividad que se tomara 15 minutos.
- Continuando con el taller se procederá a la exposición de la parte teoría con respecto a la diabetes, en la que se expondrá los siguientes temas: Qué es la diabetes, tipos, Causas,

Síntomas y consecuencias de esta patología, esta exposición tendrá una duración de 30 minutos.

- Para finalizar el taller los participantes tendrán un espacio en el que se responderá a las interrogantes sobre el tema expuesto, esta actividad tendrá una duración de 10 minutos.

Taller n 2:

La importancia del apoyo familiar en la diabetes.

Objetivo:

Concientizar a los familiares de las personas con diabetes para que reconozcan la importancia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento.

Duración.

- 60 Minutos

Recursos humanos:

- Profesional de Psicología.
- Pacientes con diabetes
- Familiares.

Recursos materiales:

- Proyector
- Computador
- Diapositivas

Procedimiento:

- Para dar inicio el expositor se dirigirá al grupo de participantes para explicar la finalidad del taller, esta explicación se realizara en 5 minutos.
- Se realizará la primera actividad de evaluación, en la que se indicara a los asistentes, que de manera voluntaria realicen una síntesis de los aspectos más relevantes tratados en el primer taller, para esta actividad se dará 15 minutos.
- Continuando con el taller se procederá a la exposición de la parte teoría sobre la importancia del apoyo familiar en pacientes diabéticos, en la que se expondrá los

siguientes temas: Definición de familia, tipos, roles, problemas en el sistema familiar, cuidados básicos del diabético y tratamiento (medicación, alimentación y actividad física). Esta exposición tendrá una duración de 30 minutos.

- Para finalizar el taller los participantes tendrán un espacio en el que se responderá a las interrogantes sobre el tema expuesto, esta actividad tendrá una duración de 10 minutos.

MATRIZ DE ACTIVIDADES

Desarrollo de la propuesta psicoeducativa

Taller No.1

Tema: Diabetes.

Fecha	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
9/4/2017	Introducción.- El expositor explicará la importancia de brindar la temática del presente día.	5 minutos	Tesis Propuesta de intervención psicoeducativa (impresa)	Psic. Cli. Christopher Cañar S.
	Actividad: Dinamica	15 minutos		
	Exposición: Abordando la parte teoría con respecto a la diabetes, en la que se explicara los siguientes temas: Qué es la diabetes, tipos, Causas, Síntomas y consecuencias	30 minutos	Proyector Computadora Diapositivas	
	Cierre: Los participantes tendrán un espacio en el que, se responderá a las interrogantes sobre el tema expuesto	10 minutos		

Taller No.2**Tema:** La importancia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos y cuidados básicos.

Fecha	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
17/4/2017	Introducción.- El expositor explicará la importancia de brindar la temática del presente día.	5 minutos	Tesis Propuesta de intervención psicoeducativa (impresa)	Psic. Cli. Christopher Cañar S.
	Actividad: Evaluación.	15 minutos		
	Exposición: Abordando la parte teoría con respecto a la importancia del apoyo familiar en pacientes diabéticos, en la que se explicara los siguientes temas: Definición de familia, tipos, roles, problemas en el sistema familiar, cuidados básicos del diabético, tratamiento (medicación, alimentación y actividad física), apoyo familiar en pacientes diabéticos, la importancia de la familia en la diabetes, consecuencias de una mala adherencia.	30 minutos	Proyector Computadora Diapositivas	
	Cierre: Los participantes tendrán un espacio en el que, se responderá a las interrogantes sobre el tema expuesto	10 minutos		

j. Bibliografía

- Ammon, J. (2 de Febrero de 2015). *American Diabetes Association*. Obtenido de American Diabetes Association: <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html?referrer=https://www.google.com.ec/>
- Arteaga A. Maiz A., O. P. (2000). *Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas*. Chile: Escuela de Medicina.
- Barra, A. (12 de marzo de 2002). *cdigital.uv.mx*. Obtenido de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/37266/1/riveramurrieta.pdf>
- Cáceres., F. (2004). *Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento*. MedUNAB: 7:172-180.
- Contreras, M. (2009). Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. En M. Contreras, *Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005* (págs. 325-332). España: Aten Primaria.
- Corazon, F. E. (4 de Marzo de 2015). *fundacion del corazon*. Obtenido de fundacion del corazon: <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html>
- Cramer., J. (2002;). *Efecto de cumplimiento parcial sobre la eficacia de la medicación cardiovascular*. 88: 203-206.
- Dungan, K. (2015). Management of type 2 diabetes mellitus. En D. G. Jameson JL, *Management of type 2 diabetes mellitus* (pág. 48). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Haynes RB, M. H. (2002). *Ayudar a los pacientes siguen prescriben*. JAMA: 288: 2880-2883.
- Hiller, T. (2003). asociación entre la edad del diagnóstico de la diabetes tipo 2 y la gravedad del trastorno. *Diabetes Care*, 26.
- INEC. (21 de enero de 2014). *paho.org*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1115:enero-21-2014&Itemid=356
- Jameson, J. (24 de julio de 2015). *Medlineplus*. Obtenido de Medlineplus: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000305.htm>
- Lopez, D. M. (2003). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *medigraphic*, 283.
- Medico, D. (4 de marzo de 2016). Diabetes. *Diario Medico*, págs. 1-3.
- Montenegro, H. (2007). *Problemas de Familia*. Chile: MEDITERRANEO.

- MSP. (4 de Marzo de 2012). *andes*. Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html>
- Muñoz, N. M. (16 de mayo de 2011). <http://repositorio.ug.edu.ec/>. Obtenido de [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2405/1/TESIS%20md%20Mena%201%200\(3\)_1.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2405/1/TESIS%20md%20Mena%201%200(3)_1.pdf)
- OMS. (2004). complications, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its. En *OMS, Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. (pág. 25). Geneva: World Health Organization.
- OMS. (23 de enero de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OMS. (23 de Enero de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OMS. (22 de Enero de 2015). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Ortega, j. (3 de septiembre de 2004). *Open Course Ware*. Obtenido de Open Course Ware: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.2-concepto-de-adherencia-al-tratamiento>
- Pablo, H. D. (23 de junio de 2008). *scielo*. Obtenido de scielo: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000200006
- Palop L, M. M. (2004). *Adherencia al tratamiento en el paciente anciano*. *Sist Nac Salud* : 28: 113-120.
- Peterson A, M. (18 de junio de 2009). *elsevier*. Obtenido de elsevier: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504?redirectNew=true>
- Pike, R. (16 de mayo de 2016). *Medlineplus*. Obtenido de Medlineplus: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html>
- Pineda, C. L. (24 de Octubre de 2011). *tangara.uis.edu.co*. Obtenido de <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>
- Prócel, R. R. (23 de mayo de 2003). *dr.juanbenalcazar*. Obtenido de dr.juanbenalcazar: <http://www.dr.juanbenalcazar.com/docs/PIE%20DIABETICO.pdf>
- Ramírez, L. (2005). Interacciones sociales de pacientes diabéticos. *Revista Latinoamericana*, 29.
- SILVA, G. E. (29 de Agosto de 2005). *acta medica colombiana*. Obtenido de acta medica colombiana.: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>

- Silva, G. E. (13 de Diciembre de 2005). *scielo*. Obtenido de scielo:
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Street, N. B. (2015). Plan de alimentación para la diabetes y una alimentación sana. *Asociacion de Diabetes Americana*, 1-2.
- Tejada, L. M. (7 de Marzo de 2006). *medigraphic*. Obtenido de medigraphic:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2006/spn061f.pdf>
- Vasco. (2012). *Guia de practicas clinicas sobre Diabetes Mellitu tipo 1*. Vitoria: Cervantes etorb., 51 - 48970 Basauri (Bizkaia).
- Weiss, S. (2009). Diabetes. *Vida Saludable*, 1.
- White, C. D. (2016). *Fellow American College of Obstetricians and Gynecologists*. Editorial team.

k. Anexos

Cuestionario de adherencia al tratamiento y apoyo familiar

Un cuestionario muy sencillo que se aplica desde la primera consulta de seguimiento Farmacoterapéutico y psicosocial, el cual nos permitirá tener una idea sobre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar por parte del paciente.

