PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIO

"CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y COSTUMBRES EN LAS FAMILIAS DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONTROL DE LA DIABETES EN LOS CENTROS DE SALUD DE PUERTO QUITO, EL CARMEN, LOS ROSALES Y JIPIJAPA DURANTE EL PERIODO DE JULIO DEL 2018-MAYO DEL 2019"

DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORES:

DR. CHICA RISCO PEDRO ANTONIO

DRA. PLASENCIA MERINO ROSA MODESTA

DIRECTOR DE TESIS: DR. HUGO PEREIRA

TUTOR METODOLÓGICO: DR. HUGO PEREIRA

SANTO DOMINGO, 2019

DEDICATORIA A:

Nuestros esposos, por brindarnos su tiempo y un hombro para descansar.

A nuestros padres, por mostrarnos el camino hacia la superación y estar siempre apoyándonos incondicionalmente.

A nuestros hijos, por la paciencia y tiempo robado en este camino.

AGRADECIMIENTOS A:

A Dios por permitirnos culminar con excelencia el desarrollo de nuestra tesis.

A nuestros tutores Dr. Hugo Pereira, Dra. Erika Quisphe, Dr. José Sola, quienes nos han guiado por este arduo camino.

TABLA DE CONENIDO

DEDICATORIA A: 2

AGRADECIMIENTOS A: 3

TABLA DE CONENIDO 4

LISTA DE FIGURAS 7

RESUMEN 9

CAPITULO I. 13

1. INTRODUCCIÓN 13

CAPITULO II 15

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 15

CAPITULO III 23

3. METODOLOGÍA 23

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 23

OBJETIVOS: 23

OBJETIVO GENERAL: 23

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 23

TIPO DE ESTUDIO: 24

Población: 26

Muestra: 28

Procedimiento para la recolección de la información: 28

Aspectos Bioéticos 28

CAPITULO IV 29

4. RESULTADOS: 29

Conocimientos de los familiares de las personas con diabetes 35

Alimentación. 37

Ejercicio 41

Control Médico 45

Costumbres, prácticas y hábitos de los familiares de la persona con diabetes 49

Alimentación 49

Ejercicio 55

Rol de los familiares en la adherencia terapéutica 59

Apoyo familiar en autoestima y aceptación 63

Percepción en la dinámica de los familiares de personas con diabetes 65

Percepción actual del control de la enfermedad. 69

CAPITULO V: 73

5. DISCUSIÓN 73

CAPITULO VI 81

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: 81

CONCLUSIONES: 81

RECOMENDACIONES: 82

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS 87

ANEXO 1: Guía de preguntas a familiares 87

ANEXO 2: Consentimientos informado 91

ANEXO: 3: Operacionalización de las variables 93

ANEXO 4: Familiares de pacientes que fueron seleccionados al azar 96

ANEXO 5: Fotos de la realización de las entrevistas 98

ANEXO 6: Aprobación del comité de Ética 100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Centro de Salud de Puerto Quito-Pichincha 26

Figura 2: Centro de Salud de El Carmen-Manabí 26

Figura 3: Centro de Salud de Los Rosales-Santo Domingo de los Tsáchilas. 27

Figura 4: Centro de Salud de Jipijapa-Manabí 27

Figura 5: Relación según e sexo de las personas entrevistadas. 29

Figura 6: Lugar donde residen las personas que fueron entrevistadas 30

Figura 7: Relación con la persona con diebetes tipo 2 31

Figura 8: Estado civil de los familiares de las personas con diabetes 32

Figura 9: Nivel de instrucción de los familiares de las personas con diabetes 33

Figura 10:Categorìa de ocupación de los familiares de paciente con diabetes tipo 2. 34

Figura 11 Conocimiento sobre la diabetes de los familiares de los pacientes con diabetes tipo 2 35

Figura 12 Conocimiento de la alimentación que deben consumir las personas con diabetes tipo 2 de los familiares de dichos pacientes. 37

Figura 13:Personas que dieron instrucción sobre la alimentación de los pacientes con diabetes tipo 2 a los familiares de estos pacientes. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 14:Conocimiento de los familiares respecto a si una persona con diabetes debe hacer ejercicio. 41

Figura 15: Conocimiento de los familiares de que tipos de ejercicios deben hacer los pacientes con diabetes tipo 2. 43

Figura 16:Conocimiento de los familiares de la frecuencia del control médico en el paciente diabético tipo 2. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 17: Conocimiento de los familiares de lo que deben hacer los profesionales en las consultas médicas en las personas con diabetes. 47

Figura 18: Conocimiento sobre la alimentación de la familia del paciente diabético tipo 2 ... 49
Figura 19: Comidas diarias que se sirven en la familia del paciente diabético tipo 2..... 51
Figura 20: Apoyo con una dieta especial y cambio de hábitos de alimentación en la familia de una persona con diabetes. 53
Figura 21: Conocimiento de todo lo referente a ejercicios que realizan los paciente con diabetes tipo 2..... 55
Figura 22: Cambios de hábitos para la realización de ejercicio y apoyo familiar. 57
Figura 23: Conocimiento de los familiares sobre la consecuencia de que un paciente con diabetes tipo 2 no tome la medicación. 59
Figura 24: Conocimiento sobre la adherencia a la medicación de su familiar con diabetes tipo 2 61
Figura 25: Apoyo que brindan los familiares a la persona diabética tipo 2. 63
Figura 26: Significado de tener un diabético en casa. 65
Figura 27: Cambio de la vida de la familia de paciente con diabetes tipo 2, al conocer esta enfermedad. 67
Figura 28:Factores que influyen en la familia para que falle el control adecuado de la diabetes tipo 2..... 69
Figura 29:Tratamientos alternativos en el cuidado del paciente diabético tipo 2. 71
Figura 30: Familiar que participó en las entrevistas..... 96
Figura 31: Profesional explicando la técnica de elección de los entrevistados..... 97
Figura 32: familiar que no participó en las entrevistas 97
Figura 33:Familiar de pacientes de diabetes tipo 2 del centro de Salud de Puerto Quito. 98
Figura 34:Familiar de paciente de diabetes tipo 2 del centro de Salud de Puerto Quito..... 99

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una de las patologías que avanza cada día, y afecta a la población con tasas cada vez mas altas, que genera mayor discapacidad y mortalidad, según la OPS y la OMS en Ecuador; la prevalencia de diabetes, es de 1.7% en la población de 10 a 59 años, la cual se acrecienta partir de los 30 años de edad, y uno de cada 10 personas, a los 50 años ya tiene diabetes; según la encuesta ENSANUT.

Esta enfermedad se caracteriza por hiperglucemia, resistencia a la insulina y deterioro relativo en la secreción de insulina. Los hábitos, la cultura, el estrés y otros determinantes sociales han modificado su aparición a edades más tempranas. La familia es considerada un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto.

El apoyo familiar es fundamental en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar la adherencia al tratamiento.

Nuestro trabajo investigativo tuvo como objetivo general; analizar los conocimientos y costumbres de los familiares de las personas con diabetes tipo 2 y su influencia en el control de su enfermedad.

Nuestra metodología se basa un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Como técnica de investigación se utilizó la entrevista semi-estructurada, con una guía de preguntas abiertas a familiares de pacientes con diabetes tipo 2.

Los resultados nos dan una idea clara del comportamiento (costumbres, tradiciones, prácticas) de la familia y la influencia en el mayor o menor apoyo al paciente con diabetes tipo 2, los familiares no tienen una noción sobre las porciones y combinaciones de los alimentos, implicando una gran variedad de carbohidratos en su dieta, perjudicando

su salud. El 60% de los entrevistados manifiestan que sus familiares tienen una buena adherencia al tratamiento por su apoyo, mientras que el 20% no se adhiere, y el otro 20 % no tienen redes de apoyo. El apoyo familiar consistió principalmente en el aporte económico, y también el apoyo moral y emocional en el autoestima y aceptación del paciente diabético. Pese a que su dinámica familiar fue alterada al conocer el diagnóstico y los cambios que esto amerita al pasar esta crisis no normativa.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is one of the pathologies that advances every day, and affects the population with increasingly high rates, which generates greater disability and mortality, according to PAHO and WHO in Ecuador; the prevalence of diabetes is 1.7% in the population aged 10 to 59, which increases from 30 years of age, and one in 10 people, at 50 years already has diabetes; according to the ENSANUT survey.

This disease is characterized by hyperglycemia, insulin resistance and relative deterioration in insulin secretion. Habits, culture, stress and other social determinants have modified their appearance at earlier ages. The family is considered a resource for the maintenance of health and preventive care, since it influences the individual through their relationships of intimacy, solidarity and affection.

Family support is essential in the metabolic control of the disease by promoting a favorable environment to reduce stress and improve adherence to treatment.

Our research work had as a general objective; analyze the knowledge and customs of family members of people with type 2 diabetes and their influence on the control of their disease.

Our methodology is based on a descriptive study with a qualitative approach. The semi-structured interview was used as a research technique, with a guide to questions open to family members of patients with type 2 diabetes.

The results give us a clear idea of the behavior (customs, traditions, practices) of the family and the influence on the greater or lesser support of the patient with type 2 diabetes, family members do not have a notion about portions and combinations of food, involving a wide variety of carbohydrates in your diet, damaging your health. 60% of the interviewees state that their relatives have a good adherence to the treatment for their

support, while 20% do not adhere, and the other 20% do not have support networks. The family support consisted mainly of the economic contribution, and also the moral and emotional support in the self-esteem and acceptance of the diabetic patient. Although his family dynamic was altered when he learned the diagnosis and the changes that this merits when this non-normative crisis happened.

CAPITULO I.

1. INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose además como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población masculina. La diabetes mellitus junto con las enfermedades isquémicas del corazón, dislipidemias y la enfermedad cerebro vascular, aportan la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios dese hace más de dos décadas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). El control de la glicemia en el paciente diabético y su posterior repercusión positivo sobre el retardo o no aparición de las complicaciones micro y micro vasculares son realmente un desafío en los diferentes niveles de atención (primer, segundo y tercero) ya se requiere de una evaluación en todo su aspecto biopsicosocial, implementaciones de intervención, con la finalidad de brindar un nuestro paciente un control glicémico adecuado.

En el Ecuador existen pocos estudios sobre los conocimientos, prácticas, costumbres y hábitos en las familias del paciente diabético y su influencia en el control de la diabetes, **por esta razón** se ha escogido este tema para realizar un estudio que nos permita conocer los aspectos que adoptan las diferentes familias y como ésta influye en el control de la glicemia. Estos conocimientos nos permitirán abordar de una forma intercultural el manejo de la diabetes.

Los médicos familiares, deben conocer el fenómeno de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con DM2, detectarlo y averiguar sus causas, así como tener recursos para poder intervenir eficazmente en los pacientes.(Orozco-Beltrán et al., 2017)

Con esta investigación se pretende así mismo consensuar las mejores intervenciones y el papel de las distintas partes implicadas en la mejora de la adherencia terapéutica en estos pacientes y minimizar las complicaciones.

CAPITULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La Diabetes Mellitus es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto medio y adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países (Beltrán Carreño, Sola Villena, Quezada Ramón, & Maldonado Benalcázar, 2015). La diabetes mellitus (DM) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina (Mediavilla Bravo, 2015).

La diabetes es una de las principales causas de enfermedades y muertes tempranas en todo el mundo. Se clasifica en las siguientes categorías generales:
Diabetes tipo 1 (debido a la destrucción autoinmune de células β, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina)
Diabetes tipo 2 (debido a una pérdida progresiva de secreción de insulina de células β con frecuencia en el contexto de resistencia a la insulina)
Diabetes mellitus gestacional (DMG) (diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente diabética antes de la gestación)
Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística) y drogas o productos químicos diabetes inducida (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH / SIDA o después del trasplante de órganos). (Re-, 2017)

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por hiperglucemia, resistencia a la insulina y deterioro relativo en la secreción de insulina. Es un trastorno común con una prevalencia que aumenta marcadamente con grados crecientes de obesidad. Esta enfermedad es el tipo más común de diabetes en adultos. Es un trastorno común cuya

prevalencia aumenta con la obesidad. La resistencia a la insulina y la deficiencia de la misma pueden deberse a factores genéticos o ambientales, por lo que es difícil encontrar la causa exacta en un paciente individual. Conjuntamente, la hiperglucemia puede afectar a las células beta pancreáticas y agravar la resistencia a la insulina. Está documentado que la DM2 incrementa el riesgo de enfermedad coronaria, infarto, insuficiencia renal, amputaciones y muerte, entre otras (Melllitus, 2013).

La diabetes se manifiesta principalmente en la edad adulta y adulta mayor, los hábitos, la cultura, el estrés y otros determinantes sociales han modificado su aparición a edades más tempranas (Copeland et al., 2013). Se ha evidenciado que los factores de riesgo que determinan la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles son el consumo elevado de alimentos poco nutritivos, con alta densidad energética y alto contenido de grasa, azúcar y sal, así como la reducción de los niveles de actividad física y el consumo de tabaco (Freire W.B et al., 2013). Está documentado que la DM2 incrementa el riesgo de enfermedad micro vasculares: retinopatía, nefropatía, neuropatía y macro vasculares: cardiopatía coronaria, accidente cerebro vascular, ateroesclerosis obliterante de miembros inferiores (Ávila, Cerón, Ramos, & Velázquez, 2013).

Evidencias científicas muestran que las complicaciones por diabetes pueden ser prevenibles con un buen control metabólico, donde no sólo es importante la medición de la HbA1c sino también la educación del paciente con respecto a la enfermedad (Ávila et al., 2013).

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta (Federation, 2016).

En los Estados Unidos la prevalencia de diabetes en adultos oscila entre 5,8 y 12,9 por cientos. Pero debido a las enfermedades micro vasculares y macro vasculares asociadas, representa casi el 14 por ciento de los gastos de salud de los Estados Unidos, y caso la mitad están relacionados con infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad renal terminal, Retinopatía y úlceras en los pies, la historia de úlceras anteriores en el pie, las derivaciones de los miembros inferiores o la amputación, la presencia de claudicación y la historia del tabaquismo.

La neuropatía diabética (NPD), se observa en más del 50% de las complicaciones ("Riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina de familia," 2014). Afectan al 2% -3% de la población diabética cada año, costo promedio por episodio de 13,179 dólares, son una fuente importante de hospitalización y representan el 20% de todas las admisiones diabéticas, el 15 % desarrollan osteomielitis, 4-6% son amputados (Sehlo, Alzahrani, & Alzahrani, 2016).

Según la Federación Internacional de Diabetes, en el 2015 hubo 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial, incluyendo 193 millones que aún no están diagnosticados, en el Ecuador la prevalencia de la enfermedad en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 %(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

En el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose además como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población masculina (Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo, 2014). "La tasa de mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador en 2011 (tasa bruta de mortalidad) fue de 29,3 por 100.000 habitantes."(Freire, 2014).

Según la OPS y la OMS; en Ecuador, la diabetes está afectando a la población con tasas cada vez más elevadas. Según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. A partir de los 30 años de edad se va incrementado el riesgo, y a los 50 años, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene esta enfermedad. La alimentación no saludable, la falta de actividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son los cuatro factores de riesgo relacionados directamente con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes (Freire, 2014).

En nuestro país, el comportamiento de la mortalidad por enfermedades crónicas varía. En el 2011 en el Napo la tasa de mortalidad por diabetes fue de 5,4 x 100 000 y ese mismo año en el Guayas se registró una tasa de 47,7 x 100 000. "En general las provincias de la región de la costa presentan una mayor mortalidad por diabetes, con un promedio de las tasas de 33,1 por 100 000, comparado con 19,0 en la región de la Sierra y 7,9 en la Amazonía." (Freire, 2014).

Unas de las complicaciones crónicas más comunes de la diabetes tipo 2 es el pie diabético, la cual puede ser definida como la infección, ulceración, y / o destrucción de los tejidos profundos asociados con alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica en el miembro inferior. La ulcera del pie diabético afecta 2 – 3% de la población de diabéticos cada año.

La cifra de diabéticos sigue acrecentada, lo que significa una seria amenaza para la salud de las personas y el aumento de la demanda de servicios de salud. Para hacer frente a este reto, un modelo de asociación se ha sugerido entre los equipos de salud, las personas con enfermedades crónicas y sus familias, en el que estos últimos son participantes activos y colaboradores en apoyo continuo y la atención.

La creciente prevalencia de la diabetes da una creciente necesidad en el trabajo con las personas que viven con diabetes y sus familias. De esta manera se mejorará la atención de las personas con trastornos psiquiátricos comórbidos, por lo que es preciso un trabajo multidisciplinario, donde involucramos a los psicólogos quienes deben tener también un rol en la ampliación de los servicios a los numerosos individuos y familias que batallan con la diabetes (González, Tanenbaum, & Commissariat, 2016).

Todo esto contribuye al impacto en la calidad de vida y la economía. Por lo que se asocia con una alta prevalencia de depresión y esto repercute en el empleo, el absentismo y la productividad laboral. "Es importante identificar a los pacientes con neuropatía diabética en sus estadios iniciales con el objeto de evitar su progresión y disminuir la morbimortalidad y los costos en salud". (Riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina de familia, 2014).

La calidad de vida del paciente diabético se ve afectada por la evolución de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento; además se genera un desequilibrio en la homeostasis familiar (Beltrán Carreño et al., 2015).

La familia es un organismo social básica y fundamental que cumple funciones sociales irreemplazables, que van desde la fecundación y primeras interacciones de los hijos hasta las funciones económicas. (Barbado y otros, 2004)

La familia también trasmite una mezcla comunicacional y de creencias, no sólo una herencia genética, por lo tanto, la relación de los miembros de la familia, se organizan a través de pautas funcionales que es parte de la estructura familiar. (Barbado y otros, 2004)

Como médico familiar, nos vemos con la necesidad de iniciar una acción preventiva desde el principio para frenar la progresión natural del pie diabético. Organizaciones como el Instituto Nacional de Diabetes, y la Asociación Americana de

Diabetes. Guardan un enfoque en la prevención de la extremidad inferior amputaciones (LEA) en pacientes con esta enfermedad y defienden la práctica del autocuidado diario del pie como principal prevención y a la vez promover actividades que lograr y mantener una salud óptima. "Se puede aplicar al autocuidado del pie diabético en el sentido de que uno puede saber que es necesario cuidar sus pies, pero si no lo están seguros de que pueden cuidar sus pies, tienen menos probabilidades de realizar actividades de autocuidado" (Wendling & Beadle, 2015).

Armour y Cols. (Citado por Ávila et al, 2013) sugieren que la intervención de la familia es eficaz para mejorar el conocimiento y control glicémico de las personas con diabetes ya que el manejo efectivo de la enfermedad depende de la capacidad, habilidad del paciente y su red apoyo familiar para aprender y aplicar los conocimientos adquiridos (Ávila, Cerón, Ramos, & Velázquez, 2013).

Watanabe y cols., en 2010 (Citado por Ávila et al, 2013) identificaron al apoyo familiar como un componente crucial para el logro del control glicémico; su estudio mostró que los pacientes con DM2 con apoyo familiar en el área de nutrición mejoraron los niveles de HbA1c y triglicéridos (Ávila et al., 2013). La familia es considerada un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. Las experiencias emocionales relacionadas con los alimentos y la exposición a la educación nutriológica contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social (*Available in: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635506*, 1993).

La participación familiar es un asunto complejo, a menudo caracterizado por relaciones estructurales poco claras y necesidades y expectativas contrastantes dentro de la familia; un obstáculo importante para la comunicación constructiva intrafamiliar

sobre la prevención, el riesgo familiar y las conductas de reducción del riesgo es la falta de relevancia percibida de la enfermedad (Grabowski, Andersen, Varming, Ommundsen, & Willaing, 2017)

El papel de la familia también está recibiendo cada vez más atención en las intervenciones específicamente la orientación personas con diabetes, para quien la autogestión tiene lugar en el contexto de las redes sociales y familiar (Torenholt & Willaing, 2013). Sin embargo, la participación familiar es un asunto complejo, caracterizado por relaciones estructurales poco claras, las necesidades y expectativas dentro de la familia, conductas de apoyo con frecuencia obstructivas. Por esta razón, la participación de la familia no siempre es beneficioso.

