

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

LUIS FELIPE SARRIA OSPINA CC: 16.767.076

JHONNY DANIEL RIVAS CHOCUE CC: 14.801.426

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES

PSICOLOGÍA

CURSO DE PROFUNDIZACION "DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA"

PALMIRA, AGOSTO DE 2012

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

LA INCOMPRESION, LA FALTA DE ESTIMULO Y LA FALTA DE APOYO, DEL
SISTEMA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS, COMO
FACTORES DOMINANTES EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO MEDICO
INTEGRAL EN CEDIVA LTDA IPS

LUIS FELIPE SARRIA OSPINA CC: 16.767.076

JHONNY DANIEL RIVAS CHOCUE CC: 14.801.426

DR. MANUEL ALEXANDER RUIZ SALAZAR

PSICOLOGO

TUTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES ARTES Y HUMANIDADES

PSICOLOGÍA

CURSO DE PROFUNDIZACION "DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA"

PALMIRA, AGOSTO DE 2012

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1 Descripción del problema	18
1.2 Planteamiento del problema	22
1.3 Justificación	23
1.4 Formulación del problema	24
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo general	26
2.2 Objetivos específicos	26
3. MARCO REFERENCIAL	28
3.1 Marco teórico	28
3.2 Marco histórico situacional	43
3.3 Marco conceptual	50
3.4 Alcances y limitaciones de la investigación	55
3.5 Supuestos de investigación	56

3.6	Categorías de análisis	57
4.	DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION	58
4.1	Enfoque metodológico	58
4.2	Tipo de estudio	59
4.2.1	Universo y muestra	59
4.2.1.1	Delimitación del universo	60
4.2.1.2	Delimitación geográfica	61
4.2.1.3	Delimitación cronológica	63
4.2.2	Técnica de recolección de datos y técnica de instrumentos	63
4.2.2.1	Recolección de datos	65
4.2.2.2	Diseño de instrumentos	67
4.2.2.3	Fases y tiempo de proceso de investigación	69
4.2.2.4	Recursos de apoyo de la investigación	70
4.2.2.5	Socialización del resultado	71
4.3	Trabajo de campo de la investigación	75

5. DESCRIPCION, ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN	77
5.1 Análisis cualitativo de la investigación	103
5.2 Sistematización general de la investigación	110
5.3 Interpretación y discusión de resultados de la investigación	118
6. CONCLUSIONES	130
7. REFLEXION	135
8. RECOMENDACIÓN	137
BIBLIOGRAFIA	138
ANEXOS	144
APENDICES	(archivo adjunto)

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del sexo en los pacientes	77
Tabla 2. Distribución de la edad en los pacientes	78
Tabla 3. Distribución de la escolaridad de los pacientes.	79
Tabla 4. Distribución del Resultado del Metaplan	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Supuestos de la investigación	56
Figura 2	Categorías de análisis de la investigación	57
Figura 3	Fases y tiempo del proceso de Investigación	69
Figura 4	Trabajo de Campo de la investigación	76
Figura 5	Distribución del sexo en los pacientes diabeticos	78
Figura 6	Distribución de la edad en pacientes diabeticos	79
Figura 7	Distribución de la escolaridad de los pacientes diabeticos.	80
Figura 8	Distribución del Resultado del Metaplan aplicado a pacientes diabeticos	82
Figura 9	Distribución de respuestas momento 2 ¿la eleccion del tema de su interes	85
Figura 10	Distribución de respuestas momento 2 ¿El tema se relaciona con su problmatica?	85
Figura 11	Distribución de respuestas momento 2 ¿Cree usted que este sitio es de fácil acceso?	86

- Figura 12** Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio? 86
- Figura 13** Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustó la forma de presentar el expositor el tema? 87
- Figura 14** Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustó la forma de desarrollo de la actividad? 87
- Figura 15** Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustó la atención de la reunión? 88
- Figura 16** Distribución de respuestas momento 2 ¿ha estado usted sometido a la incomprensión familiar por presentar diabetes mellitus? 89
- Figura 17** Distribución de respuestas momento 2 ¿El tema se relaciona con su problmeatica? 89
- Figura 18** Distribución de respuestas momento 2 ¿se ha sentido apoyado por su familia en el tratamiento? 90
- Figura 19** Distribución de respuestas momento 2 ¿Esta usted dispuesto a continuar con su tratamiento? 91
- Figura 20** Distribución de respuestas momento 2 ¿Asistiría usted a secciones de acompañamiento psicologico para continuar su tratamiento? 92

- Figura 21** Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustaría que su familia también recibiera acompañamiento psicológico con Usted? 93
- Figura 22** Distribución de respuestas momento 3 ¿la elección del tema fue de su interés? 96
- Figura 23** Distribución de respuestas momento 3 ¿el tema se relaciona con su problemática? 96
- Figura 24** Distribución de respuestas momento 3 ¿cree usted que este sitio es de fácil acceso? 97
- Figura 25** Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio? 97
- Figura 26** Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustó la forma de presentar el expositor el tema? 98
- Figura 27** Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustó la forma de desarrollo de la actividad? 98
- Figura 28** Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustó la atención de la reunión? 99
- Figura 29** Distribución de respuestas momento 3 ¿comprenden Usted y su Familia a su familiar-Paciente por presentar diabetes mellitus ? 99

Figura 30 Distribución de respuestas momento 3 ¿Estimulan Usted y su familia a su familiar para continuar el tratamiento?	100
Figura 31 Distribución de respuestas momento 3 ¿El tema se relaciona con su problmeatica?	100
Figura 32 Distribución de respuestas momento 3 ¿Esta Usted y su familia dispuestos a continuar apoyando el tratamiento de su familiar?	101
Figura 33 Distribución de respuestas momento 3 ¿Asistiría usted y su familia a secciones de acompañamiento psicologico para continuar el tratamiento de su familiar?	102
Figura 34 Impacto del acercamiento preliminar	111
Figura 35 Impacto de Indagación aplicación Metaplan	112
Figura 36 Impacto de Indagación metaplan a pacientes	114
Figura 37 Impacto de Indagación metaplan a familiares	116

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Recurso Bibliográfico	144
Anexo 2	Formato de encuesta para pacientes	153
Anexo 3	Formato de encuesta para familiares	155
Anexo 4	Informe de seccion mayo 03 de 2012 diligenciado	157
Anexo 5	Informe de secciones mayo 16 de 2012 diligenciado	158
Anexo 6	Informe de seccion mayo 23 de 2012 diligenciado	160
Anexo 7	Informe de seccion Mayo 30 de 2012 diligenciado	162

LISTA DE APENDICES (Archivo Adjunto)

Apéndice A. Imagen aplicación del metaplan	1
Apéndice B. Imágenes de las tarjetas del metaplan	2
Apendice C. Imagen de formato de asistencia diligenciado para aplicación del Metaplan	5
Apéndice D. Imagenes de los formatos diligenciados de encuesta de satisfaccion a pacientes en la socializacion de metaplan a pacientes momento 1.	6
Apendice E. Imagen de Formato diligenciado de satisfaccion a pacientes en socializacion de Metaplan momento 2	10
Apendice F. Imagen de Formato diligenciado de encuesta de satisfaccion a familiares	11
Apendice G. Imagen Formato de asistencia diligenciado momento 3	15
Apendice H. Evidencia fotografica	16

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se muestran los resultados obtenidos de la identificación y asociación de algunas características del sistema familiar del paciente con diabetes mellitus en relación con su control metabólico. La investigación se realizó en 10 familias pertenecientes a CEDIVA LTDA IPS ubicado en Santiago de Cali durante el año 2011. Se valoraron las actitudes e información sobre la enfermedad y su afectación al sistema familiar, este se realizó en tres momentos principales, acercamiento, recolección y socialización, La mayoría de las familias demostraron actitudes negativas y desconocimientos profundos. La gran mayoría de los pacientes no están bien controlados y han desertado de su tratamiento, se encontró una fuerte asociación del descontrol con la pertenencia a una familia nuclear, situación en las últimas etapas del ciclo familiar (independencia y retiro), conocimientos sobre medidas de control de la enfermedad, papel familiar del diabético, antecedentes familiares de diabetes, uso actual de medicamentos y escolaridad. Los resultados indican que las familias no apoyan a sus enfermos diabéticos en su control.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, Familia, Apoyo, paciente

SUMMARY

In the present research work shows the results of identification and association of some familiarly characteristics of patients with diabetes mellitus in relation to metabolic control. The research was conducted in 10 families belonging to IPS CEDIVA LTDA located in Santiago de Cali in 2011. We evaluated the attitudes and information about the disease and their application for the family, this was done in three main stages, approach, gathering and socializing, most of the families showed negative attitudes and ignorance - estates. The vast majorities of patients are not well controlled and have dropped out of treatment, we found a strong association of slippage with membership in a nuclear family situation in the later stages of family cycle (independence and withdrawal), knowledge measures disease control, family role of diabetes, family history of diabetes, current use of medicines and schooling. The results indicate that families do not support their diabetic patients in their control.

Keywords: Diabetes Mellitus, Family Support, Patient

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad mostrar el rol de la familia en el tratamiento integral de la diabetes Mellitus y mostrar el impacto en la deserción del paciente del tratamiento médico integral.

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea de apoyo psicosocial de la familia a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una adherencia y continuidad suficiente del tratamiento.

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos siendo, en alguna medida, un producto de su cultura y de su grupo social.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: el tipo de enfermedad, el tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, la invalidez, los regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes mellitus, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas, el tratamiento o las complicaciones.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes mellitus, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevos papeles en el sistema familiar. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La diabetes Mellitus está clasificada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo tanto es una enfermedad que a la fecha no tiene una cura científica probada, pero si múltiples alternativas de tratamiento que puede controlarla y disminuir el impacto de las diversas complicaciones que de ella se deriva.

Las consecuencias de la diabetes Mellitus representan la mayor preocupación para las personas a quienes se comunica el diagnóstico de la enfermedad. En efecto, las personas con una diabetes Mellitus mal cuidada están más expuestas a tener diversas complicaciones, siendo los órganos y tejidos más afectados los ojos, los riñones, nervios, arterias y articulaciones.

Actualmente se reconoce que los niveles elevados de azúcar en la sangre, mantenidos por periodos prolongados están directamente relacionados con las complicaciones crónicas de la diabetes Mellitus. Son factores agravantes la hipertensión no controlada y los niveles elevados de los lípidos en la sangre (colesterol total, colesterol LDL, triglicéridos) condiciones frecuentemente asociadas a la diabetes.

Tanto la diabetes Mellitus como la hipertensión y los lípidos alterados se pueden controlar en forma importante cuando la persona adhiere a su plan de alimentación, realiza actividad física en forma regular y, en los casos indicados, sigue un tratamiento con medicamentos.¹

De lo anterior se puede inferir que el abandono del tratamiento en pacientes diabéticos genera traumatismos no solo a nivel personal, si no que involucra la esfera familiar y social, este será el problema a indagar desde este trabajo de investigación.

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El número de personas con diabetes Mellitus en el mundo cada año incrementa sustancialmente. Según la Federación Internacional de Diabetes se calcula que actualmente (2010) hay cerca de 246 millones de afectados por diabetes Mellitus comprendidos entre los 20 a 79 años de edad y estima que esa cifra incrementará a 380 millones de afectados para el 2025,

¹ ASCHNER, Pablo. Norma guía para el programa de prevención y control de la diabetes Mellitus, Bogotá, Litográficas Velasco, 2004

Si no se toman medidas importantes para la prevención de la enfermedad

En la ciudad de Santiago de Cali, durante los años 2009 al 2010, el índice de patologías asociadas a la diabetes Mellitus ha crecido aproximadamente en un 0.5% en comparación al año inmediatamente anterior, para tal fin los expertos en el tema y las entidades que trabajan con este tipo de pacientes afirman que La diabetes Mellitus es una enfermedad crónica (de mucho tiempo de duración) que requiere de un control estricto y monitorización permanente. Sin el control rutinario se puede producir hiperglucemia que va asociada con lesiones en el organismo a largo plazo y con el tiempo puede llegar a producir las complicaciones de la diabetes como son: Retinopatía, neuropatía y nefropatía, entre otras.²

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la Diabetes Mellitus (DM) es el tercer problema de Salud Pública más importante del mundo. En Colombia, se encuentra entre las primeras causas de mortalidad, de egresos

² CALERO, Marco L. manual para el manejo de la diabetes Mellitus, secretaria de salud municipal de Cali, 2007

Hospitalarios y de consultas externas en personas mayores. En el Valle del Cauca, para el año 2008, presentó una tasa de mortalidad en la población mayor de 20 años del 31,8 x 100.000 habitantes³

En Cali en el año 2011 se reportaron una estadística de 4.7 % de diabéticos sobre la población de 18 a 69 años, auto informada, por las aseguradoras y entes de salud⁴, frente a un 4.2% del año inmediatamente anterior, En Cediva Ltda. IPS, que es una entidad de salud perteneciente a la red de atención de pacientes diabéticos en Santiago de Cali, esta problemática y estos índices porcentuales no son ajenos, lo que hace se evidencie la necesidad de estos programas medico integrales que aumenten la adherencia la tratamiento y así disminuir la

Deserción y aumento de las complicaciones por el no tratamiento adecuado o el abandono del mismo por parte del paciente.

Actualmente los índices de tratamiento para esta patología y sus complicaciones está bastante dispersa, encontrando que un

³ <http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=10325> visitada el dia 03 de agosto de 2012

50% de pacientes aún no ha sido diagnosticado, del porcentaje restante se puede decir que: un 25% ha sido diagnosticado pero no recibe o abandonó el tratamiento, el otro 25% se distribuye así: 20% recibe tratamiento primario y el 5% tratamiento integral.

El interés de este trabajo de investigación, es centrarnos en los factores familiares que inciden en estos pacientes que abandonan el tratamiento, creando estrategias psicológicas que se pueda involucrar en el tratamiento médico integral, conllevando esta a que dichos factores disminuyan o desaparezcan aumentando la prevalencia y mejorando la calidad de vida del paciente, hechos que se reflejaran en una mejor

Convivencia familiar y una disminución secuencial de los índices de deserción del tratamiento médico integral.

⁴ http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2011_EstilosdeVida/BOLETIN_CRONICAS_2011.pdf, visitada el día 03 de agosto de 2012

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con diabetes Mellitus son sus principales administradoras de atención diabética. Esto refleja la observación de que la diabetes Mellitus y sus síntomas asociados influyen sobre la mayor parte de los aspectos de la vida diaria, algunos tan fundamentales como comer o realizar una actividad física. Para poder cuidarse es necesario tener conocimientos, pero incluso con conocimientos podría no ser fácil ajustarse al autocuidado óptimo. Esto hace que la educación del paciente sea un aspecto complejo de la terapia. La naturaleza del autocontrol de la diabetes que abarca tantos aspectos, también implica bienestar mental si se quieren mantener y optimizar los cambios de la vida diaria y de hecho, esto resulta difícil sin intervienen problemas psicológicos. La educación y la atención psicológica son, por lo tanto, aspectos clave de la atención diabética.

La terapia en el sentido más amplio refuerza la atención diabética en cada contacto entre la persona con diabetes Mellitus y el equipo sanitario. El reconocimiento de que el 95% de la atención diabética se la administran las propias personas con diabetes y sus familiares se refleja en la terminología actual de los programas de "educación para el autocontrol diabético". Con la idea que el conocimiento en si

mismo no es suficiente para capacitar a las personas para que cambien de comportamiento y mejoren los resultados, se han introducido y se siguen desarrollando nuevos enfoques que enfatizan el aprendizaje activo.

Un mal funcionamiento psicológico causa sufrimiento, puede interferir gravemente en el autocontrol diario de la diabetes Mellitus y va asociado a unos malos resultados médicos y un aumento de los costes.⁵

1.3. JUSTIFICACION

En el esquema moderno de conformación de equipos multidisciplinarios de atención diabetológica, la persona con diabetes Mellitus y su familia cumplen un importante papel puesto que sin su participación no se pueden lograr las metas de un buen control.

La diabetes Mellitus compromete todos los aspectos de la vida y puede afectar la capacidad de la persona para funcionar exitosamente en su esfera laboral y personal. La incorporación de instrumentos y sistemas de redes familiares, permite que la

⁵ Revista Diabetes Voice, septiembre 2006, volumen 51, pág. 9

persona pueda funcionar bien y lograr niveles de glucemias a lo normal.

Actualmente se considera como parte sustancial del programa de autocuidado por parte del mismo individuo, con la colaboración de su familia. Para esto los diabéticos deben ser educados antes que les sea delegada la responsabilidad del cuidado diario de su enfermedad.

En las unidades y centros funcionales de diabetes es útil la presencia de un profesional en psicología que apoye el tratamiento integral del diabético. Especial consideración tienen en este sentido los niños y adolescentes diabéticos y aquellos adultos con falta de adherencia a los tratamientos, su función básica será la de integrador de la familia en las sesiones terapéuticas.⁶

1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA

Utilizando la teoría general de los sistemas, un enfoque psicológico sistémico, para dar respuesta a la necesidad de incorporar la familia en el tratamiento integral de la diabetes Mellitus y así disminuir los impactos de la deserción

⁶ CARRASCO, Elena, Manual para educadores en diabetes Mellitus , OPS, gobierno de Chile, Impresos Flip-axis Ltda., Santiago de Chile 2001

del paciente en el tratamiento médico integral, después de hacer una observación metodológica, se evidencia una problemática al interior de la vida del paciente y su rol familiar.

De acuerdo a todo lo anteriormente descrito, para este trabajo de investigación se formula el siguiente problema:

¿Cómo la incomprensión, la falta de estímulo y la falta de apoyo de los sistemas familiares, influyen como factores dominantes en el abandono del tratamiento médico integral en los pacientes con diabetes mellitus pertenecientes a CEDIVA LTDA IPS?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar como la incomprensión, la falta de estímulo y la falta de apoyo de los sistemas familiares, influyen como factores preponderantes en el abandono del tratamiento médico integral en los pacientes con diabetes mellitus pertenecientes a CEDIVA LTDA IPS

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1. Analizar el rol de la Familia, como factor determinante en el apoyo, adaptación, autocuidado y adecuado control del paciente diabético.

2.2.2. Analizar el impacto de la aparición de la Diabetes Mellitus en el grupo familiar.

2.2.3. Analizar el proceso de adaptación de la familia ante el diagnóstico de diabetes Mellitus de Alguno de sus miembros.

2.2.4. Explicar cómo desde la teoría general de los sistemas, el enfoque sistémico, estudia el sistema familiar en los pacientes con diabetes mellitus y sus impactos en el tratamiento médico integral.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO TEORICO

De acuerdo a la cita electrónica visitada en:
<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm>:

"DIABETES EN GENERAL :Es importante lograr identificar el significado de diabetes mellitus, por lo cual revisaremos temas que nos ayudaran a tener una visión más amplia de esta importante enfermedad.

¿Qué es la Diabetes?

La diabetes mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo (metabolismo es un conjunto de reacciones químicas que tienen lugar en las células del cuerpo), caracterizada por un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones micro vasculares (enfermedad de los vasos sanguíneos finos del cuerpo, incluyendo vasos capilares) y cardiovasculares (relativo al corazón y los vasos sanguíneos) que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos (riñones, ojos, corazón, nervios periféricos) y la mortalidad asociada con la enfermedad y reduce la calidad de vida de las personas

La diabetes afecta a entre el 5 y el 10% de la población general, esta variación depende de los estudios consultados. Debe tenerse en cuenta que se estima que por cada paciente diabético conocido existe otro no diagnosticado. Su frecuencia aumenta significativamente con la edad y también con el exceso de peso y la vida sedentaria, por estos motivos se espera un importante aumento del número de diabéticos en los próximos decenios.

En la última Encuesta Nacional de salud del año 2001 (España) , un 5,6% de la población, había sido diagnosticado de diabetes, la cifra alcanzaba el 16% en los mayores de 65 años, en la encuesta del año 1993 se declaraba afecto de diabetes sólo el 4,1%.

¿Cuáles son los síntomas de la Diabetes?