Es un cuestionario integrado por las siguientes preguntas:

1. ¿Olvida frecuentemente tomar sus medicamentos?

(Si)(No)

Con que frecuencia.

- Rara vez
- 1 o 2 veces al mes.
- 1 o 2 veces a la semana.
- 1 vez al día.

2. Las razones por la que olvida tomar sus medicamentos son:

- No me gusta
- No tengo un familiar que me ayude y apoye
- Se me olvidan las cosas
- No tengo tiempo

3. ¿Usted ha asistido a charlas o conferencias sobre Diabetes?

(Si)(No)

Si su respuesta es no porque

- No tengo tiempo
- No me gusta
- No tengo un familiar que me acompañe y apoye
- Por mi condición médica.

4. ¿Sabe usted la comida que ingiere diariamente?

Comida	
Desayuno	
Entre día	
Almuerzo	
Entre tarde	
Merienda	

5. ¿De la siguiente lista señale que alimentos usted ingiere diariamente?

Alimentos.	
Arroz	
Yuca	
Mote	
Carnes fritas	
Carnes al jugo	

Bebidas dulces (cola, refrescos)	
Bebidas saludables (jugos, aguas, batidos)	
Ensaladas	
Hamburguesas, papas fritas, hot dog.	
Sopas	
Postres	
Comida enlatada	
Mariscos	

6. ¿Usted realiza actividad física?

SI() NO()

A) Si usted si realiza actividad física con qué frecuencia lo hace.

- 30 minutos al día ()
- Más de 30 minutos al día ()
- 1 o 2 veces a la semana ()
- Rara vez. ()

B) Si usted no realiza actividad física cual o cuales son las razones.

- No tengo tiempo ()
- No me gusta ()
- No tengo un familiar que me acompañe y me apoye ()
- Por mi condición médica ()

Este cuestionario actualmente es aplicado a los pacientes que se encuentran ingresados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora, bajo la supervisión de los médicos tratantes y el psicólogo clínico de la institución.

Cuestionario De Adherencia Al Tratamiento Y Apoyo Familiar.

Es un cuestionario que permite ver el nivel de adherencia al tratamiento y el nivel apoyo familiar. Este instrumento será aplicado al paciente con diabetes mellitus tipo 2, para ver como se está adaptando al tratamiento y saber cuáles son los factores que impiden una buena adherencia al mismo. Se encuentra conformado por dos partes, la primera nos permite indagar los tres componentes de la adherencia al tratamiento (medicación, ejercicio físico y dieta), mientras que la segunda parte pretende conocer el apoyo familiar que tiene el paciente con diabetes para sobrellevar su enfermedad y su tratamiento. Es así que el presente instrumento también permite encontrar la relación entre las variables a investigar como es la adherencia al tratamiento en concordancia con el nivel de apoyo familiar.

Este cuestionario está conformado por seis preguntas:

Para que una persona con diabetes mellitus tipo 2 presente una buena adherencia, deberá cumplir con los tres componentes fundamentales de una adherencia al tratamiento, que son la alimentación, la medicación y el ejercicio físico, por lo tanto con las preguntas 1, 4, 5 y 6 literal (a), determinamos el nivel de adherencia al tratamiento.

Buena adherencia al tratamiento: Solo si el paciente se sujeta a los tres componentes de una correcta adherencia.

Regular Adherencia al Tratamiento: Basta con que el paciente no cumpla uno de los tres componentes de adherencia.

Mala Adherencia al Tratamiento: Cuando no cumple dos o más de los componentes respecto a la adherencia.

Con Preguntas 2, 3 y 6 literal b determinamos si hay o no apoyo familiar

Buen apoyo familiar: Si el paciente no marca ningún ítem referente a falta de apoyo familiar.

Apoyo familiar regular: Si el paciente marca 1 ítem referente a falta de apoyo familiar

Apoyo familiar malo: Si el paciente marca 2 o 3 ítems referente a falta de apoyo familiar

Consentimiento informado para recolección de información

La adherencia al tratamiento y su relación con el apoyo familiar de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora periodo 2015-2016

Cristopher Cañar Sarango.

Autor de Proyecto.

0998421216

Hospital General Isidro Ayora

Yo,.....con CI.....,

autorizo participar en la aplicación de reactivos psicológicos, en el que se realizara unas preguntas que permitirán recolectar información, sobre mi adherencia al tratamiento de la diabetes y la relación con el apoyo familiar. Este tipo de información servirá para conocer cuáles son los factores que impiden un buen tratamiento y así poder encontrar alternativas a fin de mejorar mi calidad de vida.

.....

Firma.

Ficha para la identificación de pacientes con diabetes mellitus tipo

1*

	REGISTRO DEL TIPO DE DIABETES FORMULARIO DE REGISTRO	FECHA: CAMA:				
DATOS PERSONALES						
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	SEXO	EDAD	PROVINCIA	TELÉF/CELULAR	CEDULA	HC
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Antecedentes Patológicos Personales						
DIABETES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIPO <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II		TIEMPO <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
TRATAMIENTO: INSULINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ESPECIFIQUE: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
ANTIDIABÉTICOS ORALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ESPECIFIQUE: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIEMPO: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
Hipertensión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Trastorno Visual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HIPOTIROIDES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Trastorno Renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA SALUD						
PACIENTE <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>			FAMILIARES <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



TEMA:

La adherencia al tratamiento y su relación con el apoyo familiar de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran hospitalizados en el área de clínica del hospital general Isidro Ayora periodo 2015-2016.

Proyecto Tesis previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

AUTOR:

Cristopher Walter Cañar Sarango.

DIRECTOR:

Líc. Diego Segundo Andrade Mejía Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2016
1859

a. TEMA.

LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA PERIODO 2015-2016.

b. PROBLEMÁTICA.

La diabetes tipo 2 es una patología que presenta una curva de crecimiento exponencial, proyectándose para el año 2030 la presencia de 336 millones de personas con esta enfermedad. (Navarrete, 2016)

La diabetes mellitus es una enfermedad, en la cual existe demasiada glucosa en la sangre, esto debido a que el cuerpo es incapaz de convertir la glucosa en energía, como lo haría normalmente. En la mayoría de los casos, esto se debe a que el páncreas no produce suficiente insulina o existe una resistencia a la función de la insulina en el organismo. Los altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones, los nervios produciendo neuropatía diabética, y en casos más graves el pie diabético, insuficiencia renal crónica o la muerte. (Pike, 2015)

En el año 2000, se estimó que el número de personas que sufrían de diabetes en el continente americano era de 35 millones, de las cuales 19 millones vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el 2025 este número se incrementará a 64 millones de los cuáles 62% vivirán en América Latina y el Caribe que representa un aproximado de 40 millones. Los datos estimados de diabetes en la población adulta en centro América oscilan entre 3% y 6% siendo Nicaragua y Honduras los países de menor prevalencia de diabetes tipo 2. En Ecuador, la prevalencia de diabetes mellitus tipo2 es de 4.1 a 5%. La incidencia/año es de 115.19 casos/100.000 habitantes. (Navarrete, 2016)

Esta situación debería orientar el accionar de los equipos de salud, mejorando sus prácticas profesionales, en especial las actividades destinadas a la prevención, a través de diversos programas en los que se destacan aquellos orientados a educación en autocuidado.

