

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

CARACTERIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES MELLITUS
DE LA CLÍNICA MÉDICA FAMILIAS DE ESPERANZA, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.
NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2014.

TESIS DE GRADO

CÉSAR ROLANDO SANTOS DOMÍNGUEZ
CARNET 21572-08

ESCUINTLA, ABRIL DE 2015
SEDE REGIONAL DE ESCUINTLA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS)

CARACTERIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES MELLITUS
DE LA CLÍNICA MÉDICA FAMILIAS DE ESPERANZA, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.
NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2014.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

CÉSAR ROLANDO SANTOS DOMÍNGUEZ

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ESCUINTLA, ABRIL DE 2015
SEDE REGIONAL DE ESCUINTLA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
DIRECTORA DE CARRERA: LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA LUCRECIA SANTA LUCE BRAN DE RODRIGUEZ
LIC. MAUREEN ADILIA REYES COLINDRES DE HERRERA
LIC. MIRIAM RUBILIA VELÁSQUEZ RAMÍREZ DE OROZCO

Guatemala 13 de abril de 2015

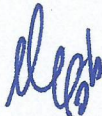
Licenciada Maureen Reyes
Directora del Departamento de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimada Licenciada Reyes:

Por este medio le comunico que, como asesor, he revisado y aprobado la tesis del estudiante Cesar Santos, titulada CARACTERIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS ATENDIDOS EN LA CLINICA MEDICA DE LA FUNDACIÓN FAMILIAS DE ESPERANZA, Noviembre a diciembre 2014, Antigua Guatemala Sacatepéquez.

Cualquier duda o aclaración estoy a la orden

Atentamente



Dr. Gustavo Estrada Galindo
gustavoestradaagalindo@gmail.com
Número telefónico (502) 42127125



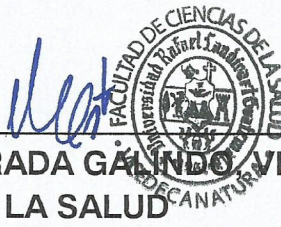
Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante CÉSAR ROLANDO SANTOS DOMÍNGUEZ, Carnet 21572-08 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA (FDS), de la Sede de Escuintla, que consta en el Acta No. 09239-2015 de fecha 24 de abril de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

CARACTERIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES MELLITUS DE LA CLÍNICA MÉDICA FAMILIAS DE ESPERANZA, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ. NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2014.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de abril del año 2015.



MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO, VICEDECANO
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Dedicatoria

- A Dios
Todo poderoso, por ser la luz que guía mi camino y darme el entendimiento y sabiduría. Por haberme permitido alcanzar la meta de mi vida. (Imagen del señor Sepultado de San Felipe de Jesús).
- A La Virgen María
Por interceder por mí ante nuestro señor.
- Al Santo Beato
Hermano Pedro
Por entender mis peticiones y acompañarme siempre.
- A mis padres
Por haberme inculcado valores y principios. Por el apoyo incondicional que me brindaron en cada momento.
- A mi esposa
Por su apoyo y comprensión, ayuda incondicional en el trayecto académico, ya que sin su apoyo no hubiera alcanzado la meta obtenida.
- A mis hijos
Por haberme comprendido en los momentos difíciles y por el apoyo recibido.
- A mi familia
A mis hermanos por su apoyo incondicional.
A Karin que siempre estuvo y estará desde el cielo dando su apoyo incondicional y que este título se lo debo a ella por ser una persona que me motivo a obtener el objetivo alcanzado.
(†)
Diane Reichensperger, Connie Reichensperger, Charlie Reichensperger, Ronaldo Noecker, Alan Bode. Por el apoyo incondicional recibido en el proceso académico.
- A mis suegros
Por su apoyo incondicional que me brindaron en el proceso Académico.
- A mi amigo
A Rubén , quien era y es una persona que me inspiro a que yo fuera un Enfermero y que desde el cielo el estará orgulloso de lo que he logrado (†).
- A Fundación
Familias de Esperanza Por darme la oportunidad de crecimiento personal y académico.
En especial a Tamalyn Jackson.
- A mis catedráticos
Por la formación académica brindada en los años de estudio.

Tabla de contenido

	No. Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. MARCO TEORICO	5
3.1 Perfil	5
3.2 Diabetes	6
3.3 Complicaciones de la diabetes	7
3.4 Tratamiento	8
3.5 Adherencia al tratamiento:	9
3.6 Dieta	11
3.7 Ejercicio	11
3.8 Apoyo familiar	11
IV. ANTECEDENTES	14
V. OBJETIVOS	19
5.1 Objetivo General	19
5.2 Objetivos Específicos	19
VI. JUSTIFICACION	20
VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
7.1 Tipo de estudio	22
7.2 Sujetos de estudio o unidad de análisis	22
7.3 Conceptualización geográfica y temporal	22
7.4 Definición de variables	22
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	24
8.1 Selección de los sujetos de estudio	24
8.2 Recolección de datos:	24
IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
9.1 Descripción del proceso de digitación	25
9.2 Plan de análisis	25
X. RESULTADOS	26
XI. CONCLUSIONES	40

XII. RECOMENDACIONES	43
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	45
XIV. ANEXOS	48

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad degenerativa que afecta a una población que va en aumento, es un grave problema de salud nacional y que tiene un alto costo económico.

El perfil, son aquellos rasgos particulares que caracterizan a una persona y que sirven para diferenciarse de otras. (1)

El perfil del paciente con diabetes mellitus con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad.

El nivel educativo bajo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico, el éxito o el fracaso del tratamiento no solo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento. (2)

Existen millones de personas que no saben que tienen esta enfermedad y otras, a pesar del diagnóstico, no tienen una adecuada adherencia terapéutica. Según la Organización Mundial para la salud la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%, en los países en desarrollo, las tasas son aun menores, para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente su efectividad, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida, de la economía de la salud y de las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica. La mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del paciente. Los estudios que se realizan descubren sistemáticamente ahorros de costos y aumentos significativos

de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia terapéutica. (3)

El tratamiento de la diabetes tiene por objetivo mantener una buena calidad de vida en la persona que la padece, evitando situaciones como la descompensación ocurrida por hiperglucemia o las complicaciones agudas o crónicas, disminuyendo la tasa de mortalidad. Sin embargo se ve dificultado por la falta de adherencia al tratamiento por diferentes factores por parte de los pacientes. (4)

En el Salvador, de acuerdo a la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), la prevalencia de la diabetes mellitus para el año 2007, oscila entre el 7 y 8% de la población urbana y muchas otras personas corren el riesgo de desarrollarla debido a la estrecha relación que existe con factores hereditarios, ambientales y con la obesidad que cada día más, aumenta debido al sedentarismo de las nuevas generaciones y el consumo popular de comidas ricas en grasas y carbohidratos. (5)

Según la OMS, en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, considerándose una epidemia mundial. Se estima que para el año 2030 sea la séptima causa de muerte mundial. En Guatemala es la tercera causa de mortalidad entre los adultos, con una cifra estimada de 5,000 muertes anuales hasta el 2012. (6)

La presente investigación es de tipo descriptiva, prospectiva de corte transversal y se trabajará con una población de 48 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo I y II de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, el propósito es conocer la caracterización de los pacientes para orientar de una mejor manera la atención brindada a los mismos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta mundialmente a 347 millones de personas ya que es una enfermedad crónica degenerativa que va cada día en aumento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad es una de la principales causas de muerte en el mundo. Los pacientes necesitan apoyo no que se les culpe, a pesar de que hay pruebas que demuestran lo contrario, sigue habiendo una tendencia a centrarse en los factores relacionados con el paciente como las causas de los problemas con la adherencia terapéutica, y se descuidan relativamente el personal sanitario y los determinantes de salud relacionados con el sistema. Estos últimos factores, que constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes son atendidos, ejercen un notable efecto sobre la adherencia. (3)

Los tratamientos de las enfermedades crónicas resultan especialmente relevante, se estima que la no adherencia se encuentra en un 50%, por lo que tiene efectos a corto plazo (hiperglicemias) y a largo plazo complicaciones como; pie diabético, retinopatía y falla renal. (6)

Treinta millones de habitantes del continente americano son diabéticos, 45% pertenecen al área de América Latina y el Caribe. La retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera en el mundo. El 60% de las amputaciones en miembros inferiores se realizan en personas con diabetes mellitus. (8)

Sacatepéquez alcanzó en el año 2007 una tasa de prevalencia de diabetes mellitus tipo II del 12.6, según el área de salud del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) le sigue el departamento de Santa Rosa con 12.4, Retalhuleu 12, Zacapa 9.8, Quetzaltenango 9.6, Jutiapa 9.5, Suchitepéquez 8.0, por cada 100,000 habitantes. Dada la alta prevalencia de diabetes en Sacatepéquez, y la importancia de la adherencia terapéutica en el manejo de estos casos, es importante comprender cuales son los factores involucrados en las decisiones de los pacientes sobre el seguimiento de su tratamiento. (8)

Guatemala el MSPAS, determinó el creciente aumento que tuvo esta enfermedad, en el año 2007, que 2175 defunciones para una tasa de 16.29 por cada 100,000 habitantes. (9)

En la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, asisten aproximadamente cada mes un total de 48 pacientes al programa de diabetes divididos en 3 grupos, que vienen de diferentes lugares de los cuales podemos mencionar: Santa Ana, San Cristóbal el Bajo, San Juan del Obispo, San Gaspar Vivar, Santa Catalina Bobadilla, San Pedro las Huertas, San Miguel Escobar.