Los síntomas que produce la enfermedad son diferentes dependiendo del tipo de diabetes-

En la forma más común que es la tipo 2 los síntomas pueden ser escasos o poco llamativos:

- Sed

- Aumento de la cantidad de orina
 - Aumento del apetito

 - Picores

- Infecciones
- Enfermedades cardiovasculares asociadas

¿Cómo se diagnostica la diabetes?

La Diabetes se diagnostica midiendo la cantidad de glucosa en la venosa y con la persona en ayunas. A esta cifra la denominamos Glucemia Basal.

Hay otras formas y circunstancias de medir la cantidad de glucosa en la sangre; la glucosa medida en sangre capilar (pinchando un dedo) o en las personas que no están en ayunas, estas cifras pueden ayudar o incluso orientar al diagnóstico, pero la que se debe emplear como fiable para el diagnóstico, es la glucosa en sangre venosa y con el sujeto en ayunas (GLUCEMIA BASAL EN PLASMA VENOSO).

sangre (Glucemia). La forma ideal es medirla en la sangre

Existe una prueba llamada Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) que consiste en administrar una cantidad determinada de glucosa a la persona en ayunas y comprobar cómo se comporta la glucosa en la sangre a lo largo de un cierto tiempo. Eso nos permite saber si esa persona tiene alterados los mecanismos de metabolización de la glucosa. Esta prueba hoy en día se usa casi en exclusiva en las mujeres embarazadas.

¿Cuáles son las cifras de glucosa en sangre normales y a partir de cuándo hablamos de Diabetes?

La cifra de glucosa en sangre se considera normal cuando es menor de 110 mg/dl.

Hablamos de Diabetes Mellitus si...

La glucemia en ayunas en plasma venoso es mayor o igual 126 mg/dl (7 mmol/l) al menos en dos ocasiones.

Hay síntomas de diabetes (ver arriba) y una glucemia al azar en plasma venoso mayor o igual 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Aunque no se esté en ayunas. No es necesaria una segunda determinación.

La glucemia en plasma venoso a las 2 horas de la Prueba de Sobrecarga oral con 75 g de glucosa es mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

¿Qué tipos de diabetes existen?

Diabetes Tipo 1: resultado de la destrucción de las células del páncreas que producen la insulina (células beta) y que predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis. Es más típica en personas jóvenes (por debajo de los 30 años).

Diabetes Tipo 2: Caracterizada por resistencia a la insulina que puede estar asociada o no con una deficiencia de insulina y que puede estar presente con muy pocos síntomas durante mucho tiempo. Esta forma es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes.

Diabetes Gestacional: diabetes cuyo inicio se reconoce durante el embarazo. Las mujeres que la padecen deben ser estudiadas después del parto ya que la diabetes puede o no persistir después.

Otras formas de diabetes: condiciones variadas que consisten básicamente en formas específicas, genéticas de diabetes, o diabetes asociada con otras enfermedades o el uso de fármacos. Entre las más comunes están las enfermedades del páncreas y el uso de corticoides en algunos tratamientos.

Metabolismo Alterado de la Glucosa Existen algunas situaciones clínicas intermedias entre la normalidad y la diabetes confirmada, se conocen como situaciones de Metabolismo Alterado de la Glucosa, actualmente se ha vuelto a rescatar para denominarlas el término prediabetes que estuvo abandonado durante algunos años. Esta alteración se caracteriza por:

Alteración metabólica intermedia entre la normalidad y la diabetes.

Son un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares".

Diabetes Mellitus y Ejercicio, El ejercicio es un factor muy importante a tener en cuenta al elaborar un programa para el control de la diabetes. Además del hecho de que mejora el tono muscular, y mantiene saludables al corazón, vasos sanguíneos y pulmones, el ejercicio hace bajar el colesterol y los triglicéridos. Otros beneficios incluyen el gasto de calorías, lo cual ayuda a las personas con diabetes no insulino dependiente a lograr un peso adecuado y a mantenerlo. El ejercicio contribuye al control de la diabetes porque potencia la acción de la insulina y así se disminuye la cantidad de medicación que se requiere. Un programa balanceado de ejercicio reduce la tensión y el estrés, mejora la concentración y hace disminuir el apetito.

Según la cita electrónica <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm> "Cómo cuidarse si tiene diabetes? Diabetes significa que el nivel de azúcar en la sangre es demasiado alto. "Azúcar en la sangre" también se llama "glucosa en la sangre". El cuerpo usa el azúcar para obtener energía. Demasiada azúcar en la sangre puede ser

perjudicial. Si controla la diabetes se sentirá mejor. Correrá menos riesgo de tener problemas con los riñones, los ojos, los nervios, los pies, las piernas y los dientes. También correrá menos riesgo de sufrir un ataque al corazón o un derrame cerebral. Para controlar la diabetes puede hacer lo siguiente:

- mantener una rutina diaria que incluya muchas actividades físicas
- comer de forma sana todos los días
- tomar sus medicinas (si el médico se las recetó)⁷

Diabetes Mellitus. La Enfermedad de la Resistencia

Según la Nueva Medicina: Psique-Cerebro-Cuerpo, fundada por el Dr. Hamer en Alemania y que ha evolucionado con la escuela francesa a lo que actualmente se llama la Descodificación de las Enfermedades, cada patología tiene un código que se registra en el cerebro biológico y que se origina en la psique. Experiencias traumáticas vividas, conflictos emocionales, sufrimientos, producen una huella energética en el cerebro visualizada por Resonancia Magnética, pero que es tan sutil que los que no conocen sobre esta interpretación, la catalogan como una "mancha" producida por un defecto de la máquina. Además esta

⁷ Electronics Reference: <http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm>

huella energética, llamada Foco de Hamer, no traduce ninguna sintomatología neurológica, por lo que no se le da importancia alguna.

Sin embargo, Hamer logró demostrar la correlación que existe entre el conflicto emocional (Psique), la "mancha" (Cerebro) que tiene una localización específica según sea el tipo de sufrimiento vivido y la enfermedad desarrollada y su ubicación también específica en el cuerpo.

Así se logra explicar todas las enfermedades crónicas y algunas enfermedades agudas. Los factores ambientales, la higiene personal de vida como la alimentación, el ejercicio, el sueño, el descanso, la recreación y otros elementos van a jugar un papel importante para que la persona se encuentre más o menos susceptible para que el conflicto emocional vivido le afecte o no. También influirá si la persona ha pasado ya por conflictos semejantes y si los ha puesto en palabras o no.

La diabetes es la enfermedad de la resistencia, por ejemplo oponerse a hacerse una operación que no desea o a cuidar de un familiar que le produce mucha angustia o repulsión o sentirse excluido y resistir a ello, defenderse de alguien o de algo en especial, asistir frecuentemente a un grupo donde se siente mal, tener que soportar un jefe agresor, etc.

¿Por qué está aumentando el número de diabéticos en el mundo?

Existen dos tipos de diabéticos: Tipo 1: en el que las células del páncreas son incapaces de producir insulina o han sido destruidas por anticuerpos (enfermedad autoinmune). Sólo son el 10% de los diabéticos.

Tipo 2: en el que la insulina es insuficiente o existe una resistencia a la misma. Este es el grupo que se encuentra en aumento galopante y que si sigue así se duplicará o triplicará su número dentro de 40 años.

La Medicina Convencional ha estudiado bien la relación entre esta enfermedad y el tipo de alimentación, el sedentarismo, la obesidad, el aumento del colesterol y la hipertensión arterial. Con lo cual la Diabetes deja de ser una enfermedad causada por el trastorno de un órgano: el Páncreas, como muchas veces se le sigue tratando, a ser una enfermedad sistémica en que se encuentran involucrados otros órganos, como elementos causales. Lo que habla poco o nada, la Medicina Convencional, es sobre otras causas que vienen también en aumento, como productora de esta y muchas otras enfermedades crónicas. Y éstas son las emocionales. La resignación fue una de las características impuestas por la cultura y la religión. Y con frecuencia se resignaban a la pobreza, al mal marido o a la esposa colérica y a

otras situaciones de la vida. Se resignaban sin resistencia. El sufrimiento se transforma en otros problemas de salud, pero no en Diabetes. Ahora, es distinto. El Postmodernismo ofrece otras opciones, otras salidas y con ello la esperanza y por tanto también la resistencia a seguir viviendo como se vive; resistencia con repugnancia de soportar a la pareja agresora, a los hijos o padres abusadores psicológicos o sexuales, al jefe dictatorial, al vecino irrespetuoso e invasivo de la privacidad y del silencio, etc.".⁸

La página electrónica
http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/DIABETES.htm:

" ¿LOS FAMILIARES DE DIABÉTICOS, QUÉ PODEMOS HACER?

Ser los principales motivadores para que el paciente cumpla con su tratamiento.

Si eres familiar de un diabético tipo 2, a partir de los 20 años, no estaría mal que anualmente te hicieras un test de glicemia.

⁸ Electronics Reference

<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm>,<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/diabetes-mellitus-enfermedad-de-la-resistencia.htm>

Si eres mujer y estás embarazada, y además tienes familiares diabéticos, estas en la obligación de hacerte estudios para descartar Diabetes Gestacional.

Practicar un estilo de vida saludable, esto motivará a tu familiar para cumplir con su tratamiento.

Debes estar preparado para reconocer un cuadro de Hipoglicemia (sudoración, mareos, pérdida de conocimiento, convulsiones, etc.), y así mismo como manejarla. Acerca del manejo deberás conocer la forma de cómo aplicar la ampolla de glucagón, que seguro tenéis guardado en la nevera (el glucagón es el medicamento de Urgencia usado para la hipoglicemia).

¿QUÉ MAS DEBEMOS SABER ACERCA DE LA DIABETES?

Que un buen manejo de la diabetes eleva potencialmente la calidad de vida del paciente.

Que un paciente obeso, si baja de peso mejorará sus niveles de "azúcar en sangre", así mismo evitará la aparición o el progreso de otras enfermedades crónicas. Te invito a ver mi página sobre OBESIDAD

Que en la mujer embarazada con Diabetes se utiliza insulina, y no se usan antidiabéticos orales, estos últimos en la mayoría son teratogénicos y en otros casos no es segura su administración.

Cuando un paciente con DM tipo 2 va a ser intervenido quirúrgicamente, y está recibiendo antidiabéticos orales, tendrá que suspender y usar insulina. Lo mismo cuando tenga una infección"⁹

Según:http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/DIABETES.htm

"DEFINICIÓN DE FAMILIA Y CONCEPTOS BÁSICOS DESDE EL ENFOQUE SISTEMICO.

Desde la perspectiva que nos ocupa, y aunque se integre en un sistema más amplio, la familia se define como un sistema, es decir: "La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior", (Minuchin, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998). A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones. Esta definición de familia supone un gran avance para

⁹ Electronics Reference, http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/DIABETES.htm

el estudio de la organización familiar, y de ella extraemos las características del sistema -conjunto, estructura, personas, interacción- y otras atribuibles a los sistemas sociales -abierto, propositivo, complejo-, además de las características específicas del sistema familiar -intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros-. Empezando por los términos que aparecen en la definición de sistema, vemos que la familia es: Conjunto. En tanto que conjunto, la familia es una totalidad, una Gestalt que aporta una realidad más allá de la suma de las individualidades, más allá de los miembros que componen la familia. Esta totalidad se construye mediante un sistema de valores y creencias compartidos, por las experiencias vividas a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se transmiten generacionalmente. Esta cultura familiar fraguada con el tiempo da una identidad al grupo, fortaleciendo el sentido de pertenencia de sus miembros, dando respuesta a sus necesidades de filiación y 4 contribuyendo a la construcción de la propia identidad personal frente al medio, respondiendo a la propiedad de homeostasis o morfostasis de la TGS según Ochoa de Alda (1995). Estructurado. Lo mismo que cualquier sistema, la familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacción y una

jerarquización de las relaciones entre sus componentes; también incluye unas reglas que regulan las relaciones entre los familiares y las relaciones con el exterior y que indican quién pertenece y quién queda excluido del grupo familiar (Parson y Bales, 1955).

Es importante el conocimiento de estas reglas, tanto explícitas como implícitas, que condicionan las propias relaciones familiares, para conocer y comprender a la familia y sentar las bases de cualquier tipo de intervención sobre ella, pues pueden incidir de forma significativa en cómo la familia hace frente a los problemas de cada uno de sus miembros y a su propia problemática como grupo. Las reglas suelen ser acordes con los valores y creencias de la familia y regulan también la detección de las necesidades de sus miembros, la comunicación y las conductas de dar y recibir ayuda, que son de suma importancia para conocer la funcionalidad del sistema. Las reglas responden a Metarreglas, que son reglas de orden superior, como por ejemplo la que regula la posibilidad de cambiar, o no, las reglas, o como la que establece reglas diferentes en función del género. En concreto, la metarregla que regula el cambio es de suma importancia, pues si se opone al cambio, bloquea el desarrollo familiar, e incluso la posibilidad de cambiar, aunque el cambio suponga mejorar la calidad del sistema. En esta línea apuntan

Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) al hablar de la incapacidad de algunos sistemas para generar metarreglas que les lleven a reconocer las propias debilidades y cambiar sus metas, sus roles o sus patrones de interacción. Las reglas de funcionamiento rígidas e incuestionables se manifiestan en el propio repliegue de la familia hacia sí misma, pues cualquier cambio se percibe como una traición, como una amenaza o intromisión, hasta el punto de rechazar cualquier intervención guiada desde el exterior, como sucede con la terapia. La estructura familiar supone que existe una o unas figuras que asumen el liderazgo, por tanto, ellas ejercen una mayor influencia en la elaboración y mantenimiento de las normas familiares, y también en las sanciones que pueden derivarse de su incumplimiento. El líder familiar ejerce también una mayor influencia en el modo de pensar, sentir y comportarse de los miembros de la familia. La estructura familiar es asimétrica y la funcionalidad del sistema requiere que así lo sea, siendo mayor la competencia en aquellas familias cuyo liderazgo recae en los adultos (Beavers y Hampson, 1990). La funcionalidad del sistema también es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin, 1984),

mientras las familias caóticas, en primer lugar, y las rígidamente autoritarias luego, generan modelos familiares con

más carencias para el desarrollo y con menos satisfacción entre sus miembros".¹⁰

3.2. MARCO HISTORICO SITUACIONAL

De acuerdo a: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

"HISTORIA DE LA DIABETES EN COLOMBIA: Por afortunada coincidencia, la presentación del libro "Diabetes en Colombia, Recuento Histórico y Bibliográfico" se realiza con ocasión de la celebración en la Academia de las bodas de oro de la Asociación Colombiana de Diabetes y del ascenso de su fundador y director científico Mario Sánchez Medina a miembro honorario de la corporación.

Este libro -que consta de diez capítulos y tiene ciento cincuenta referencias- ha tratado de recoger los momentos históricos, personas destacadas, tendencias en el manejo e investigaciones en el campo de la diabetes en nuestro país.

En el primer capítulo llamado "La alborada de la Historia" - antes de hacer el recuento cronológico del conocimiento que se tuvo de la enfermedad a nivel mundial desde épocas remotas hasta el inolvidable siglo XX- comienza con un párrafo que

¹⁰ Electronics Reference, <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

generó cierta atención en los medios y ocasional controversia. Dice este que "aunque se pensó que la diabetes existiera entre los pobladores amerindios precolombinos, los estudios recientes de antropología genética descartan esta posibilidad". De allí se sacó una frase -incluida en el editorial "La diabetes que llega" del diario "El Tiempo"- que tajantemente afirma que en tiempos pre-colombinos, la diabetes no existía en América. Aunque esto no era lo que Joslin creía en los años sesenta, ya hay al menos un par de estudios de antropología genética que favorecen la teoría de la inexistencia o la muy baja incidencia de diabetes entre los pobladores originales de nuestro continente. El grupo del Instituto de Genética de la Universidad Javeriana (Briceño, Barriocanal, y los académicos Alberto Gómez Gutiérrez y Jaime Bernal Villegas entre otros) publicaron una carta en Diabetes Care que mostraba que esta enfermedad no existía en los amerindios puros del área rural colombiana. Los genes amerindios protegen contra la diabetes, según investigación publicada en la Gaceta Médica de México por un grupo de inmunogenética de ese país liderado por Gorodezky, en el que participaron investigadores colombianos como Montoya, Bedoya, Restrepo y Alberto Villegas y también científicos venezolanos, que se realizó en 349 diabéticos tipo I y 257 controles sanos de tres ciudades latinoamericanas (Méjico,

Caracas y Medellín). El 48% de la contribución genética de la diabetes tipo I corresponde a los genes clase II del HLA. Del brazo colombiano de este estudio se colige que el HLA que más susceptibilidad acarrea es el B18, mientras que la menor incidencia es la del B44 en 26 diabéticos tipo 1 y 56 controles estudiados en Medellín. Los haplotipos diabetogénicos en los grupos con mestizaje corresponden al ancestro mediterráneo, y las secuencias relevantes para la expresión de este tipo de diabetes se localizan en los locus DRB1 y DQB1. Los aminoácidos aspàrtico y glutàmico confieren protección.

Que la diabetes provenía de los conquistadores lo sugieren Cortàzar y Sánchez Medina (basado en escritos del historiador Henao y Arrubla) quienes dicen que entre nuestros conquistadores hay algunos casos como el de don Gonzalo Jiménez de Quesada (se le amputó una pierna por una gangrena posiblemente de tipo diabético) y el de Nicolás de Federmann quien a través de sus descendientes dejó vestigios auténticos de padecer la enfermedad, ya que en los Santanderes y en el noreste de Boyacá, regiones en las que habitan personas con rasgos teutones y nombres o apellidos de origen sajón, es una de las regiones con mayor incidencia de diabetes. Dice Cortàzar que existen relatos de soldados que sin estar en campaña y en pleno descanso físico, morían de sed y en sueño profundo,

habiendo perdido la conciencia en forma progresiva. Probablemente estos hombres jóvenes o maduros presentaron una acidosis diabética. Ha sido fácil establecer una secuencia familiar en el caso de los alemanes, mas no entre los conquistadores españoles, que iniciaron un mestizaje con numerosas tribus aborígenes. En cuanto a los franceses que colonizaron la costa atlántica a finales del siglo XVII y que se mezclaron con los negros, dieron lugar a familias en las que la diabetes se ha transmitido hasta las generaciones actuales.

En una revisión que publiqué hace unos tres años en la revista Medicina, que se refería a la incidencia de la diabetes en hispanos de las dos Américas, decía que desde hace años sabíamos que países de gran altura (por su enclave andino) como Bolivia y Perú, tenían baja incidencia de diabetes mellitus; pero que la situación en el atrasado campo de esos países en vía de desarrollo no era la misma que en las grandes ciudades de esas mismas naciones sub-desarrolladas.

En una tabla publicada en las Guías ALAD 2000 se ve claramente la diferencia: muy bajas prevalencias (< 3%) en poblaciones como Huaraz (Perú), El Alto (Bolivia), Aymaras (Chile), o en el estudio liderado por Pablo Aschner - subdirector científico de la Asociación Colombiana de Diabetes y Jefe de la Unidad de Endocrinología del Hospital

Universitario San Ignacio- en Choachí (Colombia), cuando se comparan con las tasas prevalentes en Sao Paulo, Bogotá o Lima. En estas grandes capitales suramericanas las tasas nunca son tan altas como en Ciudad de México, San Luis de Potosí o Santa Cruz, la ciudad industrial de Bolivia (que pasan la barrera del 10%).

El común denominador de la baja prevalencia es la altura de la población (> 3000 metros sobre el nivel del mar) y el hecho de ser rurales y/o indígenas. En las de alta prevalencia, el punto definitivo es el estilo de vida de la gran urbe; la urbanización progresiva de los grupos poblacionales, acelerada por las migraciones internas y externas que se acentúan por factores como la violencia y el desempleo, es definitivamente responsable de la "diabetización" de las gentes, como se ve definitivamente en el caso de los hispanos en los Estados Unidos.

