

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018”.

MARÍA LORENA MINERA MORALES

GUATEMALA, JULIO 2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL
TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA,
ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018”

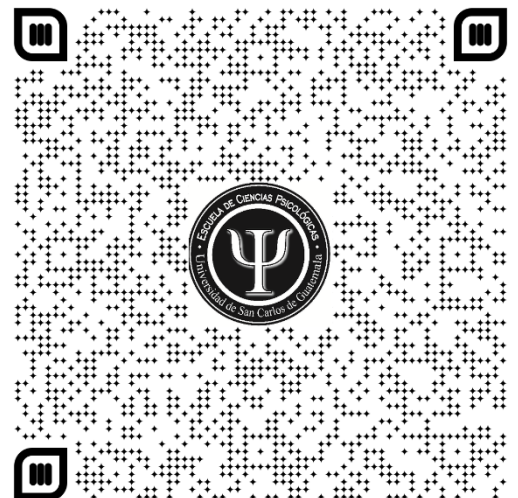
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por:

MARIA LORENA MINERA MORALES

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA.

GUATEMALA, JULIO 2021



CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

DIRECTORA EN FUNCIONES

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León

SECRETARIA

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTE DE LOS PROFESORES

Astrid Theilheimer Madariaga

Lesly Danineth García Morales

REPRESENTANTES DE LOS ESTUDIANTES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS



De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de octubre de 2020

Estudiante
María Lorena Minera Morales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO SEGUNDO (22º) del Acta CINCUENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL VEINTE (53-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 02 de octubre de 2020, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018"**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

María Lorena Minera Morales

CUI: 2531 71474 0511

CARNÉ: 2014-07409

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Hugo Leonel Patal Vit. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Julia Nidia Ramirez Orizabal
SECRETARIA



/gaby



UGE-143-2020



Guatemala, 02 de octubre del 2020

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante, **MARÍA LORENA MINERA MORALES, CARNÉ NO. 2531-71474-0511, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-07409 y Expediente de Graduación No. L-71-2019-C-EPS**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-

Por lo antes expuesto, en base al Artículo 53 del Normativo General de Graduación, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018"**, mismo que fue aprobada por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 27 de MAYO del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucía, G.
CC. Archivo
Adjunto: Expediente completo digital e Informe Final de Investigación digital.



CIEPs. 036-2020

REG. 075-2019

INFORME FINAL

Guatemala, 06 de julio de 2020

Señores

Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Hugo Leonel Patal Vit** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018”.

ESTUDIANTE:

María Lorena Minera Morales

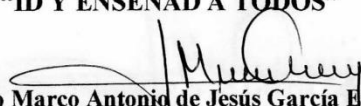
DPI. No.

2531714740511

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 27 de mayo de 2020 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 04 de julio de 2020, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c. archivo

**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9”. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



CIEPs. 036-2020
REG. 075-2019
Revalidado por Revisor

Guatemala, 06 de julio de 2020

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018”.

ESTUDIANTE:
María Lorena Minera Morales

DPI. No.
2531714740511

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumplé con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 27 de mayo de 2020, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Hugo Leonel Patal V.
DOCENTE REVISOR



**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"
9ª. Avenida 9-15, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**



Guatemala, 25 de febrero de 2020

Coordinación
Centro de Investigaciones en Psicología
CIEPs "Mayra Gutiérrez"

Estimados señores:

Es un gusto poder saludarle cordialmente, deseándole éxitos en sus actividades diarias.

Por este medio les informo que la estudiante **MARÍA LORENA MINERA MORALES** quien se identifica con CUI 2531 71474 0511, realizó en esta institución 52 escalas Likert y 7 entrevistas para un total de 59 unidades de análisis como parte del trabajo de investigación titulado: **"Factores psicosociales asociados a la adherencia y abandono del tratamiento y dieta alimentaria de pacientes con diabetes mellitus tipo II de la Liga del Diabético de la ciudad de Guatemala, atendidos durante el año 2018"** en el periodo comprendido del 2 al 20 de diciembre de 2019 en un horario de 7:00 a.m. a 10 a.m.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Julio César Ac
Gerente de Operaciones



Guatemala, febrero 2020

Coordinación

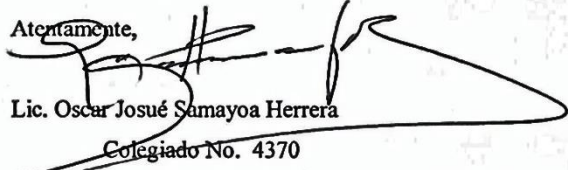
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-
"Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de la investigación titulado "FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y DIETA ALIMENTARIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA LIGA DEL DIABÉTICO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2018" realizado por la estudiante María Lorena Minera Morales, CUI 2531 71474 0511.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


Lic. Oscar Josué Samayoá Herrera

Colegiado No. 4370

Asesor de contenido

Oscar Josué Samayoá H.
Licenciado en Psicología
Colegiado 4370

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR

MARÍA LORENA MINERA MORALES

ENEYDA RAQUEL REYES FERNANDEZ

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO No. 132

RAFAEL ESTUARDO ESPINOZA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO No. 4426

Dedicatorias a:

- Dios:** Por darme más de lo que pedí; para honrarle y glorificar su Santo Nombre.
- Mis padres:** José Francisco Minera Morataya y María Evelina Morales de Minera (q.e.p.d) quienes siempre apoyaron mis proyectos y me tuvieron presente en sus oraciones y por todo el amor que me han dado.
- Mis hijos:** Cyndi Lorena, María Fernanda Selene y Alan Andreé gracias por su apoyo incondicional, por ser el motor de arranque en todo lo que emprendo. Con todo mi amor.
- Mi hermana:** Mirna Minera por ser y estar presente en mi vida.
- Mis nietos:** Cyndi Nicolle, Didier, Iván José Javier y José Pablo Sebastián con todo mi amor.
- Mi gran amigo:** Julio César Montufar Castillo (q.e.p.d) seis girasoles a su memoria, por tantos sueños, café, desvelos, risas, abrazos, y más café que compartimos a diario, te llevaré siempre en mi corazón.
- Mis padrinos:** Licda. Raquel Reyes y Lic. Rafael Estuardo Espinoza de quienes he recibido mucho cariño, respeto y un gran apoyo.
- Mi familia:** Por todo su amor y cariño.
- Mis amigos:** Por todos los momentos compartidos y por formar parte de esta gran historia.

Agradecimientos a:

- Dios:** Por estar viviendo las añadiduras y permitirme hacer mi sueño realidad, ya que sin su luz hubiese sido imposible lograr, gracias con todo mi corazón mi Amado Padre.
- Usac-Escuela de Ciencias Psicológicas** Mi academia, mi casa, y donde esté pondré en alto tu nombre.
- Director Escuela de Ciencias Psicológicas:** Lic. Mynor Lemus por darme ánimos desde el inicio y haber estado siempre.
- Señor Coordinador De la Jornada Nocturna:** Lic. Estuardo Bauer, por su amistad, confianza y apoyo a lo largo de mi carrera.
- Mis docentes:** Por tanto conocimiento compartido, por todos los momentos y su valiosa amistad.
- Mis amigos:** Licda. Sandra V. Yupe y Lic. Marco Antonio García por su apoyo y valiosa amistad.
- Mis supervisores de práctica:** Lic. Luis Alvarado y Licda. Claudia Rivera por sus sabias enseñanzas.
- Liga del Diabético:** En especial al Lic. Julio César Ac por abrirme las puertas y brindar todo el apoyo en la investigación.
- Mis asesores de tesis:** Lic. Oscar Josué Samayoa y Dr. Jorge Batres por su valioso aporte y amistad.
- Mis revisores de tesis:** Lic. Hugo Patal y Licda. Suhelen Jiménez por su valiosa colaboración.
- Personal administrativo de la escuela:** Por su amistad.

INDICE

Contenido	ii
Resumen	1
Prólogo	3
CAPÍTULO I	5
1. Planteamiento del problema y marco teórico	5
1.01 Planteamiento inicial del problema	5
1.02 Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
1.03 Marco teórico	9
1.03.1 Antecedentes	9
1.03.1.1 Antecedentes internacionales	9
1.03.1.2 Antecedentes nacionales	11
1.03.2 Definición	11
1.03.3 Clasificación de la diabetes	12
1.03.3.1 Diabetes insulina-dependiente o tipo I	12
1.03.3.2 Diabetes mellitus tipo II	13
1.03.3.3 Diabetes gestacional	14
1.03.4 Marco conceptual	15
1.03.4.1 Factores psicosociales	15
1.03.4.1.1 Apoyo familiar	16
1.03.4.1.2 Organización y apoyo comunal	17

1.03.4.1.3 Ejercicio físico	17
1.03.4.1.4 Control médico	17
1.03.4.1.5 Higiene y autocuidado	18
1.03.4.1.6 Dieta alimentaria	18
1.03.4.1.7 Valoración de la condición física	19
1.03.4.2 Adherencia	19
1.03.4.3 Abandono	21
CAPÍTULO II	22
2. Técnicas e instrumentos	22
2.01 Enfoques de la investigación	22
2.01.1 Enfoque mixto	22
2.01.1.1 Enfoque cuantitativo	22
2.01.1.2 Enfoque cualitativo	22
2.02 Técnicas	22
2.02.1 Técnicas de muestreo	22
2.02.2 Técnicas de recolección de datos	23
2.02.2.1 Cuantitativo	23
2.02.2.2 Cualitativo	23
2.02.3 Técnicas de análisis de datos	23
2.02.3.1 Análisis cuantitativo	23
2.02.3.2 Análisis cualitativo	23
2.03 Instrumentos	24
2.03.1 Escala de adherencia al tratamiento (EATDM-III)	24

2.03.2 Guía semi-estructurada para entrevista cualitativa	24
2.03.3 Consentimiento informado	24
2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables	25
CAPÍTULO III	27
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	27
3.01 Características del lugar y la muestra	27
3.01.1 Características del lugar	27
3.01.2 Características de la muestra	29
3.02 Presentación e interpretación de resultados	30
3.02.1 Cuantitativo	30
3.02.2 Cualitativo	39
3.03 Análisis general	43
3.03.1 Análisis Cuantitativo	43
3.03.2 Análisis Cualitativo	45
CAPÍTULO IV	49
4. Conclusiones y recomendaciones	49
4.01 Conclusiones	49
4.02 Recomendaciones	50
4.03 Lista de referencias	51
Anexos	

RESUMEN

“Factores psicosociales asociados a la adherencia y abandono del tratamiento y dieta alimentaria de pacientes con diabetes mellitus tipo II de la liga del diabético de la ciudad de Guatemala, atendidos durante el año 2018”

María Lorena Minera Morales

Los factores psicosociales asociados a la adherencia y abandono de tratamiento y dieta alimentaria en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II (DMTII) es un tema que está cobrando cada día mayor motivo de preocupación a nivel mundial, la diabetes es una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) con los más altos índices de mortalidad a nivel mundial y que cada día se incrementan más los casos de personas afectadas por dicha enfermedad cuya etiología es multifactorial, el objetivo general de la investigación fue ampliar el conocimiento de los factores que influyen en la adherencia y abandono del tratamiento en pacientes diabéticos que asisten a la Liga del Diabético de Guatemala. El enfoque utilizado es mixto, diseño descriptivo, tipo de muestreo intencional, constituido por un grupo heterogéneo de 59 participantes comprendidos entre los 31 y 80 años de edad, con DMTII que asistieron a consulta a la Liga del Diabético zona uno de la ciudad de Guatemala, por lo menos un año para control. Instrumentos: 1) Escala de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus II, versión III (EATDM – III) que contiene siete dimensiones que permitieron conocer el nivel de adherencia presentado por los participantes, cincuenta y dos en total para el enfoque cuantitativo; para la ordenación, clasificación, tabulación y codificación de la información obtenida se utilizó el programa estadístico computacional IBM-SPSS y se presentó los resultados con escalas de frecuencia por cada dimensión. Los resultados reflejan un nivel de adherencia de un cincuenta por ciento, tienen un alto nivel de la valoración de la condición física seguida de un alto grado de apoyo familiar, dieta y ejercicio. Las mujeres un 66.5% y los hombres un 38.5% de adherencia, el factor edad en años quienes más adherencia presentaron estaban dentro la categoría 41-50 años y un 50% con educación primaria y estado civil casado, fueron quienes presentaron un mayor nivel de adherencia. 2) Entrevista semi-estructurada,

aplicada a siete pacientes que abandonaron el tratamiento en la Liga del Diabético sin notificar y que estuvieron por lo menos un año en tratamiento en dicha entidad; el análisis e interpretación de resultados cualitativo se realizó por medio de matrices de Excel cuyos datos fueron reducidos, tabulados e interpretados y se presentó los resultados de forma narrativa. Los factores psicosociales asociados al abandono del tratamiento están: relación médico paciente, falta de apoyo familiar, económico y psicológico.