En general, el tratamiento de esta patología tiene como objetivo el mantener una buena calidad de vida en la persona que la padece, evitando la sintomatología en situaciones como la

descompensación ocurrida por hiperglucemia o las complicaciones agudas o crónicas y disminuyendo la tasa de mortalidad. (Claudia, 2013)

Para lograr estas metas se realizan diversas acciones basadas en actividades que incluyen modificaciones en la alimentación, la realización de un plan de actividades físicas y en ocasiones el uso de fármacos, ya que una buena adherencia es 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. Sin embargo estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por una mala adherencia al tratamiento; es decir, inconstancia en la toma de medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y complicando la calidad de vida de las personas con esta patología, ya que las personas con diabetes corren un riesgo mayor de desarrollar una serie de problemas de salud graves, además las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. La falta de adherencia al tratamiento es un problema de salud pública especialmente frecuente y relevante en la práctica clínica, concretamente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Además, “la falta de cumplimiento de los pacientes a su tratamiento tiene repercusiones clínicas y sociales, lo que hace que aumente el gasto sanitario, se incremente el número de ingresos hospitalarios, el absentismo laboral y más visitas a los servicios de urgencias. Esto tiene una repercusión directa en la salud de los pacientes y en los costes asociados (a la atención médica) y, finalmente, aumenta la morbimortalidad de los pacientes. Constituye un problema sanitario no resuelto”. (Garay, 2014)

Uno de los problemas que conllevan a dificultades de adherencia al tratamiento es la falta de apoyo familiar, ya que la familia de los pacientes que tienen Diabetes Mellitus requieren adaptarse a un nuevo estilo de vida; la tarea psicosocial de apoyo a sus miembros adquiere más

importancia que nunca, por lo que el grupo familiar puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente en el tratamiento. (Cifuentes R, 2011)

Armour sugieren que la intervención de la familia es eficaz para mejorar el conocimiento y control glicémico de las personas con diabetes ya que el manejo efectivo de la enfermedad depende de la capacidad, habilidad del paciente y su red apoyo familiar para aprender y aplicar los conocimientos adquiridos. (Armour, cols, 2013)

Este grupo de apoyo es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles, tomando en cuenta la importancia que tiene para el paciente la ingesta de medicamentos, el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. (Nivia, 2013)

Por el contrario para Cifuentes, la familia se considera 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 no sea incorporado un “integrante de la familia” o “un cuidador” en el control y tratamiento del paciente diabético, sumado a la poca colaboración y compromiso del resto del grupo familiar y amigos, como también no poder lograr acercar al paciente a su red social de apoyo, obtendremos menor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando una mala adhesividad al tratamiento y con ello, mayor complicación metabólica en el paciente diabético. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo.

Con esos cambios no adaptados aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

La realidad que se vive en el Hospital General Isidro Ayora, con las personas que padecen de Diabetes Mellitus Tipo 2 no es alejada de lo puesto en mención, el trabajo que se realiza a diario con estos pacientes se puede evidenciar los problemas que presentan debido a una mala adherencia al tratamiento por descuido de la familia, teniendo que acudir a internamientos repetitivos y en casos más graves la amputación de miembros inferiores (pie diabético).

El presente proyecto entrega los cimientos de esta investigación, que pretende identificar la relación existente entre la calidad de adherencia al tratamiento y el grado de apoyo familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 que asisten al Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja durante el periodo 2015 – 2016.

c. JUSTIFICACION.

La Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja ha visto la necesidad de formar profesionales, con valores éticos, que propicia la convivencia armónica y contribuye a la solución de la problemática de la salud mental de la Región Sur del Ecuador.

Por ende, como estudiante de la Carrera en mención y conocedor de la problemática que atraviesa actualmente el País y nuestra Ciudad, en relación a la falta de adherencia al tratamiento y de apoyo familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, he creído conveniente realizar la presente investigación, tomando en cuenta que en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja se presentan este tipo de problemas en pacientes con diabetes y esto impide que tenga una adecuada recuperación y así un buen control ambulatorio.

La adherencia al tratamiento y la falta de apoyo familiar en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, son factores que afectan directamente a la salud mental. **En comparación con las personas no diabéticos, la gravedad de las depresiones y de los trastornos de ansiedad suelen ser predominantes.** (Cifuentes R, 2011)

Así mismo la combinación de los trastornos psicológicos y la diabetes es especialmente perjudicial porque puede tener un impacto negativo en los resultados psicosociales y médicos. (FM., 2004)

El presente trabajo contribuye a la conjugación de la teoría con la práctica permitiendo fortalecer los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias; y a su vez se la realiza para la obtención del título de Psicólogo Clínico.

Por lo expuesto anteriormente se considera de importancia realizar esta investigación, ya que el problema a tratarse es de carácter social, por lo tanto, afecta directa o indirectamente

a toda la población en general, perjudicándolos en su salud, relaciones familiares y comunitarias.

Así mismo los beneficios de este aporte científico serán, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mejorando su calidad de vida, los familiares aprendiendo más sobre esta patología y previniendo que algún miembro del grupo social presente esta enfermedad, el hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja ya que con los resultados de este investigación se desarrollaran medidas preventivas, por lo tanto los cimientos de este trabajo beneficiara a los científicos ya que esto les ayudara para futuros proyectos.

d. OBJETIVOS.

General.

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que se encuentran Hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Específicos.

- Identificar los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentran Hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Indagar cómo influye el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Elaborar un plan de psicoeducación encaminado a incentivar al paciente diabético y a su familia, la adherencia al tratamiento y la importancia del apoyo familiar.

e. REVISION DE LITERATURA

1. FAMILIA

1.1. Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla sobre familia al referirse: A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. (OMS, 2015)

Según (Salvador, 2012) define a la familia como: “Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”.

Para el investigador “La familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, ya sea por el contexto o bien por los individuos que la conforman, donde las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren, pero a su paso van dejando huellas marcadas en la interacción con otros, las costumbres, los hábitos, las reglas, los vicios, se van transmitiendo de generación en generación”.

1.2. Ciclo vital familiar

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas (Minuchin, 2003). Estas etapas son:

1.2.1. Constitución de la pareja. Tras la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia que tendrá características nuevas y propias. A su vez cada uno de los miembros de la pareja traerá creencias, modalidades y expectativas que habrán heredado de sus propias familias de origen.

En la evolución de una pareja habrá diferentes etapas, momentos de tranquilidad y otros de crisis.

1.2.2. Nacimiento y crianza. El nacimiento de un hijo crea muchos cambios en la relación de pareja y en la familia. Aparecen nuevos roles y funciones: función materna y función paterna, y con ellos los de la familia extensa. Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita. La madre se unirá con el bebé, interpretando y descifrando sus demandas de cuidado y alimentación. Esta unión es normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia. Durante este período el padre es un observador que participa activamente desde afuera sosteniendo esta relación y haciendo el nexo entre madre-hijo/mundo exterior. (Minuchin, 2003)

La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas.

1.2.3. Salida de los hijos del hogar. Esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entraran en una nueva etapa donde deberán formar su propia familia, con las características que vimos al inicio del capítulo, para poder continuar el ciclo vital.

