

APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, DE LA E.S.E. POPAYÁN

ANGELA MARIA CASTAÑO GOMEZ

CLAUDIA ALEJANDRA DELGADO PISSO



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA DE POPAYÁN

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

POPAYÁN

NOVIEMBRE, 2018

APOYO FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO II, DE LA E.S.E. POPAYÁN

ANGELA MARIA CASTAÑO GOMEZ

CLAUDIA ALEJANDRA DELGADO PISSO

Trabajo de grado para obtener el título de Psicólogo

Asesora

CLAUDIA ESPERANZA GÓMEZ PELÁEZ

Psicóloga, Doctora en Pensamiento Complejo



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA DE POPAYÁN

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

POPAYÁN

NOVIEMBRE, 2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

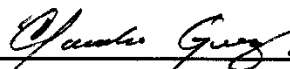
La mesa de jurados del proyecto de investigación: "Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, de la E.S.E Popayán", presentado por Angela María Castaño G y Claudia Alejandra Delgado, una vez revisado el informe final y aprobado su sustentación, dan fe que éste trabajo cumple con los requisitos estipulados como opción de grado para la obtención del título de Psicólogo(a).

Valoración del trabajo

ACEPTABLE:

BUENO:

SOBRESALIENTE:



CLAUDIA ESPERANZA GÓMEZ PELÁEZ

Asesora



MARILUZ CARDOZO DUARTE

Jurado



MARIA DEL MAR OSORIO ARIAS

Presidente del Jurado

Popayán, 27 de noviembre de 2018

Agradecimientos y Dedicatoria

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos les agradecemos a los participantes y los cuidadores por compartir sus experiencias íntimas para la ejecución de este proyecto investigativo que apoyará en la salud de la diabetes y finalmente pero no menos importante, a la E.S.E. Popayán por habernos abierto sus instalaciones.

A mi esposo por su apoyo esfuerzo y amor, que me brindo durante estos 5 años, por darme ánimo y fortaleza en muchos momentos de tormenta, gracias infinitas.

Gracias a nuestra asesora Claudia Esperanza Gómez por creer en Claudia y Ángela, por habernos brindado la oportunidad de desarrollar nuestra investigación en Apoyo Social y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes y por el apoyo y las facilidades que nos fueron otorgadas en la universidad. Por la oportunidad brindada para el desarrollo de este proyecto de Investigación.

Infinitas gracias

Línea de investigación

Las enfermedades crónicas como la diabetes afectan el bienestar personal, psicológico, familiar y social de las personas que lo padecen, debido a los cambios físicos y mentales que deben enfrentar en su estado de delicadez. De esta condición, en especial psicológica y social, se desprende un tema importante en relación a la adherencia al tratamiento de dicha condición, donde los conceptos de las redes familiares se transforman en un factor de protección y promotor de calidad de vida, en una enfermedad tratable, pero no curable.

En esta instancia, el comprender las experiencias y significados sobre la realidad social de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus de tipo II pertenecientes a la E.S.E de Popayán, en función al concepto del apoyo familiar, el cual determina las condiciones de vida de los sujetos pertenecientes a un grupo étnico, clase social, edad, escolaridad, creencias religiosas, género u orientación sexual; propició conocimientos subjetivos de las vivencias del ser humano; quienes en sus discursos alimentan la Línea de Desarrollo Humano y Social por Castro (2015) ya que esta, pretende “identificar, comprender y aportar desde diferentes campos de la psicología y de las ciencias sociales a la solución de problemas y necesidades psicosociales principalmente del municipio de Popayán y del departamento del Cauca” (p.49).

Es así como el significado subjetivo de la participación de un grupo de personas que representan la red de apoyo familiar en estos pacientes; promueven y apoyan en el área de salud mental, a través del proceso de adherencia al tratamiento por un quehacer interdisciplinar que se encuentra en contacto con la población afectada.

Resumen

La presente investigación consistió en comprender la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en tres pacientes y cuidadores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la E.S.E de Popayán; la indagación se realizó bajo el enfoque cualitativo de tipo descriptivo fundamentado por el método de estudio de caso, por medio de la entrevista abierta, los grupos focales y la observación directa.

Durante esta investigación, se determinó que la diabetes mellitus II es una enfermedad que ha ido aumentando su índice de presencia, en especial en el adulto mayor; por lo tanto, debe realizarse programas de promoción y prevención en adecuados estilos de vida saludable, y el apoyo familiar es una herramienta importante para que el paciente tenga una adecuada adherencia al tratamiento.

Palabras claves: *Adherencia al tratamiento, Diabetes Mellitus tipo 2, Apoyo familiar y Cuidadores.*

Abstract

The research consisted in the comprehension of the influence of family support on the adherence to the treatment in three patients and three carers in the E.S.E of Popayan; The inquiry was made focused on the qualitative and descriptive approach which allowed a deep analysis and description of the community also it was based on the case study method through the stories and experiences of the participants, the information was collected through an open interview with the patient to carry out the objective it was necessary the comprehension of the adherence to the treatment of the patients, therefore the sort of family support of the patients was determined and finally it was made a description of the influence in the adherence to the treatment taking into

account the family support network of the patients with DMII binded in the E.S.E. Popayán. The inquiry was made focused on the qualitative and descriptive approach which allowed a deep analisis and description of the community, also it was based on the grounded theory method through the accounts and experiences of the participants, the information was collected through an open interview with the patient, the focus group applied to the carer and the patients by using tools like “Diabetes hexagon” and the Zarit carer’s charge scale which was modifyied and adapted;and finally direct observation.

During this research, a process of analysis of the empirical data was carried out by means of triangulation and through the treatment of the data, favored by said methodology; although it is taken as a reference for authors of the grounded theory, it is explicit that it was taken as a coding guide, but the rigor of the theory itself was not carried out, of the six field diary obtained by the participants; from which it was determined that diabetes mellitus II is a disease that has been increasing its presence index in the world, especially in the elderly; therefore, it should be treated early from early ages with promotion and prevention programs in adequate healthy lifestyles, since it is a chronic disease that confusingly affects areas of the human being such as; physics, family, social and economic; and family support which is an important tool for the patient to have an adequate adherence to treatment, due to its affective, emotional element and accompaniment based on communication and mutual help in the care of family members, especially primary caregivers , situation that generates in the patient a state of no- vulnerability to this illness.

Key words: *Adherence to treatment, Diabetes Mellitus type 2, Family support and Caregivers.*

Índice

Introducción, 1

Planteamiento del Problema, 3

 Formulación del problema, 5

 Antecedentes, 5

 Contextualización, 14

 Justificación, 15

Objetivos, 17

 Objetivo General, 17

 Objetivos específicos, 17

Referente conceptual, 17

 Enfermedad y Salud, 18

 Diabetes, 18

 Tratamiento, 21

 Adherencia al tratamiento, 22

 Apoyo Familiar, 24

Metodología, 26

 Enfoque, 26

 Método, 27

 Técnicas, 27

Instrumentos, 28	
Población, 29	
Criterios de inclusión, 30	
Criterios de exclusión, 30	
Aspectos éticos, 31	
Procedimiento de la investigación, 31	
Tratamiento y Análisis de la Información, 32	
Resultados, 33	
Risitas (Paciente 1-P1), 35	
<i>Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII, 36</i>	
<i>Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII, 36</i>	
<i>Complicaciones generadas por la diabetes, 37</i>	
<i>Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental, 37</i>	
<i>Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII, 38</i>	
<i>Confianza vs inseguridad de los cuidadores, 38</i>	
<i>Dependencia e independencia económica y salud, 38</i>	
<i>Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII, 39</i>	
La Modista (Paciente 2-P2), 39	
<i>Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII, 40</i>	
<i>Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII, 40</i>	

<i>Complicaciones generadas por la diabetes,</i>	41
<i>Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental,</i>	41
<i>Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII,</i>	42
<i>Confianza vs inseguridad de los cuidadores,</i>	42
<i>Dependencia e independencia económica y salud,</i>	42
<i>Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII,</i>	43
El Valiente (Paciente 3-P3),	43
<i>Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII,</i>	44
<i>Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII,</i>	44
<i>Complicaciones generadas por la diabetes,</i>	45
<i>Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental,</i>	45
<i>Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII,</i>	46
<i>Confianza vs inseguridad de los cuidadores,</i>	46
<i>Dependencia e independencia económica y salud,</i>	46
<i>Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII,</i>	47
Discusión,	47
Conclusiones,	58
Recomendaciones,	59
Referencias,	60
Anexos,	66

Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado, 66

Anexo 2. Formato de Cuestionario Abierto, 67

Anexo 3. Formato de entrevista abierta, 68

Anexo 4. Carta de solicitud del proyecto en E.S.E. de Popayán, 71

Anexo 5. Certificación del trabajo de campo del estudio, 72

Anexo 6. Hexágono de la Diabetes, 73

Anexo 7. Formato de Diario de Campo, 74

Anexo 8. Rejilla de Observación, 76

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen de técnicas-instrumentos, 29

Tabla 2. Procedimiento metodológico, 31

Tabla 3. Rejilla de subcategorías, 33

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que ha cobrado la vida de muchas personas en especial la de adultos mayores. Según la Organización Mundial de la Salud-OMS (2017), es una condición que “en el año 2030 ocupará el séptimo lugar como causa de mortalidad” (p.1); esta enfermedad no transmisible, se presenta 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 (p. 2).

Ante lo señalado, esta enfermedad no tiene cura y con el tiempo se va incrementando, ocupando un importante foco de atención dentro del campo de la salud y la psicología, donde es necesario comprender y explorar las experiencias y estrategias que poseen los sujetos que lo padecen y sus familiares en relación a su tratamiento, no solo desde la visión orgánica de la medicina, sino también, desde el área de la psicología social, ya que en la consecución de promover la calidad de vida de esta población vulnerable, es fundamental brindar herramientas para promover una eficaz adherencia al tratamiento; para tal fin, es importante entender entre la prescripción que se realiza y la toma de decisión que hace el paciente para seguir con su tratamiento, afectando la conducta del paciente, la cual se ve modificada por los cambios que debe seguir en su dieta y en la actividad física (Barber, 2015) para generar menores índices de mortalidad en el mundo.

A su vez, Holguín et al. (2006, como se citó en Canales y Barra, 2014) sostiene que la adherencia al tratamiento, “involucra más que el mero cumplimiento de las indicaciones médicas, puesto que requiere una colaboración y participación activa y voluntaria del paciente con su tratamiento y sus familiares” (p.168); este fenómeno que poco se visualiza en la comunidad, puesto que casi la mitad de los pacientes no se adhieren a los tratamientos en general debido al patrón complejo de conductas que deben asumir, en este caso, la diabetes mellitus tipo II (en adelante MDII); por tal motivo, es importante disminuir las conductas de menor adherencia al tratamiento, como lo expresan Medel y González (2006, como se citó en Canales y Barra, 2014), “informan que entre los factores que dificultan la adherencia está la falta de apoyo familiar, la baja autoestima, la ausencia de conocimientos y un bajo nivel educacional” (p.168).

Es así, como el cuidado otorgado por la familia desempeña un rol significativo en la estimulación del tratamiento y el autocuidado en los pacientes (Canales y Barra, 2014); he ahí la importancia de comprender la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II, atendidos en la E.S.E. de Popayán, durante el período comprendido entre 2017 II y 2018 I, ya que según Krichbaum, Aarestad y Buethe (2003, como se citó en Canales y Barra, 2014), “encontraron relaciones positivas entre la adherencia y la motivación del paciente por su salud, las relaciones interpersonales con los médicos, la aceptación de normas, el valor asignado a la salud y la autoeficacia” (p.168); igualmente, Dutton et al. (2005, Como se citó en Canales y Barra, 2014), refieren que “la autoeficacia y la motivación tienen un papel más importante que las barreras ambientales en la realización de actividades físicas” (p.168).

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación va dirigido a un grupo de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 (en adelante DMII), para ello se identificó a tres personas de la población con diabetes tipo II, que son atendidas en la E.S.E de Popayán, en un

período de 10 meses, donde se procedió a comprender la adhesión al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E. de Popayán, y determinar el tipo de apoyo familiar que presenta dicha población; por ello es la intención de describir cómo incide el apoyo familiar en la adherencia al tratamiento, por medio de un estudio cualitativo de tipo descriptivo, que se basó en el método de estudio de caso, a través de las técnicas de recolección de datos; la observación directa, los grupos focales y el cuestionario abierto; los cuales permitieron percibir como el apoyo familiar favorece en la disminución de conductas que en algunas ocasiones pueden ser negativas para el paciente a través de la dieta y la práctica de ejercicio, ya que son parte del tratamiento a partir de la prevención de los pacientes con diabetes.

Planteamiento del Problema

Cuando se habla de adherencia al tratamiento en cualquier enfermedad física y mental, se establece un estado de bienestar en los sujetos; en especial, en personas que poseen enfermedades crónicas y terminales, que aunque no tienen cura, son tratables, pero son tratables; por ello la importancia de explorar los mecanismos que hacen parte de una eficaz adherencia al tratamiento, según Rodríguez (2009, como se citó Varela, Salazar y Correa, 2008), “históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros” (p.103); sin embargo; este constructo no se refleja en la mayoría de pacientes, donde casi la mitad no se adhiere a los tratamientos debido al patrón complejo de acciones que deben asumir, como es el caso de la DMII, donde es necesario ciertos parámetros estrictos tanto en medicamentos, asistencia médica, alimentación, cuidado personal (ante una cortada en su cuerpo y la baja de defensas), su estado anímico, entre otros; ya

que los problemas de adherencia al tratamiento son mayores en las enfermedades crónicas y requieren cambios de hábitos o estilos de vida, esto generará en las personas que lo padecen un deterioro en la calidad de vida como por ejemplo, presentar incapacidades, consecuencias económicas negativas en cuanto a los sistemas de salud, e incluso la muerte de gran cantidad de personas.