Palabras clave: diabetes mellitus, factores psicosociales, adherencia, abandono

PRÓLOGO

El tema de la diabetes en Guatemala es conocido de una manera superficial por la población guatemalteca; específicamente para algunos de los pacientes que han sido diagnosticados con la enfermedad parece no tener relevancia; y la atención médica se centra en la parte física, en el cuerpo, el tratamiento farmacológico, y la dieta sugerida pero los aspectos tanto sociales como psicológicos quedan en un segundo plano. Sin embargo las estadísticas a la fecha son alarmantes ya que la cifra de pacientes diagnosticados supera los treinta y cinco millones y cada día sigue en aumento los índices de mortandad debido a las complicaciones que a mediano o largo plazo sufren los pacientes que en un alto porcentaje no cumplen con la adherencia al tratamiento lo cual acelera el proceso de aparición de enfermedades como retinopatía, neuropatía, enfermedades coronarias, úlceras, etc. Los pacientes diabéticos tienen que lidiar con el proceso correspondiente a una adaptación forzada, a un cambio radical del estilo de vida que resulta molesto para la gran mayoría ya que se trata de abandonar por completo hábitos alimenticios y forma de vida a la que se estaba acostumbrado por tanto tiempo debido a que generalmente la diabetes se presenta en personas mayores de 40 años.

Al momento de recibir el impacto del diagnóstico el paciente presenta varios tipos de síntomas que van desde la negación, hasta un estado de shock y es precisamente en ese instante en donde se necesita el apoyo de un profesional de la salud mental para poder realizar el acompañamiento desde un principio y que el paciente pueda asimilar su condición y así procurar que ese proceso de duelo que tienen que vivir, siga su curso y no se queden estancados en alguna de las fases, tales como la negociación y la depresión.

La importancia de realizar una investigación de tipo clínico deriva de las cifras alarmantes de muertes que está cobrando la diabetes mellitus tipo II en Guatemala, cuyos objetivos estuvieron centrados en primera instancia en ampliar el conocimiento de los factores que influyen en la adherencia y abandono de tratamiento en pacientes diabéticos, para que tanto psicólogos, especialistas en diabetes como pacientes, puedan abordar integralmente el control de la enfermedad. Así también definir e identificar los factores

psicosociales asociados a la adherencia y abandono del tratamiento que deben llevar los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten a la Liga del Diabético.

En este caso uno de los mayores alcances fue el hecho de llegar más allá de la consulta médica en la Liga al obtener la comunicación con quienes participaron en la entrevista cualitativa y que abandonaron el tratamiento desde hace más de un año, quienes aportaron información relevante para el logro de los objetivos presentados en el proyecto.

Este estudio es de beneficio para la sociedad guatemalteca y específicamente para los directivos, profesionales de la Liga y por supuesto para los pacientes que están activos en las consultas para mejorar su nivel de adherencia al tratamiento y obtener un mejor abordaje para el control de la enfermedad.

Una de las limitantes que se tuvo en el trabajo de campo fue que algunos de los pacientes a quienes se les administró la escala de Likert tenían problemas de visión, otros llevaban dolor y molestias causadas por la neuropatía por lo que se les dificultó realizar la prueba por sí mismos y se les apoyó en ese sentido; sin embargo todos los participantes lo hicieron de forma muy amena y cordial.

Finalmente se brinda el más sincero agradecimiento a la Liga del Diabético, sus directivos, personal de enfermería y a los pacientes que hicieron posible la realización del estudio en beneficio de la sociedad guatemalteca.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema y marco teórico

1.1 Planteamiento inicial del problema

La diabetes es una enfermedad crónica que consiste en la elevación de la glucosa en sangre. En condiciones normales, el cuerpo transforma el alimento en azúcar y lo usa para obtener energía. La insulina es una hormona que segrega el páncreas cuya función principal es hacer que la glucosa, o azúcar, entre en las células del organismo. Cuando el cuerpo no produce insulina o la insulina no funciona bien, como ocurre en la diabetes, el azúcar se acumula en la sangre, esta acumulación provoca que los niveles de glucosa se eleven y a largo plazo pueden sufrir daños en el sistema nervioso central, muscular, afectando órganos como corazón, riñones, ojos, etc.

La Organización Panamericana de la Salud [OPS 2001], sostiene que el número de personas que padecen diabetes en el año 2000 era de 35 millones, de las cuales 19 millones (54%) viven en América Latina y El Caribe, la misma fuente indica que para el 2025 esta cifra podría ascender a 40 millones. Al año se registran 45, 000 muertes debido a esta condición según las estadísticas oficiales, pero esa estimación resulta conservadora, según el informe del Organismo de Salud Regional. "Se considera que la diabetes podría estar causando una mortalidad mucho mayor que la notificada en las estadísticas vitales. Es posible que el número total de muertes anuales relacionadas con la diabetes en Latinoamérica y El Caribe ascienda aproximadamente a 300.000", indicó la OPS.

Guatemala, un país que se encuentra en los primeros lugares del continente americano en los índices de pobreza con un 59% y extrema pobreza un 24% según datos oficiales, no cuenta con presupuesto en las instituciones hospitalarias para el mantenimiento de personas que padecen enfermedades crónicas, como es el caso de la DMTII, una de las cuatro ENT con los más altos índices de mortalidad en el mundo; ni mucho menos para realizar los tratamientos adecuados en las crisis. Si bien tratan de

mantener al paciente controlado no cuentan con equipo multidisciplinario que pudiese, de alguna manera, reducir las crisis a las que se enfrentan los pacientes diabéticos.

La clínica moderna, es decir la atención médica a pacientes diagnosticados con DMTII se centra en el aspecto físico, en el cuerpo; eso es el tratamiento farmacológico y la dieta sugerida, pero los aspectos psicosociales asociados a la adherencia y abandono del mismo, escapan del control médico y quizás de su interés, ya que en muchas instituciones se limitan a prescribir medicamentos para ir saneando lo que en el momento el paciente manifiesta que le está afectando.

El caso que nos interesa investigar es el de los pacientes diagnosticados con DMTII de la Liga del Diabético zona uno de Guatemala atendidos durante el año 2018, ya que según registros de la institución un 5% de los pacientes que son atendidos anualmente en sus clínicas, fallecen debido a complicaciones tales como evento cerebro vascular, enfermedad renal crónica, neuropatía, glaucoma, amputaciones y otros.

Al enfrentar un diagnóstico como el padecimiento de una enfermedad crónica como la diabetes el ser humano se ve afectado en alguno o todos los ámbitos; físicos, psicológicos, sociales, espirituales, familiares, económicos, etc., en detrimento de su calidad de vida ya que implica afrontar un proceso de adaptación a un cambio radical en el estilo de vida que hasta ese momento no le preocupaba, como ejemplo podemos mencionar: cambio en su dieta alimentaria totalmente diferente a la que generalmente está habituado, hacer ejercicios para quemar calorías y otros cuidados específicos que le son recomendados. Dependiendo los resultados de laboratorio que debe realizarse y si el médico lo considera pertinente, debe llevar un tratamiento farmacológico lo cual conlleva una gran dosis de disciplina, característica que no todas las personas tienen en la cultura guatemalteca, todo depende del estilo de vida del paciente diabético y su percepción al respecto.

El individuo que es diagnosticado con una enfermedad crónica generalmente pasa por un proceso de duelo, que va desde la negación, la ira, la negociación, la depresión hasta la aceptación, aunque no siempre se presentan las fases en la misma secuencia la mayoría inicia con la negación, no acepta el cambio, continúan sin ningún temor ni culpabilidad, bajo la consigna “de algo me tengo que morir” o “nadie se muere antes de

su hora”; en algunos casos también continúan consumiendo alcohol, tabaco u otros a los que se han acostumbrado, sin ninguna preocupación, o bien desplazan la realidad de su nueva condición y se administran los medicamentos pero no cambian su estilo de vida. Es decir no se adhieren al tratamiento. Además, existen múltiples factores psicosociales, elementos que condicionan una situación volviéndose la causa de la evolución o transformación de los hechos que se relacionan con el individuo y su entorno social tales como: sus recursos psicológicos, económicos, culturales y calidad de vida que influyen de forma extraordinaria positiva o negativamente en la actitud del paciente dentro de los que podemos mencionar la higiene y autocuidado, apoyo familiar, organización y apoyo comunal, dieta, control médico, ejercicio físico, la valoración que el individuo tiene de su condición física. También aspectos de su calidad de vida como la satisfacción con el tratamiento, el impacto que tiene en su persona, las preocupaciones de los efectos futuros de la diabetes y su bienestar en general.

La más adecuada definición de adherencia que se consideró es: “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” que plantean los autores López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ, (2016 p119)

Por lo tanto, la parte primordial a investigar fue ¿Qué es lo que hace a estos pacientes tomar esta conducta? ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la adherencia y abandono del tratamiento y dieta alimentaria de pacientes con DMTII?

1.2 Objetivos

Objetivo general

- ✓ Mejorar el conocimiento de los factores que influyen en la adherencia y abandono de tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, para que tanto especialistas en diabetes, psicólogos como pacientes puedan abordar integralmente el control de la enfermedad.

Objetivos específicos

- ✓ Definir los factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento y dieta alimentaria en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II.
- ✓ Identificar los factores psicosociales asociados al abandono del tratamiento en los pacientes diabéticos.
- ✓ Describir los resultados obtenidos en la investigación y socializarlos con los directivos de la institución.

1.03 MARCO TEÓRICO

1.03.1 Antecedentes

Con relación a las referencias contenidas en la investigación, se refleja que tanto a nivel nacional, como internacional, existe una alta expectativa para conocer los fenómenos asociados a la adherencia o abandono del tratamiento para pacientes diagnosticados con DMTH y el interés que estas investigaciones sean realizadas en otras poblaciones para poder comparar los fenómenos a nivel poblacional y quizá cultural, también para que algunos instrumentos utilizados adquieran un mayor grado de confiabilidad en función de las variables involucradas en ellos.

Existen investigaciones relacionadas a la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como alimentario, sin embargo, luego de las búsquedas correspondientes se encontró poca evidencia de estudios que hayan contemplado los factores psicosociales que influyen en dicha conducta, por lo que se presentan algunas realizadas a nivel nacional y otras a nivel internacional que relacionan únicamente los factores clínicos, factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento pero sobre todo muy poca evidencia con la parte subjetiva que también nos interesa conocer. Por lo tanto, se presentan referencias de investigaciones previas que tienen alguna relación con los objetivos de la investigación.