Desde el punto de vista de los padres, se enfrentan con la salida definitiva de los hijos del hogar. Esta etapa puede ser vivida como la evolución natural del ciclo familiar, con aceptación del paso del tiempo y proyectando un futuro con la llegada de los nietos. También es un momento de reencuentro de los padres, donde

es posible realizar cosas que se postergaron durante la crianza de los hijos salidas, actividades sociales, etc. (Minuchin, 2003)

1.2.4. Juventud. La juventud es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior.

El adolescente sufre una gran crisis de identidad. Su cuerpo sufre cambios y aparecen los caracteres sexuales secundarios bien definidos. Comienza a ampliar su contacto con el mundo externo y el espacio geográfico en el que se mueve, lugares donde los padres no son invitados a participar. Es una etapa de gran confusión emocional para el adolescente que atraviesa el desafío de transformarse en adulto, definir su identidad sexual y conquistar cierto grado de autonomía en lo emocional y mental.

Las relaciones con sus pares, su grupo, pasan a ser primordiales en la vida del adolescente. El grupo ayuda a elaborar todos los cambios que le van sucediendo y ayuda a separarse de sus padres. Es importante para el adolescente sentir que se puede alejar de su casa sin perder a los padres, lo que intenta confirmar con sus actos de rebeldía.

Para el adolescente es importante la presencia de los límites firmes, con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara. Esto lo hace sentir seguro. La ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo con el propósito de captar la atención de sus padres. (Minuchin, 2003)

1.3. Organización familiar

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. O dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al "estrés" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, se debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que ayude a analizar a una familia. Se puede adelantar que la etiqueta de patología debe reservarse a las familias que frente a las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. (Salvador, 2012)

1.4. Roles y límites

La familia va a tener roles que se configuran dentro de ella y que cada miembro va a recibir y asumir según las cualidades y relaciones que se dan en el grupo familiar. (Dora, 1998)) Los roles de la familia no son naturales sino que son una construcción social, pero además y sobre todo, particular de cada familia. Esta particularidad va a depender de varios aspectos como:

- la historia familiar,
- la historia intergeneracional,
- los valores culturales,
- la sociedad en la cual vive,

- la situación y relaciones presentes de esa familia.

Los roles son asignados y asumidos en el contexto de la escena familiar. Estos roles pueden ser más o menos rígidos o pueden variar; justamente se puede decir que cuanto mayor rigidez en estos roles, pues peor pronóstico va a tener una familia, en relación a la salud de sus miembros o al equilibrio que puede haber en la misma. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites rígidos, por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal. La familia con límites difusos recibe el nombre de familia aglutinada; la familia con predominio de límites rígidos, se llamará familia desligada.

Los miembros de familias aglutinadas límites difusos pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el estrés individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El estrés que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo. (Salvador, 2012)

1.5. Problemas en el sistema familiar

1.5.1. Autoritario o Rígido. Mantienen alto nivel de control y una ley de obediencia que es lo más importante.

Tienden a buscar suprimir el mal utilizando generalmente culpabilidad y temor.

El niño aprende a seguir reglas por temor y con un control externo rígido. Tienen bajos niveles de comunicación y afecto explícito.

1.5.2. Permisivo e Indulgente. Los Padres permiten la auto-regulación de los hijos en las primeras etapas del desarrollo, ejerciendo bajo control y alto nivel de afecto. En muchas ocasiones tienden a evadir el conflicto. Lo más significativo es preservar las emociones y garantizar la felicidad, llegando a ser más importante que la rectitud. Tienden a ser padres responsables, pero no exigentes. Se caracterizan por tener pocas expectativas de comportamiento para el niño, los padres están muy involucrados con sus hijos, pero con pocas exigencias o controles sobre ellos. Son muy sensibles a las necesidades del niño, lo cual puede desencadenar en niños consentidos y malcriados.

1.5.3. Negligentes o Desprendidos: Tienden a ser padres ni exigentes ni flexibles, son fríos y controladores, generalmente no están involucrados en la vida de su hijo, son apartados, sin exigencias, sin responsabilidades, y no establecen límites.

Los padres negligentes también suelen omitir las emociones de los niños y las opiniones, emocionalmente no respaldan a sus hijos, pero aun así proveen sus necesidades básicas de alimentación y vivienda o vestimenta. Los niños cuyos padres son negligentes desarrollan el sentido de que otros aspectos de la vida de los padres son más importantes que ellos. Muchos niños de éste estilo de crianza a menudo tratan de mantenerse a sí mismos o dejan la dependencia de los padres para conseguir una sensación de ser independiente y madurar para su edad. Los padres, y por lo tanto sus hijos, a menudo muestran un comportamiento contradictorio. Los niños se vuelven emocionalmente y socialmente retirados. Esta actitud también afecta las relaciones en su vida futura. En la adolescencia, pueden mostrar patrones de absentismo escolar y delincuencia.

1.5.4. Propagativos y Asertivos. El padre se muestra exigente y receptivo. Se caracteriza por un enfoque centrado en el niño (a) que tiene altas expectativas de madurez. Los padres asertivos, entienden los sentimientos de sus hijos y les enseñan a manejarlos. A menudo les ayudan a encontrar salidas apropiadas para resolver problemas.

Los padres asertivos generalmente no son tan controladores. Lo que permite que el niño explore con mayor libertad, dejando así que tomen sus propias decisiones basadas en su propio razonamiento. Los padres asertivos establecen límites y demandan madurez, pero cuando castigan a un niño, el padre explica sus motivos para su castigo. Sus castigos son medidos y consistentes en la disciplina, no severo ni arbitrario.

Los padres de familia con éste enfoque, establecen normas claras para sus hijos, vigilan los límites que han establecido y también permiten a los niños desarrollar su autonomía. También esperan un comportamiento maduro,

independiente, y adecuado para la edad de los niños. Están atentos a las necesidades de sus hijos y preocupaciones y suelen perdonar y enseñar, en lugar de castigar.

Es importante señalar, que la forma en que cada niño es criado tiende a delimitar muchas veces los patrones de interacción que el niño o niña va a tener en su vida posterior con sus mismos hijos. La mayor parte de las veces, si su crianza fue agradable va a copiar los patrones más fácilmente y van a criar a sus hijos de una manera similar y sana o si es lo contrario, si tuvo una experiencia totalmente desagradable los va a criar de una forma totalmente opuesta a lo que ellos tuvieron.

El equilibrio se consigue con la práctica o depende también de una relación conyugal sana y estable que pueda compensar y complementar las experiencias vividas en la niñez. (Salvador, 2012)

2. DIABETES

2.1. Definición

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2015)

La diabetes es una enfermedad crónica que se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, la elabora de una calidad inferior o no es capaz de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona producida por el páncreas. Su principal función es el mantenimiento de los valores adecuados de glucosa en sangre. Permite que la glucosa entre en el organismo y sea transportada al interior de las células, en donde se transforma en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Además, ayuda a que las células almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. En las personas con diabetes hay un exceso de glucosa en sangre (hiperglucemia) ya que no se distribuye de la forma adecuada. Los especialistas advierten que, si los pacientes no siguen el tratamiento adecuado los tejidos pueden acabar dañados y se pueden producir complicaciones muy graves en el organismo. (Fernández, 2015)

2.2. Tipos de diabetes

2.2.1. 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.

Una minoría de los pacientes con diabetes tipo 1 desarrollan diabetes mellitus tipo 1 idiopática, de la cual se desconoce la causa que desencadena este subtipo que afecta principalmente a personas de origen africano y asiático.

En la idiopática, el factor hereditario tiene mucha importancia y no existen alteraciones del sistema inmunitario. Además, la necesidad de insulina puede aparecer o desaparecer.