Nace la inquietud de realizar la investigación que busca conocer la caracterización de los pacientes atendidos en la institución antes mencionada, con el propósito de brindar una atención de enfermería de calidad, libre de riesgo y fundamentada en las necesidades de los mismos.

El presente estudio pretende responder al siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la caracterización de los pacientes ambulatorios del programa de diabetes mellitus tipo I y II de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza?

III. MARCO TEORICO

3.1 Perfil:

Son aquellos rasgos particulares que caracterizan a una persona y que sirven para diferenciarse de otras.

Para alcanzar y mantener el adecuado control del paciente se recomienda observar en cada visita de seguimiento los aspectos fundamentales como:

Estado general del usuario: Autopercepción de la enfermedad, capacidad para enfrentarla y controlarla, problemas psicosociales, seguimiento del plan del tratamiento.

Control clínico: Presencia de síntomas y signos físicos, chequear la presión arterial, inspección de los pies y la piel, peso talla e índice de masa corporal, examen neurológico, fondo de ojo.

Control bioquímico: Determinar las cifras de glicemia en ayunas y post prandial, hemoglobina glicosilada, proteinuria, lípidos séricos en ayunas, nitrógeno de urea.

Evaluar el cumplimiento del plan de tratamiento: Administración de medicamentos vía oral y de la insulina, cumplimiento de la dieta y de la actividad física.

Asistencia a otras actividades e interconsultas programadas: Podólogo, nutriólogo, educador y promotor de salud, psicólogo, trabajador social. (1)

Perfil del paciente con diabetes:

Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad.

El nivel educativo bajo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico, el éxito o el fracaso del tratamiento no solo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento. Los pacientes pasan

por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, y sociales, lo cual repercute en la calidad de vida de los pacientes con diabetes. (2)

3.2 Diabetes:

La diabetes mellitus es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a un defecto en la secreción de la insulina, a un defecto de la acción de la misma, o a ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas.

La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (11)

Tipos de diabetes:

En 1979, el National Diabetes Data Group (NDDG) constituido por un grupo de expertos de la Asociación Americana de Diabetes clasificó la enfermedad en dos grandes grupos Diabetes tipo I o insulino dependiente y Diabetes tipo II no insulino dependiente.

Esta clasificación fue aceptada por el Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero los estudios y el consiguiente avance en los conocimientos de la enfermedad llevaron al NDDG a volver reclasificar la enfermedad.

La clasificación actual es:

- Diabetes tipo I
- Diabetes tipo II
- Diabetes gestacional
- Otros tipos de diabetes

Diabetes tipo I: Se caracteriza por una destrucción de las células β del páncreas que lleva a una deficiencia total en la secreción de la insulina, que puede ser autoinmune o idiopática.

Autoinmune: Conocida como la diabetes insulino dependiente o juvenil, es más frecuente en niños y adolescentes pero también puede aparecer en los adultos.

Idiopática: Es muy rara, afecta a individuos de origen africano y asiático.

Diabetes tipo II: Conocida como diabetes no insulino dependiente o del adulto, los pacientes presentan resistencia a la insulina y generalmente una relativa deficiencia de esta hormona.

Otros tipos de diabetes: Se conoce como diabetes del tipo maduro o de inicio en el joven. Son formas de diabetes que afectan a genes diferentes y se caracterizan porque se produce una disminución de la secreción de la insulina, sin que esto tenga mucha repercusión en su efecto fisiológico. (12)

3.3 Complicaciones de la diabetes:

Las complicaciones debidas a la diabetes son una causa importante de discapacidad, disminución de la calidad de vida y muerte. Pueden afectar a diferentes partes del cuerpo, y se manifiestan de diferentes maneras en diferentes personas.

Los constantes altos niveles de glucosa en la sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones.

En casi todos los países desarrollados, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en la sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones.

La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte y discapacidad entre las personas con diabetes.

La enfermedad renal (nefropatía) es mucho más común en personas con diabetes, y la diabetes es una de las principales causas de enfermedad renal crónica.

Muchas personas con diabetes desarrollan algún tipo de enfermedad de los ojos (retinopatía), que puede dañar la visión o provocar ceguera. Los altos niveles de glucosa en la sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son la principal causa de retinopatía.

La diabetes puede provocar daño al sistema nervioso de todo el cuerpo (neuropatía). Puede producirse problemas con la digestión y la orina y disfunción eréctil. Las zonas más comúnmente afectadas son las extremidades, particularmente los pies.

La pérdida de sensibilidad es particularmente importante, ya que puede permitir que las lesiones pasen desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y úlceras, enfermedad del pie diabético y amputaciones mayores. (13)

3.4 Tratamiento:

Las intervenciones para lograr cambios en el estilo de vida son un aspecto fundamental en el control de la diabetes. Intervenciones dietarias, manejo del peso corporal, actividad física y dejar el hábito de fumar, son aspectos críticos en el cuidado de la salud de la persona con diabetes por su importancia en el control metabólico y la prevención de las complicaciones tanto micro como macro vasculares.

La consejería para lograr cambios en el estilo de vida, debe de considerar la motivación y capacidad de la persona para hacer estos cambios, disposición para aceptar algunos efectos adversos en su calidad de vida, sus creencias en relación a la diabetes, circunstancias psicosociales y la posible presencia de una depresión.

Considerando que las personas con diabetes son un grupo heterogéneo, los planes y metas terapéuticos deben de ser personalizados. La meta es lograr niveles de glicemia lo más cercano al rango normal.

Cuando se elige un fármaco se debe considerar lo siguiente.

- Nivel de hiperglicemia
- Riesgo de hipoglicemia
- Efectos colaterales del medicamento
- Enfermedades concomitantes
- Capacidad de adherir al plan terapéutico
- Preferencias del paciente
- Costos

Por otra parte, los cambios de estilo de vida, particularmente la terapia nutricional y actividad física, deben de continuar siendo un aspecto central del tratamiento en aquellos con tratamiento farmacológico.

El tratamiento de la diabetes es uno de los más complejos, porque los pacientes deben de combinar medicación, dieta y ejercicio a lo largo del día y durante toda la vida, esto hace que la adherencia terapéutica sea un reto. El termino adherencia terapéutica es utilizado para describir a todos aquellos pacientes que tienen una participación activa en el tratamiento en determinada enfermedad, en este caso la adherencia terapéutica de la diabetes puede ser farmacológica y no farmacológica e involucra por parte del paciente la cooperación para ingerir los medicamentos frecuentemente, asistencia a las citas programadas, cambios en el estilo de vida y seguir las recomendaciones por el personal de salud. (14)

3.5 Adherencia al tratamiento:

En una reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los participantes concluyeron y definieron la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue instrucciones médicas que fue un punto de partida útil”.

La adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones como el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. A nivel mundial es alarmante la magnitud del problema, varios exámenes rigurosos han encontrado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%.

La magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. (14)

La diabetes tipo II es una patología que presenta, a nivel global, un incremento en su prevalencia, proyectándose para el año 2030, 336 millones de personas con esta enfermedad. Para el tratamiento de esta enfermedad es necesario mantener una buena calidad de vida, evitando situaciones que puedan ocasionar descompensación, especialmente las ocasionadas por la falta de adherencia al tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento, es decir el no cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones dadas, por el olvido, o por la falta de entendimiento del régimen terapéutico sugerido por el personal de salud, es un problema sumamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes.

Se entiende por adherencia al tratamiento, el grado de acuerdo a lo alcanzado entre los proveedores de servicios de salud y los pacientes, incluye de manera activa a ambos actores, se destaca el efecto de la participación del paciente en el mantenimiento de su salud, según el contexto social, cultural y de autocuidado.

La adherencia al tratamiento implica tener en cuenta una serie de pasos, tomar los medicamentos, asistir a las citas, que son complementarias entre sí, esto agregado a los elementos del contexto del paciente que tiene consecuencias al

seguimiento de lo establecido, repercutiendo en la salud a través de los factores personales, de servicio y familiares. (14)

3.6 Dieta:

El tratamiento dietético en la diabetes es lograr un peso adecuado, el control glucémico y el control de factores de riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta las preferencias personales y culturales de los pacientes.

Para los pacientes con diabetes la proporción 50%-60% de aporte a las necesidades energéticas en forma de hidratos de carbono, 15% en forma de proteínas y menos del 30% en forma de grasas.