1.03.1.1 Antecedentes internacionales

“Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1”, en una muestra por conveniencia de 61 participantes de la Fundación de Diabetes Juvenil de Chile, cuyos resultados arrojaron que tan solo la mitad de los participantes presentó una adherencia adecuada a su tratamiento. La variable edad de los participantes no se asoció con la adherencia al tratamiento, no obstante los adolescentes de mayor edad, informaron menor adhesión a conductas pilares de tratamiento, como la cantidad de controles diarios de glicemia, y realización de deporte. (...) Los datos arrojados en esta investigación permitirán comparar el comportamiento de los pacientes guatemaltecos diagnosticados con diabetes. Lo que no podría conducir a relacionar que a mayor edad menor importancia al cuidado de la salud en el paciente diabético. (Ortiz, Manuel S. 2004)

Por otra parte en el Programa de Investigación en Neurociencias de la Universidad Católica de Costa Rica, en un estudio psicométrico, transaccional descriptivo investigaron los factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la DMII, con una muestra de 59 pacientes entre los 31 y 80 años, a través de la Escala de Adhesión al Tratamiento en Diabetes Mellitus Tipo II, versión III (EATDM-III) para conocer la utilidad y confiabilidad del instrumento. Los coeficientes de correlación entre factores permitieron detectar la relación que existe entre los diversos aspectos vinculados a la adhesión a tratamiento resaltando la importancia que sobre los demás ejercen: la valoración de la condición física y el apoyo familiar; además fue posible describir los aspectos que se encontraron por debajo de lo esperado, siendo la organización, el apoyo comunal y el ejercicio físico. La relación entre los eventos conductuales vinculados a controles médicos de la enfermedad, dieta, higiene y autocuidado fueron en general bajos, lo cual sugiere que estos factores deben ser explorados a detalle en futuras investigaciones. (...) Por cuestiones de similitud entre las dos culturas se optó por utilizar el mismo instrumento ya que está enfocado específicamente a la adherencia al tratamiento del paciente diabético y poder conocer el comportamiento de los pacientes. (Villalobos, Quirós, León, Brenes 2006)

En la tesis de Licenciatura en Enfermería, investigaron sobre el Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México con una muestra por conveniencia de 12 participantes diagnosticados con DMII. Resultados: Se percibió un bajo nivel de estrés en la muestra estudiada, se explican que en parte el nivel de escolaridad que tienen los participantes como un factor protector, lo cual concuerda con un estudio de Toledano et. al. Sin embargo, el estrés relacionado con la diabetes, pero específicamente el asociado al médico se encontró alto, lo cual podría deberse al tipo de relación médico-paciente y su personal de salud. La mayoría de los pacientes demostraron un buen control glicémico, aunque su nivel de autocuidado es bajo, en cuanto al estrés percibido en diabetes los niveles fueron bajo y moderado respectivamente. Se identificó un bajo nivel de acciones de autocuidado de los pacientes diabéticos (...) característica similar en el paciente diabético de Guatemala, especialmente en pacientes de la Liga del Diabético zona uno. (Arias, Guevara, Paz 2015)

1.03.1.2 Antecedentes nacionales

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se investigó los Factores de Riesgo Relacionados a la falta de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 en un estudio analítico transversal con una muestra de 648 pacientes diabéticos en tratamientos con insulina a quienes se les realizó una encuesta con los test de Moresby-Green, Haynes-Sackett y de Batalla para medir adherencia, cuyos resultados son: Los factores de riesgo asociados a la falta de adherencia son: edad entre 36 y 45 años, sexo masculino, casado, nivel de educación básica, nivel de ingreso entre Q. 2,700.00 y Q. 5,836.00 y tiempo de evolución de tratamiento de 6 meses a un año, lo cual es un indicador que algunos pacientes en el primer año de evolución resta importancia a las advertencias de las consecuencias a largo plazo de la enfermedad debido a la etapa del proceso de duelo (negación) que enfrenta. (Flores, Samayoa A. 2018)

1.03.2 Definición

Según la OMS en su informe anual sobre la diabetes, la define como una grave enfermedad crónica que se desencadena: 1) Cuando el páncreas no produce suficiente insulina (la hormona que se encarga de regular el nivel de azúcar o glucosa en sangre. 2) Cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT), seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA 2000) define la Diabetes Mellitus como una alteración metabólica principalmente caracterizada por una elevación de la glucemia, con complicaciones micro vasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía diabética), complicaciones macro vasculares (enfermedad coronaria, eventos cerebro vasculares y enfermedad arterial periférica) que incrementan sustancialmente la morbilidad y la mortalidad asociada con la enfermedad y a su vez empobrece la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

1.03.3 Clasificación de la diabetes

Los valores en sangre se han definido de la siguiente forma: glicemia en ayunas ≥ 126 mg/del ó ≥ 200 mg/dL a las 2 horas de una carga de glucosa con 75 g orales, en más de 2 ocasiones. Estos parámetros son similares en los diferentes tipos de diabetes que se presentan en la actualidad, para lo cual describiremos los más frecuentes según su clasificación:

1.03.3.1 Diabetes insulina-dependiente conocida como diabetes tipo I. Según Taylor, Shelley (2003) este tipo se caracteriza por la aparición abrupta de los síntomas, debido a la falta de producción de insulina por las células beta del páncreas, este trastorno puede deberse a una infección viral o una reacción autoinmune y probablemente tiene también un componente genético. En la diabetes tipo I, el sistema inmune identifica equivocadamente a las células del páncreas como invasoras y por lo tanto las destruye, poniendo en peligro o eliminando su capacidad para producir la insulina.

Generalmente se caracteriza por el aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia), baja de peso inexplicable, entumecimiento de las extremidades, neuropatías (dolor y adormecimiento de extremidades u otras partes del cuerpo, fatiga, visión borrosa. También en algunos casos se presentan infecciones recurrentes o graves, pérdida de la conciencia, náuseas, vómitos intensos (causantes de cetoacidosis) y finalmente un estado de coma.

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) la cetoacidosis es más común en la diabetes tipo 1 que en la tipo 2; es una afección grave que puede producir un coma diabético (perder el conocimiento por mucho tiempo) o incluso la muerte. Cuando las células no están recibiendo la glucosa que necesitan como fuente de energía, el cuerpo comienza a quemar grasa para tener energía, lo que produce cetonas. Las cetonas son químicos que el cuerpo crea cuando quema grasa para usarla como energía. El cuerpo hace esto cuando no tiene suficiente insulina para usar glucosa, la fuente normal de energía de su cuerpo. Cuando las cetonas se acumulan, hace que su sangre

sea más ácida. Son una señal de advertencia de que la diabetes está fuera de control, este hallazgo generalmente requiere hospitalización. Aunque no es muy común en DMTII se presentan algunos casos con esta condición en la Liga del Diabético de la zona uno, que requieren consulta.

1.03.3.2 Diabetes mellitus tipo II (DMTII). En el metabolismo de la glucosa existe un delicado equilibrio entre la producción y la respuesta ante la insulina. Cuando se ingiere la comida, los carbohidratos se fraccionan en glucosa; la glucosa pasa del intestino a la sangre, donde es transportada al hígado y otros órganos. La elevación de los niveles de la glucosa en sangre hace que el páncreas segregue insulina hacia el torrente sanguíneo, cuando este equilibrio se rompe, se establecen las condiciones para la DMTII. Primero los músculos, la grasa y el hígado pierden gran parte de su capacidad para responder a la insulina; un trastorno conocido como resistencia a la insulina. Como respuesta a esta resistencia el páncreas aumenta temporalmente su producción y es precisamente en este momento que las células que producen la insulina dejan de trabajar, dando como resultado que la insulina baje y que el equilibrio entre la acción de insulina se rompa generando así la denominada DMTII que es la más frecuente en el mundo y es la que generalmente no presenta los síntomas al momento de su aparición, es por ello que es también la que menos importancia le dan quienes la padecen.

Este trastorno es asociado generalmente a la edad madura principalmente adultos de más de cuarenta años de edad con generalización de obesidad, antecedentes familiares diabéticos, vida sedentaria y otros. Personas que tienen historial clínico de hipertensión arterial, dislipidemia (colesterol sanguíneo anormal) y obesidad de la parte media del cuerpo; tienden a tener una mayor probabilidad de padecer la enfermedad.

Algunos pacientes no presentan síntoma alguno de la enfermedad pero otras personas tienen uno o varios de los siguientes signos y síntomas: Aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable. También pueden presentarse en algunos casos, entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies, visión borrosa y una mayor tendencia a contraer infecciones. (Rubín, 2011)

1.03.3.3 Diabetes gestacional. Según la OMS, se caracteriza por hiperglucemia de intensidad variable diagnosticada durante el embarazo (sin que haya habido diabetes anteriormente) y que por lo general aunque no siempre, desaparece en un plazo aproximadamente de seis semanas después del parto. Los riesgos que el trastorno plantea son anomalías congénitas, peso excesivo al nacer y riesgo elevado de muerte perinatal. También aumenta el riesgo de que en alguna etapa posterior de la vida, la mujer contraiga Diabetes Mellitus Tipo II.

Dentro de las características principales se encuentran la presencia de sed intensa, mayor frecuencia urinaria pero puede haber otras manifestaciones. Como el embarazo por sí mismo causa aumento de la frecuencia urinaria, es difícil determinar cuándo es anormal.

El desarrollo de una criatura más grande del promedio (que se detecta en un examen prenatal ordinario) puede llevar a efectuar las pruebas de tamizaje para descartar la diabetes del embarazo. Se puede diagnosticar entre las semanas 24 y 28 de la gestación se practica la prueba de tolerancia oral a la glucosa tras un ayuno nocturno (se determina la glucosa plasmática en ayunas y luego dos horas después de ingerir una solución con 75 g de glucosa). Una concentración $\geq 7,8$ mol/L (o 140 mg/del) establece el diagnóstico de diabetes del embarazo.

Si las concentraciones sanguíneas en ayunas y dos horas después (fase post- prandial) aparecen elevadas en el primer trimestre del embarazo, ello puede indicar que la diabetes sacarina ya estaba presente antes de este, lo que se considera un trastorno distinto con diferentes implicaciones.

1.03.4 Marco conceptual

1.03.4.1 Factores psicosociales. En la tesis de licenciatura denominada Estrés y ansiedad en pacientes con y sin adherencia a tratamiento, realizada en Lima, Perú, el autor encuentra que el impacto al recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes puede manifestarse a través de diversas reacciones tanto por parte del paciente y de la familia como del entorno social laboral o escolar; así mismo es relevante señalar que las reacciones del propio paciente dependerá en una primera fase de cómo haya llegado clínicamente al diagnóstico, es así que, el paciente recibe de manera distinta el diagnóstico

de la diabetes mellitus tipo 2, cuando se ha realizado un examen de rutina, encontrándose clínicamente bien sin ninguna sintomatología, que a diferencia de la persona diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1, en situación de dolor abdominal, náuseas, vómitos, etc., y que el médico le informe que tendrá que seguir con el tratamiento durante toda su vida mientras los avances en la investigación biomédica no adquieran la cura de esta enfermedad. (Patilla, V. 2016)

A pesar de ciertas diferencias que pueden presentarse al reportar un diagnóstico, la persona con diabetes como enfermo crónico puede experimentar diversos cambios de orden psicológico, profesional, familiar, social y también económico.

El diagnóstico de una enfermedad crónica supone una ruptura del estado de salud que la persona disfrutaba hasta el momento, por lo que afrontar este nuevo estado de salud genera que se activen mecanismos psicológicos que al pasar por diversos estados emocionales podrían evitar que el paciente, tras su nueva condición, logre adaptarse al cambio que debe realizar en su vida.

Estas fases han sido descritas también en la mayoría de otras enfermedades crónicas como reacciones emocionales ligadas al duelo (duelo por la pérdida del estado de salud previo). Las reacciones pueden ir desde la sorpresa a la negación de la realidad.

Fase de negación. El paciente puede pensar que ha sido un error del laboratorio, que el diagnóstico no es correcto. Y es donde el paciente deja de asistir por un largo periodo al centro médico restando importancia al diagnóstico.

Fase de protesta. Son propias en esta fase las reacciones de cólera, rabia, rebeldía en conocer la enfermedad. Pueden presentar reacciones que llegan a ir desde la inhibición o melancolía como consecuencia de conocer cuáles son las enfermedades que a largo plazo pueden ocurrir, en caso de no llevar el control al pie de la letra.

Fase de pacto. "Comer bajo en grasa y azúcares, de ahí no más".