Según la Federación Internacional de Diabetes, cada año se incrementa el número de personas que tienen diabetes tipo 1. Aunque las causas de este aumento no están claras, estiman que puede deberse a los cambios de los factores de riesgo medioambiental, a circunstancias durante el desarrollo en el útero, a la alimentación durante las primeras etapas de la vida o a infecciones virales.

Además, desde la Federación insisten en que estos pacientes pueden tener una vida normal si siguen el tratamiento combinando la administración diaria de la insulina con un seguimiento estrecho, ejercicio regular y dieta sana. (Fernández, 2015)

2.2.2. 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 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.

Al igual que en la diabetes tipo 1, los casos de diabetes tipo 2 se están incrementando en todo el mundo. Las causas están relacionadas con los cambios de estilo de vida como consecuencia del desarrollo económico. Otras causas podrían ser el envejecimiento de la población, el incremento de la urbanización, los cambios de dieta y la disminución de la actividad.

2.2.3. Diabetes gestacional.

- Comienza o se diagnostica por vez primera durante el embarazo.
- Aparece en 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. (Fernández, 2015)

2.2.4. Otros tipos de diabetes. Existen otros tipos de diabetes originados por un mal funcionamiento de las células del páncreas o de la insulina que éstas producen, por problemas de metabolismo, etcétera. Muchas veces estas disfunciones están causadas por defectos genéticos, drogas, infecciones u otras enfermedades. (Fernández, 2015)

2.3. Causas

El momento de aparición de la enfermedad, así como las causas y síntomas que presentan los pacientes, dependen del tipo de diabetes:

2.3.1. Diabetes tipo 2. Surge generalmente en edades más avanzadas y es unas diez veces más frecuente que la anterior. Por regla general, la diabetes tipo 2 también está diagnosticada o la han padecido otras personas de la familia.

Se origina debido a una producción de insulina escasa, junto con el aprovechamiento insuficiente de dicha sustancia por parte de las células. Según qué defecto de los dos predomine, al paciente se le habrá de tratar con pastillas antidiabéticas o con insulina (o con una combinación de ambas). En estos casos el paciente no suele presentar ningún tipo de molestia, ni síntoma específico, por lo que puede pasar desapercibida para la persona afectada durante mucho tiempo.

2.4. Complicaciones

Las personas con diabetes corren un riesgo mayor de desarrollar una serie de problemas de salud graves. Los altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios, así como enfermedad periodontal. Además, las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de ingresos altos, la diabetes es la principal causa de enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal, y amputación.

El mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol en lo normal o cerca de lo normal puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Por lo tanto, las personas con diabetes requieren un control regular.

2.4.1. Enfermedades cardiovasculares. Afecta a los vasos sanguíneos del corazón y puede causar complicaciones mortales, como la enfermedad de las arterias coronarias (que conduce a un ataque cardíaco) y accidente cerebrovascular. La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte en personas con diabetes. La presión arterial alta, colesterol alto, alto nivel de glucosa en la sangre y otros factores de riesgo contribuyen a aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

2.4.2. Enfermedades renales (nefropatía diabética). Causadas por daños en los pequeños vasos sanguíneos de los riñones que conducen a que los riñones sean cada vez menos eficientes o fallen por completo. Las enfermedades renales son mucho más comunes en personas con diabetes que en personas sin diabetes. Mantener los niveles de glucosa en sangre y la presión arterial cerca de lo normal puede reducir en gran medida el riesgo de sufrir enfermedades renales.

2.4.3. Enfermedades nerviosas (neuropatía diabética). La diabetes puede causar daños en el sistema nervioso de todo el cuerpo cuando la glucosa en sangre y la presión arterial son demasiado altas. Esto puede conducir a problemas con la digestión, disfunción eréctil y muchas otras funciones. Algunas de las áreas más comúnmente afectadas son las extremidades, especialmente los pies. Las lesiones en los nervios de estas zonas se llaman neuropatía periférica, y pueden acarrear dolor, hormigueo y pérdida de sensibilidad. La pérdida de la sensibilidad es particularmente importante, ya que puede hacer que las lesiones pasen desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y posibles amputaciones. Las personas con diabetes corren un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de las personas sin diabetes. Sin embargo, con un tratamiento integral, se pueden prevenir muchas de las amputaciones relacionadas con la diabetes. Incluso cuando se realiza una amputación, se puede salvar con un buen seguimiento de un equipo podológico multidisciplinar la otra pierna y la vida de la persona. Las personas con diabetes deben examinarse regularmente los pies.

2.4.4. Enfermedades oculares (retinopatía diabética). La mayoría de las personas con diabetes desarrollarán algún tipo de enfermedad ocular (retinopatía) con disminución de la visión o ceguera. Los altos niveles de glucosa en sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son las principales causas de retinopatía. Puede tratarse mediante controles regulares de los ojos y manteniendo los niveles de glucosa y lípidos en lo normal o cerca de lo normal.

2.4.5. Complicaciones del embarazo. Las mujeres con cualquier tipo de diabetes durante el embarazo corren riesgo de sufrir varias complicaciones si no controlan y tratan cuidadosamente su estado. Para evitar posibles daños en los órganos del feto, las mujeres con diabetes tipo 1 o tipo 2 deben lograr mantener unos niveles

de glucosa adecuados antes de la concepción. Todas las mujeres con diabetes tipo 1, tipo 2 o gestacional durante el embarazo deben procurar mantener unos niveles de glucosa en sangre correctos para minimizar las complicaciones. Tener alta la glucosa en sangre durante el embarazo puede provocar un exceso de peso en el feto. Esto puede conducir a problemas en el parto, traumatismo del niño y la madre y una caída repentina de la glucosa en sangre del niño después del nacimiento. Los niños expuestos durante mucho tiempo a altos niveles de glucosa en la matriz tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes en el futuro. (Hulpe, 2015)

2.5. Tratamiento

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) y para muchas con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID), el estilo de vida juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes. El manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente a la conducta. Los pacientes con diabetes deben de estar preparadas para afrontar la enfermedad de tres maneras:

- Plan apropiado de control de dieta y peso.
- Actividad física.
- Medicación (si es necesaria).

Varios especialistas estarán involucrados en el cuidado del diabético. La familia, pediatras médicos generales, internistas, endocrinólogos y diabetólogos, también supervisarán el cuidado médico. Las consultas con especialistas como el oftalmólogo también serán necesarias si aparecen complicaciones.

Si usted tiene diabetes, debe asumir la responsabilidad del manejo de la enfermedad día a día. Esto incluye no sólo la administración de insulina o la ingesta de Hipoglucemiantes

orales, sino también la colaboración en el control y análisis de la concentración de glucosa en sangre, en la dieta y el régimen de ejercicios recomendado por su médico.

2.5.1. Nutrición. Una dieta apropiada es esencial. De hecho para muchos pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente DMNID un buen programa de control de peso es suficiente por si solo para tratar la enfermedad. Es necesario elaborar una dieta específica para cada individuo orientada, básicamente, hacia la reducción de peso mediante un control individual y el establecimiento de unos patrones de comida. Para conocer cuáles son su peso y talla ideales se puede recurrir a tablas ya establecidas. Si su peso excede en un 20% o más el valor que indica la tabla y usted no es exageradamente musculoso, entonces padece un sobrepeso.

Las bebidas alcohólicas tienden a agravar la diabetes. Así que debe de limitar el consumo de alcohol. Además el alcohol es una fuente de calorías concentrada, y su consumo puede complicar el control del peso.