El cálculo inicial de las necesidades calóricas se realiza teniendo en cuenta las calorías basales (10 kcal/0,45 kg de peso corporal deseable) y el número de calorías según la actividad física desarrollada. (15)

3.7 Ejercicio:

Es un componente importante en el manejo de la diabetes, que puede ser utilizado para fomentar la salud y la calidad de vida de los pacientes. El ejercicio físico practicado con regularidad es un elemento esencial, es una herramienta terapéutica en el tratamiento de las afecciones más prevalentes en los países desarrollados, como la diabetes mellitus tipo II.

El ejercitarse físicamente requiere de un gasto energético, uno de los efectos del ejercicio se ejerce sobre el metabolismo de las grasas y de la glucosa. (16)

3.8 Apoyo familiar:

Los problemas más relevantes están vinculados a la alteración de la familia con cambios de roles de la persona con diabetes y del resto de los miembros de la familia. En la mayoría de ocasiones se debe de trabajar con ellos en la aceptación de esta nueva situación, así como de informar de la existencia de las asociaciones de personas con diabetes y de sus direcciones.

La persona que habitualmente brinda el soporte familiar, proporciona en este caso un apoyo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo, que puede ser necesario para que la persona con diabetes maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.

La persona responsable del cuidado esta temporalmente preocupada por conflictos emocionales y es incapaz de percibir o de actuar de forma efectiva respecto a las necesidades de la persona con diabetes. La persona responsable del cuidado tiene comprensión o información inadecuada. La responsabilidad de la persona del cuidado muestra una conducta desproporcionada en relación con el grado de autonomía de la persona con diabetes. (17)

A través de la red familiar, además de los amigos es posible encontrar apoyo emocional, por ello la influencia de las relaciones familiares ha suscitado considerable interés entre los profesionales interesados en el control de la diabetes, el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también interferir en su cumplimiento.

En otras palabras si la familia refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto a su tratamiento, se obtendrá un apoyo positivo sobre la salud. Pero cuando el apoyo social potencia comportamientos inadaptados de salud, el efecto funcional producirá una influencia negativa.

La familia, la pareja, los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuentes importantes de apoyo, específicamente que tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud.

El estilo de vida familiar depende del cuidado de cada paciente.

La familia es considerada una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos necesarios en cualquier momento de la vida, ya que genera la seguridad de enfrentarse a las situaciones de la vida.

El vínculo entre el enfermo y su familia le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en dicho ambiente y da sentido a cada una de sus relaciones; es por ello que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros.

La cronicidad de la diabetes no solo afecta al paciente sino también a la familia y todos cuantos lo rodean. (18)

El desarrollo y la gravedad de las complicaciones de la diabetes, se encuentran relacionados al diagnóstico y al control adecuado de los niveles de glucosa del paciente, eventos de cambios comportamentales complejos que incluyen dieta, ejercicio, medicación oral o de reemplazo insulínico. El cuidado integral de la salud, que incluye cambios en los estilos de vida en el paciente con diabetes mellitus. (19)

La educación terapéutica en diabetes es un proceso interactivo y progresivo que tiene como objetivo facilitar los conocimientos y la habilidad imprescindible para el autocuidado del paciente mediante el apoyo a la persona y a su familia. (20)

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen impacto en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes no solo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con el sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad, como lo es el pie diabético, amputaciones de miembros inferiores, problemas renales, problemas cardiovasculares y problemas oftalmológicos, todo esto repercute en la calidad de vida del paciente. (21)

IV. ANTECEDENTES

En un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, se tomó en cuenta la asistencia al centro de salud familiar, La Floresta región de Biobío, Chile. 2,012. Se seleccionaron a 11 personas que asisten a dicho centro, en edades comprendidas de 18 a 64 años. Dentro de las conclusiones manifestaron los usuarios con diabetes mellitus atendidos de forma ambulatoria, realizan una inadecuada adherencia a su tratamiento, debido a diferentes factores como la falta de apego a las indicaciones dieto terapéuticas, 2 de los usuarios entrevistados perciben la dieta como la base de su tratamiento, mencionan que al ingerir sus medicamentos les causa problemas gastrointestinales. (4)

En un estudio no experimental transversal “Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II” se realizaron encuestas a 50 participantes con diabetes mellitus tipo II a usuarios del Consultorio Miraflores, Temuco del sistema de salud pública Chile 2,010. En edades comprendidas 60-76 años. La adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus el 40% de los pacientes presentaron valores de hemoglobina glicosilada (Hb A1c) mayores a 9%. En un promedio de 7 días los participantes cumplieron con su dieta general en 4,37 días. En los resultados se encontró en un 26% presento un buen control metabólico (< 7% de Hb A1c), un 34% presento control moderado (7 y 8,9% de Hb A1c) y el restante tuvo un pobre control metabólico (9% Hb A1c). (7)

En un estudio de tipo descriptivo, tesis titulada “Agencia de autocuidado del paciente con diabetes mellitus” en el año 2008 Fallecieron 1,470 pacientes por diabetes. El departamento de Sacatepéquez alcanzo la mayor tasa de diabetes mellitus tipo II del 12.6, según las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, le sigue el departamento de Santa Rosa 12.4, Retalhuleu 12, Quetzaltenango 9.6, Jutiapa 9.5, Zacapa 9.8, Suchitepéquez 8.0, por cada 100,000 habitantes. (8)

En otro estudio de tipo transversal, titulado “Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo I” se seleccionó a un grupo de 61 sujetos registrados

de la Fundación de Diabetes Juvenil de Santiago de Chile (FDJ), año 2,005. La muestra fue seleccionada entre las edades de 12 a 18 años. Para la recolección de los datos se utilizó un test y cuestionario en la sede de la FDJ. En donde los niveles de hemoglobina glicosilada fueron utilizados como medida de la adherencia al tratamiento de los adolescentes con diabetes tipo I. En esta investigación fue demostrado que el 50% de los adolescentes con diabetes, adhieren pobremente a su tratamiento, por lo que las cifras son alarmantes ya que se encaminan a sufrir consecuencias asociadas a un deficiente control. De los participantes el 80% tienen conocimiento de la enfermedad esto reduce las complicaciones asociadas a un pobre control de la diabetes mellitus. Según el análisis de tendencia sobre mortalidad en Guatemala en el 2,007 presentado por el Centro Nacional de Epidemiología del (MSPAS) la tasa de mortalidad por diabetes mellitus (DM) en la población guatemalteca de 16.29 x 100,000 habitantes. Para el año 2,008 Se reportó una tasa de mortalidad por (DM) de 10.7 x 100,000 habitantes esto fue en el primer semestre. (9)

En un estudio de tesis titulado “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II” 2,008 Lima, Perú. Estudio de tipo cuantitativo, se incluyeron 132 pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional “2 de mayo”. Se aplicó un cuestionario en donde los resultados fueron el 68% (91 pacientes) presentaron regular adherencia al tratamiento. 79.5% (105 pacientes) presentaron una regular calidad de vida. (10)

En un estudio transversal descriptivo “Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II” realizado en el centro de salud de Tlacoachistlahuaca Gro. México, 2,011. Se realizó una encuesta aplicada con la técnica de entrevista, se incluyeron a 72 pacientes. 36 (50%) personas participantes han dejado de tomar su tratamiento durante algún tiempo, 25% (18 personas) lo han suspendido por un periodo de uno a tres meses por falta de dinero y por otra parte el desabasto de medicamentos en el centro de salud. (21)

Otro estudio de tipo transversal, titulado “Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población Canaria con diabetes mellitus tipo II”. España. 2,009. Con un total

de 6,729 personas de 18-75 años. En los resultados obtenidos el 48% de los hombres y 28% de las mujeres no siguen un tratamiento correcto de la diabetes mellitus porque el 23% de mujeres y el 39% de varones no estaban en tratamiento regular ya que el 5% de mujeres y 9% de varones mencionaron que el tratamiento para la diabetes lo cumplían inadecuadamente. (22)

En la tesis titulada “Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos” Estudio de tipo observacional, analítico de corte transversal, realizado en un programa de control de riesgo de la empresa promotora de salud, Bucarama, Colombia. 2,010. Se midió la hemoglobina glicosilada (Hb A1c) (mayor de 7.0%). 484 pacientes diabéticos, de los cuales se evaluaron 407 que tenían registro de Hb A1c de los últimos 3 meses. Se obtuvo una prevalencia del 65%(267 pacientes) de no adherencia al tratamiento en las edades de 65 años> con más frecuencia, por lo que resulta en esta edad por la despreocupación al tratamiento. El 2.4% (10 pacientes) el desempleo resulto ser un factor asociado a la no adherencia al tratamiento. (23)