Fase de adaptación. En esta fase se da la aceptación del diagnóstico, en el cual el paciente adoptaría un papel más activo en el autocontrol de su tratamiento. La calidad y la rapidez de aceptación de la enfermedad son muy variables dependiendo sobre todo de la personalidad del paciente y el soporte familiar. No todas las personas con diabetes pasan

por estas fases, ni lo hacen en el orden mencionado, pudiendo por ejemplo llegar a la fase de adaptación y luego regresar a la fase de negación, pudiendo ser vividas de manera independiente y no sincronizada por el paciente y su familia.

Existen algunos trabajos que pudieran considerarse incompatibles para pacientes que padecen diabetes; de manera especial en los que hay responsabilidad con terceros como podrían ser conducir un autobús, trenes, aviones, debido a que una de las características de los pacientes diabéticos es que mantienen más sueño que quienes no la padecen y podrían poner en riesgo su vida y la de terceros en caso se llegan a dormir al conducir algún tipo de maquinaria como la mencionada. Ante esto la mayoría de los pacientes, se encuentra ante el dilema si debe o no informar de su condición de diabético y se cuestionan preguntas frecuentes: ¿Puede ser que no me den el trabajo si informo mi condición de diabético? ¿Me pueden trasladar de lugar o de departamento?

1.03.4.1.1 Apoyo familiar. El apoyo familiar es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad. Las situaciones adversas que generan estrés en el individuo y se acompañan de un cambio vital, alcanzan la categoría de acontecimientos vitales estresantes siendo un obstáculo para el cumplimiento del régimen terapéutico como coadyuvante en la adaptación al cambio, ya que puede verse disminuido o desinteresado, en caso de algunas parejas podría suceder que quien no la padece no le tome la importancia de la nueva condición de su pareja o no se informe de los posibles síntomas que pudiese padecer y se den los problemas matrimoniales, que es una de las quejas de algunos de los pacientes que asisten a la Liga del Diabético.

1.03.4.1.2 Organización y apoyo comunal. Como una oportunidad que puede recibir el paciente diabético de mejorar en el estilo de vida por ejemplo en las Municipalidades o Iglesias en donde promueven la prevención de las enfermedades mediante jornadas médicas para detectar cualquier alteración en el estado de salud de los miembros de la comunidad y que en la actualidad en la ciudad de Guatemala ya se tiene conocimiento de algunas entidades que están prestando este servicio a su comunidad.

1.03.4.1.3 Ejercicio físico. Es otro factor de suma importancia útil en el mantenimiento y control de la enfermedad que el paciente diabético debe realizar, sin embargo, los clínicos mencionan que dicha actividad es dejada de lado ya que el realizarlo implica un esfuerzo extra, una disciplina diferente que tomando en cuenta algunos síntomas característicos de la enfermedad como el exceso de sueño o fatiga es difícil de realizar para algunos pacientes, sin embargo es una de las quejas más frecuentes del personal médico que sus pacientes no acceden a realizar ejercicio físico. Desde el punto de vista psicológico estas tres primeras variables son valiosas en la revisión de las condiciones emocionales de apoyo y de sostén (Villalobos, et. Al 2015)

1.03.4.1.4 Control médico. Va relacionado a la cultura preventiva, otro factor casi nulo en Guatemala, el tiempo que se aparte para asistir a chequeos anuales a manera de prevención sea por la falta de recursos económicos para realizarlos o por desinterés es un aspecto que no cuenta con prioridad para muchos guatemaltecos y es muy probable que las personas que no acostumbran realizarse chequeos preventivos, difícilmente cumplan con las citas luego de tener un diagnóstico como la diabetes, como lo es el caso de algunos pacientes de la Liga del Diabético.

El tratamiento farmacológico para la enfermedad dependerá de la situación individual y estilo de vida de cada paciente, pero en la mayoría de los casos, se les recomienda tratamiento farmacológico el cual generalmente incluye medicamentos orales como sitagliptina, sola o combinada con metformina, metformina e insulina; o con insulina únicamente, y otros que le brindan al páncreas un apoyo para que sea más funcional en la secreción de la insulina, además un plan de dieta sugerida que disminuye el consumo de azúcares y grasas; siendo éste último uno de los menos aceptados por los pacientes, específicamente quienes padecen la DMTII que generalmente no presenta síntomas en los primeros años.

1.03.4.1.5 Higiene y autocuidado. Factor que el paciente diabético debe poner especial atención por ejemplo los pies; debe lavarlos utilizando accesorios y cremas especiales que ayuden a mejorar la circulación de la sangre, se debe visitar al podólogo para que corte las uñas ya que en muchos casos se encarnan, es decir se incrustan dentro de la piel de los dedos del pie y es imposible realizar el corte, condición que requiere del apoyo de un especialista ya que con el padecimiento de la enfermedad las terminales nerviosas de esa parte del cuerpo se inflaman y se presentan las neuropatías que en la mayoría de los casos es en las extremidades inferiores causando un hormigueo, ardor y dolor que le impide al paciente llevar una vida tranquila y en el peor de los casos podría causar también necrosis del tejido y la pérdida de dichos miembros por las amputaciones.

1.03.4.1.6 Dieta alimentaria. En la edición No. 44 de la Revista Diabética indica que dentro de los consejos dietéticos se encuentra la ingesta de cereales, tales como arroz, trigo, maíz, centeno, etc. Productos elaborados como panes, palomitas de maíz y galletas integrales las cuales aportan hidratos de carbono de absorción lenta y fibra. (Marín, M. 2017)

También el consumo a diario de aceite vegetal, principalmente de oliva para cocinar, comer a diario verduras, hortalizas, tanto crudas como cocidas, frutas frescas en lugar de zumos de fruta. Las carnes más aconsejadas son carne de pollo o pavo sin piel, conejo, paloma, codorniz, y los pescados que se puede comer tanto blancos como azules. Lo cual la mayoría de los pacientes diabéticos ignoran, mencionó.

Para facilitar al paciente diabético un consumo adecuado de fibra se aconseja comer cinco frutas al día, un plato de ensalada fresca, tres rebanadas de pan integral y una taza de lentejas, dos cucharadas de salvado de trigo, una taza de habas y dos naranjas. Todas estas sugerencias dietéticas ayuda a que el paciente pueda mantener un nivel adecuado de glicemia en sangre y evitar la subida de azúcar que ocasiona visión borrosa, sequedad en la boca, mareos que podrían llegar a la pérdida del conocimiento en algunos casos, sin embargo, es éste el factor que más problemas ocasiona en la vida del paciente y de sus familiares. (Menchu, M. Torún, Elías. 2012)

1.03.4.1.7 Valoración de la condición física. Esta valoración por parte del paciente implica la relación entre el ejercicio físico y la percepción que el paciente tiene sobre su condición física como paciente de una enfermedad de la cual no hay cura hasta el momento, pero se puede lograr mantener una calidad de vida saludable mientras se sigan las sugerencias médicas y del psicólogo.

1.03.4.2 Adherencia: La OMS define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el cincuenta por ciento de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

De acuerdo con dos reconocidos epidemiólogos Hayes y Scakett, un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y por último otro tercio no lo toma nunca. Son muchas las causas que influyen en la falta de adherencia. Según señaló la doctora Ana Pastor, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, las causas principales de la no adherencia son: Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos), instrucciones insuficientes, fallo en la relación médico-paciente, desacuerdo del paciente respecto al tratamiento, siendo éste otro factor importante de identificar en la investigación, ya que generalmente no se le presta atención a este rubro.

Taylor, Shelley, E (2003) Los diabéticos tipo II suelen no darse cuenta de los riesgos para la salud con los que se enfrentan; en una encuesta se encontró que solo la tercera parte de los pacientes diagnosticados con diabetes se daba cuenta que la enfermedad cardiaca es una de la complicaciones más serias que podrían tener, por supuesto que la educación es un componente importante en la intervención. Para este grupo la adherencia parece deberse más bien a factores situacionales pasajeros como por ejemplo estrés psicológico y presión social para comer (ansiedad).

Las personas que tienen buenas habilidades de autocontrol tienen más éxito en el control glicémico en virtud de una mayor adherencia al régimen de tratamiento. Las características de los regímenes de tratamiento para la diabetes contribuyen a los bajos índices de adherencia, concretamente, los principales factores que requieren de autocontrol, dieta y ejercicio, son factores de estilos de vida, y como es sabido la adherencia a recomendaciones para modificar el estilo de vida es muy baja. Una de razones es que, con frecuencia, estas indicaciones no se consideran como indicaciones médicas, sino solo como recomendables y discrecionales, y entonces los pacientes no logran seguir estos regímenes o los modifican de acuerdo a sus propias teorías o deseos.

Las personas que tratan de tener un control estricto sobre la dieta son asediadas constantemente por las tentaciones para alejarse del curso preestablecido y las personas que reteniendo muchas ocupaciones diarias tratan de hacer el ejercicio, fácilmente olvidan la actividad cuando existen otras demandas que parecen más apremiantes o necesarias, restringir voluntariamente la ingestión de calorías, dejar de comer, suena como autocastigo que el paciente no está dispuesto a recibir y se puede ver reflejado en las creencias de algunas personas diabéticas sobre la DMII.

Según el American College of Cardiology (ACC 2012), los pacientes diagnosticados con diabetes, están en riesgo de tener otros problemas de salud, cuando los niveles de azúcar en su sangre permanecen altos durante mucho tiempo. Los niveles altos de azúcar en la sangre provocan daños en los ojos (retinopatía, glaucoma), neuropatías en cualquier parte del cuerpo, enfermedad renal crónica, mayor probabilidad de eventos cerebrovasculares, pie diabético, amputaciones y otros. Por regla general, mientras mayor sea su nivel de azúcar en la sangre, y mientras más tiempo permanezca alto, mayor es su probabilidad de tener otros problemas de salud. Cuanto más se acerca a los niveles normales, menor es el riesgo de complicaciones.

1.03.4.3 Abandono. Acción o efecto de abandonar, desamparar, dejar, desistir, marcharse, renunciar, ignorar, descuidar cualquier elemento que sea considerado como posesión o responsabilidad de un individuo.

El paciente diabético al momento de haber pasado por algunas etapas después del diagnóstico y se da cuenta que existe una condición diferente, por lo general busca apoyo médico y es posible que lo encuentre en el primer lugar al que acuda en busca de ayuda que probablemente sea un Centro de Especialidades, el Seguro Social o médicos particulares que le escuchen, le expliquen y le apoyen con medicamentos y sugerencias que deben llevar a cabo a partir de ese momento; pero en un sentido cordial; es decir un lugar donde el paciente se siente bienvenido y comprendido.

Estos elementos subjetivos se logran asentar al momento en que se va formando una alianza entre médico y paciente que debe provocar un clima de confianza por parte del paciente, un sentirse bien al momento de entrar al consultorio y sobre todo poder expresar todo lo acontecido entre una cita y otra para lograr una mejoría o remisión de los síntomas, por ejemplo. El paciente siente que las sugerencias médicas en cuanto al cambio del estilo de vida (que ya de hecho trae consigo una carga emocional por la pérdida de libertad en la alimentación, hábitos de sueño y otros) le están ayudando a mantenerse y convivir con la enfermedad y logra entrar a una zona de confort que le permite estar bien aún con la nueva condición. Pero, ¿qué pasa al momento que esta alianza se quiebra, sea porque el médico tratante con quien estableció dicha alianza fue trasladado o removido de su cargo en dicha entidad? El yo se ve amenazado por un cambio e intenta por todos los medios creer que todo seguirá igual, sin embargo realiza mecanismos de defensa para evitar que esa zona de confort a la que ya se había acostumbrado sea aniquilada, aún con un yo lesionado, trata de llevarse bien con el nuevo médico que estará a cargo de su caso, por lo menos por algún tiempo, y es fácil conseguir la alianza si el nuevo médico es casi una copia del anterior; sin embargo, cuando es totalmente opuesto; se activan algunos mecanismos de defensa para evitar el displacer a toda costa dando paso finalmente a la “huida” o abandono del tratamiento, las consultas médicas y quizá también la dieta.