La meta de todas las dietas es doble. Por una parte le ayudará a controlar la concentración de glucosa. Por otra, y muy importante, le ayudará a controlar y reducir su peso. La obesidad aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina porque la comida extra contribuye a aumentar la cantidad de glucosa en el sistema. El resultado es que el control de la concentración de glucosa en sangre se vuelve más difícil y el riesgo de complicaciones más serias también incrementa.

Los diabéticos deben regular cuidadosamente el consumo de hidratos de carbono (azúcar y almidones), grasas y proteínas. Su dietista le organizará un programa adecuado. Debe evitar el consumo de azúcares, tales como pasteles, tartas, bombones o bebidas dulces. Es conveniente incluir en la dieta alimentos

ricos en fibra tales como el pan de trigo y centeno, frutas y vegetales (ver la Dieta en el Diabético).

2.5.2. Ejercicio y deporte. El ejercicio es otra parte importante en el tratamiento de los diabéticos. El ejercicio regular ayuda a mantener el peso adecuado, pero más importante todavía es el beneficio sobre el aparato circulatorio.

Los músculos utilizan más glucosa durante el ejercicio vigoroso, lo cual ayuda a que el nivel de glucosa disminuya.

Su médico le ayudará a establecer un programa de ejercicios. Existe un debate en cuanto al régimen de ejercicio más adecuado para diabéticos. Si éste es muy intenso disminuirá el nivel de glucosa en sangre, y debe estar alerta ante la posibilidad de un nivel excesivamente bajo (ver Hipoglucemia y la Reacción de insulina). Una buena práctica es beber leche y carbohidratos 30 minutos antes del entrenamiento. Es conveniente tener siempre a mano un carbohidrato de acción rápida (por ejemplo, una tableta de glucosa) ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de hipoglucemia (nerviosismo, debilidad, hambre etc.). Si usted tiene DMID, procure no realizar el ejercicio en los momentos de máximo efecto de su inyección.

2.5.3. Medicación en la diabetes. En principio, la insulina es una droga utilizada por diabéticos menores de 40 años, mientras que los hipoglucémicos orales los utilizan personas que han desarrollado la diabetes después de esta edad, aunque hay excepciones a esta regla.

Como su nombre indica, los pacientes con DMID requieren insulina, y aquellos con DMNID pueden o no requerir medicación. De todas formas, en todos los diabéticos, el factor más importante en el uso y dosis de los medicamentos es la voluntad individual de seguir la dieta y los ejercicios.

La decisión de usar insulina o hipoglucemiantes está basada en el grado de severidad de la diabetes. Para una persona obesa con DMNID, la dieta, acompañada por un régimen de ejercicios, será la solución. Si con estas medidas no se controla la enfermedad, su médico puede prescribir inyecciones de insulina o medicación oral. Para una persona con DMID, serán necesarias dosis de insulina, pero éstas dependerán, en parte, del cuidado que tenga en su dieta y ejercicio.

2.5.4. Insulinas. La insulina puede ser de varios tipos y varias características. Algunas se obtienen del páncreas de gatos y perros pero la tecnología en años recientes, ha hecho posible conseguir la producción de insulina sintética.

Algunas variedades de insulina actúan rápidamente y otras actúan en un periodo más largo. El tipo de insulina, cantidad, períodos de tiempo etc. son medidas que se toman según la necesidad del diabético. Una sola inyección de insulina retardada a la mañana suele ser lo más habitual, aunque puede ser necesaria una mezcla de insulina regular con la retardada e inyecciones adicionales a lo largo del día. Su médico determinará qué es lo mejor en su caso.

Para aquellos pacientes con una diabetes muy inestable, que estén preparados para llevar a cabo un programa elaborado, la mejor opción será la inyección de insulina de acción rápida antes de cada comida. Las dosis dependen de la medida de la concentración de glucosa en sangre en ese momento. Este régimen es el llamado "terapia intensiva de insulina".

El uso de una bomba de insulina ayudará a las personas con diabetes inestable. La bomba de insulina es un aparato de batería preparado para liberar continua y automáticamente una dosis de insulina a través de la aguja que se pincha en la piel del abdomen o brazo.

2.5.5. Hipoglucemiantes orales. Los hipoglucemiantes son medicamentos que estimulan el páncreas para incrementar la producción de insulina y se usan en una tercera parte de los pacientes con DMNID. Están indicados para los diabéticos incapaces de controlar la concentración de glucosa solo con dieta. (GOICOECHEA, 2016)

3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

3.1. Definición

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital)
- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas

3.2. No-adherencia a la terapia

3.2.1. Definición. Se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; un ejemplo de ello son los problemas relacionados con los medicamentos. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- La percepción de gravedad de la enfermedad
- La credibilidad en la eficacia de la medicación
- Aceptación personal de los cambios recomendados

Se considera que la “no-adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un

abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud. La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con la otra o las otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera.

3.2.2. Factores inter-relacionados con la no-adherencia. Aunque enunciaremos los factores de manera individual, en la práctica clínica se observa superposición entre ellos, por tal razón no deben ser evaluados en forma independiente sino como un asunto complejo multifactorial. (FM., 2004)

Tampoco es conveniente que el médico presuponga la no-adherencia en forma primaria a una personalidad no cooperadora del paciente. Las razones por las cuales un paciente no cumple con el esquema de tratamiento indicado se pueden agrupar en cuatro categorías:

3.2.2.1. Factores asociados al paciente

3.2.2.1.1. Deterioro sensorial. La pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas. La limitación para desplazarse, la pérdida de destreza para abrir envases con protección de seguridad para niños, etcétera.

3.2.2.1.2. Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo. Llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, etcétera. (Palop L, 2004)

En estos casos las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el

aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información:

- Omisión parcial o total del contenido
- Filtración de acuerdo con creencias personales
- Aprendizaje incorrecto
- Aprendizaje fuera de tiempo
- Aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte.

3.2.2.1.3. Aspectos de la enfermedad. En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento. Hay menos adherencia cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. La adherencia a la terapia es especialmente difícil en el caso de las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, por ejemplo en las enfermedades mentales, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente.

3.2.2.1.4. Factor ambiental. El paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento. Pueden ser factores a tener en cuenta; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor).

3.2.2.1.5. Factor asociado al medicamento. En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo

limitado. La adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos:

- Procesos crónicos
- Polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo
- Cuando el esquema de dosis es complicado
- Cuando la vía de administración requiere personal entrenado
- Cuando el medicamento exhibe eventos adversos de consideración. Ejemplo: virilización, impotencia, etcétera.

La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tomada en cuenta en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano. La clase terapéutica del medicamento también afecta la adherencia, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos (por el temor a morir si no se toma) y baja con el uso de sedantes y antidepresivos.

En el caso de no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son:

- No iniciar la toma del medicamento
- No tomarlo de acuerdo a las instrucciones
- Omitir una o más dosis
- Duplicar la dosis (sobredosis)
- Suspensión prematura del tratamiento
- Tomar la dosis a una hora equivocada
- Tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico.

- Tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos contraindicados.
- Medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados
- Uso inadecuado de los dispositivos de administración, como es el caso de los inhaladores.

De los problemas relacionados con los medicamentos, las fallas en recibir la medicación ocasionan el 54% de las consultas hospitalarias y el 58% de las hospitalizaciones (En los Estados Unidos, tales problemas ascienden a 17 millones de consultas por urgencias, 8.7 millones de hospitalizaciones/año y costos de US\$76.6 billones anualmente).

El subcomité del Senado de los Estados Unidos que estudió la no adherencia a la medicación, encontró que no tomar los medicamentos resultó en cerca de 300.000 muertes anualmente, de las cuales 125.000 de ellas ocurrieron en pacientes cardíacos en recuperación, cifra que desde 1990 no ha disminuido.