Los indios PIMA de México -primos de los Indios PIMA de Arizona- con muy bajas tasas de diabetes, también manifiestan un marcado aumento de prevalencia de la enfermedad cuando atraviesan la frontera debido al nuevo medio ambiente; es sabido que en los indios PIMA de Arizona se puede encontrar diabetes hasta un 50% en ciertas edades. Un hallazgo constante es el hecho de que las alteraciones del crecimiento fetal son

factores altamente predictivos del desarrollo de enfermedades en la edad adulta como la diabetes tipo 2, según se observó en los Pima. No está claro cómo la estructura genética del individuo puede afectar el proceso. Si hubo sub-nutrición intra-uterina con presencia de un genotipo ahorrador -que lo protege allí o en épocas de hambruna- este lo lleva a obesidad y resistencia a la insulina en épocas de abundancia. Los bebés macrosómicos -productos de madres con diabetes gestacional- también tienen más probabilidades de desarrollar diabetes al llegar a la edad adulta. Aunque las diferentes tasas de diabetes en diferentes poblaciones, se pueden explicar en gran manera por las diferencias de la estructura genética, los efectos duraderos de las alteraciones nutricionales sobre el feto en desarrollo son, probablemente, los mismos en todas las poblaciones. A medida que los países en desarrollo aumentan sus provisiones de alimentos, más mujeres que nacieron con bajo peso se transformarán en adultas supernutridas, tendrán mayores tasas de diabetes que desarrollarán en edades más tempranas y, por lo tanto, tendrán con mayor frecuencia diabetes durante el embarazo.

En el siglo XIX se hicieron grandes aportes al estudio de la enfermedad por parte de Naunyn, Cantani, Langerhans y Minkowski. En Colombia, estas noticias se tradujeron en la

primera publicación sobre diabetes en el año de 1897. Diabetes azucarada fue el título de la tesis de grado de Rafael Ucròs Durán (1874-1947). Este médico huilense estudió la carrera en la Universidad Nacional, y con la presidencia de tesis de su pariente José María Buendía, presentó este trabajo para optar al doctorado en medicina. Dice Ucròs Cuèllar -familiar suyo- en la Historia de la Endocrinología Colombiana que usó la metodología descriptiva francesa según lo acostumbrado en la época, comenzando por la historia, descripción de la enfermedad, actualización de los conocimientos que sobre ella había, que la causa -aunque desconocida- tiene que ver con los hábitos alimenticios y la herencia. Insiste en la utilidad de los exámenes de orina con el licor de Fehling e incluye 13 referencias bibliográficas en francés e inglés. La parte más importante del trabajo es la referencia al primer diagnóstico de diabetes azucarada hecho en Colombia, y que correspondió a un señor R.P. que murió de la enfermedad, que fue realizado por los doctores Andrés Pardo y Ricardo Cheyne. Adicionalmente incluye la descripción, diagnóstico y evolución de cinco casos clínicos más".¹¹

¹¹ Electronics Reference, <http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetesaldia2104-historia.htm>

3.3. MARCO CONCEPTUAL

Según:<http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetesaldia2104-historia.htm>

- Diabetes mellitus

Es un conjunto de trastornos metabólicos,² que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre.

- Grupo social

Un grupo social es un sistema formado por un conjunto de personas que desempeñan roles recíprocos dentro de la sociedad. Se define a partir de una serie de variables, como el salario promedio, el nivel educativo, la ocupación, etc. Este conjunto puede ser fácilmente identificado, tiene forma estructurada y es duradero. Las personas dentro de él actúan de acuerdo con unas mismas normas, valores y fines acordados y necesarios para el bien común del grupo.

El distintivo identidad común o pertenencia es necesario y puede manifestarse en cultura semejante, no necesariamente igualdad en nivel económico; interactúan para un proyecto común o formando un subgrupo discordante, que finalmente adquiere un carácter de controlador. La potencialidad de un grupo social es obviamente

robusta porque además forman la trama de la sociedad o su negación como un partido opositor en el Parlamento o un peligro de destrucción como un subgrupo en el aula. Los líderes formales o informales son el punto fuerte de la trama de interacciones. Cuando la adscripción a determinado grupo social está fuertemente determinada por criterios económicos, el grupo social de los individuos se suele denominar clase social, y está fuertemente influida por la clase de la familia en que nace el individuo.

- Sistema familiar

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Los seres humanos pertenecemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales: trabajo, escuela, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios, asociaciones y otros. Sin embargo, la familia es el sistema donde se alianzan las emociones, las creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y, con frecuencia, la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso.

La familia es mucho más que una colección de individuos. Es la institución educativa por excelencia. Si es flexible, podrá adaptarse y buscar alternativas apropiadas ante los continuos retos. Si es rígida, su pronóstico de supervivencia es mínimo.

Los roles se establecen por costumbres social y cultural, pero el intercambio de los mismos, cuando se necesita, es un signo de salud. Una familia funcionando puede representarse de manera análoga a una danza en la que los integrantes cumplen roles diferentes, pero cuando lo hacen en forma armoniosa son estéticamente funcionales.

- Enfermedades crónicas

En medicina, se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar sino que se ven más frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, tanto por causas genéticas mal comprendidas como por efecto del contexto. Como siempre, la pobreza es el determinante clave, con su cortejo de falta de educación formal, pérdida de expectativas sociales y personales, y hábitos de vida perjudiciales para la salud.

- Impacto

1 Choque violento de una cosa con otra, especialmente si una de ellas es de menor tamaño que la otra.

2 Marca o señal que produce este choque.

3 Impresión emocional intensa: las imágenes del linchamiento causaron un fuerte impacto social.

4 Conjunto de consecuencias provocadas por un hecho o actuación que afecta a un entorno o ambiente social o natural: la energía eólica es renovable y de escaso impacto ambiental.

- Adherencia

La adherencia se refiere a cuánto usted cumple con el régimen terapéutico prescrito. También se conoce como observancia o cumplimiento terapéutico. Incluye su buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron.

- Patología

La patología es la rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades. De forma más específica, esta disciplina se encarga del estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y

órganos. La patología utiliza herramientas moleculares, microbiológicas, inmunológicas y morfológicas para tratar de explicar la etiología y manifestaciones clínicas (signo y síntoma) que presentan los pacientes, al tiempo que propone bases racionales para el tratamiento y profilaxis. Suele considerarse como el enlace entre las ciencias básicas y las ciencias clínicas".¹²

¹²http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus,http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_social,http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar/paginas/familia.htm, visitada julio 8 de 2012

3.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

3.4.1 *ALCANCES*. Esta investigación contó con acción participativa de todo el grupo de trabajadores de la IPS CEDIVA LTDA, además de un grupo de pacientes y sus familiares, fortaleciendo la comunicación de todo el grupo, proporcionando las herramientas necesarias para llegar a la optimización de una investigación efectiva y veraz.

3.4.2. *LIMITACIONES*. Al realizar esta investigación se pudo encontrar información suficiente referente al tema de familia y diabetes mellitus, sin embargo, no se logró identificar estudios nacionales, que consideren las características socioculturales que influyen en la forma de vivenciar la diabetes.

3.5. SUPUESTOS DE INVESTIGACION

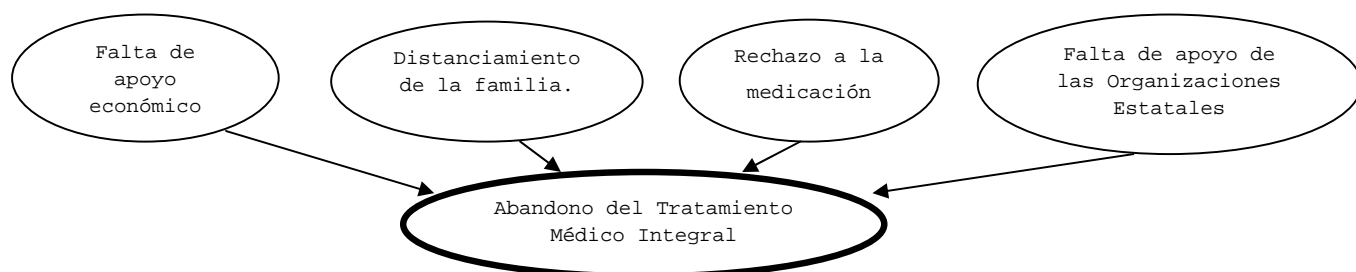


Figura No. 1. Supuestos de la investigación

1-El factor económico precario es una de las fuentes para abandonar los tratamientos médicos, según fuente DANE, <http://www.dane.gov.co>

2-De acuerdo al estudio hecho por los Drs. Zanetti ML, Otero LM, Freitas MCF Couri CEB, Péres DS, Ferronato AA, Dal Sasso K, Barbieri AS. *Atendimento ao paciente diabético relato de experiência. RBPS 2006; 19(4):253-60.* El rechazo a la medicación es un grave problema en los tratamientos médicos continuos en los diabéticos.

3-Según la Organización Mundial de la Salud (2011), en Latinoamérica falta aun mucho por recorrer en cuanto al apoyo social de las entidades, frente a las enfermedades crónicas

4-La Fundación Colombiana de Diabetes, VI congreso Nacional de diabetes (2011), expone como problemática de adherencia al tratamiento, el aislamiento social del paciente con diabetes.

3.6. CATEGORIAS DE ANALISIS

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS		
Primer Orden	Segundo Orden	Tercer Orden
Incomprensión Familiar	Falta de Estimulo	Falta de Apoyo
En todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él. Por ello comprender y desarrollar habilidades encaminadas a fortalecer el acompañamiento durante el tratamiento es importante.	La familia transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios. Por ello el no comprender y lograr identificar todo lo que se presenta en la patología	La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.)por ello la gran importancia que juega el acompañamiento constante por parte de todo el sistema familiar en tratamiento para evitar un abandono temprano del mismo.

Figura 2 Categorías de análisis de la investigación

4. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION

4.1. ENFOQUE METODOLOGICO

Según el problema descrito y los objetivos planteados, se utilizará un enfoque mixto, que involucre los datos cualitativos y cuantitativos

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, etc., además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. En este enfoque mixto se integran ambas concepciones y se combinan los procesos para llegar a resultados de una forma superior¹³.

¹³ CORTES, Manuel, generalidades sobre metodología de la investigación, Universidad Autónoma del Carmen, Campeche México, 2004-pag.11.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al planteamiento del problema, nuestra orientación objetiva y los alcances previstos, esta investigación tendrá un tipo de estudio descriptivo

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las Características y los perfiles importantes de personas, grupos, Comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una Serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan Especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier Fenómeno que se analice. Estos estudios presentan correlaciones muy Incipientes o poco elaboradas¹⁴.

4.2.1. UNIVERSO Y MUESTRA

Para nuestro trabajo de investigación el universo será: pacientes con Diabetes Mellitus pertenecientes a CEDIVA LTDA IPS, quienes consultaron entre las fechas comprendidas de 01 de julio de 2011 a 31 de diciembre de 2011, por servicio particular, que han abandonado el tratamiento médico integral,

¹⁴ CORTES, Manuel, generalidades sobre metodología de la investigación, Universidad Autónoma del Carmen, Campeche México, 2004-pag.20

este número es equivalente a 55 pacientes que representarían el 100% de nuestro universo de investigación

La muestra corresponde a 10 pacientes, equivalentes a 18% del universo, estos pacientes consultaron durante la fecha establecida en el universo, que abandonaron el tratamiento aun después de haber recibido educación primaria para el diabético.

4.2.1.1. DELIMITACION DEL UNIVERSO

La investigación se centrará en 55 pacientes como universo pertenecientes a CEDIVA LTDA IPS, Quienes abandonaron el tratamiento médico integral, estos pacientes para nuestra investigación deben cumplir con criterios de ser diagnosticados con Diabetes Mellitus, presentar algún tipo de complicación diabética o factores de riesgos cardiovascular(neuropatías, retinopatías, pie diabético, nefropatía, enfermedad vascular periférica, hipertensión, dislipidemia¹⁵), estos pacientes fueron incluidos en la base de datos de la IPS, en las fechas comprendidas entre el 01 de junio de 2011 y el 31 de diciembre de 2011, residentes en la ciudad de Santiago de Cali.

4.2.1.2. DELIMITACION GEOGRAFICA

La investigación se realizará en la ciudad de Santiago de Cali, La ciudad está ubicada en las coordenadas 3°27'00"N 76°32'00"O, en el departamento del Valle del Cauca. Geográficamente Cali está en el valle del río Cauca, el segundo en importancia del país. A la altura de Cali este valle tiene 35 km de ancho y la zona urbana esta sobre el costado occidental del río. La parte occidental de la ciudad se encuentra custodiada por los célebres Farallones de Cali, que hacen parte de la Cordillera Occidental de los Andes colombianos.

El municipio de Cali limita al norte con Yumbo y la Cumbre, al nororiente con Palmira y al oriente con Candelaria. Al sur se encuentra el municipio de Jamundí, el área rural de Buenaventura al suroccidente y Dagua al noroccidente.

La ciudad es plana con una elevación promedio de 1.000 msnm. Cali se sitúa además en un punto neurálgico y estratégico: hacia el occidente (aproximadamente 100 km) se conecta con el puerto de Buenaventura sobre el litoral pacífico, y al noreste el centro industrial de Yumbo con el que conforma

¹⁵ ASHNER, Pablo, Norma Guía para el programa de prevención y control de la diabetes Mellitus, Litográficas

el Área Metropolitana de Cali. La ciudad es paso además de la Vía Panamericana y por ende paso obligado desde Colombia hacia el Ecuador.

El principal río de la ciudad y el departamento es el río Cauca, la parte correspondiente al municipio viene desde la desembocadura del río Jamundí hasta el límite entre Cali y Yumbo. El Cauca es de naturaleza sinuosa en su paso por el departamento del Valle, en 40 km navegados en el municipio se avanzan solamente 26 km en dirección sur-norte tras múltiples meandros.

Cali no escapa a la tendencia colombiana de crecimiento de las áreas urbanas en detrimento de la población rural, tanto así que la ciudad (y su área metropolitana) duplicó su participación en la población vallecaucana y del país, hoy en día más del 60% de la población del Valle del Cauca habita en Cali y su área metropolitana¹⁶.

CEDIVA LTDA IPS, se ubica en un sector seguro y cómodo , con fácil acceso vehicular de transporte público y privado, su sede principal está en el barrio Limonar ,al sur de la ciudad, con dirección Calle 5 No. 66B-49 local 107 edificio Toby, telefax:

57-2-3155936, en la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.

4.2.1.3. DELIMITACION CRONOLOGICA

La investigación se desarrolla en un tiempo establecido entre las fechas comprendidas del 24 de marzo de 2012 hasta el 31 de julio de 2012

4.2.2. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS Y TECNICA DE INSTRUMENTOS

Para esta investigación utilizaremos como método de recolección la observación y la entrevista

- LA OBSERVACIÓN. Consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar.

Es una técnica antigua: a través de sus sentidos, el hombre capta la realidad que lo rodea, que luego organiza intelectualmente. Durante innumerables observaciones

sistemáticamente repetidas. El uso de nuestros sentidos es una fuente inagotable de datos que, tanto para la actividad científica como para la vida práctica, resulta de inestimable valor.

- LA ENTREVISTA. Consiste en una interacción entre dos personas, en la cual el investigador formula determinadas preguntas relativas al tema en investigación, mientras que el investigado proporciona verbalmente o por escrito la información que le es solicitada¹⁷.

Como instrumentos de la investigación se aplicaron encuestas con Preguntas de alternativas fijas o cerradas que Formalizan más el cuestionario, pues en ellas sólo se otorga al entrevistado la posibilidad de elegir entre un número limitado de respuestas posibles.

¹⁷ Electronics reference: <http://www.monografias.com/trabajos16/recoleccion-datos/recoleccion-datos.shtml>, visitada el día 10 de Julio de 2012

4.2.2.1. RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos de la investigación se utilizaran fuentes bibliográficas, se entrevistará personal de la IPS, se harán detallados investigaciones del material de archivo existente en la IPS, así como se estudiaran las bases de datos de pacientes que nos puedan prestar la institución.

Con la población se realizó una observación directa estructurada. Se demostró contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.

Estructurada se utilizaron la ayuda de elementos técnicos apropiados, tales como: fichas, cuadros, tablas, etc., por lo cual se los la denomina observación sistemática.

Para esta observación se contó con la colaboración del médico director de la institución quien permitió nos acercáramos a los pacientes seleccionados en la base de datos de la IPS.

Se hizo un acercamiento telefónico y se les citó para recibir una nueva información acerca de su enfermedad, allí se hizo un abordaje verbal y se aplicó un primer encuentro para responder a su necesidad, se aplicó entonces el método del Meta plan con fichas rectangulares de cartulina de color pastel, para

que ellos en pocas palabras dieran respuesta a la pregunta que previamente como investigadores se había planteado dicha pregunta que se realizó fue: ¿ Cual situación familiar cree usted como paciente diabético que influye para que se abandone el tratamiento médico integral?

Con base a este estudio se procedió a realizar dos sesiones de socialización, una con los pacientes y otra con sus familias, en estas sesiones se aplicaron encuestas que nos muestran datos investigativos para fortalecer y corroborar la viabilidad del proyecto investigativo, evidenciando una serie de marcadores que se desarrollaron a lo largo de la investigación.

La recolección de datos duró durante toda la trayectoria de la investigación comprendida entre los meses de marzo y julio de 2012.

Durante la fase de recolección de datos, se utilizaron diferentes recursos:

1-Humano: los estudiantes de psicología, participantes de esta investigación, el personal de planta que labora en CEDIVA LTDA IPS, los pacientes que gentilmente colaboraron con este estudio, los tutores de la UNAD

2-Físico: se utilizó la planta física de CEDIVA LTDA ips, como recurso para la elaboración de los instrumentos, y su posterior aplicación, así como de fuente primaria de información en sus archivos.

3-económicos: los recursos económicos invertidos en esta investigación fueron subsidiados en su totalidad por los estudiantes investigadores responsables de este trabajo de investigación.

4.2.2.2. DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Para esta investigación se diseñaron instrumentos de recolección como la Observación Participante donde el investigador (observador) participa en la situación, esta información se depuró y se consignó lo necesario a lo largo de este trabajo.

El metaplan se utilizó para recoger información de la problemática Metaplan es un método de **moderación grupal** para la búsqueda de solución de problemas, el cual involucra a todos los participantes.

Metaplan es un conjunto de Herramientas de Comunicación para ser usadas en grupos que buscan ideas y soluciones para sus

problemas, para el desarrollo de opiniones y acuerdos, para la formulación de objetivos, recomendaciones y planes de acción.

Se diseñaron para este método tarjetas de cartulina rectangular donde los participantes pertenecientes a la muestra, consignaron su respuesta a la pregunta orientadora ¿Cual situación familiar cree usted como paciente diabético que influye para que se abandone el tratamiento médico integral?

En los encuentros directos con los pacientes diabéticos y sus familias la información se recolectó a través de cuestionarios con preguntas cerradas cuantificables, el cuestionario: Es un instrumento que consta de una serie de preguntas escritas para ser resuelto sin intervención del investigador. Las funciones básicas del cuestionario son: obtener, por medio de la formulación de preguntas adecuadas, las respuestas que suministren los datos necesarios para cumplir con los objetivos de la investigación. Para ello, debe obtener información pertinente, válida y confiable¹⁸.

¹⁸ Electronics reference: <http://www.slideshare.net/amydani/instrumentos-para-recolectar-informacin> visitada el día 11 de Julio de 2012

4.2.2.3. FASES Y TIEMPO DE PROCESO DE LA INVESTIGACION

FASES Y TIEMPO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN									
			MESES						
FASES	ACTIVIDADES		Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	
FASE DE IDENTIFICACION	Idea del proyecto	Idea, perfil, prefactibilidad, factibilidad	■	■					
	Sistema de objetivos del proyecto	Definir el sistema de objetivos		■	■				
FASE DE CONCEPCION	Plan del proyecto	Formulación del problema, objetivos, diseño metodológico, recolección de datos, socialización de resultados,			■	■	■	■	
FASE DE EJECUCION	Logros del Objetivo	análisis cualitativo y cuantitativo					■	■	
	Conclusiones del proyecto	resultados de la investigación, conclusiones, cierre de la investigación, sistematización						■	■

Figura 3 Fases y tiempo del proceso de Investigación

4.2.2.4. RECURSOS DE APOYO DE LA INVESTIGACION

En esta investigación se utilizaron los siguientes recursos:

- Recursos humanos:

Director médico de CEDIVA LTDA IPS

Pacientes con Diabetes Mellitus pertenecientes a la muestra.