Ante lo descrito, se comprendió que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que depende tanto del personal médico, como del mismo paciente y sus familiares, he ahí un elemento importante como lo es, el apoyo familiar, el cual es fundamental en el proceso de afrontar la enfermedad. Cuando se da un diagnóstico crónico que, a la larga, si no hay compromiso por parte del paciente en la administración adecuada del tratamiento con insulina, posibilitan a afectar su salud y/o generar un síndrome donde habría existencia de síntomas más precarios como la pérdida de peso, la necesidad de orinar con frecuencia, sed excesiva y falta de energía, e incluso la muerte.

Por ello, fue necesario comprender los tópicos que hacen parte del apoyo familiar en pacientes con DMII de la E.S.E de Popayán, ya que este concepto tuvo una influencia bastante marcada para disminuir las conductas de riesgo, teniendo en cuenta que se está hablando de una enfermedad crónica tratable, y al hablar de crónica se puede afirmar que es un tipo de patología que no tiene cura y para evitar su avance a otro estadio o circunstancia peor, se requiere que el paciente tenga toda la información clara y adecuada en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del mismo (Ortiz y Ortiz, 2007).

Es así como puede existir una correcta adherencia al tratamiento que actúa de una manera más segura si existe un acompañamiento y/o apoyo familiar que de soporte a la inestabilidad

emocional de los pacientes debido a que falta la percepción de los familiares de estos pacientes y la no adherencia al tratamiento como lo indica el personal de salud, posiblemente genere una situación de doble riesgo a la persona con DMII, teniendo en cuenta que a medida que progresa la diabetes, aumenta los déficits en la producción o utilización de la insulina y la presencia de algunos problemas psicológicos, como la depresión (Canales y Barra, 2014), las cuales afectan el bienestar físico y mental de los pacientes como la insuficiencia renal y lesiones en el sistema nervioso que en su mayoría son causas de hospitalización.

Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo II, vinculados en la E.S.E. de Popayán?

Antecedentes

Con respecto a la diabetes, se concibe dos tipos; la diabetes tipo I, se da cuando el páncreas no produce insulina la cual ayuda a que la glucosa penetre en las células produciendo energía y la diabetes mellitus tipo II, es una enfermedad crónica y de gran impacto en la vida de las personas que la padecen ya que es de inicio en la edad adulta, esta se fundamenta en que el organismo humano es incapaz de producir insulina, sus síntomas son equivalentes a la DMI con la diferencia que su intensidad es mayor; por ello, no solo es impredecible entender e investigar su concepción orgánica como enfermedad desde las posturas de la medicina, sino que es necesario explorar y conocer las alternativas existentes que se desenvuelven en el tratamiento y la salud mental de dicha población; entre ellos esta investigación resaltó el papel del apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

A continuación se describen algunos estudios relevantes a nivel internacional y nacional desde los años 2006 a 2014 (desde las bases de datos reconocidas como; Redalyc, la Biblioteca Virtual de Antioquia, Scielo, Dialnet y la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional, entre otros), debido a la carencia de investigaciones en torno a los tópicos de este trabajo de grado y tipo de investigación cualitativa, donde se encontró un apogeo en conocimiento científico e indagaciones de tipo cuantitativas, epidemiológicas y enfermedades cardiovasculares de mayor predominancia con relación al apoyo familiar y la adherencia al tratamiento.

A nivel internacional, en el estudio realizado por Castro (2006), se identificaron los comienzos, el orden, el resultado y las formas del apoyo social que poseen los pacientes con diabetes tipo dos en relación a sus entornos, con el propósito de contribuir en la calidad de vida de los pacientes; dicha investigación indaga como los pacientes perciben y enfrentan su enfermedad en su diario vivir, en sus ámbitos sociales y personales. Dicho estudio se desarrolló con el método fenomenológico de corte cualitativo, análisis descriptivo e interpretativo y el uso de entrevistas semiestructuradas a 34 pacientes diagnosticados con diabetes tipo dos con una muestra total de treinta y cuatro pacientes, 23 pertenecían a la zona urbana y 11 de zona rural, las edades de los participantes estaban comprendidas entre 45 a 78 años de la ciudad de Monterrey.

A su vez, Castro (2006) identificó que los pacientes diagnosticados con diabetes tipo dos, presentan un apoyo económico por parte de sus familiares en especial de sus hijos, quienes son los principales cuidadores y expertos frente a su condición médica, convirtiéndose en factores de protección al fortalecer el cuidado del paciente; respecto a las mujeres evidenciaron que por parte de sus esposos no reciben apoyo social y según ellas son percibidas como una “carga” (p.6), donde la percepción hacia ellas era de “culpa por su enfermedad” (p. 6), situación que es contraria en los hombres, quienes reciben apoyo social en general de sus esposas; y por último, se concluye

que si esta población adquiere un sistema de apoyo familiar, social institucional, religioso y espiritual tendrán una mejor calidad de vida durante el proceso de la enfermedad.

Así mismo, en la investigación realizada por Canales y Barra (2014) tenían el propósito de explorar la analogía de la autoeficacia y el apoyo social que han adquirido los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II durante la adherencia al tratamiento; en este estudio utilizaron como instrumentos de recolección de datos “el cuestionario de adherencia al tratamiento farmacológico, la escala multidimensional de apoyo social como también la escala de autoeficacia general” (Pp. 3-4), los cuales fueron aplicados en los domicilios de cada paciente incluyendo el consentimiento informado con una muestra representativa de 118 adultos de ambos sexos con edad de 35 y 64 años, habitantes de la ciudad de Concepción Chile del consultorio de Salud Familiar Bellavista. En este estudio revelaron que el apoyo social y la autoeficacia demostraron una relación con la adherencia al tratamiento, también encontraron que los pacientes con apoyo social tiene una mayor adherencia al tratamiento, además, cabe resaltar que durante la realización de este estudio los pacientes adquirieron conocimientos específicos sobre la enfermedad y de cómo influye el apoyo social y la autoeficacia en la adherencia al tratamiento durante el proceso de la enfermedad (Canales y Barra, 2014).

Por otro lado, en la investigación presentada por Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez (2011), tenían como objetivo evaluar los niveles de adherencia de pacientes con diabetes tipo dos y determinar cuál es la relación que hay entre la adherencia al tratamiento y las variables de apoyo social, estrés, estilos de afrontamiento y la depresión; para comprobar los propósitos planteados del estudio usaron los siguientes instrumentos; “escala multidimensional de percepción de apoyo social, escala de depresión, escala de estrés para diabéticos de Polonsky, et al., (2005), Escala de Carver, Scheier y Weintraub (1989) y el Summary of Diabetes Self-care Activities de Toobert

Hampson y Glasgow” (2005, como se citó en Ortiz, et al., 2011, Pp. 6-7), con 50 personas con la edad de 60 a 76 años pertenecientes al consultorio Miraflores de la ciudad de Temuco; estos investigadores identificaron el estrés como factor de riesgo principal que afectan en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes tipo II.

Otro estudio relevante, es el artículo científico por Terechenko, Baute y Zamonsky (2015) los cuales referencian que las enfermedades crónicas no transmisibles, se están tornando en un problema de salud pública, según “la OMS el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se deben a bajos ingresos, en Latinoamérica hay 26 millones de diabéticos lo que equivale al 7% de la población total mundial de pacientes con esta patología” (p.21), situación que va en crecimiento con el tiempo, donde encontraron que existen muchos pacientes que ignoran poseer esta enfermedad hasta cuando son diagnosticados en un centro asistencial; según Terechenko, et al. (2015), señalan que este tipo de enfermedad se genera debido a una “mala alimentación, tomar bebidas con alto contenido de azúcares, entre otros” (p. 26). El diseño de esta investigación es de tipo descriptivo y transversal, a adultos con DM2, pertenecientes a las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas de la ciudad de Carmelo, donde Terechenko, et al. (2015) realizaron:

Una evaluación en base al test de Morisky-Green se pudo discriminar las siguientes características; casi el 80% de los encuestados refiere no olvidarse de tomar la medicación y un porcentaje aún más alto los toma a las horas indicadas (88%). El 86% no abandona la medicación, aunque se encuentre bien. Más de dos tercios no dejan de tomar la medicación a pesar de no sentirse bien con ella que representa el 65% (p.25).

Ante lo descrito, se dedujo que la mayoría de pacientes tienen una buena adherencia al tratamiento; debido al seguimiento de las recomendaciones de su médico; en el cual, la relación

médico-paciente, como presentar buenos cuidados en su alimentación, administrar la medicación indicada y el apoyo familiar que reciben; es decir, en relación a los buenos hábitos que tuvieron los pacientes para tratar la enfermedad fue tener una buena alimentación, consumir verduras y frutas, mantener una buena actividad física de acuerdo a la edad en la que se encuentre el paciente (Terechenko, et al, 2015).

Incluso los investigadores Córdoba, López y Cerezo (2012), señalan que los pacientes que padecen diabetes, construyen creencias en torno a las causas y control de la enfermedad, ya que según Calvete y Cardeñoso (2001, como se citó en Córdoba, et al., 2012), son “un conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos y los demás” (p.256), es así como se convierten factores de protección; otro apoyo para los pacientes son sus creencias religiosas; aquí el rol de “Dios” es de un “agente de control de la enfermedad” (p.259), esta noción les permite enfrentar su enfermedad.

Por otro lado, la concepción sobre el estilo de vida que vivió en la juventud, algunos infieren la enfermedad como un castigo, otros como un ajuste de cuentas que la vida les está cobrando por no haber tenido una buena alimentación; estos dogmas son los significados que se encontraron acerca de la causa de la enfermedad en los 16 pacientes entre hombres y mujeres entre las edades de 50 y 60 años con diabetes mellitus tipo 2, donde la mayoría son atribuidas a situaciones de estrés, designio divino o hábitos antes de la enfermedad; por otro lado, con respecto al apoyo social, hallaron que las personas buscan para el control de su enfermedad tratamientos alternativos como lo es la ingesta de plantas medicinales que les ayudan a sobrellevar la enfermedad (Córdoba, et al., 2012).

Este estudio utilizó como técnica de recolección de datos, la entrevista semiestructurada a partir de la interacción social con las personas identificó las creencias de los participantes, también trabajaron con un diario de campo para la recolección de la información, en especial sobre la categoría de cómo dirigen sus acciones para afrontar la enfermedad (Córdoba, et al., 2012).

Otros estudios realizados por Ortiz y Ortiz (2007), demuestran, cómo los tratamientos forjan transformaciones en los hábitos de salud y vida social de las personas, según Haynes (1976, como se citó en Ortiz y Ortiz, 2007), “define adherencia como la magnitud en la cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones hechas por el equipo de salud” (p.650), en este sentido, encontraron desafíos en el fenómeno de la adherencia al tratamiento, ya que, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible identificar el efecto del tratamiento, lo que puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte. A su vez, hallaron que la motivación cumple un papel importante en la conducta de los pacientes, en especial si es producto de las relaciones afectivas de sus familiares, los cuales generan un estado afectivo entre la adherencia al tratamiento; por otro lado, Ortiz y Ortiz (2007) señalan:

El fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia (p.648).

A nivel nacional, según el estudio realizado en la Universidad de la Sabana por Martín, Medina y Ramírez (2014), exploraron la comunicación de los profesionales con los pacientes y su

familia, donde recomiendan, “el poseer elementos tales como escuchar con atención, explicar las cosas, mostrar respeto, dedicar tiempo suficiente, e incentivar la participación en la toma conjunta de decisiones para fortalecer la autonomía” (p.587). Este estudio es de corte cualitativo a partir del uso de las técnicas de recolección como la entrevista, grupos focales, donde se ejecutó un análisis en triangulación; en dichas entrevistas algunos familiares relatan que algunos profesionales no utilizan las técnicas adecuadas para disipar las dudas de sus pacientes, por ello la comunicación entre ambos es importante para ayudar al paciente en su tratamiento; es decir, los autores señalan que es necesario optimizar la comunicación dada en los servicios de salud, ya que pueden contribuir a mejorar la adherencia lo tratamientos sobre la enfermedad, en especial fuera del hospital. Por otro lado, los pacientes aseguran que algunos profesionales tienden a actuar de manera negativa en su proceso de asistencia médica, tales como la distancia o distracción con alguna herramienta tecnológica, dicha situación generaba en el paciente que se sintiera incómodo a la hora de hablar de sus síntomas, por ello es indispensable la ética que el profesional deba tener frente a su paciente (Martín, et al., 2014).

Otros estudios realizados por Hoyos, Arteaga y Muñoz (2011), interpretan los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II. a partir del punto de vista del cuidador familiar durante el proceso del diagnóstico del paciente, dicho estudio tuvo un diseño cualitativo con método etnográfico utilizando como técnica la entrevista semiestructurada y la evaluación participativa en relación al cuidado del paciente en su residencia, la muestra relevante fue de 18 cuidadores familiares de pacientes con diabetes mellitus tipo dos, pertenecientes a los Programas de Diabetes Mellitus en instituciones de salud del municipio de Bello del corregimiento de San Antonio de Prado del municipio de Medellín, Colombia. Para concluir, se evidenciaron varios factores de riesgos como creencias culturales para la evitación y

culminación al tratamiento, como también de la falta de atención médica, en especial el poco conocimiento que se brinda acerca de la enfermedad, la situación económica baja, estos elementos influyeron en la adherencia al tratamiento y su salud; además resaltan la importancia de atención multidisciplinaria absoluta ya que son muchos los factores que intervienen durante el proceso de su enfermedad (Hoyos, et al., 2011).

Así mismo, en el estudio de realizado por Pinzón, Aponte y Hernández (2013), se indagó sobre la experiencia que han vivido los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2; para alcanzar el propósito realizaron un estudio descriptivo de abordaje fenomenológico en la investigación cualitativa, para obtener información al respecto llevaron a cabo una entrevista a profundidad en el domicilio de cada cuidador incluyendo consentimiento informado de una a dos sesiones. Para el estudio optaron por 15 cuidadores informales habitantes del municipio de Villavicencio-Meta (Colombia) que cumplieron con algunas reglas para lograr ser partícipes de la investigación presente; dicho estudio determinó que los cuidadores informales carecen de conocimiento sobre la patología debido a que el personal de salud no les brinda la suficiente información para poder comprender la enfermedad de la diabetes; por lo cual, los actores recomiendan a los cuidadores informarse profundamente sobre la diabetes y su tratamiento, mejorando los cuidados de los pacientes y el manejo de la dieta (Pinzón, et al., 2013).