La aparición de la Diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretodo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc. Los estudios de intervención se basan en la hipótesis de que la participación activa de un miembro de la familia mejoraría el apoyo social, el cual, a su vez, aumentaría la conducta de auto-gestión del individuo con diabetes, en última instancia, mejorar los resultados clínicos y psicosociales(Torenholt & Willaing, 2013)

En la familia se pondrá en marcha los recursos con los que cuente, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra-familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar.

La percepción de apoyo o la falta de apoyo de los pacientes por lo general se refieren a la familia las interacciones entre los pacientes adultos y su familia juega un papel importante en el mantenimiento de los cambios de estilo de vida y la optimización de la autogestión de la Diabetes. Por lo tanto, el apoyo familia respecto de planificación de comidas, recordatorios de medicamentos, el chequeo de la glucosa y el ejercicio afecta a la adherencia del paciente para el autocuidado y el bienestar tanto de la paciente y su familia (Bennich et al., 2017)

El apoyo familiar incrementa autosugestión en el paciente diabético, entendiéndose aquello como conductas de autocuidado de la diabetes (cambio de estilos de vida, adherencia terapéutica, actividad física), la cual depende de factores de riesgo psicosocial, un ejemplo claro es la creencia errónea que la administración de insulina le produce impotencia sexual o ceguera a nivel de Latinoamérica.

Todos los miembros de la familia precisan adiestramiento, al igual que el paciente, con la finalidad de realizar cambio en su vida cotidiana. Es importante que todas las personas que cohabiten con el paciente entiendan lo importante del cuidado de la diabetes (Bennich et al., 2017).

El apoyo familiar es fundamental en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar la adherencia al tratamiento. Las intervenciones familiares entre las personas con enfermedades crónicas pueden ser más eficaces que la atención habitual.(Torenholt & Willaing, 2013).

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo los conocimientos y costumbres de los familiares de las personas con diabetes influyen en el control de su enfermedad**?**

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los conocimientos y costumbres de los familiares de las personas con diabetes tipo 2 y su influencia en el control de su enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los conocimientos de los familiares sobre la alimentación, la realización de ejercicios y las visitas de control médico que debe adoptar el paciente diabético.
2. Describir las costumbres, prácticas y hábitos de las familias de las personas con diabetes tipo 2 que pueden tener repercusión en el control de la enfermedad.
3. Analizar el rol que cumplen los familiares en la adherencia terapéutica del paciente diabético.
4. Conocer el apoyo familiar en la autoestima y la aceptación del paciente diabético.
5. Analizar la percepción de los familiares de personas con diabetes respecto a cómo ha cambiado la dinámica familiar a partir del diagnóstico de esta enfermedad.
6. Analizar la percepción del actual control de la diabetes en su familiar.

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Como técnica de investigación se utilizó la entrevista semi-estructurada, con una guía de preguntas abiertas.

Mediante este estudio, se pretende entender las representaciones sociales y a través del mismo, sabremos los conocimientos, prácticas y costumbres en las familias del paciente diabético tipo 2 y como estas repercuten en el control de la diabetes.

El enfoque cualitativo nos facultó recolectar, interpretar y analizar la información provista por el familiar del paciente diabético tipo 2 y de esta forma puntualizar los aspectos mas relevantes del discurso de las personas entrevistadas. En este estudio se procedió individualmente con el análisis de los textos transcritos de las entrevistas de los familiares del paciente con diabetes tipo 2, utilizando la propuesta metodológica de Daniel Prieto Castillo: Que cuenta con un análisis de los mensajes, la cual se tiene que leer y releer, para entender su propuesta y llevar dicho análisis de la manera mas beneficiosa, para este trabajo utilizamos el análisis estructural y análisis ideológico.

En las estructuras básicas de los análisis de textos, se identificó las ideas núcleo, los grados de referencialidad y los modos de predicación.

El desarrollo de este análisis se realizó de la siguiente manera:

a.) Las ideas núcleo se entiende como el tema central del discurso, es expresada en la respuesta a la pregunta planteada, es decir, se analiza cada respuesta, una por una, identificando la idea núcleo de cada contestación.

b.) Los modos de predicación, son las atribuciones de cualidades a seres, situaciones, ambientes, etc. Predicamos mediante los que decimos de alguien, de lo que alguien dice o de lo que mostramos de algo o de alguien. Los personajes se perfilan no sólo por lo que dicen o por lo que de ellos se dice, sino también por lo que hacen (Prieto

1989). Hay predicaciones de acción y estado, la primera entendida lo que el personaje dice en primera persona, y estado entendido lo que manifiesta en segunda o tercera persona,

c.) Los grados de referencialidad; es la posibilidad de ofrecer una versión lo más válida posible, existe grado de referencialidad alta, baja y distorsionada.

Luego se realiza el análisis ideológico; captando la ideología expresada en el discurso de cada entrevistado, las cuales pueden ser de:

a) La uniacentualidad significativa; se pronuncia por medio de redundancias, deja en el perceptor una y sólo una interpretación de algún tema.

b) Las consignas de interpretación, el narrador puede ser el propio personaje o alguien que a él se refiere, nos indica qué leer, qué interpretar, qué hacer, c) La apelación a experiencias decisivas, se expresan a través de experiencias que marcan a un individuo o grupo social.

d) La visión polarizada de la realidad, el pensamiento polarizado es una distorsión cognitiva, es decir se trata de un erro de razonamiento, los temas tratados aparecen sin matices, está en un extremo o se está en otro.

Por último, razonamos las representaciones sociales, que son una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la fabricación de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, tienen dos fines: instaurar conductas dentro de una sociedad y promover los procesos de comunicación entre los seres humanos.

Es una herramienta útil para un realizar un estudio de carácter cualitativo, ya que permite entender la dinámica de las interacciones sociales.

Población:

Los familiares de personas con diabetes que asisten a su control en los servicios de salud de PUERTO QUITO, EL CARMEN, LOS ROSALES Y JIPIJAPA.



Figura 1: Centro de Salud de Puerto Quito-Pichincha

FUENTE: HTTP://INSERTEC.COM.EC/PROYECTOS-INSERTEC-HIDROCOBRE/



Figura 2: Centro de Salud de El Carmen-Manabí

FUENTE: HTTP://WWW.ELDIARIO.EC/NOTICIAS-MANABI-ECUADOR/399171-SE-CONSTRUIRIA-UN-NUEVO-HOSPITAL-BASICO-EN-EL-PROXIMO-GOBIERNO/



Figura 3: Centro de Salud de Los Rosales-Santo Domingo de los Tsáchilas.

FUENTE: HTTP://WWW.ELDIARIO.EC/NOTICIAS-MANABI-ECUADOR/428906-INGRESADOS-A-UN-CENTRO-DE-SALUD-TRAS-COMER-PASTEL/



Figura 4: Centro de Salud de Jipijapa-Manabí

FUENTE: HTTP://WWW.DIARIOELMANABA.COM.EC/15-UNIDADES-OPERATIVAS-DEL-DISTRITO-13D03-SON-RENOVADAS/

Muestra:

Se realizó la entrevista a 10 familiares de personas con diabetes por cada centro de salud. Los pacientes fueron seleccionados al azar. Al inicio con lista de sus datos y luego de la consulta externa. (anexo 4).

Procedimiento para la recolección de la información:

Técnica de investigación: entrevista a familiares de pacientes con diabetes tipo 2.

Instrumentos: guía de preguntas.

Fuente: familiares de personas con diabetes tipo 2.

Aspectos Bioéticos

No hubo conflictos éticos, ni riesgos biológicos, ni fisiológicos para las personas, sus familias, ni para los profesionales de la salud, sino eventual incomodidad por el tiempo empleado para contestar las preguntas. Se trabajó solo bajo consentimiento informado (ver anexo N° 3). Y la información se manejó con absoluta confidencialidad, sin la identificación individual de las personas.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS:

Se realizaron 40 entrevistas a familiares de personas con diabetes, de los cuales 32 son mujeres (80%).

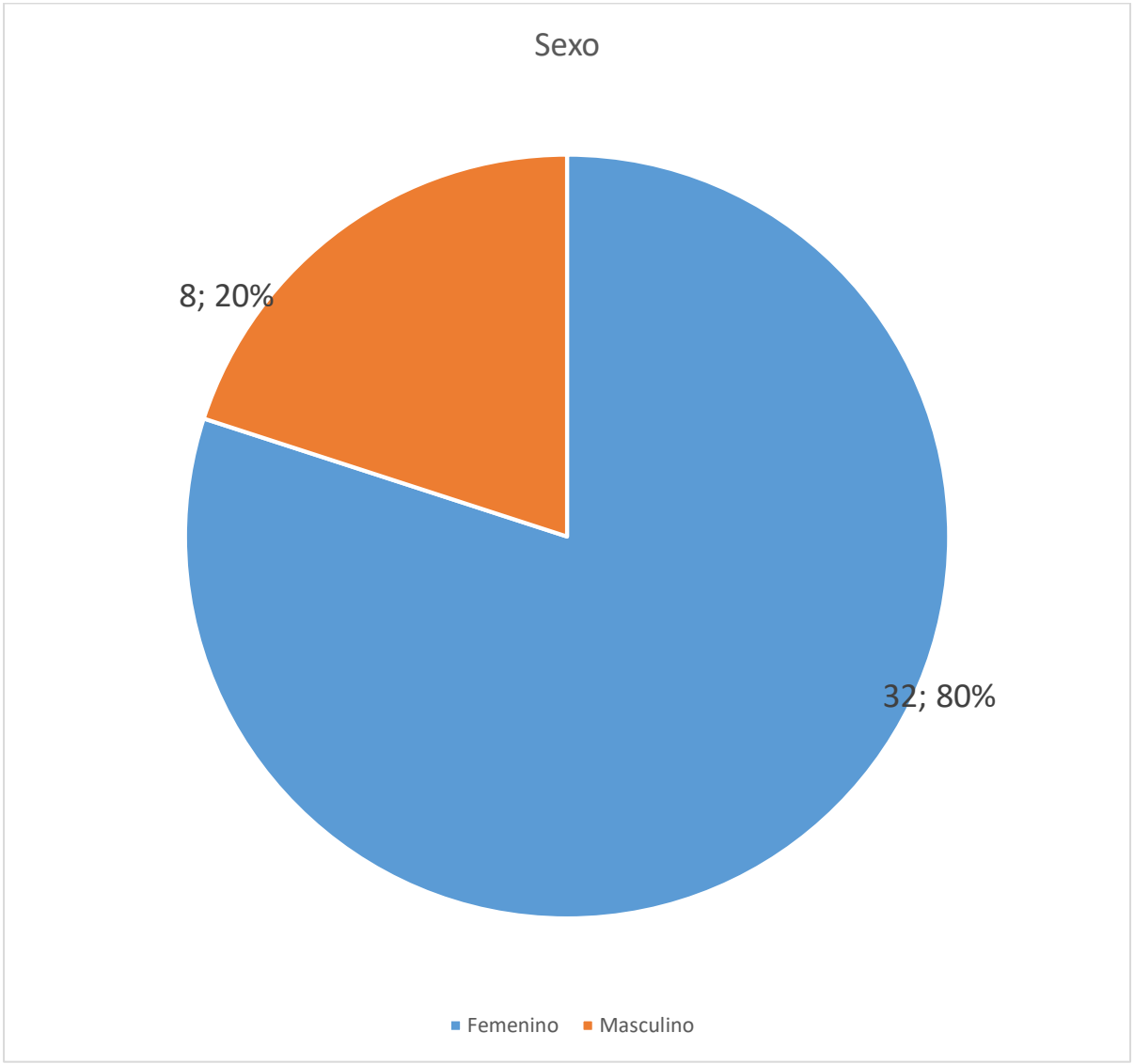


Figura 5: Relación según e sexo de las personas entrevistadas.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La edad estuvo entre 17 y 65 años con una media de 35,85 (SD 14,55).

Todos los entrevistados vienen en proporción parecida de los cuatro centros de salud, 10 entrevistados en cada uno:

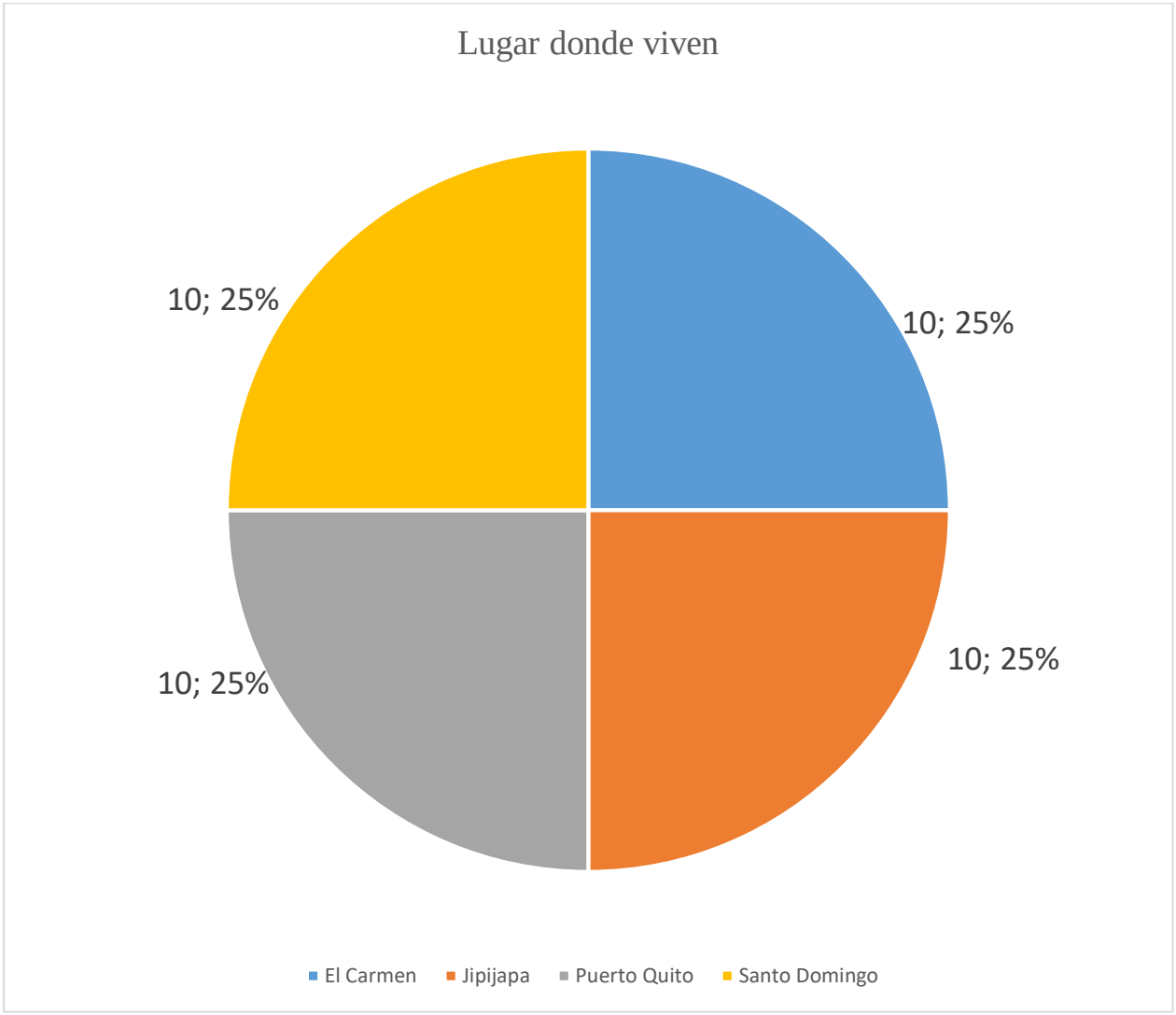


Figura 6: Lugar donde residen las personas que fueron entrevistadas

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

El 50% de los entrevistados fueron hijos de las personas con diabetes, seguido del 35% que fueron la pareja o cónyuge, y solo una pequeña parte tuvieron otro tipo de relación familiar con el paciente, como se observar en la siguiente figura:

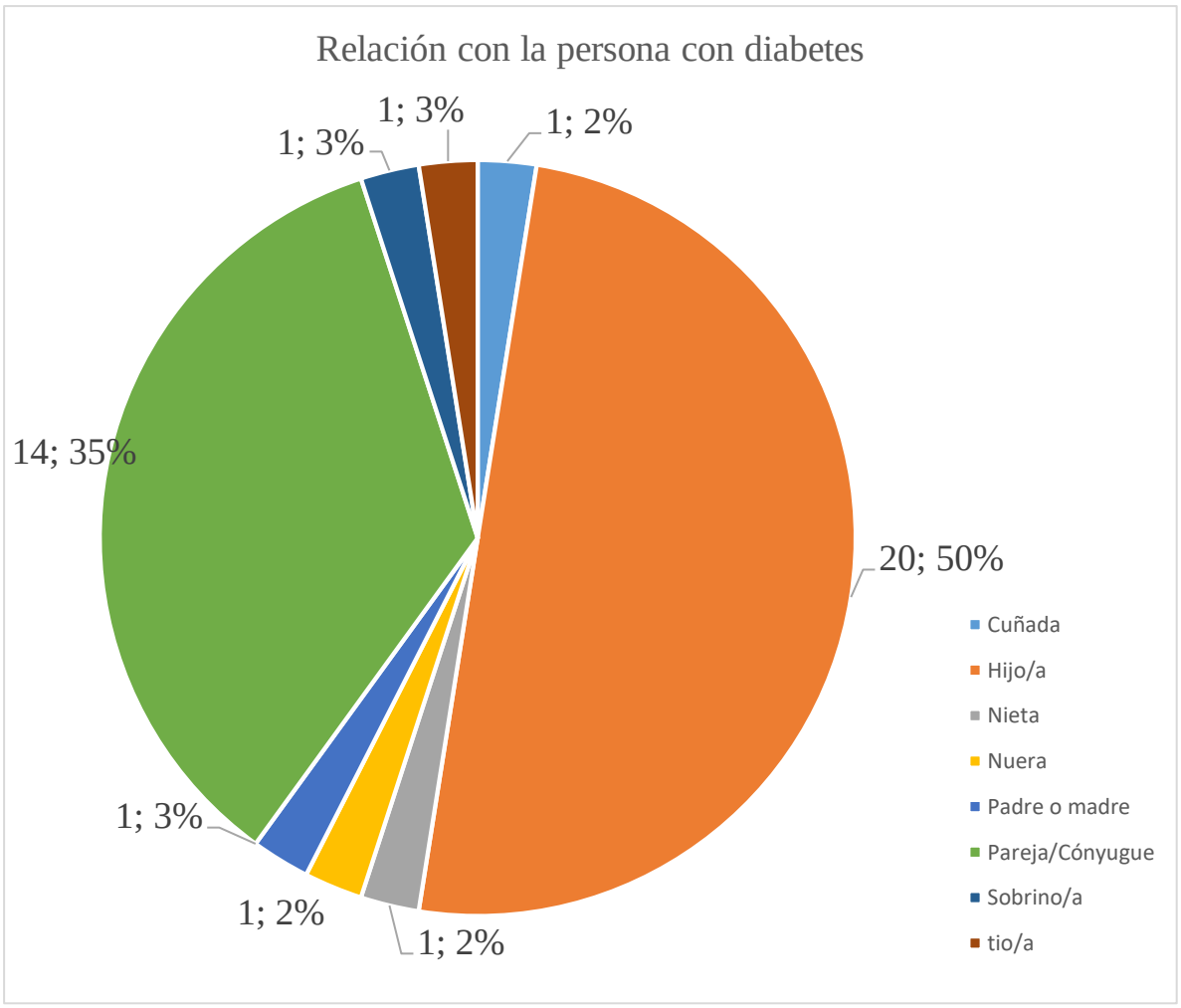


Figura 7: Relación con la persona con diebetes tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

El 43 % de entrevistados de los familiares de pacientes con diabetes, están en una relación de unión libre, seguido de un 25% de familiares casados, y lo observamos en el siguiente gráfico:

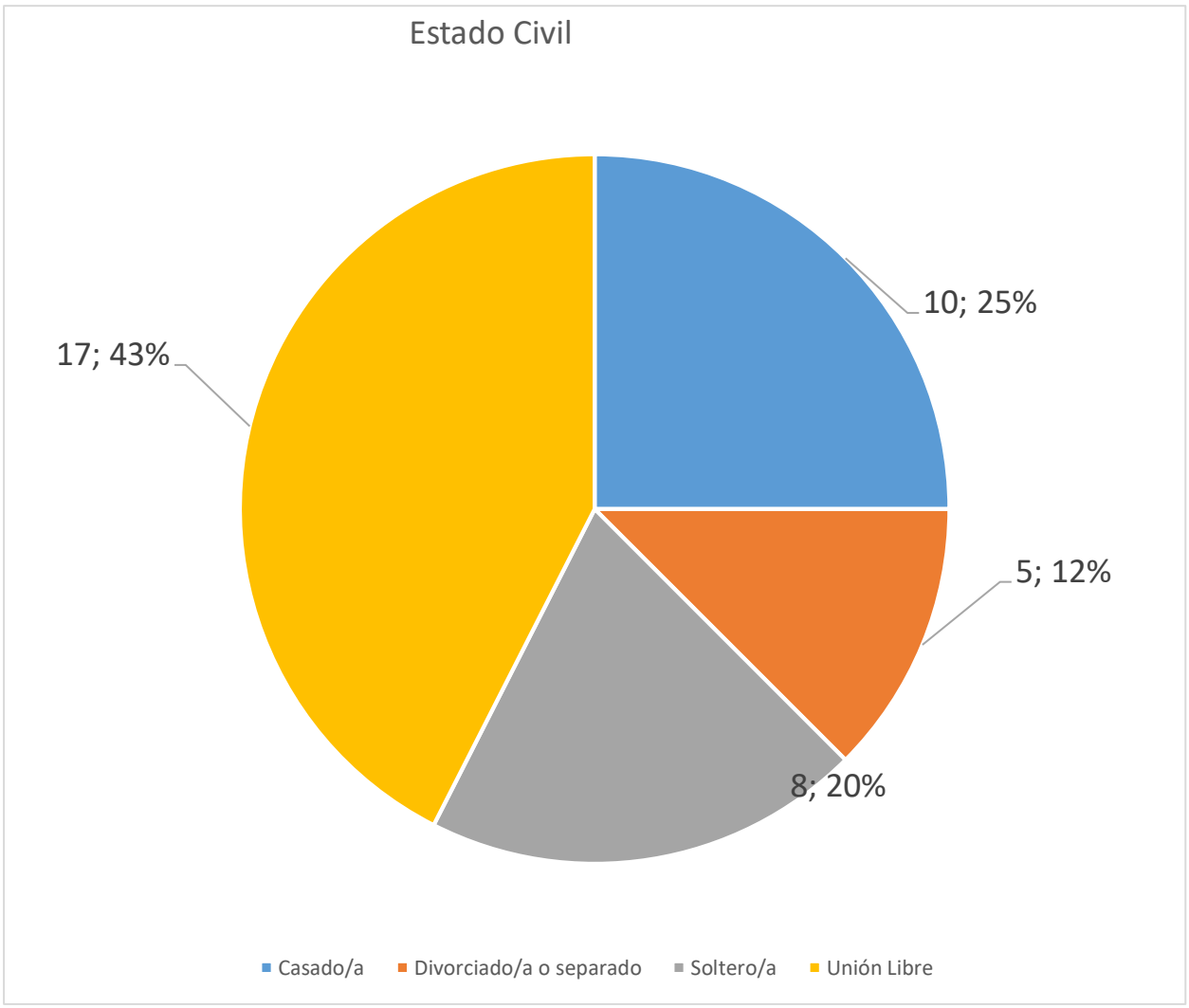


Figura 8: Estado civil de los familiares de las personas con diabetes

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

De los 40 de nuestros entrevistados, 11(27,5%) tienen un grado de instrucción de Secundaria Completa. El 60% no llegó a culminar la secundaria, y solo el 12,5% de los entrevistados tienen educación superior.

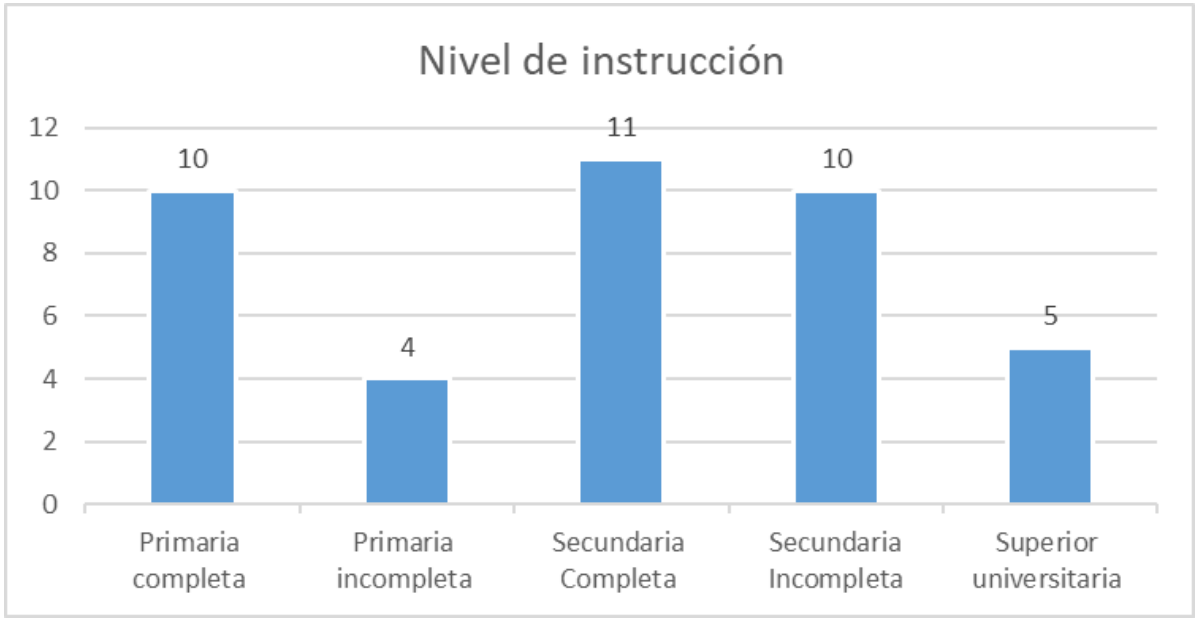


Figura 9: Nivel de instrucción de los familiares de las personas con diabetes

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

De nuestros entrevistados, 11 (27,5%); es decir, casi la tercera parte de los entrevistados son trabajadores del hogar no remunerados (ama de Casa); y también observamos que un 15% están desempleadas o no trabajan.

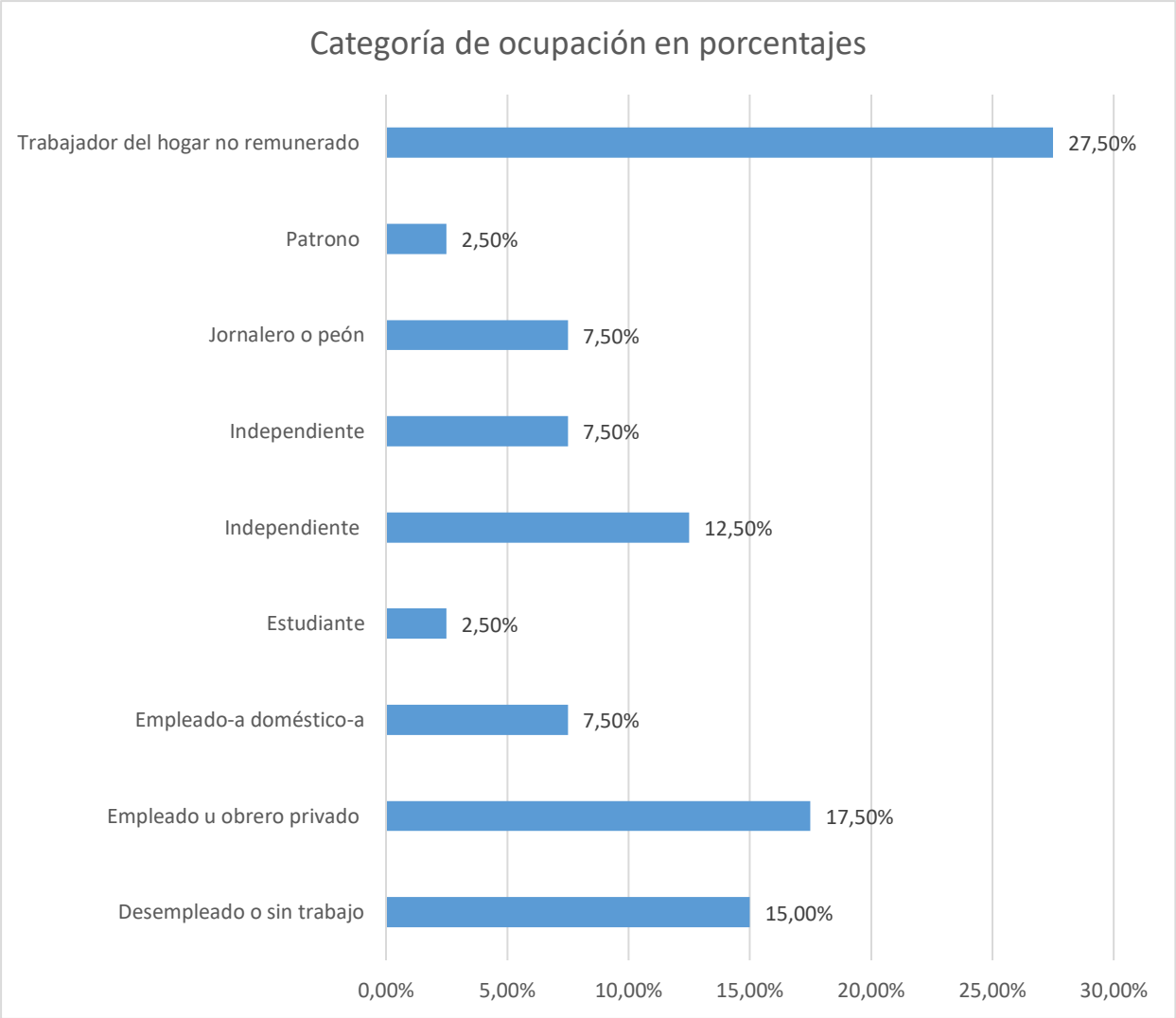


Figura 10:Categorìa de ocupación de los familiares de paciente con diabetes tipo 2.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Las edades de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 según sus familiares están en entre los rangos 3m-11m en 5%, de 1 año- 5 años en 37,5% de 6años-10 años 25%; de 11 años a 15 años 10%; mayor 16 años 22,5%.

Conocimientos de los familiares de las personas con diabetes

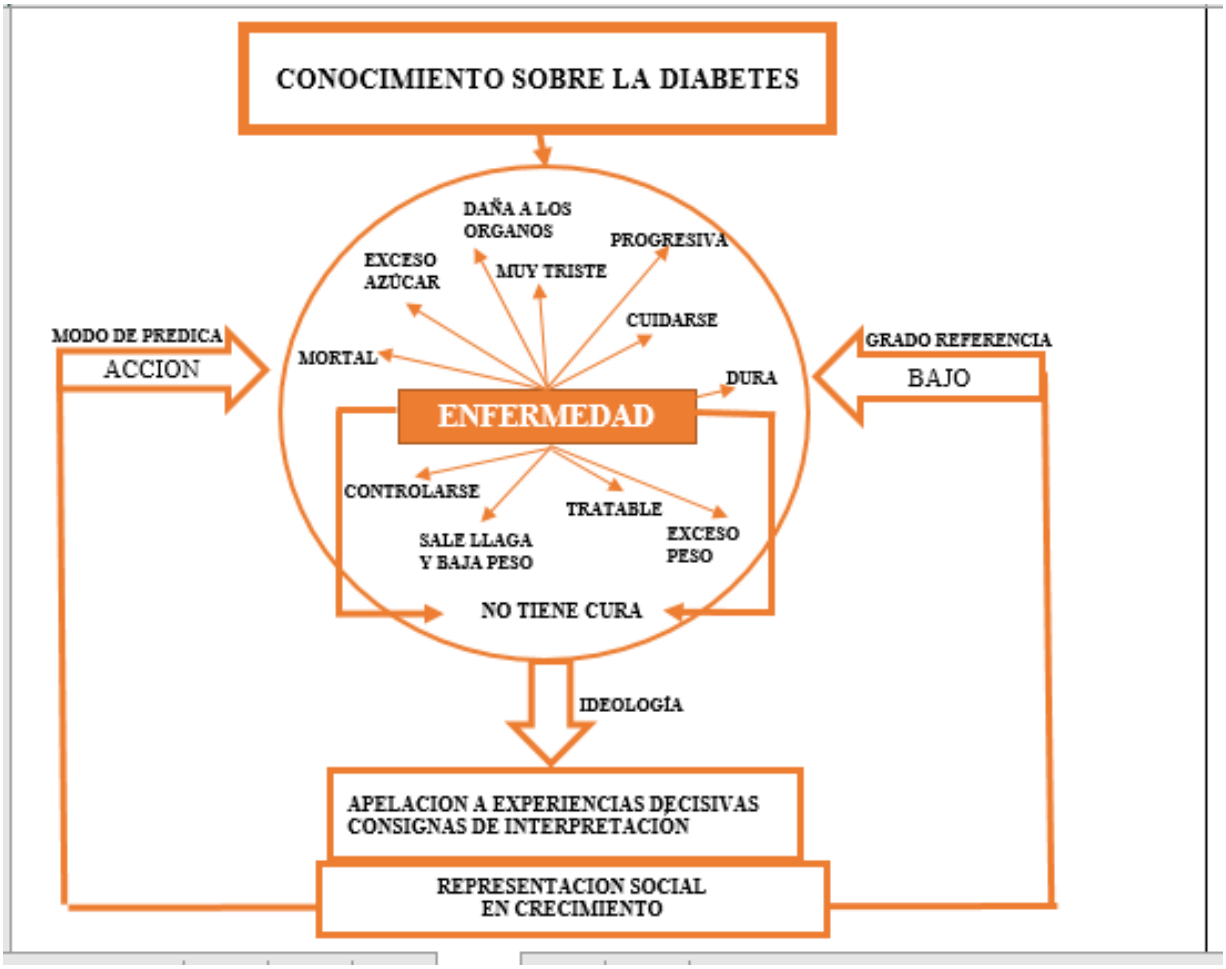


Figura 11 Conocimiento sobre la diabetes de los familiares de los pacientes con diabetes tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de entrevistados reconocen a la diabetes como una enfermedad crónica, hereditaria, es decir que no tienen cura, por lo cual es muy dura y muy triste, relacionada con el aumento de azúcar en la sangre, la cual corre por todo el cuerpo, y contamina todo, afectando a todos los órganos. Generalmente cuando el páncreas deja de producir insulina, o las personas tienen mala alimentación, se descuidan y abusan de la azúcar o bebidas alcohólicas, o tienen mucho peso. La relacionan con la muerte, con el cáncer. Una persona

dijo: “yo entiendo que la diabetes es algo incurable que no hay remedio, la sangre contamina todo y le pega cáncer, y se muere” (PQ20M-SANTA).

Reconocen que la enfermedad va progresando con el tiempo, y que si no toman medidas para controlarse puede ser algo grave: “La diabetes es una enfermedad progresiva que cada vez va avanzando mas a las personas, si no se cuidan llegan a mocharse las piernas si no los brazos” (JP06M-MIRELI). Los síntomas que la identifican son pérdida de peso, debilidad, mucha hambre, ponerse mal, llagas, coma diabético, alteraciones en la presión. Entre las complicaciones que mencionan son problemas en los ojos, infecciones, pérdidas de las piernas, lesión en los riñones propensión a la diálisis.

Es una enfermedad que está en todo el mundo y afecta a cualquier persona sin importar la edad, que requiere controles médicos, medicamentos, para toda la vida. Así como cambios de los hábitos de alimentación y ejercicios: “uno tiene que tener control no comiendo muchas cosas, principalmente la cola, el pan, porque si come todos los carbohidratos unidos se eleva la glucosa” (LR34M-JENNY).

La idea núcleo, gira en torno a la palabra enfermedad, ocasionada por exceso de azúcar, aumento de peso, por la cual se baja de peso, se dañan los órganos, y progresando hasta la muerte, despertando sentimiento de tristeza para afrontar algo tan duro que no tiene cura. El modo de prédica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas y consignas de interpretación.

Alimentación.

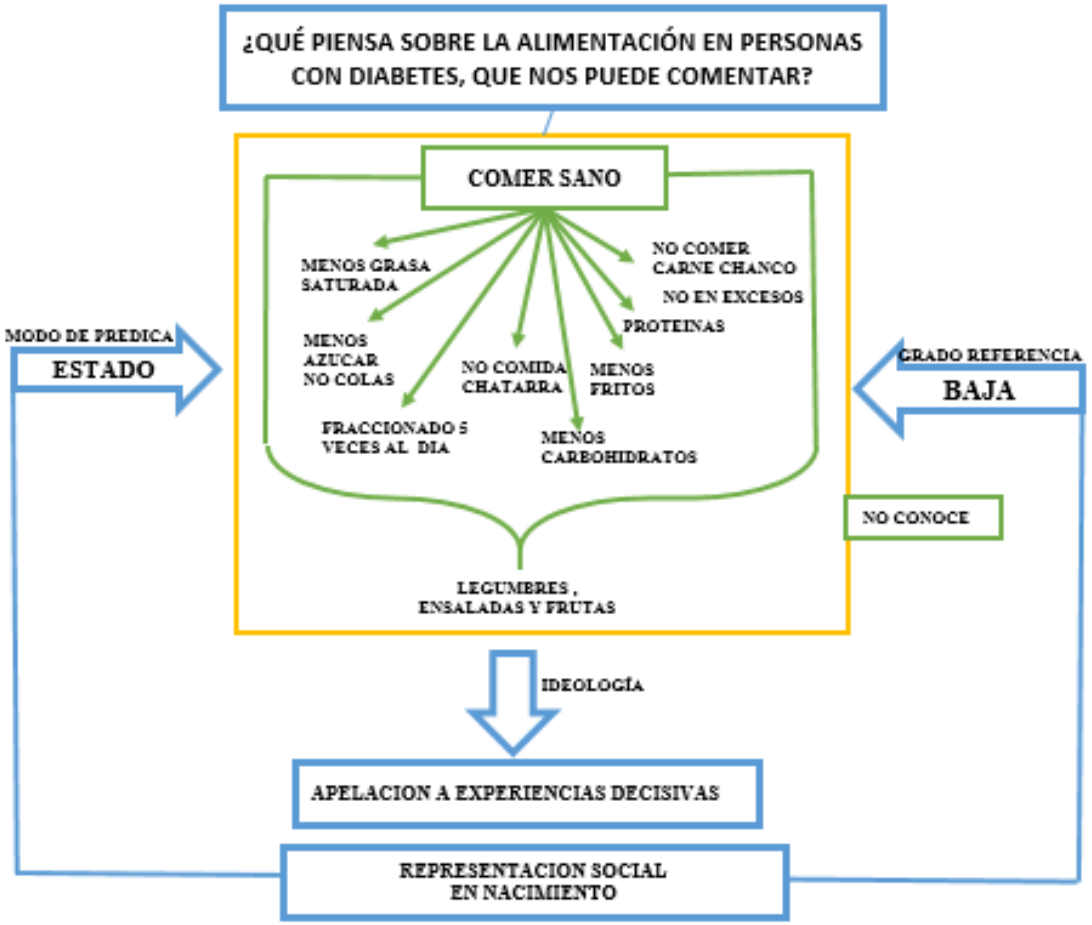


Figura 12 Conocimiento de la alimentación que deben consumir las personas con diabetes tipo 2 de los familiares de dichos pacientes.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Todos comprenden que una persona con diabetes debe alimentarse bien, pero no todos pueden definir lo que es adecuada, varios mencionan que se deben comer en forma balanceada, 5 veces al día, disminuir el consumo de azúcar y colas, disminuir el consumo de grasas saturadas, consumir vegetales, futas, cereales integrales, lácteos, pero en porciones pequeñas. Mantener carnes, pescado, pollo, evitando la carne de chancho, sin maní. Algunos consideran que el control debe ser bien estricto, principalmente con los carbohidratos, por lo cual, algunos dice: “si como fideo no come arroz, la papa y las harinas también le perjudica”

(EC12M-IRENE); “ni mucho arroz, ni mucho verde ni yuca, ni harina” (EC15-AIDE); “ el arroz principalmente un poquito y el verde igual, digamos que si como el verde no come el arroz, la fruta a las 10 de la mañana” (EC16M-MARIA); “ de verdad que muchas veces se ve muy ricas las cosas pero muy poquitas” (LR29M-TERESA); “ los doctores le han dicho que deben comer la mitad, si pueden comer de todo, pero por partes” (LR31-MARIA); “ no vamos a comer comida chatarra, eso les perjudica a ellos que tienen esta enfermedad” (JP37H-HUMBERTO).