3.2.2.1.6. Factor de interacción médico/paciente. Es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. La adherencia se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo.

3.2.3. Implicaciones de la no-adherencia a la terapia. Las consecuencias de la no-adherencia al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente. La adherencia a la terapia es un concepto relevante en caso de recomendaciones para la planificación familiar, el control de la obesidad, terapias de rehabilitación e inclusive para la apropiación de hábitos saludables (dejar de fumar, disminuir la ingesta de sal, restringir el colesterol y cumplir con el ejercicio o actividad física requerida), complementarios a la terapia farmacológica. La lista de posibles consecuencias de la no-adherencia a la terapia es amplia, como lo es la complejidad del fenómeno de adherencia a la terapia.

Algunos ejemplos son:

- La omisión de la medicación antiarrítmica que puede llevar al paciente a paro cardíaco.
- El no uso de las gotas para el glaucoma, puede resultar en daño irreparable del nervio óptico.
- En el caso de los antihipertensivos se puede desencadenar hipertensión de rebote, agravado por el hecho de constituir una enfermedad silenciosa.
- Infecciones recurrentes, resistentes y el surgimiento de gérmenes multirresistentes, cuando no se toman de la manera adecuada los antibióticos.
- Mayor número de hospitalizaciones y gravedad creciente de las mismas en el caso de tratamientos con inhaloterapia.

- El rechazo agudo postoperatorio, rechazo crónico y pérdida del trasplante, son, en muchos casos, el resultado de la no adherencia a la terapia. Si el médico tratante no es consciente de la no-adherencia, puede cometer errores como:
- Prescribir dosis mayores que resultan innecesarias y en algunos casos peligrosas
- Ordenar estudios invasivos innecesarios
- Ordenar estudios que incrementan costos al sistema
- Cambiar la terapia ante la falta de respuesta clínica.

Los eventos de no-adherencia al medicamento pueden también revelar una prescripción innecesaria. Es el caso del paciente que se siente mejor cuando no toma el medicamento y el médico tratante ignora este hecho. (JA., 2002;)

De todos los grupos de edad, los ancianos son los que más se benefician con los avances tecnológicos en medicamentos. Estudios epidemiológicos han mostrado que el 25% de los pacientes mayores de 65 años ingieren seis o más medicamentos y que el 25% de todos los que están en la tercera edad consumen al menos cuatro medicamentos diferentes.

Entre los grupos terapéuticos prescritos con mayor frecuencia en la tercera edad están los medicamentos cardiovasculares, los antibióticos, los diuréticos y los sicotrópicos.

También es cierto que en este grupo se incrementa el riesgo de fallas en la adherencia a la terapia, con serias consecuencias, mayor dificultad en la detección y en el manejo.

3.2.4. Metodologías para mejorar la adherencia a la terapia.

3.2.4.1. Información efectiva. Los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmacéuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. Es importante evitar al máximo el lenguaje técnico, pero si se presenta la situación deberá dedicarse el tiempo necesario para documentar al paciente sobre el significado general y específico del término. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe:

- Entender el propósito de la medicación
- Identificar el medicamento que debe tomar
- Conocer la duración del tratamiento
- Comprender el esquema de dosificación por seguir.

Tanto el médico como el fabricante deben verificar que el envase de los medicamentos tenga en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes y que los insertos estén escritos en letra de tamaño adecuado y en lo posible, en el idioma del paciente.

El tratamiento debe ser lo más sencillo y con los mínimos efectos secundarios posibles. La evidencia demuestra que con una adecuada motivación, educación y apoyo, se pueden superar las dificultades de lograr una adecuada adherencia.

El éxito para lograr una adecuada adherencia radica en una buena educación.

3.2.4.2. Comunicación asertiva. El concepto de concordancia sugiere que el profesional de la salud y el paciente encuentren áreas de la salud que compartan y sean el punto de partida para construir conjuntamente un

acuerdo acerca de la naturaleza de la enfermedad y el más apropiado esquema terapéutico. Tanto médico como paciente deben ser capaces de discutir conceptos acerca del esquema terapéutico de manera abierta y honesta, debiendo existir concordancia entre ellos, la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento requerido y los riesgos y beneficios asociados con el tratamiento planteado.

Este nuevo abordaje reemplaza la postura de un profesional que trata de imponerse al paciente y mejorar la adherencia a la terapia. No hay duda que, si el paciente no se involucra en el proceso de toma de decisiones, es poco probable que se cumplan las instrucciones necesarias para mejorar la condición del sujeto.

3.2.4.3. *Educación consistente.* Los profesionales de la salud y el sistema de salud tienden a considerar la educación del paciente como un proceso demorado, de resultados pobres y poco cuantificables; sin embargo, si se incorpora como proceso en la interacción entre médico y paciente en cada visita, el resultado es una mejor adherencia a las recomendaciones y al cumplimiento de la terapia, menos llamadas y menos hospitalizaciones. El proceso resulta en esencia una conducta costo-efectiva.

3.2.4.4. *Ayudas directas para mejorar la adherencia.* Existen desde sencillas fichas o formas pre-impresas para diligenciar, hasta envases con dispositivos electrónicos sonoros o con indicadores luminosos que avisan en caso de olvido de una dosis, pasando por las ayudas nemotécnicas que involucran a los familiares (padres, esposa, hijos mayores, personas con las que se convive y en general cuidadores). (Haynes RB, 2002)

Las herramientas que facilitan la adherencia a la terapia deben adecuarse a las necesidades y condiciones particulares del paciente y son los diferentes profesionales de la salud los llamados a identificar las opciones disponibles para cada necesidad.

Recientemente, se encuentran disponibles en Colombia los dispositivos digitales sonoros y con indicadores luminosos o de vibración, así como las tarjetas resumen de las indicaciones médicas. (Silva, 2005)

f. METODOLOGIA.

La presente investigación es de tipo científico-social con enfoque cuanti-cualitativo y descriptivo que maneja métodos científicos como: inductivo, deductivo, analítico, sintéticos, que se apoyan en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

POBLACION Y MUESTRA

- **Área de estudio:** Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- **Población:** Pacientes del Área de Clínica
- **Muestra:** 64 Pacientes con Diabetes, de los cuales se evaluara a 60 que presentan Mellitus Tipo II.

ELEMENTOS DE INCLUSION

- Pacientes del área de clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II.

- Pacientes que deseen formar parte del estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.

ELEMENTOS DE EXCLUSION

- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, dados el alta y que asistan a consulta externa.
- Pacientes con diabetes mellitus que presenten una afectación mental significativa.
- Pacientes con debut diabético.

INSTRUMENTOS

FICHA PARA LA IDENTIFICACION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Es una ficha que nos permite, obtener información sobre los pacientes a través del conocimiento de los antecedentes personales y la identificación del tipo de diabetes. Esta ficha se encuentra conformada por datos de identificación **como** y antecedentes patológicos **como.... DESCRIBIR CUALES**

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Es un cuestionario que permite ver si existe una buena adherencia al tratamiento y apoyo por parte de la familia en dicho tratamiento. Este instrumento será aplicado al paciente con diabetes mellitus tipo II, para ver si como se está adaptando o cumpliendo el tratamiento y saber cuáles son los factores que impiden se adhiera al mismo. Se encuentra conformado

por dos partes, la primera nos permite indagar los tres componentes de la adherencia al tratamiento (medicación, ejercicio físico y dieta), mientras que la segunda parte pretende conocer el apoyo familiar que tiene el paciente con diabetes para sobrellevar su enfermedad y adherencia al tratamiento. Es así que el presente instrumento también permite encontrar la relación entre las variables a investigar como es la adherencia al tratamiento en concordancia con el nivel de apoyo familiar.