A nivel local, no se han encontrado estudios relevantes con relación al apoyo social y la adherencia al tratamiento en estos pacientes; sin embargo, se puede apreciar estudios sobre la diabetes desde el cuidado y estilos de vida saludable a través de las actividades físicas por los investigadores Ossa, Villaquirán, Velasco, Galvis y Granados (2018), esta investigación de la Universidad del Cauca, se enfocó en explorar la importancia de las actividades físicas como herramienta clave de promoción y prevención de “enfermedades no transmisibles y

complicaciones de la diabetes” (p.10), y también en el control de la glucemia, con el fin de “mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes” (p.12), para ello se fundamentó el estudio en un estilo metodológico correlacional con característica “observacional-descriptivo transversal, con la participación de 237 pacientes que asistieron a consulta por endocrinología y programas de control de enfermedades crónicas no transmisibles en diferentes instituciones de salud de la ciudad de Popayán entre los años 2015 y 2016” (Ossa, et al., 2018, p.72); donde indujeron que la DMII es una enfermedad que va en crecimiento sus índices de prevalencia como enfermedad no transmisible y que su proceso de adherencia al tratamiento se debe al estilo de vida de las personas que la padecen, su actividad física y el envejecimiento normal del cuerpo: esta investigación busca determinar la incidencia que tiene el aspecto deportivo sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos por tanto se trae a colación en aras de documentar los antecedentes locales que a nuestro juicio es fundamental porque le da relevancia a nuestra investigación.

Con respecto a lo anteriormente mencionado, se concluye que los presentes estudios en cuanto a la diabetes, son una problemática social que va en aumento su incidencia como lo señalan algunas de las investigaciones mencionadas, situación que requiere de atención por parte del sistema de vigilancia en salud pública, ya que describen la DMII como una enfermedad crónica, la cual ha recogido numerosas pérdidas humanas por la dificultad que presentan algunas personas en adherirse al tratamiento, acción que no sólo es relevante en aspectos orgánicos y de medicación, sino, que incluye elementos sociales y psíquicos en la calidad y estilo de vida de los pacientes, donde es indispensable entender y fortalecer estos procesos sociales y psicológicos tal y como lo es el apoyo familiar puede brindar bienestar en la adherencia al tratamiento, en especial en la región del Cauca, donde no se encontraron publicaciones científicas sobre los tópicos de este

estudio y se evidencia mayor relevancia en la región sobre etiología de la diabetes u otros aspectos de conocimiento orgánico/médico.

Contextualización

El presente trabajo se realizó con pacientes previamente diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, vinculados a la Empresa Social del Estado E.S.E. de Popayán (s.f.); institución ubicada en la calle 5 carrera 14 esquina en el municipio de Popayán, la cual pertenece a la Casa Rosada; es una entidad pública descentralizada, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada por la ley o por las asambleas o concejos, encargada de prestar los servicios de salud.

Esta institución cuenta con la prestación de servicios de salud en cuatro municipios del departamento del Cauca como lo son Popayán, Caldono, Puracé, Piamonte y Totoro; donde ofrecen servicios de salud de primer nivel de atención, con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con criterios de calidad; además se encarga de desarrollar planes, programas y proyectos de salud conforme a la realidad socio económico y cultural de la región (E.S.E., s.f.).

Es por ello, que se seleccionó esta entidad ya que, dentro de sus programas de prevención y promoción, se enfocaron en el programa de DMII, donde reúnen un grupo de pacientes que fueron diagnosticados con esta enfermedad. Los días que asisten a la E.S.E. Popayán, son los lunes, martes y miércoles, durante este tiempo el personal de salud brinda las recomendaciones necesarias para su cuidado, asesorando su alimentación, prestando el servicio de psicología a los pacientes y familiares que aún no tienen en claro el diagnóstico y sus afectaciones físicas y mentales (E.S.E., s.f.).

Justificación

Las enfermedades crónicas están catalogadas con una duración larga, la mayoría de patologías no tienen cura o su recuperación es lenta, debido aquellos malestares crónicos que son los principales causantes de mortandad según la Organización Mundial de Salud-O.M.S. (s.f.) son:

Las cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, cobrando el 63% de las muertes en el mundo; además en 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (párr.1).

Entre las enfermedades crónicas mencionadas se refleja la diabetes, la cual ocupará el “séptimo lugar como mortalidad para el año 2030 y aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad” (OMS, 2017, p.1), incluso en Colombia se registraron, según la ENS (2007, como se citó en Cuenta de Alto Costo, 2014), “la prevalencia de 3,51%, siendo el 2,1% de casos en el año 2016, donde cada 100 personas en el país, alrededor de 1,4 tienen la enfermedad y no son reportadas; asimismo el 58,1% son mujeres” (p.2) y en el Cauca se visualiza 8.181 casos de diabetes mellitus tipo II , con afectación de 5.318 mujeres y 3.043 hombres; siendo estas cifras alarmantes, ya que requieren atención por el aglomerado número de personas que la padecen, quienes requieren un servicio de asistencia adecuado y eficaz en relación a su salud física y bienestar personal.

Por ello, es importante promover en las personas diagnosticadas comportamientos y actitudes saludables acordes para la óptima adherencia al tratamiento de la DMII, debido a los diferentes factores de riesgo que pueden verse la administración inadecuada del medicamento o la alimentación que ocasiona afectaciones médicas a otros órganos del cuerpo como “problemas

oculares, úlceras e infecciones, amputaciones dificultades en control de la presión arterial y el colesterol, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular u otros problemas” (MedlinePlus, s.f., párr.27) o un estado terminal del paciente.

Es necesario comprender el significado y experiencias de un grupo de personas diagnosticadas con DMII, vinculadas a la E.S.E. Popayán, para entender la incidencia de los procesos de adherencia en el tratamiento en relación al apoyo familiar, con el fin de realizar un análisis crítico sobre la realidad social de una población vulnerable en relación a su enfermedad; es así como nace la necesidad de explorar este fenómeno teniendo en cuenta las consideraciones psicológicas, sociales y económicas que presentan tres pacientes y tres familiares, en especial sus cuidadores primarios para afrontar esta situación, ya que según la literatura científica casi la mayoría de casos presentan un fracaso en la adherencia al tratamiento debido a la carencia de un apoyo familiar o un sistema filial desorganizado, siendo este el principal factor de protección y prevención para esta población en la asimilación del tratamiento, como lo refiere Porter et al. (2012, como se citó en Ortiz y Ortiz, 2007), “un apoyo social solidario puede acelerar de forma significativa la recuperación de enfermedades físicas y mentales” (p.721).

De este modo, el proyecto buscó aproximarse a la posibilidad de describir la influencia del apoyo familiar en relación a la adherencia al tratamiento en pacientes con DMII; teniendo en cuenta que cada una está involucrada en las vivencias del paciente, cumpliendo un papel fundamental en la adherencia al tratamiento a través del acompañamiento y apoyo continuo en el proceso de la enfermedad. Por otro lado, es importante el quehacer del psicólogo dentro del proceso de acompañamiento con el paciente y su familia, ya que esto servirá para futuras recomendaciones o intervenciones dentro de E.S.E. de Popayán, ya que en algunas ocasiones no es fácil para el paciente afrontar los cambios físicos, afectando su estado anímico, la calidad de

vida de sus familiares; por ello, el presente trabajo de grado se centró en el programa que maneja la E.S.E. de Popayán donde trabajan con pacientes y familiares que los acompañaron durante su cita con el especialista; sin embargo, se ha evidenciado que algunos pacientes no siguen las recomendaciones médicas o no asisten a sus citas por la falta de recursos económicos para lograr desplazarse hasta el centro de salud.

Objetivos

Objetivo General

Comprender la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II, vinculados en la E.S.E., Popayán.

Objetivos específicos

Describir la adhesión al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E. Popayán.

Determinar el tipo de apoyo familiar que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E. Popayán.

Cotejar las categorías de análisis; redes de apoyo familiar y adherencia al tratamiento.

Referente conceptual

Para lograr identificar cuál es la influencia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II en pacientes de la E.S.E Popayán, se abordó el concepto de enfermedad, diabetes tipo I, diabetes mellitus tipo II, tratamiento, adherencia al tratamiento y

apoyo familiar con base de los autores Ortiz y Ortiz, 2007, Canales y Barra (2014) y Jiménez, Mendiburo y Olmedo (2011).

Enfermedad y Salud

Para abordar los tópicos de DMII, la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar, fue primordial comprender el concepto de enfermedad y salud; con el fin de entender el eje teórico en que se determina la DMII a nivel científico y contextual sobre la realidad social de los participantes; por ello, la enfermedad se comprendió como la “alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa” (Tratamiento y Enfermedades, 2014, pág. 5); en vista de lo descrito, se abordó una población que presenta una enfermedad interna y crónica producto de una alteración del organismo en producción de sustancias bioquímicas (insulina en la diabetes) en el cuerpo; sin embargo, es importante hablar no solo de sus afectaciones orgánicas sino también de las consecuencias que esta genera en las personas diagnosticadas con cualquier enfermedad como es el área psicológica, emocional y social, como lo señala la O.M.S, (como se citó en Tratamiento y Enfermedades, 2014) “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (pág. 9); por ello es indispensable deslumbrar este eje psicológico y social en pacientes diagnosticados con DMII.

Diabetes

Algunos cálculos estadísticos de la O.M.S (2017), hacen referencia que la diabetes es una enfermedad crónica que requiere atención por la comunidad internacional, ya que esta enfermedad no transmisible cobra un total de “1.6 millones en el 2015 y los niveles altos de glucemia otros 2,2

millones de muertes en 2012, a su vez registran en el año “2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes” (párr. 1). Por consiguiente, la OMS (2017) define la diabetes como:

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 (párr. 2).

Por otro lado, esta enfermedad como lo es la diabetes puede tener dos posibles orígenes “el biológico relacionado a los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen más bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria” (MedlinePlus, s.f., párr.25). Esta patología se encuentra compuesta por dos tipos de diabetes, DMI y DMII; la primera se refiere a la diabetes de tipo I o también denominada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia, la cual consiste en disminución reproducción de insulina en el cuerpo; la segunda, que es objeto principal de este estudio, la diabetes de tipo II o insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, la diabetes mellitus tipo II, esta se fundamenta en que el organismo humano es incapaz de producir insulina, sus síntomas son equivalentes a la DMI con la diferencia que su intensidad es mayor, esta enfermedad es la consecuencia de la carencia de un cuidado adecuado en el estado de salud y estilo de vida de las personas, donde se puede presentar en la niñez y juventud pero especialmente en adultos y más en adultos mayores; para el diagnóstico de esta enfermedad, se realiza con un análisis en la sangre, midiendo los índices de insulina del cuerpo y cambios repentinos en su estilo de vida física y mental (OMS, 2017).

Continuando, las personas que lo padecen presentan cambios físicos, psicológicos en su vida y las personas que los rodean como pérdida o aumento de peso, resequedad excesiva en boca, pies, visión borrosa, estados de deshidratación, cansancio, malestar, escalofríos, sueño; a la vez esta enfermedad afecta drásticamente su estado de ánimo con sentimientos de tristeza y labilidad emocional, pensamientos recurrentes de preocupación, estrés, ansiedad, nerviosismo, un estado depresivo acompañado de llanto constante, por otro lado deben adaptarse a una nueva rutina alimenticia estricta, según López y Ocampo (2017), las características básicas de sus dietas están conformadas por:

Un tipo de alimentación que no permite refrescos, azúcar, grasas y harinas no tomando en cuenta la importancia de una alimentación balanceada. Los alimentos para cada sustitución (almidón, carnes, sustitutos de carne, frutas, verduras, lácteos y grasas) se escogen de tal manera que cada porción de alimento contenga la misma cantidad de carbohidratos, proteínas, grasas y energía (calorías). Otro método es el conteo de carbohidratos. Este método consiste en comer un número específico de carbohidratos a determinadas horas del día (p. 6).

Los cambios que se presenta a nivel familiar hacen alusión a un estado de dependencia por parte del paciente en relación a su necesidad física y salud, esta interacción determina las reacciones estables o complicaciones en la enfermedad; claro está, que en estas relaciones y actitudes obedecen al “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” (Valdez, Aldearte y Alfaro, 2016, p. 18).

Como se ha referenciado, es importante hablar sobre los factores de riesgos de esta enfermedad crónica, donde se resalta los elementos que afectan en la DMII; “antecedentes familiares de diabetes, sobrepeso, dieta poco sana, inactividad física, edad avanzada, presión arterial alta, tolerancia anormal a la glucosa, antecedentes de diabetes gestacional y mala nutrición durante el embarazo” (Caceres, 2015, p. 12).

Cabe resaltar que la diabetes se ha convertido en una enfermedad bastante crónica y extensa pero gracias a la ayuda de las investigaciones médicas es una enfermedad tratable por medio del tratamiento con insulina (tipo I) y metformina (tipo II), el cual hace que mejore la calidad de vida de estos pacientes con diagnóstico positivo disminuyendo la mortalidad (MedlinePlus, s.f.); además es necesario la implementación de una adecuada alimentación y estilos de vida saludables en los pacientes diagnosticados, estas acciones permiten un estado de equilibrio entre la enfermedad y salud, asimismo como lo señala la OMS (2017), “este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física” (p. 5), por ello fue importante comprender otros esquemas que hacen parte en el proceso de tratamiento para su adherencia eficaz como el pensamiento, emociones, comportamiento y su apoyo familiar en relación a la realidad social en que viven estas personas diagnosticadas con DMII.