La idea núcleo, gira en torno a la palabra comer sano, entendida como el fraccionamiento en 5 comidas, suprimiendo de la ingesta de azúcar, colas, grasas saturadas, fritos, comidas chatarras, reduciendo la ingesta de carbohidratos y carnes de chancho; aumentando la ingesta de legumbres y frutas, pocos dicen no conocer sobre esto. El modo de predica es de estado, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en nacimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas.

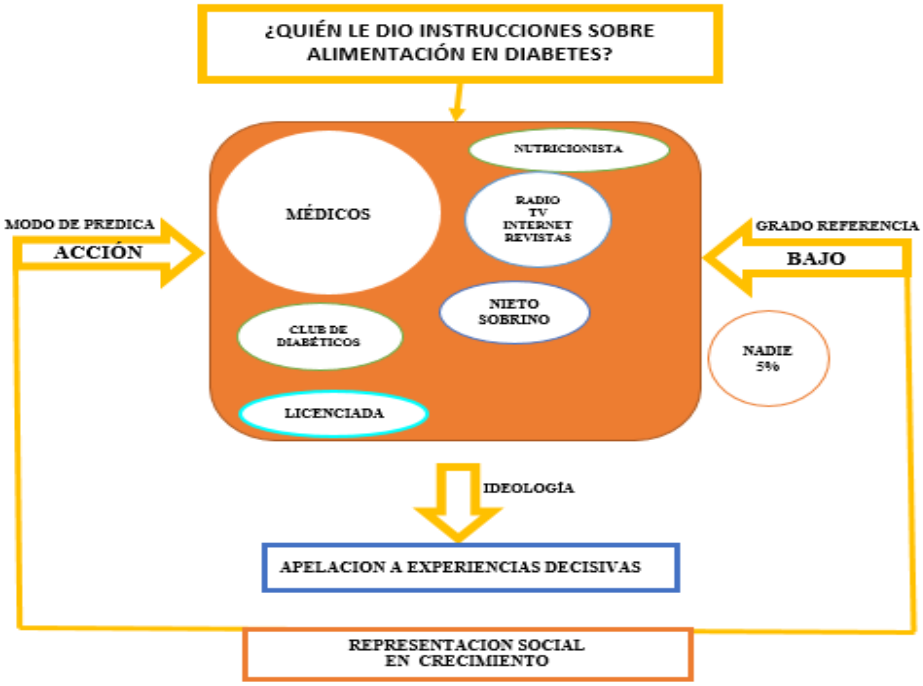


Figura 13:Personas que dieron instrucción sobre la alimentación de los pacientes con diabetes tipo 2 a los familiares de estos pacientes.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría reconocen a los médicos o doctores como instructores, pero mencionan también, a la madre y a la abuela, hay poca referencia de nutricionistas, licenciadas de enfermería, estudiantes de medicina, familiares médicos, y club de personas de diabéticas, pero hay también quienes dicen que han aprendido solos sobre alimentación, estudiando, leyendo, escuchando, asistiendo a charlas, viendo programas de televisión, en internet, la radio. Se ve una importante influencia de la atención en el primer nivel, aunque existen pocas personas que también asisten con médicos especialistas y con diabetólogos. “en el centro de salud, los médicos los nutricionistas, todos ellos” (JP07M-MANUELA); “el médico le dijo de que puede comer” (EC09M-LENNIN).

La idea núcleo, gira en torno a la palabra médico, sin embargo, también mencionan a nutricionistas, club de diabéticos, licenciada, familiares como nieto y sobrino, medios de comunicación como radio, televisión, internet, revistas, pocas personas refirieron que nadie les había dado indicaciones. El modo de predica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas.

Ejercicio

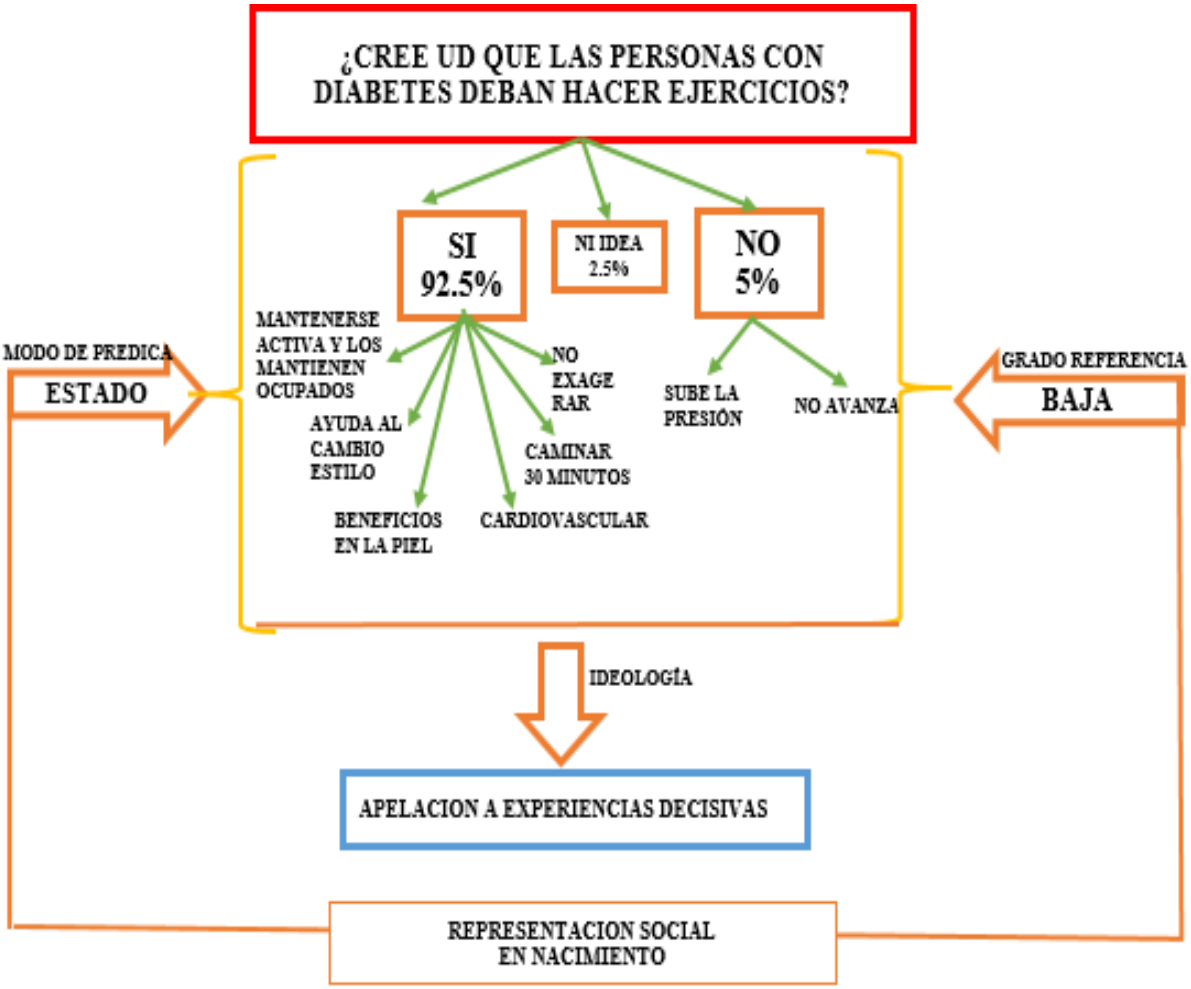


Figura 14:Conocimiento de los familiares respecto a si una persona con diabetes debe hacer ejercicio.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de familiares creen que, si beben hacer ejercicios las personas con diabetes, ya que les ayuda en su cambio de estilo de vida, en especial los ejercicios cardio vasculares. Refieren que deber realizarlo caminando unos 30 minutos diarios, o también jugar pelota, en forma leve, sin exagerar; pero la minoría manifiestan que no, porque se les puede subir la presión y no avanzan por su misma enfermedad: “mi mami no es de las

personas que le gusta salir a la calle, solo caminaba de la sala a la cocina, y de la cocina a la sala, media hora cada día" (EC09-LENNIN).

Entre los beneficios que mencionan está el tono de la piel: "para que no se les ponga muy aguada" (LR32M-TANIA); el ejercicio les ayuda a mantenerse activos, a estar saludables, y se mantienen ocupados, pero temen que con el ejercicio se le suba la presión.

La idea núcleo, gira en torno a la palabra si, que significa que, si deben realizar ejercicios en especial cardiovasculares, como es el caminar 30 minutos diarios, ya que le ayudan en su cambio de estilo de vida, a mantenerse activo, todo esto sin exagerar; solo una persona refirió no tener ni idea del tema, y dos de ellas que no deben realizarlo porque se le incrementa la presión y por qué no avanza. El modo de predica es de estado, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en nacimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas.

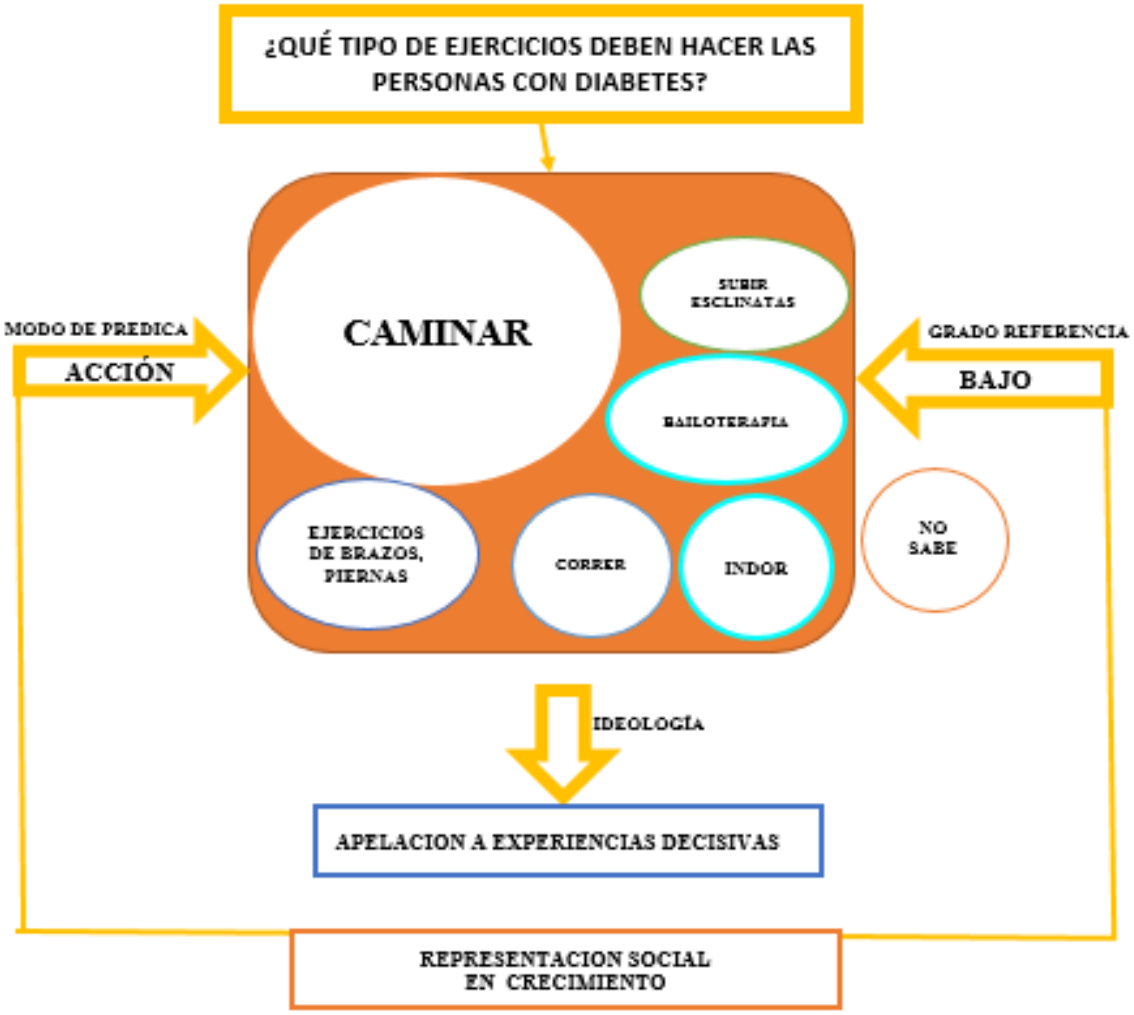


Figura 15: Conocimiento de los familiares de que tipos de ejercicios deben hacer los pacientes con diabetes tipo 2.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de los familiares manifiestan que caminar es el tipo de ejercicio que deben realizar las persona con diabetes, hacerlo por lo menos 30 minutos diarios, aunque hay personas que manifiestan implementarlo hasta 2 horas, porque es un ejercicio cardiovascular, atribuyen que, ayuda al mantenimiento de la musculatura, aparte que les ayuda a salir de la rutina y se distraen; también algunos dicen que otros ejercicios como subir escalinatas, correr, hacer ejercicios de brazos y de piernas, como el jugar indor, también lo pueden realizar estos pacientes.

Estos ejercicios se deben realizar acorde con la edad del paciente, mientras mas años de vida, los ejercicios debes ser suaves: “mi mamá tiene 76 años, entonces ella tiene que hacer un ejercicio mas suave, mas suave entonces las que tienen menos, entonces mas fuertecito” (LR28M-OLGA); “mi mamá que está en la tercera edad ya son ejercicios suaves, mas o menos no tan esforzados por lo que ellos ya están adultos” (PQ24M-GLORIA); estos ejercidos le ayudan para tonificar los músculos: “deben caminar bastante, porque son los músculos lo que le alimentan, y eso es lo que alimentando, alimentan los músculos” (JP35H-LUIS). Además, refieren que el baile como terapia es buena y le ayuda a recrearse: “como que ande, así como trotando o lo saque a bailar porque yo saco a bailar a mi esposo, pongámosle si tengo un tiempito ya lo traigo y ahí lo sujeto y lo hago bailar, para que el haga como un ejercicio ahí” (EC17M-AMPARO).

La idea núcleo, gira en torno a la palabra caminar, ayudando a tonificar sus músculos, adicionalmente también se incluye a la bailo terapia, ejercicios de brazos y piernas, correr, subir escalinatas y jugar indor, solo una minoría dice no saber del tema. El modo de prédica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencias decisivas.

Control Médico



Figura 16:Conocimiento de los familiares de la frecuencia del control médico en el paciente diabético tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría creen que su familiar con diabetes tipo 2 deben acudir al control médico; una vez cada mes, aunque es difícil conseguir citas, pero es necesario para llevar un buen control de su enfermedad, y poder retirar sus medicamentos, que lo hacen mayormente en los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública, pero hay una minoría que realiza sus controles cada 3 meses en el IESS; otras personas son tratadas ya con especialistas según las complicaciones de esta enfermedad, por lo que necesitan acudir a hospitales de 2do y 3er nivel, para sus controles: "…el médico dijo que mi mami tenía que hacerse diálisis y todo eso entonces ya ahora ya mes a mes, en la misma en la misma Renal Centro me brindan consultas médicas una vez por mes" (EC09M-LENIN).

El control médico también queda en consideración de lo que indica el médico que lo está tratando: “Cada tiempo que el doctor lo sugiera la cite. Más que todo” (EC14M-DIANA); “…ella viene 3 veces a la semana o a veces una vez al mes, depende como le indique la persona que le atiende…” (PQ19M-VERÓNICA); Y cuando el paciente se siente mal: “Cada 1 mes, cada 2 meses, dependiendo de cómo se encuentre ella” (JP06M-MIRELLI); “…cuando se siente mal ahí vamos a la consulta médica, cuando ya se ve, se ve un poquito mal si y cuando va a retirar pastillas” (LR31M-MARÍA).

La idea núcleo principal es cada mes, aunque hay algunos que creen que deben ir cada 2 meses o tres meses a control, además otros que también son minoría refieren que tiene que acudir solo cuando se sientan mal sus familiares, o cuando el médico lo indique. El modo de predica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencias decisivas.

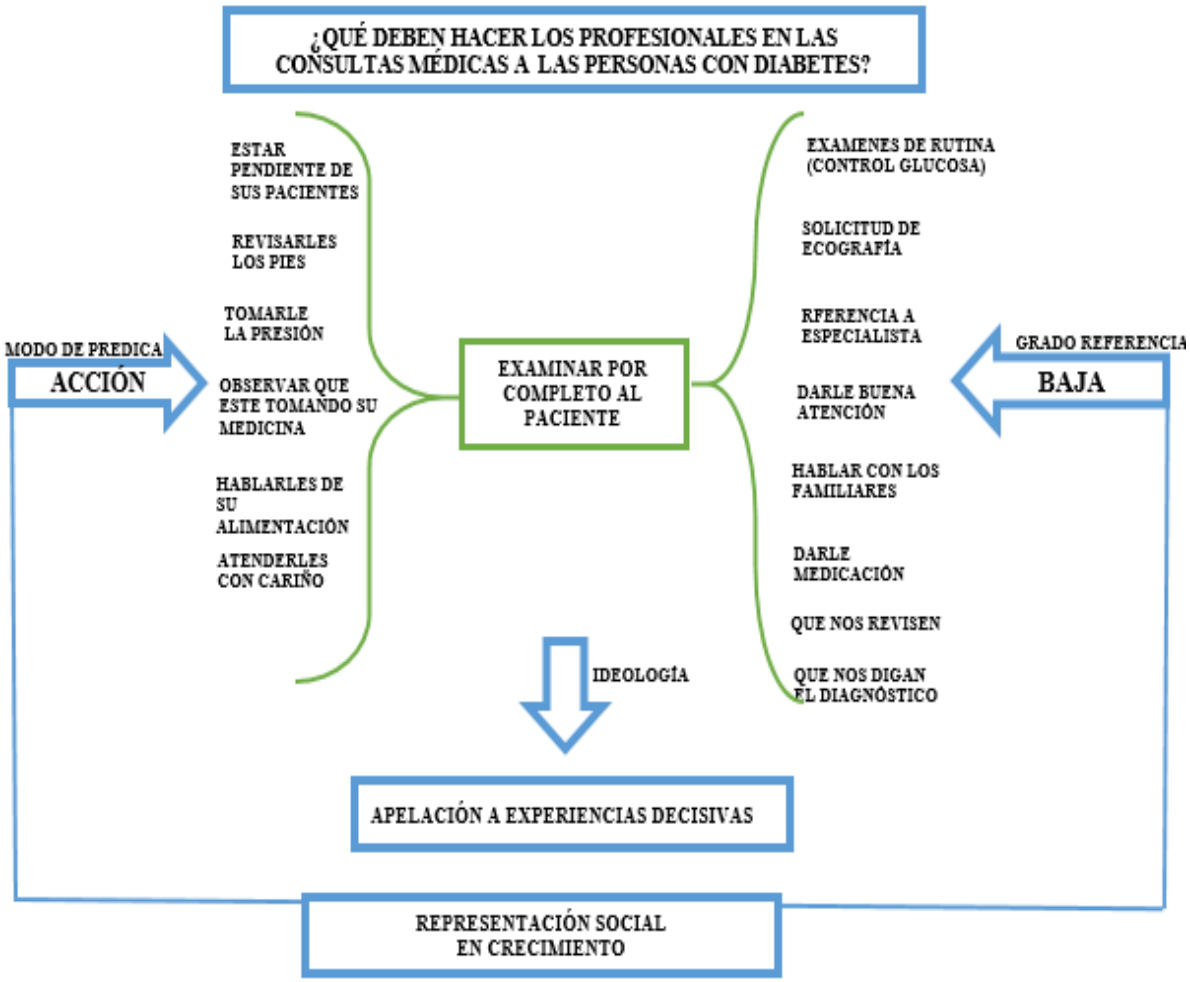


Figura 17: Conocimiento de los familiares de lo que deben hacer los profesionales en las consultas médicas en las personas con diabetes.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Todos los entrevistados coinciden en que los profesionales deben examinar por completo al paciente, deben ser cordiales, tienen la obligación de informar el diagnóstico, el tratamiento, las complicaciones y las recomendaciones de la enfermedad, además solicitar pruebas complementarias de laboratorio, en especial el de glucosa, exámenes renales; de imagen, como la ecografía abdominal: “Aparte de lo que es el test de glucosa, yo siempre he

sido partidaria que hagan una ecografía sobre cómo están funcionando los riñones y lo que es hígado" (JP01M-MARGARITA);

Los profesionales en sus consultas médicas, deben brindar una buena atención, en la consulta deben tomar los signos vitales, revisarles todo: "…el la revisaba todita desde los ojos, las orejas, los dedos, los pies principalmente, la barriga todo, todo le revisaba…" (EC09M-LENNIN); "El médico me atiende, me revisa los pies, las vistas, la boca y me toca y escucha los pulmones, el corazón. Yaaa." (EC16M-MARÍA).