Tutores de la UNAD

Estudiantes de Psicología de la UNAD

- Recursos Materiales:

Planta física de CEDIVA LTDA IPS

Computadores

Internet

Archivos bibliográficos

Libros, folletos, revistas.

Bases de datos

- Recursos económicos:

Fotocopias:	\$	50.000.00
Pasajes:	\$	100.000.00
Papelería:	\$	80.000.00
Refrigerios para pacientes	\$	80.000.00

4.2.2.5. *SOCIALIZACION DEL RESULTADO*

Para este trabajo de investigación se realizaron cuatro momentos de recolección de información y acercamiento al fenómeno de estudio y la población, en estos cuatro momentos se recolectó, analizó y socializó datos que son el pilar fundamental de esta investigación, los cuatro momentos se efectuaron de la forma que a continuación se describe.

1-Momento:

Observación en el sitio de investigación

En este primer momento de la investigación se hizo un acercamiento con la entidad que nos abrió las puertas para que este trabajo fuera posible, en dicha entidad se hizo reunión con el Director Médico Dr. Marco L. Calero, quién entregó datos importantes sobre la población factible a la investigación, posterior a esto se hizo un trabajo en los archivos y base de datos de la entidad para encontrar la población muestra, después de haber hecho esta recolección se efectuó nueva reunión con el director médico y se le socializó nuestro hallazgo y se mostró listado de los elegidos para la muestra, dando el su aval para que se incluyeran estos pacientes y sus familias en el trabajo.

2- Momento:

Aplicación del metaplan:

Para esta aplicación de recolección de información se contactó vía telefónica los pacientes con diabetes Mellitus pertenecientes a la institución elegida, que cumplieran con los criterios exigidos en la muestra, para esta oportunidad como se ha explicado en varios puntos anteriores, se diseñaron tarjetas rectangulares y

por medio de un marcador , entregándoles la pregunta orientadora, se solicitó al paciente que plasmara su respuesta lo mas sintetizada y concreta posible en un máximo de 8 palabras, para esta actividad los pacientes se motivaron a asistir a la IPS , ofreciéndoles un control glucémico gratuito, obsequiado por el Médico Director de Cediva LTDA.

3-Momento

Socialización del resultado del metaplan

En este momento a los 10 pacientes seleccionados en la muestra y que participaron del metaplan, se les socializaron los resultados del metaplan, haciéndoles énfasis en las tres categorías de factores familiares más relevantes encontradas allí, por número de coincidencias en sus respuestas, estas categorías son:

1- Incomprensión familiar

2- Falta de estímulo Familiar

3- Falta de apoyo familiar

Se planteó la estrategia de apoyo psicológico para ellos y sus familias, y se aplicó una encuesta personal para que ellos plasmaran allí lo observado en este encuentro.

Como tarea se propuso que invitaran mínimo un familiar, para un próximo encuentro y socializarles sus inquietudes y así formar una red de apoyo que aporte ideas positivas al tratamiento de ellos.

4- Momento

Socialización con los familiares

En este encuentro con las familias se expuso el tema de la importancia de las redes familiares en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y se les propuso hacer parte integral del tratamiento, se les motivó a ser apoyo de sus familiares y la importancia de las familias en la recuperación y control de las enfermedades crónicas, se contó con el apoyo del médico director , quien acompañó esta sección, se aplicó una encuesta y se les propuso un espacio metodológico que estará pronto disponible en la IPS, para estos casos, para finalizar este momento se aplicó una encuesta de satisfacción

4.3. TRABAJO DE CAMPO DE LA INVESTIGACION

El trabajo de campo es el momento en la investigación que lleva a aplicar los instrumentos de obtención de datos (observación, entrevista, cuestionario, etc.) a la población, fenómeno o proceso objeto de estudio¹⁹.

En esta investigación el trabajo de campo se puede observar en detalle en el cuadro siguiente:

¹⁹ Electronics reference: <http://www.aulafacil.com/cienciainvestigacion/Lecc-18.htm>, visitada el 19 de Julio de 2012

Fecha	Nombre de la sección	Participantes	Materiales	Descripción
Mayo 03 de 2012	Observación en el sitio de investigación	Director médico IPS investigadores	Libretas lapiceros	Se entrevistó al director médico, luego se revisaron archivos de la entidad y bases de datos.
Mayo 16 de 2012	Metaplan	-10 Pacientes diabéticos. -Director Médico IPS. -Investigadores	-Fichas de cartulina rectangulares -Panel de corcho -Lapiceros -marcadores	En esta sección se recogió la inquietud y el pensar de los elegidos en la muestra para esta investigación, a través de este método se encontró una valiosa información que será la que nos guíe por la investigación, para dar respuesta a su problemática.
Mayo 23 de 2012	Socialización al paciente	Pacientes que participaron del metaplan Investigadores	Encuesta Lapiceros Tablero Marcadores	Se socializó a los pacientes el resultado del metaplan, las categorías que se habían escogido de acuerdo a sus respuestas, sus inquietudes, sus necesidades.
Mayo 30 de 2012	Socialización con familiares	Familiares de pacientes que participaron del metaplan	Encuesta Lapiceros Tablero Marcadores	Se dialogó con los familiares de los pacientes que participaron del metaplan, aquí se les socializó sus inquietudes, y se recogió también sus inquietudes, que la final también fueron nuevamente socializados y se motivó ante un espacio psicológico de la ips.

Figura 4 Trabajo de Campo de la investigación

5. DESCRIPCION, ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN

En el ítem 4.2.4.2, se hizo una descripción de los momentos claves de encuentro directo con la población muestra, también se mencionaron allí varios instrumentos diseñados para esta investigación, en este punto de el informe, se va a desarrollar los hallazgos encontrados en estos momentos.

1. Metaplan

1. Participantes 10 Pacientes con diabetes mellitus, distribuidos así:

Sexo:

HOMBRES	MUJERES
5-50%	5-50%

Tabla 1 Distribución del sexo en los pacientes

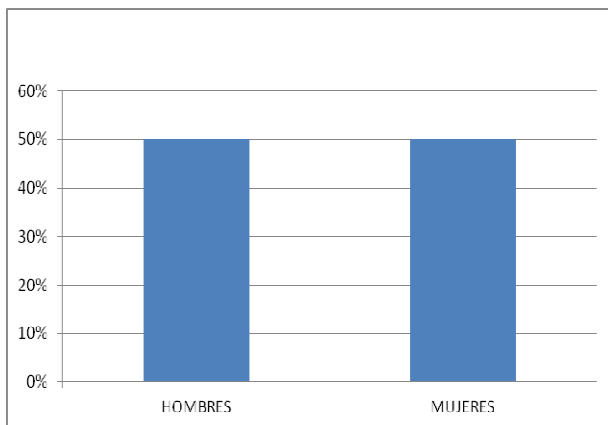


Figura 5 Distribución del sexo en los pacientes diabeticos

Se logró en la muestra citar pacientes en igual número de hombres y mujeres

Edad.

MINIMA	61 AÑOS
MAXIMA	76 AÑOS
PROMEDIO	69 AÑOS

Tabla 2 Distribución de la edad en los pacientes

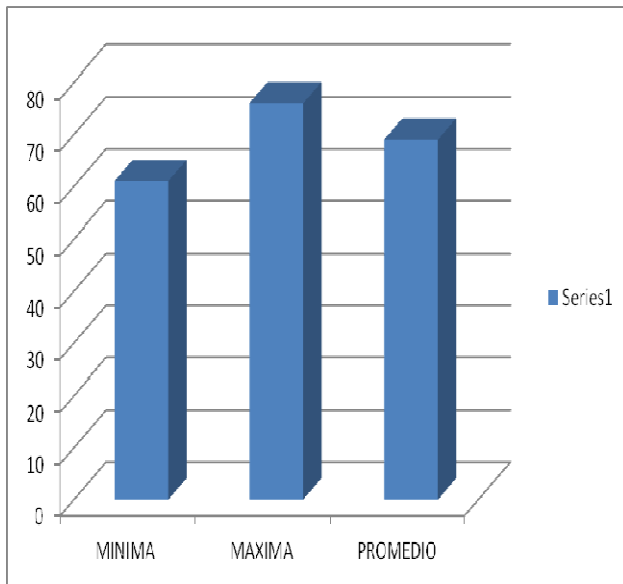


Figura 6 Distribución de la edad en pacientes diabeticos

La edad promedio de los paciente elegidos esta en 69 años, siendo la edad mínima de 61 años y la máxima 76 años.

Escolaridad:

PRIMARIA	0-0%
SECUNDARIA	7-70%
SUPERIORES	3-30%

Tabla 3 Distribución de la escolaridad de los pacientes.

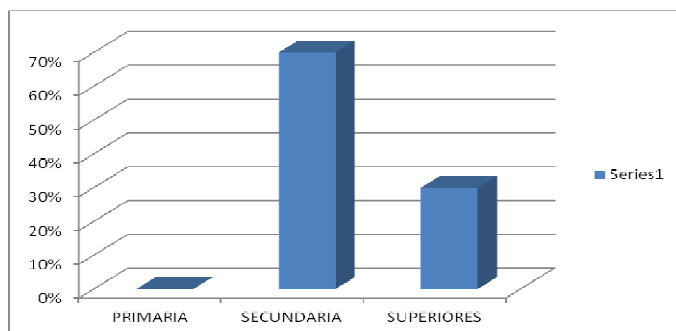


Figura 7 Distribución de la escolaridad de los pacientes diabeticos.

El grado de escolaridad de los participantes esta distribuido en gran parte en estudios medios y superiores, lo que hace que la receptividad sea mas factible.

A la pregunta orientadora del metaplan se encontró lo siguiente:

Para categorizar las respuestas del metaplan, utilizamos la sinonimia, en la frase que escribieron en las fichas se ubicaron palabras claves que se pudieran asociar por la repetición a algún factor familiar y/o social que afectara directamente al paciente en su tratamiento, estos factores habían sido inicialmente concluyentes de el preámbulo de la actividad, es así como se llega a encontrar los siguientes resultados:

Tres pacientes (30%), asociaron sus respuestas a la falta de comprensión familiar.

Tres pacientes (30%), asociaron sus respuestas a la falta de estímulo en la familia para continuar con el tratamiento

Dos pacientes (20%), Asociaron sus respuestas a la falta de apoyo y acompañamiento de las familias en su tratamiento.

Dos pacientes (20%), asociaron sus respuestas a factores que no se pudieron asociar entre las categorías anteriores, por lo que se agruparon en una nueva categoría que llamamos: otros factores

INCOMPRESION	30%
FALTA DE MOTIVACION	30%
FALTA DE APOYO	20%
OTROS FACTORES	20%

Tabla 4 Distribución del Resultado del Metaplan

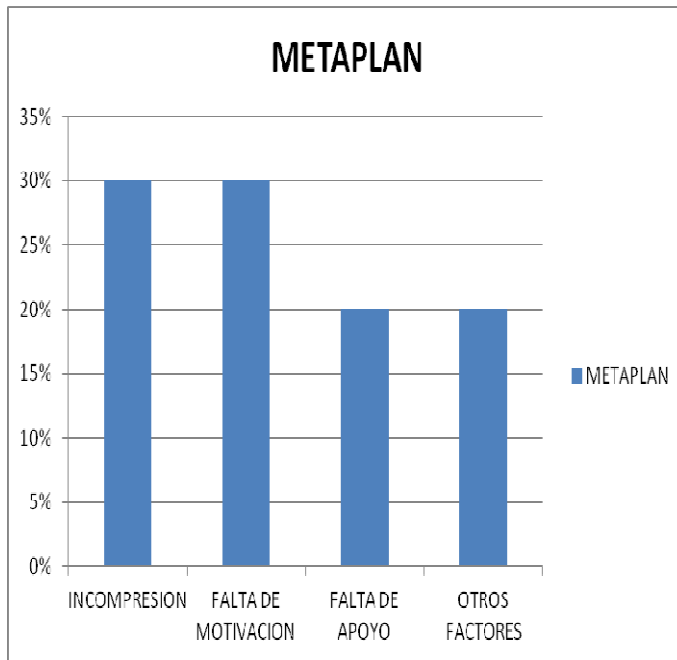


Figura 8 Distribución del Resultado del Metaplan aplicado a pacientes diabeticos

En el segundo momento de la investigación, se aplicó la siguiente encuesta que arrojó los siguientes datos:



CEDIVA LTDA

CENTRO DIABETOLOGICO DEL VALLE LTDA

SALUD OCUPACIONAL

NIT: 805 016 046 – 9

ENCUESTA DE SATISFACCION DE PACIENTE

TEMA	
OBJETIVO	
RESPONSABLE	

1. TEMA.

DESCRIPCION	SI	NO
¿La elección del tema fue de su interés?		
¿El tema se relaciona con su problemática?		

2. UBICACIÓN

DESCRIPCION	SI	NO
¿Cree usted que este sitio es de fácil acceso?		
¿Le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio?		

3. METODOLOGIA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Le gustó la forma de presentar el expositor el tema?		
¿Le gustó la forma de desarrollo de la actividad?		
¿Le gustó la atención de la reunión?		

4. PROBLEMÁTICA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Ha estado usted sometido a la incompreensión familiar por presentar diabetes Mellitus?		
¿Ha sido estimulado por su familia para continuar su tratamiento?		
¿Se ha sentido apoyado por su familia en el tratamiento?		

5. COMPROMISOS

DESCRIPCION	SI	NO
¿Está usted dispuesto a continuar con su tratamiento?		
¿Asistiría Usted a secciones de acompañamiento psicológico para continuar su tratamiento?		
¿Le gustaría que su familia también recibiera acompañamiento psicológico con Usted?		

1. tema

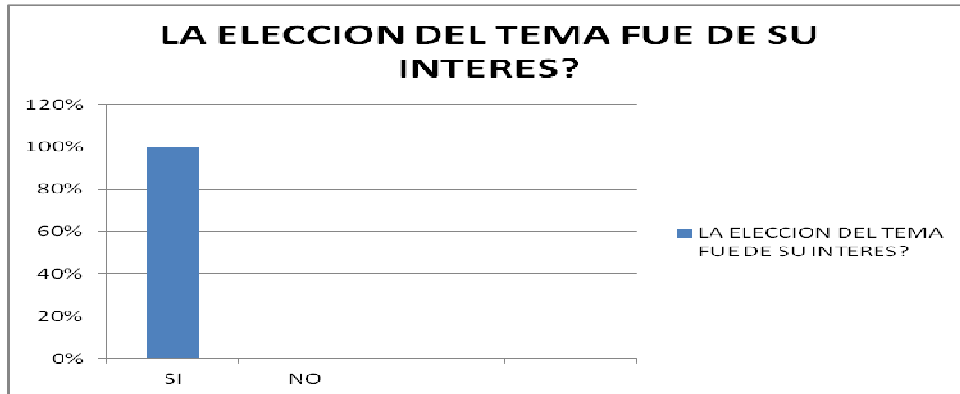


Figura 9 Distribución de respuestas momento 2 ¿la eleccion del tema de su interes



Figura 10 Distribución de respuestas momento 2 ¿El tema se relaciona con su problmatica?

De acuerdo a los datos estadísticos el 100% de los asistentes esta totalmente de acuerdo con el tema expuesto.

- UBICACIÓN

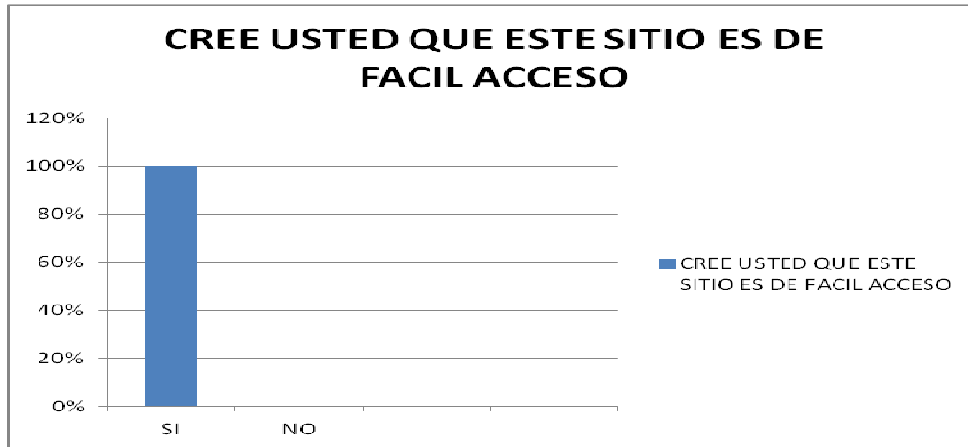


Figura 11 Distribución de respuestas momento 2 ¿Cree usted que este sitio es de fácil acceso?

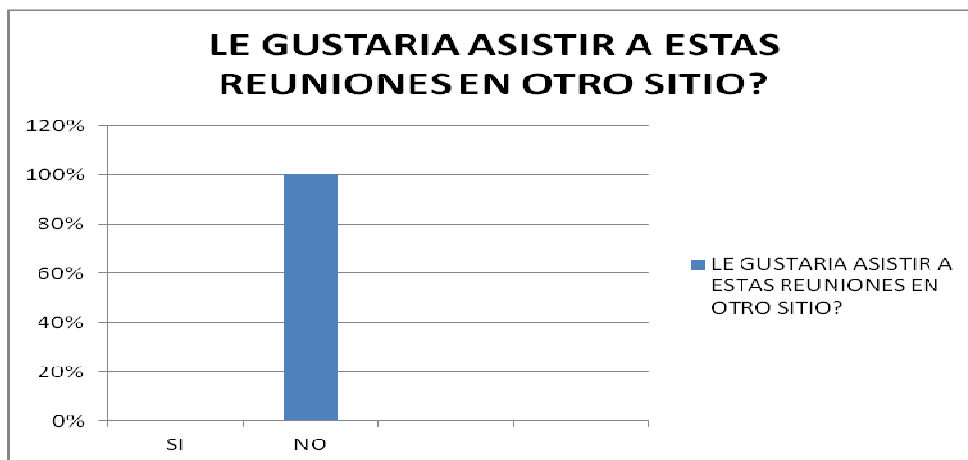


Figura 12 Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio?

En cuanto al sitio de la convocatoria y ejecución de este momento, la población asistente lo aprueba por unanimidad 100% y no desean cambiar de sede.

3. METODOLOGIA

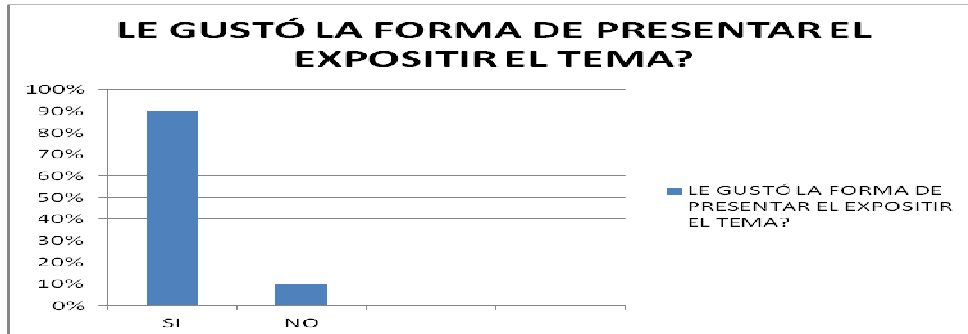


Figura 13 Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustó la forma de presentar el expositor el tema?

Un 90% de los asistentes manifiesta que el expositor dominó y manejo bien el tema y el auditorio, frente a un 10% que no lo aprueban.