Este cuestionario está conformado por seis preguntas, cada una de ellas tendrá una calificación de 1 punto, siendo 6 la puntuación más alta, si el resultado es de 0 o 2 se considera que presenta una mala adherencia al tratamiento, de 3 a 4 puntos el paciente presenta una adherencia regular y de 5 a 6 puntos se considera que presenta una buena adherencia.

PROCEDIMIENTO

Conjunto de procedimientos prácticos, en vista al logro de un resultado, o a varios resultados concretos, valiéndose de herramientas o instrumentos. Entre los principales utilizaremos:

- **Observación.** Permitirá obtener un criterio objetivo de la estructura física como departamental de la entidad, así como también una observación del desenvolvimiento de las diferentes áreas.
- **Entrevista.** Misma que fue dirigida a la Directora de esta Casa de Salud y la jefa de Endocrinología, para conocer sobre la problemática más frecuente de este establecimiento público.

- **Solicitud** dirigida a la Directora del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en la cual se solicita el permiso pertinente para desarrollar el proyecto de tesis.
- **Consentimiento informado.** Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el paciente ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

g. CRONOGRAMA

Actividades	Diciembre			Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio			Julio						
Selección de Tema																												
Aprobación de Tema																												
Aprobación de Proyecto. Pertinencia y coherencia																												
Designación de Director																												
Recolección de Datos.																												
Tabulación de Datos.																												
Presentación del Primer Borrador.																												
Sesión Reservada.																												
Sustentación de Tesis.																												

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS.

Los recursos humanos considerados para la presente investigación consisten en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

RECURSOS MATERIALES

INSUMOS Y MATERIALES	CANTIDAD
Bibliografía	\$ 500
Laptop	\$ 800
Infocus	\$10
Impresiones	\$ 80
Tinta	\$ 50
Copias	\$ 150
Empastado de tesis	\$ 100
Transporte	\$ 100
Impresiones	\$ 100
Anillados	\$ 30
Imprevistos	\$ 200
TOTAL	\$ 1920

FINANCIAMIENTO

La presente investigación será autofinanciada por el autor.

i. BIBLIOGRAFÍA

Bertrand Regader; Jonathan García-Allen; Adrián Triglia. (Febrero de 2014). *Psicología y Mente*. Obtenido de *Psicología y Mente*: <https://psicologiaymente.net/salud/diabetes-y-salud-mental#!>

Cifuentes R Jeannette; Quintul Nivia Yefi. (2011). *La Familia Apoyo o Desaliento para el Paciente Diabético*. Obtenido de *insp*: www.insp.mx/salud/35/355-5s.html - 32k.

Claudia Troncoso Pantoja; Delia Delgado Segura; Carolina Rubilar Villalobos. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. En C. T. Pantoja, D. D. Segura, & C. R. Villalobos., *Adherence to treatment in patients with Diabetes type 2* (págs. 1-5). Mexico.

Dora, F. (1998). *Teoría de las interacciones familiares*. España.

Fernández, F. J. (2015). Diabetes. *DMedicina*, 1-5.

FM., C. (2004). *Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento*. *MedUNAB*: 7:172-180.

Garay, Á. (12 de Agosto de 2014). *Infarma*. Obtenido de *Infarma*: <http://www.infarma.es/documents/318930/b4c57d99-19fb-4387-bbcd-6ab1bf84cf2c>

GERMÁN ENRIQUE SILVA, E. G. (13 de Diciembre de 2005). *scielo*. Obtenido de *scielo*: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>

GOICOECHEA, F. G. (11 de Febrero de 2016). *tuotromedico*. Obtenido de *tuotromedico*: http://www.tuotromedico.com/temas/tratamiento_diabetes.htm

Haynes RB, M. H. (2002). *Ayudar a los pacientes siguen prescriben*. *JAMA*: 288: 2880-2883.

Hulpe, C. d. (12 de julio de 2015). *International Diabetes Federation*. Obtenido de *International Diabetes Federation*: <http://www.idf.org/node/26454?language=es>

JA., C. (2002;). *Efecto de cumplimiento parcial sobre la eficacia de la medicación cardiovascular*. 88: 203-206.

Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

Navarrete, M. B. (6 de enero de 2016). *Sanofi*. Obtenido de *Sanofi*: <http://www.sanofi.com.ec/l/ec/sp/layout.jsp?scat=EE0EEA37-6816-4C8F-9541-DDBA61BC537B>

OMS. (23 de Enero de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Palop L, M. M. (2004). *Adherencia al tratamiento en el paciente anciano*. *Sist Nac Salud* : 28: 113-120.

Pike, R. (6 de mayo de 2015). *MedlinePlus*. Obtenido de MedlinePlus: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html>

Salvador, M. (2012). *Familias y terapia familiar*. España.

ANEXO 1

TEST DE HERMES

Un cuestionario muy sencillo que se aplica desde la primera consulta de seguimiento Fármaco-terapéutico, el cual nos permitirá tener un idea sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Es un cuestionario integrado por las siguientes preguntas:

1. ¿Olvida frecuentemente tomar sus medicamentos?

(Si)(No)

Con que frecuencia.

- e. Rara vez
- f. 1 o 2 veces al mes.
- g. 1 o 2 veces a la semana.
- h. 1 vez al día.

2. Las razones por la que olvida tomar sus medicamentos son:

- e. No me gusta
- f. No tengo un familiar que me ayude y apoye
- g. Se me olvidan las cosas
- h. No tengo tiempo

3. ¿Usted asistido a charlas o conferencias sobre Diabetes?

(Si)(No)

Si su respuesta es no porque

- e. No tengo tiempo
- f. No me gusta
- g. No tengo un familiar que me acompañe y apoye
- h. Por mi condición médica.

4. ¿Sabe usted la comida que ingiere diariamente?

Comida	
Desayuno	
Entre día	
Almuerzo	
Entre tarde	
Merienda	

5. ¿De la siguiente lista señale que alimentos usted ingiere diariamente?

Alimentos.	
Arroz	
Yuca	
Mote	
Carnes fritas	
Carnes al jugo	
Bebidas dulces (cola, refrescos)	

Bebidas saludables (jugos, aguas, batidos)	
Ensaladas	
Hamburguesas, papas fritas, hot dog.	
Sopas	
Postres	
Comida enlatada	
Mariscos	

6. ¿Usted realiza actividad física?

SI() NO()

C) Si usted si realiza actividad física con qué frecuencia lo hace.

- 30 minutos al día ()
- Más de 30 minutos al día ()
- 1 o 2 veces a la semana ()
- Rara vez. ()

D) Si usted no realiza actividad física cual o cuales son las razones.

- No tengo tiempo ()
- No me gusta ()
- No tengo un familiar que me acompañe y me apoye ()
- Por mi condición médica ()

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCION DE INFORMACION

La adherencia al tratamiento y su relación con el apoyo familiar de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital General Isidro Ayora periodo 2015-2016

Cristopher Cañar Sarango.

Autor de Proyecto.

0998421216

Hospital General Isidro Ayora

Yo,.....con CI.....,

autorizo participar en la aplicación de reactivos psicológicos, en el que se realizara unas preguntas que permitirán recolectar información, sobre mi adherencia al tratamiento de la diabetes y la relación con el apoyo familiar. Este tipo de información servirá para conocer cuáles son los factores que impiden un buen tratamiento y así poder encontrar alternativas a fin de mejorar mi calidad de vida.

.....

Firma.

ANEXO 3

HOJA DE REGISTRO