CAPÍTULO II

Técnicas e Instrumentos

2.01 Enfoques de la investigación

2.01.1 Mixto

Se eligió el enfoque mixto por la naturaleza de la investigación ya que requiere una combinación del enfoque cuantitativo y cualitativo en la que se busca conocer además de los factores que influyen en la adherencia los factores asociados al abandono del tratamiento.

2.01.1.1 Cuantitativo. Con el enfoque cuantitativo se recoge información sobre la variable adherencia, se utilizará un diseño descriptivo para poder especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas que asisten a la Liga del Diabético. Los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación, tal es el caso de la adherencia al tratamiento de la DMTII.

2.01.1.2 Cualitativo. Los estudios cualitativos se enfocan en comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación a su propio contexto y se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean. Hernández, Fernández & Baptista (2014 p.358)

2.02 Técnicas

2.02.1 Técnicas de muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, intencional, los informantes fueron seleccionados bajo criterios de inclusión específicos para el efecto y que son detallados más adelante.

2.02.2 Técnicas de recolección de datos

2.02.2.1 Cuantitativo. La escala tipo Likert que se presentó a los participantes es en forma de afirmación donde se le pide que escoja uno de los cinco puntos o categorías de la escala, cada punto ya tiene un valor numérico asignado, lo que permite obtener la puntuación por cada respuesta que haya elegido en cada afirmación.

2.02.2.2 Cualitativo. Entrevista semi-estructurada que contiene diez preguntas cuyas respuestas nos permitió conocer elementos subjetivos que dieron paso al abandono del tratamiento sin notificar a la institución su decisión.

2.02.3 Técnicas de análisis de datos

2.02.3.1 Análisis cuantitativo. Los datos fueron analizados por medio del Programa IBM –Spss y presentados con tablas de frecuencias.

2.02.3.2 Análisis cualitativo. Los datos se analizaron por medio de matrices que contiene el Programa Excel, tras reducción de los datos, y textualizaciones de las respuestas se realizó la interpretación.

2.03 Instrumentos

2.03.1 Escala de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, versión III (EATDM – III ©). El instrumento EATDM – III©, está orientado a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente con Diabetes Mellitus II, se compone dos partes (I) Información sociodemográfica y (II) serie siete factores que son: (1) Apoyo familiar, (2) Organización y apoyo comunal, (3) Ejercicio físico, (4) Control médico, (5) Higiene y autocuidado, (6) Dieta y (7) Valoración de la condición física; con un total de 55 ítems que se leen de la siguiente forma: (0) nunca lo hago, (1) Casi nunca lo hago =1-33% de las ocasiones, (2) Lo hago regularmente= 34-66% de las ocasiones, Casi siempre lo hago = 67-99% de las ocasiones y Siempre lo hago = el 100% de las ocasiones.

2.03.2 Guía semi-estructurada para entrevista cualitativa. La guía semi-estructurada para la entrevista consta de diez preguntas orientadas a propiciar en el paciente la generación de ideas para expresar las vivencias que le llevaron a tomar la decisión de abandonar el tratamiento en la institución.

2.03.3 Consentimiento informado. Uno de los presupuestos esenciales dentro de la investigación científica es el consentimiento del paciente, el cual debe ser otorgado de forma libre, clara, espontánea, voluntaria y consciente, una vez que el médico le haya informado la naturaleza de la intervención, con sus riesgos y beneficios (Arroyo, Castro, L. 2012), en este caso se utilizó el modelo sugerido por Ciep's.

2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables

Objetivos	Definición Conceptual Categoría/Variables.		Definición Operacional /Indicadores			Técnicas/Instrumentos.
Mejorar el conocimiento de los factores que influyen en la adherencia y abandono de tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, para que tanto los especialistas en diabetes, psicólogos como los pacientes puedan abordar integralmente el control de la enfermedad.	Diabetes Mellitus Tipo II.	Grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. (OMS)	Información Socio Demográfica	Sexo	(1) Hombre (2) Mujer	Escala de adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II, Versión III EATDM-III. I parte.
				Edad en años	(1) 31-40 (2) 41-50 (3) 51-60 (4) 61-70 (5) 71-80	
				Nivel Educativo	(1) Primaria (2) Secundaria (3) Universidad	
				Estado Civil	(1) Soltero (2) Casado (3) Viudo (4) Divorciado	
Definir los factores psicosociales asociados a la adherencia al	Factores Psicosociales	Elementos que condicionan una situación volviéndose la causa de la evolución o	Recursos Psicológicos: actitudinales	Higiene y autocuidado		EATDM-III. II parte. (55 ítems)

tratamiento y dieta alimentaria en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II	Adherencia	transformación de los hechos que se relacionan entre el individuo y su entorno social. Grado en el que una persona sigue las prescripciones según indicaciones de su médico.	Sociales: Relacionales	Apoyo familiar Organización y apoyo Comunal		
			Económicos:	Dieta Control Médico		
			Culturales: Conocimientos y costumbres.	Ejercicio físico Valoración de la condición física.		
Identificar los factores psicosociales asociados al abandono del tratamiento en pacientes diabéticos.	Abandono	Acción o efecto de abandonar, desamparar, dejar, desistir, marcharse, renunciar, ignorar, descuidar cualquier elemento que sea considerado como posesión o responsabilidad de un individuo.	Cognitivo	Pensamientos	Apoyo	Entrevista cualitativa semi estructurada de diez preguntas.
Afectivo	Sentimientos	Emociones/significado de vida.				
Conductual	Actitudes	Factores que determinaron el abandono.				

CAPÍTULO III

Presentación, Interpretación y análisis de los resultados.

3.01 Características del Lugar y de la muestra

3.01.1 Características del lugar

Liga del Diabético

Institución privada no lucrativa de beneficio social ubicada en la once calle uno guión veintisiete de la zona uno, también denominada Casa del Diabético.

Misión:

Prevenir, detectar y controlar la diabetes en Guatemala, brindando al paciente educación médica continua, tratamiento de la enfermedad y medicamentos.

Visión:

Ser la institución líder y de referencia en Guatemala, en prevenir, detectar y tratar la diabetes, para brindar una mejor calidad y expectativa de vida al paciente, de manera que pueda contribuir al desarrollo del país.

Objetivos:

Prevenir a la población por medio de información.

Detectar la enfermedad y proveer educación medico nutricional.

Brindar tratamiento medico

Especialidades que ofrece la institución:

Clínica de pie diabético

Diabetología

Cardiología

Endocrinología

Oftalmología

Nefrología

Flebología

Odontología

Ginecología

Nutricionista

Urología

Gerente de Operaciones

Lic. Julio César Ac.

Es quien autoriza la realización de la investigación en la institución, porque considera que la misma, se ajusta a la necesidad que tiene la entidad, brindando el apoyo de personal calificado, expedientes, instalaciones para la ejecución del proyecto.

Secretaria

Rocío Paíz.

Es el contacto entre institución e investigadora para reuniones, solicitudes de información, etc.

Enfermera

Ceila Menchú y su equipo de enfermería.

Asignada para apoyar a la investigadora en la recolección de datos tanto cuantitativos como cualitativos, quien colaboró con mucho entusiasmo en la ejecución del proyecto en sus diferentes fases.

3.01.2 Características de la muestra

De una población (N) = 200 pacientes se eligió una muestra (n) = 59 informantes la cual es constituida por un grupo heterogéneo, en edades comprendidas entre los 31 y 80 años, hombres y mujeres, alfabetos, que fueron atendidos en la consulta externa de la Liga del Diabético de la zona uno ciudad de Guatemala, durante el año 2018 y que dieron su consentimiento informado para participar.

Estadísticas muestrales:

$$\frac{n = Z^2 pq}{d^2}$$

Z² = Nivel de confianza: 90%

p = proporción esperada

q = 1 - p

d = precisión de 10%

n = 52

3.02 Presentación e interpretación de resultados:

3.02.1 Cuantitativo:

A continuación, se presenta los resultados estadísticos arrojados tras la aplicación de la escala de Adherencia al Tratamiento en diabetes Mellitus II, versión III, (EATDM-III) que fue aplicada a 52 pacientes que asisten a la Liga del Diabético de la zona uno, ciudad Guatemala.

El instrumento consta de cincuenta y cinco oraciones, está orientado a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia integral del paciente diabético y que tratan sobre factores comportamentales, utiliza una escala Likert de cinco opciones que evalúan la frecuencia de ejecución de la situación.

El Alfa de Cronbach total arrojó una confiabilidad de .908 en la escala total; la confiabilidad de cada factor fue la siguiente: Apoyo familiar .875, organización y apoyo comunal .600, Ejercicio físico .886, control médico .33, Higiene y autocuidado .464, Dieta .717, Valoración de la condición física .986 que promedian .908

Tabla No. 1.

El alfa de Cronbach

Escala: Escala total

Estadísticas de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
.908	55

El apoyo familiar implica la comprensión del proceso por el cual está pasando la persona que se encuentra padeciendo una enfermedad crónica.

Tabla No. 2

Apoyo familiar

<i>Apoyo familiar (Agrupada)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	28.8	28.8	28.8
	Medio	22	23.1	23.1	51.9
	Alto	25	48.1	48.1	100.0
Total		52	100.0	100.0	

De acuerdo a los datos reflejados en la tabla No. 2 un 28.8% de la muestra presentó tener un bajo nivel de apoyo familiar; un 23.1% de la misma presentó un nivel medio y un 48.1% un nivel alto de apoyo familiar, lo cual denota que únicamente un 50% de la población cuenta con el apoyo necesario en el proceso.

La organización y apoyo comunal es el tipo de apoyo que la comunidad le brinda a las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II, aunque no todos los países tienen esta cultura, Guatemala está apenas tomando iniciativas y propuestas al respecto.

Tabla No. 3

Organización y apoyo comunal

<i>Organización Apoyo comunal (Agrupada)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	16	30.8	30.8	30.8
	Medio	18	34.6	34.6	65.4
	Alto	18	34.6	34.6	100.0
Total		52	100.0	100.00	

Los resultados de la tabla 3 reflejan que un 30% de la población no recibe algún tipo de apoyo comunal y no existe alguna organización para apoyar al paciente diabético; el 34.6% recibe cierto tipo de apoyo comunal y el otro 34.6% de los participantes sí recibe apoyo comunal, cifras que dejan cierta preocupación ya que cada día se incrementa el número de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas como la DMII.

El ejercicio físico es un factor que mide la emisión de comportamientos vinculados con la actividad física, ejercicio y mantenimiento de horarios para realizarlo y la percepción que se tiene del cuerpo al desarrollar ejercicio; además la relación con el tratamiento médico.

Tabla No. 4

Ejercicio físico

<i>Ejercicio físico (Agrupada)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	28.8	29.4	29.4
	Medio	12	23.1	23.5	52.9
	Alto	24	46.2	47.1	100.0
	Total	51	98.1	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.9		
Total		52	100.0		

Los resultados obtenidos en la Tabla No. 4 indican que un 29.4% de los participantes tienen un nivel bajo de realización de ejercicio, un 23.5% un nivel medio y un 47.1% sí realizan ejercicio como coadyuvante en el tratamiento de la DMTII.

El control médico es un factor que mide el tipo lugar y conductas relacionadas con el control médico y preventivo de la DMTII.

Tabla No. 5

Control médico

<i>Control Médico (Agrupada)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	28.8	28.8	28.8
	Medio	15	28.8	28.8	57.7
	Alto	22	42.3	42.3	100.0
Total		52	100.0	100.0	

Los resultados de la tabla No. 5 reflejan que un 28.8% de los participantes tienen un bajo nivel de adherencia, otro 28.8% un nivel medio y un 42.3% sí tienen un alto control médico.

La higiene y el autocuidado es otro de los factores de suma importancia en el proceso, este factor cuenta con ítems que mezclan conductas vinculadas al mantenimiento de la dieta y conductas de autocuidado específico como lavarse los pies y utilizar los medicamentos apropiados.