La idea núcleo principal es examinarle por completo al paciente, estar pendiente de los mismos, hablar con los familiares, tomarles la presión, observar los medicamentos que estén tomando, hablarles de su alimentación, hacerle exámenes de laboratorio e imagen, referirlos en el caso de que sea necesario e informar de su diagnóstico, y todo eso con mucho cariño. El modo de predica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencias decisivas.

Costumbres, prácticas y hábitos de los familiares de la persona con diabetes

Alimentación

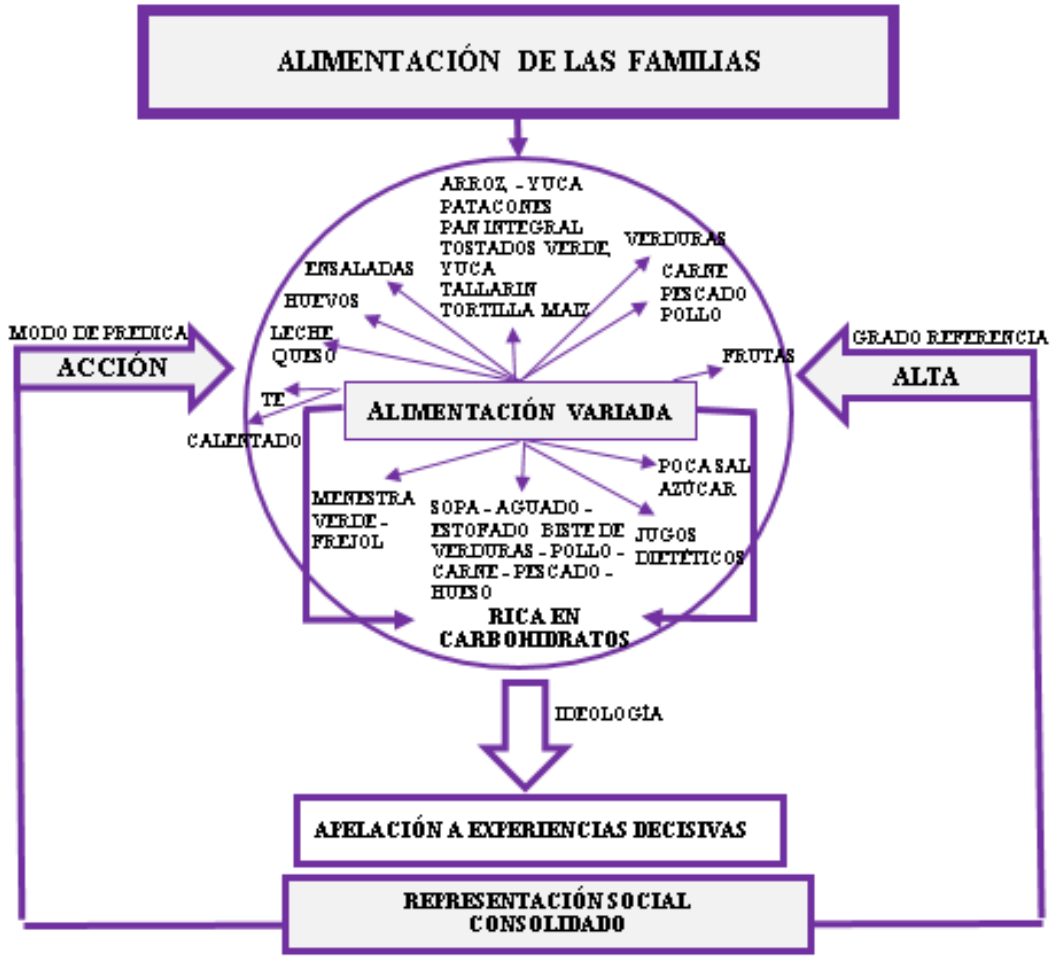


Figura 18: Conocimiento sobre la alimentación de la familia del paciente diabético tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de las personas entrevistadas ingieren cotidianamente alimentación rica en carbohidratos, sobre todo el arroz, en segundo lugar, es el verde en sus diferentes formas de preparados (bolón, menestra, patacones, etc.) otros carbohidratos no tan frecuentes son la yuca, el pan, el frejol. Existe en estas familias una forma desproporcionada de ingesta de almidones, sumado aquello la variación de carbohidratos en un mismo plato, por ejemplo, arroz acompañado del verde.

Las proteínas como la carne de res, el pollo, el pescado, los mariscos; los lácteos como el queso, la leche, huevo, forman parte de la alimentación cotidiana, en cuanto se refiere a las legumbres, frutas, ensalada, jugos dietéticos, pan integral, es una minoría que lo consumen.

Las familias refieren que tienen una alimentación saludable: “comer sano más que todo, frutas en las mañanas, vegetales en horas de almuerzo y en merienda comer cosas blandas” (JP06M-MIRELLY); otras tienen una alimentación variada que corresponde a la mayoría de familias: “o sea se varia la comida ya por ejemplo puede ser caldo de hueso con arroz una menestrita de verde, de frejol… otro día caldito de, de verdura…variar con ensaladita y arroz...” (EC10M-NELLY).

La idea núcleo, es la alimentación variada, que es entendida como dieta basada en leche, queso, huevo, sopa, ensaladas, arroz, patacones, pan integral, yuca, carne, pescado, pollo, mariscos, frutas, poca sal, poca azúcar, verduras, menestras, verde, frijol, jugos dietéticos. El modo de prédica es de acción, el grado de referencia alto. Se trata de una representación social consolidada. La ideología es apelación a experiencias decisivas.



Figura 19: Comidas diarias que se sirven en la familia del paciente diabético tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de las personas entrevistadas manifestaron que las comidas que se sirven en la familia es de tres veces al día, un porcentaje pequeño manifestó que el familiar que tiene diabetes tenía que comer cinco veces al día, desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, y la merienda: "Heee cinco lo que es el desayuno, el medio día, a las diez de la mañana alguna fruta, el almuerzo alguna sopa, y las cuatro de la tarde otra fruta y la merienda algo leve" (JP03M-ESTEFANI); "Tres veces al día… ella debe comer más veces al día, come 5 veces, el desayuno, media mañana la fruta, el almuerzo, otra vez en la tarde las frutas y en la merienda otra vez" (EC10M-NELLY). Un grupo pequeño de personas entrevistadas se sirven 2 comidas al día, algunos explicaron que era por motivos laborales: "Nosotros desayunamos

aquí, con un seco, porque nosotros trabajamos duro y hacemos una sola jornada hasta las 3 de la tarde que almorzamos" (EC15M-AIDE).

La idea núcleo, gira alrededor del número 3, que significa desayuno, almuerzo y merienda toda la familia, tres, dos veces, cinco veces la familia completa, pero hay algunos que refieren que comen 3 comidas la familia completa y 4 o 5 veces el familiar con diabetes, donde incluyen los refrigerios de frutas, y solo es eso el 12, 5 %. El modo de prédica es de acción, el grado de referencia alto. Se trata de una representación social consolidada. La ideología es apelación a experiencias decisivas.



Figura 20: Apoyo con una dieta especial y cambio de hábitos de alimentación en la familia de una persona con diabetes.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de familias se sirven de la misma comida que de sus familiares, que por cierto es muy rica en carbohidratos, pero con una diferencia muy marcada que es la disminución o ausencia del azúcar en general, lo cual desarrollaron este hábito posterior a poseer en su círculo familiar a una persona con diabetes.

Un grupo de entrevistados refieren que la única persona que tiene una dieta diferente en la familia es la persona que tiene esta patología: " …a mi mamá nomas que le he cambiado… el resto es igual" (EC10M-NELLY); otro grupo de familia nos comenta que sus hábitos alimenticios no ha variado, pero que consumen poca azúcar por miedo de tener la

misma enfermedad de su familiar "…jugo lo tomamos sin azúcar, porque dice que si ella tiene el problema no quiere que caiga en nosotros" (LR26M-ELIZABETH).

Una pequeña minoría de familias se acostumbraron a la dieta de su familiar, porque aludía que se debe de cuidar toda la familia y no solamente la persona afecta "bueno, cuando nosotros supimos que ella tenía esta enfermedad, he primero si a ella se le preparaba aparte, pero ya después los días siguientes, este, todo nos hemos acostumbrado como ella come, con poca sal poca, azúcar" (JP03M-ESTEFANIA); otras familias han incrementado el consumo de frutas y vegetales "si, ósea ya no se come mucha grasa, comemos más vegetales, frutas en eso ha cambiado el hábito de comida" (JP06M-MIRELLI).

La idea núcleo, gira a la misma dieta es para todos; pero con disminución de sal y azúcar, que se come mas ensaladas y legumbres, y solo pocas dicen que tiene una dieta aparte, y ponen encapie que sus hábitos alimenticios si han cambiado en especial en el consumo de azúcar y carbohidratos y muy pocos manifiestan que no han cambiado nada. El modo de predica es de acción, el grado de referencia alto. Se trata de una representación social consolidada. La ideología es apelación a experiencias decisivas.

Ejercicio



Figura 21: Conocimiento de todo lo referente a ejercicios que realizan los paciente con diabetes tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Caminar es unos de los ejercicios principalmente preferido por las familias del paciente diabético, orientado por el profesional de salud, en este caso los médicos de los diferentes centros de salud (Puerto Quito, Los Rosales, El Carmen y Jipijapa), como apoyo moral para realizar esta práctica, cuenta con el apoyo presencial de toda la familia en algunos casos y otros parte de aquella, en cuanto al horario para realizar dicha actividad la mayoría coincide en que deben realizar media hora todos los días, de forma preferencial es en la noche, ya que por sus respectivas actividades laborables le es mucho mas asequible, aunque no cuentan con lugares adecuadas para realizar la actividad antes mencionada.

Unas de las familias manifestaron que realizan caminata todos sus miembros pero en horario diferentes “si, caminata, toda la familia, se lo hace individualmente, cada quien tiene su horario para ir a caminar” (JP01M-MARGARITA); otra pequeña minoría piensa que el trabajo que ejercen es igual a hacer ejercicio “no, yo le digo a mi mami suficiente con el trabajo que tengo” (EC09M-LENIN); “claro, nosotros el ejercicio de nosotros es trabajar” (PQ20M-SANTA); otro grupo pequeño definitivamente no realizan ejercicio “no, por eso estamos todos gordos jajá” (PQ23M-RAQUEL); otros de los ejercicios que realizan con frecuencia las familias es la bailo terapia: “Aa por ejemplo, en mi hogar hacemos la bailo terapia, ahorita en estos días no hemos hecho...” (PQ24M-GLORIA); además, otra minoría refiere que correr es un buen ejercicio que deben realizar los pacientes diabéticos: “si, nos vamos al parque a hacer ejercicio como trotar, a veces mi hermana va con ella o mis hermanitos” (LR26M-ELIZABETH).

La idea núcleo, gira en torno a la frase caminar todos los días, que incluye media hora, con parte o toda la familia, aunque hay personas que no acompañan a sus familiares, y algunos de los pacientes no realizan alguna actividad física, la recomendación de realizar ejercicios es principalmente por médico, aunque existen una minoría que dice que nadie les ha dicho nada. El modo de prédica es de acción, el grado de referencia alto. Se trata de una representación social consolidada. La ideología es apelación a experiencias decisivas.

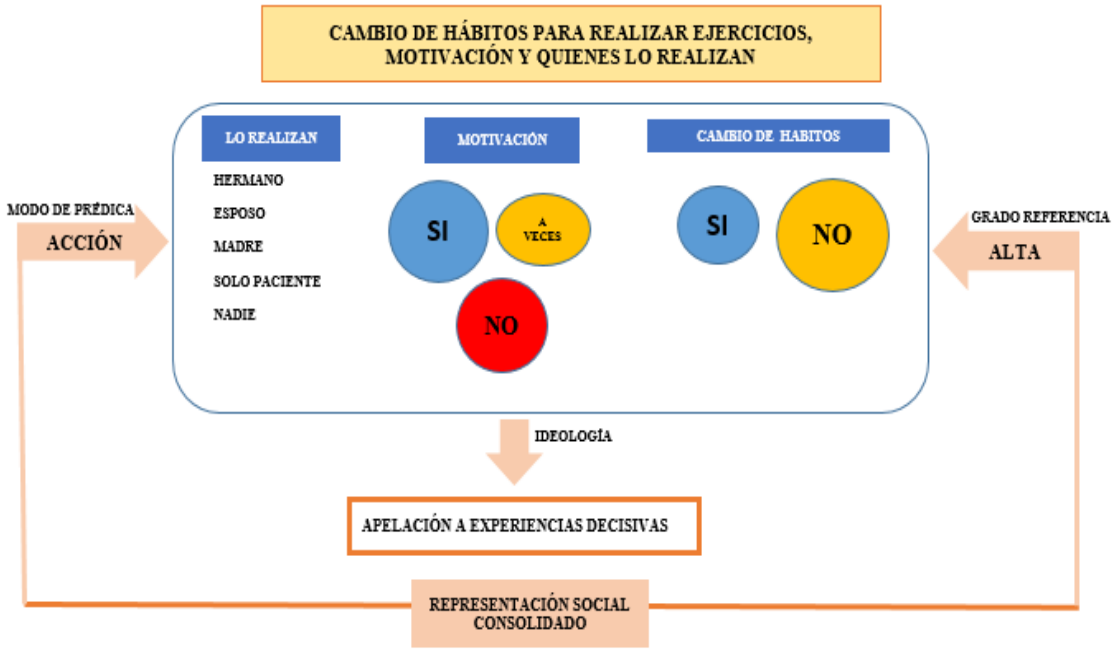


Figura 22: Cambios de hábitos para la realización de ejercicio y apoyo familiar.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de los entrevistados, saben que el realizar ejercicios es fundamental en el tratamiento del paciente diabético tipo 2, pero pocas familias han cambiado el hábito para la realización de ejercicios, la mayoría pone pretexto para no realizarlas: "se va sola porque yo soy, que tengo que estar en mi casa pue viendo pue, a veces salen todos mis hijos y yo tengo que estar viendo que darles de comer, por eso va sola" (EC08M-MARGARITA); y de las familias que realizan ejercicios, son la pareja, los hijos y hermanos quienes lo hacen, en cuanto, a la motivación, la mayoría de los entrevistados lo realizan unos siempre y otros algunas veces, pero hay familiares que no motivan al paciente con diabetes: "yo le digo que haga ejercicios, que el médico lo indicó, pero él no quiere" (EC17M-AMPARO); "no, no tengo tiempo de decirle que haga ejercicios, por que llego del trabajo cansada a atenderlo a él y a mis hijos."(PQ19M-VERONICA).

En algunas familias han modificado sus hábitos "…como quiera andábamos en la moto ya… ya ahorita así cuando queremos ir donde el hermano , donde la mamá nos vamos a

pie" (EC12M-IRENE); unos familiares le animan al paciente a realizar ejercicios, pero no le acompañan: "si se lo anima, pero el sale solo" (JP36H-JORGE); "No, pero mi mamá hace más que todo, ella si la hago caminar"; (EC14M-DIANA); además, hay entrevistados que manifiestan que el paciente no quiere realizarlos: "Sí, pero él no quiere porque dice que le duelen las piernas y usted sabe que un viejito de esos se pone como un muchacho malcriado" (LR34M-JENNY).

Las ideas núcleos, giran sobre el cambio de hábitos en el ejercicio, hay familiares que se unen a este cambio, pero hay otros que no; y sobre todo hay pacientes que NO han cambiado su conducta y es lo que predomina, también gira sobre la motivación al paciente en realizar ejercicios. El modo de prédica es de acción, el grado de referencia alto. Se trata de una representación social consolidada. La ideología es apelación a experiencias decisivas.



Figura 23: Conocimiento de los familiares sobre la consecuencia de que un paciente con diabetes tipo 2 no tome la medicación.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Los familiares dicen que si la persona con diabetes tipo 2, no toma la medicación, se decaen, se les sube la glucosa, se agravan y tienen complicaciones, por que presentan un desorden metabólico, un coma diabético, un infarto que le enviaría a emergencia rápidamente, puede causarle la muerte.

Al no tomar la medicación, ellos mismos se perjudicarían y sufrirían una recaída: "Yo creo, que se van a perjudicar, porque al momento, llevan un sistema, como el doctor prescribe, les da algo, las indicaciones, va hacer perjudicial, va a sufrir una recaída grave" (LR40H-GUILLERMO); además se les ha observado síntomas propios de la diabetes como

pérdida de peso, polaquiuria: “bajan de peso, orinan a cada rato, la comida que no comen y se enferman asi” (PQ38H-TITO); se les sube la azúcar y podrían ir al hospital con grandes complicaciones: “Le puede dar un coma diabético, yyyy , hasta la muerte cuando se le sube la presión” (PQ24M-GLORIA); “No pues, se le puede subir el azúcar, y puede tener algún colapso.”(PQ23M-RAQUEL).

Hay muchas ideas núcleo, la principal es que se complican, a la vez que se le sube el azúcar, bajan de peso, les puede dar un infarto, existe un desorden metabólico, les puede dar un coma diabético, y hasta la muerte. El modo de predica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencias decisivas, y consignas de interpretación.

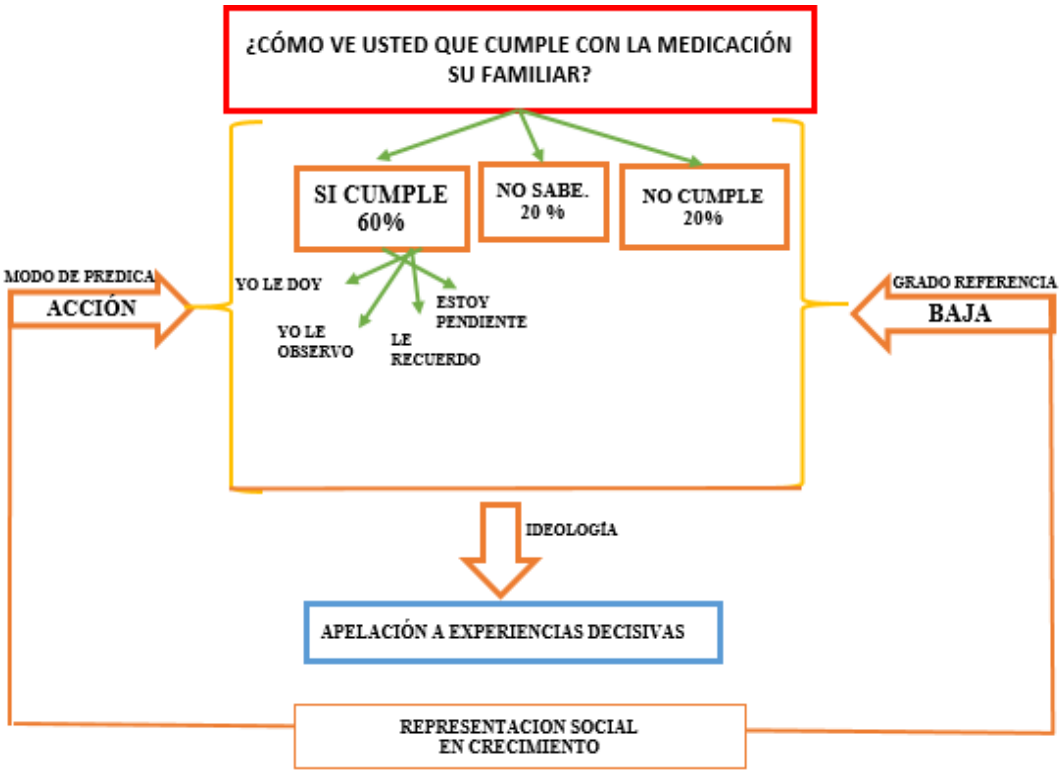


Figura 24: Conocimiento sobre la adherencia a la medicación de su familiar con diabetes tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de los entrevistados, indican que su familiar que tiene diabetes tipo 2 si cumple con la medicación, pero siempre tienen que estar pendientes, observándoles, recordándoles o dándoles personalmente; pero también hay algunos que indican que no hay adherencia a la medicación, en especial si es la insulina: "Si, lo que no le estoy poniendo es la insulina, cuando a ella le descubrieron la enfermedad me dijeron que había que ponerle la insulina, pero yo ya la traje a casa ya no le puse la insulina y ella sigue así." (JP37H-HUMBERTO); "…ahorita solo tomo las pastillas, me da miedo las insulinas, ponerme dice que uno pierde la visión, pero no lo sé todavía." (JP07M-MANUELA).