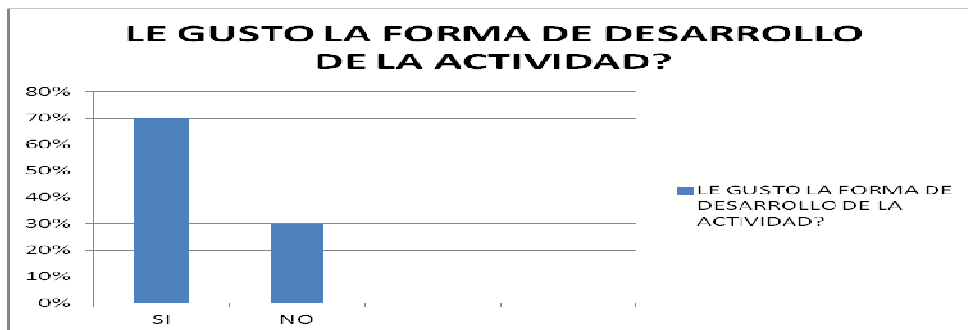


Figura 14 Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustó la forma de desarrollo de la actividad?

De los asistentes al momento , un 70% se sintieron comodis con el desarrollo de la actividad, frente a un 30% que no coinciden en decir que el desarrollo fue de su interes.

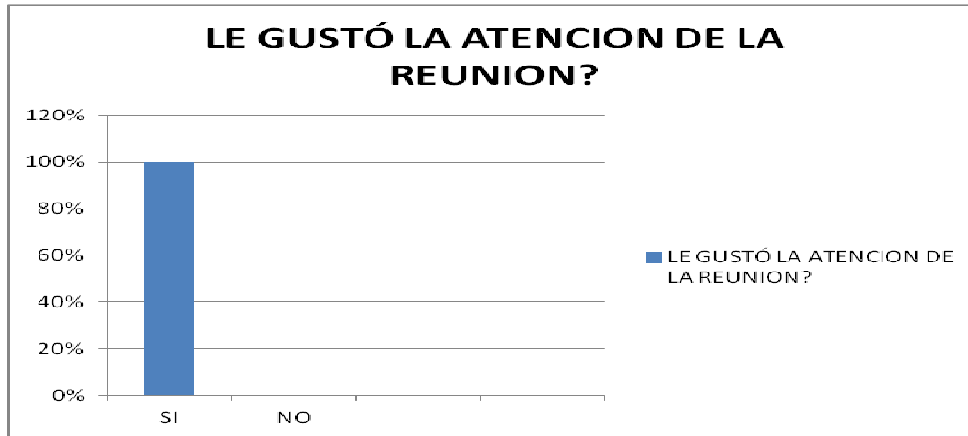


Figura 15 Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustó la atención de la reunión?

El 100% de los asistentes salieron satisfechos con la atención prestada y entregada a ellos durante esta sesión.

4. PROBLEMÁTICA

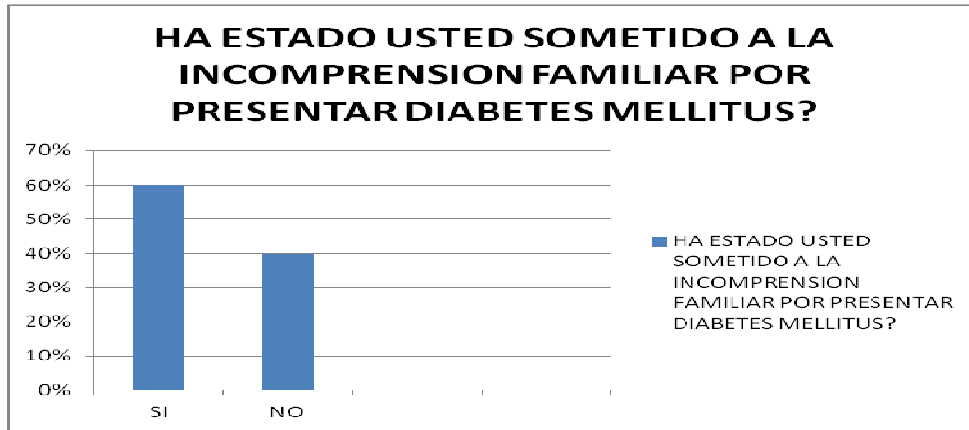


Figura 16 Distribución de respuestas momento 2 ¿ha estado usted sometido a la incomprensión familiar por presentar diabetes mellitus?

Del total de la población encuestada responden así: el 60% ha estado sometido a algún tipo de incomprensión familiar y el 40% no asocia su problemática con este factor.



Figura 17 Distribución de respuestas momento 2 ¿El tema se relaciona con su problemática?

Para esta pregunta, la población responde que el 70% no han recibido algún tipo de estímulo para continuar con el tratamiento frente a un 30% que dice haber recibido estimulación para continuar.

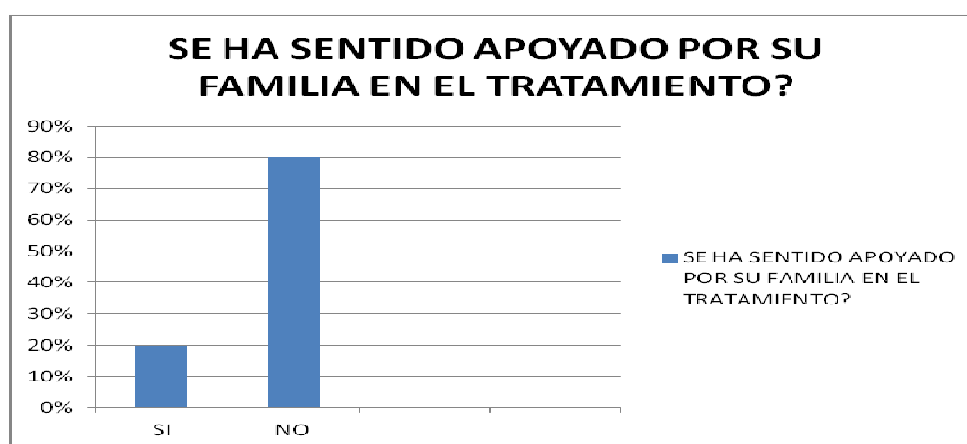


Figura 18 Distribución de respuestas momento 2 ¿se ha sentido apoyado por su familia en el tratamiento?

En cuanto al tema del apoyo dentro de la estructura familiar para continuar con el tratamiento de su enfermedad aquí los datos son un poco más grandes que los anteriores, el 80% dice no recibir algún tipo de apoyo frente a un 20% que dice sí recibir algún apoyo.

5. COMPROMISOS



Figura 19 Distribución de respuestas momento 2 ¿Esta usted dispuesto a continuar con su tratamiento?

Después de presentadas las posibles complicaciones de la diabetes y la importancia del tratamiento, el 90% de los encuestados dicen estar comprometido nuevamente con el tratamiento y el 10% sigue renuente.

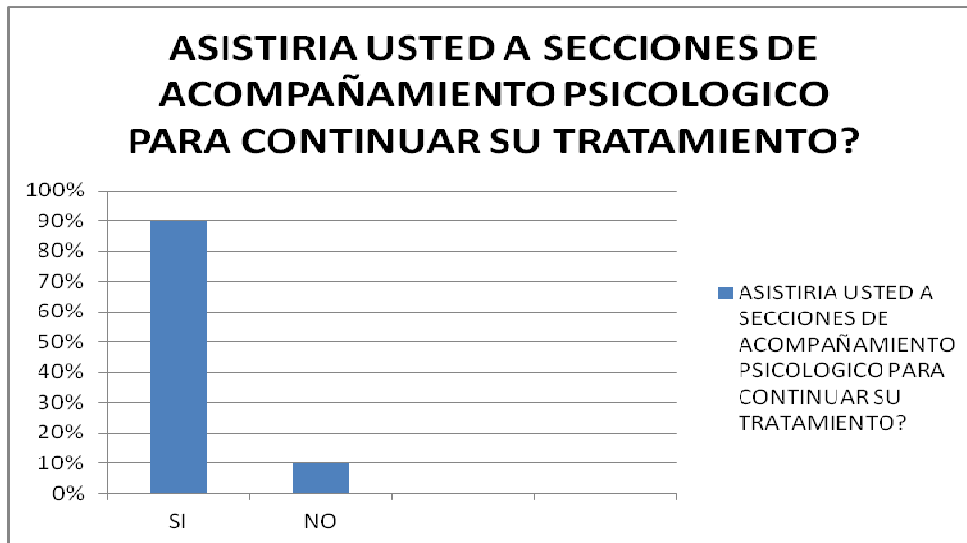


Figura 20 Distribución de respuestas momento 2 ¿Asistiría usted a secciones de acompañamiento psicologico para continuar su tratamiento?

El 90% de los pacientes estan de acuerdo en recibir orientacion psicologica para el manejo de su enfermedad , el 10% no esta de acuerdo.

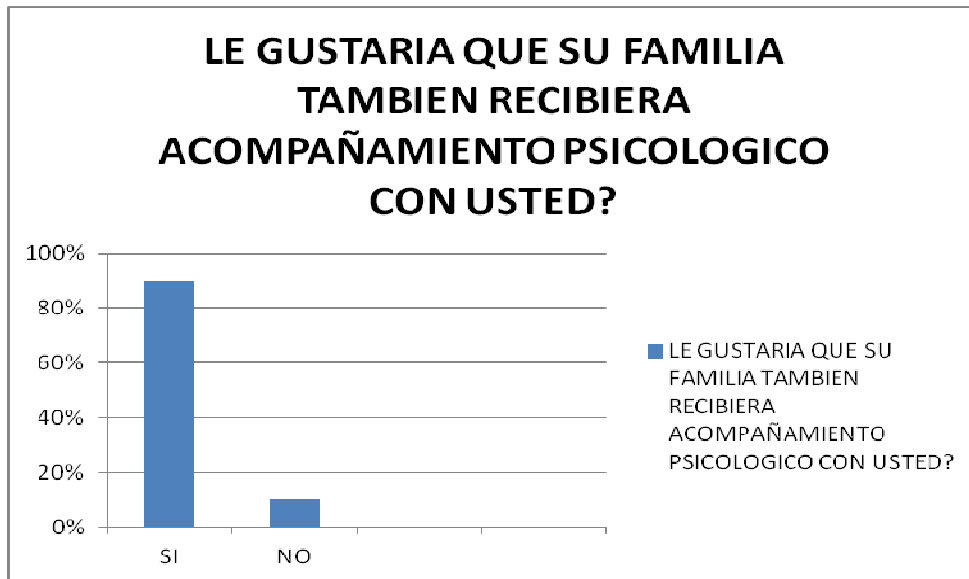


Figura 21 Distribución de respuestas momento 2 ¿Le gustaría que su familia también recibiera acompañamiento psicológico con Usted?

El 90% de los participantes está de acuerdo que la familia se involucre en su tratamiento y le gustaría que los acompañen, el 10% no están de acuerdo con involucrar a la familia.

En el tercer momento de la investigación se aplicó la siguiente encuesta con sus respectivos datos.



CEDIVA LTDA

CENTRO DIABETOLOGICO DEL VALLE LTDA

SALUD OCUPACIONAL

NIT: 805 016 046 - 9

ENCUESTA DE SATISFACCION FAMILIAR

TEMA	
OBJETIVO	
RESPONSABLE	

1. TEMA.

DESCRIPCION	SI	NO
¿La elección del tema fue de su interés?		
¿El tema se relaciona con su problemática?		

2. UBICACIÓN

DESCRIPCION	SI	NO
¿Cree usted que este sitio es de fácil acceso?		
¿Le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio?		

3. METODOLOGIA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Le gustó la forma de presentar el expositor el tema?		
¿Le gustó la forma de desarrollo de la actividad?		
¿Le gustó la atención de la reunión?		

4. PROBLEMATICA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Comprenden Usted y su familia a su familiar-paciente por presentar diabetes Mellitus?		
¿Estimulan Usted y su familia a su familiar-paciente para continuar el tratamiento?		
¿Apoyan Usted y su familia a su familiar-paciente en el tratamiento?		

5. COMPROMISOS

DESCRIPCION	SI	NO
¿Está usted y su familia dispuestos a continuar apoyando el tratamiento de su familiar?		
¿Asistiría Usted y su familia a secciones de acompañamiento psicológico para continuar el tratamiento de su familiar?		

Figura 21 Modelo de encuesta de satisfacción para familiares

1 Tema.

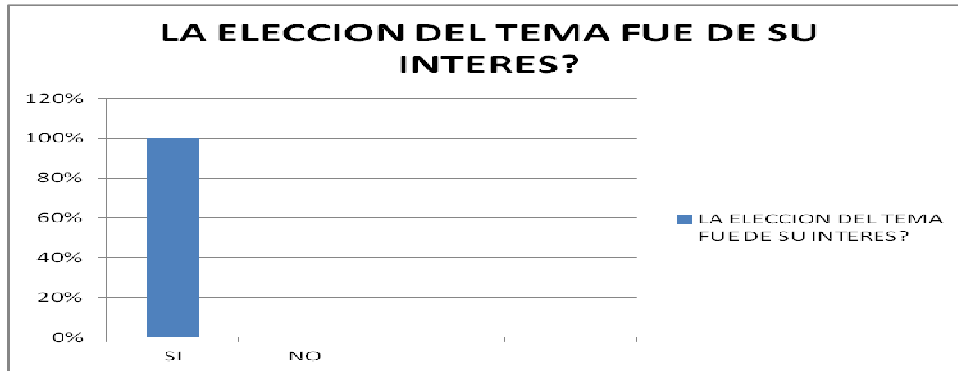


Figura 22 Distribución de respuestas momento 3 ¿la eleccion del tema fue de su interes?

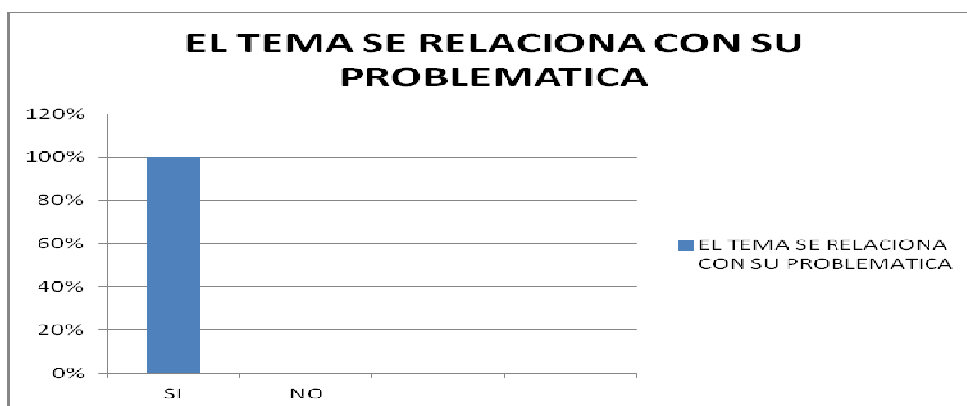


Figura 23 Distribución de respuestas momento 3 ¿el tema se relaciona con su problematica?

En relacion con la tematica planteada los familiares asistentes por unanimidad 100% , lo aceptan lo comparten y muestran gran interés por el.

2. UBICACIÓN

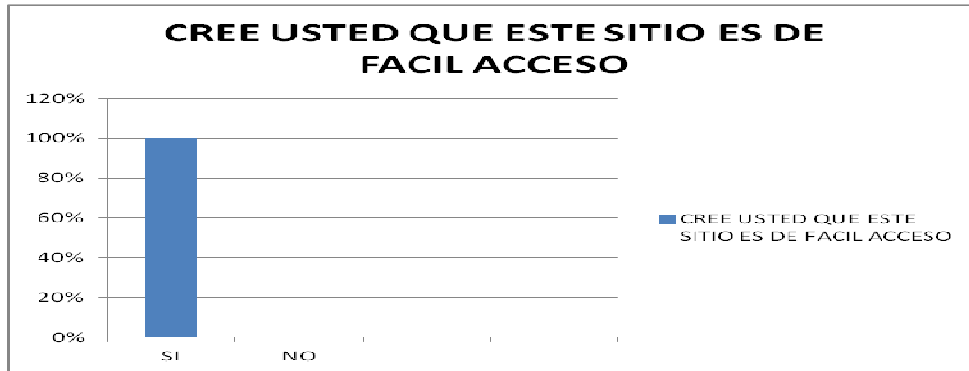


Figura 24 Distribución de respuestas momento 3 ¿cree usted que este sitio es de fácil acceso?

El acceso al sitio de reunión les pareció de fácil reconocimiento, el 100% estuvieron de acuerdo con el sitio



Figura 25 Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio?

En cuanto a las reuniones en otro sitio el 80% no está de acuerdo en continuar en otro sitio, el 20% contempla la posibilidad de asistir a otro sitio.

3. METODOLOGIA

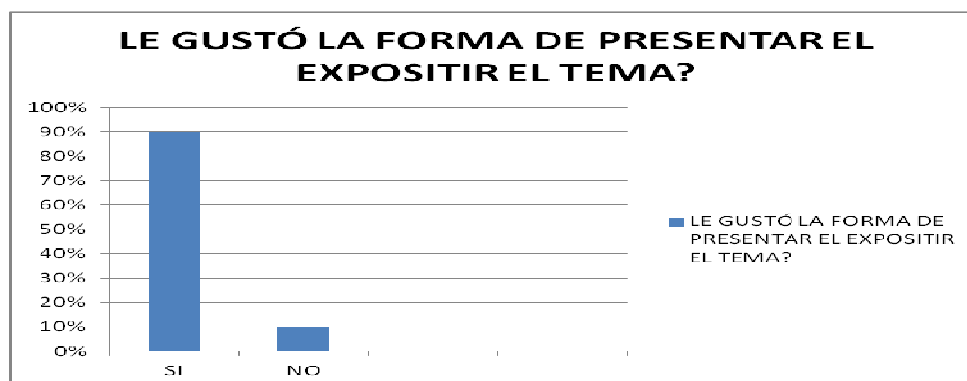


Figura 26 Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustó la forma de presentar el expositor el tema?

El 90% de los asistentes aprueba la forma de exponer el tema, el 10% desaprueba la forma de presentación.



Figura 27 Distribución de respuestas momento3 ¿le gustó la forma de desarrollo de la actividad?

De la poblacion asistente el 70% estuvo de acuerdo con la forma de desarrollo de la actividad, el 30% no esta de conforme con el desarrollo de la actividad.

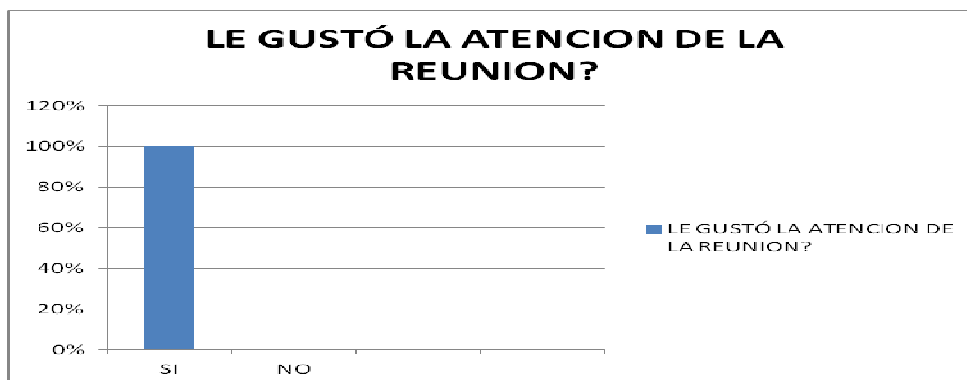


Figura 28 Distribución de respuestas momento 3 ¿le gustó la atención de la reunión?

El 100% se sintieron cómodos y bien atendidos durante la reunión.

4. PROBLEMÁTICA

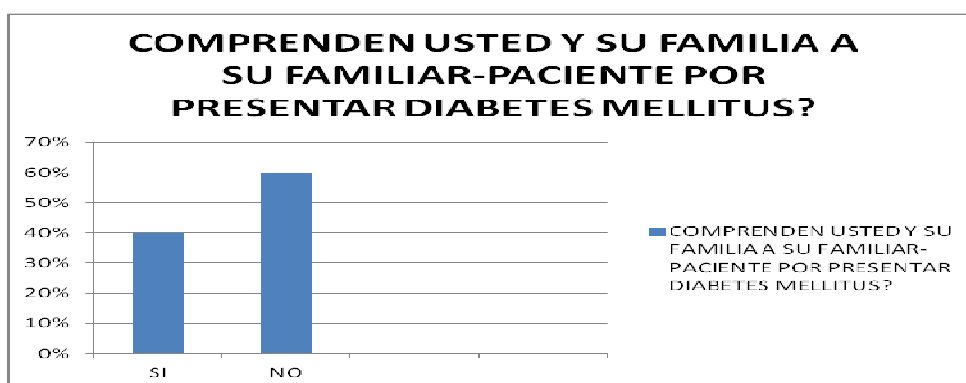


Figura 29 Distribución de respuestas momento 3 ¿comprenden Usted y su Familia a su familiar-Paciente por presentar diabetes mellitus ?

En Cuanto al tema de la comprensión familiar el 60% dice no comprender a su familiar enfermo, el 40% dice tener algún tipo de comprensión hacia ellos.

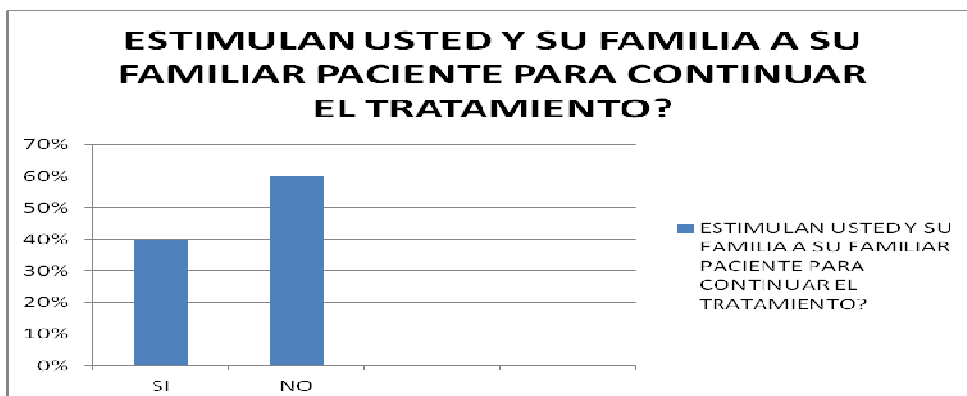


Figura 30 Distribución de respuestas momento 3 *¿Estimulan Usted y su familia a su familiar-paciente para continuar el tratamiento?*

Frente al tema de la estimulación del paciente el 60 % dice no hacer uso de este medio para que su familiar continúe en el tratamiento, el 40% dice que en alguna oportunidad lo han hecho.

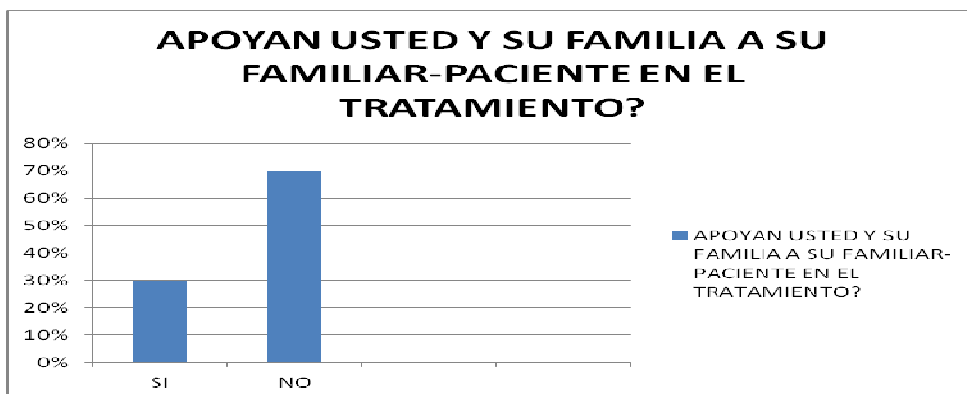


Figura 31 Distribución de respuestas momento 3 *¿El tema se relaciona con su problemática?*

Frente al tema del apoyo, el 70% de los participantes dicen no apoyar a su familiar y el 30% le prestan alguna ayuda.

5. COMPROMISOS

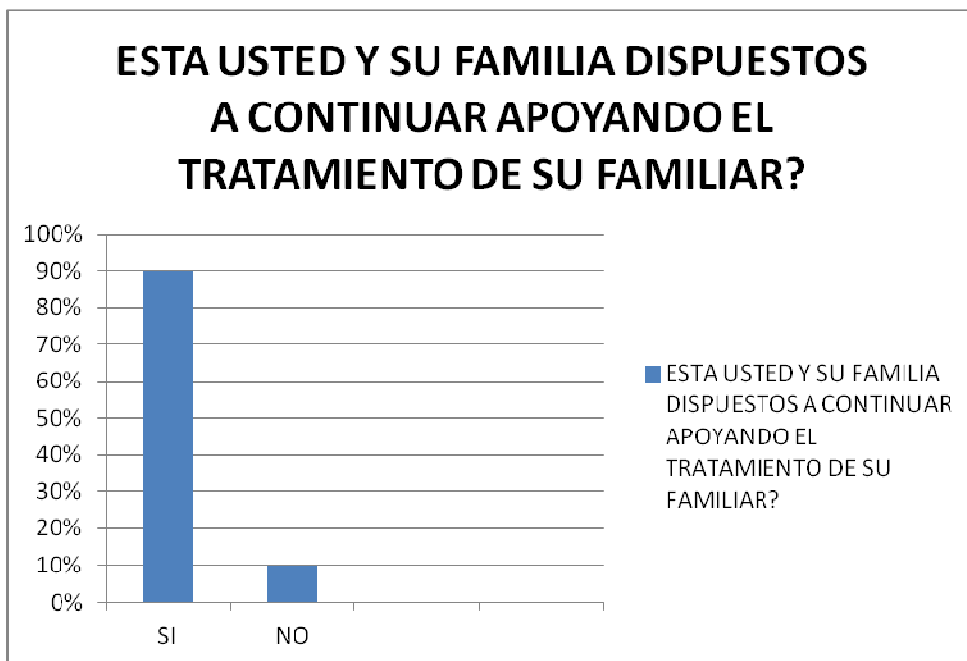


Figura 32 Distribución de respuestas momento 3 ¿Esta Usted y su familia dispuestos a continuar apoyando el tratamiento de su familiar?

El 90% de los asistentes están interesados en prestarle apoyo y continuar con sus familiares pacientes este proceso del tratamiento, el 10% no presenta interés por continuar

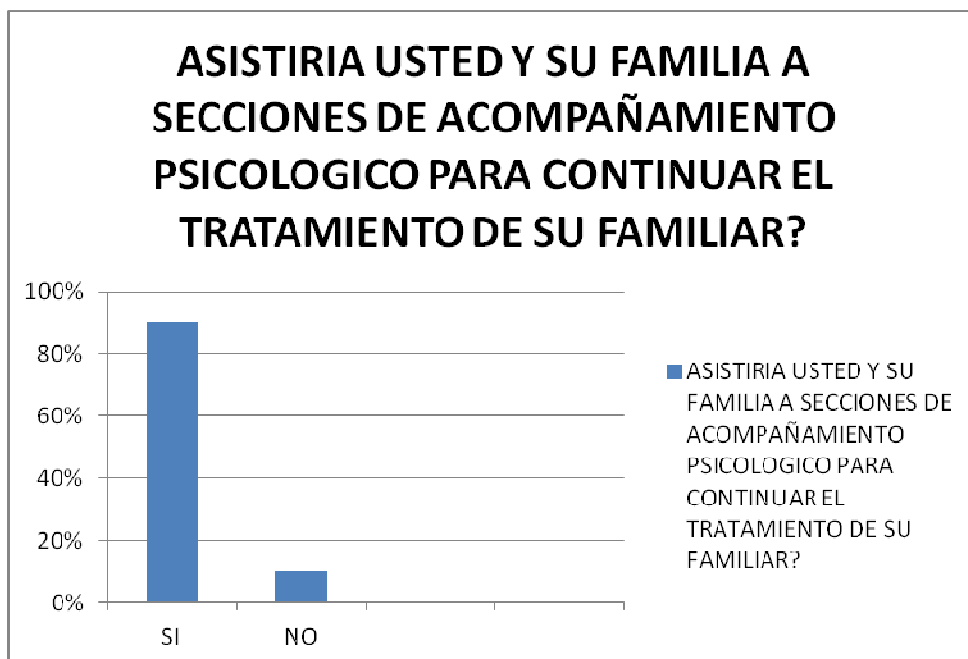


Figura 33 Distribución de respuestas momento 3 ¿Asistiría usted y su familia a secciones de acompañamiento psicológico para continuar el tratamiento de su familiar?

De los familiares asistentes el 90% está convencido de la ayuda psicológica que se requiere para estos casos y están dispuestos a acompañar los pacientes familiares, el 10% no está de acuerdo y no están interesados.

5.1. ANALISIS CUALITATIVO DE LA INVESTIGACION

Problemática:

Las problemáticas expuestas, que fueron resultado de un proceso inicial de observación, de investigación con personal de la IPS, de la aplicación de las diversas metodologías para adquirir datos, se puede analizar que han sido de gran aceptación por parte de los pacientes y sus familias, pues arrojan un porcentaje amplio de interés, lo que nos da tranquilidad en haber escogido un tema real, de amplia aceptación y de una gran viabilidad.

Compromisos:

De acuerdo a las respuestas obtenidas en las encuestas aplicadas, se puede inferir que tanto los pacientes como sus familiares presentan grandes dificultades en el manejo de la enfermedad y esperan una ayuda externa que les pueda ayudar a solucionar su problemática, por eso la gran mayoría de estos, acceden a comprometerse con un espacio psicológico de orientación para el manejo de esta patología crónica.

Observación directa:

Los participantes a estos momentos se mostraron bastante receptivos, participaron de una forma activa, formularon bastantes preguntas y aclararon muchas dudas.

Su disposición frente a los temas y la exposición se tornaron bastante agradables, estuvieron bien atentos y se notó el interés en la gran cantidad de preguntas que formularon.

En cuanto a las categorías observadas y dilucidadas a partir de los diferentes momentos como el metaplan y las socializaciones se puede analizar que en el proceso del tratamiento médico integral de los pacientes con diabetes mellitus debe existir un fortalecimiento familiar, tal que ayude a la adherencia al tratamiento y disminuya los impactos negativos que puede traer un diagnóstico de una enfermedad crónica a un núcleo familiar, social, laboral, etc.

Según Valadez-Figueroa (2003) uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al enfermo, a nivel hospitalario, ambulatorio y en el hogar, a efecto de lograr su participación activa, sobre todo en aquellas enfermedades que requieren de un tratamiento prolongado, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares o allegados.

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente.

En las sociedades capitalistas periféricas, la familia funciona cada vez menos como unidad de producción y más como unidad reproductiva, no únicamente desde el punto de vista biológico, con patologías genéticas y gineco-obstétricas, sino también económico, que con fenómenos de salud-enfermedad relacionados con el consumo familiar, como la alimentación, vivienda y saneamiento ambiental.

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida, un producto de su

cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.

Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de

salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes.

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo diabético resulta complicado, porque los parientes y la red social que rodean al diabético con frecuencia son de gran magnitud; aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control metabólico, es complicado identificar y documentar los aspectos más relevantes. Una gran parte de lo que se ha escrito acerca de la familia y la diabetes, se relaciona con la diabetes tipo I, (insulino dependiente), existe poca información sobre la familia del diabético tipo II.

Es importante destacar que como educadores en salud se debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético tipo II, ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia.²⁰

²⁰ Isabel de la A. Valadez-Figueroa, M.E.S., María Guadalupe Aldrete-Rodríguez, M.E.S., Noé Alfaro-Alfaro M.S.P. estudio familiar para el tratamiento de la diabetes, España, 2003

En cuanto al enfoque sistémico HEREDIA (2008). nos aporta reflexiones sobre la importancia de este en el tratamiento integral de las enfermedades crónica como la diabetes mellitus, entre estas reflexiones se puede citar: " El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre si." ²¹

Con raíces en ciencias como la economía, la comunicación y la cibernética, el enfoque sistémico en un modo de ver mundo, un punto de vista que trata de entender y abordar la realidad como un conjunto de sistemas que se auto organizan, se auto regulan y se retroalimentan. (Almazán, 2004).

La influencia recíproca de los estímulos que entran y salen de los sistemas hace que este enfoque supere la concepción lineal de la realidad, cambiándola por una circular, lo cual obliga a conocer un fenómeno globalmente y no aisladamente.

Todo esto implica que no se puede demarcar nada como una realidad absoluta, ya que ésta irá cambiando según el observador y según la percepción de los miembros del sistema que estén relacionados

²¹ Heredia Juan Pablo y Bismarck Pinto,(2008). *Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico*. Universidad Católica Boliviana "San Pablo"

con el fenómeno que se observa, por lo cual queda prácticamente descartada la visión de causa-efecto y remplazada por una visión integral del fenómeno basada fundamentalmente en los principios de retroalimentación e interdependencia que caracterizan a los sistemas

Entonces, en la psicología y en la intervención terapéutica más concretamente, el enfoque sistémico permite principalmente entender el fenómeno que se observa, ya sea un síntoma u otra queja, una enfermedad o una pérdida, como el producto de la interacción de innumerables variables que resultan en el problema o la dificultad que atraviesa el sistema, y que a su vez este afecta de una u otra forma a los que lo componen y a otros sistemas más amplios. Por ejemplo el alcoholismo de un padre tiene un efecto innegable sobre el desempeño escolar de sus hijos, su relación con su esposa, su desempeño laboral, etc. Y al mismo tiempo los problemas que traen su deficiente desempeño laboral, la recriminación de su pareja y el bajo rendimiento de sus hijos en la escuela, afectan al alcoholismo de esta persona.

Es de esta forma que juega un papel principal la interacción de todas las variables en que se puedan pensar y toma un carácter muy importante su entendimiento y su utilización en pos de ayudar al sistema a superar la contrariedad que experimenta²².

²² Electronics Reference: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v6n1/v6n1a2.pdf>

5.2. SISTEMATIZACION GENERAL DE LA INVESTIGACION



PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CURSO DE PROFUNDIZACIÓN “DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

Referencia: Trabajo de Investigación

CEAD: Palmira

EFECTOS: informe metodológico de impacto.

FASE: ACERCAMIENTO PRELIMINAR

RESPONSABLE: Grupo construyendo Sociedad

FECHA	N° ASISTENTES	ACTIVIDAD	OBJETIVO	OBJETIVOS	LOCACIÓN	OBSERVACIONES GENERALES
			Principal	Secundarios		
Mayo 03 /2012	4	Investigar en CEDIVA LTDA IPS, acerca de la problemática familiar en el tratamiento de los pacientes diabéticos	Analizar el rol de la Familia, como factor determinante en el apoyo, adaptación, autocuidado y adecuado control del paciente diabético.	Investigar sobre el tratamiento médico integral a los pacientes de la IPS. Analizar las tasas y las causas de deserción de los pacientes	Planta física de CEDIVA LTDA IPS	Se contó con la gran colaboración del personal que trabaja en la IPS y sus archivos.

				en la IPS		
--	--	--	--	-----------	--	--

Resultados inmediatos del impacto:	Evidencia inmediata:
Se espera encontrar suficiente material de archivo , además de contar con una buena orientación por parte del personal médico para hilar de forma concreta este trabajo de investigación	Se recolectó la experiencia narrada por el director médico, además de encontrar buena evidencia en los archivos y bases de datos de la IPS , para justificar el problema y encontrar una población muestra

Figura 34 Impacto del acercamiento preliminar

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CURSO DE PROFUNDIZACIÓN “DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

Referencia: Trabajo de Investigación
CEAD: Palmira

EFFECTOS: informe metodológico de impacto.

FASE: INDAGACION

RESPONSABLE: Grupo Construyendo Sociedad

FECHA	Nº ASISTENTES	ACTIVIDAD	OBJETIVO Principal	OBJETIVOS Secundarios	LOCACIÓN	OBSERVACIONES GENERALES
Mayo 16 /2012	12	Aplicar el instrumento METAPLAN a la población muestra	Analizar el impacto de la aparición de la Diabetes Mellitus en el grupo familiar.	Recolectar información desde el paciente diabético, para analizar su situación psicológica	Planta física de CEDIVA LTDA IPS	Se logró contactar y la asistencia del 100% de los invitados a la actividad.

Resultados inmediatos del impacto:	Evidencia inmediata:
Se espera encontrar en esta actividad el suficiente sentir del paciente como tal, para su posterior análisis y categorizar la investigación	A través de las fichas diseñadas se recolectaron las ideas de los pacientes y sus necesidades frente al tema propuesto.

Figura 35 Impacto de Indagación aplicación Metaplan

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CURSO DE PROFUNDIZACIÓN “DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

Referencia: Trabajo de Investigación
CEAD: Palmira

EFFECTOS: informe metodológico de impacto.

FASE: INDAGACION

RESPONSABLE: Grupo construyendo sociedad

FECHA	Nº ASISTENTES	ACTIVIDAD	OBJETIVO Principal	OBJETIVOS Secundarios	LOCACIÓN	OBSERVACIONES GENERALES
Mayo 23/2012 Mayo 30/ 2012	12 25	Socializar resultados de Metaplan a los pacientes y familiares	Analizar el proceso de adaptación de la familia ante el diagnóstico de diabetes Mellitus de Alguno de sus miembros.	encontrar la posición del familiar del paciente con diabetes frente a la aparición de esta enfermedad en su familia	Planta física de CEDIVA LTDA IPS	Los familiares de los pacientes fueron receptivos a la invitación de esta actividad.

Resultados inmediatos del impacto:	Evidencia inmediata:
Se espera la confianza de los familiares de los pacientes con diabetes pertenecientes a la muestra, para que expresen todo su sentir frente a esta problemática en su familia	Por medio de un cuestionario estructurado para esta actividad se recolectó información fundamental en el proceso de análisis de esta investigación

Figura 36 Impacto de Indagación socializar metaplan a pacientes

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CURSO DE PROFUNDIZACIÓN “DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

Referencia: Trabajo de Investigación
CEAD: Palmira

EFFECTOS: informe metodológico de impacto.

FASE: IMPLEMENTACION Y SISTEMATIZACION

RESPONSABLE: Grupo construyendo sociedad

FECHA	Nº ASISTENTES	ACTIVIDAD	OBJETIVO Principal	OBJETIVOS Secundarios	LOCACIÓN	OBSERVACIONES GENERALES
Junio 01 a julio 30/2012	2	Elaborar un documento escrito que recoja todo el análisis y las diferentes posturas desde la investigación frente al tema objeto de la investigación	Explicar cómo desde la teoría general de los sistemas, el enfoque sistémico estudia el sujeto psicológico en los pacientes con diabetes mellitus a través de la terapia familiar.	Analizar desde el enfoque de la teoría general de los sistemas una problemática y encontrando posiciones diversas de autores, estudios previos y las propias	Planta física de CEDIVA LTDA IPS	Se hizo un detallado análisis a cada una de los instrumentos aplicados, contrastado con una investigación profunda entre archivos de la IPS y diferentes fuentes bibliográficas

Resultados inmediatos del impacto:	Evidencia inmediata:
Se espera entregar un documento claro, adaptado a las normas y exigencias de al UNAD, que sirva de estudio para quienes necesiten esta información además de aportar a la comunidad estudiosa del tema de los diabéticos un documento que afiance mas el tema sicológico en la intervención de estos pacientes	Se ha encontrado en las diferentes fuentes bibliografías, cibergrafía etc., un amplio material que se ha plasmado en el documento final del trabajo de investigación

Figura 37 Impacto de Indagación socializar metaplan a familiares

5.3. INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

La presencia de factores psicológicos en las familias y en los mismos pacientes que son diagnosticados con diabetes mellitus, influyen notoriamente en su adaptación a un nuevo estilo de vida y la consecutividad de su tratamiento médico integral, la diabetes es una enfermedad crónica que requiere de un estricto control y seguimiento en su tratamiento para retardar o tratar de evitar aparezcan complicaciones serias que podrían afectar muchísimo más la calidad de vida del paciente e incluso llegar a la muerte de este.

Según Valadez-Figueroa (2003), La dinámica de la diabetes mellitus tipo II ejerce influencia y es influida por el ámbito familiar.

En la práctica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás.

Las limitaciones que sufre un enfermo diabético requieren del apoyo de la familia, para que lo auxilién en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas; sin esta ayuda el paciente quizá no dé la prioridad necesaria a su propia asistencia.

La existencia de un patrón de nuclearización de la familia moderna urbana condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan la capacidad de esta para proporcionar el apoyo emocional necesario en este tipo de pacientes. La ubicación del 53.3 por ciento de los no controlados en las fases terminales del ciclo familiar; (independencia retiro y muerte), muestra que el problema es más grave de lo que se considera, debido a que el número de personas que pueden ser emocional y económicamente dependientes en la sociedad (ancianos), va en aumento junto con las tasas crecientes de enfermedades crónicas.

La estructura familiar influye en el control del paciente diabético tipo II y en este estudio el porcentaje más elevado de no controlados recae en familias nucleares. Este resultado se relaciona con lo que gran parte de las investigaciones afirman del "aislamiento" de la familia nuclear (no sólo del sistema de

parentesco sino también del mundo laboral) y del acercamiento y dependencia entre sus miembros, así como del poco intercambio de apoyo con la red de parentesco. Asimismo, la teoría de Lomnitz y Sussman manifiesta que la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua, incluyendo a los parientes enfermos, situación que corroboraría nuestros resultados.

En una familia donde existen antecedentes o complicaciones de la diabetes mellitus se espera un mayor control en el paciente diabético, Lo anterior sugiere que se presta más apoyo para el control de una enfermedad nueva dentro de la familia y que aún con antecedentes deja de brindarse ayuda cuando, después de varios años de vivir con un paciente diabético, comprenden que su conducta no alterará el curso de la enfermedad; es decir, no hay remisión.

Se puede suponer que contar con conocimientos es poco útil si hay dificultades para operacionalizarlos en la práctica diaria; éstos deben permitir al individuo realizar juicios acerca de lo que es, puede y debe ser en relación con la diabetes mellitus.

Las limitaciones del paciente diabético requieren del apoyo de la familia para superar una serie de barreras en su tratamiento (el

costo de asumir el papel de paciente, ya sea social, psicológico o económico)

El problema de tipo motivacional (actitudes negativas) en cuanto al régimen alimenticio repercute en el control metabólico del paciente diabético tipo II, dado que se estima que aproximadamente la mitad de la población diabética podría conseguir un buen control simplemente con un régimen dietético adecuado.

Las actitudes tienen en esta situación concreta un significado adaptativo, puesto que representan un eslabón psicológico fundamental entre la capacidad de percibir, sentir y emprender de familiares del paciente diabético. Una familia con actitudes negativas puede propiciar respuestas de comportamiento opuestas por parte del diabético para lograr el control metabólico²³.

en cuanto al papel de la sicología se encuentra que la teoría general de los sistemas desde el enfoque sistémico ha hecho un aporte investigativo al tema y ha dado grandes pasos en el manejo

²³ Electronics reference: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001318> visitada el día 19 de Julio de 2012

de los pacientes de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus

De acuerdo a Heredia, JP, Pinto, B (2008), La experiencia en el ámbito de la clínica ha impulsado a los investigadores a buscar la relación y el efecto del enfoque sistémico dentro de la medicina. La conclusión más importante de esta reflexión es un tanto obvia pero sumamente importante. La enfermedad no solo afecta al paciente sino a todo su círculo más cercano. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí que es la familia del enfermo. (Navarro, 2004).

Esto porque la familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida. De aquí que se sabe que la rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece mucho con la presencia y la participación de una pareja sobre todo, o de los hijos durante el ciclo de la enfermedad.

El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así

mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre sí.

Intentar abordar la enfermedad desde varios flancos permite un mejor control sobre la enfermedad y una rehabilitación social importante por lo que el equipo de médicos, la pareja, el terapeuta, grupos de apoyo e instituciones de apoyo favorecen mucho la experiencia del paciente ante la enfermedad. (Rolland, 2000).

En muchos casos la presencia de una enfermedad grave no provoca la aparición de trastornos psicológicos, entonces no siempre es necesaria la intervención directa de un profesional de la salud mental, pero por otra parte se ha visto que la deprivación social en enfermos crónicos se correlaciona a la larga con la aparición de trastornos mentales. (Navarro, 2004). Es en estos casos donde se debe reforzar la rehabilitación del paciente a través de los grupos de apoyo, instituciones e intervención terapéutica. Se sabe que muchos de los pacientes con enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, las que obviamente demandan tratamiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento médico (Oblitas, 2006).

La intervención terapéutica busca en primera instancia dar información a la Familia, no solo dar sino llenar a la familia y

al paciente de toda la información posible acerca de la enfermedad, los tratamientos, experiencias de otras familias con la enfermedad, especialistas recomendados, etc. De esta forma la familia forma una red de apoyo intangible que es el conocimiento, este da a la familia seguridad para manejarse frente a crisis o eventos especiales durante la enfermedad. (Navarro, 2004).

Otro objetivo de la intervención terapéutica familiar sería el romper con patrones de comportamiento del grupo familiar que se consideren des adaptativos o que entorpezcan el proceso de rehabilitación psicosocial. De esta forma igualmente se ayudara a la familia a reaccionar de mejor forma ante la crisis o a enfrentar las etapas de la enfermedad de manera más óptima.

Una cuestión importante para el proceso terapéutico será la construcción o la reconstrucción de la imagen de la familia ya que esta ha sido alterada por la aparición de la enfermedad. Esto a su vez demandará el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de resolución, para sobrellevar crisis, dificultades del tratamiento y algunos otros problemas específicos de las enfermedades, lo cual se logrará con el aprendizaje de nuevos métodos para enfrentar y resolver dichas situaciones, esto con la ayuda de la intervención terapéutica. (Satir, 1995).

Como se ha mencionado con anterioridad, la enfermedad crónica, y en el caso que interesa a esta investigación, la

diabetes tiene un impacto doble en la vida del que la padece. Este doble impacto está relacionado con los efectos directos que producen la enfermedad y las implicaciones que esta conlleva. Habíamos señalado los mareos, la visión borrosa, el adormecimiento de extremidades, la constante sed y hambre, frecuencia en la micción, y como los efectos secundarios o las implicaciones secundarias la limitación alimenticia, el desgaste o las molestias que demanda la administración de medicinas y el auto cuidado, la preocupación por las consecuencias en caso de fallar en el tratamiento, la tendencia a deprimirse por las implicaciones anteriores y por las bajas de glucosa en sangre. Todo esto lleva a la reflexión sobre un tema de gran importancia cuando hablamos de enfermedades crónicas, la calidad de vida (Oblitas, 2006).

Cuando se hace referencia a la calidad de vida en relación a las enfermedades crónicas, se debe hablar de algunos factores principales que deben ser motivo de análisis, por ejemplo: síntomas y quejas subjetivas como la sintomatología depresiva, diagnóstico, funcionamiento fisiológico, funcionamiento psicológico y cognitivo, funcionamiento físico como ser las restricciones de la actividad, percepciones generales de la enfermedad tanto del paciente como de la familia y funcionamiento social.

A propósito de la intervención, al exponer sobre enfermedades crónicas, es recomendable hacer vigente en el ámbito de nuestra psicología clínica el concepto de tratamiento holístico, ya que los estudios han demostrado la mayor eficacia en tratamientos donde participan equipos multidisciplinarios, equipos donde el mismo paciente tiene que formar parte activa ya que se sabe que en la mayoría de las enfermedades crónicas el 90% del tratamiento lo hace el paciente en su casa, entonces al igual que el médico general, el especialista, los enfermeros, el psicólogo, el terapeuta físico y el nutricionista, el paciente asume una posición de responsabilidad en el cuidado de la salud, de su salud.

Este tratamiento holístico busca unir todos los recursos profesionales posibles con el objetivo de eliminar las dificultades en la adherencia al tratamiento, exhortar la participación de la familia, educar al paciente y su familia para que se involucren en la toma de decisiones con respecto a la enfermedad

Así mismo sabiendo que la psicología es una ciencia que estudia la conducta humana, el tratamiento holístico y la rehabilitación psicosocial busca también un cambio en los hábitos y los estilos de vida de los pacientes y las familias que se ven afectadas por la enfermedad crónica, esto exige la adquisición de

un nuevo y variado repertorio de nuevas conductas y hábitos, y es el trabajo de la psicología desarrollar, implementar o adaptar nuevos modelos de intervención, nuevas técnicas y herramientas para enriquecer este repertorio.

Los aportes que haga la psicología en el ámbito de la clínica y específicamente en el tema de las enfermedades crónicas, seguramente se harán desde una variedad de enfoques entre los cuales se debe mencionar el psicoanalítico o psicodinámico, el fenomenológico humanista o existencial, el sistémico o familiar, el conductual y el cognitivo comportamental.

Todos estos modelos han hecho sus aportes a la clínica desarrollando diferentes tipos de intervenciones psicológicas para las enfermedades crónicas, sin embargo estudios publicados por Camic y Knight en 1998 en el libro *Clinical Handbook of Health and Psychology: A Practical Guide to Effective Interventions*, han demostrado que las técnicas más eficaces en el tratamiento de problemas psicológicos en enfermedades crónicas provienen de los modelos cognitivos comportamentales, habiendo mostrado avances significativos en la rehabilitación psicosocial en pacientes con dolor crónico, enfermedades respiratorias, coronarias, diabetes mellitus, esclerosis múltiple, SIDA entre otras

Sin embargo el enfoque sistémico, en su búsqueda de aportar a la clínica en el tema de las enfermedades crónicas, trata de integrar paradigmas que no sean excluyentes abrazando aportes de otros enfoques que permitan abordar e intervenir las enfermedades con una mayor variedad de recursos que pueden ir desde la participación familiar y grupos de apoyo, terapia narrativa y reestructuración cognitiva, técnicas corporales y relajación hasta la modificación de la conducta. (Navarro, 2004).

Por supuesto que desde este enfoque se tratará no solo de destrabar las dinámicas familiares disfuncionales que propicien las complicaciones afectivas que la enfermedad puede traer, sino también de tratar de utilizar todos los recursos disponibles en el sistema para aceptar la enfermedad, tomar las riendas de su cuidado

Entonces, por lo explicado anteriormente, se podrá inferir que el enfoque sistémico tratará de expandir su aplicación a sistemas más grandes aún. Para que el abordaje de problemáticas sociales como la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la depresión, etc., incluyan la participación no solo de los profesionales de la salud sino a organizaciones no gubernamentales, ministerios de salud, ministerios de cultura y deporte, alcaldías, apoyo de empresas que puedan contribuir económicamente a proyectos de

prevención y proyectos o investigaciones de salud como se dieron algunos casos en la ciudad de La Paz donde empresas farmacéuticas y alimenticias patrocinaron juntamente con el gobierno municipal actividades como las caminatas de diabéticos para fomentar y promover la actividad física, campañas gratuitas de detección de diabetes, entre otras, incluyendo de esta forma también a los medios de comunicación, unidades educativas y público en general, haciendo posible una intervención holística y multidisciplinaria en el sentido más amplio de la palabra sobre este fenómeno clínico y social.²⁴

²⁴ HEREDIA, JP, PINTO, B depresión en diabéticos: un enfoque sistémico, Bolivia ,2008, Vol. VI N° 1

6. CONCLUSIONES

La familia forma un SISTEMA, concepto que intenta explicar la presencia de una influencia recíproca, directa, intensa y duradera de la conducta de los unos sobre los otros. En otras palabras que lo que afecta a uno (en este caso la diabetes), de una manera u otra repercute sobre todos.

Es importante considerar que frente a la enfermedad, el paciente diabético experimentará siempre, de acuerdo con sus creencias previas y sus expectativas, un sufrimiento relacionado con la enfermedad crónica o más aún, con la pérdida de su salud.

Frente a la aparición de una enfermedad crónica, los integrantes de la familia no se afectan de igual manera, lo que dependerá de la actitud que mantengan; la cercanía afectiva al que tiene diabetes mellitus; el grado de compromiso que haya adquirido en la relación; las características individuales de la persona diabética.

El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia siempre va a involucrar y requerir un proceso de adaptación de toda la familia a la nueva situación.

Cuando no se lleva a cabo un adecuado proceso de adaptabilidad y aceptación por parte del paciente y su familia, esto siempre contribuirá más a dificultar y empeorar el curso de la enfermedad del paciente. Se caerá en la sobreprotección, dependencia y manipulación que en nada contribuyen y si dañarán a quien vive la situación de la diabetes, porque lejos de ayudarlo a sentirse capaz, lo llevará a experimentar sentimientos de minusvalía.

Los miembros de la familia necesitan educación, igual que el paciente, para ayudar a hacer posible los cambios de la vida y el soporte necesario. Es especialmente importante que todos los miembros de la familia que vivan con el paciente entiendan las demandas del cuidado de la diabetes.

El apoyo familiar será clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el

estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Por tanto, el APOYO significará compañía, saber que las personas que lo rodean lo quieren y así lo demuestran interesándose por lo que le sucede, si una persona se siente amada, se reconocerá como valiosa al ser merecedora de cariño y experimentará una alta motivación para cuidar de sí misma.

De acuerdo a Espinal, Gimeno y Gonzales (2007) Desde la perspectiva sistémica se ha olvidado a menudo al sujeto psicológico en aras de la relevancia concedida a la interacción. No obstante, la psicología familiar y la psicología del desarrollo han retomado su papel dentro de la familia como sujeto activo con capacidad de modificar el sistema y de cambiar las metas y los procedimientos internos, sin que el sujeto quede reducido a un mero producto de la globalidad.

La principal crítica dirigida hacia el olvido del sujeto psicológico surge de la terapia familiar, al ver los sentimientos de culpa que se generan en la familia cuando se le asigna al sistema la responsabilidad de la patología de alguno de sus miembros: el paciente sintomático. La familia se resiste a asumir toda la responsabilidad de tener una hija anoréxica, una madre esquizofrénica o un padre con intentos de suicidio. Sin que la

crítica suponga una vuelta a la causalidad unidireccional e individual, y conscientes de que no todos los miembros de la familia tienen el mismo poder para producir o generar el cambio, los estudios de enfoque sistémico reconsideran el papel del individuo.

En esta línea se mueve el constructivismo, paradigma de gran relevancia en psicología y que integran también los psicólogos sistémicos que estudian la familia. Entre ellos es Kriz (1994) quien con más precisión resalta el papel activo del sujeto, pues lo considera activo en tres dimensiones: como procesador activo de la información, como estímulo con impacto en el resto del sistema y como sujeto capaz de desarrollar una comunicación autorreferente, es decir, capaz de entablar un diálogo interior.

En la misma línea de defensa del individuo, la psicología del Desarrollo reivindica el fenómeno de la resiliencia (CyruLink, 2002) como un proceso de desarrollo, que supone una resistencia individual a los entornos adversos y devastadores, entre ellos a la familia; en los casos de resiliencia la persona se desmarca de

Los modelos que le ofrece la familia, buscando referentes o tutores más allá del entorno próximo, en los que se apoya para potenciar su desarrollo personal y social más allá de todo pronóstico.²⁵

Finalmente concluir que:

Antes de aceptar la enfermedad las personas viven un proceso psicológico donde la niegan, protestan, idealizan su vida antes del diagnóstico, se deprimen y finalmente la aceptan. Superar las etapas le garantiza una mejor aceptación. Cambiar los hábitos de vida, cuidarse, identificar alternativas, buscar apoyo y creer en sí mismo, son estrategias efectivas para vivir con diabetes mellitus.

²⁵ Espinal, I., Gimeno, A. y González, F., El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia, Facultad de Psicología. Av. Blasco Ibáñez, 21, 46019 Valencia (Spain)

7 REFLEXION

A partir de la teoría general de los sistemas el enfoque sistémico que se utilizó en esta investigación, aporta a la ciencia psicológica y médica, habilidades las cuales facilitaron y proporcionaron herramientas para identificar las necesidades presentadas por la comunidad objeto de estudio.

Esta investigación, se desarrolló con el ánimo de evidenciar cuales son los factores que incidían en el abandono temprano del tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, lo que permitió establecer también que esta descripción estaba relacionada a traumatismos no solo a nivel personal, sino que involucra la esfera familiar y social. Teniendo en cuenta que estos son un apoyo fundamental para no abandono del mismo.

Uno de los factores que más se evidencian en el abandono del tratamiento es la descompensación metabólica del paciente, pues según el resultado estadístico obtenido en el metaplan está estaría directamente relacionada con su factor económico falta de estímulo e incomprensión familiar y este limita u obstaculiza el desarrollo y control de el tratamiento.

La diabetes Mellitus está clasificada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo tanto es una enfermedad que a la fecha no tiene una cura científica probada, pero si múltiples alternativas de tratamiento que puede controlarla y disminuir el impacto de las diversas complicaciones que de ella se deriva.

Todo lo anteriormente mencionado nos llevó a buscar a través de la psicología un modelo dentro de esta disciplina que nos aportara en el manejo del problema, es así que El enfoque sistémico brinda pautas para dar respuesta de la necesidad de incorporar a la familia en el tratamiento integral de la diabetes mellitus, y con ello disminuir el impacto de la deserción de pacientes del tratamiento médico integral.

Las observaciones metodológicas permitieron la evidencia de la problemática que se presenta al interior de la vida del paciente y de todo el sistema familiar.

Por eso el interés de esta investigación de incorporar modelos de estudios los cuales permitieran identificar claramente cuáles eran factores de incidencia que se estaban presentado, toda información adquirida se manejó bajo una descripción de carácter cualitativa y cuantitativa.

7. RECOMENDACIÓN

Promover estudios existentes y estimular la investigación de carácter antropológico de culturas y subculturas existentes, en relación a la visión y actitudes adoptadas frente al fenómeno de salud-enfermedad.

Aplicar el enfoque de salud familiar en la atención del paciente diabético, considerando la familia como apoyo fundamental para el control y tratamiento de la enfermedad.

Capacitar y motivar al personal de salud en la importancia que ejerce la familia en el éxito de un adecuado control del paciente diabético.

Promover acciones destinadas a la educación del paciente y los miembros de su familia y comunidad.

Contribuir a tomar conciencia en los miembros de la familia del rol e importancia que ésta tiene en el autocuidado del paciente diabético.

BIBLIOGRAFIA

- ASCHNER, Pablo. *Norma guía para el programa de prevención y control de la diabetes Mellitus*, Bogotá, Litográficas Velasco, 2004
- CALERO, Marco L. *manual para el manejo de la diabetes Mellitus*, secretaria de salud municipal de Cali, 2007
- *Revista Diabetes Voice*, septiembre 2006, volumen 51, pág. 9
- CARRASCO, Elena, *Manual para educadores en diabetes Mellitus*, OPS, gobierno de Chile, Impresos Flip-axis Ltda., Santiago de Chile 2001
- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association*. (2012, 28 de junio)

Recuperado el 28 de junio de 2012

<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012, 1 de Julio)*

Recuperado el 1 de Julio de 2012

<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012, 1 de Julio)*

Recuperado el 1 de Julio de 2012

<http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/diabetes-mellitus-enfermedad-de-la-resistencia.htm>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012, 3 de Julio)*

Recuperado el 3 de julio de 2012

<http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012,5 de Julio)*

Recuperado Julio 5 de 2012

[Http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetesal_dia2104-historia.htm](http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetesal_dia2104-historia.htm)

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012, 8 de Julio)*

Recuperado julio 8 de 2012

http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012, 8 de Julio)*

Recuperado julio 8 de 2012

http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_social

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association. (2012, 8 de Julio)*

Recuperado julio 8 de 2012

http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_d_e_valoracion_familiar/paginas/familia.htm

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 8 de Julio)

Recuperado julio 8 de 2012

http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_cr%C3%B3nica

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 8 de Julio)

<http://es.thefreedictionary.com/impact>

- CORTES, Manuel, *generalidades sobre metodología de la investigación*, Universidad Autónoma del Carmen, Campeche Mexico, 2004-pag.11.

- CORTES, Manuel, *generalidades sobre metodología de la investigación*, Universidad Autónoma del Carmen, Campeche México, 2004-pag.20

Visitada

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 8 de Julio)

Recuperado julio 8 de 2012

<http://es.wikipedia.org/wiki/Patolog%C3%ADa>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 10 DE Julio)

Recuperado el día 10 de Julio de 2012

<http://es.wikipedia.org/wiki/Cali>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 10 de julio)

Recuperado el día 10 de Julio de 2012

<http://www.monografias.com/trabajos16/recoleccion-datos/recoleccion-datos.shtml>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 11 de Julio)

Recuperada el día 11 de Julio de 2012

<http://www.slideshare.net/amydani/instrumentos-para-recolectar-informacin>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association.* (2012, 19 de Julio)

Recuperado el 19 de Julio de 2012

<http://www.aulafacil.com/cienciainvestigacion/Lecc-18.htm>

- Isabel de la A. Valadez-Figueroa, M.E.S., María Guadalupe Aldrete-Rodríguez, M.E.S., Noé Alfaro-Alfaro M.S.P. *estudio familiar para el tratamiento de la diabetes*, España, 2003
- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association*. (2012, 20 de Julio)

Recuperado el **20 de Julio de 2012**

<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v6n1/v6n1a2.pdf>

- *Electronics reference format recommended by the American Psychological Association*. (2012, 19 de Julio)

Recuperado el día 19 de Julio de 2012

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001318>

- HEREDIA, JP, PINTO, B *depresión en diabéticos: un enfoque sistémico*, Bolivia ,2008, Vol. VI N° 1

ANEXOS

Anexo 1 Recurso Bibliográfico

	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TESIS Y ARGUMENTACIÓN	REFLEXIONES DEL INVESTIGADOR
1	ASCHNER, Pablo. Norma guía para el programa de prevención y control de la diabetes Mellitus, Bogotá, Litográficas Velasco, 2004	Problema de investigación, Tratamiento con medicamentos.	Es importante lograr identificar a través de otros medios que tanta importancia tiene el adecuado manejo del tratamiento
2	CALERO, Marco L. manual para el manejo de la diabetes Mellitus, secretaria de salud municipal de Cali, 2007	Retinopatía, neuropatía y nefropatía, entre otras	Palabras claves que tienen incidencia en la diabetes mellitus.
3	Revista Diabetes Voice, septiembre 2006, volumen 51, pág. 9	Un mal funcionamiento psicológico causa sufrimiento, puede interferir gravemente en el autocontrol diario de la diabetes Mellitus y	Es importante identificar las causas que inciden en el abandono temprano del tratamiento.

		va asociado a unos malos resultados médicos y un aumento de los costes.	
4	CARRASCO, Elena, Manual para educadores en diabetes Mellitus , OPS, gobierno de chile, Impresos Flip-axis Ltda., Santiago de chile 2001	Especial consideración tienen en este sentido los niños y adolescentes diabéticos y aquellos adultos con falta de adherencia a los tratamientos, su función básica será la de integrador de la familia en las sesiones terapéuticas.	El apoyo familiar será entonces fundamental en las buenas prácticas de un tratamiento efectivo.
5	Electronics Reference: http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm , visitada el 28 de junio de 2012	Para controlar la diabetes puede hacer lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • mantener una rutina diaria que incluya muchas actividades físicas • comer de forma sana todos los días • tomar sus medicinas (si el médico 	Es importante la actividad física, el tener unos buenos hábitos alimenticios y la programación puntual de la toma de los medicamentos.

		se las recetó)	
6	<p>Electronics Reference http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/index.htm, http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/diabetes-mellitus-enfermedad-de-la-resistencia.htm, visitada el 1 de Julio de 2012</p>	<p>Cuando un paciente con DM tipo 2 va a ser intervenido quirúrgicamente, y está recibiendo antidiabéticos orales, tendrá que suspender y usar insulina. Lo mismo cuando tenga una infección.</p>	<p>es importante que el paciente siempre argumente si está actualmente en algún tratamiento.</p>
7	<p>Electronics Reference, http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf visitada el 3 de julio de 2012</p>	<p>La funcionalidad del sistema también es mayor cuando el liderazgo es democrático o existe una autoridad flexible (Minuchin, 1984), mientras las familias caóticas, en primer lugar, y las rígidamente autoritarias luego, generan modelos familiares con más carencias para el desarrollo y con menos satisfacción entre sus</p>	<p>Siempre será importante que la familia acompañe en al paciente identificado en el tratamiento, evitando así un temprano abandono de los medicamentos</p>

		miembros.	
8	<p>Electronics Reference, http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/diabetesaldia2104-historia.htm, visitada Julio 5 de 2012</p>	<p>La parte más importante del trabajo es la referencia al primer diagnóstico de diabetes azucarada hecho en Colombia, y que correspondió a un señor R.P. que murió de la enfermedad, que fue realizado por los doctores Andrés Pardo y Ricardo Cheyne. Adicionalmente incluye la descripción, diagnóstico y evolución de cinco casos clínicos más.</p>	<p>A través de la historia hay muchos conceptos acerca de los estudios de diabetes.</p>
9	<p>http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus http://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_social http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Grupo social • Sistema familiar • Enfermedades crónicas • Impacto 	<p>A partir de conceptos se podrá entender mejor la dinámica de esta investigación.</p>

	<p>/paginas/familia.htm</p> <p>http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_cr%C3%B3nica</p> <p>http://es.thefreedictionary.com/impact</p> <p>http://es.wikipedia.org/wiki/Patolog%C3%ADa</p> <p>visitadas julio 8 de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia • Patología • Diabetológica 	
10	<p>CORTES, Manuel, generalidades sobre metodología de la investigación, Universidad Autónoma del Carmen, Campeche Mexico, 2004- pag.11.</p>	<p>En este enfoque mixto se integran ambas concepciones y se combinan los procesos para llegar a resultados de una forma superior</p>	
11	<p>CORTES, Manuel, generalidades sobre metodología de la investigación, Universidad Autónoma del Carmen,</p>	<p>Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las Características y los</p>	<p>La identificación de la población a trabajar es importante, para realizar un buen estudio descriptivo.</p>

	Campeche México, 2004- pag.20	perfiles importantes de personas, grupos, Comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.	
12	ASHNER, Pablo, Norma Guía para el programa de prevención y control de la diabetes Mellitus, Litográficas Velasco,	Para nuestra investigación deben cumplir con criterios de ser diagnosticados con Diabetes Mellitus, presentar algún tipo de complicación diabética o factores de riesgos cardiovascular(neuropatías, retinopatías, pie diabético, nefropatía, enfermedad vascular periférica, hipertensión, dislipidemia)	Con la identificación de la patología, tendremos una muestra exacta de que pacientes suspendieron el tratamiento.
13	Electronics Reference: http://es.wikipedia.org/wiki/Cali , visitada el día 10 de Julio de 2012	hoy en día más del 60% de la población del Valle del Cauca habita en Cali y su área metropolitana	La investigación se realizó con pacientes pertenecientes a la ips, cediva ltda.

14	<p>Electronics reference: http://www.monografias.com/trabajos16/recoleccion-datos/recoleccion-datos.shtml, visitada el día 10 de Julio de 2012</p>	<p>LA ENTREVISTA. Consiste en una interacción entre dos personas, en la cual el investigador formula determinadas preguntas relativas al tema en investigación, mientras que el investigado proporciona verbalmente o por escrito la información que le es solicitada</p>	<p>Con el ánimo de tener un mejor acercamiento al paciente y lograr identificar cuáles son las causas del abandono temprano del tratamiento se utiliza este instrumento.</p>
15	<p>Electronics reference: http://www.slideshare.net/mydani/instrumentos-para-recolectar-informacin visitada el día 11 de Julio de 2012</p>	<p>Las funciones básicas del cuestionario son: obtener, por medio de la formulación de preguntas adecuadas, las respuestas que suministren los datos necesarios para cumplir con los objetivos de la investigación. Para ello, debe obtener información pertinente, válida y confiable.</p>	<p>Para poder obtener información detallada y concreta es importante llegar al paciente con términos adecuados para así obtener buenos resultados.</p>
	<p>Electronics reference:</p>	<p>El trabajo de campo es</p>	<p>Este proceso nos</p>

16	<p>http://www.aulafacil.com/cienciainvestigacion/Lecc-18.htm, visitada el 19 de Julio de 2012</p>	<p>el momento en la investigación que lleva a aplicar los instrumentos de obtención de datos (observación, entrevista, cuestionario, etc.) a la población, fenómeno o proceso objeto de estudio</p>	<p>permitirá narrar de manera adecuada paso a paso la experiencia de la investigación.</p>
17	<p>Isabel de la A. Valadez-Figueroa, M.E.S., María Guadalupe Aldrete-Rodríguez, M.E.S., Noé Alfaro-Alfaro M.S.P. estudio familiar para el tratamiento de la diabetes, España, 2003</p>	<p>Es importante destacar que como educadores en salud se debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético tipo II, ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características de la familia</p>	<p>El acompañamiento familiar será importante, permitirá que el paciente lleve a cabo un excelente tratamiento.</p>

18	<p>Electronics Reference: http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v6n1/v6n1a2.pdf</p>	<p>Es de esta forma que juega un papel principal la interacción de todas las variables en que se puedan pensar y toma un carácter muy importante su entendimiento y su utilización en pos de ayudar al sistema a superar la contrariedad que experimenta.</p>	<p>Los procesos de interacción en la dinámica familiar facilitarían un efectivo y adecuado manejo del tratamiento.</p>
19	<p>Electronics reference: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001318 visitada el día 19 de Julio de 2012</p>	<p>Una familia con actitudes negativas puede propiciar respuestas de comportamiento opuestas por parte del diabético para lograr el control metabólico</p>	<p>Siempre será importante que el sistema familiar maneje una adecuada comunicación y un acompañamiento en el tratamiento del paciente diabético, con el fin de que él o ella se sienta acompañado y respaldado.</p>
20	<p>HEREDIA, JP, PINTO, B depresión en diabéticos: un enfoque sistémico, Bolivia ,2008, Vol. VI N° 1</p>		<p>El estado de ánimo determinará la constancia y la efectividad en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus.</p>



CEDIVA LTDA

CENTRO DIABETOLOGICO DEL VALLE LTDA

SALUD OCUPACIONAL

NIT: 805 016 046 - 9

ENCUESTA DE SATISFACCION FAMILIAR

TEMA	
OBJETIVO	
RESPONSABLE	

1. TEMA.

DESCRIPCION	SI	NO
¿La elección del tema fue de su interés?		
¿El tema se relaciona con su problemática?		

2. UBICACIÓN

DESCRIPCION	SI	NO
¿Cree usted que este sitio es de fácil acceso?		
¿Le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio?		

3. METODOLOGIA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Le gustó la forma de presentar el expositor el tema?		
¿Le gustó la forma de desarrollo de la actividad?		

¿Le gustó la atención de la reunión?		
--------------------------------------	--	--

4. PROBLEMATICA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Comprenden Usted y su familia a su familiar-paciente por presentar diabetes Mellitus?		
¿Estimulan Usted y su familia a su familiar-paciente para continuar el tratamiento?		
¿Apoyan Usted y su familia a su familiar-paciente en el tratamiento?		

5. COMPROMISOS

DESCRIPCION	SI	NO
¿Está usted y su familia dispuestos a continuar apoyando el tratamiento de su familiar?		
¿Asistiría Usted y su familia a secciones de acompañamiento psicológico para continuar el tratamiento de su familiar?		

Anexo 2 Formato de encuesta para pacientes



CEDIVA LTDA

CENTRO DIABETOLOGICO DEL VALLE LTDA

SALUD OCUPACIONAL

NIT: 805 016 046 - 9

ENCUESTA DE SATISFACCION DE PACIENTE

TEMA	
OBJETIVO	
RESPONSABLE	

1. TEMA.

DESCRIPCION	SI	NO
¿La elección del tema fue de su interés?		
¿El tema se relaciona con su problemática?		

2. UBICACIÓN

DESCRIPCION	SI	NO
¿Cree usted que este sitio es de fácil acceso?		
¿Le gustaría asistir a estas reuniones en otro sitio?		

3. METODOLOGIA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Le gustó la forma de presentar el expositor el tema?		

¿Le gustó la forma de desarrollo de la actividad?		
¿Le gustó la atención de la reunión?		

4. PROBLEMÁTICA

DESCRIPCION	SI	NO
¿Ha estado usted sometido a la incompreensión familiar por presentar diabetes Mellitus?		
¿Ha sido estimulado por su familia para continuar su tratamiento?		
¿Se ha sentido apoyado por su familia en el tratamiento?		

5. COMPROMISOS

DESCRIPCION	SI	NO
¿Está usted dispuesto a continuar con su tratamiento?		
¿Asistiría Usted a secciones de acompañamiento psicológico para continuar su tratamiento?		
¿Le gustaría que su familia también recibiera acompañamiento psicológico con Usted?		

Anexo 3 Formato de encuesta de satisfaccion para familiares

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
CURSO DE PROFUNDIZACIÓN
“DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

INFORME DE SESIONES

PROYECTO: La incompreensión, la falta de estímulo y la falta de apoyo, del sistema familiar en los pacientes con diabetes mellitus, como factores dominantes en el abandono del tratamiento médico integral en CEDIVA LTDA IPS

NOMBRE DE LA SESIÓN:	Observación en el sitio de investigación
CEAD:	Palmira
INVESTIGADOR:	Luis Felipe Sarria y Jonny Daniel Rivas
FECHA:	Mayo 03 de 2012
HORARIO:	De 2 pm a 6 pm
BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES (COMPORTAMIENTO GRUPAL)	
<ul style="list-style-type: none"> • Director Médico IPS. • Investigadores 	
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:	
Se entrevistó al director médico, luego se revisaron archivos de la entidad y bases de datos.	
VALORACIÓN DE LA SESIÓN:	
Proceso de comunicación dinámico, gracias a atención brindada por el director y de demás personal que laboran en esta IPS, se logró obtener información detalla y completa de todos los proceso que se desarrollan en esta institución, demostrando así interés con el trabajo que se quiere llevar acabo.	
OBSERVACIONES:	
Promover acciones encaminadas a seguimiento continuo de los pacientes y así evidenciar la constancia con el tratamiento.	

Presentado por: Luis Felipe Sarria y Jonny Daniel Rivas

Fecha de presentación: Mayo 03 de 2012

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
CURSO DE PROFUNDIZACIÓN
“DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”**

INFORME DE SESIONES

PROYECTO: La incompreensión, la falta de estímulo y la falta de apoyo, del sistema familiar en los pacientes con diabetes mellitus, como factores dominantes en el abandono del tratamiento médico integral en CEDIVA LTDA IPS

NOMBRE DE LA SESIÓN:	Metaplan
CEAD:	Palmira
INVESTIGADOR:	Luis Felipe Sarria y Jonny Daniel Rivas
FECHA:	Mayo 16 de 2012
HORARIO:	De 2 pm a 7 pm
BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES (COMPORTAMIENTO GRUPAL)	
<ul style="list-style-type: none"> • 10 Pacientes diabéticos pertenecientes a la muestra. • Director Médico IPS. • Investigadores 	
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:	
<p>Aplicación del metaplan:</p> <p>Para esta aplicación de recolección de información se contactó vía telefónica los pacientes con diabetes Mellitus pertenecientes a la institución elegida, que cumplieran con los criterios exigidos en la muestra, para esta oportunidad como se ha explicado en varios puntos anteriores, se diseñaron tarjetas rectangulares y por medio de un marcador entregándoles la pregunta orientadora, se solicitó al paciente que plasmará su respuesta lo más sintetizada y concreta posible en un máximo de 8 palabras, para esta actividad los pacientes se motivaron a asistir a la IPS , ofreciéndoles un control glucémico gratuito, obsequiado por el Médico Director de Cediva LTDA.</p>	

VALORACIÓN DE LA SESIÓN:

- Participación activa de todos los pacientes, aportando desde sus necesidades las respuestas al instrumento presentado para esta evaluación.
- Motivación y compromiso en seguir cumpliendo con las actividades presentes.

OBSERVACIONES:

Pacientes con dificultades para movilizarse a las instalaciones, pese a sus condiciones físicas, nutricionales y económicas.

Presentado por: Luis Felipe Sarria, Jonny Daniel Rivas

Fecha de presentación: Agosto 16 DE 2012

Anexo 5 Informe de secciones mayo 16 de 2012 diligenciado



PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
CURSO DE PROFUNDIZACIÓN
“DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

INFORME DE SESIONES

PROYECTO: La incomprensión, la falta de estímulo y la falta de apoyo, del sistema familiar en los pacientes con diabetes mellitus, como factores dominantes en el abandono del tratamiento médico integral en CEDIVA LTDA IPS

NOMBRE DE LA SESIÓN:	Socialización al paciente
CEAD:	Palmira
INVESTIGADOR:	Luis Felipe Sarria y jonny Daniel Rivas
FECHA:	Mayo 23 de 2012
HORARIO:	De 2 pm a 5 pm
BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES (COMPORTAMIENTO GRUPAL)	
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que participaron del metaplan • Investigadores 	
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:	
<p>Se socializó a los pacientes el resultado del metaplan, las categorías que se habían escogido de acuerdo a sus respuestas, sus inquietudes, sus necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incomprensión familiar • Falta de estímulo Familiar • Falta de apoyo familiar 	

VALORACIÓN DE LA SESIÓN:

- Se observan pacientes comprometidos y con ganas de mejorar sus acciones frente a su enfermedad.
- Dinamismo

OBSERVACIONES:

Presentado por: Luis Felipe Sarria y Jonny Daniel Rivas

Fecha de presentación: Mayo 23 de 2012

Anexo 6 Informe de seccion mayo 23 de 2012 diligenciado

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
CURSO DE PROFUNDIZACIÓN
“DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA”

INFORME DE SESIONES

PROYECTO: La incomprensión, la falta de estímulo y la falta de apoyo, del sistema familiar en los pacientes con diabetes mellitus, como factores dominantes en el abandono del tratamiento médico integral en CEDIVA LTDA IPS

NOMBRE DE LA SESIÓN:	Socialización con familiares
CEAD:	Palmira
INVESTIGADOR:	Luis Felipe Sarria Ospina
FECHA:	Mayo 30 de 2012
HORARIO:	De 2pm a 5 pm
BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES (COMPORTAMIENTO GRUPAL)	
<ul style="list-style-type: none"> • Familiares de pacientes que participaron del metaplan • Investigadores 	
DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN:	
<p>Se dialogó con los familiares de los pacientes que participaron del metaplan, aquí se les socializó sus inquietudes, y se recogió también sus inquietudes, que la final también fueron nuevamente socializados y se motivó ante un espacio psicológico de la ips.</p>	

VALORACIÓN DE LA SESIÓN:

- Se observan procesos de interacción dinámicos, puntualidad y entendimiento a demás resaltan la importancia que tiene el acompañar a su familiar en el reconocimiento de su enfermedad.
- Hay claridad y compromiso en ayudar a proporcionar buenos hábitos alimenticios y deportivos al paciente.

OBSERVACIONES:

- Se necesitan instalaciones amplias.

Presentado por: Luis Felipe Sarria y Jonny Daniel Rivas

Fecha de presentación: Mayo 30 de 2012

Anexo 7 Informe de seccion Mayo 30 de 2012 diligenciado