Tabla No. 6

Higiene y autocuidado

<i>Higiene Autocuidado (Agrupada)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	14	26.9	27.5	27.5%
	Medio	20	38.5	39.2	66.7%
	Alto	17	32.7	33.3	100.0%
	Total	51	98.1	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.9		
Total		52	100.0	100.0	

Los resultados de este factor reflejan que un 27.5% de los participantes tienen un bajo nivel de adherencia, un 39.2% un nivel medio y únicamente el 33.3% tienen un alto nivel de adherencia.

La dieta es un factor que es indispensable poner atención, incluye ítems que giran sobre la dieta que deben consumir las personas con DMTII.

Tabla No. 7

Dieta

<i>Dieta (Agrupada)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	14	26.9	26.9	26.9
	Medio	14	26.9	26.9	53.8
	Alto	24	46.2	46.2	100.0
Total		52	100.0	100.0	

Los resultados obtenidos en la tabla No. 7 fueron un 26.9% de los participantes tienen un nivel bajo de adherencia a la dieta, otro 26.9% un nivel medio y un 46.2% un alto nivel de adherencia a la dieta.

La valoración de la condición física, aborda dos ítems que describen la relación entre el ejercicio físico y percepción sobre la condición física.

Tabla No. 8

Valoración de la condición física.

Valoración condición física (Agrupada)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	24	46.2	46.2	46.2
	Medio	2	3.8	3.8	50.0
	Alto	26	50.0	50.0	100.0
Total		52	100.0	100.0	

Los resultados de la tabla No. 8 reflejan que un 46.2% de los participantes presentan un bajo nivel de conocimiento sobre su condición, un 3.8% un nivel medio y un 50% un nivel alto de conocimiento.

La adherencia al tratamiento para el mantenimiento y control de los pacientes con enfermedades crónicas y específicamente en el caso de personas con Diabetes Mellitus tipo II es un elemento primordial para lograr tener una mejor calidad de vida ya que en el cumplimiento del mismo se logra estabilizar los niveles de azúcar del paciente por lo tanto se reduce el riesgo de la elevación de glucosa en sangre y las complicaciones.

Tabla No. 9

Total Adherencia

Total adherencia (Agrupada)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	13	25.0	25.0	25.0
	Medio	26	50.0	50.0	75.0
	Alto	13	25.0	25.0	100.0
Total		52	100.0	100.0	

Conforme los resultados en la tabla 9, los niveles en general de adherencia total que presentan los pacientes que asisten a la LDD fueron los siguientes: Bajo nivel de adherencia un 25% de la muestra, Nivel medio de adherencia un 50% y Alto nivel de adherencia únicamente el 25% de los participantes; lo cual es un indicador de que los pacientes no logran cumplir a cabalidad con el tratamiento farmacológico, dieta, ejercicio físico.

Dentro la información sociodemográfica contenida en la parte I de la escala EATDMIII aplicada a los pacientes de la LDD se encuentran las siguientes: Sexo (1) Hombre (2) mujer; Edad en años : (1) 31-40, (2) 41-50, (3) 51-60, (4) 61-70, (5) 71-80; Nivel educativo: (1) Primaria, (2) Secundaria y (3) Universidad; Estado civil: (1) soltero (a), (2) casado(a), (3) viudo(a) y (4) Unión libre; de las cuales se presentan los resultados por medio de tablas cruzadas para una mejor comprensión de las mismas.

Tabla No. 10

Sexo.

Tabla cruzada Total adherencia (Agrupada)*Sexo					
			Sexo		Total
			Mujer	Hombre	
Total adherencia (Agrupada)	Bajo	Recuento	12	1	13
		% dentro de Total adherencia (Agrupada)	92.3%	7.7%	100.0%
	Medio	Recuento	12	1	13
		% dentro de Total adherencia (Agrupada)	92.3%	7.7%	100.0%
	Alto	Recuento	16	10	26
		% dentro de Total adherencia (Agrupada)	61.5%	38.5%	100.0%
Total	Recuento		40	12	52
	Total adherencia (Agrupada)		76.9%	23.1%	100.0%

La tabla No. 10, refleja que participantes del sexo femenino presentan una mayor tendencia a la adherencia al tratamiento con un 76.9% del total mientras que pacientes del sexo masculino presentan únicamente una tendencia de menor con un 23.1%.

Edad en años, otro de los factores importantes en la investigación y que permitió conocer más a fondo la tendencia de los participantes a la adherencia dependiendo la edad.

Tabla No. 11

Edad en años.

		Tabla cruzada Total adherencia (Agrupada)*Edad en años						
		Edad en años					Total	
		31-40	41-50	51-60	61-70	71-80		
Total adherencia (Agrupada)	Bajo	Recuento	4	6	3	0	0	13
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	30.8%	46.2%	23.1%	0.0%	0.0%	100.0%
	Medio	Recuento	2	6	3	0	2	13
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	15.4%	46.2%	23.1%	0.0%	15.4%	100.0%
	Alto	Recuento	7	8	6	5	0	26
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	26.9%	30.8%	23.1%	19.2%	0.0%	100.0%
Total	Recuento	13	20	12	5	2	52	
	Total_adherencia (Agrupada)	25.0%	38.5%	23.1%	9.6%	3.8%	100.0%	

Del total reflejado en la tabla cruzada agrupada por edad, los resultados obtenidos fueron los siguientes: Total de adherencia en la categoría de 31 -40 un 25%, en la categoría de 41-50 un 38.5% siendo quienes obtuvieron el mayor puntaje, categoría de 51-60 un 23.10%, categoría de 61-70 un 9.6% y categoría de 71-80 únicamente el 3.8% de adherencia y fueron quienes registraron el más bajo puntaje

El nivel educativo es un factor para evaluar la tendencia a la adherencia en pacientes diabéticos de diferentes niveles académicos.

Tabla No. 12

Nivel Educativo

		Tabla cruzada Total_adherencia (Agrupada)*Nivel Educativo				
		Nivel Educativo			Total	
		Primaria	Secundaria	Universidad		
Total_adherencia (Agrupada)	Bajo	Recuento	4	7	2	13
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	30.8%	53.8%	15.4%	100.0%
	Medio	Recuento	8	5	0	13
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	61.5%	38.5%	0.0%	100.0%
	Alto	Recuento	13	8	5	26
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	50.0%	30.8%	19.2%	100.0%
Total	Recuento	25	20	7	52	
	Total_adherencia (Agrupada)	48.1%	38.5%	13.5%	100.0%	

Los resultados de la Tabla No. 12 por nivel educativo reflejaron que el mayor porcentaje de adherencia está constituido por pacientes que únicamente terminaron la educación primaria con un 48.1%, seguidos por quienes finalizaron la educación secundaria con un 38.5% y finalmente quienes finalizaron la educación superior con un 13.5% de adherencia.

El estado civil de los participantes también se consideró importante en esta investigación por lo cual se realizó tabla cruzada para evaluar la tendencia en las diferentes categorías de este factor.

Tabla No. 13

Estado Civil

			Tabla cruzada Total_adherencia (Agrupada)*Estado Civil				
			Estado Civil				Total%
			Soltero	Casado	Viudo	Unión Libre	
Total_adherencia (Agrupada)	Bajo	Recuento	4	7	1	1	13
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	30.8%	53.8%	7.7%	7.7%	100.0
	Medio	Recuento	0	7	6	0	13
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	0.0%	53.8%	46.2%	0.0%	100.
	Alto	Recuento	3	13	8	2	26
		% dentro de Total_adherencia (Agrupada)	11.5%	50.0%	30.8%	7.7%	100.0
Total	Recuento	7	27	15	3	52	
	Total_adherencia (Agrupada)	13.5%	51.9%	28.8%	5.8%	100.0%	

De los resultados arrojados de la Tabla No. 13 se refleja que los participantes que presentan mayor adherencia son quienes están casados con un 51.9%, seguidos de los viudos con un 28.8%, los solteros con un 13.5% y finalmente quienes tienen menor adherencia son los que se encuentran en unión libre con un 5.8%.

3.02.2 Cualitativo:

A continuación, se presenta los resultados tras la aplicación de entrevista cualitativa semi-estructurada realizada a siete pacientes que asistieron a consulta médica a la Liga del Diabético de la zona uno, ciudad Guatemala, registrados en la base de datos; pero abandonaron el tratamiento sin ninguna justificación y sin notificar a la Liga.

La entrevista cualitativa consta de diez preguntas las cuales estuvieron orientadas a propiciar en el paciente la generación de ideas para expresar las vivencias que le llevaron a tomar la decisión de abandonar el tratamiento en la institución.

Es interesante cómo el ser humano si bien es único e irrepetible, tiene ciertos sentimientos que se generan a partir de una situación similar o igual, como el caso de enfrentar un diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes que le cambiará el estilo de vida.

Ante la pregunta ¿Cuáles fueron las principales emociones que tuvo al conocer su diagnóstico como diabético?, la mayoría de los pacientes entrevistados indicaron haberse asustado al conocer el diagnóstico, el susto es una reacción involuntaria ante el impacto y depende mucho de la personalidad de cada persona e incluye también la capacidad de resiliencia de cada uno. El miedo ¿a qué?, bien, el miedo es a la muerte, a dejar a sus seres queridos y a las amputaciones en su mayoría, percepciones totalmente válidas para cualquier ser humano que se encuentre en esta situación. Otros indicaron que al enterarse del diagnóstico sintieron mucha tristeza, como muestra de la vulnerabilidad del ser humano otros manifestaron haber quedado en shock, un mecanismo de defensa que utiliza el inconsciente para no enfrentar la realidad.

Para el paciente diabético, a pesar de la condición que padece, el significado de la vida es bastante bueno, ya que para algunos es “algo muy valioso” otros lo consideran como “un regalo de Dios, otros como una oportunidad de apoyar a los demás y de ser mejores, solo algunos de los entrevistados manifestó que “no vale la pena vivir así” refiriéndose a las vicisitudes que tiene que padecer debido a las complicaciones que está presentando, es comprensible por el grado de dolor que manifiesta sentir en las extremidades debido a neuropatía en ambas piernas lógicamente desea que esa molestia desaparezca,

también para dar una respuesta de esa naturaleza entran en juego muchos factores como lo son la soledad por ejemplo y el hecho de no tener un sentido de vida, sea porque no lo tuvo nunca o porque en este momento que se ha quedado solo ya no se siente útil.

Otro elemento interesante es el pensamiento que los pacientes tuvieron al momento de conocer el diagnóstico; cuando se les preguntó ¿Cuál fue su principal pensamiento al momento del diagnóstico? Muchos respondieron que como sus familiares padecían la enfermedad y que ellos ya sospechaban que por herencia iban a salir positivos, sin embargo, retrasaron la consulta hasta que se les presenta ciertos síntomas decidieron consultar, algunos manifestaron que pensaron “ya me voy a morir” por no conocer la enfermedad pensaron que la diabetes era sinónimo de muerte inmediata, otros se preocuparon y lo primero que pensaron fue “voy abandonar a mis hijos” respuesta también relacionada a la muerte, otros indicaron no haber pensado nada, que su mente se quedó en blanco, también la negación como un mecanismo de defensa ante la amenaza que está enfrentando el yo.

Al preguntárseles ¿Quiénes han sido su mayor apoyo en el proceso? indicaron que el médico de la LDD y dieron a conocer los nombres de los médicos que para ellos fueron de mucho apoyo y que llevan siempre en su pensamiento con mucho cariño, algunos manifestaron que la familia, otros que la iglesia ha sido quien le ha brindado el mayor apoyo; la parte espiritual como un elemento más del abordaje integral que necesita el ser humano para estar bien y que realmente funciona en el proceso y a lo largo de la vida también; otros pacientes indicaron que quien mayor apoyo les ha brindado ha sido un médico particular.

A la pregunta ¿Quiénes han sido de menor apoyo en su proceso? Varios manifestaron que al momento de retirarse el médico que por algún tiempo les atendió y con quien tenían una buena relación, se tuvieron que enfrentar ante una mala experiencia con sus sucesoras con quienes desde el principio no sintieron que hubiese empatía, sumado a ello la relación médico paciente la calificaron como mala por las actitudes que percibieron en quien les atendía. Es importante resaltar que dentro de las características del paciente diabético se encuentra una mayor vulnerabilidad a irritarse y una mayor sensibilidad

Manifestaron también que tras la decisión de abandonar el tratamiento en la LDD una mayoría continuó en otra institución, algunos manifestaron no tener los recursos para ir a instituciones privadas a recibir tratamiento pero no querían continuar con las personas que

les atendían, otros pacientes manifestaron haberse cambiado a medicina natural y que le estaba funcionando además les resultó más económico. . Los resultados por demás notorios reflejan que el elemento económico es también otro de los factores asociados al abandono del tratamiento, al no contar con los recursos y aunque tengan el conocimiento de los riesgos que conlleva la no adherencia y abandono les pueden causar.

El tipo de apoyo que consideraron que les hizo falta durante el proceso fue el familiar, un seguimiento del factor económico y finalmente el psicológico; regresando al tema del apoyo familiar como parte importante del proceso en pacientes con enfermedades crónicas se percibe la importancia de la familia en el proceso para que el paciente no se sienta solo.

Y, la pregunta determinante para responder al objetivo de la investigación ¿Cuáles fueron los factores determinantes que le llevaron al abandono del tratamiento? Las respuestas fueron tajantes y determinantes casi todos los entrevistados indicaron haber tomado la decisión de abandonar el tratamiento porque se retiró el médico con quien tenían una magnífica relación, incluso con nostalgia y voz quebrada en alguno de los participantes se refirieron a tres médicos de la institución que por x razones ya no prestaban sus servicios en la Liga del Diabético. A la pregunta ¿por qué? Indicaron que por una mala relación médico-paciente con las sucesoras de los tres médicos que se mencionan en el párrafo anterior, manifestaron que se habían sentido molestas y enojadas por el trato recibido, así también su tristeza por la ausencia de su médico anterior. Otros participantes manifestaron haberse retirado por otras causas por ejemplo duelo y distancia (ya no quiso hacer el esfuerzo porque ya no estaba su médico), buscaron alternativas naturales y otro no recuerda el motivo (quienes han preferido reservarse la respuesta)

La relación médico paciente juega un papel importantísimo para la adherencia al tratamiento de pacientes en cualquier ámbito de salud, pues es un factor que motiva al paciente a realizar algunas actividades que aunque no les parezcan fáciles de realizar, toman la decisión de hacerlo ya que estos profesionales se han tomado el tiempo para explicarles los beneficios de seguir al pie de la letra las sugerencias tanto farmacológicas, dietéticas y de ejercitación física con la finalidad de proporcionar a los pacientes que asisten al centro asistencial las herramientas que les permitan llevar una vida más tranquila, reducir los riesgos de complicaciones y aprender a convivir con la enfermedad.

3.03 Análisis general

3.03.1 Análisis cuantitativo

EL objetivo implicó definir los factores psicosociales asociados a la adherencia o sea los elementos que condicionan una situación volviéndose la causa de la evolución o transformación de los hechos que se relacionan entre el individuo y su entorno social.

La valoración de la condición física fue el factor con más altos índices de adherencia lo cual indica que el cincuenta por ciento de los pacientes que asisten a la LDD sí conocen la realidad de su condición; es decir, tienen el conocimiento de que padecen una enfermedad crónica (enfermedad de larga duración de más de seis meses de evolución) que es de progresión lenta y que pueden resultar otras enfermedades a lo largo del proceso y que ponen en riesgo la vida, no tiene cura pero sí se puede controlar y como resultado se obtiene un aumento de la esperanza de vida.

Como se ha descrito con anterioridad, hoy día la DMTII forma parte de las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles con los más altos índices de mortalidad a nivel mundial y es el resultado del estilo de vida donde las conductas humanas, aprendidas o no, son las principales causantes del acelerar de sus complicaciones debido a la falta de adherencia, lo lamentable es que parece no importar al cincuenta por ciento de los pacientes diabéticos estas situaciones y ponen en juego su vida, consumiendo alimentos altos en grasas saturadas, azúcares y otros; arriesgándose a padecer otras enfermedades emergentes, y ellos lo saben; aún así parece que le ponen un reto a la muerte que siempre está presente al final del camino, corto o largo según sea la forma del cuidado que tiene el paciente diabético consigo mismo .

Todas estas conductas se traducen en mayores problemas de salud para los pacientes diabéticos incluyendo problemas físicos o de orden funcional, problemas de salud mental, hasta llegar a los de orden social o sea un deterioro funcional social; en este punto es donde se ve reflejado el otro factor que cobró relevancia en la investigación, el apoyo familiar.

El apoyo familiar significa presencia de los miembros de la familia durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de alguno de los miembros. El paciente diabético necesita apoyo emocional, buena comunicación y saber que cuenta con el apoyo de todo el

núcleo familiar por si se diera el caso que necesite demandar ayuda. Al asociar a los pacientes con más altos índices de adherencia al tratamiento es notorio que han recibido un alto nivel de apoyo familiar; más es preocupante que es únicamente el cincuenta por ciento de los pacientes quienes están dentro de ese nivel.

3.03.2 Análisis cualitativo

La parte primordial a investigar fue el abandono al tratamiento por parte de pacientes diabéticos quienes estuvieron en tratamiento en la institución sin justificación o notificación alguna.

La entrevista se llevó a cabo por medio de llamada telefónica desde la central de la institución, para generar la confianza de los pacientes. Todas las personas accedieron a la misma con sorpresa; de alguna forma se temía que en más de un caso pudieran informar que el paciente había fallecido, pero para bien de la investigación no fue así y se logró encontrar con vida a todos los pacientes.

La relación médico - paciente fue el tema primordial en las respuestas de los pacientes a la hora de la entrevista, la relación médico paciente es una cuestión de confianza, en donde el paciente ha aceptado una relación de apoyo por parte del médico ante una cuestión de salud. El médico tratante es un profesional con vocación de servicio, empático y con un espíritu de ayuda hacia la persona que acude a solicitar sus servicios porque está enferma, es decir porque sufre; y llega con la esperanza de ser escuchado y con la finalidad que ese sufrimiento sea aliviado.

Sin embargo, hoy día debido al aplastamiento cultural que va más allá de una competitividad sana, ha habido un cambio en los roles que adoptan tanto médicos tratantes como pacientes. El médico ha dedicado muchos años para la formación de su carrera científica, para conocer cómo funciona el cuerpo humano, su vulnerabilidad para adquirir un sin número de patologías y qué alternativas puede ofrecer a los pacientes a la hora de prescribir medicamentos, y mediante va conociendo la realidad humana en cuanto a enfermedades se refiere ha tenido que especializarse o sub especializarse en áreas específicas por ejemplo los médicos internistas especialistas en diabetología; teniendo entonces las herramientas necesarias para la atención del paciente diabético.

A continuación se cita un párrafo de la Declaración de Ginebra con los cambios realizados a la misma y que específicamente se refieren a la relación médico-paciente.

“Al momento de graduarse el médico realiza el Juramento Hipocrático; la Versión actualizada conocida como "Declaración de Ginebra" fue adoptada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1948 y ha sido revisada y enmendada en diferentes ocasiones (1968, 1983, 1994, 2005, 2006 y 2017). Tiene las bases éticas que todo profesional médico tiene que implementar en el ejercicio de su profesión, antes del año 2017 las modificaciones fueron pequeñas, pero la actual contiene avances en medicina, ciencia, psicología, y con el creciente alcance de intereses privados. El mayor cambio ocurrió en lo que se refiere a la relación entre el médico y su paciente. “Yo respetaré” la autonomía y dignidad de mi paciente” fue añadido al juramento, para resaltar la importancia que tiene para los médicos el respeto de la determinación autonomía del paciente como una piedra fundamental en la práctica médica. Además, la redacción de los primeros párrafos se cambió para que el foco de las afirmaciones se centrara en los derechos de los pacientes. “la salud y el bienestar de mi paciente será mi primer interés”, dice el documento. A la cláusula “Practicaré mi profesión con consciencia y dignidad” se le añadió: “de acuerdo con todas las prácticas médicas” Estas declaraciones también fueron actualizadas para que los médicos se comprometieran a atender su propia salud, bienestar y habilidad con el fin de dar un servicio con los más altos estándares de calidad”. Redacción Salud (Oct 2017)

El paciente, persona que tiene un síntoma o síndrome (conjunto de signos y síntomas) que han ido evolucionando por varios días y que le preocupan, porque sabe que está atravesando por un proceso de salud enfermedad, trata en la medida de lo posible buscar apoyo médico. La relación médico paciente es primordial para lograr una buena adherencia al tratamiento se genera desde la primera consulta con el rapport que se da entre las dos personas seguido de una buena alianza que les permita ponerse de acuerdo sobre la forma que será manejada la enfermedad y que requiere de una alta dosis de disciplina por parte del paciente ya que a partir de esta primera consulta deberá realizar cambios en su estilo de vida lo que no resulta fácil para algunos de los pacientes diagnosticados con diabetes. Asimismo, requiere una alta

dosis de empatía por parte del médico tratante para intentar comprender al ser humano que está frente a él y poder brindarle el apoyo que éste espera.

La comunicación es fundamental en la relación y a lo largo de la historia se han conocido algunos tipos de relación médico paciente, dependiendo si se va a centrar en la enfermedad o en el paciente. Dentro de los tipos de relación que podemos mencionar para efectos de este análisis, la que ha sobresalido y que aún practican algunos médicos es la llamada paternalista, es aquella donde el médico toma un rol directivo en la toma de decisiones sobre el paciente y sobre su entorno, siempre con el propósito de proteger la salud del enfermo y el paciente acepta todo lo que el médico sugiera, en este punto se va generando la confianza entre ambos y va creciendo si se quiere, algún tipo de amistad, que es lo que sucedió a los pacientes durante varios años que fueron atendidos por médicos que realmente les hicieron sentir comprendidos y ellos comprometidos con el tratamiento teniendo como resultado el cumplimiento sino al cien por ciento por lo menos en un alto nivel logrando una mayor adherencia al tratamiento. Los pacientes han idealizado al médico ya que no hay nada de que lamentarse.

Pero, ¿qué sucede al momento que uno de estos médicos se retira de la institución por alguna razón? ¿qué pasa por la mente del paciente? Los pacientes manifestaron haber sentido como si el mundo se les viniera abajo, sobre qué iban a hacer de ese momento en adelante.

En la separación obligada (médico-paciente) se produce una muerte en la conciencia, de tal muerte en la conciencia surge la desesperación que lleva a una auténtica mutilación del Yo; a una catástrofe del Yo por la pérdida del objeto. Para que la muerte en la conciencia no se convierta en aniquiladora (psicosis) y para que a la muerte no siga la extinción física (morir psicossomático o suicidio), inmediatamente se ponen en juego mecanismos de defensa, el predominante en esta investigación fue el de la huida, el abandono que buscó a toda costa evitar el displacer y sustituyendo al objeto perdido por otro que por lo menos se le acerque a ese ideal que considera había conseguido con anterioridad. (Caruso, I.1997)

A todos estos elementos tanto relación médico- paciente como la forma de reaccionar ante una separación, le preceden diferentes factores como lo son la actitud, carácter y personalidad, creencias y expectativas de vida del paciente y también una personalidad rígida o dialogante, grado de formación y especialización del médico.

No resulta fácil para los pacientes ni para los nuevos médicos lograr un equilibrio que les permita ayudar a los pacientes, pero que también el paciente perciba de una manera positiva la intención de su nuevo médico.

Se hace necesario entonces enlazar a este elemento relación médico- paciente; el factor de apoyo familiar que tanto en las encuestas como en la entrevista hizo su aparición de forma positiva ya que los pacientes que cuentan con un mayor apoyo familiar tienen mayor adherencia, y en este caso los pacientes que decidieron abandonar el tratamiento han indicado que no tienen apoyo familiar y que sienten que les ha hecho falta para poder estabilizarse emocionalmente y lidiar con el proceso.

La falta de apoyo familiar provoca que el paciente diabético presente síntomas de percepción de bajo apoyo como por ejemplo la irritabilidad, falta de acuerdo, cólera, rabia, discriminación y conflictos de relación. Por otra parte pueden presentarse algunos indicadores como mala nutrición, higiene deficiente, una excesiva necesidad de estar encerrado o en cama, que deben ser tomados muy en cuenta por parte de los médicos y por parte de los psicólogos que trabajen en el abordaje terapéutico de los pacientes diabéticos, pero especialmente por parte de los familiares cercanos que son quienes deben tomar medidas para satisfacer las necesidades de su familiar enfermo ya que de no hacerlo se podrían producir otro tipo de situaciones negativas en el entorno familiar.

En esta instancia se hace imprescindible el apoyo psicológico para brindar un abordaje integral a los pacientes diabéticos y lograr que su estado emocional responda de manera positiva y que lo lleve a cuidarse más, a comprenderse más y a comprender que es un ser humano como todos, con necesidades, con virtudes, con debilidades pero que sobre todo es un ser único en este mundo que merece respeto y buena calidad de vida en donde el principal protagonista es él mismo y que a su alrededor existen otras personas que quieren e intentan apoyarle.

CAPÍTULO IV

Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

Los niveles de adherencia que presentan los pacientes que asisten a la LDD son relativamente bajos, ya que los resultados indican que es apenas un pequeño porcentaje muestra un nivel alto, que un cincuenta por ciento no cumplen en su totalidad con la adherencia, si lo vemos de forma positiva quienes están en este rubro podrían ser candidatos idóneos para iniciar reformas en la metodología de atención al paciente diabético si en determinado momento se logra integrar un programa para el efecto que incluya participación de directivos, médicos, psicólogos, enfermeras y pacientes.

La categoría representada por los pacientes de entre 41-50 años, casados, fueron quienes mayor nivel de adherencia presentaron, es un dato interesante debido a que es la edad promedio en la que se presentan algunos síntomas asociados a la diabetes y también la edad en que tienen una vida establecida que les permite tener un mayor apoyo en cuanto al cuidado de la enfermedad.

En relación al abandono del tratamiento, es importante enfatizar el papel que juega la relación médico-paciente como un eje positivo o negativo ya que, en este caso, algunos pacientes a pesar de la distancia, de tener escasos recursos económicos y tras haber hecho su máximo esfuerzo por presentarse a sus citas puntualmente, al momento del retiro de su médico tratante por años, se encontraron con que las sucesoras no les prestaron un servicio por lo menos parecido; lo cual generó en varios de ellos molestia, enojo y tristeza desencadenando en tomar la decisión de abandonar el tratamiento en la LDD y lamentablemente algunos ya no continuaron en otra institución en detrimento de su salud.

4.02 Recomendaciones

A la Liga del Diabético y tomando en cuenta que es una entidad no lucrativa, el buscar auspiciadores para realizar programas que incluyan una completa información acerca de la enfermedad, de las complicaciones que a largo plazo se pueden dar como consecuencia de la no adherencia al tratamiento, así también proveer a los médicos tratantes de programas que incluyan acompañamiento psicológico para evitar el estrés de la rutina y con ello mejorar la relación médico-paciente, para que más adelante se generen mejores resultados.

A los pacientes de la Liga del Diabético invitarles a buscar más información acerca del autocuidado para que puedan tener un mejor control sobre la enfermedad y resulte en una mejor calidad de vida, también a que busquen apoyo psicológico como un co-adyuvante al abordaje clínico que reciben.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, promover entre sus alumnos la realización de proyectos en la línea de la salud, para poder ampliar el conocimiento de la importancia del apoyo psicológico en pacientes con enfermedades crónicas y con las investigaciones poder tener indicadores sobre cambios que deban realizar para ayudar al paciente diabético, en este caso.

4.03 Referencias Bibliográficas

- American College of Cardiology ACC (2012) *-Diabetes: Long-Term Problems.*
- American Diabetes Association ADA. (2012). *Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care.* Jan. 35 Suppl 1:S64-71
- Arias, Fidas G. (2012) *El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica* 6ª Ed. Editorial Episteme, C.A. Caracas Republica Bolivariana de Venezuela
- Arias, Guevara, Paz (2015) *Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey México. Tesis.*
- Arroyo, Castro L. (2012) *El consentimiento informado en la investigación científica. Marco jurídico.*
- Caruso, I. (1997) *La Separación de los Amantes. Una fenomenología de la muerte.* (P. 29)
- Flores, Samayoa (2018) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Factores de Riesgo Relacionados a la falta de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2.* (Tesis Licenciatura en Medicina)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014) *Metodología De La Investigación, 6ª* Edición- Mc-Graw Hill. Edamsa Impresiones, S.A. de C.V México.
- Marin, M. Dr. (2017) *Revista Diabética.* Ed. 44, Guatemala, Guatemala. C.A.
- Medwave (2014) *Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México.* Ago.; 14(7):e6011
doi: 10.5867/medwave.2014.07.6011
- Ortiz, Manuel Salvador (2004) Fundación de Diabetes Juvenil de Chile, *Factores Psicológicos Y Sociales Asociados A La Adherencia Al Tratamiento En Adolescentes Diabéticos Tipo 1(tesis)*
- Organización Mundial de la Salud OMS (2014) *Diabetes Global Report.* Who/nmh/nvi/16.3
- Patilla, Vila (2011) *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 Con adherencia y sin adherencia al tratamiento.* Lima-Perú (Tesis)
- Ponce, González, Velásques, Marquez, López & Bellido (2009). *Influencia del apoyo social en el*

control de las personas con diabetes. Index de Enfermería, 18(4), 224-228. Recuperado en 23 de febrero de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es&tlng=es

Redacción Salud (Oct 2017)

Rodríguez, D. Balsells, R. Deulofeu, M. Gassó, J.A. Lillo, A. Merino, A. Moreno, MC. (2012) *Educación continuada en el laboratorio clínico*. Comité de educación.

Rubín, A.I. (2011) *Diabetes para Dummies 2ª*. Edición. . John Wiley & Sons. Estados Unidos.

Taylor, Shelly E. (2003) *Psicología de la Salud*. 6ª. Edición. Mc-Graw Hill, México. D.F.

Villalobos, Quirós, León, Brenes (2006) Programa de Investigación en Neurociencias de la Universidad

Católica de Costa Rica, *Factores Involucrados En La Adhesión Al Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II* (tesis de maestría)

Anexos

1. Invitación a los participar en estudio

Estimado/a Señor/a:

Nos gustaría invitarle a participar en un estudio perteneciente a **“Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia y Abandono del Tratamiento y Dieta Alimentaria de Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II de la Liga del Diabético”**. Trabajo de tesis de la estudiante María Lorena Minera Morales, avalado por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para obtener el título de Licenciada en Psicología.

El Objetivo del estudio en general es: Conocer los factores psicosociales asociados a la adherencia y abandono de tratamiento y dieta alimentaria en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, para abordar integralmente el control de la enfermedad y que el paciente pueda mejorar su calidad de vida, cuyos datos serán de absoluta confidencialidad.

Se tomará en cuenta a pacientes de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 31 a 80 años de edad, alfabetos, diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II que estén asistiendo a las citas médicas en la Liga del Diabético, por lo menos durante el último año. Y, principalmente que tengan la disposición de participar en la investigación la cual consistirá en una charla previa informativa, responder cuatro escalas en forma de preguntas (que constituye la investigación) refrigerio, diploma de participación y una charla final para presentación resultados, sin que ellos represente ningún tipo de riesgos para los participantes invitados.

La investigación beneficiará directamente a pacientes de la Liga del Diabético, a la institución y al equipo de investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.-

De antemano de la damos la más cordial bienvenida como participante de este proyecto que es resultado de cinco años de esfuerzo y dedicación.

Gracias.

2. Consentimiento informado

Yo, _____

- ✓ He leído la hoja de información al paciente en relación al estudio arriba citado.
- ✓ He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con la investigadora María Lorena Minera Morales.
- ✓ He recibido suficiente información sobre el estudio.
- ✓ He entendido por completo el propósito del estudio.

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo:

- En el momento en que lo desee.
- Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional. _____

Fecha: _____

Guatemala, diciembre 2019

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

(EATDM – III ©)

Autores:

Alfonso Villalobos Pérez - Carlos Araya Cuadra

Este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de adherencia que tienen las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. La información recopilada será confidencial.

I parte:

Ficha de identificación

Marque con una X dentro del paréntesis, el ítem correspondiente a su condición actual.

Sexo

(1) Mujer (2) Hombre

Edad en años:

(1) 31 – 40 (2) 41 – 50 (3) 51 – 60 (4) 61 – 70 (5) 71 – 80

Nivel educativo (Por favor marque el último nivel educativo alcanzado, ya sea que lo haya concluido o no):

(1) Primaria (2) Secundaria (3) Universidad

Estado civil

(1) Soltero (a) (2) Casado (a) (3) Viudo (a) (4) Unión libre

II parte. Instrucciones

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

0: Nunca lo hago

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

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

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

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

Por ejemplo, si para usted el *Evitar consumir pan dulce* ocurre casi siempre, es decir lo hace casi todos los días entonces usted deberá haber marcado de la siguiente forma:

Opciones				
0	1	2	3	4

Sólo debe marcar una opción.

Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
1. Evito consumir pan dulce					
2. Evito consumir postres dulces					
3. Evito consumir golosinas o confites dulces					
4. Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos					
5. Evito consumir carne con grasa					
6. Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7. Evito consumir bebidas alcohólicas					
8. Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9. Utilizo sustituto del azúcar					
10. Evito consumir comidas muy saladas					
11. Equilibro mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12. Consumo frutas al menos una vez al día					
13. Consumo ocho vasos de agua diarios					
14. Camino para sentirme mejor					
15. Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16. Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17. Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					

Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
18. Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19. Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física					
20. Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física					
21. Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22. Realizo paseos cortos durante el día					
23. Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24. Visito al médico en caso de alguna complicación					
25. Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes					
26. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas					
27. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad					
28. Me realizo la glucemia cuando el médico lo solicita					
29. Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30. Tengo accesibilidad para ir a traer medicamentos al centro de salud					
31. Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles glucemia					
32. Existe personal capacitado que brinde atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus					
33. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus					
34. Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás					
35. Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial					
36. Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día					

37. Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)					
38. Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
39. Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
40. Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa					
41. Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte					
42. Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies					
43. Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes.					
Situación	Opciones				
	0	1	2	3	4
44. Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados					
45. Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas					
46. Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive					
47. Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive					
48. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes.					
49. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia					
50. Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad					
51. Participo en actividades deportivas organizadas en mi comunidad					
52. Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético					
53. Después del baño seco mis pies					
54. Asisto a algún lugar (hospital, clínica,) para que me limen las uñas de manera adecuada					
55. Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes					



4. Guía de entrevista semi-estructurada

Estudiante: María Lorena Minera Morales

Proyecto de Investigación



“Factores psicosociales asociados a la adherencia y abandono del tratamiento y dieta alimentaria de pacientes con diabetes mellitus tipo II de la Liga del Diabético, de la ciudad de Guatemala, atendidos durante el año 2018”.

Objetivo:

Identificar los factores psicosociales asociados al abandono del tratamiento de la diabetes.

1. ¿Cuáles fueron las principales emociones que tuvo al momento de conocer su diagnóstico como diabético?
2. ¿Cuáles fueron los principales pensamientos o explicaciones que tuvo al conocer su diagnóstico?
3. ¿Puede mencionar cuales son los factores determinantes que le llevaron al abandono del tratamiento?
4. ¿Por qué?
5. ¿Quiénes han sido su mayor apoyo en el proceso de tratamiento?
6. ¿Quiénes han sido los que menor apoyo le han brindado?
7. ¿Por qué cree que le fue difícil continuar con el tratamiento para la diabetes?
8. ¿Qué tipo de apoyo identifica usted que le faltó en su familia, iglesia, clínica, económico?
9. ¿Qué significa para usted su vida?
10. ¿Qué tipo de apoyo considera usted más importante en el tratamiento que tiene que seguir un paciente diabético?