Otros manifiestan que no saben: "No sé, ella está arriba, yo estoy acá, a veces hoy ocupado, o me acuesto a dormir y ya." (EC08M-MARGARITA); "Casi por lo que no puedo

responder o sea como yo no paso entonces le digo tómese a veces ella se toma en la tarde…" (LR31M-MARÍA); "no sé, mientras uno está aquí se lo ve cuando se toma, por que pasa solo, ya que trabajamos." (JP36H-JORGE).

La idea núcleo, que prevalece es si cumple; pero siempre con la supervisión del familiar, ya sea visual, recordándole o dándole, pero también existen dos ideas en menor proporción que es el de no cumple, o no sabe; con un modo de predica es de acción, asociada a un grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas.

Apoyo familiar en autoestima y aceptación

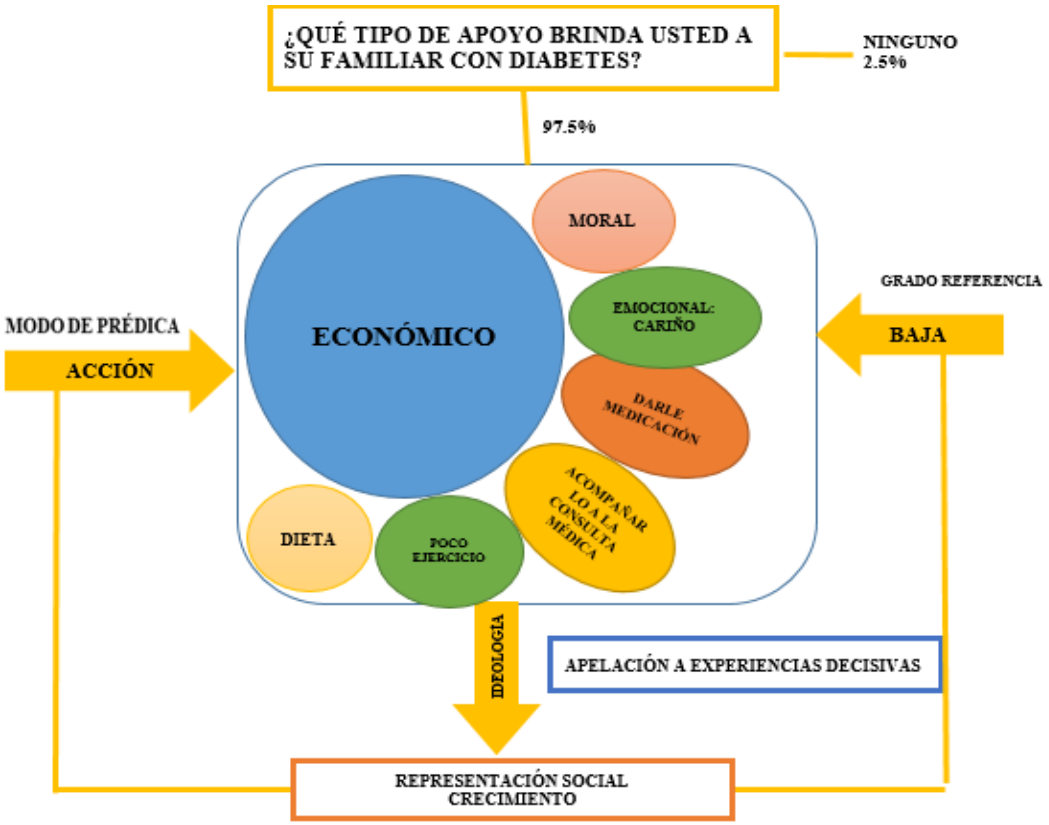


Figura 25: Apoyo que brindan los familiares a la persona diabética tipo 2.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La mayoría de los familiares del paciente diabético tipo 2, coinciden en brindar el apoyo económico, además otros mencionan que son el sostén emocional y moral, les acompañan a sus citas médicas, le preparan la dieta adecuada para este tipo de paciente, son los encargados de darle la medicación; y muy pocos les incentivan hacer ejercicios, solo uno de los entrevistados refiere que no le brinda ningún apoyo.

Hacen encapie en lo económico; "Yo económicamente le ayudo a él, y un hermano que tengo, que le ayuda así, de ahí, cuando la consulta médica es aquí le acompaño, pero cuando es a Portoviejo él si se va con mi hijo, o le mando con alguien. Le ayudo en parte económica, alimentación, en los medicamentos estoy pendiente de eso, si, sí." (JP07M-

MANUELA); “Para mí todo, todos, para mí todo apoyo para él, sí, en la parte económica también, en la parte de los ejercicios también nos ha comentado que también. Yo le doy los medicamentos.” (EC17M-AMPARO); pero también mencionan mucho en el apoyo en la dieta: “yo que sé en comida en lo que pueda, yo que he estado aquí, yo le digo hago las compras yo me he ido lo que falta y le traigo frutita digo yogurt alguna cosa así para cocinar lo que haga falta” (EC11M-CLEODORITA).

También mencionan que le dan soporte emocional y moral: “…el apoyo que uno le puede brindar es con muuuchoo cariiñoo … que de toda forma hay que seguir la vida…” (LR29M-TERESA).

La idea núcleo, que prevalece la palabra económico; pero también influye lo emocional, lo moral, acompañarle a su cita médica, a que haga ejercicio, dando una buena dieta, darle la medicación; con un modo de predica es de acción, asociada a un grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas

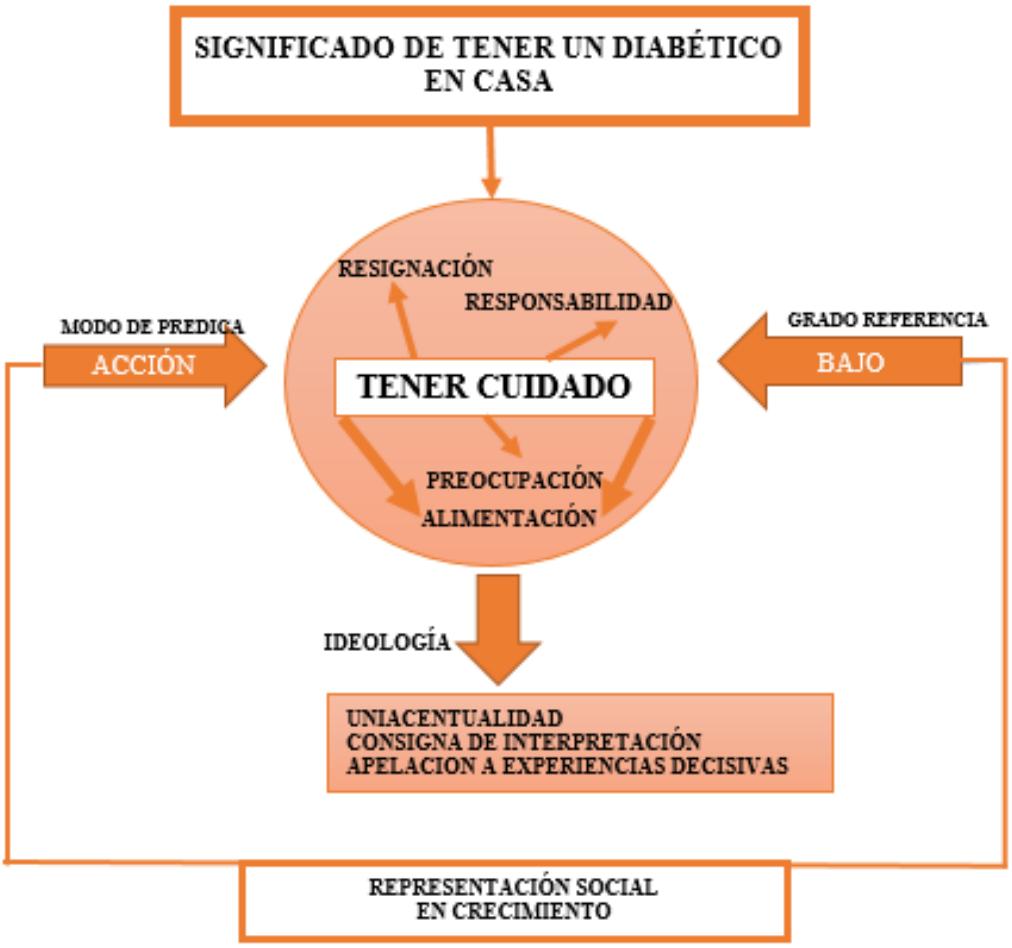


Figura 26: Significado de tener un diabético en casa.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Para los familiares tener una persona con diabetes en casa, en casa representa algo muy difícil, a muchos de ellos les trae preocupación, se asustan, porque saben que una persona con esta enfermedad requiere mucho cuidado, sobre todo porque no saben: "en que rato se le sube la glucosa o se le baja" (PQ21M-MAYRA) Uno de los familiares piensa que es: "mas que cuidar a un niño pequeño" (LR32M-TANIA); otra persona piensa que: "debe tener paciencia porque le cambia el carácter y quiere comer mucho"(LR33M-MARIA); algunas reacciones mencionadas fueron: sufrimiento, tristeza, resignación, decepción, susto, fatalidad. Lo que les asusta es lo que les ha pasado a otros familiares: "Yo lo vi desde

pequeñita, a mi abuelito por parte de mi mamá le mocharon un dedito, luego más arribita, luego se quedó sin vista y se murió" (JP05M-Mónica). También les asustan las complicaciones que sus propios familiares han tenido: "tienen los pies hinchados es por los riñones o algo así, se le hizo unas escaras cuando estaba hospitalizado, ahorita está mejor, gracias a Dios" (PQ24M-GLORIA).

Varios familiares consideran que lo mas difícil es controlar su alimentación, estar pendiente de que tomen los medicamentos, siendo lo más complicado el uso de la insulina.

La idea núcleo, que prevalece se caracteriza por asociar las palabras "tener cuidado" en la alimentación y medicación, que despiertan una cadena de emociones. Esta idea paradigmática se expresa con un modo de predica es de acción, asociada a un grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es la uniacentualidad, apelación a experiencia decisivas, y consignas de interpretación.

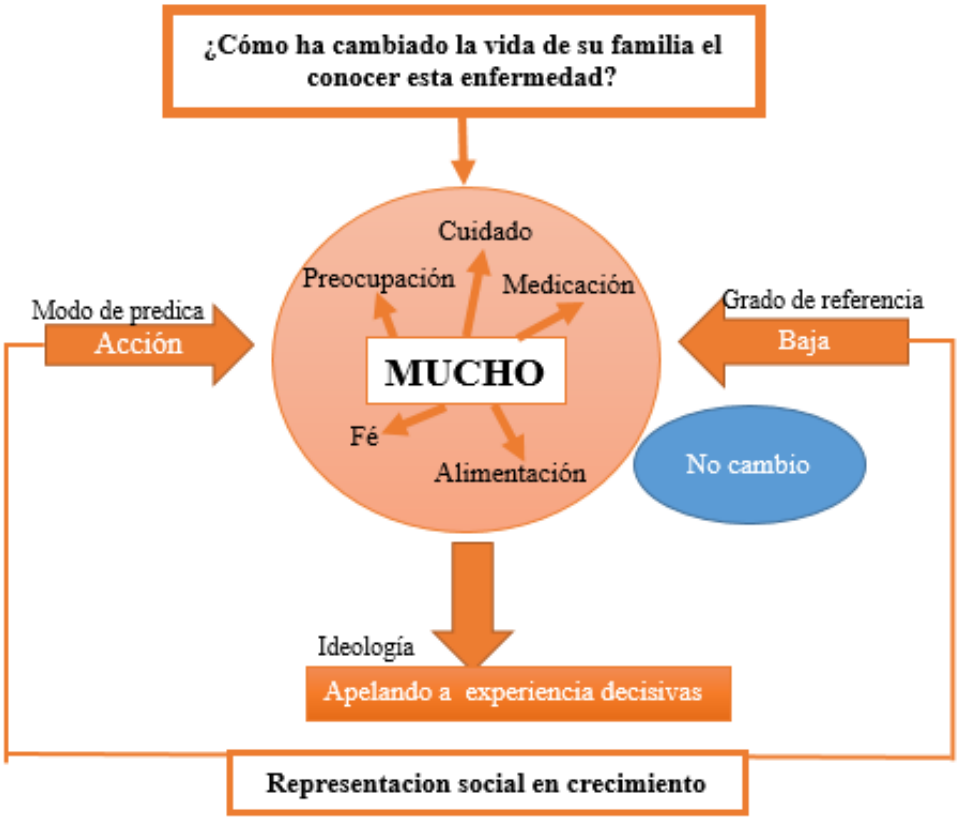


Figura 27: Cambio de la vida de la familia de paciente con diabetes tipo 2, al conocer esta enfermedad.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

La opinión de los familiares es variada algunas personas siguen igual sin ningún cambio mientras otros aceptan diferentes grados de cambios como moderado y radical, siendo mayor la influencia en los hijos. A veces quien mas se resiste al cambio es la persona enferma, porque ven que ella siente decepción debido a que no puede comer lo que sea, al menos no lo que comía antes. Una persona refiere: "él quiere comer una parrillada completa, si vamos a comer con él hay que limitarle que no coma mucha yuca, y parece que eso le molesta" (LR33M-MARIA). Otros comentarios, mencionan, disminuir el consumo de frituras, de dulces, y aumentar las ensaladas.

Otro cambio duro son los cuidados, el trabajo, el uso de zapatos, la administración de los medicamentos, el sedentarismo. Una persona dijo: “si como él trabajaba antes, ahorita no, yo tengo que trabajar para ayudarle” (EC17M-AMPARO) una limitación para trabajar que tienen sus familiares e la ceguera: “mi tía dice, si ella pudiera ver, mas fácil fuera para ella, podría cocinar su propia comida”. ((PQ18M-JENNY).

Las personas, que han cambiado desde que se enteraron de la enfermedad de su familia hablan de brindar ayuda a la persona enferma, de darle fuerza, para que siga siempre adelante, le dan su tiempo para asistir a las consultas, y de esa forma disminuir su preocupación y afrontar la enfermedad. Entienden que la misma enfermedad podrían tener los hijos y los nietos.

También, hay quienes mantienen el pensamiento mágico religioso: “así hay que hacer con lo que Dios mande y si uno tiene que tener fe, uno tiene que estar ahí apoyándolo” (LR34M-JENNY).

La idea núcleo, que prevalece se caracteriza por asociar la palabra “mucho” en el cuidado, en la alimentación, en la medicación, así como mucha preocupación y mucha fe. Esta idea paradigmática se expresa con un modo de predica es de acción, asociada a un grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas.

Percepción actual del control de la enfermedad.

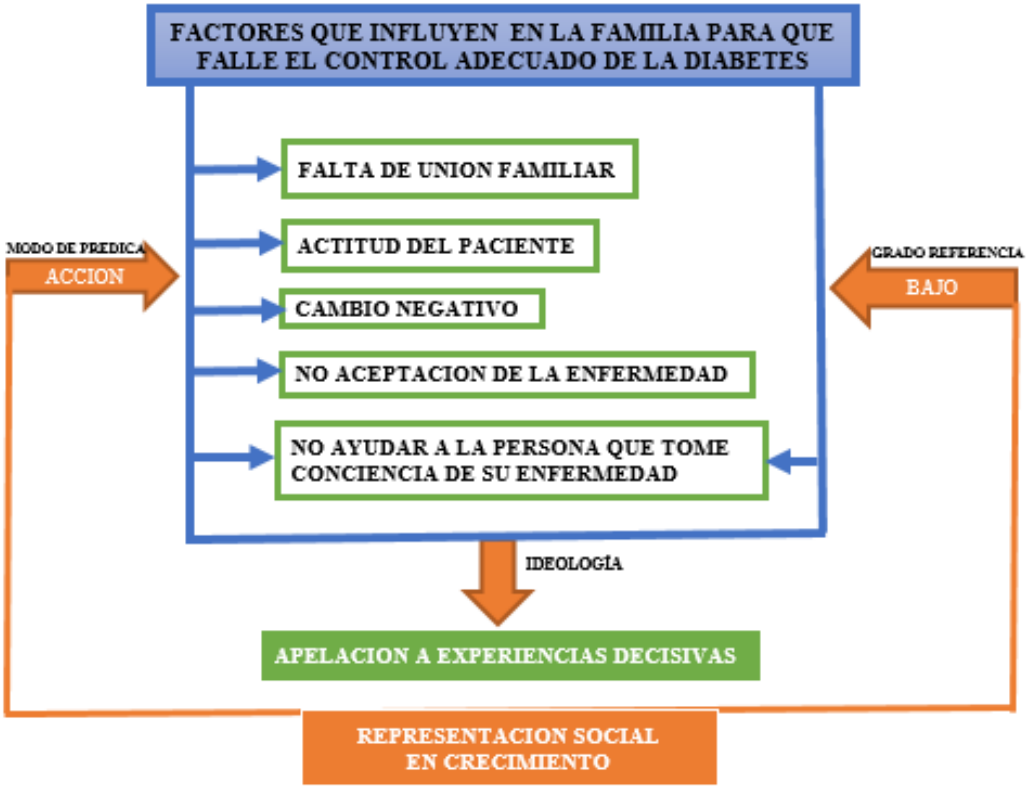


Figura 28:Factores que influyen en la familia para que falle el control adecuado de la diabetes tipo 2

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Los familiares reconocen que la negación de mismo paciente, es una dificultad, así como la falta de unión familiar: "Falta Unión de familia y que ellos ayuden un poco más con ella, ya que soy yo solo la encargada, tengo que cuidar a mis dos papás y si es congestionado, tengo que pasar solo pendiente de ellos." (JP37H-HUMBERTO); la necesidad de cuidar al enfermo, quien al principio y con el tiempo se hace mas dependiente, necesita mas compañía, y recién toman conciencia de lo que ocurre. Una persona dijo: "producto de tener la diabetes, a ella le cayó pie diabético, esto le provocó que le cortaran el tendón de un lado y luego en el otro lado, por lo que no puede andar caminando" (JP03M-ESTEFANI); "lo que es referente a ella, si pienso que fue un cambio negativo, ya que antes nosotras podíamos verle a ella, que se podía desempeñar por sí sola, si contaba con nuestra ayuda, pero ahora es más difícil, porque

nosotros andamos, tenemos que andar siempre con ella , ya que ella aún no se puede movilizar sola, …siempre tiene que necesitar de nuestro apoyo para poder este ir de un lugar a otro" (JP03M-ESTEFANI).

La idea núcleo, gira en torno a la actitud del paciente por falta de aceptación de la enfermedad, y falta de unión familiar para ayudar a la persona a que tome conciencia de su enfermedad y no la transforme en un cambio negativo. El modo de predica es de acción, el grado de referencia bajo. Se trata de una representación social en crecimiento. La ideología es apelación a experiencia decisivas.