En un estudio titulado “Perfil de pacientes diabéticos” Estudio observacional descriptivo y analítico con muestreo probabilístico, realizado en el Centro de Salud Familiar de Barros Luco de San Miguel, Chile. 2010. Se revisaron tarjetones de control de las fichas clínicas inscritos en el programa cardiovascular con un total de 4,560 personas inscritas, de las cuales 1,673 tiene el diagnóstico de diabetes mellitus, en donde se tomó en cuenta la última asistencia a la visita del paciente crónico. Las variables tomadas en cuenta fueron; edad, sexo, índice de masa corporal, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada, lipoproteína de baja densidad y la presión arterial. La población de estudio fue de 220 pacientes con diabetes mellitus, los resultados en relación al sexo 132 (60.0%) sujetos eran del sexo femenino y 88 (40.0%) eran del sexo masculino, en edades comprendidas entre 39 a 87 años de edad y el promedio de edad fue de 64.98 años. El índice de masa corporal se obtuvo que 86 sujetos (39.09%) estaban en sobrepeso, 77 sujetos (35%) en obesidad, y 14 sujetos (6.36%) en obesidad mórbida. La hemoglobina glicosilada el resultado fue de 119 sujetos (54.09%) se encuentran

en mínimo objetivo, 54 sujetos (24.54%) se encuentran en alto riesgo en una distribución similar para hombres como mujeres. Los valores de LDL, 49 sujetos (22.27%) tienen valores optimo, sin embargo, el mayor porcentaje se sitúa entre categorías casi optimo (26.28%) y el limite alto (10.0%). En relación a la presión arterial, 108 sujetos (49.09%) tienen un control optimo, y 112 sujetos (50.9%) sin control óptimo. Sobre el esquema hipoglucemiante utilizado, un 49% de los pacientes estaban con metformina, un 36% con metformina y glibenclamida, un 6% con insulina y un 5% con glibenclamida. (24)

En otro estudio titulado “Perfil de los pacientes con diabetes mellitus tipo II” Estudio tipo observacional, abierto, no aleatorizado y multicéntrico. En dicho estudio participaron 628 médicos de 15 comunidades autónomas de España. 1999. La población de estudio fue de 5,395 pacientes con diabetes mellitus tipo II. Se incluyeron a pacientes con los siguientes criterios; edad inferior a 40 años, índice de masa corporal $< 25 \text{ kg/m}^2$, con clínica de descompensación, pérdida de peso espontanea superior al 5% (4kg) en los últimos 3 meses, patología pancreática, embarazo o lactancia, cetosis o glucemia basal superior a 250 mg/dl. Se registraron las características antropométricas del paciente, la fecha de diagnóstico de la diabetes, su grado de control previo, la medicación de hipoglucemiante o para cualquier otra patología concomitante, los hábitos tóxicos (tabaco y alcohol) actividad física realizada, estudio bioquímico de (hemoglobina glicosilada, colesterol total y HDL, triglicéridos, creatinina). Los resultados obtenidos fueron; el índice de masa corporal medio fue de $28,9 \text{ kg/m}^2$, siendo el porcentaje de pacientes obesos 34% ($>30\text{kg/m}^2$). El 11% manifestaron ser fumadores habituales. 24% de los pacientes declararon beber alcohol diariamente. 85.6% de los pacientes presentaron un nivel de colesterol total o superior a 185 mg/dl, un 80% un nivel de colesterol LDL superior a 115 mg/dl y un 76.9% presentaron triglicéridos $> 150 \text{ mg/dl}$. Antigüedad de la diabetes entre 6 y 7 años de haber sido diagnosticado. El 94% de los pacientes con diabetes mellitus les habían prescrito dieta, un 78% les prescribieron ejercicio y en un 93% tienen tratamiento con hipoglucemiante. El 47% de los pacientes presentaban niveles de hemoglobina glicosilada superiores al 7.5% y un 79% superiores al 6.5%. (25)

Otro estudio titulado “Perfil de uso de los servicios por pacientes con diabetes mellitus II” Estudio de tipo transversal descriptivo. Se tomaron en cuenta a los pacientes adscritos al módulo de la diabetes, del Instituto Mexicano del Seguro Social, México. 2011-2012. Con una población de 100 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II. Se analizaron las variables sociodemográficas siguientes; género, edad, enfermedades asociadas, tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo II, tiempo promedio de duración del programa y motivo de abandono, decisión del paciente, laboral, limitación física, cambio de residencia. El perfil del paciente del uso de los servicios se operacionalizó anualmente el servicio de salud; médico familiar, trabajo social, enfermería, nutrición, estomatología, oftalmología y psicología. Los resultados obtenidos fueron; predomina el género femenino con 64.8%. El promedio de pacientes atendidos en el módulo de la diabetes el tiempo promedio de evolución a partir del diagnóstico fue de 7.58 años. Entre las enfermedades asociadas predominó la dislipidemia 68.8%. La hipertensión arterial 63.2%. El tiempo promedio de asistencia al módulo de la diabetes fue de 10.24 meses. El principal motivo por el que se retiraron del módulo fue por decisión personal del paciente 43.4%, problemas administrativos y laborales fue de 40.0%, limitaciones físicas 10.0% y cambio de residencia 6.6%. Perfil de uso; el promedio de atenciones por paciente de uso al año atendidos corresponde a enfermería 10.26 y médico familiar a 10.24. El porcentaje anual de uso de medicina familiar, laboratorio y enfermería corresponde al 100% de los pacientes adscritos al módulo. El total de atenciones requeridas al año fueron; médico familiar 1,024. Enfermería 1026. Laboratorio 812 estudios de glucosa. Estomatología 97, oftalmología 107. (26)

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Caracterizar el tratamiento de pacientes ambulatorios con diabetes mellitus de la clínica médica Fundación Familias de Esperanza, de Antigua Guatemala.

5.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I y tipo II.
2. Describir la adherencia al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo I y II.
3. Establecer el grado de satisfacción del paciente con diabetes respecto a la atención recibida en la clínica.
4. Identificar las acciones de apoyo de la familia que recibe el paciente con diabetes mellitus tipo I y II.

VI. JUSTIFICACION

La diabetes mellitus es una enfermedad caracterizada por hiperglicemia (azúcar alta) que afecta a diferentes órganos del ser humano, que a su vez provoca complicaciones de la salud si no se tiene una adecuada adherencia al tratamiento, en conjunto con su dieta y ejercicio.

Se calcula que en el año 2004 fallecieron 3.4 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre y la mitad de esas muertes corresponden a personas de 70 años y un 55 % a mujeres, por lo que se prevé que las muertes por diabetes mellitus se multipliquen por dos entre el año 2005 y el año 2030. Mundialmente hay más 347 millones de personas con diabetes mellitus según datos de la OMS, publicadas en septiembre 2012.

En la sociedad Guatemalteca cada vez hay más personas con esta enfermedad, a consecuencia más del 80 % de la muerte por diabetes mellitus tipo I y tipo II se registran en países de ingresos bajos y medios, tal como indica las cifras de la misma institución. En Guatemala es la tercera causa de mortalidad se considera una cifra estimada de 5,000 muertes anuales hasta el 2012. (6)

Sacatepéquez es uno de los departamentos con incidencia alta de diabetes mellitus del 12.6 por cada 100,000 habitantes, es por ello que el área de salud solicita además de los exámenes de rutina en cuanto a la tarjeta de salud, incluye que la población se realice glucosa pre-prandial, requisito que está establecido en el centro de salud de La Antigua Guatemala.

Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones. Un paciente incumplidor es la persona que no hace lo que se le dijo que hiciera, la razón del incumplimiento puede ser que el plan de cuidados no ha tenido en cuenta sus necesidades reales o percibidas. El necesita saber el porqué, así como también el cómo. (8)

La falta de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo I y tipo II de los pacientes atendidos en la clínica médica de Fundación Familias de esperanza, es

un factor relevante que aún no ha sido estudiado, tanto en su prevalencia como en los factores asociados. De manera empírica se puede observar que existen varios factores que afectan la adherencia al tratamiento en estos pacientes, razón por la cual es fundamental indagar a profundidad cuales son estos para poder así plantear soluciones que mejoren el tratamiento y resultados de estas personas.

Esta investigación beneficiara a los pacientes del programa de atención de la diabetes mellitus en la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, porque mejorara el manejo de la enfermedad y sus complicaciones. Aportando a la institución una visión más integral del abordaje terapéutico.

El aporte del estudio consistirá en conocer la caracterización del paciente con diabetes mellitus tipo I y II, este a la vez permitirá planear las acciones, los suministros y recursos humanos, de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Cabe destacar que una atención fundamentada en necesidades, va más encaminada a lograr la recuperación y satisfacción de los pacientes.

Como todo estudio, los resultados pueden servir para ampliar los conocimientos del recurso humano en cuanto al perfil del paciente que consulta a las clínicas, así como generar nuevas investigaciones derivadas de la presente.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Tipo de estudio

Descriptivo, prospectivo de corte transversal.

7.2 Sujetos de estudio o unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo I y II que asisten a la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza. El grupo de estudio fue de 48 pacientes.

7.3 Conceptualización geográfica y temporal

La población de estudio es de 48 pacientes, edades 30 -80 años, diagnosticados con diabetes mellitus tipo I y tipo II, de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, Antigua Guatemala, de noviembre a diciembre 2014.

7.4 Definición de variables

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición
Perfil de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I y tipo II.	Son los rasgos que caracterizan a una persona, que sirven para diferenciarse de otras personas.	Los datos se obtendrán a través del cuestionario elaborado por el investigador.	Edad Sexo Escolaridad Nivel académico Alfabetismo Clasificación de la familia Tiempo de diagnóstico de la enfermedad Hemoglobina glicosilada	Nominal

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición
Adherencia al tratamiento	Es el grado de apego en el cual una persona sigue el tratamiento establecido	Se obtendrá a través de la entrevista al paciente con diabetes mellitus tipo I y tipo II.	Toma y seguimiento de los medicamentos Consumo de alimentos recomendados Actividad física recomendada	Nominal
Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición
Satisfacción del paciente	Es el grado en el que se atienden las expectativas de los usuarios.	Los datos se obtendrán por medio del cuestionario elaborado por el investigador	Orientación Horario de atención Hábitos de recreación Desconfianza de los medicamentos Temor por efectos Olvidos frecuentes	Nominal
Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala de medición
Apoyo familiar	Proceso interactivo que se da entre los familiares y el paciente para continuar el seguimiento del tratamiento para la diabetes.	Se obtendrá a través del cuestionario de preguntas elaboradas por el investigador	Apoyo económico de la familia para su tratamiento Soporte familiar para el cumplimiento del tratamiento Participación en el tratamiento	Nominal

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de los sujetos de estudio

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos los pacientes que asisten regularmente a sus consultas al programa de diabetes mellitus, que asisten a sus citas y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los pacientes que tenían más de tres inasistencias a las citas establecidas mensualmente.

8.2 Recolección de datos:

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta a través de un cuestionario estructurado que respondieron los pacientes del programa de diabetes mellitus tipo I y II de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza en base a los objetivos planteados, el cual consta de 21 preguntas abiertas. El instrumento fue llenado por el investigador debido que el 58 % de las pacientes mujeres no saben leer ni escribir.

Con los resultados obtenidos se elaboraron tablas para la presentación y el análisis de los datos de la 48 entrevistas realizadas. La recolección se realizó en dos etapas:

Primero:

Se revisaron los expedientes para recolectar los siguientes datos: El resultado de hemoglobina glicosilada, la clasificación familiar, lugar de procedencia, hipoglucemiantes orales e insulina.

Segundo:

Se aplicó el instrumento a los pacientes.

IX. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación

Una vez terminado el proceso de recolección de los datos, se elaboró una tabla en Excel en la cual se vaciaron los datos. Los resultados se representaron en tablas por medio de frecuencias y porcentajes.

9.2 Plan de análisis

Métodos estadísticos

Los resultados se representaron en tablas por medio de frecuencias y porcentajes. El análisis se realizó de acuerdo a resultados y objetivos del estudio.

Aspectos éticos

Los pacientes del programa de diabetes de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, recibieron la información del objetivo de la investigación detallando los puntos y procedimientos, se tomó en cuenta los principios bioéticos: respeto, la autonomía, justicia y la no maleficencia.

Confidencialidad: La información recabada se maneja con discreción, esto con el fin de no exponer la integridad del paciente. Se utilizó el consentimiento informado. (Ver anexo)

X. RESULTADOS

Datos generales del programa de diabetes mellitus tipo I y tipo II de la Clínica Médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014.

Tabla No. 1

Datos Generales

Tiempo de haber sido diagnosticado con diabetes mellitus

Rango	Frecuencia	Porcentaje
1 – 5	20	42 %
6 – 10	19	40 %
11 – 15	8	17 %
16 – 20	1	1 %
21 – 25	0	0 %
26 años a mas	0	0 %

Fuente: Expediente médico, base de datos, boleta de recolección de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, año 2,014.

En el cuadro anterior podemos observar que el 42% de los usuarios tienen entre 1 y 5 años de haber sido diagnosticado con diabetes mellitus. Un 40% tiene entre 6 y 10 años de haber sido diagnosticado.

Un 17% de los pacientes tiene entre 11 y 15 años de haber sido diagnosticado.

Esto significa que los pacientes deberían de tener conocimiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento.

Tabla No. 2

Edad y sexo de los usuarios

Intervalo de edad	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
30 – 40	7	18 %	3	30 %
41 – 50	6	16 %	2	20 %
51 – 60	11	30 %	3	30 %
61 – 70	7	18 %	2	20 %
71 – 80	7	18 %	0	0 %
Total	38	100 %	10	100 %

Fuente: Expediente médico, base de datos, boleta de recolección de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, año 2,014.

En la tabla anterior se observa que el 30 % de mujeres se encuentra entre las edades de 51 y 60 años. Mientras que el 18 % de las mujeres se encuentran entre 30 y 40 años, seguido de las edades entre 61 y 80 años en las mujeres. El 16 % de las mujeres se encuentra entre las edades entre 41 y 50 años.

Mientras que los hombres se encuentran entre 30 y 70 años de edad, el porcentaje de este grupo es más bajo que el de las mujeres.

Según los datos obtenidos el grupo de mujeres es el que más asiste debido a que son amas de casa.

Tabla No. 3

Alfabetismo

Sabe leer y escribir	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
Si	16	42 %	10	100 %
No	22	58 %	0	0 %
Total	38	100 %	10	100 %

Fuente: Expediente médico, base de datos, boleta de recolección de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, año 2,014.

En la tabla anterior se puede observar que el 100 % de los pacientes hombres saben leer y escribir. En cuanto a las mujeres más del 50 % no saben leer ni escribir.

Esta situación limita el aprendizaje de aspectos relacionados con la enfermedad de la diabetes y su tratamiento.

Tabla No. 4

Escolaridad

Nivel	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
Primario	12	32 %	9	90 %
Básicos	3	8 %	0	0 %
Diversificado	1	1 %	1	10 %
Superior	0	0 %	0	0 %
Ninguno	22	59 %	0	0 %
Total	38	100 %	10	100 %

Fuente: Expediente médico, base de datos, boleta de recolección de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza, año 2,014.

Del total de los pacientes que son alfabetos el 32% de las mujeres y el 90% de los hombres solo cursaron el nivel primario, lo que limita las oportunidades de aprendizaje y laborales.

Mientras que el 59% de las mujeres no cursaron ningún nivel académico. Lo que limita el aprendizaje del seguimiento del tratamiento de la diabetes.

Tabla No.5

Hemoglobina Glicosilada

Resultado	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Optimo	< 6.5 %	22	46 %
Aceptable	6.5 – 7.0 %	10	21 %
Deficiente	7.0% >	16	33 %
Total		48	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se observa que el 46 % de los pacientes se encuentran en “óptimo” el resultado, mientras que más del 50 % de los usuarios tienen un resultado “aceptable” a deficiente control.

Lo ideal sería que se encontraran en “óptimo”, pues sería un indicador de adherencia al tratamiento, así como una satisfacción para la institución que les atiende. Se puede observar también que el 33 % de los pacientes obtuvieron un resultado “deficiente”, lo que refleja que no han tenido un seguimiento adecuado. ni adherencia al tratamiento.

Tabla No.6

Medicamentos

Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Hipoglucemiantes orales	34	70 %
Insulina	7	15 %
Hipoglucemiantes orales e insulina	7	15 %
Total	48	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 70 % de los usuarios toman medicamentos por vía oral, mientras que el 15 % utiliza solo insulina y 15 % utilizan medicamentos combinados es decir, por vía oral y subcutánea.

Los tratamientos indicados varían según instrucciones proporcionadas por el profesional de la salud, ya que en algunos casos se debe utilizar una combinación dependiendo de la respuesta obtenida por cada paciente.

Tabla No.7

¿Cree usted importante el tratamiento para la diabetes?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	100 %
No	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

El 100 % de los usuarios consideran importante el tratamiento para la enfermedad como lo podemos observar en la tabla anterior. Los tratamientos a largo plazo requieren la voluntad del paciente y el apoyo familiar para que sean efectivos.

Tabla No.8

¿Le recomendaron a usted una dieta nutricional para el control de su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	0	0 %
Casi siempre	7	15 %
Siempre	41	85 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

El 85 % de los pacientes tiene recomendación para llevar la dieta para la diabetes, mientras que el 15 % casi siempre se los sugirieron.

Al revisar el expediente clínico de cada paciente se confirmó que efectivamente tiene control nutricional en un 100 %, sin embargo el 15 % respondió que casi siempre le recomendaron la dieta, se considera que en el usuario existe la posibilidad de que haya olvidado el haber tenido la recomendación del seguimiento de la dieta para el control de la enfermedad.

Tabla No.9

¿Considera usted importante llevar una dieta para la diabetes?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	100 %
No	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se puede observar que el 100 % de los usuarios respondieron que la dieta es importante en su tratamiento.

El seguimiento de una dieta especial y específica es indispensable en el tratamiento para la diabetes, es por ello que las recomendaciones son parte del plan terapéutico para obtener resultados favorables para el paciente que padece la enfermedad.

Tabla No.10

¿La enfermedad de la diabetes le ha limitado su actividad física?

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poca	40	83 %
Poca	7	15 %
Mucha	1	2 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se observa que el 98 % de los usuarios, la enfermedad les ha limitado de muy poco a poco la actividad física, mientras que el 2% ya ha tenido más limitaciones.

Esto de alguna manera es gratificante pues los pacientes aún no han sufrido lesiones físicas graves.

Tabla No.11

¿Ha dejado de tomar sus medicamentos alguna vez?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	34	71 %
Ocasionalmente	14	29 %
Frecuentemente	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se observa que el 71 % de los pacientes no han dejado de tomar los medicamentos y el 29 % han dejado de tomar los medicamentos de vez en cuando.

Este resultado de 29 % es coherente con el 33 % de pacientes que obtuvo un resultado de hemoglobina glicosilada que se encuentran “deficiente”, podemos observar que la adherencia al tratamiento es de vital importancia en la evolución adecuada del paciente con diabetes.

Tabla No.12

¿Por qué razones dejó de tomar sus medicamentos o de inyectarse la insulina?

	Frecuencia	Porcentaje
Ardor de estomago	3	6 %
Mareos	0	0 %
Nauseas	0	0 %
Olvido	40	84 %
Otro	5	10 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

El 84 % de los usuarios han dejado de tomar los medicamentos por olvido como lo podemos observar en la tabla anterior, mientras que el 10 % por otra razón han dejado de tomar (no especificaron el porqué) y el 6 % por ardor de estómago.

El olvido se vincula a la edad y la situación de no saber leer ni escribir, en este aspecto es importante el apoyo de la familia para lograr mayor adherencia al tratamiento y recuperación del paciente.

Tabla No.13

¿El horario de su trabajo le afecta en cuanto a la toma de los medicamentos?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0 %
No	48	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se observa que el 100 % de los usuarios no les afecta el horario del trabajo para cumplir el tratamiento.

Esto debido a que más del 50 % de la población son mujeres, amas de casa, es decir no tienen trabajo remunerado, en el caso de los hombres, los que trabajan fuera de la casa no les afecta el cumplimiento del tratamiento para la diabetes.

Tabla No.14

¿Cuánto tiempo dedica usted para la recreación personal a la semana?

Horas	Frecuencia	Porcentaje
½	1	2 %
1	6	12 %
2	40	84 %
3	1	2 %
2 o mas	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

En la tabla anterior se puede observar que el 84 % de los usuarios le dedican a la recreación personal 2 horas a la semana, mientras que el 12 % le dedican 1 hora semanalmente.

En el caso de los hombres mencionaron que les gusta ver y jugar fútbol y las mujeres porque hacen otras actividades como lo es asistir a la iglesia o salir al parque con la familia, esto, cuando tienen la posibilidad económica de hacerlo.

Tabla No.15

¿Cree usted que los medicamentos le ayudan a controlar la diabetes?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	100 %
No	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

Se observa en la tabla anterior que el 100 % de los usuarios respondieron que si les ayuda a controlar la enfermedad.

El apego al tratamiento les ayuda a controlar la enfermedad en forma integral, no solo los medicamentos son importantes, también cuenta la dieta y el ejercicio para poder complementar lo sugerido por el profesional de salud.

Tabla No.16

¿Cuánto apoyo recibe de su familia para recordarle el cumplimiento del tratamiento para la diabetes?

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	41	85 %
Mucho	6	13 %
Nada	1	2 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

El 85 % respondió que es poco el apoyo de la familia para el cumplimiento del tratamiento, mientras que el 13 % manifiestan mayor apoyo de la familia para el cumplimiento de sus medicamentos y un 2 % no recibe apoyo.

La mayoría de los pacientes mencionaron que son ellos los responsables del tratamiento.

Tabla No.17

¿Sabe usted las consecuencias del abandono del tratamiento para la diabetes?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	100 %
No	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

En la tabla anterior podemos observar que el 100 % de los usuarios conocen las consecuencias de abandonar el tratamiento para la enfermedad.

Dentro de las limitantes que hizo referencia la población de estudio, fue que han visto el caso de la persona que tiene limitación física con la amputación y esto hace que los 48 usuarios del programa mencionaron que si conocen las consecuencias del abandono del tratamiento para la diabetes, además mencionaron que se los han dicho en cada consulta a la cual asisten con frecuencia.

Tabla No.18

¿Las citas a la clínica son en un horario adecuado para usted?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	100 %
No	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

El 100 % de los pacientes mencionaron que sus citas son en un horario adecuado.

Un aspecto positivo es que la mayoría de pacientes no tienen trabajo fuera del hogar, ello les permite asistir a sus citas mensuales. Las personas que trabajan mencionaron que no tienen dificultad para asistir a la consulta, porque ya se tienen fechas establecidas y esto ayuda a que en su trabajo les proporcionen el permiso y en otros casos solo deben de presentar excusa firmada y sellada por la institución.

Tabla No.19

¿Cuánto tiempo le toca esperar para ser atendido en la clínica?

Horas	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0 %
2	33	69 %
3 ó mas	15	31 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se observa que el 69 % de los pacientes respondieron que para ser atendidos esperan un promedio de 2 horas y el 31 % esperan 3 horas o más.

Los pacientes esperan para ser atendidos en la clínica médica entre 1 a 3 horas.

Tabla No.20

¿El personal que le atiende le explica como tomar el tratamiento?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	100 %
No	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

Se observa en la tabla que el 100 % de los usuarios respondieron que les explican en la clínica acerca del tratamiento.

Dentro de los resultados obtenidos mencionaron que les explican cómo y cada cuanto tomar el medicamento, refirieron que se los mencionan en la consulta y post consulta y cuando se les hace entrega de los medicamentos.

Tabla No.21

¿Cómo califica el servicio que recibe de parte de los profesionales de la salud?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	0	0 %
Muy bueno	20	42 %
Excelente	28	58 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

En la tabla anterior podemos observar que más del 50 % hace mención que el servicio que reciben es excelente, seguido del 42 % que mencionaron que es muy bueno el servicio recibido por los profesionales.

La institución se destaca por brindar un servicio de calidad y de calidez ya que se tiene valores morales, espirituales e institucionales. Esto hace la diferencia entre otras instituciones de servicio que se dedican a la salud de la población.

Tabla No.22

¿Considera usted que el precio de los medicamentos es adecuado para el nivel de sus ingresos?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	98 %
No	1	2 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

El 98 % de los usuarios respondieron que el precio de los medicamentos es adecuado según sus ingresos y el 2 % menciono que no es adecuado para el nivel de ingresos familiares.

La persona que respondió que no es adecuado según su nivel de ingresos paga un 50 % del costo de otros medicamentos que no son para la diabetes, ya que el tratamiento para la enfermedad es gratuito.

Los medicamentos para la diabetes son proporcionados por la institución gratuitamente, el costo al que se refieren los pacientes es por otros medicamentos que ellos necesitan.

Tabla No.23

¿Considera usted que ha seguido lo recomendado por el profesional de la salud?

	Frecuencia	Porcentaje
A Veces	0	0 %
Casi siempre	8	17 %
Siempre	25	52 %
Olvida	15	31 %
Nunca	0	0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

En la tabla anterior se puede observar que el 52 % de los usuarios respondieron que han seguido las recomendaciones para su tratamiento. Mientras que el 17 % las siguen casi siempre y el 31 % de los pacientes olvidan algunas recomendaciones.

Podemos ver que en la tabla continúa evidenciándose la necesidad del apoyo de la familia para favorecer la adherencia al tratamiento del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus.

Tabla No.24

¿Su familia le recuerda el horario de la toma de los medicamentos?

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	25	52 %
Casi siempre	3	6 %
Siempre	4	8 %
Nunca	16	34 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

La tabla anterior se observa que el 52 % de los pacientes respondieron que a veces la familia les apoya recordándoles el tratamiento, el 34 % respondieron que nunca les apoyan.

Los pacientes mencionaron que ellos son los responsables del tratamiento para la diabetes y no los demás, porque “si no se cuidan ellos quien más los va a cuidar”.

Tabla No.25

¿Su familia le recuerda el seguimiento de la dieta?

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	5	10 %
Casi siempre	10	20 %
Siempre	32	68 %
Nunca	1	2 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

En la tabla anterior se observa que el 68 % de los usuarios respondieron que la familia siempre les recuerda la dieta. El 20 % respondieron que la familia les recuerda casi siempre el seguimiento de su dieta.

La familia juega un papel importante para el seguimiento del tratamiento establecido, ya que como se pudo observar que más del 50 % les recuerdan la dieta, sin embargo el seguimiento de la dieta complementa uno de los tres aspectos importantes para el tratamiento que es; tratamiento, dieta y ejercicio.

Tabla No.26

¿Su familia le apoya económicamente para obtener sus medicamentos?

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	6	13 %
Casi siempre	4	8 %
Siempre	5	10 %
Nunca	33	69 %

Fuente: Boleta de recolección de datos de la clínica médica de Fundación Familias de Esperanza 2,014

Los usuarios respondieron en un 69 % que la familia no les apoya económicamente ya que los medicamentos para la diabetes son gratuitos, el 13 % si les apoya la familia a veces, el 10 % siempre les apoya la familia y el 8 % casi siempre les apoya la familia.

En cuanto al apoyo recibido por los familiares respondieron los usuarios, que les apoyan para transportarse o para comprar otros medicamentos, sin embargo como pudimos observar que más del 50 % de la población no les apoyan en cuanto a la parte económica.

XI. CONCLUSIONES

1. De acuerdo al estudio realizado 82% de los sujetos tienen entre 1 y 10 años de haber sido diagnosticados, existe un porcentaje significativo (17%) que tiene 15 años de saber que padece la enfermedad. En el grupo de estudio la mayoría son mujeres (38), lo que evidencia la vulnerabilidad de este grupo. Los pacientes oscilan entre 50 a 70 años que es la edad en la que se padecen más enfermedades crónicas, sin embargo en el grupo de hombres existe un porcentaje 30%, que tienen entre 41 y 50 años.
2. En cuanto la escolaridad todos los pacientes hombres saben leer y escribir y cursaron la educación primaria. Contrario al grupo de mujeres que el 58% de las pacientes no sabe leer ni escribir, el resto cursó la escuela primaria. Únicamente un 8% de mujeres cursó la escuela secundaria. Esta situación limita la comprensión de la enfermedad, así como el seguimiento en cuanto al tratamiento e indicaciones especiales del cuidado, sin embargo con educación se puede lograr que tengan un adecuado autocuidado.
3. En relación a los resultados de hemoglobina glicosilada y el apego al tratamiento de la diabetes mellitus, se refleja en cuanto a los resultados que el 33 % de los pacientes se encuentran en un control deficiente. Con respecto a los medicamentos que utilizan los usuarios del programa de diabetes el 70 % de la población estudiada utiliza medicamentos por vía oral, 15 % utiliza insulina y 15 % utiliza medicamentos combinados por vía oral y subcutánea, esto significa que dependiendo de la respuesta del paciente así será el tratamiento.
4. La dieta juega un papel importante en la diabetes mellitus, porque complementa el tratamiento del paciente para el seguimiento del régimen establecido, es por ello que el 85 % les recomendaron la dieta a seguir y el

100 % de la población estudiada considera la importancia de llevar la dieta y cumplir con lo recomendado.

5. Los usuarios refirieron que no han tenido limitaciones físicas, sin embargo un paciente si tiene limitación física. Esto indica que deberían de continuar el tratamiento establecido para no tener a futuro consecuencias que puedan afectar la integridad del paciente y la de su familia.
6. Con respecto a los medicamentos para la diabetes mellitus el 29 % de los pacientes ha dejado de tomar el tratamiento lo que significa que puede tener un deficiente control de la enfermedad. Una de las razones es el olvido esto puede tener consecuencias que pueden afectar la salud del paciente y de la familia. El horario de trabajo no es un obstáculo para la toma de los medicamentos. Los pacientes le dedican a la recreación personal 2 horas a la semana, esto quiere decir que le dedican poco tiempo al cuidado recreativo y esto puede afectar la integridad social de la persona. Los medicamentos para la diabetes mellitus todos afirmaron que si es efectivo el tratamiento proporcionado por la institución.
7. La familia es parte importante del tratamiento del paciente porque es en este grupo en donde el usuario se siente con apoyo hacia el cumplimiento de lo indicado por profesional de la salud y que poco o mucho que recibe del núcleo familiar va a ser de beneficio para mejorar la salud del paciente. Las consecuencias pueden afectar la salud del usuario es por ello que todos los usuarios respondieron que si las conocen. En cuanto al horario de las citas a la clínica no les afecta al grupo de pacientes. Los pacientes esperan entre 2 y 3 horas para ser atendidos, este último dato va a depender de la cantidad de asistentes a la consulta.
8. En cuanto a la explicación que reciben los pacientes del programa de diabetes, todos mencionaron que si les explican cómo tomar el

medicamento y que también llevan instrucciones por escrito. El servicio que reciben más del 50 % de los pacientes mencionaron excelente la atención, porque se puede hacer notar que la asistencia mensual es productiva en cuanto al servicio recibido. El 98 % de la población de estudio en cuanto al nivel económico no afecta el poder obtener los medicamentos para la diabetes, si bien es cierto que en su mayoría no tiene trabajo, es acá en donde el beneficio institucional lo provee ya que los medicamentos para la diabetes son gratuitos. El 52 % de los pacientes han seguido lo recomendado por el profesional de la salud, mientras que 31 % de los pacientes olvidan las indicaciones y el 17 % casi siempre siguen las indicaciones, vale la pena hacer mención que por olvido se encuentran las personas en edad avanzada.

9. El núcleo familiar es un pilar fundamental para cumplir lo recomendado para el paciente, ya que el apoyo que recibe tanto psicológicamente como moralmente puede ayudar a que el cumplimiento del tratamiento para la diabetes mellitus sea oportuno en su momento, desde luego idealmente se debería de tener al grupo de pacientes en un nivel óptimo de hemoglobina glicosilada en cuanto al control mensual al cual asiste el usuario. Vale la pena hacer mención que sin la ayuda de la familia la vulnerabilidad del paciente sería mayor y afectada la salud del usuario, razón por la cual no solo es el medicamento de proveer, también tiene que cumplirse otros aspectos como lo es la dieta, el ejercicio y la participación de la familia en este proceso de seguimiento de la diabetes mellitus tipo I y II.

XII. RECOMENDACIONES

1. Diseñar un guía de bolsillo de tratamiento para cada paciente que incluya horario y forma de tomarse el medicamento o de inyectarse la insulina para la diabetes mellitus. Esta guía dentro de su contenido debe contar con ilustraciones para mejorar el entendimiento del paciente en especial a los pacientes que no saben leer ni escribir, por otra parte debe contar con los pasos necesarios para una mejor adherencia y seguimiento de las instrucciones.
2. Iniciar un grupo de alfabetización para la enseñanza de la lectura y escritura de las personas del programa de Diabetes Mellitus.
3. Reforzar mensualmente las sesiones educativas con la participación de la familia con respecto al tratamiento, dieta y ejercicio del paciente que asiste a la clínica médica.
4. Gestionar con donantes glucómetros y tiras para los pacientes, de manera que puedan tener un control previo de la glucosa, acompañado de un plan educativo para el paciente y la familia, además de un registro de los resultados.
5. Socializar con el personal los resultados de la investigación con el fin de integrar los esfuerzos institucionales, paciente, familia y comunidad para que sean multiplicadores de experiencias vividas en el programa y dar seguimiento del tratamiento al paciente con diabetes mellitus.
6. Sugerir programa mensual de ejercicios grupales e individuales para fortalecer la actividad física en el paciente con diabetes mellitus.

7. Realizar talleres de cocina semestrales con los usuarios para el seguimiento de una dieta equilibrada según los requerimientos nutricionales.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **Dr. Batista R. Dra. Ortega L. Dra. Fernandez.** Diabetes mellitus manejo y consideraciones terapeuticas. 23, Cuba : s.n., 2011, Vol. 6.
2. **Et.al. De los Rios, J.** *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.* 2, Mexico : s.n., 2004, Vol. 42.
3. **OMS.** *Adherencia a los tratamientos a largo plazo.* s.l. : Catalogacion por la biblioteca de la OPS, 2004. 9275325499.
4. *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.* **Salud publica.** Costa Rica : Costarricense, 2013, Vol. 22.
5. **Ramirez, M. Galeas, L. Salgado, P.** *Valoracion del apoyo familias y del conocimiento sobre la diabetes mellitus y su influencia en control glicemico en pacientes diabeticos.* El Salvador : s.n., 2007.
6. **Gonzalez, E.** *Se conoce y se enseña sobre Diabetes Mellitus 2.* Guatemala : s.n., 2013
7. *Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.* **Universidad de la Frontera, Chile.** 0716-6184, Chile : s.n., 2011, Vol. 29.
8. **Recinos, M.** *Agencia de autocuidado del paciente con diabetes mellitus .* Guatemala : s.n., 2013.
9. **Et.al. Segura, A.** *Caracterizacion epidemiologica y clinica del paciente diabetico tipo 1 y 2 con y sin adherencia terapeutica.* Guatemala : s.n., 2009.
10. **Molina, Y.** *Adherencia al tratamiento y su relacion con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.* Lima, Peru : s.n., 2008.
11. **Rojas, C. Molina, E. Rodriguez, R.** *Definicion, clasificacion y diagnostico de la diabetes mellitus,* Venezuela : Venonezolana, 2012, Vol. 10. 1690-3110.
12. **Murillo, L. Fernandez, M. Tuneu, F.** *Guia de Seguimiento Farmacoterapeutico sobre Diabetes.* España : s.n., 2011. 84-609-0502-0.
13. **Federacion Internacional de Diabetes.** *Atlas de la Diabetes.* 2013. 2-930229-80-0.
14. **Ministerio de Salud Publica.** *Guia Clinica Diabetes Mellitus Tipo 2.* Chile : s.n., 2010. 978-956-8823-48-1.
15. **Ministerio de Sanidad.** *Guia de Practica Clinica Sobre Diabetes Tipo 2.* España : s.n., 2008. 978-84-457-2754-6.
16. **Et.al. Pozo, P.** *Diabetes y Ejercicio.* España : Mayo ediciones, 2006. 84-96537-27-7.