Tratamiento

En este sentido, la DMII en el proceso de básico de tratamiento hace referencia que esta enfermedad crónica no tiene cura, pero es tratable para toda la vida, el cual consiste en la administración de “medicamentos, dieta y ejercicio para controlar el azúcar en la sangre y prevenir síntomas y problemas, en especial referencia “el control de los niveles de azúcar en la

sangre, el colesterol y la presión arterial” (MedlinePlus, s.f., párr. 25) para evitar factores de riesgos como otras enfermedades o síntomas orgánicos como un ataque cardíaco o un accidente cerebro vascular; entre aquellas consecuencias de carácter de emergencia según MedlinePlus (s.f.) se destaca:

Coma diabético hiperosmolar hiperglucémico, Cetoacidosis diabética, y después de algunos años, la diabetes puede llevar a otros problemas serios como; problemas oculares, úlceras e infecciones en los pies y la piel, amputaciones, control de la presión arterial y el colesterol, etc. (p. 26-27).

Es importante tener en cuenta el manejo multidisciplinario e integral que debe recibir la población, entre las que se encuentra el personal de salud, médicos quienes son los encargados del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y seguimiento de la condición física y hábitos de vida saludable del paciente, el psicólogo encargado de valorar la aceptación de la enfermedad y posibles alteraciones a nivel afectivo-emocional y social, que puedan influir a la adherencia al tratamiento y recomendaciones dadas por el personal asistencial que está brindando el manejo interdisciplinario, el trabajador social con el fin de valorar la red de apoyo y formalidad de sustento con la que cuenta el paciente, entre otros especialistas del área de salud que apoyaran al paciente en su enfermedad (Federación Mexicana de Diabetes, 2015).

Adherencia al tratamiento

Ahora, en relación a lo mencionado sobre las indicaciones de tratamiento fue importante comprender el término de adherencia, ya que este es la asimilación de las direcciones (descritas anteriormente) médicas del especialista a cargo, esta acción genera la eficacia del tratamiento y el bienestar de los pacientes; según Rodríguez (2009, como se citó Varela, Salazar y Correa, 2008)

afirma que “históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros” (p. 103). El tipo de tratamiento no es similar al de alguien que inicia por primera vez que alguien que está cambiando constantemente de tratamiento por una mejor eficiencia ante la enfermedad, tampoco la actitud del paciente que ya tiene experiencia con la medicación al que es por primera vez.

A su vez, este proceso de adherencia depende en mayor parte por los mismos pacientes, además de los profesionales prestadores de servicio de salud y del tratamiento en sí; sin embargo, entendiendo que el poseer algún tipo de enfermedad las personas deben desarrollar un estado dependiente al otro, la familia o cuidadores juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento; cuando se habla de redes de apoyo en la adherencia al tratamiento, se debe tener en cuenta la importancia de que este tipo de apoyo enfatice bienestar en el paciente, es decir acciones que concedan buenos relacionamientos, afecto, confianza, entretenimiento, trabajo, situación económica (Canales y Barra, 2014); cabe señalar que la carencia de un estilo de vida saludable o apoyo familiar e incluso bajos recursos económico, son elementos idóneos para dificultar la adherencia al tratamiento; “lo mismo puede ocurrir si no tiene conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento, si desconfía de los medicamentos en general o si teme los efectos adversos” (Seamos Positivos, 2013, párr. 10).

Por ello, cuando se habla de adherencia, no solo es la asimilación de los medicamentos, sino, que “tiene un componente psicológico importante, anímico y de motivación, en el que es importante el refuerzo y la constancia” (AbbVie, 2017, párr. 3); en este caso se resalta el apoyo ya sea de sus familiares primarios, allegados, cuidadores particulares, el equipo médico, amigos, la

pareja sentimental, como factor de protección y elemento de adherencia en el tratamiento (Canales y Barra, 2014).

Apoyo Familiar

Antes de retomar el concepto de apoyo familiar, fue necesario comprender el tópico de apoyo social como eje central de concepto, según Porter et al. (2012, Ortiz y Ortiz, 2007) afirman:

Todo el mundo necesita de una red social para satisfacer la necesidad humana de ser cuidado, aceptado y apoyado emocionalmente, sobre todo en épocas de estrés. Las investigaciones han demostrado que un apoyo social solidario puede acelerar de forma significativa en la recuperación de enfermedades físicas y mentales, en especial el tradicional que brindaban los vecinos y familiares (p.721).

Jung (1990, Ortiz y Ortiz, 2007) refiere, “que el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis; enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares entre otras” (p.722). Ante lo mencionado, se logró comprender que este fenómeno interaccionista es un factor de protección en personas enfermas, como los participantes de este proyecto; es decir, para generar un proceso de adherencia al tratamiento en pacientes con DMII es necesario fortalecer el acompañamiento emocional de las personas que los rodean, con el fin de enfrentar situaciones de riesgo o crisis en la enfermedad; por ello el presente estudio se enfocó en la categoría de apoyo familiar, sin obviar que existen otras redes sociales pero la primera y esencial, es el sistema familiar de las personas que padecen un estado de dificultad ya sea mental o físico.

De esta forma, el apoyo familiar, se concibe como un fenómeno poco explorado ya que se configura como una terminología compleja y holística, la cual se inscribe como una herramienta de protección y soporte de los miembros del sistema familiar hacia el paciente; según Martínez y Osca (2002, como se citó en Jiménez, et al., 2011), es “una estrategia individual y relacional particular, anclada a su vez en condiciones biológicas, se configura y se transforma de manera específica de acuerdo con las condiciones sociales e históricas presentes” (p. 3); por ello abarca diferentes dimensiones interaccionistas del sistema familiar como “la comunicación, conflictos intrafamiliares, resolución de problemas, grado de afectividad y buen planteamiento de reglas” (Jiménez, et al., 2011, p. 3).

Este sistema primario de apoyo influye en algunos procesos psicológicos y emocionales de los pacientes como la “depresión, locus de control, autoconcepto, estrategias de resolución de conflictos, entre otros” (Moreno, Sanz, Rodríguez y Geurts, 2009, como se citó en Jiménez, et al., 2011, p. 3); además, este proceso psicosocial “representa una pauta de lazos continuos o intermitentes que juegan un papel significativo en el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo” (Ortiz y Ortiz, 2007, p. 104). Por lo tanto, este concepto interaccionista es una herramienta que promueve y facilita el progreso y eficacia del tratamiento, ya que genera en los pacientes un estado de tranquilidad, alivio, euforia, motivación y apoyo constante; no obstante, Morales (2017), señala que esta herramienta puede fallar y ser contraproducente cuando las “redes son improvisadas dependiendo básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa, quienes contará con un apoyo familiar natural inestable o inexistente que propiciará mal afrontamiento de su enfermedad” (p. 53).

Es así como las tres principales funciones de las redes familiares son proporcionar ayuda a la persona, que puede ser tangible o intangible, dar consejo y proporcionar retroalimentación a la

persona sobre si la persona ha cumplido sus metas; es decir que la actitud de la familia a cargo influye demasiado, si su confianza e intervención es constante la adherencia es positiva al tratamiento; algunos estudios demostraron que la influencia del entorno social es importante para la salud y adherencia del paciente al tratamiento; lo cual puede inhibir la adhesión como se mencionó, por ejemplo algunos familiares muy intrusivos, críticos, ansiosos, pueden provocar un efecto negativo en el tratamiento del paciente. Por lo tanto, personas de un grupo familiar pueden provocar resultados diferentes, se debe tener en cuenta los diferentes criterios y opiniones que tengan los familiares, por eso lo mejor es que el profesional de la salud los considere y les brinde información, así como ofrecerles apoyo (Castro, 2006; Ortiz, et al., 2011; Terechenko, et al., 2015; Hoyos, et al., 2011 y Pinzón, et al., 2013).

Metodología

A continuación, se realizará una descripción detallada de la metodología que se empleó para llevar a cabo el desarrollo de esta investigación.

Enfoque

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, desde una perspectiva histórico hermenéutico- método estudio de caso; a través del cual se buscó comprender y describir los motivos internos de los pacientes con diabetes y sus familiares, frente a la adherencia al tratamiento, mediante procesos libres, no estructurados, pero sí sistematizados en relación al objeto de estudio (apoyo familiar y adherencia al tratamiento). Esto, acuñando a López y Sandoval (2013), quienes señalan que: “un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal basado en una mirada superficial a un escenario o a personas. Es una pieza de

investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados” (p. 15).

Método

El siguiente trabajo de investigación se fundamentó en el método de investigación de estudio de caso; según Yin (2002), es un “diseño empírico que investiga un fenómeno social contemporáneo dentro del contexto de la realidad social, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse” (p.23). Se estructuró mediante 3 casos con 2 unidades de análisis: 1. Adherencia al tratamiento y 2. Red de apoyo familiar; lo que según Yin (1989), constituye un estudio de caso múltiple.

Técnicas

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información fueron:

- Entrevista abierta (mediante protocolo de preguntas abiertas), realizada a 15 pacientes que fueron seleccionados 3 como muestra del estudio, en su contexto de intervención por parte del centro de salud que los atiende (E.S.E Popayán). La cual consistió en que los participantes lograran expresar de forma libre y espontánea los conceptos de enfermedad, adherencia al tratamiento y el apoyo que recibe de su entorno familiar.
- También se empleó ésta técnica (mediante cuestionario de preguntas abiertas), adaptado del test de Zarit, para entrevistar a los tres cuidadores de los casos, que hicieron parte del estudio de caso, a modo de determinar la carga del cuidador.
- Grupos focales (orientado a pacientes y familiares), El cual fue empleado en los contextos familiares de cada caso, para (hacer conversar a la familia), en torno a la

situación en el cuidador del paciente diabético, como lo definió Krueger (1991), (citado en Mayorga y Tójar, 2004), el grupo focal “es una conversación planeada para obtener información de un área de interés en un ambiente permisivo” (p.5). Ésta, fue empleada con el fin de recopilar información sobre las experiencias de los miembros del sistema familiar que representan el apoyo o soporte de los pacientes diagnosticados con DMII. Dicha conversación fue planeada en torno a las siguientes áreas de interés: alimentación, revisiones médicas, educación, medicación, tener diabetes, autocontrol y ejercicio físico, contenidas en el hexágono de la diabetes, que se adaptó para tal fin.

- La observación directa, que fue transversal al trabajo de campo (mediante diarios de campo), que permitió recopilar información a través de observar a los participantes, su interacción con sus microsistemas (contexto salud, contexto familiar) y con las personas que se han involucrado directamente con su cuidado y sostenimiento de la salud, en el cual se apoyó para obtener los datos del fenómeno de estudio; como lo señala Cuñat (2007), se hizo interpretación de los hechos y sucesos, en el caso particular de las interpretaciones que pacientes y cuidadores hacen acerca de la enfermedad.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron: protocolo de preguntas abiertas (Ver Anexo 3); cuestionario de preguntas abiertas (Ver anexo 2), adaptado de la escala de carga del cuidador de Zarit a partir de Montero, Jurado, Valencia, Méndez y Mora (2014), se utilizó para determinar la sobrecarga que tiene el cuidador de dichos participantes y los diarios de campo, sobre los cuales

se obtuvo elementos fundamentales realizados durante la observación directa y el grupo focal; instrumentos que permitieron plasmar la información en la etapa de obtención de los datos y análisis de dichos datos, para dar inicio a la triangulación. Los diarios de campo resultaron ser un instrumento fundamental, ya que sirvieron para plasmar la información de los hechos ocurridos dentro de este grupo de pacientes (3) en su contexto de salud y (3) en su contexto familiar, todo ello acuñando a (Martínez, 2007).

Tabla 1.

Resumen de técnicas-instrumentos

Técnicas	Instrumentos	Recursos de Registro
Observación directa	Diario de campo	Papel y lápiz
Grupos focales (en función del hexágono de la diabetes orientado a pacientes y familiares)	Diario de campo Guía de preguntas	Papel y lápiz Grabadora
Entrevista abierta	Protocolo de preguntas abiertas y guía de cuestionario de preguntas abiertas.	Papel y lápiz

La tabla 1, representa el resumen de las técnicas con sus respectivos instrumentos utilizado en el presente trabajo (Fuente Propia).

Población

Para llevar a cabo el desarrollo de esta investigación primero se seleccionó a los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, que fueron atendidos por la E.S.E Popayán durante el periodo comprendido entre 2017 II y 2018 I; de los cuales, a la fecha de iniciación del trabajo de campo en el mes de Mayo de 2018 se encontraban activos 15 pacientes, participando del

programa de prevención y promoción de DM II de dicha institución; los cuales asistían a la ESE los días lunes, martes y miércoles desde las seis de la mañana hasta la una de la tarde con sus respectivos cuidadores primarios. En ese sentido, se inició la investigación, dando respuesta al objetivo uno y para el objetivo dos, se tomó en consideración los tres estudios de caso, conformados por dos mujeres y un hombre, cuyas edades oscilan entre 50 a 70 años de edad, sus familiares y cuidadores (de 5 a 6 miembros de la familia por cada caso, incluido el cuidador).

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de DMII confirmado por el médico tratante.
- Tener una evolución del tratamiento durante los últimos 12 meses con los pacientes que asisten a la E.S.E Popayán.
- Contar con una red de apoyo familiar actual.
- No presentar alguna enfermedad mental o cognitiva.

Criterios de exclusión

- Ser pacientes diagnosticados con diabetes de tipo I, o no presentar DMII.
- No presentar sin prescripción médica de su diagnóstico médico.
- Tener una evolución del tratamiento menor a 12 meses con los pacientes que asisten a la E.S.E Popayán.
- No contar con una red de apoyo familiar actual.
- Presentar alguna enfermedad mental o cognitiva.

Aspectos éticos

La manera como se desarrolló el proyecto de investigación, no quebrantó por ningún motivo los derechos que tiene la población artífice de la investigación, principalmente se realizó un consentimiento informado (Ver anexo 1), donde se especificó de una manera informativa los objetivos del estudio, los resultados que se obtuvieron, las condiciones específicas en que fueron tratados los datos; respetando el derecho a la confidencialidad y el uso de dicha información para fines académicos de investigación formativa, como se dicta en el “Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones” Ley 1090, (2006, p.1), al igual que los artículos relacionados con la “confidencialidad” (p.2) y artículos del “35 al 37” (p.9), y por último el artículo “39” (p.9 y p.10).

Procedimiento de la investigación

A continuación, se detalla los pasos metodológicos que se llevaron a cabo en este estudio para responder a la pregunta problema ¿Cuál es la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo II, vinculados en la E.S.E. Popayán?

Tabla 2.

Procedimiento metodológico

	Fase preparatoria
	<ul style="list-style-type: none"> - Estado del arte. - Identificación del problema. - Problematización. - Acceso formal al contexto. - Estructuración de la propuesta.
Fase 1	
	Trabajo de campo

Fase 2	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización de la propuesta en la E.S.E Popayán. - Aproximación a los pacientes en su contexto salud. - Visitas domiciliarias a los tres estudios de caso
Fase 3	<p>Análisis de resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transcripción de los resultados - Análisis de: las entrevistas abiertas, los diarios de campo, análisis de los resultados del “hexágono de la diabetes” (modificado y adaptado). - Tratamiento y análisis de la información mediante la codificación. - Triangulación. <p>Sistematización y elaboración del informe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construcción del informe final - Sustentación.
Fase 4	

La tabla 2, representa las fases del procedimiento metodológico en que desarrollo el presente estudio (Fuente Propia).

Tratamiento y Análisis de la Información

El análisis de la información cualitativa, se llevó a cabo mediante algunos elementos que ofrece la codificación, ya que favorece el procesamiento de los datos cualitativos recogidos mediante la observación y las entrevistas abiertas, de modo que evitando así perder la intención objetiva del análisis de lo observado y de los discursos. Dicha codificación se soportó en los aportes que hace, Glaser y Strauss (1980, como se citó en Soneira, 2006). Del mismo modo que, aludiendo a Bonilla y López (2016), quienes explican el “interaccionismo simbólico (reinterpretación y redefinición de significados por parte de los sujetos”, a través del tratamiento de los datos, favorecidos mediante dicha metodología; Aunque se toma como referente autores de la Teoría Fundamentada, se explicita que se tomó como referente de codificación, más no se llevó a cabo con la rigurosidad de la Teoría misma.

Conviene distinguir, que el procesamiento de los datos cualitativos de la presente investigación hubiera podido realizarse mediante el software “Atlas ti”; pese a ello, se realizó de manera manual mediante codificación a saber:

- Se hizo exploración de los instrumentos mediante lectura al registro de entrevistas y diarios de campo
- Se seleccionaron los datos más comunes y relevantes, organizándolos de manera posterior, mediante códigos. Soportándose en Strauss y Corbin (1990, como se citó en Soneira, 2006).
- Dichos códigos, fueron comparados una y otra vez, al igual que las subcategorías que se relacionarán en la tabla 4, esto siguiendo igualmente a Glaser y Strauss (1990, como se citó en citados en Soneira, 2006).
- Finalmente, de manera transversal se buscó relación entre las subcategorías que resultaron de los datos obtenidos. Ello sustentado Marshall y Rossman (1995, como se citó en Soneira, 2006).

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la investigación propuesta, donde se describen los relatos obtenidos a partir de la ejecución de la entrevista abierta, la aplicación del cuestionario abierto mediante la adaptación del test de Zarit, más grupos focales mediante el hexágono de la diabetes dirigido a los cuidadores primarios. Dichos resultados se presentarán en función de los objetivos propuestos en este proyecto. La información fue analizada en tres categorías relevantes; el apoyo familiar, adherencia al tratamiento y diabetes DMII.

Dichos discursos fueron registrados en seis diarios de campo (ver anexo 7), que fueron analizados y categorizados a través de la codificación; dicho procedimiento metodológico se empleó solo para el análisis de resultados ya que no se contaba con disponibilidad con el software Atlas ti, lo cual fue favorable porque permitió analizar las tres categorías de análisis que constituyeron en la investigación; dicho proceso de codificación permitió determinar las subcategorías a saber:

Tabla 3.

Rejilla de subcategorías

Subcategorías	
Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII	-Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII. -Complicaciones generadas por la diabetes. -Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental.
Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII	-Confianza VS inseguridad de los cuidadores. -Dependencia e independencia económica y salud. -Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII.

La tabla 3, representa la rejilla de las categorías emergentes del presente estudio con sus respectivas subcategorías (Elaboración Propia).

A continuación, se expondrán los resultados correspondientes al desarrollo de los objetivos 1 y 2: “Describir la adhesión al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II,

vinculados en la E.S.E., Popayán” y “Determinar el tipo de apoyo familiar que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E., Popayán”; todo ello, mediante (3) estudios de caso, donde se visibilizan las voces de los pacientes y de los cuidadores primarios.

De igual modo se presentará el objetivo 3: “Cotejar las categorías de análisis; redes de apoyo familiar y adherencia al tratamiento”, se realizará un paralelo de la información que se obtuvo con los objetivos uno y dos.

Para describir la adherencia al tratamiento, se llevó a cabo la entrevista abierta a los 15 pacientes que se encontraban activos en la ESE Popayán, cuando se inició el trabajo de campo (ver anexo 2); Para efectos del presente apartado, sólo develaremos las voces de los tres pacientes que constituyeron los tres estudios de caso:

A continuación, se visualizarán dichos relatos a través de tres casos, los cuales fueron codificados a modo de preservar su identidad; Paciente 1- Risitas, Paciente 2-Modista y Paciente 3-El Valiente.

Risitas (Paciente 1-P1)

Adulto medio, de 50 años de edad, sexo femenino, su nivel de escolaridad es de quinto de primaria; actualmente vive en unión libre desde hace tres años, se desempeña como vendedora en la plaza de mercado y su estrato socioeconómico es dos; en cuanto a su enfermedad de diabetes tipo II fue diagnosticada hace ocho años, presenta una dieta exclusiva en verduras, frutas, dieta baja en grasa, va a control médico cada mes, su administración de medicamentos es: glibenclamida medio día y metformina mañana y noche y su cuidador primario es su actual esposo. No presenta limitación en su movilidad se desplaza de manera independiente.

Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII

Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII

Con respecto a esta subcategoría se evidencia las implicaciones y consecuencias que conlleva la DMII, desde su diagnóstico hasta su tratamiento en la vida del paciente 1, quien es una mujer en la etapa de adultez tardía y presenta desde hace ocho años DMII la cual fue diagnosticada por medio de un examen clínico debido a los constantes “*mareos que presentaba en el trabajo*”; dicha situación desembocó cambios inmediatos en sus hábitos de vida, como la administración de medicamentos en horarios estrictos y dietas específicas como “*verduras, frutas y aguas medicinales en efusión*”, acontecimiento que no le afectó emocionalmente ya que tenía antecedentes familiares de esta enfermedad crónica; sin embargo debió acomodarse ante ello a nivel económico, alimenticio, médico, físico, psicológico y familiar; como se evidencia en el siguiente relato:

P1: “En cuanto a la comida ya no como arroz, harinas poco, y tomo los jugos sin azúcar. Al principio fue duro porque uno comía de todo, ahora debo cuidarme más por mi salud y la de mi familia que también están comiendo sin azúcar y sal”.

Además, se realizó un proceso de identificación sobre los conocimientos que tienen sobre la DMII (concepto y origen de la diabetes, la aplicación de la prueba de glucómetro, las cualidades y consecuencias de la diabetes) y sus respectivos cuidados a los pacientes como a sus familiares a través del *Hexágono de la Diabetes* (Ver Anexo 6), el cual permitió a P1 y su cuidador principal mayor reconocimiento y concientización sobre la DMII y confirmar las estrategias de cuidado (horario y registro de medicación, distracción del trabajo ante la enfermedad y medicina natural) que realizan.

Complicaciones generadas por la diabetes

Por otro lado, la DMII genera consecuencias adversas en la salud de las personas que lo padecen tanto a nivel mental como físico, en este caso la P1 es oportunista en la aparición de enfermedades o infecciones en el organismo como el “*descenso de vejiga*” el cual se produce por las bajas defensas que tiene el cuerpo diabético.

P1: “No, por el momento me operaron de la vejiga hace unos meses, ya me encuentro mucho mejor”.

Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental

Con relación a esta enfermedad los participantes relatan herramientas o tratamientos opcionales que les permiten asimilar y mejorar su calidad de vida tanto física como mental, en este caso P1, se apoya emocionalmente a partir de su trabajo en la “*galería de Timbío*” el cual generan un estado de tranquilidad, bienestar y distracción de su enfermedad y otro elemento es la medicina natural por medio de aguas naturales en efusión como el “*casco de buey, manzanilla, perejil y un batido de pepino y manzana verde*”, dichas estrategias permiten sobrellevar la enfermedad y soportar sobrecargas a nivel laboral y familiar afectando positivamente la adherencia al tratamiento.

P1: “Con la ayuda de mi hijo compramos una bicicleta estática con la cual puedo hacer ejercicio, salgo a caminar con mi esposo los domingos, hasta el momento me siento bien y puedo ir a trabajar a la galería de la 13 o en la galería de Timbío a vender las frutas”.

Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII

Confianza vs inseguridad de los cuidadores

Ahora, con relación a los cuidadores que representa un elemento vital en la adherencia al tratamiento, se visualizó en este estudio dos tipos de cuidadores el confiado, que presenta una actitud segura y empoderada sobre sus acciones ante el cuidado de su familiar diabético; y el inseguro, que duda, apoya en menor instancia y solicita la cooperación del mismo paciente o del otro (familiar o profesional) para los diferentes cuidados que requiere el paciente; en este caso P1 presenta el apoyo seguro y confiable de su cónyuge actual, el cual desempeña ardua y efectivamente sus deberes como vendedor independiente a pesar de presentar problemas de salud (hernia) y sacrificios que hace por estar al lado de su esposa cuando ella lo necesita, además es conocedor y consciente de las implicaciones que genera la DMII, como el primer respondiente ante las situaciones de crisis y a nivel económico, doméstico, afectivo y laboral; su acompañamiento es constante tanto físico como afectivo.

P1: “Nadie la va a cuidar a mi mujer como yo, ella es mi motor por eso yo me encargo de cuidarla mientras este sano; ¡nadie va a cuidar a mi mujer como yo lo hago, hace unos días le pagamos a una enfermera para que estuviera con ella y no!, me tocó decirle gracias no sabía cómo coger a mi mujer era muy brusca”.

Dependencia e independencia económica y salud

Además, es importante resaltar que los participantes en sus estados de enfermedad generan una condición dependiente a los cuidadores, donde P1 a pesar de tener su negocio necesita del apoyo constante de su cónyuge a nivel laboral, como también en el conocimiento (intelectual) de

la enfermedad y las recomendaciones médicas, ya que tiene un nivel académico bajo (primaria). Otro elemento importante es la dependencia emocional el cual para la participante es fundamental el cariño y sonrisa que le brinda sus familiares para sobrellevar la DMII; el poder contar con alguien en las situaciones de crisis se convierte para P1 en menor dolencia y angustia para realizar sus necesidades básicas como bañarse, alimentarse sanamente y la ingesta de medicamentos en el tiempo y orden adecuado.

P1: “Pues ambos trabajamos y ahorramos, pues se compra lo necesario, pero hasta ahora ASMET le ha dado todo”.

Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII

Para P1, el acompañamiento físico y psíquico de su cónyuge le genera un estado de bienestar y motivación en la continuidad y cuidado de su salud, el “*saber que está ahí*”, es un aliento de mejoría y empoderamiento en el tratamiento, además de la cooperación y el trabajo de equipo de su cónyuge e hijos ante la solución efectiva y proactiva de las situaciones adversas, este acontecimiento de la DMII ha afectado de forma positiva la unión y comunicación en el sistema familiar de P1 como también, el cambio en hábitos de vida saludable en sus familiares en relación a la dieta, como se observa en el siguiente relato:

P1: “Todos nos apoyamos, sin importa por la situación que estemos pasando”.

La Modista (Paciente 2-P2)

P2, es un adulto medio que tiene 55 años de edad de sexo femenino, su escolaridad es hasta el bachillerato, actualmente vive en unión libre desde hace 25 años, a nivel laboral es comerciante de ropa de bebe en lana y su estrato socioeconómico es dos; en cuanto a su

enfermedad de diabetes tipo II fue diagnosticada hace tres años, presenta una dieta exclusiva en verduras, frutas, dieta baja en grasa verduras, frutas y aguas naturales para la diabetes, va a control médico cada mes, su administración de medicamentos es: metformina mañana y glibenclamida tarde y su cuidador primario es su actual esposo. No presenta limitación en su movilidad se desplaza de manera independiente.

Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII

Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII

En esta subcategoría, se denota como la P2, adquirió su enfermedad a través por herencia materna, cuya enfermedad fue diagnosticada hace tres años cuando se “*desmayó en el desayuno*”, donde fue llevada a urgencias; dicha situación inesperada le fue muy “*difícil de aceptar*”, en especial las modificaciones drásticas en su dieta e ingesta de medicamentos oportunos, generado sentimientos de rabia e impotencia, los cuales indirectamente afectaron en su vida familiar.

P2: “Cuando me diagnosticaron con diabetes hace tres años cuando tuve un desmayo, tenía el azúcar en 500 por eso me dejaron hospitalizada, ha sido un poco duro porque ya no puedo comer lo que yo quiero y tampoco puedo tener rabias, desde que me entere que tengo diabetes me cuido mucho tomándome los medicamentos y en la comida”.

Además, se realizó un proceso de identificación sobre los conocimientos que tienen sobre la DMII y sus respectivos cuidados a los pacientes como a sus familiares a través del *Hexágono de la Diabetes* (Ver Anexo 6), el cual permitió a P2 y su cuidador principal el reconocimiento de sus cuidados e independencia ante su enfermedad; a su vez, P2 admite y acepta que aún no asimilado

de manera consciente la presencia de la DMII y que este medio lúdico le condescendió una nueva cosmovisión de la diabetes y que debe mejorar el “*autocontrol en la medición de glucometría*”.

Complicaciones generadas por la diabetes

Con respecto a esta subcategoría, se resalta aquellas consecuencias que genera la presencia de la DMII en la salud física y mental de la paciente, en este tópico se resalta la tendencia de presión alta y agudeza visual que afecta su vida laboral respecto a tejer e incluso dependencia mayor a sus familiares.

Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental

Ahora, al hablar sobre el cuidado de la salud en la DMII, para P2, una herramienta que le permite aliviar y suplir las consecuencias de esta enfermedad es trabajar en “*tejer ropa para bebés*” la cual distrae sus dolencias, además para recordar la ingesta adecuada de los medicamentos los deja en el mesón de la cocina ya que es el primer lugar en su hogar en usar y de mayor frecuencia, así recuerda inmediatamente la administración del medicamento sin equivocarse o saltarse alguno, además, hace uso de los medicamentos naturales, en este caso P2 consume “*agua de pepas de mejicano, agua de hojas de insulina y un licuado de sábila con frutas*”, como se visualiza a continuación en los relatos del participante:

P2: “Sí claro, soy muy feliz trabajando, diseño vestidos de bebe tejidos, distribuyó a los almacenes, mi trabajo me distrae y eso hace que no esté pensando en la enfermedad”.

P2: “Con la medicación soy muy juiciosa, cuando me levanto en las mañanas siempre me dirijo hacia la cocina en la cual tengo mis pastas, siempre las dejo en el mesón para tomármelas a primera hora”.

Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII

Confianza vs inseguridad de los cuidadores

En este caso, esta subcategoría se refleja un tipo de cuidador inseguro, donde el principal cuidador del participante es su esposo, el cual en los grupos focales y el cuestionario abierto en su discurso se evidenció duda, inseguridad, falta de confianza en sus habilidades de cuidador, poco sacrificio del tiempo de ocio para el cuidado de su esposa, dificultad para adaptarse y hacer consciencia sobre las consecuencias de la enfermedad y la presencia de necesidad en apoyo de otro familiar o profesional para dicha labor; sin embargo, es el primer respondiente ante las necesidades fundamentales que requiere su esposa en estado de decadencia y en el apoyo tanto económico como afectivo; lo cual implica que este tipo de apoyo es suficientemente para el bienestar de P2 por la simple presencia y acompañamiento afectivo de su esposo a la citas médicas y división de deberes en el hogar por la independencia que tiene su esposa, como se observa en el siguiente relato:

P2: “Me siento muy orgulloso de lo que hago por ella, no sé qué piense ella”.

Dependencia e independencia económica y salud

Con respecto, al tema de la dependencia que genera esta enfermedad, en la P2 se observó poca influencia y necesidad de apoyo por parte del esposo y familiares, ya que es una mujer de mayor de edad que es capaz de defenderse por sí misma, siendo autónoma e independiente en sus necesidades básicas como su enfermedad, a nivel social dicha afectación no es incidente ya que las relaciones interpersonales ocupan un último lugar en la vida de sus familiares y ella misma, notándose un comportamiento poco dependiente durante la realización del trabajo de campo,

situación que genera una actitud de “*tranquilidad*” en los familiares, en especial su esposo el cual se ha adaptado a su enfermedad con el tiempo, como señala el P2 en el siguiente relato:

P2: “No, no necesita ayuda porque mi esposa es consciente de que debe cuidarse y es muy independiente”.

Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII

A pesar que P2, es un sujeto independiente le es indispensable el aspecto afectivo de su esposo, donde en la entrevista expresa sentirse “*alegre, tranquila y confiada*” con la presencia de su esposo, siendo un elemento motivacional y empuje en el cuidado propio de su salud y adherencia al tratamiento en la DMII.

P2: “Si claro, me siento cuidada y feliz”.

El Valiente (Paciente 3-P3)

P1, es un adulto medio que tiene 55 años de edad de sexo masculino, su escolaridad es bachillerato, actualmente vive en unión libre desde hace veinte años, a nivel laboral pensionado del ejército y su estrato socioeconómico es dos; en cuanto a su enfermedad de diabetes tipo II fue diagnosticada hace ocho años, presenta una dieta exclusiva en verduras, frutas, asados y cocinados y aguas naturales, va a control médico cada mes, su administración de medicamentos es: insulina en la mañana y metformina en la tarde, y su cuidador primario es su actual esposa. Presenta limitación en su movilidad se desplaza con ayuda de un bastón.

Implicaciones en la adherencia al tratamiento de la DMII

Modificaciones de los estilos de vida saludable en la DMII

Con respecto a la enfermedad de DMII que experimenta en el día a día P3 durante ocho años, fue diagnosticada por la presencia de un “dolor de cabeza constante” que lo indujo a un “*derrame cerebral*” a los 48 años; dicha situación no fue fácil de asimilar ya que por un largo tiempo culpo a los “*medicamentos de colesterol*”, pero en sí su adquisición se presentó por antecedentes familiares o mala alimentación. Es así como para P3 la modificación de su dieta y la ingesta de medicamentos adecuados no le fue fácil ya que debió dejar de “*tomar y fumar*”, además de cambiar sus hábitos alimenticios a “*ensaladas, pechugas asadas, frutas, verduras, quitar el azúcar y la sal, tomar aguas como hoja de insulina, casco de buey y perejil*”; como se evidencia en el siguiente relato:

P3: “A partir de ese momento me comencé a cuidar con la comida, y a inyectarme la insulina para controlar la diabetes, soy muy juicioso con los medicamentos escribo en un papel la hora y el medicamento que debo tomarme a diario”.

Además, se realizó un proceso de identificación sobre los conocimientos que tienen sobre la DMII y sus respectivos cuidados a los pacientes como a sus familiares a través del *Hexágono de la Diabetes* (Ver Anexo 6), el cual permitió a P3 y su cuidador principal el reconocimiento (los síntomas de la diabetes y su origen, la función del páncreas y la insuficiencia de insulina y tener una dieta balanceada) y afirmación de sus conocimientos en la enfermedad y sus adecuados cuidados que ejecuta (tomar la medicación adecuada en su respectivo horario, asistir a control cada mes al médico y seis meses con el internista, realzar actividad física de acuerdo a su edad, peso y talla, consumir más verduras, tener una dieta balanceada y cuidarse ante la gripa).

Complicaciones generadas por la diabetes

En relación a esta subcategoría se evidenció en P3, la presencia de una enfermedad oportunista que afectó su vida drásticamente a nivel personal y familiar como lo fue un derrame cerebral parcial y focalizado en el hemisferio derecho, el cual le dejó secuelas en su motricidad en el lado izquierdo de su cuerpo.

P3: “Si hace 8 años me dio un derrame en ese momento me diagnosticaron DMII la verdad yo no sabía ese día se subió el azúcar a 500 y ahí fue donde me tiro a la cama, pero no me ha dado otras enfermedades porque tengo un buen cuidado en la alimentación y la medicación”.

Estrategias novedosas para el cuidado de su salud física y mental

En esta categoría se evidencia en las entrevistas y grupos focales del P3, la utilización de un registro de medicamentos en el comedor, el cual le permite tener una administración adecuada de la medicación recetada por el médico; con respecto a su salud, el participante realiza caminatas periódicas para mantener un estado de físico acorde a su edad, además una dieta saludable y medicina natural que es supervisada por su esposa, en “*ensaladas, pechugas asadas, frutas, verduras, quitar el azúcar y la sal, tomar aguas como hoja de insulina, casco de buey y perejil*”; como se visualiza a continuación:

P3: “Pues a ver señoritas, hace 8 años cuando tenía 49 años me detectaron diabetes, ese día me dio mucho mareo y se me subió la presión por eso llegué al hospital, a partir de ese momento me comencé a cuidar con la comida, y a inyectarme la insulina para controlar la diabetes, soy muy juicioso con los medicamentos escribo en un papel la hora y el medicamento que debo tomarme a diario”.

Empoderamiento de los cuidadores ante la DMII

Confianza vs inseguridad de los cuidadores

Ahora, con relación a los cuidadores que representa un elemento vital en la adherencia al tratamiento, se observó cómo cuidador primario a su esposa, quien representa tipo de cuidador confiando, es decir su desempeño es acorde y recíproco con las necesidades que presenta P3, demostrando una actitud segura y empoderada sobre sus acciones ante el cuidado de su familiar diabético; es una persona diligente, atenta, cariñosa y responsable ante la enfermedad de su cónyuge, además ambos se cuidan y apoyan mutuamente por su edad y enfermedad, ya que la cuidadora de P3 problemas de salud en la cadera.

P3: “No confié en nadie más o pues si fuera mi hija sí y eso, nadie lo cuida como yo lo cuido”.

Dependencia e independencia económica y salud

Por otro lado, en el caso de P3, a diferencia de las pacientes anteriores de sexo femenino, él es un adulto mayor pensionado y su esposa es ama de casa, quien provee su propio sustento económico P3 y es el que está a cargo de los gastos económicos en el hogar, su propia salud como la de su esposa y la supervisión del pago de los dos arrendatarios que tiene en los pisos inferiores de su apartamento, y aunque es un sujeto independiente a nivel económico, necesita del apoyo constante de su cuidadora ante su enfermedad de la diabetes, como lo refiere en el siguiente relato:

P3: “Gracias a Dios siempre ha habido ingresos, y siempre hemos distribuido bien la plata para la comida y el transporte, y mi mujer esta para cuidarme en la enfermedad”.

Apoyo familiar como medio de bienestar y tratamiento en la DMII

A pesar que P3, es un sujeto independiente a nivel económico y es consciente de su enfermedad y sus consecuencias, le es indispensable el acompañamiento y apoyo de su esposa en relación a los cuidados como la dieta, ingesta de medicamentos y salud física y mental; ya que para la movilización le es difícil por el uso del bastón y la motivación que es fortalecida a nivel de afectividad por parte de su cuidadora principal la cual permite una asimilación eficaz a la adherencia al tratamiento en la DMII, como lo señala los siguientes relatos:

P3: “Mi esposa y mi hija están siempre pendientes si me tomé los medicamentos a la hora que es, si comí bien y dándome mucho cariño, si señoritas así es como me cuidan mis mujeres”.

P3: “De mucha alegría porque me dan a entender que me quieren y que soy importante para ellas”.

Discusión

La diabetes mellitus tipo II es uno de los principales problemas de salud en Colombia y en especial en el municipio de Popayán, reflejando el alto número de pacientes diagnosticados con tal enfermedad; el cual es más frecuente en la adultez tardía.

En el apartado de hallazgos y resultados, presentados en función de las dos categorías de análisis planteadas inicialmente y escrito además en función de las subcategorías que surgieron de las rejillas de codificación, permiten visibilizar la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en tres personas con diabetes tipo II, vinculados en la E.S.E. Popayán, que hicieron parte del estudio de caso; en el cual se reflejó, la percepción que tiene cada paciente

en el momento de ser diagnosticado con diabetes, la comprensión sobre una enfermedad tratable pero no curable.

Frente al objetivo general planteado para la presente investigación como “Comprender la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II, vinculados a la E.S.E., Popayán”, hacen parte también de dicha comprensión, la etapa de negación de la enfermedad ante este diagnóstico de los pacientes, empiezan a generar una serie de preguntas sobre cómo se originó esta enfermedad; generando un sabor amargo en sus vidas, siendo una situación desagradable e indeseable para los participantes, lo cual en principio retarda el proceso de adherencia al tratamiento, ya que termina siendo insuficiente el diagnóstico del médico, hasta tanto el paciente no acepte su enfermedad de tipo crónico, por lo que podría reconocerse que el único factor incidente en la adherencia al tratamiento, no se constituye solamente a partir del apoyo familiar; sin embargo sí constituye el motor o impulso para la aceptación, ya que desean en primer lugar no constituir un problema para sus familias y en segundo lugar, abordar su problema como medio de sostenimiento de la salud y por ende “asegurarse de durar un poco más en esta vida, acompañándolos por largo tiempo”; en coherencia a lo hallado en el estudio por Pinzón, et al. (2013).

En concordancia con dicho proceso de aceptación de la enfermedad, genera en los participantes un estado de cambio radical en la calidad de vida, en especial sus hábitos de vida saludable, ya que la diabetes es “una enfermedad crónica donde no se produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce y con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos” (OMS, 2017, párr.2); estos cambios afectan en la alimentación, estado físico, médico, afectivo y familiar.

Se encontró además en los casos (3), como generalidad que otros factores decisivos en la adherencia al tratamiento adicional al familiar, es el apoyo médico y de salud que hacen parte de los programas de P y P, quienes apoyan en la comprensión y aceptación de su enfermedad; al respecto, Orozco, Mata, Artola, Conthe, Mediavillae y Miranda (2016), aluden que es relevante el lenguaje que emplee el personal médico y de salud, para que se haga más accesible la comprensión de su propia enfermedad.

De otro lado, se encontraron otros elementos que aplazan la adherencia al tratamiento, a nivel psicológico, físico y adaptaciones también por parte de las personas que los rodean, tales como: afectación drástica en su estado de ánimo con sentimientos de tristeza y labilidad emocional, pensamientos recurrentes de preocupación, estrés, ansiedad, nerviosismo, un estado depresivo acompañado de llanto; a nivel físico, constante pérdida o aumento de peso, resequedad excesiva en boca y pies, visión borrosa, estados de deshidratación, cansancio, malestar, escalofríos, sueño. A la vez, que deben adaptarse a una nueva rutina alimenticia estricta, según López y Ocampo (2017), las características básicas de sus dietas están conformadas por:

Un tipo de alimentación que no permite refrescos, azúcar, grasas y harinas no tomando en cuenta la importancia de una alimentación balanceada. Los alimentos para cada sustitución (almidón, carnes, sustitutos de carne, frutas, verduras, lácteos y grasas) se escogen de tal manera que cada porción de alimento contenga la misma cantidad de carbohidratos, proteínas, grasas y energía (calorías). Otro método es el conteo de carbohidratos. Este método consiste en comer un número específico de carbohidratos a determinadas horas del día (p. 6).

En coherencia con dicha comprensión, se halló que la incidencia en la adherencia al tratamiento se torna tardía en relación con elementos de una rutina física (caminata, ejercicios cardiovasculares, estiramiento, uso de cicloestática, entre otros), ya que “el ejercicio físico debe ser aerobio en las personas con DM, este incrementa la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática, influye favorablemente sobre el control metabólico” (Rodríguez y Licea, 2010, p.6). De otro lado la adherencia al tratamiento está determinada por la aceptación terapéutica a la medicación, como lo refiere Orozco, et al. (2016), al igual que por el control médico especializado (mensual), ya que la ingesta de medicamentos posibilita el aumento de glucosa en la sangre que no se puede sintetizar de los alimentos o una dieta rigurosa para diabéticos (Rodríguez y Licea, 2010).

En este tema se relaciona fuertemente con el rol del psicólogo clínico y/o de la salud, ya que puede hacer parte del proceso de aceptación y manejo de la enfermedad, ya que es un tema relevante en quienes padecen esta enfermedad crónica, es la experiencia de vivir con la enfermedad y como sobrellevarla cada día, es por ello que el control en la toma de los medicamentos hace que el paciente tenga adherencia eficaz, aparte de esto, esta percepción que tiene las personas adultas en cuanto a la enfermedad es muy diferente de aquel que esta joven. El consumo de los medicamentos a deshoras hace que el paciente no controle su enfermedad, cosa que para los jóvenes es difícil y en los adultos tengan una mayor organización (National Institute on Aging, 2017).

Otro factor que encontramos es que algunos pacientes son mayores de 50 años, los cuales deben estar acompañados por algún familiar en caso que se necesite conocer un poco más de la historia familiar del paciente, si ha sufrido alguna recaída o si ha presentado otros síntomas diferentes a los que había consultado anteriormente, e incluso en la movilidad. Muchos de los

pacientes refieren que no quieren molestar a su familiar (hijo, nieto, sobrino) porque no quieren ser una carga para ellos ya que ellos tienen planes y no quieren que se molesten con ellos, pero afecta la eficacia en la adherencia al tratamiento. Además, con relación a la adhesión al tratamiento de los pacientes, se observó la ingesta de medicamentos adecuada en sus respectivos horarios para controlar la diabetes, pero que, a su vez, optan por tomar infusiones naturales de hierbas que contienen insulina como lo son las hojas de casco de buey, las hojas de míspero, alpiste, el apio, las hojas de insulina, el aloe vera, la stevia entre otras, ya que contienen algunas propiedades que ayudan a controlar los niveles de azúcar en el paciente, siendo un elemento productivo en la salud de los participantes.

Ante los elementos mencionados, que presentan en la vida actual de los tres pacientes con DMII, se prescinde que el éxito en la adherencia a esta enfermedad como su tratamiento depende de cada uno de los participantes en adaptarse a los cambios de estilos de vida saludables que conlleva la enfermedad, para dicho fin es comprensible que los recursos que posean ya que según Rodríguez (2009, como se citó Varela, Salazar y Correa, 2008) afirma que “históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros” (p. 103). El tipo de tratamiento no es similar al de alguien que inicia por primera vez que alguien que está cambiando constantemente de tratamiento por una mejor eficiencia ante la enfermedad, tampoco la actitud del paciente que ya tiene experiencia con la medicación al que inicia por primera vez.

Es así como este proceso de adherencia depende en mayor parte por los mismos pacientes, además de los profesionales prestadores de servicio de salud y del tratamiento en sí; sin embargo, entendiendo que al poseer algún tipo de enfermedad, en este caso la DMII, los participantes deben

desarrollar un estado dependiente al otro (cuidador primario), donde la familia o cuidadores juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento; cuando se habla de redes de apoyo en la adherencia al tratamiento, ya que enfatiza el bienestar en el paciente, es decir las acciones que concedan buenas relaciones desde el afecto, confianza, comunicación, acompañamiento, entretenimiento, trabajo, situación económica (Canales y Barra, 2014); cabe señalar que la carencia de un estilo de vida saludable o apoyo familiar e incluso bajos recursos económico, son elementos idóneos para dificultar la adherencia al tratamiento; “lo mismo puede ocurrir si no tiene conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento, si desconfía de los medicamentos en general o si teme los efectos adversos” (Seamos Positivos, 2013, párr. 10), acontecimientos que preside P2 ante el desconocimiento de su enfermedad e influencia social no verídica sobre las consecuencias de algunos medicamentos recetados por el médico, situaciones que generan desventaja en la adherencia al tratamiento para el control de la DMII, debido al tipo de cuidador inseguro que tiene.

Por lo tanto, cuando se habla de adherencia, no solo se hace referencia a la asimilación de los medicamentos, sino que “tiene un componente psicológico importante, anímico y de motivación, en el que es importante el refuerzo y la constancia” (AbbVie, 2017, párr. 3); en este caso se resalta el apoyo ya sea de sus familiares primarios, allegados, cuidadores particulares, el equipo médico, amigos, la pareja sentimental, como factor de protección y elemento de adherencia en el tratamiento (Canales y Barra, 2014).

Antes de desglosar el termino de apoyo familiar que se encontró en los resultados del presente estudio, es importante denotar un elemento importante que hace parte de la adherencia al tratamiento en la DMII, que es el conocimiento y consciencia de esta enfermedad, el cual se evidenció en el *Hexágono de la Diabetes* (Ver Anexo 6), el cual fue un medio de promoción de la

salud y prevención de la enfermedad e identificación de los conocimientos y cuidados que presentan los participantes, reafirman sus conocimientos y cuidados que están llevando, fortaleciendo un estado de seguridad; caso contrario en P2, quien tanto su cuidador como ella, desconocían varios elementos vitales en su salud y enfermedad, situación que la llevó a reflexionar sobre su consciencia y aceptación de la DMII; fenómeno que es vital en los pacientes ya que el no tener en claro el concepto de su enfermedad y que esta debe estar controlada, en algunas ocasiones los pacientes adultos atraviesan por periodos de mayor dificultad para controlar el azúcar por las alteraciones que pueden sufrir al no seguir el tratamiento y otra es por la edad. Ellos necesitan saber que una de las primeras manifestaciones que se presentan esta enfermedad son la sed excesiva, sueño, cansancio y cambios de humor, pero es volátil en cada estructura organizada de las personas, que no presenciaron dichos síntomas, en especial con diagnósticados en una etapa avanzada, situación que vivieron los tres participantes; por ello, el cambio tan abrupto para la calidad de vida de los pacientes, ya que es aquí donde deben empezar a crear nuevos hábitos y conductas que le ayuden a controlar la enfermedad.

A su vez, esta enfermedad deteriora el estado físico de las personas que la padecen y debilita las defensas del cuerpo tendiendo al desarrollo y aparición de complicaciones generadas por la diabetes, en este caso en la diabetes predomina las infecciones, según Bayer Diabetes Care (2016) “es un proceso infeccioso que aprovecha el sistema inmune debilitado de una persona para colonizarlo. Estas infecciones son producidas por gérmenes que habitualmente no son patógenos y pertenecen a la flora microbiana habitual del organismo” (párr.1); la presencia de alguna infección en un paciente con DMII es un estado de alerta por las personas ya sea por el poco control y falta de responsabilidad ante la diabetes; por ello, la importancia de tener un estilo de vida saludable; entre las complicaciones generadas por la diabetes más frecuentes en los pacientes son infecciones

urinarias, derrames cerebrales, hipertensión alta y colesterol, pie diabético, retinopatía, nefropatía, enfermedades respiratorias, entre otras.

Ahora, con respecto al tópico de apoyo familiar que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E., Popayán, se comprende que los cambios que se presenta a nivel familiar hacen alusión a un estado de dependencia por parte del paciente en relación a su necesidad física y salud, esta interacción determina las reacciones estables o complicaciones en la enfermedad; claro está, que en estas relaciones y actitudes obedecen al “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” (Valdez, Aldearte y Alfaro, 2016, p. 18).

En este caso, se evidencia el papel de los cuidadores primarios, lo primeros respondientes en la salud de los tres participantes que presentan DMII; los tres cuidadores que están pendientes de sus pacientes como esposo(a), que genera en el paciente sensaciones de tranquilidad, protección, apoyo, acompañamiento y motivación en su enfermedad; es así como el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en las familias que conviven armónicamente con el paciente, se logró identificar y analizar la adherencia al tratamiento, mejor conocimiento sobre la enfermedad, consciencia y aceptación de la diabetes y mejores cuidados en los hábitos de vida saludables, elementos que son proporcionados por los vínculos dentro del contexto familiar teniendo en cuenta el contexto donde residen, la relación del cuidador con el paciente, las conductas, factor socioeconómico, ambiente familiar, acompañamiento durante la enfermedad y afectividad.

Por consiguiente, la adhesión al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, es influenciada por las actitudes y vínculos que se construyen con los cuidadores-paciente, ya que

en esta condición generan un estado de dependencia ya sea por cuidados en la dieta, administración de medicamentos y acompañamiento a control médico, como también económico, motivacional, deberes en el hogar o trabajo, e incluso movilización; los cambios que se presenta a nivel familiar hacen alusión a un estado de dependencia por parte del paciente en relación a su necesidad física y salud, esta interacción determina las reacciones estables o complicaciones en la enfermedad; claro está, que en estas relaciones y actitudes ya que a nivel de apoyo familiar según Jung (1990, Ortiz y Ortiz, 2007) refiere, “que el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis; enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares entre otras” (p.722).

Este elemento se inscribe como una herramienta de protección y soporte de los miembros del sistema familiar hacia el paciente con DMII; según Martínez y Ossa (2002, como se citó en Jiménez, et al., 2011), es “una estrategia individual y relacional particular, anclada a su vez en condiciones biológicas, se configura y se transforma de manera específica de acuerdo con las condiciones sociales e históricas presentes” (p.3); por ello abarca diferentes dimensiones interaccionistas del sistema familiar como “la comunicación, conflictos intrafamiliares, resolución de problemas, grado de afectividad y buen planteamiento de reglas” (Jiménez, et al., 2011, p.3), donde se observó en los participantes, en especial P1 y P3, donde se apoyan en el trabajo, en la dieta, en el acompañamiento a citas médicas, en estados de crisis médicas, en división de deberes y apoyo emocional en relación a la motivación ante una enfermedad crónica.

A su vez, algunos estudios demostraron que la influencia del entorno social es importante para la salud y adherencia del paciente al tratamiento; lo cual puede inhibir o promover la adhesión como se mencionó; por ejemplo, algunos familiares muy intrusivos, críticos, ansiosos, inseguros y carentes de información sobre la DMII, pueden provocar un efecto negativo en el

tratamiento del paciente como se visualizó en el caso de P2 o esta, la otra parte, familiares con actitudes amorosas, diligentes, propositivos, confiables, seguros y cuenta con una gama de información sobre la DMII, indican de manera positiva en la salud de los pacientes (P1 y P3). Por lo tanto, las personas de un grupo familiar pueden provocar resultados diferentes en la salud de los pacientes, por ello, los diferentes profesionales (especialmente los médicos) deben considerar la información que les brindan a los cuidadores, escuchar sus inquietudes y opiniones en pro de la calidad de la vida de las personas que padecen DMII (Castro, 2006; Ortiz, et al., 2011; Terechenko, et al., 2015; Hoyos, et al., 2011 y Pinzón, et al., 2013).

Por otro lado, los cuidadores se establecen en dos polos de la enfermedad; primeramente el negativo, el estrés, sobrecarga de deberes y sacrificio de ocio que deben hacer por el grado de dependencia que requiere el paciente, el cual afecta indirectamente su propia salud y la del paciente, en especial si tienen algún problema médico; pero esta situación en los participantes no es un impedimento en su rol, ya que el realizar dicha acción les genera un estado de tranquilidad; aquí es donde inicia el otro polo, el positivo, donde esta enfermedad, promovió e incidió en el cambio de hábitos de vida saludable como la alimentación, la actividad física y el fortalecimiento de sus vínculos afectivos; como lo señala Castro (2006):

El apoyo social en la enfermedad crónica implica un proceso complejo de interacciones que se transforman en el tiempo y que varían de acuerdo a las características sociodemográficas, percepción y vivencia de quienes aportan y/o reciben ayuda. El mejor ejemplo de la complejidad del apoyo social es la lucha entre la necesidad de dar/recibir apoyo y la necesidad de respetar/conservar la independencia y la autonomía, es decir, existe una definición del apoyo que se desea recibir/dar (el apoyo deseado). (p.9).

Por lo tanto, se comprende la incidencia del apoyo familiar sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II, vinculados en la E.S.E., Popayán, ya sea de manera recíproca o negativa en la salud de los pacientes, como se describió en los resultados obtenidos a partir de las entrevistas, cuestionarios y grupos focales que se realizó en tres pacientes, en el cual se estableció que dependiendo del tipo de apoyo familiar (armónico o inseguro) se determina la calidad de vida de los pacientes con diabetes, en cual se comprende que el sistema familiar armónico representa lineamientos claros y precisos para el cuidado y atención en crisis, situación contraria con un sistema familiar inseguro en el que los cuidadores no saben responder ante la crisis y maximizan las consecuencias secundarias de la enfermedad en relación a la desmotivación del paciente en seguir adelante con su vida; siendo la adherencia al tratamiento un fenómeno complejo que depende tanto del personal médico, como del mismo paciente y sus familiares, he ahí un elemento importante como lo es, el apoyo familiar como se ha relatado en este estudio, el cual es fundamental en el proceso de afrontar la enfermedad, cuando se da un diagnóstico crónico, que a la larga, si no existe compromiso por parte del paciente en la administración adecuada del tratamiento con insulina, posibilitan a afectar su salud y/o generar un síndrome donde habrían existencia de síntomas más precarios como la pérdida de peso, la necesidad de orinar con frecuencia, sed excesiva y falta de energía, e incluso la muerte, he ahí la importancia que tiene la red de apoyo dentro de un núcleo familiar dado que hace que el paciente asimile mejor la enfermedad, y las complicaciones que esta traerá a largo plazo, no es fácil para una persona dejar su estilo de vida y más cuando esta viene de una zona rural y los tipos de cuidados que debe realizar para tratar una enfermedad crónica, como lo señala Córdoba, Antonio y Cerezo (2012):

En éste sentido todas las organizaciones, culturas y grupos están integrados por actores envueltos en un proceso permanente de significación e interpretación del mundo que los

rodea, de tal forma que viene a influir en la manera en que las personas con DM2 viven la enfermedad (p.255).

Conclusiones

La diabetes mellitus II es una enfermedad que ha ido aumentando su índice de presencia en el mundo, en especial en el adulto mayor; por lo tanto, debe de tratarse a tiempo desde edades tempranas con programas de promoción y prevención en estilos de vida saludables, una rica dieta en proteínas, un alto consumo en verduras, frutas, agua y ejercicio los cuales ayudaran a controlar los niveles de azúcar en la sangre; ya que en la diabetes, se concluyó que es una enfermedad crónica que afecta las áreas del ser humano como; la física, la familiar, la social y la económica.

El apoyo familiar es una herramienta importante para que el paciente tenga una adecuada adherencia al tratamiento, por su elemento afectivo, emocional y acompañamiento a partir de la comunicación y la ayuda mutua en los cuidados por sus familiares, en especial los cuidadores primarios, situación genera en el paciente un estado de no vulneración ante su enfermedad. Además, a lo largo de la presente investigación se logró demostrar que el apoyo familiar es fundamental por el adecuado acompañamiento y afecto que le expresan los cuidadores primarios o secundarios que se encuentran durante la etapa de la enfermedad del paciente.

Se puede concluir que los pacientes que participaron en este estudio, aplicaron estrategias significativas en cuanto a los medicamentos con ayuda de un registro de los fármacos que deben tomar a diario, el trabajo y las infusiones de plantas naturales que son relevantes en los pacientes para adherirse al tratamiento.

Recomendaciones

Partiendo de los resultados evidenciados en el desarrollo de la investigación es importante recomendar inicialmente a los profesionales de psicología que planteen intervenciones individuales fomentando la importancia de asumir responsabilidad propia para adherirse al tratamiento para una mejor calidad de vida de los pacientes.

Se recomienda a la E.S.E. Popayán acondicionar un espacio adecuado en el Centro de Salud para realizar una adecuada intervención médica, buscando una mayor comodidad para los pacientes mejorando la ventilación de las instalaciones a la cual asisten los pacientes con DMII ya que se percibe mediante la observación que se realizó en este estudio que los pacientes se alteran durante la espera de la cita médica.

Se les sugiere a los pacientes seguir las recomendaciones médicas y asistencia psicológica para fortalecer la adherencia al tratamiento.

Se recomienda para próximas investigaciones que deseen establecer convenios con empresas prestadoras de salud, la necesidad de presentar el servicio de escucha activa a las personas que necesitan sentirse oídas para generar un proceso de desahogo emocional para apoyar su proceso de adherencia al tratamiento. Además, se sugiere seguir trabajando en proyectos de psicología de la salud en pro de la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas, ya que en muchas ocasiones no se tiene en cuenta la parte afectiva del paciente y sus familiares al momento de darse un diagnóstico, creándose temores e inseguridades, en especial al hablar de duelo por su enfermedad crónica.

Cabe de resaltar que en nuestra investigación se trabajó con varios autores, pero recomendamos explorar y comprender las posturas de los autores Pinzón, et al. (2013), quienes

abordaron las experiencias de vida por cuidadores informales en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo II; ello permitió conocer realidades de convivencia sobre la enfermedad, descubrir los significados y perspectivas de los cuidadores en el desempeño de su rol para fortalecer las condiciones de salud en las personas que padecen esta enfermedad.

Por último, se recomienda a la coordinación de trabajos de grado gestionar más convenios con otras entidades de salud y donde también puedan vincularse las familias.

Referencias

- AbbVie. (2017). *Importancia de la adherencia al tratamiento*. Recuperado de <https://www.estuvida.es/importancia-adherencia-tratamiento#>
- Barber, N. (2015). *Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades* (Tesis Doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://repositorio.filo.uba.ar/xmlui/bitstream/handle/filodigital/4334/uba_ffyl_t_2015_se_barber.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bayer Diabetes Care (2016). *Complicaciones, Diabetes tipo 2*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/category/complicaciones/>
- Bonilla, M. Á. y López, A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta De Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, (57), 305-315. Recuperado de https://bibliotecadigitalucc.hosted.exlibrisgroup.com/primoxplore/fulldisplay?docid=TN_dialnetART0001084651&context=PC&vid=57UCC_INST&search_scope=57UCC_All&tab=57ucc_all&lang=es_ES

- Caceres, L. (2015). *Generación de un sistema de gestión en la educación básica primaria para la prevención de la diabetes* (Tesis de Especialización). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2),167-173. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922>
- Castro, A. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 7(3). Recuperado de <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/175>
- Castro, B. (2015). *Línea de investigación de Desarrollo Humano y Social del Grupo COGNOSER* (Informe) En Unidad de Investigación del programa de psicología (ed.). Popayán, Colombia. Fundación Universitaria de Popayán.
- Córdoba, S., López, M. y Cerezo, A. (2012). Creencias en salud de la persona que vive con diabetes. *Desarrollo científico en Enfermería*, 20(8),255-260. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>
- Cuñat, R. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada al estudio del proceso de creación de empresas. *XX Congreso anual de AEDEM*, 2,44-57.
- Cuenta de Alto Costo. (2014). Día mundial de la diabetes. *Boletín de información técnica especializada*, 3(18),1-6. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/2017/Boletin_Dia_mundial_diabetes_14Nov_2017.pdf

Empresa Social del Estado Popayán E.S.E. (s.f.). *Información al ciudadano*. Recuperado de <http://www.esepopayan.gov.co/joomla/>

Federación Mexicana de Diabetes. (2015). *El papel del psicólogo en la diabetes tipo 1 y tipo 2*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/el-papel-del-psicologo-en-la-diabetes-tipo-1-y-tipo-2/>

Hoyos, T., Arteaga, M. y Muñoz, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. *La visión del cuidador familiar. Investigación Educativa en Enfermería*, 29(2),195-203. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n2/v29n2a04.pdf>

Jiménez, A., Mendiburo, N. y Olmedo, A. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2),317-329. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:blXQkJX8pR4J:https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/download/1165/1731%253A%253Apdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Ley 1090. (2006). *Código ético y deontológico del psicólogo*. Recuperado de http://www.fumc.edu.co/fumc/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_1691.pdf

López, K. y Ocampo, P. (2017). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2),80-86. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072c.pdf>

- López, N. y Sandoval, I. (2013). Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. *Universidad de Guadalajara*. Recuperado de http://www.pics.uson.mx/wp-content/uploads/2013/10/1_Metodos_y_tecnicas_cuantitativa_y_cualitativa.pdf
- Martín, M., Medina, P. y Ramírez, A. (2014). Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Revista de Salud Pública*, 16(4), 585-596. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/40556/50444>
- Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Perfiles libertadores*, 73-80. Recuperado de <https://escuelanormalsuperiorsanroque.files.wordpress.com/2015/01/9-la-observacin-y-el-diario-de-campo-en-la-definicin-de-un-tema-de-investigacin.pdf>
- Mayorga, M. y Tójar, J. (2004). El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria. *Revista Fuentes* (5). Recuperado de <http://institucional.us.es/revistas/fuente/5/09%20el%20grupo%20de%20discusion.pdf>
- MedlinePlus (s.f.). *Diabetes*. Recuperado de <https://minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/DOCUMENTO%20DIABETES.pdf>
- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J. y Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *PSICOONCOLOGÍA*, 11(1), 71-85. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44918/42834>

- Morales, A. (2017). *Apoyo social en adolescentes embarazadas de una colonia de la ciudad de Toluca* (Tesis de Pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67967/APOYO%20SOCIAL%20EN%20ADOLESCENTES%20EMBARAZADAS%20DE%20UNA%20COLONIA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20TOLUCA.pdf?sequence=3>
- National Institute on Aging. (2017). *La diabetes en las personas mayores*. Recuperado de <https://www.nia.nih.gov/health/diabetes-personas-mayores>
- Organización Mundial de la Salud-OMS (s.f.). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2017). *Diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, (135), 647-652. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1),5-11. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art01.pdf>
- Orozco, B., Mata, M., Artolac, S., Conthed, P., Mediavillae, J. y Mirandaf, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*, 48(6),406-420.

- Ossa, A., Villaquirán, A., Velasco, S., Galvis, B. y Granados, Y. (2018). Actividad física en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y relación con características sociodemográficas, clínicas y antropométricas. *Universidad de Salud*, 20(1),72-81. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00072.pdf>
- Pinzón, M., Aponte, L. y Hernández, R. (2013). Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. *Orinoquia*, 17(2), 241-251. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/896/89630980010.pdf>
- Rodríguez, J. y Licea, M. (2010). Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 21(2),182-201.
- Seamos Positivos. (2013). *La adherencia al tratamiento antirretroviral: un adecuado control del VIH*. Recuperado de <http://www.amigosdenyumbani.es/sida-vih/la-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-un-adecuado-control-del-vih/>
- Soneira, A. (2006). *La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss*. En: Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa (pp. 153-173). Barcelona, España: Gedisa.
- Terechenko, N., Baute, A. y Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *BIOMEDICINA*, 10(1),20-33. Recuperado de <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
- Tratamiento y Enfermedades. (2014). *Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud* [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

Valdez, I., Aldearte, I. y Alfaro, N. (2016). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública de México*, 35(5),464-470. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5686/6231>

Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2),101-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811210>

Yin, R. K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research. Methods Series*. London New Deih: Sage.

Yin, R. (2002). *Case Study Research Design and Methods* (3ra ed.). London New: Thousand Oaks, CA.

Anexos

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo II, de la E.S.E Popayán.

Grupo No. 112

Ciudad y Fecha:

Yo, _____ una vez informado/a sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Ángela María Castaño Gómez y Claudia Alejandra Delgado Pisso, estudiantes de la Fundación Universitaria de Popayán, para la realización de los siguientes procedimientos:

- Describir la adhesión al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E., Popayán.
- Determinar el tipo de apoyo familiar que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo II, vinculados en la E.S.E., Popayán.
- Cotejar las categorías de análisis; redes de apoyo familiar y adherencia al tratamiento.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de personas con condiciones similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Fundación Universitaria de Popayán y en archivos de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones

educativas, esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Anexo 2. Formato de Cuestionario Abierto

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

EPS: _____ Celular: _____

Ocupación del paciente: _____ Escolaridad: _____

Dirección: _____

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?

5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?

21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Anexo 3. Formato de entrevista abierta

1. ¿Cuéntenos, usted en su familia qué rol ocupa?
2. ¿En su familia en este momento hay más personas que padecen alguna enfermedad crónica?
3. Háblenos un poco de su enfermedad y acerca del tiempo que lleva padeciendo la.
4. ¿Toma sus respectivos medicamentos como le sugiere el médico?
5. Cuéntenos ¿asiste a controles médicos?
6. ¿Su enfermedad le ha generado complicaciones crónicas? Cuáles.
7. ¿Durante el período de su enfermedad ha tenido acompañamiento de su familia de quien en especial?
8. ¿Considera que su enfermedad le permite trabajar, cómo se siente al respecto?
9. ¿Cuéntenos cómo se manifiesta la armonía en su familia?
10. ¿Le preocupa que los ingresos económicos no le alcancen para su adecuada dieta y transporte para asistir al control médico?
11. ¿Coméntanos como es el cuidado que le brinda sus familiares cercanos hacia usted?
12. ¿Le satisface que su familia le brinde acompañamiento y apoyo? Porque.
13. Cuénteme de cómo se distribuyen las tareas en casa sin que nadie que sobrecargue.
14. ¿Cómo es el apoyo de su familia cuando hay una situación problema?
15. ¿Cuál es su reacción cuando su familia le expresa afecto?
16. Mencione cómo se sintió durante la entrevista.

Anexo 4. Carta de solicitud del proyecto en la E.S.E. de Popayán

Popayán, 23 de abril de 2018

Dra:
Alex Liliana Salazar
Coordinadora punto de atención Popayán



Cordial saludo

Por medio de la presente las estudiantes de décimo semestre, Claudia Alejandra Delgado Pisso y Ángela María Castaño Gómez del programa de psicología de la fundación universitaria de Popayán "FUP", solicitamos comedidamente que se nos autorice acceder a la base de datos de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, para llevar a cabo nuestra investigación de apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II, de la E.S.E Popayán.

Agradezco de antemano su colaboración.

Cordialmente


Claudia Alejandra Delgado Pisso
Psicóloga en formación.
Cc. 106.1711.607
Cód. 75132110


Ángela María Castaño Gómez
Psicóloga en formación.
Cc. 34.330.680
Cód. 83112004

Anexo 5. Certificación del trabajo de campo del estudio

	REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – POPAYÁN E.S.E NIT 900.145.579-1	FGI-01
		Versión 1
		Fecha: Diciembre 2012

EL PROFESIONAL CONTRATISTA DEL PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE.

CERTIFICA:

Que las Estudiantes de decimo semestre de la facultad de *Psicología* de la **Fundación Universitaria de Popayán**, **ÁNGELA MARÍA CASTAÑO GÓMEZ**, identificada con cedula 34.33.680 y **CLAUDIA ALEJANDRA DELGADO PISSO**, identificada con cedula 1.061.711.607, actualmente se encuentran realizando el trabajo de Investigación de "Apoyo Familiar y Adherencia al tratamiento en Pacientes con Diabetes tipo 2", en el programa de crónicos (HTA – DBM), en el centro de salud Suroccidente de la *Empresa Social del Estado Popayán ESE*.

La presente certificación se expide en la ciudad de Popayán a los treinta (30) días del mes de Mayo de 2018.


BETTY AMPARO ORDOÑEZ ALEGRÍA
 Prof. Ctta Gestión Talento Humano
 Empresa Social del Estado Popayán ESE

Elabora: Sandra L. Vega Aux Activo T. Humano – ESE Popayán *Sandra*

Trabajamos de Corazón

Calle 5 Carrera 14 esquina - Teléfono: 8333000 ext 206. talento_humano@esepopayan.gov.co

Anexo 6. Hexágono de la Diabetes