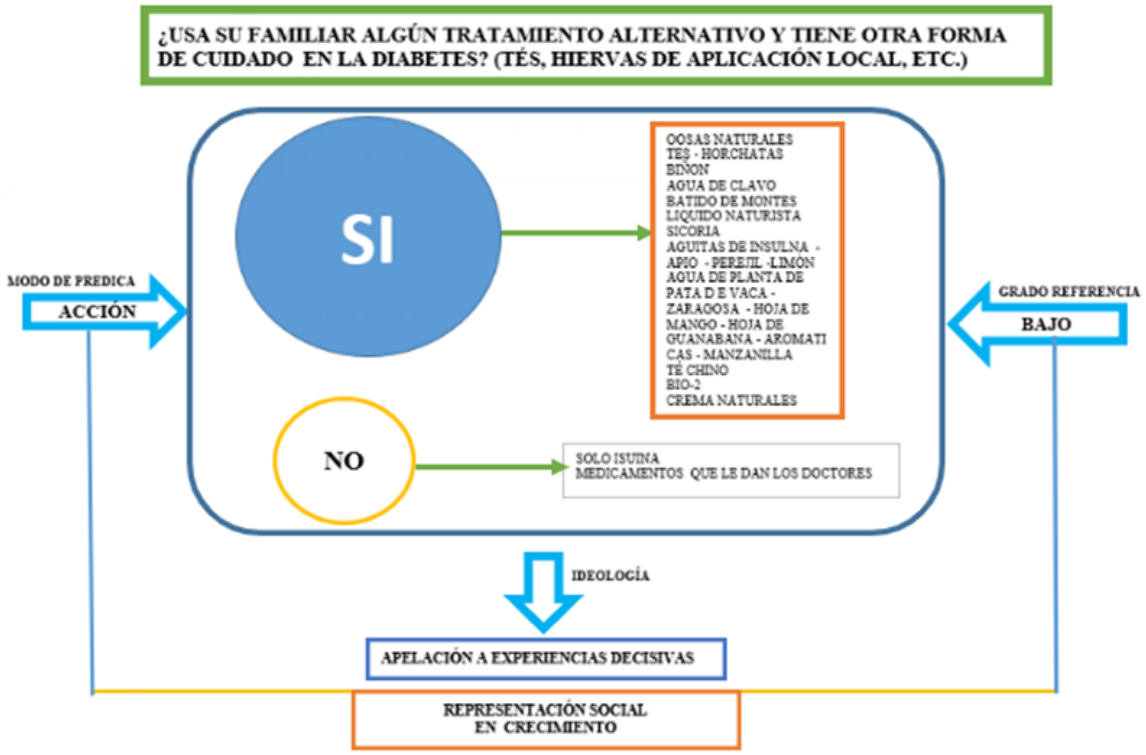


Figura 29:Tratamientos alternativos en el cuidado del paciente diabético tipo 2.

FUENTE: FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2, ENTREVISTADOS DE JULIO 2018 A MAYO 2019.
AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, AGOSTO 2019.

Cuando se consultó si los pacientes con diabetes, toman, tratamientos alternativos, la mayoria de los enntrevistaso respondieron que si: “cosas naturales, las aguas, asi tiempo, los medicamentos naturales, conozco lo que es la moringa, la hoja del mango, tambien es bueno, hay lo que es la hoja y lo que son semillas, la semilla es algo que mastican, y de las hojas agua de tiempo”; “ una vez le di a mi papá, algo con la sabila, pero tambien era para mejorar la glucosa solo que todo es natural sin químicos creo que ese es el cuidado primordial”; “4. Sí, medicamentos naturales, el diabetizan, ese es el que toma, con sábila, tres veces a las semana, lo que es una copita”.

Otra minoría manifiesta que solo toma y se administra la medicación que el médico le indico, como son los diabeticos orales y la insulina.

La idea nucleo, gira en torno a la palabra si; enumerando muchas plantas naturales entre ellas la insulina, la hoja de pata de vaca, la moringa, la hoja de mango; se evidencia un modo de prédica de acción y un bajo grado de referencia, lo que nos da una represenación social en crecimiento, con una ideologia de apelación a experiencia decisivas.

CAPITULO V:

5. DISCUSIÓN

En este estudio cualitativo, llamó la atención el elevado porcentaje de mujeres, y que son amas de casa, o hijas de la persona con diabetes, cómo podemos ver en las figuras 1 y 6; atribuimos esto al rol de la mujer en la sociedad actual, lo cual coincide en otras bibliografías, según Casado D, López i Casasnovas G.; en el libro Vejez, dependencia y cuidados de larga duración; manifiesta que el cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de forma voluntaria o porque no existe otra alternativa y, además, sin una recompensa económica.(Casado & López, 2001).

En cuanto a los conocimientos sobre diabetes, reuniendo los conceptos de varias personas se ha logrado estructurar definiciones aproximadas a lo científico, sin embargo, son superficiales, nadie tiene una comprensión profunda de esta enfermedad. Probablemente se debe a que más de la mitad de los entrevistados tienen un bajo nivel de instrucción, solo el 12,5% tiene educación superior; lo cual supera los resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, que refiere el 6,3% de la población nacional tiene título de educación superior (universitario o no universitario) cómo visualizamos en la figura 5. Esto se puede estar dando por el nuevo marco constitucional, que en el artículo 28 declara la obligatoriedad y universalidad de la educación básica y bachillerato; y así de esta manera contarán con más recursos intelectuales para enfrentar el cuidado y mayor posibilidad de acceder a la información para asumir esta labor. Por lo que sería necesario el mejor asesoramiento, para que realicen esta tarea.

El nivel educativo de una población está estrechamente relacionado con los niveles de bienestar y de pobreza, de ahí que toda sociedad promueve la formación del talento humano

para generar capacidades futuras; un bajo nivel de instrucción puede reflejar también un bajo nivel económico, que se puede explicar por la categoría de ocupación, tenemos un 27.5% de trabajadores del hogar no remunerados, un 15% de personas desempleadas. Además, las personas desocupadas, disponen del tiempo para cuidar a sus familiares.

Lo que todos tienen claro, es que la diabetes es una enfermedad hereditaria, progresiva, sin cura, pero con tratamiento para mantener el control. También reconocen las dificultades que un cambio en el estilo de vida, en la alimentación, en las complicaciones conllevan. Siempre alguien hace alusión al peso, al consumo de azúcares, carbohidratos, grasas saturadas, entre las estrategias mencionadas. Entienden que puede afectar a cualquier persona sin importar su edad, que requiere controles médicos.

Saben que deben tener una alimentación sana, ellos refieren que deben comer menos fritos, no hacer excesos, menos grasas saturadas, menos lácteos, menos azucares, no comer cola ni comida chatarra, no comer carne de chancho; manifiestan que deben fraccionar la comida y comer legumbres, ensalada y frutas que se ve reflejado en la figura 8.

Bantle JP, y colaboradores; en Recomendaciones e intervenciones nutricionales para la diabetes: recomiendan una alimentación con bajo índice glicémico mejora el control metabólico en la diabetes tipo 2, las frutas a pesar de la fructosa, puede bajar el índice glicémico, se ha asociado con una reducción de los niveles de HbA1c, es en parte debido a la fibra dietaría y la pared celular de la fibra, lo que disminuye la velocidad de absorción a nivel intestinal, lo que repercute en una respuesta glicémica más baja, además, pueden influir positivamente en el colesterol HDL, presión arterial y riesgo de enfermedad coronaria en general, con su consumo. Con respecto a la ingesta de grasa no se observa una relación entre ella y la HbA1c. Las frutas en general también son fuentes de fibra, minerales, antioxidantes y compuestos fenólicos, lo que puede reducir los lípidos séricos y el daño oxidativo, bajar la

presión arterial, mejorar el control de la diabetes; la mayoría nuestros entrevistados saben que deben incluirlas en su dieta junto con las verduras, manifiestan que recibieron información de algún personal de salud, predominando el médico, otros pocos nos refieren que escucharon de algún medio de comunicación, figura 9, pero no indican específicamente quien fue, lo que le hace que tengan una baja referencia, esto nos demuestra que se encuentra en crecimiento su representación social.

Cuando se preguntó a los familiares que describan como son sus comidas principales, la mayoría relata una dieta rica en carbohidratos, con una pobre ingesta de verduras o frutas, lo que nos demuestran que no están tomando conciencia de lo que supuestamente saben o han oído de la dieta de los pacientes diabéticos tipo 2, como vemos en la figura 14; deben aprender acerca de comer sanamente en su totalidad y no solo "poner a dieta al diabético"; en la figura 15, notamos que la mayoría los familiares manifiestan que comen 3 veces al día en familia, y sola una mínima parte refiere que 5 veces, y un porcentaje mayor dice que 3 como toda la familia y el paciente con diabetes 5 veces al día, lo que nos vuelve a reiterar que la familia no cumple el rol del acompañamiento con el cambio de estilo de vida en la alimentación.

El 92. 5% de nuestros entrevistados, saben que sus familiares deben realizar ejercicios, manifestando que deben ser cardiovasculares, 30 minutos diarios, esto les ayuda a mantenerse activo, y hacer un cambio a su estilo de vida. Manifiestan que el caminar es el mejor ejercicio, como también la bailo terapia ejercicios de brazos y piernas, esto nos revela que si tienen conocimiento de que ejercicio realizar, aunque no están muy concientizados en realizarlos, como notamos den la figura 10; el ADA recomienda hacer 30 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a vigorosa por lo menos 5 días a la semana o un total de 150 minutos semanales, evitando dejar de hacer ejercicio 2 días seguidos; además aconseja hacer algún tipo de ejercicio con pesas 2-3 días a la semana además de actividad aeróbica; El entrenamiento con

pesas, hace que su cuerpo sea más sensible a la insulina y puede disminuir la glucosa en la sangre.

Solo una minoría de los entrevistados, manifiesta acompañar al paciente diabético a realizar ejercicios, lo que nos demuestra que no hay el apoyo total, la familia entera debe cambiar y mejorar su estilo de vida. No es adecuado que, mientras al paciente se le manda a ejercitarse y modificar su dieta, el resto de la familia siga en el sedentarismo y excesos dietéticos. La familia debe convertirse en un grupo promotor de las actividades físicas y, si es posible, deportivas. Todos en la familia deben considerarse personas en riesgo de tener diabetes.

En la ley del deporte dada en el 2015, en su artículo número 94, por el Ministerio del Deporte menciona que: ¨ Los Gobiernos Autónomos Descentralizados ejecutarán actividades deportivas, recreativas, con un espíritu participativo y de relación social, para la adecuada utilización del tiempo libre para toda la población¨; pero notamos que en Puerto Quito, El Carmen y Jipijapa; todavía hay pocos de estos espacios totalmente adecuados, el cantón Santo Domingo, a donde pertenece el Centro de Salud de Los Rosales, si existen parques pero no totalmente adecuados y completos, pero han comenzado a crear mas parques de recreación por parte del anterior gobierno municipal y actualmente siguen ejecutándolos..

En cuanto al control médico de los pacientes con diabetes tipo 2, se cumple la norma redactada en la guía de práctica clínica de diabetes del 2017, del MSP solamente en quienes acuden al IESS, pues tienen citas cada 3 meses, según familiares. No se cumple con los que están en las unidades de atención primaria del MSP, quienes acuden cada mes, al parecer para ser proveidos por medicamentos, de esa manera se colapsa a estos Centros de Salud. Como observamos en la figura 12.

En esta guía también se recomienda como punto de buena práctica clínica, que todo paciente con diabetes reciba educación en diabetes y siga el curso básico de diabetes cada tres meses, con la inclusión de la red de apoyo; sería interesante evaluar estudio de adherencia a medicamentos con provisión de los mismo en 1 mes y tres meses, así como la disminución del desperdicio de la medicación proporcionada al paciente.

Para los familiares de personas con diabetes es importante la relación médica. Paciente con calidez, con examen físico completo, manifiestan que se debe tomar en cada consulta la presión arterial, además de pedir exámenes complementarios de laboratorio e imagen y referirlos siempre y cuando lo necesiten, en especial explicar al familiar el diagnóstico y la evolución del paciente, tanto como el tratamiento a seguir; esto recomienda la guía de práctica clínica del MSP del 2017, y la OMS; los exámenes complementarios recomendados son; glucemia en ayunas, HbA1c, ácido úrico, perfil lipídico completo, EMO, biometría hemática, creatinina, TSH, AST, TGO, electrocardiograma, y fondo de ojo; además refiere un manejo multidisciplinario, valoración del riesgo cardiovascular, dar buena educación en diabetes, incluyendo aquí hábitos saludables y grupos de apoyos a pacientes crónicos. En la entrevista salió a relucir el nombre de unos tres médicos, de un centro de salud, estos médicos, realizan la examinación completa que solicitan y esperan los pacientes, estos médicos tienen la especialidad de medicina familiar y comunitaria, por lo que podríamos concluir que esta especialidad se acerca al requerimiento del paciente. Esta categoría se encuentra también en crecimiento su representación social, ya que no cuenta con una alta referencia.

En cuanto al rol de los familiares en la adherencia terapéutica, solo un poco mas de la mitad (60%) de los entrevistados manifiestan que la persona con diabetes cumple con su tratamiento farmacológico, bajo la supervisión de estos mismos, mientras que el 20 % no sabe, lo que nos revela que siendo su cuidador primario o secundario no asumen este rol, y el

otro 20% restante informan que no toman su medicación, en el mayor de los casos cuando se trata de medicamento inyectable como es el caso de la insulina. Casi el 100%, manifiestan que, al no seguir el tratamiento farmacológico, el paciente va sufrir muchas complicaciones y lo más grave de los casos les puede costar hasta la muerte. Se considera mala adherencia al tratamiento farmacológico: suspender el tratamiento antes del tiempo recomendado, no tomar dosis correctas, no respetar intervalos entre ellas, olvidar alguna toma, esto lo expresará en cada control con la HBA1c. Para la detección de falta de adherencia se debe realizar el test de Morisky-Green. Se ha evidenciado que favorece a la adherencia medicamentosa, tener mayor apoyo familiar, y afecta negativamente la falta del mismo y se acrecienta con la existencia de conflictos familiares. Mendizalbal, O. y colaboradores en su libro de Estructura Familiar y Diabetes, dicen que el cuidador debe estar alerta al cumplimiento del uso de los medicamentos y de la insulina, pero sin convertirse en un "odioso guardián", sino más bien, resaltando la perseverancia de la salud de la persona diabética y que expresar el deseo familiar de que permanezca en buenas condiciones para el goce del tiempo en común con la familia y todos disfrutar del mismo.

Para valorar el apoyo familiar en la autoestima y aceptación, preguntamos a los entrevistados sobre el tipo de apoyo que brindan a estos pacientes, el 97,5 % de estos refieren realizar algún tipo de apoyo, de los cuales la mayoría coincidió en lo económico, entre otros, además prefirieron que el apoyo moral y emocional también como importante. Hay que motivarlo a platicar del tema, de sus temores y sus interrogantes. La familia debe orientarse a la investigación de información relativa a la enfermedad y su tratamiento adecuado, la familia del paciente diabético tipo 2, según refiere Mendizábal, O.; juega un papel fundamental para conseguir la victoria contra la diabetes. La minoría de los entrevistados que manifiestan que no ayudan de ninguna forma a su familiar con diabetes, por lo que percibimos que existen cuidadores que podrían estar cansados o no asumen bien su rol.

En cuanto a la dinámica familiar, en la mayoría de los casos el inicio de esta enfermedad suele ser inesperado, los miembros de la familia no tienen tiempo de reaccionar y se sienten confundidos o desconcertados. Existe cambio del panorama familiar, a su vez para toda la familia, pasan por una crisis no normativa, les resulta difícil lograr un equilibrio: no se debe hostigar al paciente con excesos de cuidados, pero tampoco descuidarse de él.

Las palabras tener cuidado, responsabilidad, preocupación, resignación sobre la alimentación, se mencionan en el significado de tener una persona con diabetes en casa, existiendo para muchos cambios en sus vidas. La diabetes como toda enfermedad crónica, va a influir en la estructura familiar, en el instante en que la persona y la familia reciben la noticia de que unos sus miembros tiene la enfermedad, va a cambiar todo el sistema, como bien lo dice Cusinato (1992), la familia forma un sistema, existe la presencia de una influencia recíproca, directa, intensa y duradera de la conducta de los unos sobre los otros. A veces la persona enferma es quien se resiste en el cambio, especialmente por el tipo de dieta y su vida sedentaria., como nos refieren los familiares entrevistados. La mayoría coinciden que es necesario darle fuerza al paciente para que siempre sigan adelante, darles un acompañamiento a las consultas interesarse en su enfermedad, y de esta manera minimizar la preocupación y darles fuerzas para afrontar su enfermedad.

En cuanto a la percepción actual del control de la enfermedad, en la figura 23; los entrevistados atribuyen para el fallo del control adecuado de la diabetes; falta información familiar, los cuales debe solicitar asesoría médica para la prevención de las complicaciones y también para prevenir esta enfermedad en otros familiares.

Los entrevistados nos comentan que la mayoría si utilizan un tratamiento alternativo, tomando aguas naturales de plantas medicinales que según ellos reducen los niveles de azúcar, pero existe un grupo que no lo hacen, además refieren que no tienen ninguna otra

forma de cuidado aparte de los que el médico les indica. Por lo que se ve que se está tratando de consolidar, la adherencia exclusiva al tratamiento.

El apoyo de la familia es fundamental para vencer los muchos obstáculos que se presenten en su tratamiento (económico, social o psicológico); esto se reflejó en los resultados adquiridos en las entrevistas a la familia en cuanto al enfermo, su dieta, su actividad física y su tratamiento. Las actitudes negativas en cuanto al régimen alimenticio repercute en el control metabólico del paciente diabético tipo 2, un entorno familiar con actitudes negativas puede favorecer respuestas de conductas opuestas por parte del paciente, para lograr el control metabólico.

La Dra. Briones y el Dr. Chica, en su tesis de Postgrado, realizado en el Ecuador, específicamente en la centro de Salud del Carmen; en una de sus conclusiones manifestaron que, los pacientes que carecen de apoyo familiar global tienen seis veces más probabilidad de presentar mal control glicémico por lo tanto la familia puede tener un efecto negativo a través del apoyo social.(Dra. Briones & Dr. Chica, 2016).

Las costumbres, los conocimiento con los alimentos y la cultura que conforman los prácticas dietéticas y el ejercicio son difícil de cambiar, ya que crean resistencia a la entrada de distintos modelos de alimentación y sobre todo en el cambio del estilo de vida.
Aun con las limitaciones que podría tener nuestra tesis, los resultados obtenidos nos muestra la importancia que tiene el rol de la familia en diabético tipo 2, en sus conductas sociales e individuales.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Se plantean conclusiones y recomendaciones de esta tesis, para nuestras conclusiones se ha tomado en cuenta nuestros objetivos planteados al inicio. Y para nuestras recomendaciones nos basamos en los resultados de los objetivos.

CONCLUSIONES:

Concluimos que:

1. Los familiares de los pacientes con diabetes tipo 2, tienen un enfoque claro de esta patología en general, entendiéndola desde su perspectiva, pero con exiguos conocimientos sobre sus cuidados y complicaciones
2. Las familias con pacientes diabéticos tipo 2, no tienen un conocimiento asertivo sobre las porciones y combinaciones de los alimentos, ya que en su dieta cotidiana existe una desproporcionada ingesta de carbohidratos en todas sus variedades, a cual implica un control inadecuado de esta enfermedad.
3. Sobre la realización de ejercicio, un porcentaje alto de las familias saben que deben realizar ejercicios, especialmente saben que se debe caminar 30 minutos diarios; pero el apoyo familiar es escaso para la realización de esta actividad
4. La mayoría de las familias conocen que tiene que ir sus familiares con diabetes tipo 2 al control médico cada mes, no existiendo apoyo social por parte del profesional, en cuanto se refiere a la parte emocional, informacional, deteriorando no solo la relación médico paciente familia si no también la adherencia terapéutica.

5. La familia desempeña un papel muy importante en el cumplimiento de la terapéutica del paciente con diabetes tipo 2, en nuestro estudio el 60% está pendiente de la administración del medicamento.
6. El apoyo familiar cumple un papel fundamental en la adherencia terapéutica, en nuestro estudio el 60% de los pacientes cumplen con su terapéutica, hecho manifestado por sus familiares.
7. La dinámica familiar ha variado mucho a partir de tener una persona con diabetes en casa, lo cual se explica por una mayor preocupación, responsabilidad y un mayor cuidado.
8. La negación a la enfermedad y falta de unión familiar son dos pilares importantes para el no cumplimiento terapéutico percibido por la familia.
9. Con todo lo anterior mencionado concluimos que los conocimientos y costumbres de los familiares de las personas con diabetes tipo 2 desde el punto de vista teórico, es decir, la falta del acompañamiento y apoyo familiar, los pacientes tendrán mayor riesgo de no estar controlados.