17. **Servicio Andaluz de Salud.** *Guía de Atención Enfermera a Personas con Diabetes.* España : s.n., 2006. 84-689-9734-X.
18. **Martinez, L. Torres, B.** *Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes Mellitus.* Mexico : s.n., 2007. 1405-1109.
19. **Alayon, N. Sedan, A.** *Prevalencia de desordenes del metabolismo de los glucidos y perfil del diabetico.* 1, Colombia : Salud Uninorte, 2006, Vol. 22. 0120-5552.
20. **Arcerga A. Lara C. Ponce.** Factores relacionados con la percepcion subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. 5, Mexico : s.n., 2005, Vol. 57. 0034-8376.
21. **Sociedad Española de Diabetes.** *Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes.* España : Elseiver Doyma, 2012.
22. **Et.al. Meneses, A.** *Factores que influyen en el abandono del tratamiento de diabetes mellitus tipo II.* Tlacoachistlaguaca, Cuernava. Mexico : s.n., 2012.
23. *Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la poblacion Canaria con diabetes mellitus tipo 2.* **Salud Publica.** 567575, España : Española, 2009, Vol. 83.
24. **Figueroa, C.** *Factores asiados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabeticos .* Bucaramanga, Colombia : s.n., 2010.
- 25 **Et.al. Gonzalez, J.** *Perfil de pacientes diabeticos.* 1, Chile : s.n., 2012, Vol. 6.
- 26 **Et.al. Lopez, B.** *Perfil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.* 1, España : Elseiver, 2004, Vol. 204.
- 27 **Et.al. Zuñiga, M.** *Perfil de uso de los servicios del modulo DiabetIMSS por pacientes con diabetes mellitus 2.* 2, Mexico : s.n., 2012, Vol. 21.
28. **Baez, E.** *Manual para el niño y adolescente con diabetes mellitus.* Republica Dominicana : s.n. 9993425532.
29. **Jimenez, F. Tebar, M. Escobar, F.** *La diabetes mellitus en la practica clinica.* España : Panamericana, 2009. 978-84-7903-450-4.
30. **Sanchez, N. Sanchez, J.** *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud.* 2007. 1597542156.
31. **Mark A. Sperling, MD.** *Diabetes Mellitus en la infancia.* España : Masson S.A, 2005. 8445816535.
32. **Rubin, Dr. Alan, L.** *Diabetes para dummies.* Estados Unidos : Wiley, 2011. 978-0-470-17047-2.

33. **Et.al. Lobos, R.** *Cuidados Enfermeros en Atencion Primaria*. España : Mad, S.L., 2006. 978-84-665-5755-9.
34. **Bermejo, A. Garcia, M.** *Generalidades sobre los grupos terapeuticos*. España : Mad, S.L., 2006. 978-84-665-4901-1.
35. **Trilla, J. Pique, J.** *Libro de la salud del Hospital Clinic de Barcelona y la Fundacion BBVA*. España : Nerea, S.A., 2007. 978-84-96515-33-8.
36. **Zafra, J. Gomariz, A. Garcia, M.** *Si eres adulto y tienes diabetes, controlala tu puedes*. España : Aran Ediciones, S.L., 2010. 978-84-92977-08-6.
37. **Guerrero, F.** *Vivir con diabetes*. Argentina : Grupo imaginador, 2006. 950-768-509-x.
38. **Gilberto, B. Quintero.** *Diabetes Mellitus*. India : B. Jain Publishers PVT. LTD., 2003. 81-702i-985-X.
39. **Davies, V.** *Diabetes su historia y sus secretos*. Venezuela : CEC, S.A., 2007. 978-980-388-347-8.
40. **Esther, M. Feltrin, M.** *Apoyo social a pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Mexico : s.n., 2010.

XIV. ANEXOS

Instrumento de Recolección de Datos

Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera, Licenciatura en Enfermería
Clínica Médica, Fundación Familias de Esperanza

Instrucciones:

Se marcará con una **X** la respuesta que el paciente proporcione a las preguntas que se le realizarán en el instrumento de recolección de datos a través de la entrevista, el cual se titula “Adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo I y II, de la clínica médica Fundación Familias de Esperanza, Antigua Guatemala, Guatemala.”

Boleta núm. _____

I. Datos Generales

Fecha: ____ ____ ____

No. de Familia: _____

Clasificación Familiar: A____ B____ C____

Tiempo de haber sido diagnosticado con diabetes mellitus:

1-5 años ____ 6-10 años ____ 11-15años ____ 16-20 años ____ 20-25 años ____ 26 >años ____

Resultado de último dato de Hemoglobina Glicosilada: _____

Hipoglucemiantes orales: _____ Insulina: _____

Edad: _____ Sexo: _____

BLOQUE I

1. ¿Sabe leer y escribir?

a. Si _____ b. No _____

Escolaridad

Sexto primaria _____ Básicos _____ Diversificado _____ Superior _____ Ninguno _____

2. ¿Cree usted importante el tratamiento para la diabetes?

Si. _____ No. _____ ¿Porque? _____

3. ¿Le recomendaron a usted una dieta nutricional para el control de su enfermedad?

A veces. _____ Casi siempre. _____ Siempre. _____

4. ¿Considera usted importante llevar una dieta para la diabetes?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

5. ¿La enfermedad de la diabetes le ha delimitado su actividad física?

Muy poca _____ Poca _____ Mucha _____

BLOQUE II

6. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos alguna vez?

Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____

7. ¿Por qué razones dejo de tomar sus medicamentos o de inyectarse la insulina?

Ardor de estomago _____ Mareos _____ Nauseas _____ Olvido _____ Otro _____

8. ¿El horario de su trabajo le afecta en cuanto a la toma de los medicamentos?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

9. ¿Cuánto tiempo dedica usted para la recreación personal a la semana?

½ hora _____ 1 hora _____ 2 horas _____ 3 horas _____ 4 > horas _____

10. ¿Cree usted que los medicamentos le ayudan a controlar la diabetes?
Si _____ No _____ ¿Porque? _____

11. ¿Cuánto apoyo recibe de su familia para recordarle el cumplimiento del tratamiento para la diabetes?
Poco _____ Mucho _____ Nada _____ ¿Porque? _____

12. ¿Sabe usted las consecuencias del abandono del tratamiento para la diabetes?
Si _____ No _____ ¿Porque? _____

BLOQUE III

13. ¿Las citas a la clínica son un horario adecuado para usted?
Si _____ No _____ ¿Porque? _____

14. ¿Cuánto tiempo le toca esperar para ser atendido en la clínica?
1 hora _____ 2 horas _____ 3 horas o mas _____

15. ¿El personal que le atiende le explica como tomar el tratamiento?
Si. _____ No _____ ¿Porque? _____

16. ¿Cómo califica el servicio que recibe de parte de los profesionales de la salud?
Bueno _____ Muybueno _____ Excelente _____ ¿Porque? _____

17. ¿Considera usted que el precio de los medicamentos es adecuado para el nivel de sus ingresos?
Si. _____ No _____ ¿Porque? _____

18. ¿Considera usted que ha seguido lo recomendado por el profesional de la salud?

A veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ Olvida _____ Nunca _____

BLOQUE IV

19. ¿Su familia le recuerda el horario de la toma de los medicamentos?

A veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ Nunca _____

20. ¿Su familia le recuerda el seguimiento de la dieta?

A veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ Nunca _____

21. ¿Su familia le apoya económicamente para obtener sus medicamentos?

A veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ Nunca _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo César Rolando Santos Domínguez, estudiante de la carrera de licenciatura en Enfermería del XI semestre, Universidad Rafael Landívar.

Con el propósito del realizar el estudio de investigación el cual se titula “Adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo I y II, de la clínica médica Fundación Familias de Esperanza, Antigua Guatemala, Guatemala.” Se solicita su participación.

El fin de este documento es hacerle mención de la información necesaria para que usted pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado.

Para dar cumplimiento a dicha investigación es necesario realizar la entrevista individualizada para poder recolectar los datos.

Yo Señora/Señor _____ he comprendido las explicaciones que me han facilitado, he tenido a bien las dudas y preguntas que le he planteado. En cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el compromiso que ahora presto.

Manifiesto que me considero satisfecha/o con la información proporcionada y comprendo la indicación de éste. Y en tales condiciones ACEPTO participar en la realización del estudio.

Huella Digital:



Firma: _____

La Antigua Guatemala _____ de _____ de 2014