RECOMENDACIONES:

1. Para el personal de salud: implementar estrategias educativas creativas y novedosas para favorecer el entendimiento de la enfermedad, pero sobre todo orientadas a modificar las prácticasde los familiares (respecto a la alimentación y ejercio) y así mejorar el apoyo que estos den a las personas con diabetes.
2. Fomerntar a la creación de parques recreacionales, en los sectores estudiados y en todo nuestro país, donde nuestros pacientes crónicos, además de nuestros niños, adolescentes, toda la población en general; acudan a realizar actividad física segura, ya que es muy importante mantener una actividad física acorde con la edad, conservando hábitos saludables.

3. Realizar estudios sobre la adherencia terapéutica, según sus controles médicos mensuales vs controles trimestrales que la norma establece.
4. Para las familias: acompañar a los pacientes diabéticos en las actividades físicas y a los controles médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Available in: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635506. (1993).

Ávila, L., Cerón, D., Ramos, R., & Velázquez, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Medica de Chile*, *141*(2), 173–180. https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200005

Beltrán Carreño, J. P., Sola Villena, J. H., Quezada Ramón, A. P., & Maldonado Benalcázar, D. J. (2015). Estudio Descriptivo: Impacto de un Club de Diabéticos sobre la Glicemia, Funcionalidad Familiar y Ansiedad. Hospital "Moreno Vázquez".Gualaceo. Octubre 2010 - Marzo 2011. *Revista Médica Del Hospital José Carrasco Arteaga*, *7*(2), 150–154. https://doi.org/10.14410/2015.7.2.ao.29

Bennich, B. B., Røder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K., … Konradsen, H. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: An integrative review. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, *9*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s13098-017-0256-7

Casado, D., & López, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: situación actual y perspectivas de futuro. *Colección Estudios Sociales*, *6*, 241. Retrieved from http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/casado-vejez-01.pdf

Dra. Briones, M. E., & Dr. Chica, D. C. I. (2016). "INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL SOBRE EL NIVEL DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD EL CARMEN EN EL PERIODO DE JULIO A OCTUBRE DEL 2016" (PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR). https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a

Federation, I. D. (2016). Informe Mundial de la diabetes. *Resumen de Orientación*, 4. https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)71-076

Freire, V. (2014). La nueva situación epidemiológica de Ecuador. *Revista Informativa - Ops/Oms Representacion Ecuador*, *32*, 1–100.

Grabowski, D., Andersen, T. H., Varming, A., Ommundsen, C., & Willaing, I. (2017). *Involvement of family members in life with type 2 diabetes : Six interconnected problem domains of significance for family health identity and healthcare authenticity*. https://doi.org/10.1177/2050312117728654

Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo, I. (2014). Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2014. *Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2014*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Mediavilla Bravo, J. J. (2015). Diabetes mellitus. *Guías Clínicas*, 2–47. https://doi.org/10.5177/ntvt.2012.02.11253

Melllitus, D. (2013). *Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2*. 173–180.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Diabetes Mellitus tipo 2 - Guía de Práctica Clínica 2017. *Dirección Nacional de Normatización*, *1*(1), 1–28. Retrieved from http://salud.gob.ec

Orozco-beltrán, D., Mata-cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2017). Atención Primaria Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2 : situación actual y propuesta de posibles soluciones &. *Atención Primaria*, *48*(6), 406–420. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001

Re-, P. (2017). Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, *40*(January), S11–

S24. https://doi.org/10.2337/dc17-S005

Torenholt, R., & Willaing, N. S. I. (2013). *Perdido en la traducción - el papel de la familia en las intervenciones entre los adultos con diabetes_ una revisión sistemática*.

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

ANEXO 1: Guía de preguntas a familiares

C3

DATOS DEL FAMILIAR

Apellidos y Nombres …….. CI: …….. Edad: ……..

Sexo: M / F

PATERNOS/ MATERNOS / NOMBRES aa Encierre

Lugar donde vive: Ciudad……, Sector: (Encierre) Urbano / rural / Urbano marginal

Barrio: …….. Calles, ……

Teléfono de domicilio: …… Teléfono celular: ……..

Relación con el paciente: (Encierre) Pareja/Cónyugue, Padre o madre, Hijo/a, Sobrino/a, hermano/a, nieto/a, Tío/a

Estado Civil: (Encierre) Unión libre, Soltero-a / Casado-a / Separado-a o Divorciado-a / Viudo-a

Nivel de instrucción completada: (Encierre) ninguna / primaria incompleta / primaria completa /secundaria incompleta /secundaria completa / superior no universitaria / superior universitaria / posgrado

Categoría de ocupación: (Encierre) patrono / empleado u obrero del estado / empleado u obrero privado / jornalero o peón / independiente / trabajador del hogar no remunerado / ayudante de jornalero no remunerado / empleado-a doméstico-a, desempleado, jubilado.

PERCEPCIÓN DE CÓMO HA CAMBIADO EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES A LA FAMILIA

1. ¿Hace cuánto tiempo se enteró de que su familiar tiene diabetes?
2. ¿Qué significa tener un diabético en casa?
3. ¿Cómo ha cambiado la vida de su familia el conocer esta enfermedad?
4. ¿Qué puede influir en la familia para que falle el control adecuado de la diabetes?

CONOCIMIENTO EN DIABETES

5. ¿Qué me puede decir sobre la diabetes?
6. ¿Qué conoce sobre el pie diabético?
7. ¿Aparte del pie diabético qué otra complicación conoce?
8. ¿Usted ya tiene historia de diabetes en la familia?
9. ¿Qué piensa sobre la alimentación en personas con diabetes, que nos puede comentar?
10. ¿Quién le dio instrucciones sobre alimentación en diabetes?
11. ¿Qué tipo de ejercicios deben hacer las personas con diabetes?
12. ¿Qué pasa si las personas con diabetes no toman su medicación?
13. ¿Cada cuánto tiempo y qué deben hacer los profesionales en las consultas médicas a personas con diabetes?
14. ¿El acompañamiento médico le ha ayudado en el control de la diabetes a su familiar?
15. ¿Qué problemas conoce que las personas con diabetes presentan en sus pies?
16. ¿Qué cuidados debe tener una persona con diabetes en sus pies?
17. ¿cuáles son los signos de alarma de pie diabético para buscar ayuda?

PRÁCTICAS, COSTUMBRES Y HABITOS EN FAMILIAS DE PERSONAS CON DIABETES

18. Habitualmente, ¿cómo es la alimentación de su familia? Puede explicarme?
19. ¿Cuántas comidas al día se sirven en la familia?
20. Por favor describa como es el desayuno, cómo es el almuerzo, cómo es la merienda
21. La familia apoya con una dieta especial para la persona con diabetes ¿O él/ella se sirve de la comida que es para todos los miembros de la familia?
22. ¿La familia ha cambiado sus hábitos de alimentación desde que conocen que uno de sus miembros tiene diabetes?; pude explicarme esos cambios?
23. ¿Cómo es su actividad laboral? ¿En el campo o la ciudad?
24. En su familia, ¿se acostumbra realizar ejercicios? ¿Qué tipo de ejercicio realizan?, puede explicarme cómo lo hacen?
25. ¿Algún profesional le orientó a hacer ejercicio? ¿Cuántas veces por semana, cuánto tiempo?
26. ¿Todos los miembros de la familia practican ejercicio?; o ¿sólo algunos? ¿Quienes?
27. En su familia ¿le animan a la persona con diabetes para realizar ejercicios?, ¿le acompañan?
28. ¿Desde que conocen que uno de sus miembros tiene diabetes, han modificado sus hábitos de realizar ejercicios?, ¿cuáles son estos cambios?
29. ¿Cómo ve usted que su familiar se cuida los pies y qué le parece que influye en que no se cuide adecuadamente los pies?
30. ¿Usa su familiar algún tratamiento alternativo de diabetes? (Tés, hiervas de aplicación local, etc.)
31. ¿Su familiar tiene alguna otra forma de cuidado personal?

32. ¿Cómo ve usted que cumple con la medicación su familiar?

ROL, APOYO FAMILIAR

33. ¿Qué tipo de apoyo brinda usted a su familiar con diabetes?

- Acompañamiento, económico, en la dieta, con el ejercicio, con los medicamentos, acompañamiento a la consulta para sus controles, etc.

34. Algún miembro de la familia, ¿le apoya al que tiene diabetes en el cuidado de los pies?, ¿Cómo lo hace?, ¿Cada cuánto tiempo?

REALIZADO POR…….

FECHA……..

ANEXO 2: Consentimientos informado

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

PUCE

PARTE I. CONSENTIMEINTO INFORMADO PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES.

Título de la investigación

Mapas Conversacionales como estrategia de educación en personas con Diabetes y sus familias para prevenir complicaciones en los pies

Directora de la investigación

Dra. Erika Quishpe, profesora de IDIS comunitario de la Facultad de Medicina de la PUCE.

Objetivo

De la investigación

Evaluar el método de aprendizaje llamado "Mapas conversacionales" en personas con diabetes, para prevenir complicaciones en los pies.

Del procedimiento

Identificar el nivel de conocimientos en diabetes y cuidados de los pies, conocer hábitos, costumbres y tradiciones familiares que pueden ayudar en el cuidado de su familiar con diabetes.

Procedimiento

Una entrevista individual a familiares de personas con diabetes, conversando sobre sus saberes, prácticas de alimentación, ejercicio, controles médicos y apoyo familiar.

Duración del procedimiento

La entrevista puede durar 60 minutos aproximadamente, será realizada una sola vez.

Participación voluntaria

La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

En caso de que usted decida no participar, no existirá ninguna consecuencia que pueda afectar su atención en los centros de salud.

Si decide participar en el estudio, y posteriormente decide retirarse del mismo, lo puede hacer en cualquier momento de la investigación, pudiendo informar o no las razones de su decisión. Dicha decisión será respetada por todo el equipo de investigadores.

Confidencialidad

La información obtenida en esta investigación se manejará de manera confidencial; es decir, no será divulgada a otras personas de la comunidad o del servicio de salud. El equipo de investigación no compartirá la identidad e información de las personas que participen en la investigación; resguardando siempre el anonimato de los informantes.

Beneficios (individual y social)

Individual: la familia puede recibir recomendaciones para apoyar de mejor manera a la persona que tiene diabetes.

Social: con este trabajo se pretende mejorar algunos aspectos de la calidad de atención médica y de enfermería en los Centros de Salud. Los resultados de la investigación serán publicados para que otras personas los lean y puedan hacer las recomendaciones y mejoras en otros lugares.

Riesgos o molestias

El presente estudio no presenta riesgos biológicos ni fisiológicos para usted, ni su familia. Sin embargo, Ud. podría eventualmente sentirse incómodo con alguna pregunta, en cuyo caso no tiene ninguna obligación de contestarla.

Podría también preocuparle el uso de su tiempo alrededor de 45 minutos.

Costos, incentivos o recompensas

Usted no pagará ningún valor por su participación. Tampoco recibirá pagos ni recompensas por participar.

Derecho a retirarse

Si decide participar en el estudio y posteriormente decide retirarse del mismo, lo puede hacer en cualquier momento. El motivo de esa decisión puede comunicarla o no al equipo de investigación, decisión que será respetada.

Manejo de datos y resultados:

Los resultados obtenidos serán publicados o difundidos con fines científicos, se presentarán en forma consolidada, sin identificación de los participantes.

Mayor información:

En caso de que quiera más información se puede comunicar con: la Dra. Erika Quishpe, o con el Dr. Hugo Guillermo Navarrete Zambrano – secretario del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700 – Ext. 2917.

PARTE II: FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, FAMILIARES DE PERSONAS CON DIABETES.

Yo _____, con C.I. _____ informo que conozco que se realizará una investigación para evaluar la herramienta educativa "mapas conversacionales, para lo que responderé las preguntas de una entrevista, procedimiento que durará alrededor de 60 minutos. Que la información será manejada en forma confidencial, entiendo que los datos obtenidos en el estudio serán publicados o difundidos con fines científicos presentados en forma consolidada, sin identificación de los participantes. Comprendo que no tendré molestias, que no recibiré ningún pago ni me costará nada participar. Que puedo decidir participar o no, y puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Entiendo la información que se me ha leído, he hecho todas las peguntas que me han surgido y me han brindado las respuestas suficientes y necesarias, me puedo comunicar con la Dra. Erika Quishpe o el Dr. Hugo Navarrete al número 2991700. Ext 2917.

Por lo tanto, estoy de acuerdo en participar.

Firma o huella

Nombre _____

Cedula _____

Firma del investigador/encuestador

Nombre _____

Cedula _____

Fecha: _____

ANEXO: 3: Operacionalización de las variables

Variable / categoría	Concepto operativo	Indicador	Técnica de investigación	Instrumento	Fuente
Conocimiento sobre alimentación	Lo que saben los familiares de personas con diabetes respecto a una adecuada alimentación para su familiar que tiene diabetes.	Descripción del conocimiento de familiares respecto a la alimentación de personas con diabetes.	Entrevista	Guía de pregunta	Familiar de personas con diabetes
Conocimiento sobre los ejercicios físicos	Lo que saben los familiares de personas con diabetes respecto a qué tipo de ejercicios deben de realizar.	Descripción de los tipos de ejercicios por parte de los familiares de los pacientes diabéticos	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes
Conocimiento sobre las visitas del control médico	Lo que conocen los familiares de personas con diabetes acerca de la frecuencia que se	Puntualizar con qué frecuencia los familiares acuden a los controles del paciente diabético.	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes

	debe de realizar los controles médicos.				
Las costumbres, prácticas y hábitos.	El modo de vida de los familiares, las costumbres, prácticas y hábitos que tienen.	Identificar las costumbres, prácticas y hábitos que tienen la familia del paciente diabético	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes
Conocimiento de la adherencia terapéutica.	Lo que saben los familiares de la dosificación y el horario de la administración y que medicación que toma el paciente diabético.	Conocer el grado de involucración de los familiares en la toma de medicación del paciente diabético.	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes
Conocimiento de la autoestima, y aceptación del paciente diabético.	Que saben los familiares de la aceptación y la autoestima que tiene el paciente diabético desde el conocimiento de su enfermedad.	Identificar el apoyo de los familiares en la aceptación y autoestima que tiene el paciente diabético.	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes
Cambio en la dinámica familiar.	Alteración de la dinámica familiar después del diagnóstico del paciente diabético.	Describir lo cambios que se presentó en el entorno familiar a raíz de enterarse del diagnóstico del paciente diabético	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes

Conocimiento de la diabetes.	Que saben los familiares de la enfermedad, su curso tratamiento y prevención de complicaciones	Identificar que tanto saben los familiares de lo que es la enfermedad, su curso tratamiento y prevención de complicaciones.	Entrevista		
Percepción del Control de la diabetes	Las ideas de los familiares de cómo están controlados su familiar considerando las visitas regulares a los centros de salud, las complicaciones y molestias en general de la diabetes.	Conocer como creen los familiares que el paciente diabético está controlando su enfermedad, previniendo sus complicaciones.	Entrevista	Guía de pregunta	Familiares de personas con diabetes

ANEXO 4: Familiares de pacientes que fueron seleccionados al azar



Figura 30: Familiar que participó en las entrevistas

FUENTE: AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, JULIO 2018.



Figura 31: Profesional explicando la técnica de elección de los entrevistados

FUENTE: AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, JULIO 2018.



Figura 32: familiar que no participó en las entrevistas

FUENTE: AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, JULIO 2018.

ANEXO 5: Fotos de la realización de las entrevistas

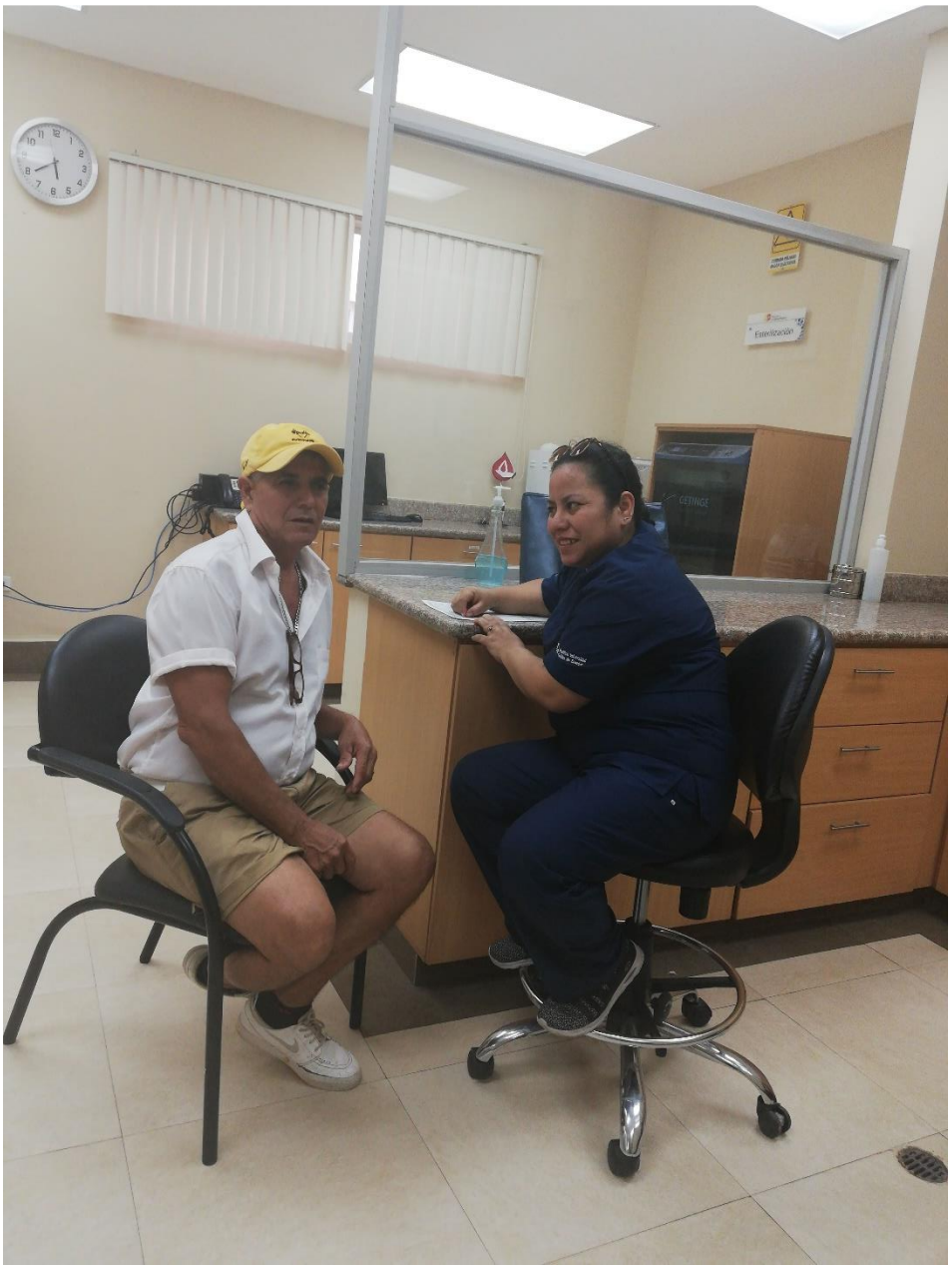


Figura 33:Familiar de pacientes de diabetes tipo 2 del centro de Salud de Puerto Quito.

FUENTE: AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, JULIO 2018.



Figura 34:Familiar de paciente de diabetes tipo 2 del centro de Salud de Puerto Quito

FUENTE: AUTORES: CHICA, PEDRO; PLASENCIA, ROSA, JULIO 2018.

ANEXO **6**: Aprobación del comité de Ética

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos

PUCE

Quito, 2 de mayo de 2018
Oficio-CEISH-513-2018

Señora Doctora
Erika Karina Quishpe Narváez
Facultad de Medicina de la PUCE
Presente.

Estimada Dra. Quishpe:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, en sesión del 26.04.2018, estudió el proyecto: **Mapas conversacionales como estrategia de educación en personas con Diabetes y sus familias para prevenir complicaciones en los pies.** Código 2018-27-EO.

Este proyecto se aprueba por el tiempo estimado de duración que es de 3 años.

Igualmente, con el fin de dar seguimiento, se solicita:

- comunicar por escrito, al CEISH-PUCE, el momento del inicio la investigación;
- entregar informe parcial y final cuando sea solicitado por el CEISH-PUCE.

Con nuestra consideración y estima,

Dra. Laura Arcos Terán
Presidente

Dr. Hugo Navarrete Zambrano
Secretario

LAT/yar

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
Quito

Av. 12 de octubre 1076 y Ramón Roca
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (593) 2 299 17 00 ext. 1407
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec