



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TRABAJO
SOCIAL**

TESIS

**APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN ADULTOS
DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
DE LAMBAYEQUE, 2019.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

Autora:

Bach. Saldaña Carmona, Vanessa Giselle

Asesor:

Dr. Aragón Alvarado, Pompeyo Marco

Línea de Investigación:

Comunicación y Desarrollo Humano

Pimentel – Perú

2019

**APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN ADULTOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE
LAMBAYEQUE, 2019.**

Dr. Aragón Alvarado, Pompeyo Marco

Asesor

Mg. Uriol Castillo, Gaudy Teresa

Presidente del Jurado

Mg. Salazar García, Elizabeth Sara

Secretario de Jurado

Dr. Vigo Murga, Evert Arturo

Vocal del Jurado

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Realidad Problemática	9
1.2. Antecedentes de Estudio	13
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	17
1.4. Formulación del Problema.....	38
1.5. Justificación e importancia del estudio.....	38
1.6. Hipótesis	39
1.7. Objetivos.....	39
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	41
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación	42
2.2. Población y muestra.....	42
2.3. Variables, Operacionalización.....	44
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	45
2.5. Procedimiento de análisis de datos	48
2.6. Criterios éticos.....	49
2.7. Criterios de Rigor Científico.....	49
III. RESULTADOS	50
3.1. Resultados en Tablas y Figuras	51
3.2. Discusión de Resultados.....	83
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS	103
ANEXOS	110

DEDICATORIA

A mi padre celestial, Dios, él ha colocado en mis manos los conocimientos y herramientas necesarias para trabajar al servicio de sus hijos, porque todo lo que puso en mi camino fue para bien, porque me dio el valor y la fuerza necesaria para salir adelante cuando más lo necesité, y porque su obra siempre será mi fuente de inspiración.

A mi amada madre María Carmona Reyes, por su amor, su paciencia y su ejemplo, cuando a pesar de su cansancio ella siempre tuvo fuerzas para darme ánimos y alentarme a continuar, entendiendo sin juzgar cada una de mis preocupaciones.

A mi esposo Walter Willis Naveda, por su compañía en mis desvelos, por no soltar mi mano desde que inicie mi formación.

A Martha Carmona Reyes, por su apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, y a mis queridos Yail Navarrete Carmona y Jimena Willis Fernández, porque siempre dibujaron sonrisas cuando más lo necesite.

Y a Clarisa Reyes Guzmán, dulce mujer que caló en mí la vocación de servicio, “haz lo que tengas que hacer sin esperar nada a cambio y encontrarás la felicidad en ti”

AGRADECIMIENTO

A mis profesores de la carrera de Trabajo Social, por su infinita contribución en cada aspecto de mi formación, por ser esa cerilla que iluminó mi camino.

Al Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque por la valiosa oportunidad para ejecutar la presente investigación. Al personal de salud del nosocomio, médicos especialistas, trabajadoras sociales, técnicos, internos, administrativos, de mantenimiento, entre otros, porque nunca me cerraron las puertas cuando las toqué; un agradecimiento especial al Dr. Juan Gonzales Alfaro, por sus valiosos aportes en la investigación.

A cada uno de los pacientes con diabetes que participaron en esta investigación y a los que forman parte del programa Centro de Atención Integral para Pacientes con Diabetes de Lambayeque (CAIDIL), que me permitieron entrar en sus vidas y tocar respetuosamente sus vivencias.

RESUMEN

La presente investigación titulada “Apoyo social en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2019”, tuvo como finalidad, describir cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología de dicho nosocomio.

El estudio siguió un enfoque mixto empleando el método descriptivo – analítico no experimental, la técnica de recolección de datos empleada fue la entrevista semiestructurada, utilizando dos instrumentos, un cuestionario diseñado por la autora de la investigación, y una escala de adherencia terapéutica (EAT), los cuales fueron aplicados en una muestra de 65 adultos con diabetes mellitus.

La investigación permitió determinar, que el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes en los adultos según como logren adaptarse a los cambios que produce la enfermedad en su vida y les haga sentirse entendidos, apoyados, acompañados e informados; para este fin requieren de recursos que les provee sus redes de apoyo en el microsistema y mesosistema, es decir, familia, amistades, profesionales de la salud, y de las políticas de prestaciones de medicamentos y/o apoyo al diagnóstico de manera oportuna, demostrando que el apoyo social puede favorecer la adherencia al tratamiento de la diabetes en los adultos.

Palabras Clave: Apoyo social, adherencia al tratamiento, adulto con diabetes.

ABSTRACT

This research entitled “Social support in the adherence to diabetes treatment in adults of the Belén de Lambayeque Provincial Teaching Hospital, 2019”, was aimed at describing how social support influences the adherence to diabetes treatment in adults who are attended by an external office in the specialty of Endocrinology of said hospital.

The study followed a mixed approach using the descriptive - non-experimental analytical method, the data collection technique used was the semi-structured interview, using two instruments, a questionnaire designed by the author of the research, and a therapeutic adherence scale (EAT), which were applied in a sample of 65 adults with diabetes mellitus.

The research allowed us to determine that social support influences adherence to diabetes treatment in adults according to how they adapt to the changes that the disease produces in their lives and make them feel understood, supported, accompanied and informed; To this end, it requires resources provided by its support networks in the microsystem and mesosystem, that is, family, friends, health professionals, and the policies for the provision of medications and / or diagnostic support in a timely manner, demonstrating that social support can favor adherence to diabetes treatment in adults.

Keywords: Social Support, Adherence to the treatment, Adult with Diabetes.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

El apoyo social en el contexto de la salud y específicamente en la adherencia al tratamiento de alguna enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), en un recurso que comprende diversos soportes provenientes del entorno que rodea a la persona y que son necesarios para mejorar su situación de salud. La adherencia al tratamiento de una ECNT, es un proceso donde la persona adopta un cambio de conducta para obtener mayores beneficios del tratamiento y de las recomendaciones dadas por el personal de salud; por lo tanto, cuando el paciente no cumple o no se adhiere al tratamiento, se incrementa las posibilidades de aparición de otras enfermedades, de complicaciones a largo plazo y resistencia a la medicación, disminuyendo su calidad de vida o poniéndola en riesgo.

Las ECNT, siguen siendo hoy en día la principal causa de muerte a nivel mundial. Cada año, 13 millones de personas mueren antes de los 70 años, porque padecen alguna enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, diabetes o cáncer; en su mayoría, estas personas viven en países con ingresos bajos y medianos, y menos de la mitad recibe los servicios de salud que necesita para combatir dichas enfermedades, siendo empujados a una situación de pobreza porque tienen la necesidad de solventar los gastos que genera su atención de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018); otros, constituyen una carga económica para el sistema de salud por la presencia de las complicaciones a largo plazo, así como también para las familias y la sociedad por la pérdida en la productividad.

La presencia de estas enfermedades siguen sumándose en la mayoría de regiones del mundo, debido a diversos factores que intervienen; entre las más importantes tenemos al incremento poblacional, producto del envejecimiento demográfico y que está determinado por el aumento de 25 años a la esperanza de vida mundial durante 70 años, así como la globalización de estilos de vida no saludables (OMS, 2018); hechos que hacen, que la intervención de las enfermedades crónicas no trasmisibles sean un desafío que involucre a todos y que no solo se centre en la atención sanitaria de la enfermedad, sino también en el compromiso de quienes la padecen y quienes acompañan este proceso, para lograr un verdadero cambio.

Tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) consideran a la diabetes, como un importante problema de salud pública por su alta prevalencia en el mundo, y la señalan como una de las cuatro enfermedades no transmisibles que representan la mayor carga de enfermedad en América. Según las cifras, la International Diabetes Federation (IDF, 2017) ha estimado la presencia de diabetes en el mundo en unos 425 millones de adultos entre 20 y 79 años y señala que para el 2045 la cifra se elevará a 629 millones; cifras que en nuestro país está representado con una prevalencia del 5.9%, lo que corresponde a 1.130.800 millones de personas. Estudios a nivel mundial señalan que la mayoría de los casos con diagnóstico de diabetes mellitus es del tipo 2, con una prevalectía del 90 o 95% en países como Europa, EEUU y Canadá, colocando a los casos restantes entre el tipo 1, gestacional y defectos genéticos (Sánchez y Albarrán, 2011). En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) reporta en los resultados de su Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, que el 3.3% de la población a partir de 15 años ha sido diagnosticada con diabetes por lo menos una vez en su vida.

En Lambayeque, en lo que va del año hasta el mes de mayo, la Gerencia Regional de Salud (GERESA) ha reportado 1780 casos de pacientes diagnosticados con diabetes, con una población en general de 40 años a más y con una estimación entre el 55% a 61% de mujeres, en su mayoría dedicadas a los quehaceres del hogar y alejadas de la importancia del ejercicio diario. Mujeres son la mayoría de víctimas de la diabetes (23 de Junio del 2019, La Industria, p.A4)

Son diversas las estrategias de atención para estas personas que se han abordado durante los años y que han permitido pasar de un modelo de asistencia sanitaria a un modelo con enfoque holístico multidisciplinar, buscando fortalecer las capacidades de las personas con diabetes para realizar por sí mismo acciones de autocuidado. Hoy, no podemos hablar de tratamiento en salud sin considerar la situación social, psicológica y afectiva de la persona, enmarcada tanto en su contexto familiar o de convivencia así como de sus relaciones interpersonales, haciendo que el abordaje deba estar sostenido por los apoyos sociales brindados a la persona como un predictor de la eficacia de los tratamientos.

El principal apoyo que recibe la persona se origina dentro de su entorno familiar, y por lo general cuando se presenta la diabetes por primera vez en un integrante de la familia, el

resto suele desconocer todo lo relacionado a esta enfermedad. “A nivel mundial, solo una de cada cuatro familias actualmente tiene acceso a programas de educación sobre la diabetes” y “2 de cada 3 personas no sabrían cómo cuidar a un familiar con diabetes” (IDF, 2018). Existen casos donde algunas familias no logran adaptarse al cambio que implica vivir con una persona con diabetes, presentando mayor predisposición a que el paciente tenga un mal control del tratamiento y aparezcan complicaciones. Para estas situaciones es necesario fortalecer la comunicación, la afectividad, mejorar la adaptabilidad, motivar el apoyo emocional y de información, para lograr un efecto positivo en la recuperación de la salud de la persona (Cocha-Toro citado por Cano et al., 2016).

Existen estudios donde las personas con diabetes mellitus 2 señalan que disponen de redes sociales de apoyo que van más allá de su sistema social íntimo o cercano, como son los profesionales de atención médica y organizaciones comunitarias (Koetsenruijter et al. , 2015).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos globales y los avances de las metas mundiales para tratar las enfermedades no transmisibles como la diabetes, las cifras de personas con esta enfermedad sigue en aumento, por lo que la OMS (2016) ha sugerido que los países adopten una serie de medidas que permitan reducir las consecuencias de la diabetes, entre ellas, la creación de entornos normativos, sociales y físicos que favorezcan un modo de vida sano, como fomentar dietas saludables y la práctica de una actividad física a la escala necesaria. Otra medida se encontró en Ecuador, donde el Ministerio de Salud Pública sugirió integrar totalmente a la familia en el plan estratégico por ser una patología de larga evolución que afecta tanto a la persona como a su entorno social y familiar (Cano, Gutiérrez y Capa, 2016).

Siguiendo el mismo enfoque, en nuestro país el Ministerio de Salud (MINSA, 2016) ha recomendado que toda persona que tiene la enfermedad de Diabetes Mellitus 2, debe participar de un programa educativo estructurado ni bien son diagnosticados, para que conozcan todo sobre su enfermedad, y así adquirir el autocontrol y adherencia al tratamiento que necesita; asimismo, señalan que la educación no sólo debe ser brindada a la persona con diabetes sino también a un miembro de la familia o de su red de soporte social.

Dicha recomendación hoy se visibiliza en el Hospital Provincial Docente Belén situado en el departamento de Lambayeque, específicamente en el servicio de Endocrinología, donde se atiende a la mayor parte de las personas diagnosticados con

diabetes y que son referidos a este nosocomio a través del Seguro Integral de Salud; los cuales son invitados a participar de un programa educativo interdisciplinario denominado “Centro de Atención Integral de pacientes con Diabetes Lambayeque – CAIDIL”, el cual fue creado para mejorar la calidad de vida de la persona con diabetes mediante actividades y charlas impartidas en un lenguaje sencillo a las personas y sus familiares, de manera que pueda prevenir o retrasar la aparición de complicaciones agudas y crónicas (Gobierno Regional de Lambayeque, 2018).

Este programa, es una estrategia de soporte para la enfermedad de la Diabetes, gestionada por una red de apoyo de profesionales que buscan lograr eficacia en el autocontrol y una adherencia al tratamiento eficiente, porque se ha observado que algunos pacientes no asisten a sus controles de forma regular de acuerdo a la programación señalada por el médico, en algunos casos han manifestado no tener quien los acompañe a sus consultas o no disponer de tiempo, generando que no adoptan cambios necesarios en su estilo de vida y no siguen a cabalidad el plan de tratamiento indicado debido a diversas barreras personales o institucionales; asimismo, el seguimiento de caso se realiza solo en el hospital durante la atención médica porque no se dispone de personal para realizar las visitas al hogar y evaluar tanto las condiciones de vida como el seguimiento del tratamiento.

La meta principal en el tratamiento de la Diabetes, es lograr que con el tiempo las personas incorporen a su vida, prácticas saludables de alimentación y una cultura de salud más activa, mitigando o previniendo complicaciones en el desarrollo de la enfermedad. Para estos cambios es imperativo la presencia de una red de apoyo social, que contribuya a la vigilancia de la enfermedad y la toma y ejecución de decisiones apropiadas (Teherán et al. , 2017).

Es por eso que el *apoyo social* ha sido considerado en diferentes estudios como una estrategia para dar soporte a los pacientes con diversas enfermedades crónicas. Es indispensable que su atención se conciba como un sistema integrado y coordinado en donde tanto el personal de salud, el paciente, sus familiares, y la sociedad, trabajen en conjunto teniendo conocimiento de la enfermedad, aceptando e identificándose con las metas a lograr en el tratamiento, de manera que se atiendan todas las necesidades e intereses del paciente con medidas y procedimientos útiles y trascendentales para su bienestar (Chávez, 2018).

De esta forma, se busca conocer, ¿Cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes en los adultos?, los cuales son atendidos por consulta externa en el servicio de endocrinología del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

1.2. Antecedentes de Estudio

En el Contexto Internacional

Arteaga, Cogollo y Muñoz (2017) en su estudio *Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2*, de acuerdo a su objetivo, señala que si existe relación entre apoyo social percibido y el control metabólico; además, asevera que en la prestación de servicios de salud humanizados, es necesario que se involucre al entorno del paciente para lograr su participación y un mejor afrontamiento y control la enfermedad; se observó además en las variables analizadas que, un mayor número de amigos, contar con uno o más familiares, se asocia con el apoyo social percibido positivo, en donde la familia juega un rol importante en las enfermedades; y finalmente se señala que el apoyo social es un factor protector para la compensación de la diabetes.

Garizábalo, Rodríguez y Cañon (2019), en su artículo *Soporte social enfocado a personas con diabetes: una necesidad desde enfermería*, describen al soporte social como una experiencia de muchas facetas que involucra tanto a asociaciones voluntarias, relaciones formales con profesionales de la salud y relaciones informales con otras personas; las intervenciones que deriven de estas relaciones comprenden un soporte emocional que tiene relación con el cuidado, empatía, amor, confianza para aliviar los estados de estrés y ansiedad o depresión, también comprende un soporte instrumental que se da desde el cuidado físico, el transporte, y la provisión económica o de asistencia en el hogar, y un soporte informativo cuya finalidad sea la transmisión de información concerniente a la mejoría de su salud.

Por otro lado, Alarcón, Hernández, Argüelles y Campos (2017), en su investigación *Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes*, encontraron que el apoyo instrumental puede generar efectos negativos en la persona con diabetes al limitar sus conductas de autocuidado. Los autores concluyeron, que el apoyo social no siempre resulta beneficioso para las personas, debido a que al tener mayor apoyo

instrumental les podría generar dependencia haciendo que la persona no asuma la responsabilidad de su alimentación.

Teherán, et al. (2017) en su artículo *Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal*, con respecto a su objetivo concluyeron que los pacientes con complicaciones agudas presentaron puntajes más bajos de apoyo social, se identificó que la falta de apoyo social se relaciona con otras variables sociodemográficas y clínicas para predecir el riesgo de complicaciones agudas, como por ejemplo que el 90% de los pacientes del estudio tenía bajo nivel educativo, lo que está asociado a problemas de comprensión de lectura y que pudo influir en la aplicación del instrumento MOS, el cual es un cuestionario que contiene preguntas altamente subjetivas. Asimismo, se recomendó utilizar el apoyo social como parte de las estrategias para dar tratamiento a los pacientes con diabetes.

Koetsenruijte et al. (2015) en su artículo *Apoyo social y salud en pacientes con diabetes: un estudio observacional en seis países europeos en una era de austeridad*, señalaron que el apoyo de las redes sociales individuales, las organizaciones comunitarias y los vecindarios se asocia con una mejor autogestión y resultados de salud. Su propósito fue, examinar el impacto relativo de los diferentes tipos de apoyo en la salud y las conductas relacionadas con la salud en pacientes con diabetes tipo 2. Este estudio de tipo observacional, utilizó entrevistas y cuestionarios a una muestra de 1692 pacientes con diabetes tipo 2 de 6 países. Los principales resultados fueron, que los pacientes tenían una mediana de 3 conexiones de apoyo, casi la mitad (48.3%) tenía profesionales de la salud en su red extendida y aproximadamente un tercio (34.6%) participó en organizaciones comunitarias. Lo que significa que la participación de los pacientes en organizaciones comunitarias se relaciona de manera más consistente con un mejor estado de salud y comportamientos relacionados con la salud, especialmente en poblaciones de bajos ingresos; además de ser fuentes de información, ayuda práctica y apoyo emocional, estas organizaciones pueden cumplir una serie de funciones que incluyen mejorar los sentimientos de integración social y la identidad individual del paciente.

Ramos (2015) en su investigación *La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas*, concluyó que la adherencia al tratamiento es un proceso complejo que requiere de educación sanitaria tanto para la población como para los prestadores de salud; también

señalan la necesidad de más investigaciones sobre el tema y de diseñar estrategias de intervención que incorporen a las redes de apoyo del paciente, fomente su participación activa y responsable en desarrollo del tratamiento.

Epul (2012) en su investigación *Factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II en pacientes bajo control del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo en el año 2010*, concluyó que existe una variación de factores que influyen directamente con el control de la diabetes mellitus tipo II como el factor emocional, el apoyo psicológico, escasa percepción de redes de apoyo familiar, escaso conocimiento de la enfermedad, complicaciones, cuidados y tratamiento, barreras económicas y barreras relacionadas al sistema de salud, y que existe mayor dificultad de adherencia al tratamiento en los varones.

En el Contexto Nacional

De los Santos (2019) en su investigación *Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana*, concluyó que mientras exista un deficiente apoyo social percibido por los pacientes, se presentarán altos niveles de ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento de la diabetes disminuirá.

Zegarra (2018) en su investigación *Percepción de Apoyo Social y Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Consultorio Externo de Endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2017*, tuvo como objetivo determinar la percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. La cual demostró que la mayor parte de los pacientes que participaron en el estudio tienen una buena adherencia al tratamiento debido a que perciben un mayor apoyo social.

Quispe (2016) en su investigación *Influencia del apoyo familiar en la demanda del cuidado y adhesión al tratamiento de insuficiencia renal en los pacientes del hospital base Víctor Lazarte Echegaray período 2016 - distrito de Trujillo*, tuvo como objetivo conocer la influencia del apoyo familiar en la demanda del cuidado y adhesión al tratamiento de

insuficiencia renal, concluyendo que el apoyo familiar es la base fundamental para su tratamiento por ser una fuente importante de información sobre las costumbres y creencias del paciente, logrando la fácilmente adaptación al tratamiento del paciente.

Rojas y Villafani (2016) en su investigación *Factores asociados al incumplimiento del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores*. La investigación propuso como objetivo general determinar los factores asociados al incumplimiento del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II en adultos mayores, con un diseño de investigación observacional y retrospectivo, utilizando una muestra conformada por 15 artículos científicos publicados, y como técnica de recolección la revisión bibliográfica de artículos científicos y la elaboración de una tabla resumen con los datos de cada artículo seleccionado. Finalmente los autores llegan a concluir, que los factores asociados al cumplimiento del tratamiento en personas con diabetes son los esquemas de tratamiento, estilo de vida, factores personales, familiares, sedentarismo y obesidad.

Mercado (2014) en su investigación *Relación médico-paciente y su influencia en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, 2014*. La investigación obtuvo como resultado que la relación médico-paciente es buena en un 77.13% y los factores de la adherencia fueron predominantemente buenos, donde la autoeficacia estuvo en un 87.23%, en seguimiento en un 81.38% y en control en un 71.81%. Asimismo, la adherencia global fue buena en un 83.51%, concluyendo que una buena relación médico-paciente favorece una buena adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2.

En el Contexto Local

A nivel local, no se encontraron investigaciones relacionadas al apoyo social y la adherencia del tratamiento de la diabetes, pero sí sobre el apoyo social en relación al estrés, la calidad de vida y el adulto mayor.

Entre otras, se hallaron conclusiones relacionadas al tema de investigación de Nieto y Prada en el 2012 con su investigación *Proceso de adaptación de los adultos maduros con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el H.N.A.A.A. Chiclayo – 2011*, Los autores dieron a

conocer, que los adultos maduros con diabetes por más de dos años logran adaptarse a la enfermedad mediante la práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales; asimismo, que la presencia de estrés y problemas familiares influye negativamente en esa adaptación, debido a que aumentan los niveles de glucosa en la sangre por más que cumplan con la dietoterapia y el tratamiento farmacológico, razones por la cual es de suma importancia que exista apoyo familiar como soporte emocional y en la adherencia al tratamiento.

Y otra investigación, que coincide tanto en la variable de estudio *apoyo social* como el contexto en que se estudia *centro de salud*, de Villalobos (2015) con la investigación *Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2014*, tuvo como objetivo, establecer el nivel de apoyo social que reciben los adultos mayores en el centro de salud, donde concluyó que existe un nivel bajo de apoyo social en los adultos mayores de 60 años a más, en los niveles instrumental, emocional, afectivo y de interacción social, destacando mayor apoyo social en las personas casadas y del sexo femenino.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Apoyo Social

El Apoyo Social como recurso para el Bienestar Social.

El estudio del apoyo social, ha causado gran interés en varias disciplinas como, la psicología, medicina, sociología, antropología, enfermería, salud pública, educación, rehabilitación y trabajo social; en la mayoría de ellas, el interés ha estado centrado en analizar la percepción de apoyo social en las relaciones cercanas del individuo así como sus efectos en su salud y su bienestar, sin ahondar mucho en el análisis de sus relaciones con la comunidad, instituciones o grupos con los cuales interactúa. Así lo señala Fernández (2005) que analiza el creciente interés sobre los recursos provenientes de los vínculos sociales que tienen las personas y si existe relación entre las relaciones interpersonales y la salud de estos.

Cuando describimos a la persona como un ser social, encontramos que desarrolla una identidad producto del intercambio e influencia recíproca con otros. Chadi (2000) lo reafirma, señalando que “todo ser humano es la integración de sus relaciones” (p.24). Estas

relaciones denominadas interpersonales pueden determinar la permanencia de los problemas que enfrenta así como sus necesidades y satisfactores.

De mismo modo, Maslow manifiesta que la persona tiene la necesidad de “hacerse con los demás”, de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que sirvan de soporte y les haga sentirse queridos, es decir, que todas las personas requerimos tener apoyo social en nuestra vida, porque en función de la amplitud del mismo se producirá el bienestar social e individual de la persona (Estrella, 1991)

El bienestar social, no aparece de manera espontánea, sino que se consigue a través de programas que estén en función de la dinámica de las necesidades sociales y los recursos materiales, humanos, técnicos, institucionales y financieros (Las Heras y Cortajarena, 2014). Ante esto, para Caplan (1974) citado por Fernández (2005) los recursos que provienen de las distintas relaciones sociales que mantiene la persona son: el apoyo emocional y el apoyo instrumental; asimismo, señala la necesidad de que los profesionales realicen actividades que busquen favorecer el desarrollo de los contactos sociales que les provean de apoyo en determinada comunidad.

Sobre la forma en cómo la persona interactúa, Malagón (2012) sostiene que “la interacción social es una acción social de conformidad con las expectativas de los otros, las cuales se encuentran definidas, organizadas, relacionadas y prescritas en la cultura” (p.23-24), el autor describe a estas relaciones sociales como relaciones satisfactorias, las cuales están estructuradas culturalmente en roles sociales y clasificadas como primarias, secundarias e institucionales, en forma de “grupos familiares, educativos, políticos, económicos, religiosos y de entretenimiento” (p.45-46), los cuales describiré más adelante.

Por lo cual, podemos concluir que el apoyo social es un recurso de gran importancia para generar bienestar en las personas, de manera que, siguiendo las palabras de Fernández (2005) “uno de los recursos derivados de las relaciones sociales y de relevante importancia en contextos relacionados con los procesos de salud - enfermedad, es el apoyo social (social support)” (p.7-8)

Definición del Constructo Apoyo Social

La definición de apoyo social ha ido construyéndose desde los años 70 del siglo pasado por profesionales de distintas ramas, por lo tanto, tiene un carácter multidimensional; su papel inicial estuvo vinculado al afrontamiento y adaptación de la persona frente a una situación del estrés o crisis. Lara (2005) sostiene que la existencia de este recurso permite a las personas que desarrollen su capacidad para afrontar los problemas, tendiendo como fuente importante las redes sociales, asimismo señala que no se ha llegado a una definición totalmente aceptada, ya que hoy en día se utiliza en diferentes contextos y fenómeno e incluso tiene distintas interpretaciones.

Una de las mayores contribuciones dadas al concepto del apoyo social provino de Lin, Dean y Ensel (1986) y Barrón (1996) citados por Aranda y Pando (2013) y Gambará (1997) el apoyo social son el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, que la persona percibía o recibía de la comunidad, de las redes sociales y de las personas íntimas en las cuales tiene confianza y que pueden ser positivas o negativas. Los aspectos objetivos de la ayuda son los llamados “recibidos” y los aspectos subjetivos son los llamados “percibidos” (Lara, 2005)

Ander-Egg (2004) citado por Aranda y Pando (2013) lo define como “toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar –a otro u otros– a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal y/o social”. El apoyo social, para Ezequiel Ander-Egg “es humano, existencial y personal” (p.238)

Para que exista esta conducta, Cohen et al. (2000) citado por Gottlieb y Bergen (2010) describe al apoyo social como “los recursos sociales que las personas perciben que están disponibles o que realmente les proporcionan los no profesionales en el contexto de los grupos de apoyo formal y las relaciones de ayuda informal” (p.512)

Cortez y Velásquez (2017) en el estado del arte de su investigación, logran definir al apoyo social como “un conjunto de recursos humanos, materiales, emocionales y físicos que mediante la interacción benefician a otra persona o grupo” (p.22)

Por otro lado, Vaux (1990) citado por Capilla (2014) afirma que el apoyo social no puede medirse, sin embargo hay aspectos relacionados con este que pueden ser medibles,

como son: recursos de la red de apoyo (conjunto de personas que ayudan), conductas específicas de apoyo (hacer compañía), valoración del apoyo (contenido y cantidad), orientación del apoyo percepción de utilidad y riesgos de buscar y encontrar apoyo en la red) (p.18)

Varios autores señalan que se debe estudiar el *social support* desde tres perspectivas: estructural, funcional y contextual:

El abordaje del apoyo social desde la perspectiva estructural reside en conocer la disponibilidad potencial del apoyo, cuyas personas que forman parte de esta red social efectiva tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer el soporte; este soporte estructural, mide la cantidad de vínculos sociales percibidos de forma significativa por la persona, estudiando las siguientes dimensiones:

- Tamaño: número de personas que constituyen la red social.
- Densidad: interconexión entre los miembros de la red de forma independiente al sujeto central.
- Reciprocidad: grado en que los recursos de la red se intercambia de forma equitativa entre las partes.
- Parentesco: permite conocer si la red social está conformada en su mayor parte por parientes o no parientes, donde estos últimos son elegidos libremente por la persona.
- Homogeneidad: semejanza o congruencia entre los miembros que componen la red de acuerdo a sus actitudes, experiencia, valores, etc (Fernández, 2005)

Sobre el abordaje del apoyo social desde la perspectiva funcional, Lara (2005) señala que “pretende localizar las funciones que cumplen para la persona, los aspectos cualitativos del apoyo social, tratando de identificarlos como puede ser desde una ayuda tangible como la aportación de un dinero para hacer frente a una necesidad, hasta ser consolado ante una aflicción” (p.134).

Y por último, el apoyo social desde la *perspectiva contextual*, implica considerar la situación donde el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, es decir, cuales son las características de los que ofrecen y reciben el apoyo y el momento en que se preste para determinar si es adecuado o no (Fernández, 2005)

Quienes apoyan la anterior mencionado es Londoño et al. (2012); Revilla, Luna, Bailón y Medina (citado por Alarcón et al. , 2017) señalando que el apoyo social tiene dos componentes: el estructural, referido al tamaño de la red social de la persona, y el funcional referido a la utilidad de la red, este último puede ser de 3 tipos: *Emocional* (expresiones de empatía, amor y confianza), *Instrumental* (ayuda material o tangible) e *Informativo* (información, consejos o sugerencias para afrontar un problema).

Tipos de Apoyo Social

El apoyo social se ha subdivido en dos grandes categorías: los aspectos cuantitativos, es decir, el número de personas a las que puede recurrir la persona para recibir ayuda, y los aspectos cualitativos o también llamado funcional, que otorgan a la persona sentimientos de bienestar afectivo ya sea por un consejo, información, compañía, etc. (Lara, 2005)

Para Capilla (2014), los tipos de apoyo social tienen importancia según sea relevante la fuente de apoyo social para la persona y de acuerdo al problema que enfrenta, las cuales son: el apoyo emocional desde la empatía, cuidados, amor, confianza, el apoyo instrumental desde la ayuda para hacer trabajos, comidas o tareas domésticas, el apoyo informativo desde la información que se aporta para que hagan frente a la situación y el apoyo evaluativo desde la información que ayuda a evaluarse uno mismo.

Garizábalo, Rodríguez y Cañón (2019), describen al soporte social (apoyo social) como una experiencia multifacética que conlleva acciones voluntarias y relaciones formales, de parte de los profesionales de la salud, e informales con otros, cuyas intervenciones comprenden las siguientes categorías:

- Soporte instrumental (cuidado físico, medio de transporte, asistencia en el hogar, provisión de dinero)
- Soporte emocional (cuidado, empatía, amor, confianza, afecto, compañía, escucha)
- Soporte informacional (transmisión de información y educación)

Lara (2005) nos señala, la tipología reconocida por diversos autores:

- El apoyo tangible o instrumental, permite distinguir las prestaciones que se ofrecen como bienes, servicios y beneficios reales: transporte, ayuda doméstica,

aportación económica, suministrar alimentos, artículos de limpieza, el poder contar con alguna persona cuando se está en cama, que apoye en las tareas que el enfermo no puede asumir, alguien que le acompañe a la consulta médica o atienda en caso de curación, etc.; en especial en persona que no tienen recursos económicos o materiales suficientes.

- El apoyo emocional o afectivo, incluye demostraciones reales de amor, estima, cariño y empatía de su red social. Contempla la percepción de estas manifestaciones de apoyo (cómo se siente amado o admirado). (Minkler, 1985; Cutrona, 1986) lo señalaron como el más importante para fomentar el bienestar y la salud del sujeto; debido a que la pérdida de este apoyo podría actuar de forma negativa sobre la salud de la persona (Biondi, 1989).
- El apoyo confidencial, es cuando la persona tiene a quien contar sus problemas y comunicar hechos relevantes, así como asuntos íntimos que requieren comprensión y ser escuchados, etc.
- El apoyo informacional, cuando se recibe información, consejo, orientación, etc. De personas del entorno familiar y comunitario; facilitando una mejor adaptación sobre todo a los cambios que se producen en el medio social.

Tanto el apoyo confidencial como el informacional, se relacionan con el apoyo emocional, porque la confidencialidad y la información se perciben como una expresión de afecto y preocupación hacia la persona o el receptor.

La Clínica Universidad de Navarra (s/f.), nos habla del apoyo moral y señala que la atención de los cuidados paliativos debe estar encaminada a conseguir que el enfermo asuma y acepte las limitaciones de su enfermedad, asimilando su situación y evitando que manifiesta reacciones de negación, rechazo o depresión; el apoyo moral debe prestarse también a la familia del enfermo.

Apoyo Social y la Salud

De acuerdo a Valla (citado por Schneider, Pizzinato y Calderón, 2015) el apoyo social en el contexto de la salud, está definido como la información o auxilio/asistencia prestado por personas o grupos, con los cuales se mantiene contacto continuo, generando efectos emocionales y comportamientos positivos; esta definición es complementada por la noción de intercambio y reciprocidad del apoyo social según Gracia, Herrero y Musito (citado por

Schneider, Pizzinato y Calderon, 2015) donde señalan que esa reciprocidad está basada en la fluidez de los recursos de apoyo tanto emocional, instrumental o de consejo.

“La relación entre el apoyo social y las enfermedades crónicas se establece fundamentalmente en el proceso de afrontamiento a la enfermedad” (Quispe, 2016, p.11), Para que se tenga resultados, Koetsenruijter, et al. (2015) sostienen que el apoyo social dirigido a pacientes con enfermedades crónicas es una ayuda proporcionada por familiares, amigos, vecinos u otras personas; la cual incluye información, comodidad emocional y ayuda práctica; definición que precisa las fuentes de apoyo, de la misma forma en que Barrera (citado por Gottlieb y Bergen, 2010) lo identifica “en términos de diferentes categorías de vínculos sociales con laicos (por ejemplo, miembros de la familia, amigos, vecinos) y los tipos de apoyo, incluyendo apoyo emocional, instrumental, de compañía, informativo y de estima.” (p.512)

Fuentes de Apoyo Social

También llamados proveedores de apoyo social. Capilla (2014) clasifica las fuentes de apoyo social en dos categorías, fuentes formales y fuentes naturales.

Tabla 1
Fuentes de Apoyo Social

Características	Fuentes Formales	Fuentes Naturales
Reglas	Formales	Implícitas
Estructura	Estandarizados	Actividad espontánea
Procedencia	Institucional del ámbito público y privado.	Procede de la red social de la persona.
Objetivo	Ofrece ayuda en áreas concretas o específicas.	Ofrece ayuda espontánea o adaptada a las circunstancias concretas.
Materialización	Ayudas o prestaciones económicas, programas sociales o de salud.	De cualquier tipo.
Disponibilidad	En tiempo y forma concreta	Cuando se necesita
Persona que lo ofrece	Un profesional especializado	Cualquier persona con cualidades y capacidades para ello.

Nota: Tomada de Capilla (2014)

En el Sistema Formal, se encuentran los sistemas de ayuda profesional como son los servicios sociales, salud y educación; en el Sistema de Ayuda Natural Organizada, se encuentran las asociaciones y grupos de autoayuda; y en el Sistema de Ayuda Natural, se encuentran la familia, amigos y vecinos (Capilla, 2014, p.27). Mientras que las Redes de tipo Informal, son aquellas que estimulan y propician los contactos personales

Al respecto, Hernández, Carrasco y Rosell (2010), definen a las redes sociales de tipo informal como aquellas donde se mantiene la identidad social del individuo a través del cual recibe apoyo de tipo emocional, espiritual, ayuda material y de información (citado por Aranda y Pando, 2013).

Mony citado por Chadi (2000), denomina a estos grupos de personas como redes sociales, “miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan real como duradero a un individuo o familia” (p.27). De igual forma lo hacen Koetsenruijter et al. (2015) cuando señala que “el apoyo se proporciona a través de redes sociales individuales con familiares y amigos, pero también en organizaciones comunitarias y vecindarios locales” (p.2)

Lin, Dean y Ensel (1986) citado por Alarcón-Mora et al. (2017) “hacen referencia a las redes de apoyo social como los recursos derivados de las relaciones interpersonales que el sujeto recibe ante una situación dada, los cuales puede percibir como positivas o negativas” (p.112)

Gallar citado en Ortego, López y Álvarez (s.f.) las clasifica como redes de apoyo social:

Tabla 2
Redes de Apoyo Social

Redes De Apoyo Social Natural	Redes De Apoyo Social Organizado
La familia.	Organizaciones de ayuda.
Amigos y allegados.	Seguridad Social.
Compañeros de trabajo.	Empresas donde cuentan con sistemas organizados de ayuda al trabajador.
Vecinos.	Instituciones de acogida.
Compañeros espirituales (ej.: parroquias)	Organizaciones de voluntariado.

Fuente: Elaboración propia obtenida de Ortego, López y Álvarez (s.f.)

Las redes de apoyo natural, ofrecen un apoyo emocional y solidario positivo debido a la afinidad de sus componentes, sin embargo dependen del tipo de relación afectiva que tengan. Mientras que las redes de apoyo organizado presentan solidez en sus estructuras y funcionamiento y pueden estar al alcance de todas las personas, con el gran inconveniente de que su actuación puede ser lenta por los estudios previos que requiere y los trámites burocráticos de por medio. (Ortego, López y Álvarez, s.f.)

Chadi citada por Silva (2009) también nos presenta la clasificación de las redes sociales de la siguiente manera:

- Redes sociales primarias, donde se encuentran las relaciones que la persona percibe como significativas e íntimas, entre ellas la familia, la familia ampliada o extensa, los amigos y el vecindario.
- Redes sociales secundarias, conformadas por relaciones cercanas que inciden en la formación e identidad de las personas y su grupo familiar. Se distinguen dos grupos, uno formado por grupos recreativos, comunitarios, religiosos, laborales o educativos; y otro grupo denominado “redes sociales institucionales”, conformadas por organizaciones que cumplen objetivos específicos y necesidades puntuales que las redes primarias no pueden satisfacer, entre ellas, la escuela, sistema judicial y sistema de salud. Esta última red institucional, influye no solo en la persona sino en su red primaria, donde los servicios de salud son considerados como “red de apoyo”.

Finalmente, cuando analizamos al apoyo social en la “red” nos estamos refiriendo a aquellas relaciones *online* que se mantienen con una base relativa de sinceridad y confianza. Estas redes sociales online son fuentes potenciales de apoyo social, especialmente en personas con dificultades para la interacción social presencial o que se encuentran en riesgo de aislamiento y exclusión social (Fuente, Herrero y García, 2010)

Niveles de Relaciones del Apoyo Social

De acuerdo a la situación contextual en que se desarrolle el apoyo social, existen tres áreas o niveles de relaciones que puede proporcionar el apoyo social. Lin (1986) y Gottlieb (1981) citado por Capilla (2014) lo describen de la siguiente manera:

- Nivel Macro o Vida Comunitaria, proporciona un sentimiento de pertenencia a una estructura social amplia y un sentido de identidad social. Involucra a instituciones, asociaciones y grupos sociales de la zona de residencia.

- Nivel Meso o Redes Sociales, proporciona un sentimiento de vinculación y se construyen a partir de las relaciones familiares, laborales y amigos.
- Nivel Micro o Relaciones Íntimas y de Confianza, proporciona un sentimiento de compromiso, se asumen normas de reciprocidad y responsabilidad del bienestar del otro. (p.19-22)

Podemos decir entonces, que la persona necesita de diversos satisfactores que se encuentran en las redes sociales con las que se vincula y que estas a su vez servirán de apoyo ante sus necesidades individuales.

Niveles de Operación de los Grupos de Apoyo Social

Los grupos de apoyo social operan en tres niveles según Estrella (1991):

- Nivel Cognitivo: se ofrece información respecto a la enfermedad y el tratamiento con la finalidad de corregir las concepciones equivocadas y aclarar las dudas.
- Nivel Afectivo: se enseña a afrontar los sentimientos de los pacientes sobre la enfermedad, dándoles ánimo para que exprese sus preocupaciones, temores y dificultades que se presentan en su vida familiar y en sus relaciones sociales.
- Nivel Conductual: se ofrece al paciente diversas estrategias para hacer afrontar dichos problemas, utilizando como modelo las experiencias vividas por otros pacientes que ya han transcurrido por la misma situación, así como terapias familiares y ayuda instrumental específica cómo son las prótesis, entre otros. (p.266)

Analizando lo mencionado por Estrella estos niveles se asemejan mucho a los tipos de apoyo que los autores anteriormente mencionados han señalado, donde el nivel cognitivo corresponde al apoyo informativo, el nivel afectivo al apoyo emocional y el nivel conductual al apoyo instrumental.

Mapa de Red Social, técnica de representación de la red social individual.

El mapa de red social es una técnica gráfica diagnóstica que proviene de Modelo Ecológico y que permite representar a los apoyos sociales existentes (Fernández y Ponce, 2011, p.267), y el conjunto de relaciones que una persona tiene (Capilla, 2014). De acuerdo a Carl Whitaker citado por Fernández y Ponce de León (2011), se diseñan círculos concéntricos de mayor a menor proximidad sobre la persona evaluada, la cual se sitúa al

centro, cuyos significados se describen de la siguiente manera: *Primer círculo*, significa relaciones intensas, *Segundo círculo* significa relación diaria, *Tercer círculo* significa la relación frecuente y el *Cuarto círculo* significa las relaciones esporádicas. Posteriormente, se dividen los círculos concéntricos en varias porciones triangulares, los cuales representan los núcleos de influencia, por ejemplo: familia extensa, amigos, relaciones laborales, vecinos, relaciones de ocio, instituciones entre otros. Las redes representan los recursos sociales disponibles para la persona, a través de los puntos de apoyo social, como se puede ver en el siguiente ejemplo:

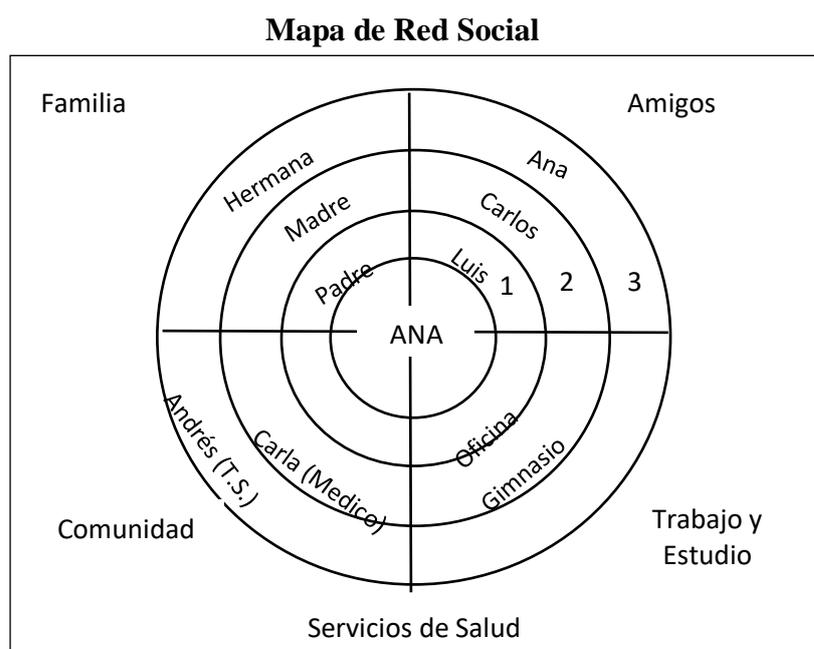


Figura 1. Ejemplo de Mapa de Redes Sociales.

Fuente: Fernández y Ponce de León (2011)

Estrategia de Intervención del Apoyo Social desde el Trabajo Social.

La estrategia de intervención centrada solo en la persona (nivel individual), por ejemplo, una persona que se encuentra deprimida por una etiología determinada, donde se percibe como factor importante la ausencia de contactos sociales, la intervención se dirige a mejorar sus redes sociales, para que en el futuro estas actúen como proveedoras de apoyo social diverso. La estrategia de intervención grupal (nivel grupal), se utiliza cuando las personas de un grupo enfrentan una situación de crisis o comparten problemas que les afectan de manera común; en estos casos, se puede recurrir a promover los grupos de autoayuda o

similares, donde conviven personas que han experimentado situaciones parecidas y pueden ser puntos de apoyo muy importantes a efecto terapéutico. Y cuando la estrategia corresponde al ámbito comunitario (nivel comunitario), por ejemplo zona donde se ha originado un terremoto por ejemplo, se requiere un apoyo social para todo el colectivo (Lara, 2005)

1.3.2. Bases teóricas aplicadas al Apoyo Social

Enfoque de las Necesidades Humanas Fundamentales según Manfred Max Neef.

Manfred A. Max Neef (1986) enfatiza en el enfoque de necesidades humanas, que la persona es un ser con múltiples necesidades, el forma parte de un sistema que se interrelaciona e interactúa, donde se complementa y compensa para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción. La satisfacción de las necesidades humanas debe situarse en tres contextos interrelacionados: en relación a si mismo, en relación con el grupo y en relación con el medio ambiente.

Quiere decir que “la satisfacción de las necesidades humanas implica auto dependencia y participación a nivel personal y colectivo, lo cual lleva a mejorar la calidad de vida de la persona y por ende generar desarrollo humano” (Quispe, 2016, p.28-29)

Este enfoque es relevante porque las personas con diabetes mellitus requieren interrelacionarse con su entorno para recibir el apoyo que necesitan cuando deben enfrentar un proceso de enfermedad que los limita o los hace sentir vulnerables, por lo tanto esta situación de codependencia con el otro enriquecerá este proceso de mejora que busca de forma natural al verse inmerso en una enfermedad.

Modelo Sistémico

Su origen data en los años 30 del siglo XX. Tiene su fundamento teórico en la Teoría General de Sistema desarrollado a través de los trabajos de Ludwing Von Bertalanffy, el cual definió a los sistemas como elementos que interactúan entre sí. Finalmente aparece una

referencia a la Teoría de los Sistemas y su aplicación al Trabajo Social, realizada por Hankins en la “Smith School of Social Work” de este modelo.

Este modelo es aplicado en la intervención individual porque permite comprender a la persona como una parte que integra la compleja red sistémica donde se retroalimenta y genera su propia sinergia a través de la interacción social (Fernández y Ponce de León, 2012)

“El pensamiento sistémico ofrece una visión de las circularidades, de los cambios e interdependencias existentes entre la sociedad y la persona (...) el Trabajo Social sistémico no considera los problemas sólo como atributos de las personas, sino que entiende los problemas humanos como resultado de interacciones, de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas” (Álvarez, 2015, p.46-47)

El modelo sistémico, analiza a la persona como un sistema el cual dispone según Fernández y Ponce de León (2012) de:

- Estructura, referida a la delimitación de los componentes que forman la familia y sus características (subsistema conyugal/parental, paterno-filial y fraternal)
- Necesidad, referida a cubrir necesidades de alimentación, educación, socialización, etc., en cada etapa del ciclo vital. Para Minuchin y Fishman (1984) citado Fernández y Ponce de León (2012) estas etapas producen cambios adaptativos con respecto a la reorganización de tareas, roles, reglas, límites y necesidades, siendo necesario desarrollar habilidades de comunicación, mediación y negociación
- Función, referida a las actividades que realizan los miembros de la familia, con el objetivo de brindar protección psicosocial (función interna) y de acomodación y trasmisión de una cultura (función externa)

La aplicación del modelo sistémico en Trabajo Social según Pincus y Minahan (1973) citado por Moix (2011), considera que para llevar una vida satisfactoria, las personas necesitan de los sistemas de su entorno social inmediato” (p.92), clasificándolas en: sistemas informales, sistemas formales y sistemas socializados.

Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Carel Germain y Alex Gitterman (1980) citado por Moix (2011), consideran que la persona, se encuentra en constante situación de intercambio adaptador con muchos y diferentes elementos de su entorno, haciendo que tanto la persona como quienes se encuentren en su entorno cambien y se influyan recíprocamente, dando lugar a un proceso de adaptación mutua.

Bronfenbrenner (1987) desarrollo este modelo para conocer las influencias sociales que puede tener la persona más allá de la familia, por lo que el sistema ecológico está formado por las interacciones de diferentes niveles de contexto (Fernández & Ponce, 2011, p.221-225), la cual está contenida en la siguiente estructura:

- *Microsistema*, donde se encuentran las influencias más inmediatas, tales como la familia, cuidadores, amigos.
- *Mesosistema*, formados por los microsistemas comunitarios, y de conexión entre situaciones que viven las personas, grupos o comunidades.
- *Exosistema*, formado por los ambientes que afectan de forma indirecta a la persona y al microsistema en donde forma parte (legislación laboral, medios de comunicación, sistema educativo, etc.)
- *Macrosistema*, incluye las ideologías, reglas, tradiciones, costumbres, así como los valores de una cultura en particular; aquí se incluyen los mensajes que se transmiten por medio de los medio de comunicación social y/o estereotipos.
- *Cronosistema*, incluye los sucesos históricos, o los cambios históricos graduales a través de distintas legislaciones.

Modelo Basado en las Redes y los Sistemas de Apoyo

Este modelo constituye uno de los despliegues más conocidos de la Teoría de Sistemas gracias a James Garbarino (1983) y Ronald G. Walton (1986). Se centra en la capacitación a “cuidadores informales” o “naturales”, para que puedan ayudar a amigos, vecinos, familiares que lo necesiten. Los “cuidadores” previamente han sido clientes, es decir que han vivido en carne propia la situación previa a su capacitación y formación, para luego integrarse a una red que pueda ofrecer recursos a otros.

En el Trabajo Social tradicional, el cliente una vez que supera o resuelve el problema, sale del sistema asistencial, sin embargo en este enfoque permanece en él, para que con su conocimiento pueda ayudar a otros. El objetivo, es conseguir la interdependencia del cliente con su red y no su propia independencia (Moix, 2011)

Teoría de Efecto Directo y Efecto Amortiguador

En psicología, se hace referencia al apoyo social por el efecto que produce en la persona, es decir, un efecto amortiguador frente a los efectos negativos que son originados por diversos estresores. Para explicar la relación entre el apoyo social y la salud, se han definido las teorías de hipótesis de efectos directos e hipótesis de amortiguamiento.

- a) *Efectos Principales o Efecto directo*: señala que el apoyo social beneficia los niveles de salud de forma independiente al grado de estrés de la persona. Para tal fin, se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos asociado a los efectos que el apoyo social en algunos procesos psico-fisiológicos donde se produciría mejoras para la salud o prevendría enfermedades; mientras que el segundo está asociado al cambio de conductas, procurando adoptar hábitos de vida saludables. Es decir, que al aumentar el bienestar emocional y físico de la persona, se disminuye la probabilidad de producirse efectos negativos en el individuo.
- b) *Efecto Tampón o Amortiguador*: señala que el apoyo social ejerce un efecto tipo tampón que atenúa las reacciones personales respecto a los impactos que genera la propia enfermedad. También, permite que las personas redefinan su situación estresante mediante el aumento de la confianza en sí mismo y el conocimiento de la enfermedad (Hernández et al. , 2014)

Barra también señala que cuando la persona siente que dispone de apoyo social, se reduce el impacto negativo del estrés ocasionado por los problemas de salud que enfrenta; asimismo, le permitiría reforzar su autoestima, su capacidad de afrontamiento sobre la enfermedad, lo que le ayudaría a reducir la cantidad que requiere de medicamentos, facilitando su adherencia a las prescripciones médicas y aceleraría su recuperación, tal como se cita en Marin y Sanhueza (2016)

1.3.3. La Adherencia al Tratamiento.

Sobre el estudio de la adherencia al tratamiento, se han escrito numerosas investigaciones, que describen la forma en cómo se presenta en los pacientes con enfermedades crónicas o de largo tratamiento.

La Real Academia Española (RAE) define que adherir es sumarse a un recurso formulado por otra persona. Del mismo modo, Hernández (2010) define a la adhesión como la declaración pública de apoyo a alguien o algo; asimismo, enfatiza que la expresión correcta que debe utilizarse es “adhesión al tratamiento” o “cumplimiento del tratamiento”

La OMS en el año 2003, con la contribución de diferentes autores adoptó como definición de la adherencia al tratamiento: “es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [SEFH], 2017, p.5). Por lo tanto, la adherencia necesita que el paciente acepte las recomendaciones y participe de manera conjunta con los profesionales de la salud para que su atención sea efectiva. Además la adhesión abarca numerosos comportamientos que debe tener el paciente que van desde la búsqueda de atención médica, conseguir y tomar el medicamento recetado y recomendado, tomar los alimentos, hacer ejercicios y seguir las recomendaciones de autocuidado y control, haciendo de este un proceso complejo lleno de cambios en la vida de la persona.

Uno de esos cambios es la adherencia a una dieta adecuada, este proceso es esencial porque ayuda en las personas con diabetes a reducir los picos de glucemia postprandial, donde se verifica que el número de calorías ingerido esté de acuerdo al peso de la persona y su actividad física (Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, 2016).

El no cumplimiento del tratamiento por medicamento empeora la enfermedad, lo que significa que se disminuya la calidad de vida de la persona y se aumenta la necesidad de administrar otros tratamientos, así como, el aumento de otros costos socio-sanitarios.

La adherencia terapéutica o también llamada adherencia al tratamiento es un fenómeno multidimensional que se puede presentar en cualquier momento del tratamiento de la enfermedad, por lo tanto, puede estar influenciado por diversos factores que afectan el

comportamiento de los pacientes. Quispe (2016) señala los siguientes factores que permiten determinan la adherencia al tratamiento:

- Biomédicos: de acuerdo al tipo de enfermedad ya sea aguda, crónica, limitante o dolorosa, etc., el tratamiento, la medicación y los cambios de sus estilos de vida.
- Psicológicos y Sociales: las creencias de salud, depresión, autoestima, enfermedad mental, etc., además de los factores sociofamiliares como el soporte familiar, las relaciones familiares, la capacidad económica y otros.
- Asistenciales: la relación médico-paciente respecto a la comunicación y el manejo de la información, las características del personal de salud en cuanto a su conocimiento, actitud, destreza, etc., y la disponibilidad y acceso a la atención médica en cuanto a la cobertura, transporte, distancia, etc.(p.38-39)

Por otro lado, Díaz (2014) y Ramos (2015) también clasifican en cinco los factores que tienen una consecuencia en la adherencia:

- Socioeconómicos: estado socioeconómico deficiente, sea por pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, la falta o escases de redes de apoyo social, condiciones de vida inestables, la distancia al centro de atención, la accesibilidad a los medicamentos, el contexto ambiental cambiante, cultura y creencias acerca de la enfermedad y el tratamiento, disfunción familiar y algunos factores socio demográficos como la edad y la raza.
- Relacionados al sistema o el equipo de asistencia sanitaria: servicios de salud deficientes, falta de un seguro, falta de adiestramiento del equipo de profesionales de la salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, sobrecarga de trabajo por escasos profesionales disponibles para la atención que ocasiona la baja capacidad del sistema de salud para educar a los pacientes sobre su enfermedad y el auto cuidado.
- Relacionados a la enfermedad: la gravedad de los síntomas, la severidad de la discapacidad, el progreso de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
- Relacionados al tratamiento: El complejidad y duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios en el, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas.

- Relacionados al paciente: las actitudes, creencias, conocimiento, percepciones y expectativas acerca de la enfermedad. La motivación para continuar con el tratamiento, la confianza (auto eficacia). El estrés psicosocial por los efectos adversos del tratamiento, escasa motivación para continuar con el tratamiento, el conocimiento, las creencias negativas sobre su efectividad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción de riesgo para la salud , interpretación errónea de las instrucciones, el escaso seguimiento, los sentimientos de negación y el miedo a la dependencia en otros.

En general, el cambio de estilo de vida y un control óptimo de la enfermedad suele ser una tarea nada sencilla, es por eso necesario el apoyo social y el de la familia para impulsar una serie de conductas que favorezcan la adherencia al tratamiento.

Los métodos más prometedores sobre mejora del comportamiento de adherencia emplean una combinación de las siguientes estrategias:

- La educación de pacientes.
- Las aptitudes comportamentales.
- Las auto recompensas.
- *El apoyo social.*
- El seguimiento telefónico.

Algunas investigaciones han identificado, que la calidad en la relación entre el paciente y el personal de salud es determinante para la adherencia, donde las relaciones de tratamiento efectivas se caracterizan por generar una atmósfera donde se explora medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen de toma de medicamentos y se planifica el seguimiento (OMS, 2003). Epul (2012) lo reafirma al considerar “una buena adhesión al tratamiento se asocia a una buena comunicación entre el paciente y el proveedor y se considera factor determinante de la adhesión al tratamiento” (p.37)

Por lo tanto un factor muy importante que interviene en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas es el trato que el paciente recibe de los profesionales de salud. Soria, Vega Nava y Saavedra (2011), evaluaron la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas seleccionando los siguientes factores:

- *Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos*: evalúa la medida en la que el individuo sigue las indicaciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos. Porque si los pacientes ingieren sus medicamentos de forma puntual y siguen un adecuado régimen alimenticio, tanto los pacientes como la institución de salud obtendrán ventajas por la reducción en los costos que implica el control de las enfermedades crónicas.
- *Seguimiento Médico Conductual*: mide cuanto el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados en su salud a largo plazo. Conocer las consecuencias en su salud, pueden evitar resultados graves e irreversibles, por lo tanto deberá mantener un régimen de seguimiento a largo plazo por medio de consultas periódicas y análisis clínicos de rutina.
- *Autoeficacia*: mide como el individuo cree que lo que hace es benéfico para su salud y es eficaz para controlar su enfermedad crónica. Muestra las expectativas de los individuos sobre el control de su enfermedad, a través de la ejecución de conductas de los dos primeros factores.

1.3.4. Bases teóricas que explican la Adherencia al Tratamiento.

Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura.

La autoeficacia es una creencia que afecta directamente a la adherencia al tratamiento, en especial, cuando es preciso que el paciente ponga en práctica las habilidades o destrezas adquiridas como: preparar una dieta, hacer ejercicio, o demostrar una habilidad social como el “decir no” (Ortego et al. , s.f.)

Para Bandura (citado por Criollo, Romero y Fontaines, 2017) la autoeficacia “es un mecanismo que activa el desempeño, esfuerzo, atención y persistencia relativas a las demandas situacionales.” Por ello es importante que se deba desarrollar las capacidades de las personas para que puedan asumir compromisos. En el caso de los pacientes con diabetes esta presunción es muy importante porque se espera que ellos tomen el protagonismo de su enfermedad y logren llevar un adecuado control; de esta forma podemos predecir una buena adherencia al tratamiento.

Modelo de la teoría de la acción razonada

Desarrollado por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980). Esta teoría busca predecir la conducta humana, la cual consiste en describir las actitudes de la persona hacia sus acciones individuales, como son las creencias sobre los posibles resultados de su conducta, el valor que le otorga a esos resultados, el valor que le otorgan otras personas sobre lo que creen que debería hacer, y su automotivación para cumplir con las expectativas de las personas que se encuentran a su alrededor o en el grupo (Ramos, 2015, parr.43)

1.3.5. Diabetes Mellitus.

Cuando se empezó hablar de esta enfermedad, el Dr. Thomas Willis en el año 1674, utilizó el término Diabetes Mellitus para referirse al color amarillento de la orina que se asemejaba a la miel disuelta en una gran proporción de agua y por su sabor dulce. Hoy en día, a esta enfermedad se le conoce como un conjunto de enfermedades metabólicas cuyo factor común es la hiperglucemia, la cual es producida por un déficit en la secreción o en la acción de la insulina e incluso de ambas (Sánchez y Albarrán, 2011)

De acuerdo a la OMS (s.f), la diabetes es una enfermedad crónica la cual surge cuando el páncreas no logra producir la suficiente insulina (hormona que regula el nivel de azúcar o glucosa en la sangre) o cuando el organismo no la utiliza de manera eficaz; cuando esto sucede, produce un efecto al cual se le denomina hiperglucemia, que es cuando aumenta los niveles de azúcar en la sangre.

La Diabetes tiene varias clasificaciones sin embargo hay tres más comunes:

- *Diabetes tipo 1 (DM1)*: Afecta al 5 - 10% de la población con diabetes. Se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas y que como consecuencia da lugar a un déficit absoluto de la insulina. Estos pacientes necesitan imprescindiblemente de tratamiento con insulina por desarrollan algo denominado cetacidosis si no se les suministra.
- *Diabetes tipo 2 (DM2)*: Afecta al 90 - 95% de la población con diabetes. Este tipo tiene su origen en la incapacidad del organismo para utilizar de forma eficiente la

insulina, lo que a menudo es como consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

- *Diabetes gestacional*: Es definida cuando la mujer presenta cierto grado de intolerancia a la glucosa que corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo (Sánchez y Abarran, 2011)

Las principales complicaciones que produce la diabetes pueden ser evitadas, se pueden prevenir con un adecuado control de los niveles de glucosa en el organismo, así como de la presión arterial y del colesterol. Las personas con diabetes deben estar correctamente capacitadas sobre cómo se debe controlar su condición, sobre cómo deben acceder a la insulina, medicación oral y equipo de monitorización. (IDF, 2015)

La Diabetes Mellitus es una de las principales causas de muchas enfermedades renales, ceguera, problemas cardíacos, etc. Las consecuencias de esta enfermedad se desarrollan a largo plazo, si bien, no se pueden evitar del todo si se pueden prevenir o retrasar su aparición.

La mejor forma de prevenir las complicaciones es teniendo un buen manejo y control de la diabetes; Maidana, Lugo, Vega, Acosta, Morinigo, Mastroianni (2016) señalan que para lograrlo es importante seguir un tratamiento basado en una dieta alimenticia, ejercicio físico, un autocontrol de los niveles de azúcar, de la mano de educación para la salud en diabetes, sin dejar de lado el inicio del tratamiento medicamentoso a base de antidiabéticos orales, o insulina, según sea el caso. Son numerosos los estudios que han demostrado que tanto el ejercicio físico como la alimentación forman el componente clave del tratamiento.

Los profesionales de salud han incorporado la educación como parte del proceso de atención sanitaria, incrementando conocimientos y generando las habilidades en la persona con diabetes que le permitan un mejor autocuidado, detener las crisis y aplicar cambios de estilo de vida. Como resultado, el paciente pasa a ser un participante informado y dinámico en el tratamiento de su enfermedad (Zegarra, 2018)

1.4. Formulación del Problema.

¿Cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos que son atendidos en el Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2019?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La diabetes es una enfermedad progresiva que hoy requiere de una intervención multidisciplinar basada en acciones de autocuidado de la persona, para disminuir las complicaciones en la salud que se presentan a corto plazo o mediano plazo. En muchos pacientes estas complicaciones están acompañadas por una mala adherencia al tratamiento, fenómeno que necesita del estudio de múltiples factores para determinarlo y que no podrán ser contemplados en la presente investigación.

Adherirse al tratamiento implica llevar un buen control de la diabetes en el contexto en el que vive; para lograrlo, es indispensable que la persona cuente con apoyo social que le pueda proporcionar los recursos necesarios para asegurar el seguimiento del tratamiento y enfrentar las dificultades del mismo. El apoyo social permitirá que la persona tenga mayor éxito en la adopción de nuevos estilos de vida entre ellos una dieta saludable, actividad física regular, controles médicos regulares y el uso correcto de medicamentos según lo prescrito por un proveedor de salud.

Esta investigación es relevante desde el punto de vista práctico porque involucra los significados de apoyo que tiene cada persona que padece diabetes y su satisfacción en las relaciones de apoyo en la cual está involucrando.

Tiene relevancia teórica porque permitirá profundizar en los conceptos y modelos teóricos usados en las variables de estudio y que han aportado en la construcción operativa de la medición de dichas variables.

Además tiene relevancia social, porque se investigará cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del Trabajo Social, debido a que intervenimos principalmente con las redes de apoyo que tiene como soporte el paciente, labor orientada a promover condiciones sociales y familiares que faciliten el proceso de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes. Es

importante considerar al trabajador social dentro de la dinámica del tratamiento, el cual busca generar bienestar físico y psicosocial en el paciente. Asimismo, los resultados podrán ser considerados para el diseño de los programas de intervención de estos pacientes y servirán de guía para los profesionales y estudiantes involucrados en el sector de salud.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General:

El apoyo social que perciben los adultos con diabetes que son atendidos en el Hospital Belén de Lambayeque, influye en su adherencia al tratamiento por medio de acciones y recursos que le brinden un soporte emocional, instrumental e informativo.

1.6.2. Hipótesis Específicas:

- El apoyo social que perciben los adultos con diabetes, se da desde el soporte emocional a través de la empatía, el amor y confianza, desde el soporte instrumental por medio de la ayuda material y la asistencia en el hogar y desde el soporte informativo por medio de la trasmisión de la información y orientación necesaria.
- La adherencia al tratamiento de la diabetes en los adultos es buena, cuando el apoyo social que reciben promueve un mejor control en la ingesta de medicamentos y alimentos, así como un adecuado seguimiento médico conductual y fortalece su capacidad de autoeficacia.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general

Describir cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2019.

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas, la red social y aspectos relacionados a la salud de los adultos con diabetes que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2019.
- Describir el apoyo social que perciben los adultos con diabetes que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2019.
- Conocer el nivel de adherencia al tratamiento de la diabetes de los adultos que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2019.

CAPÍTULO II
MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación

2.1.1. Tipo de Investigación

Según los tipos de datos sé que recogieron y los métodos que se utilizaron, la investigación sigue enfoque mixto, debido a que recolectó y analizó los datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno estudiado (Hernández et al. , 2014), que en esta investigación es describir la situación actual de los adultos con diabetes atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Belén de Lambayeque, respecto al apoyo social que perciben y cómo influye en la adherencia al tratamiento.

2.1.2. Diseño de Investigación

La investigación tiene un alcance o nivel de profundidad de tipo descriptivo, que según Ander-Egg (2010) señala que este nivel busca aproximarse a la realidad social, el cual consiste en “caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o sus diferenciadores” (p.29) y de acuerdo a (Hernández, 2014) es no experimental porque no se manipularán deliberadamente las variables, es decir ninguna dependerá de la otra. Se incluyen los resultados estadísticos de cada variable o hipótesis cuantitativa, seguido por categorías y segmentos (cualitativos), así como teoría fundamentada que confirme o no los descubrimientos cuantitativos (Hernández et al. , 2014)

2.2. Población y muestra.

2.2.1. Población

Hernández, Fernández y Baptista (2014) dice que la población es el conjunto de fenómenos, personas o situaciones que tiene una o varias características o atributos comunes. La población en la cual se realizó la presente investigación se determinó de acuerdo a los datos estadísticos reportados según “Morbilidad General y Grupo Etareo” en la oficina de Informática y Estadística del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante

los tres primeros meses del presente año, obteniendo como población promedio mensual atendida por morbilidad de Diabetes Mellitus en el servicio de consulta externa en la especialidad de Endocrinología a 77 hombres y mujeres entre los 30 años a más, rango elegido por ser la de mayor incidencia.

2.2.2. Muestra

Hernández, Fernández y Baptista (2014), señalaron que la muestra es un subgrupo de la población en el cual se recolectan los datos y que tiene que definirse o delimitarse por anticipado con precisión, de manera que sea representativo a dicha población. La muestra es probabilística de tipo aleatoria simple.

Para determinar la cantidad de muestra final, se tomó en cuenta la fórmula de estadística (como se citó en Antonio Morillas, s.f.) relacionada con poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{E^2 \times (N - 1) + (Z^2 \times p \times q)}$$

n: tamaño de la muestra = ?

Z: nivel de confianza 95% = **1.96**

p: proporción esperada es 50% = **0.5**

q: 1 - p = **0.5**

N: tamaño de la población = **77**

E: nivel de error, utilizado el 5% = **0.05**

$$n = \frac{1.96^2 \times 77 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (77 - 1) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 65$$

Se determinó una muestra de 65 adultos con diabetes mellitus; posteriormente se pasó a realizar un muestreo probabilístico aleatorio simple por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

- Personas que tengan edades de 30 años a más.
- Personas que estén llevando tratamiento por Diabetes Mellitus por un tiempo mínimo de 3 meses en el presente año, en consultorio externo de endocrinología del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.
- Personas que acepten participar de forma voluntaria en la investigación.

- Personas sin dificultad en la comunicación y comprensión del lenguaje verbal, orientados en tiempo, espacio y persona.

Criterios de Exclusión:

- Personas que tengan menos de 30 años de edad.
- Personas sin diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- Personas que no acepten de forma voluntaria participar en la investigación.
- Personas que no puedan contestar las preguntas por dificultad en la comunicación y comprensión del lenguaje y no orientados en tiempo, espacio y persona.

2.3. Variables, Operacionalización.



Donde:

X = (Variable Independiente) Apoyo Social.

Y = (Variable Dependiente) Adherencia al Tratamiento.

2.3.1. Variables

Apoyo Social

Koetsenruijter et al. (2015) afirman que “el apoyo social para pacientes con enfermedades crónicas es la ayuda proporcionada por familiares, amigos, vecinos u otras personas; esto incluye diferentes dominios, como información, comodidad emocional y ayuda práctica” (p.2)

Adherencia al Tratamiento

Según la Organización Mundial de la Salud (2003) “es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [SEFH], 2017, p.5)

2.3.2. Operacionalización de Variables

Tabla 3

Matriz de Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos
Apoyo Social	Emocional	Empatía	1, 2	Técnica: Entrevista
		Amor	3,	
		Confianza	4, 5	
	Instrumental o Material	Ayuda material y asistencia.	6, 7, 8	Instrumento: Cuestionario de Apoyo Social
	Informativo	Consejos	9, 10	
		Información	11, 12, 13, 14	
Adherencia al Tratamiento	Control de ingesta de medicamentos y alimentos	Instrucciones médicas	1, 2, 6, 7	Técnica: Encuesta
		Régimen alimenticio adecuado	3, 4, 5	
	Seguimiento Médico Conductual	Consultas y análisis periódicos	8, 9, 11, 13	Instrumento: Cuestionario adaptado de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) Soria, Vega y Nava (2009)
	Seguimiento Conductual	10, 12, 14		
	Autoeficacia	Conducta efectiva del cuidado de la salud	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.	

Fuente: Base Teórica. Elaboración Propia.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnicas de recolección de datos

Se utilizó dos técnicas:

- La entrevista semiestructurada la cual según Hernández et al. (2014) “se basa en una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas

adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información”. Conocer las subjetividades y percepciones de los pacientes, permitirá que al triangular los datos cuantitativos con estos datos cualitativos se enriquezcan los resultados para el análisis.

- La encuesta, porque permite reunir información de la variable de estudio y luego estandarizarla (Hernández et al. , 2014), para conocer el grado de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes.

2.4.2. Instrumentos de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó por medio de 2 cuestionarios, el cual “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variable a medir” (Hernández et al. , 2014).

- El primer cuestionario está dividido en 2 partes: La primera parte se registraron los datos sociodemográficos (7 ítems) y los aspectos relacionados a la salud (4 ítems); y la segunda parte se registraron los datos del apoyo social (14 ítems), los cuales se agrupan en 3 dimensiones: emocional, instrumental o material e informativo. Las preguntas del 1 al 3 y del 5 al 11 son de opción de respuesta diseñada por medio de una escala de Likert con valores que van del 1 al 5. Las preguntas 4, 12, 13 y 14 son preguntas abiertas cuyas respuestas luego serán cuantificadas y medidas en estadísticos descriptivos. La pregunta 4 mide el indicador confianza y las preguntas 12, 13 y 14 miden el indicador información.
- El segundo cuestionario que se utilizó fue la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009), la cual fue diseñada con el fin de evaluar la adherencia de enfermedades crónicas sin que esté dirigida específicamente a una enfermedad y que permitió medir la variable de estudio *adherencia al tratamiento*. Este instrumento contiene 21 ítems que determinan si existe cumplimiento o no de las recomendaciones médicas basado en comportamientos explícitos; incluye una escala para cada ítem de 0 a 100 en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento, considerando que una respuesta más cercana al 100 indica que el paciente es más adherente.

Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011) en su informe recomendaron que se modifique la calificación de la escala con opciones de respuesta diseñada por medio de una escala de Likert que tiene una calificación que va del 1 al 5: Nunca = 1, Pocas Veces = 2, Frecuentemente = 3, Muy Frecuentemente = 4, Siempre = 5; para luego con los resultados ser convertida a una variable cualitativa llamada “Adherencia Terapéutica” mediante la suma de los puntajes en cada categoría o factor.

Mercado (2014) muestra las pautas para interpretar los puntajes estándares de la escala de la siguiente manera:

Tabla 4

Primer Factor (Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos)

	Mal Control	Control Regular	Buen Control
Primer Factor	7-16	17-25	26-35

Fuente: Mercado (2014)

Tabla 5

Segundo Factor (Seguimiento Médico Conductual)

	Mal Seguimiento	Regular Seguimiento	Buen Seguimiento
Segundo Factor	7-16	17-25	26-35

Fuente: Mercado (2014)

Tabla 6

Tercer Factor (Autoeficacia)

	Mal Autoeficacia	Regular Autoeficacia	Buena Autoeficacia
Tercer Factor	7-16	17-25	26-35

Fuente: Mercado (2014)

Tabla 7

Nivel de Adherencia Terapéutica

	Mala A.T.	Regular A.T.	Buena A.T.
Adherencia Terapéutica	21-48	49 - 76	77-105

Fuente: Mercado (2014)

Puntaje numérico mínimo es 21 y máximo 105.

2.4.3. Validez y Confiabilidad

Para garantizar la validez, el cuestionario fue sometido a juicio de expertos, proceso en el cual participaron tres magister, un metodólogo, una trabajadora social y un médico experto en el tema.

Soria et al. (2011) analizó la fiabilidad de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), instrumento original de Sonia, Vega y Nava (2009) proveniente de México, que cuenta con un índice de nivel alto de fiabilidad, donde el análisis de Alpha de Cronbach fue de 0.919, haciéndolo fiable en un 92% y con una fiabilidad final para cada ítem superior a 0.883. Además se aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax, identificándose tres factores: 1) Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos 2) Seguimiento Médico Conductual 3) Autoeficacia, cada uno con 7 ítems.

En esta investigación también se analizó la fiabilidad de ambos instrumentos, el cuestionario y la encuesta, fueron evaluados por el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach a través del programa estadístico SPSS versión 25, desarrollado por International Business Machines Corporation, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla 8
Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,925	21

Tabla 9
Escala de Apoyo Social

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,680	10

2.5. Procedimiento de análisis de datos

El análisis de la investigación de los datos cuantitativos se realizó empleando la estadística descriptiva desde el programa estadístico SPSS versión 25 con la elaboración de la matriz de datos, y el software de Microsoft Office Excel 2013 para diseñar la presentación de las tablas descriptivas y los gráficos.

2.6. Criterios éticos.

Los principios éticos que se utilizaron en la presente investigación están basados en el Informe de Belmont (1979):

- El respeto a las personas: los adultos con diabetes fueron tratados como agentes autónomos, se les brindó información sobre la finalidad de la investigación y su procedimiento así como la importancia de su participación, para que puedan decidir de forma voluntaria si desean o no participar en ella; asimismo, toda la información que brindaron se consignó respetando el principio de confidencialidad; y se contó con la autorización del nosocomio para realizar la investigación.
- El principio de beneficencia: se buscó asegurar el bienestar de los adultos con diabetes, sin exponerlos a ninguna situación que les haga sentirse incómodos. Todo lo contrario, la información brindada por ellos servirá para recomendar acciones de mejora.
- El principio de justicia: todos los adultos con diabetes fueron tratados por igual oportunidad de participación, sin distinciones alguna ya sea por su edad, sexo, estado civil, nivel educativo alcanzado, área de residencia, entre otros aspectos. Fueron tratados respetando sus necesidades individuales.

2.7. Criterios de Rigor Científico

De acuerdo a lo señalado por Hernández et al. (2014) el instrumento de recolección de datos, debe reunir tres condiciones indispensables, que son la confiabilidad, la validez y la objetividad, tal como se describe a continuación:

- Confiabilidad: es el grado en que el instrumento usado en la investigación al ser aplicado en el sujeto produce resultados idénticos.
- Validez: el instrumento usado en la investigación fue validado por juicio de expertos, y busca medir la variable de estudio, por lo tanto tiene validez de contenido (teorías), de criterio y de constructo.
- Objetividad: el instrumento fue aplicado evitando los sesgos y tendencias de la investigadora.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas y Figuras

De acuerdo al primer objetivo, se identificó las características sociodemográficas, la red social y aspectos relacionados a la salud de los adultos con diabetes que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

A. Aspectos Sociodemográficos

Son aquellos que permiten caracterizar a una población de estudio en un determinado contexto. El INEI (2017) elabora perfiles sociodemográficos en el Perú como una fuente de referencia; en ella describe la composición y estructura de la población, toma datos biológicos de la persona como el sexo, la edad, el estado civil y conyugal, y datos sociales como nivel de educación, promedio de miembros en el hogar, entre muchos otros. Como la investigación se realizó en una institución del sector salud, se consideró estudiar estos datos generales, para analizar el problema de investigación en su contexto.

El sexo, es un factor de la persona que viene determinado biológicamente por la naturaleza, es decir, masculino y femenino, y que cuando se habla de hombres y mujeres nos referimos a la construcción social y cultural de la persona, es decir el género; sin embargo esta distinción no ha sido considerada en el estudio, toda vez que la información parte de la misma identidad que la persona otorgó en el momento de la entrevista, el cual nombra como su sexo el de ser hombre o mujer; esta acepción también es reconocida por el tesoro de la UNESCO (2019), quien distingue como concepto específico de sexo al hombre y a la mujer.

Tabla 10
Sexo de los adultos con diabetes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	17	26.2
Mujer	48	73.8
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

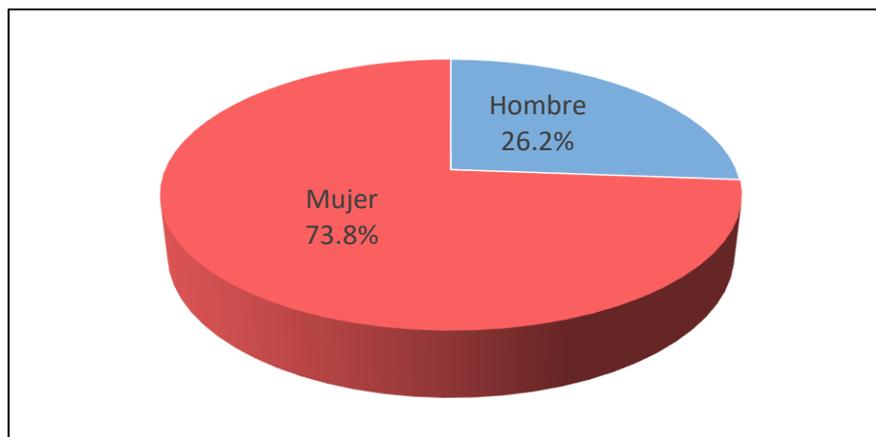


Figura 2. Sexo de los adultos con diabetes
Fuente: Tabla 10.

En la Tabla 10 y Figura 2, se muestra que del total de adultos con diabetes, el 73.8% son mujeres, y el 26.2% son hombres; lo que evidencia que la mayor parte son mujeres.

Perfil Sociodemográfico

El perfil sociodemográfico permite hacer una distribución estadística de la edad, estado civil o conyugal, nivel educativo alcanzado, área de residencia, con o sin actividad laboral remunerada y red social de convivencia actual de acuerdo al sexo de los adultos con diabetes.

La edad, sitúa a la persona en la etapa de su vida y el tiempo transcurrido desde su nacimiento; la población de estudio se encuentra en el periodo adulto joven, mediano y de tercera edad desde una concepción biológica. En el estudio, se subdividió en grupos etarios, tomando como referencia al sistema estadístico del Hospital Belén de Lambayeque y la composición de la población peruana por edad según INEI (2017), sumando cada 3 grupos quinquenales.

El estado civil o conyugal de acuerdo a INEI (2017) “es la situación que tienen las personas de acuerdo con las leyes o costumbres del país en función del matrimonio o del parentesco” (p.53), los cuales son: soltero/a, casado/a, conviviente, divorciado/a, separado/a y viudo/a.

Conocer el nivel educativo alcanzado de la población en estudio, permitirá que el investigador tenga un mejor acercamiento. Se consideró utilizar algunos de los niveles asignados por el INEI, siendo estos: sin estudios, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, superior no universitaria completa e incompleta y superior universitaria completa e incompleta.

El área de residencia indica cómo está distribuida la población es un espacio geográfico (urbana o rural); de acuerdo al INEI (2017) el área rural o centro poblado rural es aquel lugar donde no existen más de 100 viviendas agrupadas de forma continua, no es capital de algún distrito y habitan menos de 2 mil personas. Algunos autores señalan que la población urbana se diferencia de la rural también por los comportamientos. Frente a los cambios constantes del área de residencia de la población en general en los últimos años, se consideró tomar el valor según la habitual residencia actual de la población en estudio.

Algunos adultos que participaron en la investigación, se encuentran en edad de poder desarrollar alguna actividad económica productiva; al respecto INEI (2017) señala que por cada 100 personas que se encuentran en una edad donde pueden desempeñar alguna actividad económicamente productiva, de 15 a 64 años, existen 53 personas en edad inactiva, es decir, que son menores de 15 años y a partir de 65 años; por lo tanto, es importante conocer cuántos de ellos se encontraban en estado de dependencia económica, es decir, con o sin actividad laboral remunerada, esta última considera a las personas que realizan actividades en el hogar sin que esto le permita generar recursos económicos como son los quehaceres y cuidados de familiares.

La red social de convivencia, nos indica como es la estructura familiar de la población que participa en el estudio, tal como lo dice Aylwin y Solar (2011) “nos permite visualizar a la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que se relacionan y son interdependientes entre sí” (p.107); así mismo, los miembros del hogar constantemente busca atender sus necesidades. Este sistema se va modificando en su estructura con el pasar del tiempo; por lo tanto en el estudio se ha observado hogares donde la persona vive sola, con pareja, con hijo/s, con nieto/s y otros familiares. De acuerdo al análisis del INEI lo denominan tipos de hogares y desde Trabajo Social se analizan como tipos de familia, siendo estos la unipersonal, pareja sin hijos, nuclear, extensa, monoparental y compuesta (Fernández y Ponce de León, 2011)

Tabla 11

Perfil sociodemográfico de los adultos con diabetes

Perfil Sociodemográfico		Sexo					
		Hombre		Mujer		Total*	
		F	%	F	%	F	%
Edad	30-44	1	1.5	6	9.2	7	10.8
	45-59	9	13.8	17	26.2	26	40.0
	60-74	6	9.2	21	32.3	27	49.2
	75 a más	1	1.5	4	6.2	5	7.7
Estado Civil o Conyugal	Soltero/a	2	3.1	5	7.7	7	10.8
	Casado/a	7	10.8	22	33.8	29	44.6
	Conviviente	5	7.7	7	10.8	12	18.5
	Separado/a	1	1.5	6	9.2	7	10.8
	Viudo/a	2	3.1	8	12.3	10	15.4
Nivel Educativo Alcanzado	Sin Estudios	0	0.0	5	7.7	5	7.7
	Primaria Completa	1	1.5	8	12.2	9	13.8
	Primaria Incompleta	4	6.2	12	18.5	16	24.6
	Secundaria Completa	7	10.8	10	15.4	17	26.2
	Secundaria Incompleta	0	0.0	6	9.2	6	9.2
	Superior No Univ. Completa	5	7.7	1	1.5	6	9.2
	Superior No Universitaria Incompleta	0	0.0	2	3.1	2	3.1
	Superior Universitaria Completa**	0	0.0	3	4.6	3	4.2
	Superior Univ. Incompleta	0	0.0	1	1.5	1	1.5
	Área de residencia	Urbana	3	4.6	13	20.0	49
Rural		14	21.5	35	53.8	16	24.6
Con Actividad Laboral Remunerada		11	16.9	10	15.4	21	32.3
Sin Actividad Laboral Remunerada		6	9.2	38	58.5	44	67.7
¿Con quién vive actualmente?***	Solo/a	1	0.8	3	2.4	4	3.2
	Con pareja	12	9.7	27	21.8	39	31.5
	Con hijo/a	11	8.9	36	29.0	47	37.9
	Con nieto/a	2	1.6	18	14.5	20	16.1
	Con otros familiares	4	3.2	10	8.1	14	11.3
Total de red social de convivencia						124	
Total						65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

* El total (frecuencias y porcentajes) se basan en los encuestados.

** Incluye maestría y/o doctorado.

*** Pregunta de respuesta múltiple, donde las frecuencias y porcentajes se basan en las respuestas.

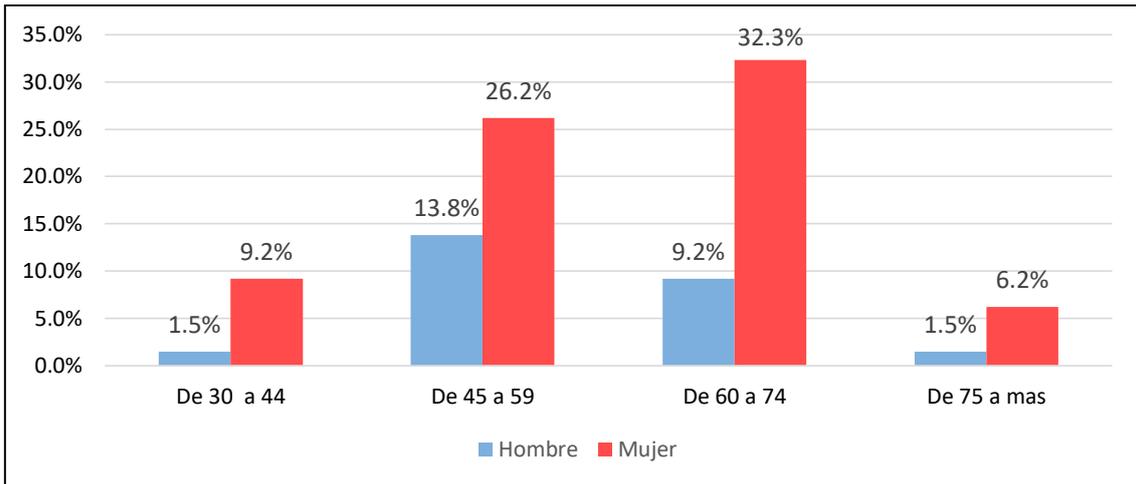


Figura 3. Sexo y Edad de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 11

En la Tabla 11 y Figura 3, se muestra que del total de adultos con diabetes, el grupo más representativo en las mujeres es del 32.3% con edades entre 60 a 74 años y en los hombres es del 13.8% con edades entre 45 a 59 años; mientras los grupos menos representativos en mujeres es del 6.2% con edades entre 75 años a más y los hombres es del 1.5% con edades entre 30 a 44 años y de 75 a más.

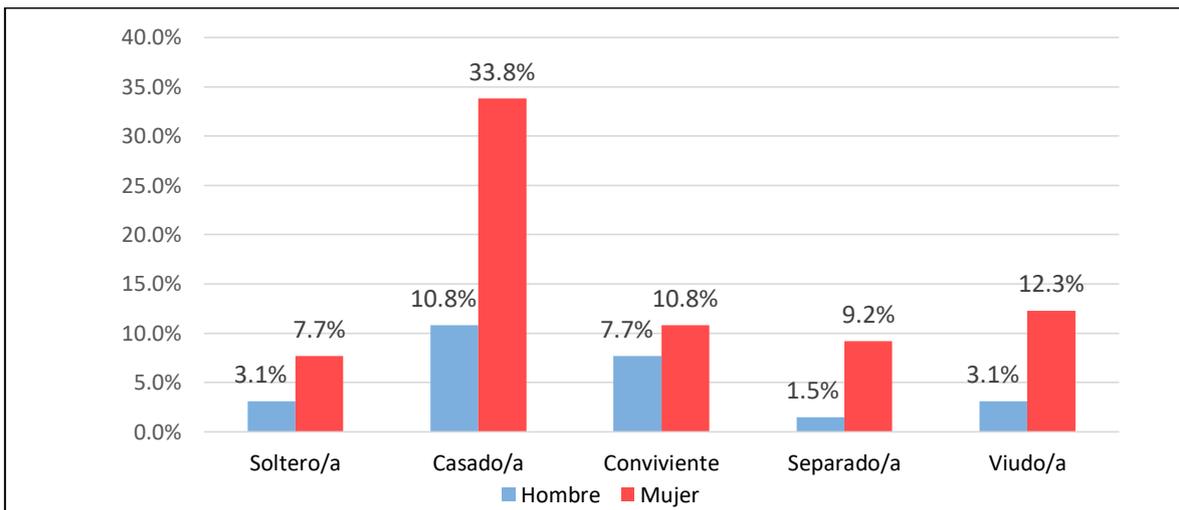


Figura 4. Sexo y Estado Civil o Conyugal de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 11

En La Tabla 11 y Figura 4, se muestra que del total de adultos con diabetes, los grupos más representativos son del 33.8% de mujeres casadas y el 10.8% de hombres casados; mientras que los grupos menos representativos son del 7.7% mujeres viudas y el 1.5% hombres separados.

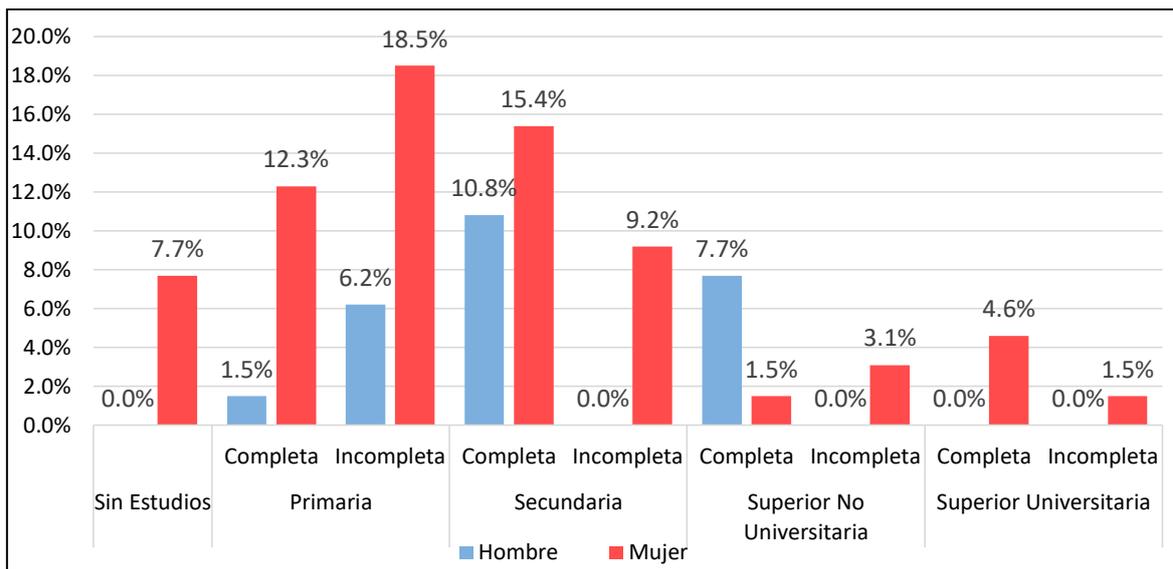


Figura 5. Sexo y Nivel Educativo Alcanzado de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 11

La Tabla 11 y Figura 5, se muestra que del total de adultos con diabetes; los grupos más representativos son del 18.5% de mujeres con primaria incompleta y el 10.8% de hombres con secundaria completa; mientras que los grupos menos representativos son del 1.5% de mujeres con educación superior no universitaria completa y superior universitaria incompleta, y no hubo representantes hombres en las categorías Sin Estudios, Secundaria Incompleta, Superior No Universitaria Incompleta y Superior Universitaria Completa e Incompleta.

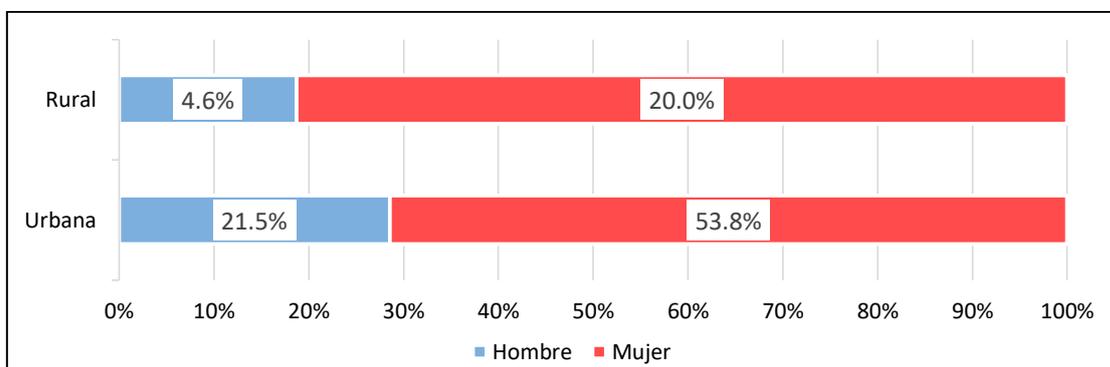


Figura 6. Sexo y Área de Residencia de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 11.

En la Tabla 11 y Figura 6, se muestra que del total de adultos con diabetes, el 53.8% de mujeres y el 21.5.0% de hombres viven en un área de residencia urbana mientras que el 20.0% de mujeres y el 4.6% de hombres viven en un área de residencia rural.

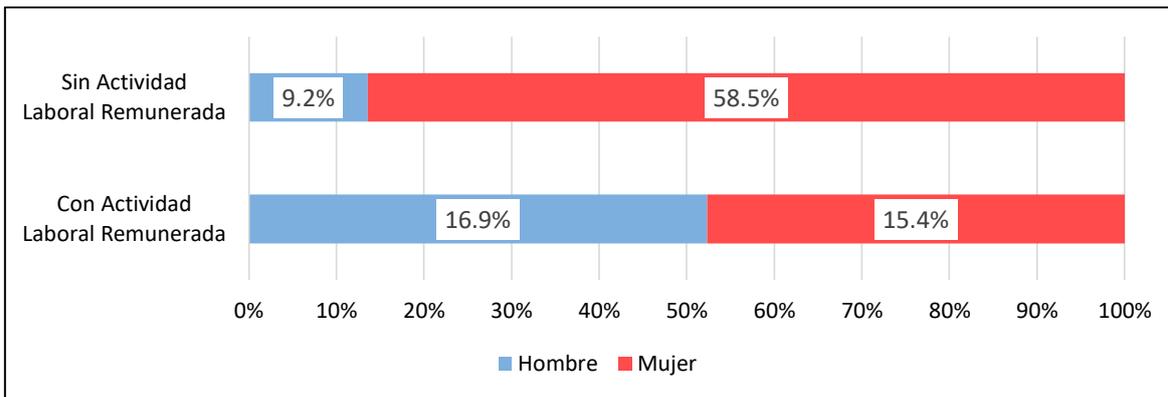


Figura 7. Sexo y Actividad Laboral de los adultos con diabetes
Fuente: Tabla 11

En la Tabla 11 y Figura 7, se muestra que del total de adultos con diabetes, el 58.5% de mujeres y el 9.25% de hombres se encuentran sin actividad laboral remunerada, mientras que el 15.40% de mujeres y el 16.9% de hombres tienen una actividad laboral remunerada.

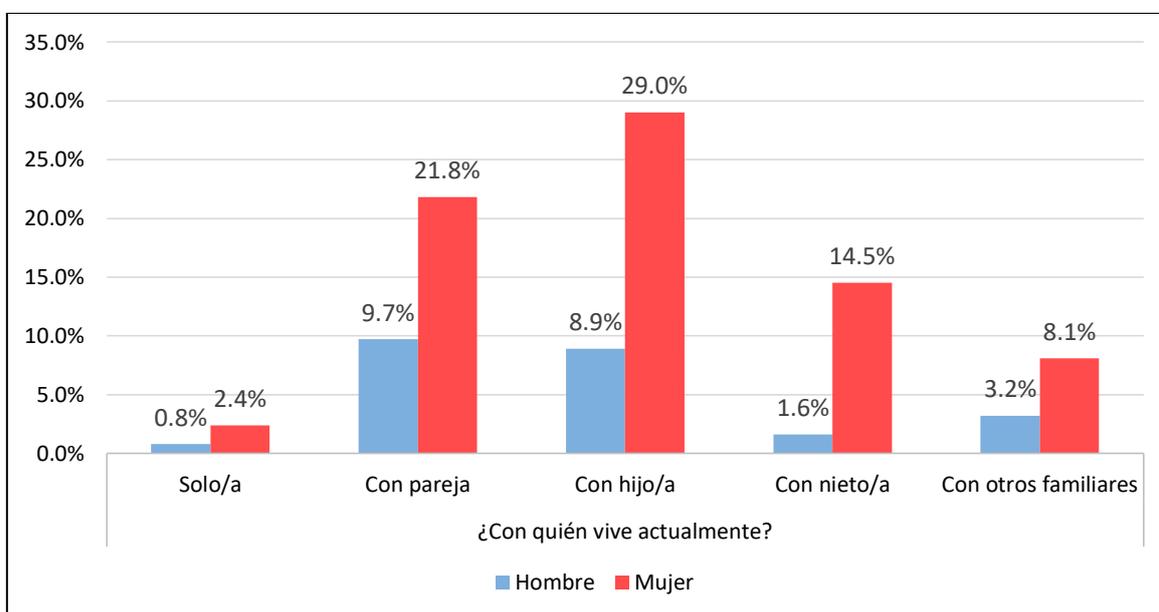


Figura 8. Sexo y red social de convivencia actual de los adultos con diabetes
Fuente: Tabla 11.

En la Tabla 11 y Figura 8, se muestra que del total de adultos con diabetes, el 29.0% de mujeres viven con sus hijos y el 21.8% de ellas viven con sus parejas, el 9.7% de hombres viven con sus parejas y el 8.9% de ellos viven con sus hijos; asimismo, se muestra que el 2.4% de mujeres viven solas y el 0.8% de hombres también.

Tabla 12

Tamaño de la red social de convivencia de los adultos con diabetes

Tamaño de la red social de convivencia	Frecuencia	Porcentaje
0-1	15	23.1
2-3	30	46.2
4-5	13	20.0
6-mas	7	10.8
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

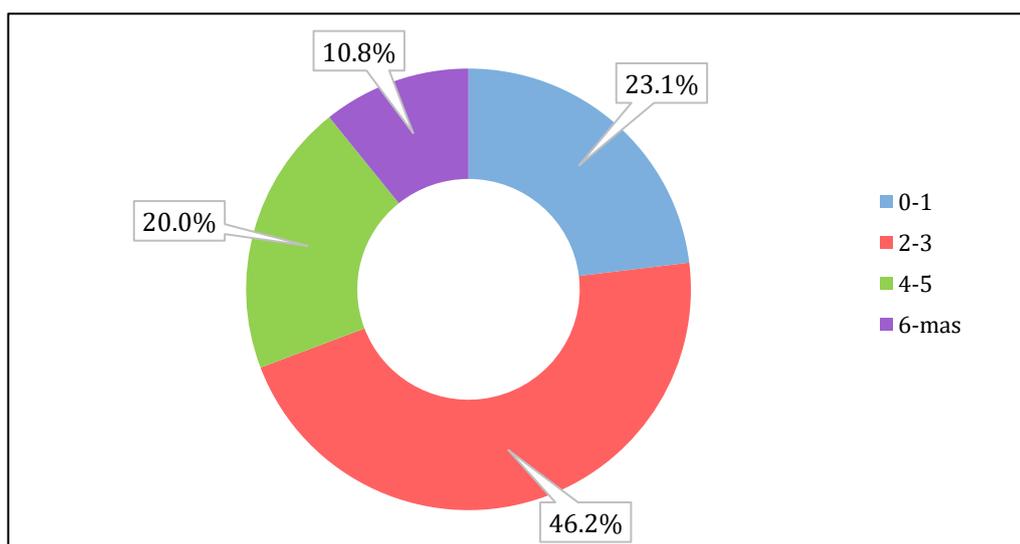


Figura 9. Tamaño de la red social de convivencia de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 12

En la Tabla 12 y Figura 9, se muestra que del total de adultos con diabetes; el 46.2% conviven con 2 a 3 personas, el 23.1% viven solos o conviven con 1 persona, el 20.0% conviven con 4 a 5 personas, y el 10.8% conviven con 6 personas a más.

Tabla 13

Tamaño promedio de la red de convivencia de los adultos con diabetes

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Red social de convivencia	65	0	8	3.05	1.907

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

En la Tabla 13, se muestra los estadísticos descriptivos del tamaño de la red de convivencia de los adultos con diabetes, donde el valor mínimo es 0, el máximo 8 y la media es 3.05, lo cual significa que el promedio tamaño de la red de convivencia es de 2 a 3 personas.

Tabla 14

Tipo de familia de los adultos con diabetes

Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Unipersonal	4	6.2
Pareja sin hijos	6	9.2
Nuclear	22	33.8
Extensa	27	41.5
Monoparental	6	9.2
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

En la Tabla 14, se muestra que del total de adultos con diabetes, el 41.5% de ellos vive en una familia de tipo extensa, el 33.8% vive en una familia de tipo nuclear, el 9.2% vive en una familia de tipo monoparental o con pareja sin hijos y el 6.2% vive en una familia tipo unipersonal, es decir que viven solos.

B. Aspectos relacionados a la salud.

Sobre los aspectos relacionados a la salud, se consideró conocer el tipo de seguro, la edad en que se diagnosticó la diabetes, en que consiste el tratamiento y si tienen familiares con antecedente de diabetes.

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), son las responsables de brindar los seguros de salud, para que la población pueda atenderse en alguna de las Instituciones Prestadoras de Salud Pública (IPRESS); los seguros de salud con mayor número de asegurados corresponden a los seguros públicos del Perú como el SIS, EsSalud, los Seguros de las Fuerzas Armadas y el Seguro de Salud de la Policía. Un aspecto importante es que actualmente muchas personas no tienen seguro de salud porque han dejado de trabajar o ha sido anulado.

La edad en que el adulto fue diagnosticado con diabetes es importante para determinar el tiempo que lleva viviendo con ella, aún si fue diagnosticada en otra institución de salud; en nuestro caso todos los participantes llevaban no menos de 3 meses con diabetes y en su mayoría tenían más de 1 año.

Uno de los objetivos del tratamiento, es que los pacientes con el tiempo incorporen a su vida, prácticas saludables de alimentación y una cultura de salud más activa, para mitigar o prevenir sus complicaciones (Teherán et al. , 2017), por eso es necesario saber si la persona reconoce estos aspectos como parte de su tratamiento.

Las causas y los mecanismos (etiopatogenia) que llevan a generar la diabetes en la persona es multifactorial y poligénica, es decir, que es la consecuencia de múltiples factores genéticos y ambientales (Sánchez y Albarrán, 2011), no siendo el objetivo del estudio indagar sobre las causas, si es importante tener una referencia general, tomando como dato si la persona tiene familiares con antecedentes de diabetes.

Tabla 15

Aspectos relacionados a la salud de los adultos con diabetes

Aspectos de la Salud		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Seguro	Sin seguro de salud	1	1.5
	SIS	48	73.8
	EsSalud	12	18.5
	Otro	4	6.2
¿A qué edad le diagnosticaron que tenía diabetes?	30-44	25	38.5
	45-59	33	50.8
	60 a más	7	10.8
¿En qué consiste su tratamiento?*	Insulina	19	17.4
	Medicamentos Antidiabéticos	58	53.2
	Higiénico – Dietético (Dietas y Ejercicios)	25	22.9
	Medicina Natural	7	6.4
¿Tiene familiares con antecedentes de Diabetes Mellitus?	Si	32	49.2
	No	33	50.8
Total		65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

* Pregunta de respuesta múltiple, donde las frecuencias y porcentajes se basan en las respuestas.

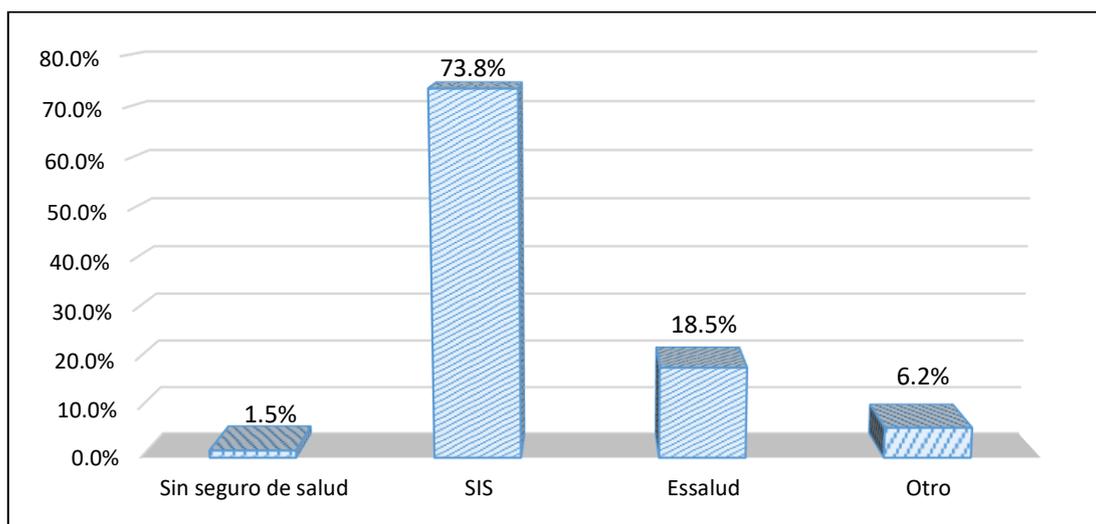


Figura 10. Tipo de Seguro de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 15

En la Tabla 15 y Figura 10 se muestran que del total de adultos con diabetes, el 73.8% tienen seguro SIS, el 18.5% tienen seguro EsSalud, el 6.2% tienen otro seguro y el 1.5% no cuenta con seguro de salud.

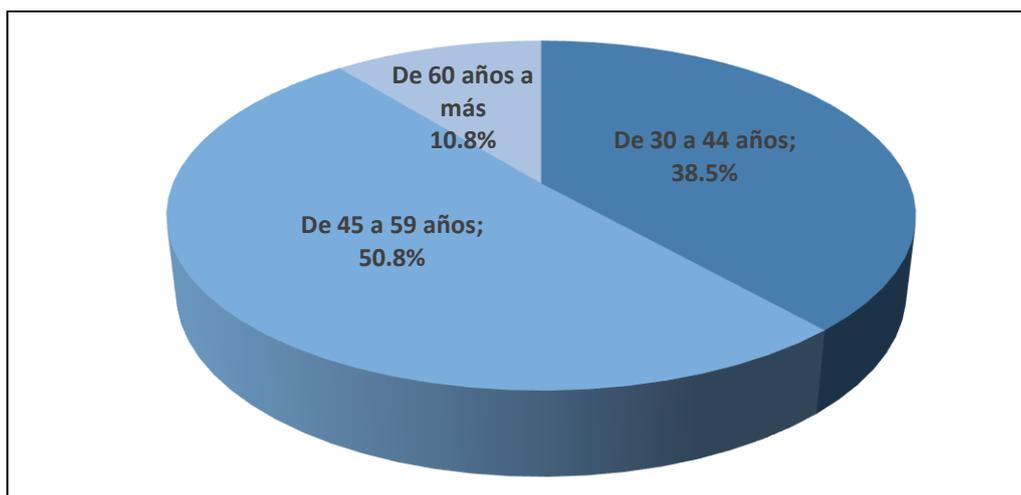


Figura 11. Edad de Diagnóstico de los adultos con diabetes
Fuente: Tabla 15

En la Tabla 15 y Figura 11 se muestra que del total de adultos con diabetes, el 50.8% fue diagnosticado con diabetes entre las edades de 45 a 59 años, el 38.5% fue diagnosticado con diabetes entre las edades de 30 a 44 años y el 10.8% fue diagnosticado con diabetes entre las edades de 60 años a más.

Tabla 16

Años que llevan los adultos con diabetes

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Años con diabetes	65	0	31	11,52	8,201

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

En la Tabla 16, se muestra, los estadísticos descriptivos del tiempo que llevan los adultos viviendo con diabetes, donde el valor mínimo es 0 años, el máximo 31 años y la media es 11.52 años, lo cual significa que el rango de tiempo que llevan viviendo los adultos con diabetes van entre 3 a 19 años promedio.

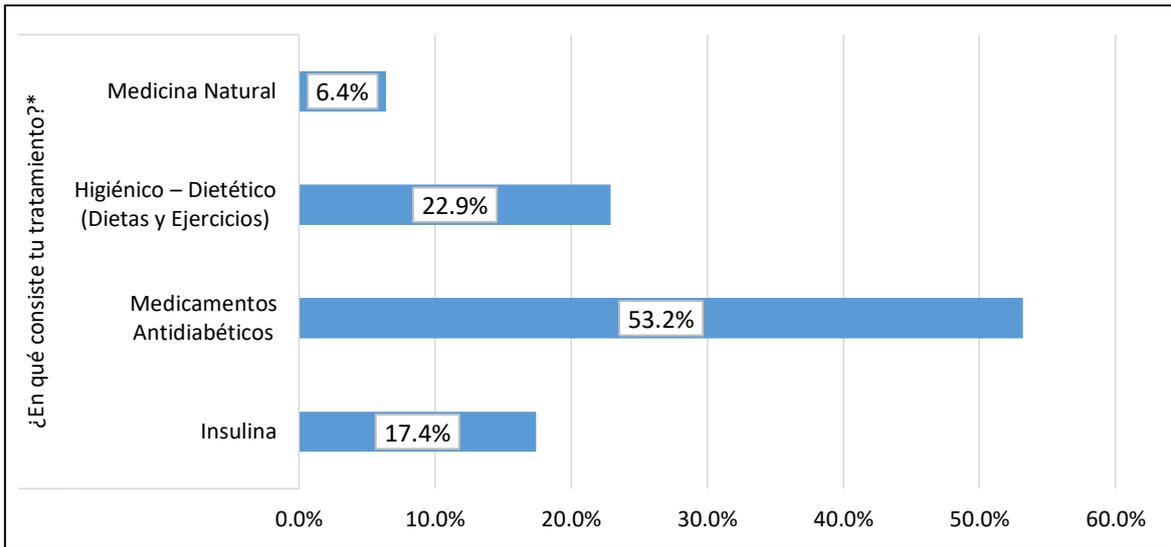


Figura 12. Tratamiento que reconocen llevar los adultos con diabetes
 Fuente: Tabla 15

En la Tabla 15 y Figura 12 se muestra del total de adultos con diabetes, el 53.2% señalan a los Medicamentos Antidiabéticos como parte de su tratamiento para la diabetes, el 22.9% señala a las Dietas y Ejercicios, el 17.4% señala a la Insulina y el 6.4% señala utilizar la Medicina Natural como infusión de hoja de mango y otras hierbas en reemplazo o como acompañamiento a los medicamentos antidiabéticos.

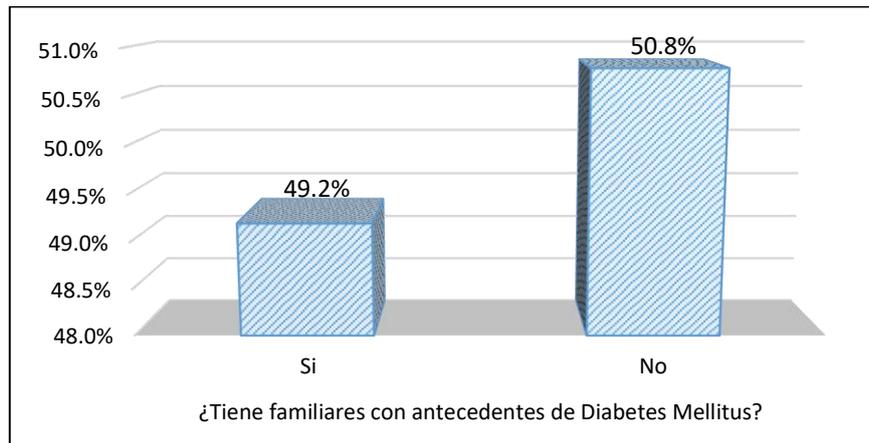


Figura 13. Familiares de los adultos con antecedentes de diabetes
 Fuente: Tabla 15

En la Tabla 15 y Figura 13 se muestra del total de adultos con diabetes, que el 50.8% no tiene familiares con antecedentes de diabetes y el 49.2% si tiene familiares con antecedentes de diabetes mellitus.

De acuerdo al segundo objetivo, se describió el apoyo social que perciben los adultos con diabetes que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del “Hospital Belén de Lambayeque”, en el año 2019.

C. Apoyo Social

Tabla 17
Apoyo Social de los adultos con diabetes

	Apoyo Social	
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	9.2
Medio	40	61.5
Alto	19	29.2
Total	65	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

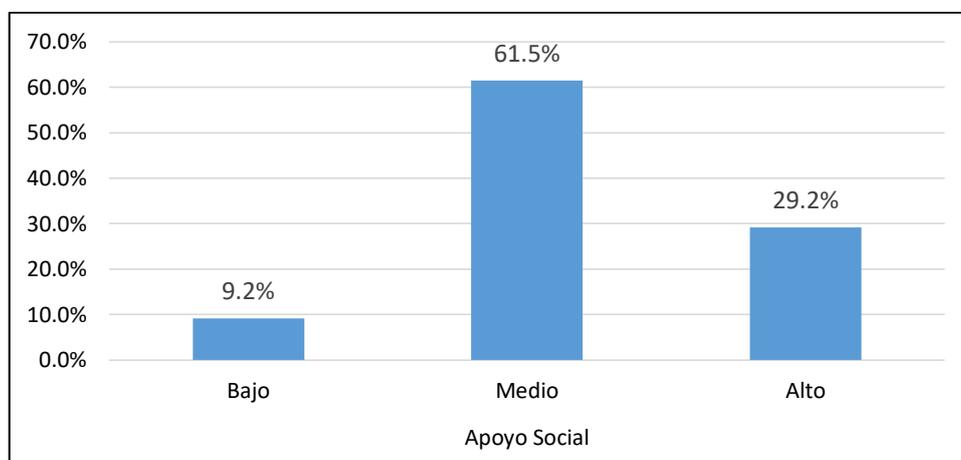


Figura 14. Apoyo Social de los adultos con diabetes
Fuente: Tabla 17

En la Tabla 17 y Figura 14 se muestra del total de adultos con diabetes, que el 61.5% tiene un apoyo social medio, mientras que en menor proporción el 9.2% tiene apoyo social bajo.

Desde la perspectiva funcional, se han considerado estudiar para la presente investigación los tipos de apoyo emocional, instrumental e informativo, valorándola en tres categorías: Bajo, Medio y Alto; asimismo, para conocer los recursos con los que cuenta se ha identificado el tamaño de la red social, quienes la componen y cuáles son las relaciones más valoradas por la persona y que son de apoyo a la enfermedad de la diabetes.

Tabla 18

Dimensiones del Apoyo Social de los adultos con diabetes

	Emocional		Instrumental o Material		Informativo	
	F	%	F	%	F	%
Bajo	6	9.2	8	12.3	11	16.9
Medio	26	40.0	42	64.6	39	60.0
Alto	33	50.8	15	23.1	15	23.1
Total	65	100.0	65	100.0	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

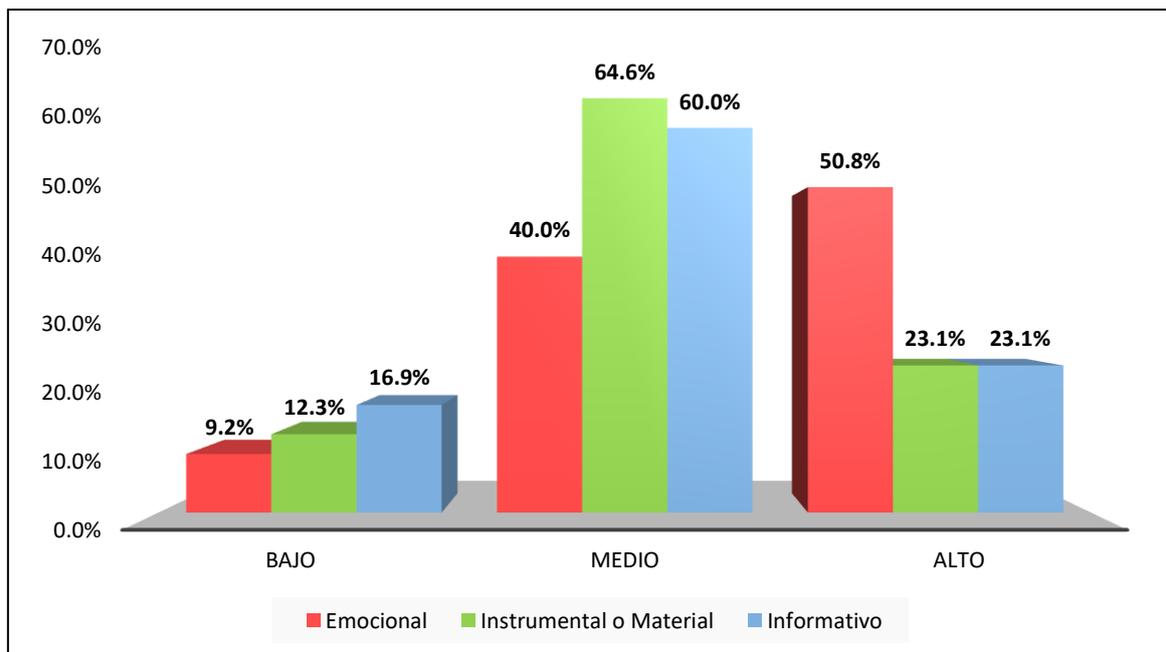


Figura 15. Dimensiones del Apoyo Social de los adultos con diabetes

Fuente: Tabla 18

En la Tabla 18 y Figura 15 se muestra del total de adultos con diabetes, el 50.8% perciben un apoyo emocional alto por parte de su red de apoyo social, el 40.0% perciben un apoyo emocional medio y el 9.2% perciben un apoyo emocional bajo; en la segunda dimensión el 64.6% perciben un apoyo instrumental medio, el 23.1% percibe un apoyo instrumental alto y el 12.3% perciben un apoyo instrumental bajo; y finalmente, el 60% perciben un apoyo informativo medio, el 23.1% perciben un apoyo informativo alto y el 16.9% perciben un apoyo informativo bajo.

Tabla 19

Personas que sienten que los demás entienden los síntomas que tienen y reciben el apoyo que necesitan.

Escala	Personas que sienten que los demás entienden los síntomas que tienen con la diabetes		Personas que sienten que reciben el apoyo que necesitan con respecto a la diabetes	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	12.3	4	6.2
Casi nunca	12	18.5	16	24.6
A veces	17	26.2	17	26.2
Casi siempre	9	13.8	3	4.6
Siempre	19	29.2	25	38.5
Total	65	100.0	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

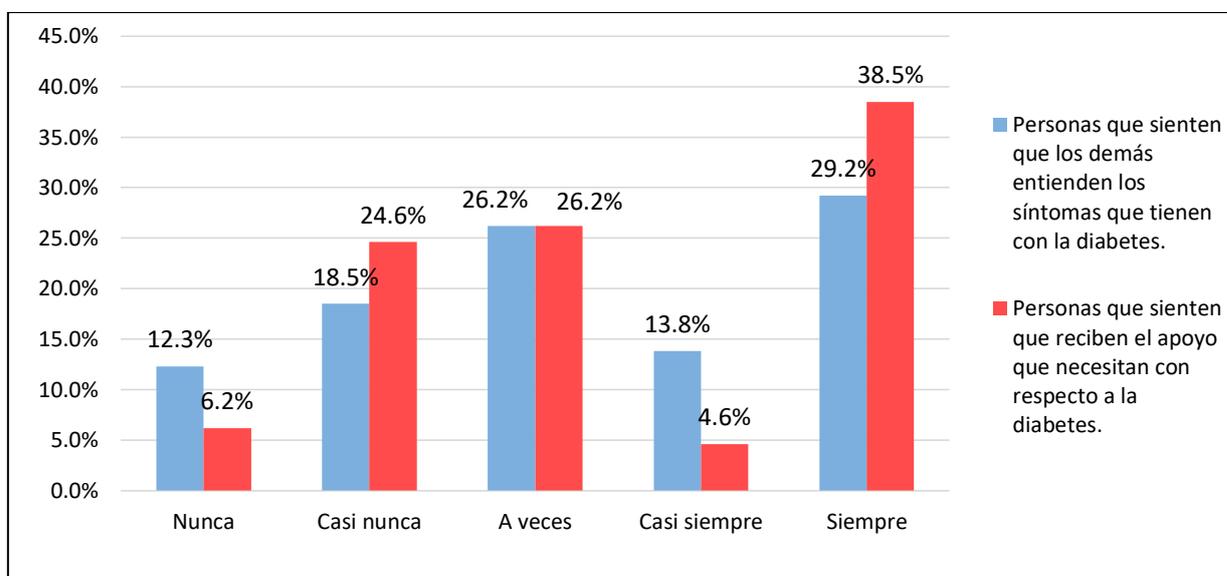


Figura 16. Personas que sienten que los demás entienden los síntomas que tienen y reciben el apoyo que necesitan.

Fuente: Tabla 19

En la Tabla 19 y Figura 16 se muestra del total de adultos con diabetes, el 29.2% de ellos sienten que los demás siempre entienden los síntomas que tienen con la diabetes y el 12.3% sienten que los demás nunca entienden los síntomas que tiene con la diabetes; el 38.5% sienten que siempre reciben el apoyo que necesitan con respecto a la Diabetes, el 6.2% sienten que nunca y el 4.6% sienten que casi siempre reciben el apoyo que necesitan con respecto a la Diabetes.

Tabla 20

Personas que se sienten amadas.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1.5
Casi nunca	12	18.5
A veces	11	16.9
Casi siempre	12	18.5
Siempre	29	44.6
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

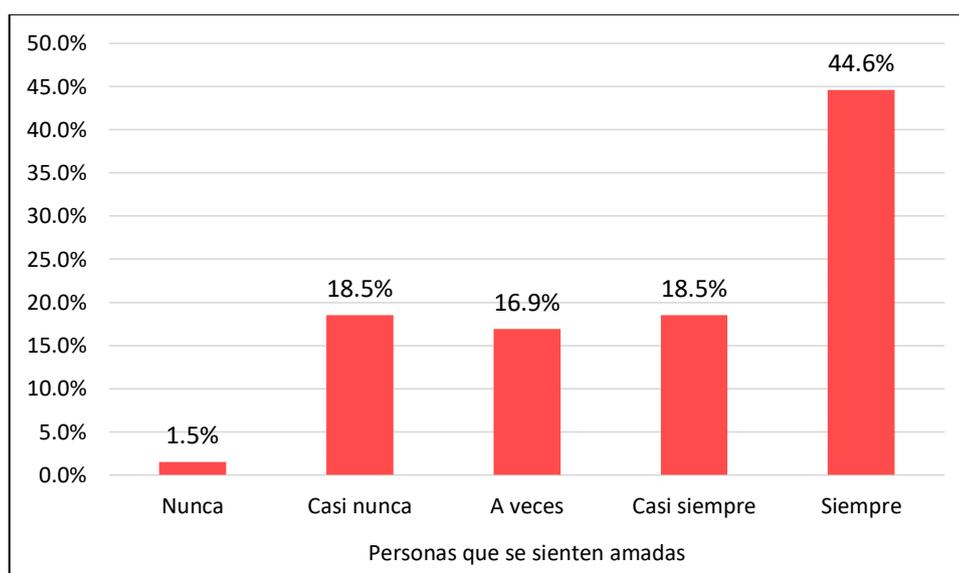


Figura 17. Personas que se sienten amadas.

Fuente: Tabla 20

En la Tabla 20 y Figura 17 se muestra del total de adultos con diabetes que el 44.6% de ellos siempre se sienten amadas, mientras que en menor porcentaje el 1.5% nunca se sienten amadas. La mayoría de adultos señala recibir muestras de afecto por su entorno más cercano, que son entre 2 a 3 personas con un 46.2% (ver Tabla 12) y provienen de familias de tipo extensa y nuclear con un 41.5% (ver Tabla 14).

Tabla 21

Personas que comunicarían al personal de salud si no logran seguir el tratamiento

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	13.8
Casi nunca	3	4.6
A veces	16	24.6
Casi siempre	5	7.7
Siempre	32	49.2
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

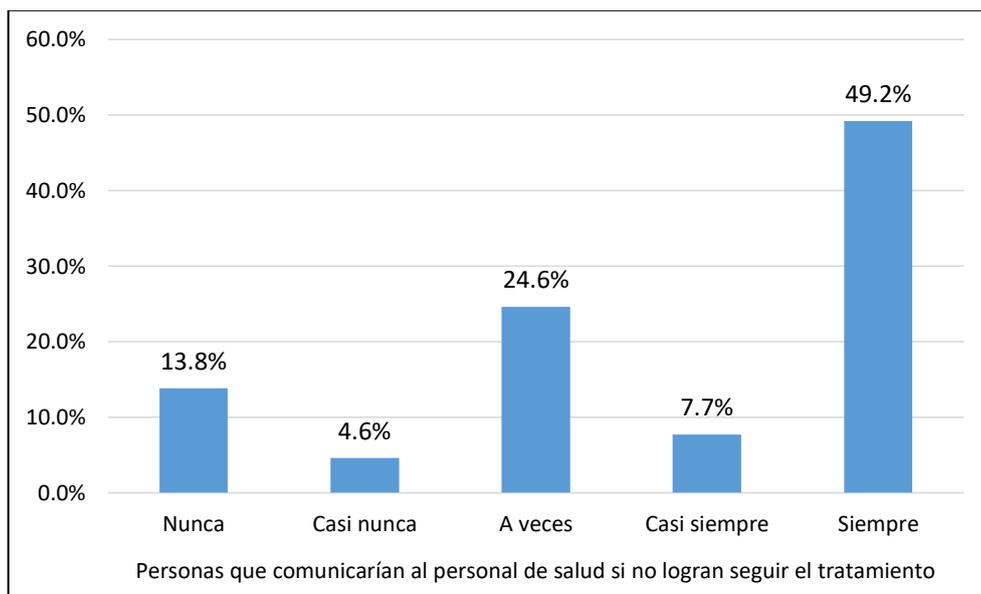


Figura 18. Personas que comunicarían al personal de salud si no logran seguir el tratamiento

Fuente: Tabla 21

En la Tabla 21 y Figura 18 se muestra del total de adultos con diabetes, que el 49.2% siempre comunicarían al personal de salud si en algún momento no logran seguir el tratamiento, mientras que en menor porcentaje el 4.6% casi nunca comunicarían al personal de salud si en algún momento no logran seguir el tratamiento.

Tabla 22

Personas que constituyen su Red de Apoyo Social

Red de Apoyo Social	Personas a las que el adulto con diabetes acude para hablar sobre cómo se siente					
	1era Opción		2da Opción		3era Opción	
	F	%	F	%	F	%
Nadie	8	12.3	-	-	-	-
Familia	39	60.0	6	9.2	-	-
Amigos	3	4.6	7	10.8	2	3.1
Personal de Salud	15	23.1	9	13.8	2	3.1
Total*	65	100.0	22	33.8	4	6.2

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

* Pregunta de respuesta múltiple, donde las frecuencias y porcentajes se basan en las respuestas.

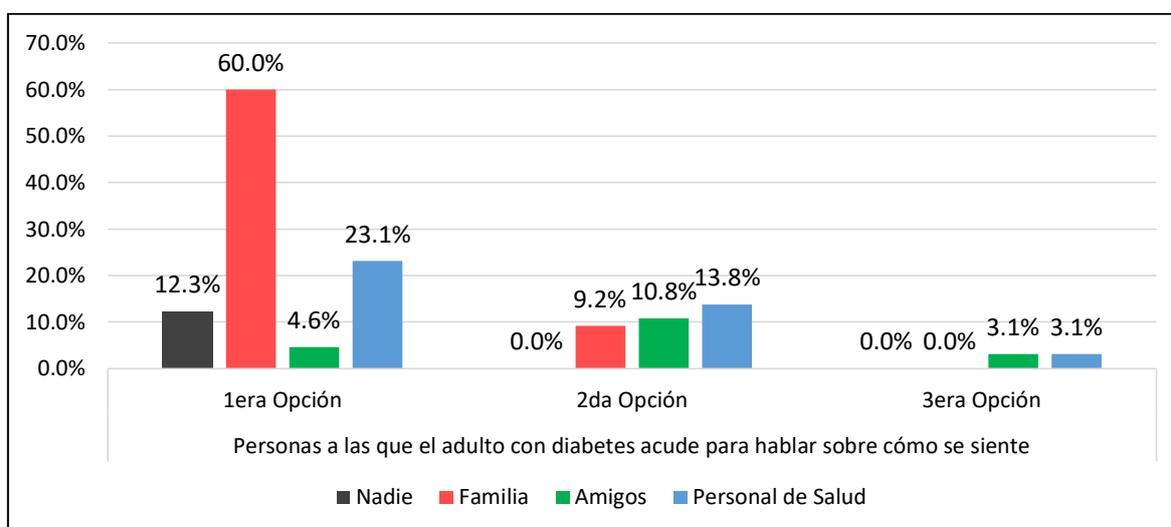


Figura 19. Red de Apoyo Social

Fuente: Tabla 22

En la Tabla 22 y Figura 19 se muestra a las personas que constituyen la red de apoyo social de los adultos con diabetes, cuando el mismo tiene la necesidad de hablar sobre cómo se siente con respecto a la enfermedad, teniendo como primera opción a la familia con el 60.0%, luego al personal de salud con el 23.1%, de forma significativa el 12.3% no eligen a nadie y el 4.6% elige a los amigos. Se destaca como segunda opción al personal de salud con un 13.8% y como tercera opción con un 3.1% se reconoce al personal de salud y a los amigos. Estas elecciones fueron realizadas de forma espontánea.

Tabla 23

Personas que obtienen lo que necesitan para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Muy Poco	7	10.8
Poco	12	18.5
Medianamente suficiente	19	29.2
Suficiente	17	26.2
Bastante	10	15.4
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

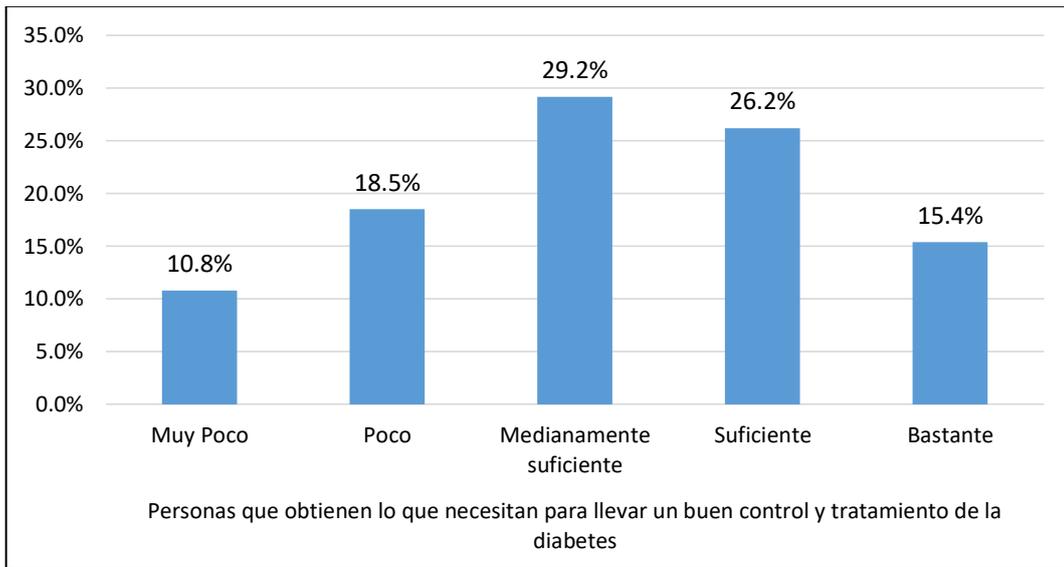


Figura 20. Personas que obtienen lo que necesitan para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes

Fuente: Tabla 23

En la Tabla 23 y Figura 20 se muestra del total de adultos con diabetes, que el 29.2% obtienen medianamente suficiente lo que necesitan para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes, mientras que en menor porcentaje el 10.8% obtienen muy poco de lo que necesitan para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes.

Tabla 24

Personas que necesitan que alguien les acompañe a sus consultas o les brinde algún apoyo para el tratamiento

Escala	Personas que necesitan que alguien les acompañe a sus consultas médicas		Personas que necesitan que alguien les brinde algún apoyo para el tratamiento de la diabetes	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	13.8	13	20.0
Casi siempre	12	18.5	12	18.5
A veces	11	16.9	19	29.2
Casi nunca	9	13.8	7	10.8
Nunca	24	36.9	14	21.5
Total	65	100.0	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

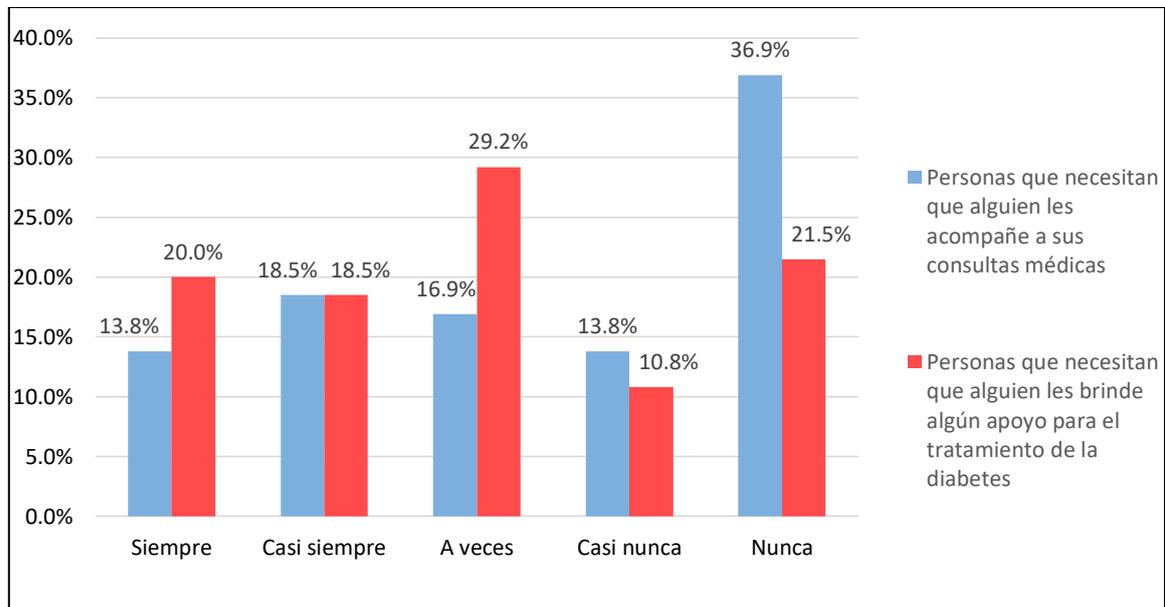


Figura 21. Personas que necesitan que alguien les acompañe a sus consultas o les brinde algún apoyo para el tratamiento.

Fuente: Tabla 24

En la Tabla 24 y Figura 21 se muestra del total de adultos con diabetes atendidos, que el 36.9% nunca necesitan que alguien les acompañe a sus consultas médicas mientras que el 13.8% siempre o casi nunca necesitan que alguien les acompañe a sus consultas médicas; además, el 29.2% a veces necesitan que alguien les brinde algún apoyo para el tratamiento de la diabetes, mientras que el 10.8% casi nunca necesitan que alguien les brinde algún apoyo para el tratamiento de la diabetes.

Tabla 25

Personas que sienten que quienes les rodean les da ánimos para a seguir el tratamiento o les brindan algún consejo

Escala	Personas que sienten que las personas que les rodean le animan a que siga el tratamiento.		Personas que sienten que las personas que les rodean pueden darle algún consejo sobre la diabetes.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	10.8	18	27.7
Casi nunca	2	3.1	9	13.8
A veces	19	29.2	12	18.5
Casi siempre	12	18.5	13	20.0
Siempre	25	38.5	13	20.0
Total	65	100.0	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

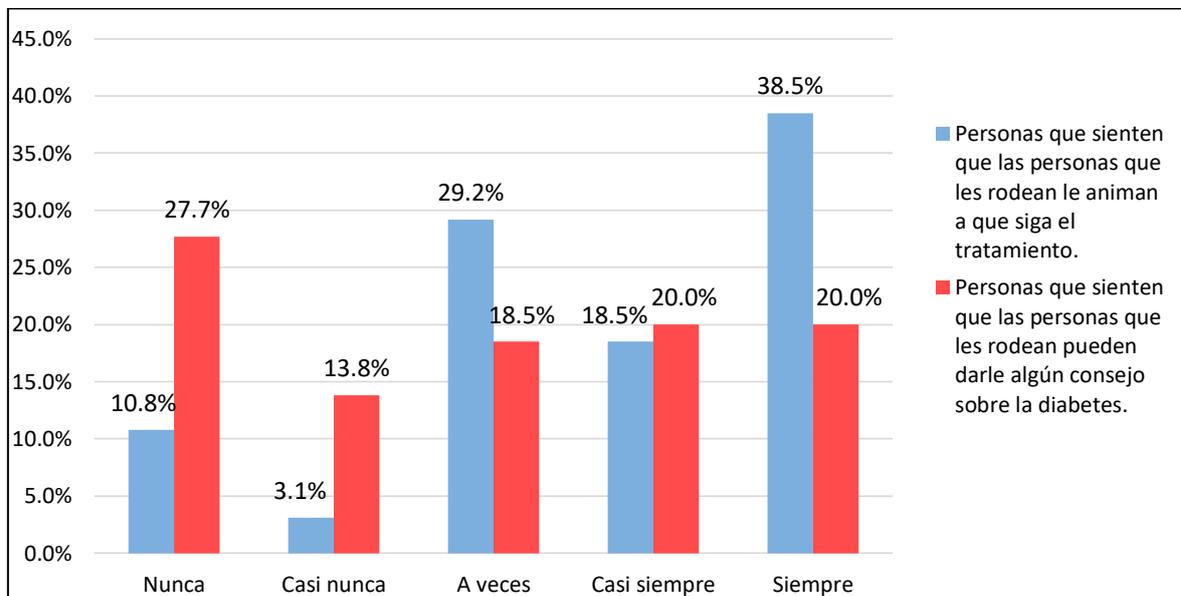


Figura 22. Personas que sienten que quienes les rodean les da ánimos para a seguir el tratamiento o les brindan algún consejo.

Fuente: Tabla 25

En la Tabla 25 y Figura 22 se muestra del total de adultos con diabetes atendidos, que el 38.5% sienten que las personas que les rodean siempre les da ánimos para que seguir el tratamiento, mientras que en menor proporción el 3.1% sienten que las personas que les rodean casi nunca les da ánimos a que siga el tratamiento; asimismo, el 27.7% sienten que las personas que les rodean nunca podrían darle algún consejo sobre de la diabetes, mientras que el 13.8% sienten que las personas que les rodean casi nunca podrían darle algún consejo sobre de la diabetes.

Tabla 26

Personas que creen tener conocimientos necesarios sobre la diabetes

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Muy Poco	9	13.8
Poco	19	29.2
Medianamente suficiente	24	36.9
Suficiente	7	10.8
Mucho	6	9.2
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

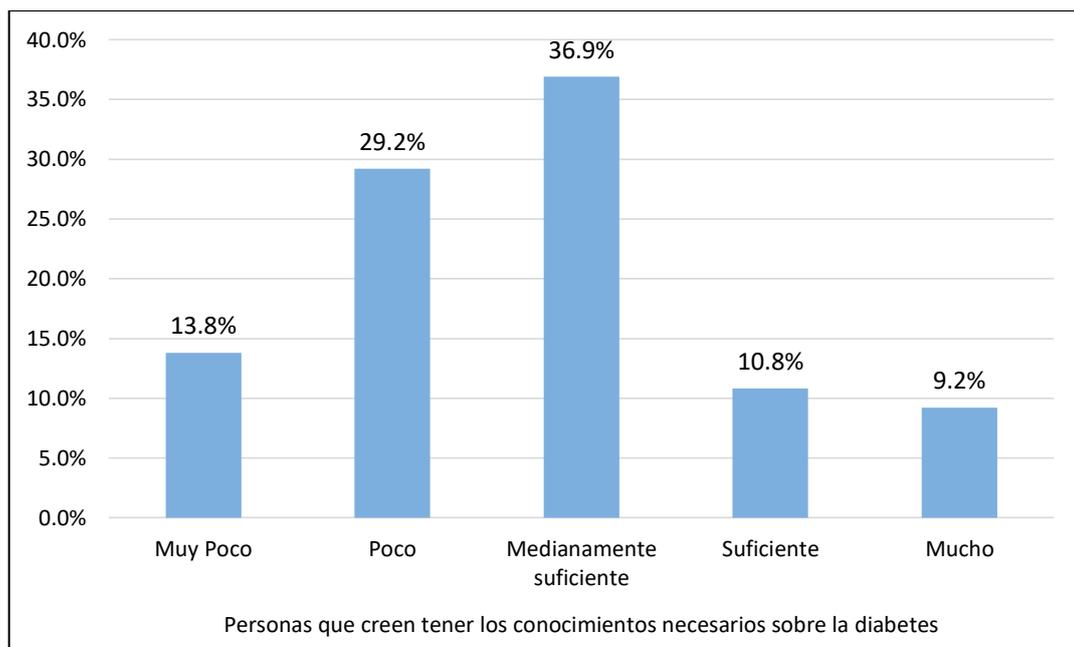


Figura 23. Personas que creen tener los conocimientos necesarios sobre la diabetes
Fuente: Tabla 26

En la Tabla 26 y Figura 23 se muestra del total de adultos con diabetes, el 36.9% creen tener medianamente suficiente conocimiento sobre la diabetes, mientras que el 9.2% creen tener mucho conocimiento sobre la diabetes para mantenerse saludable.

Tabla 27

Personas a las que el adulto con diabetes acude si tiene dudas sobre los alimentos que puede consumir

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	4	6.2
Médico	33	50.8
Lic. Nutrición	22	33.8
Familiares	4	6.2
Amigos	1	1.5
Otros medios de información	1	1.5
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

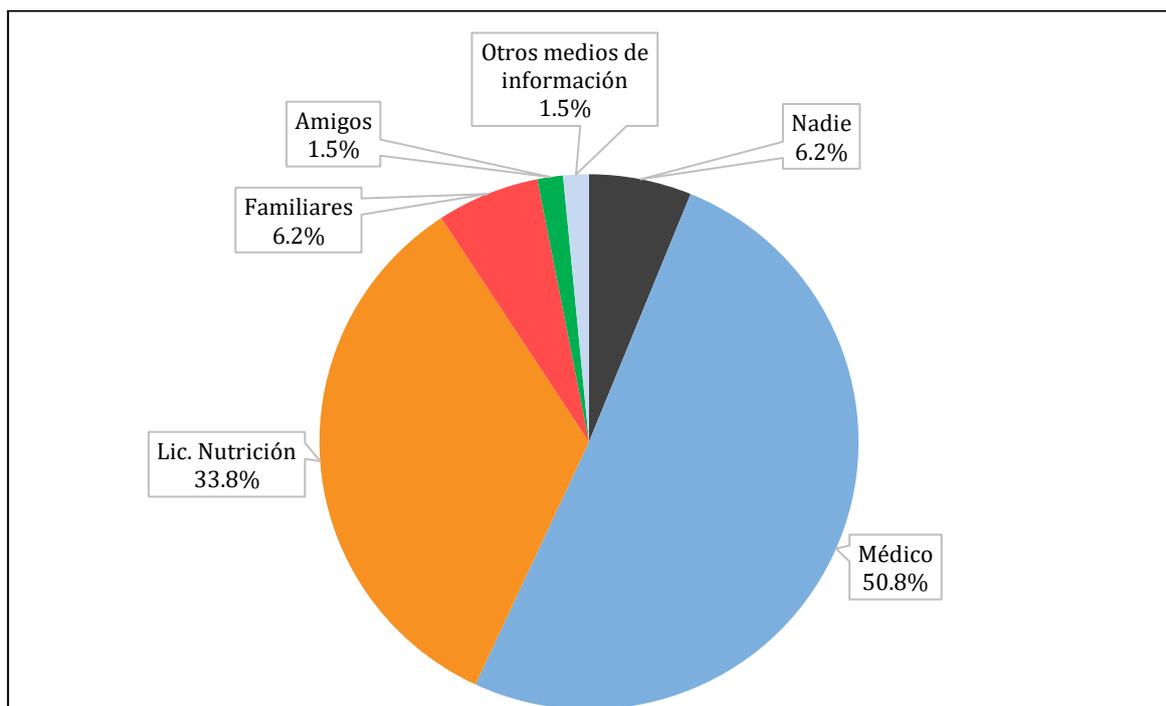


Figura 24. Personas a las que el adulto con diabetes acude si tiene dudas sobre los alimentos que puede consumir

Fuente: Tabla 27

En la Tabla 27 y Figura 24, se muestra del total de adultos con diabetes, el 50.8% resuelven sus dudas sobre alimentación con el apoyo del médico, no muy lejos el 33.8% lo hacen con un Lic. Nutrición, y en menor proporción algunos cuentan con el apoyo de familiares, amigos y el uso de otros medios de información como el internet; sin embargo hay un 6.2% que a nadie acuden.

Tabla 28

Personas a las que el adulto con diabetes acude si tiene dudas sobre los ejercicios que puedes hacer

	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	13	20.0
Médico	40	61.5
Lic. Nutrición	4	6.2
Terapista Físico	2	3.1
Familiares	1	1.5
Solo Yo	5	7.7
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

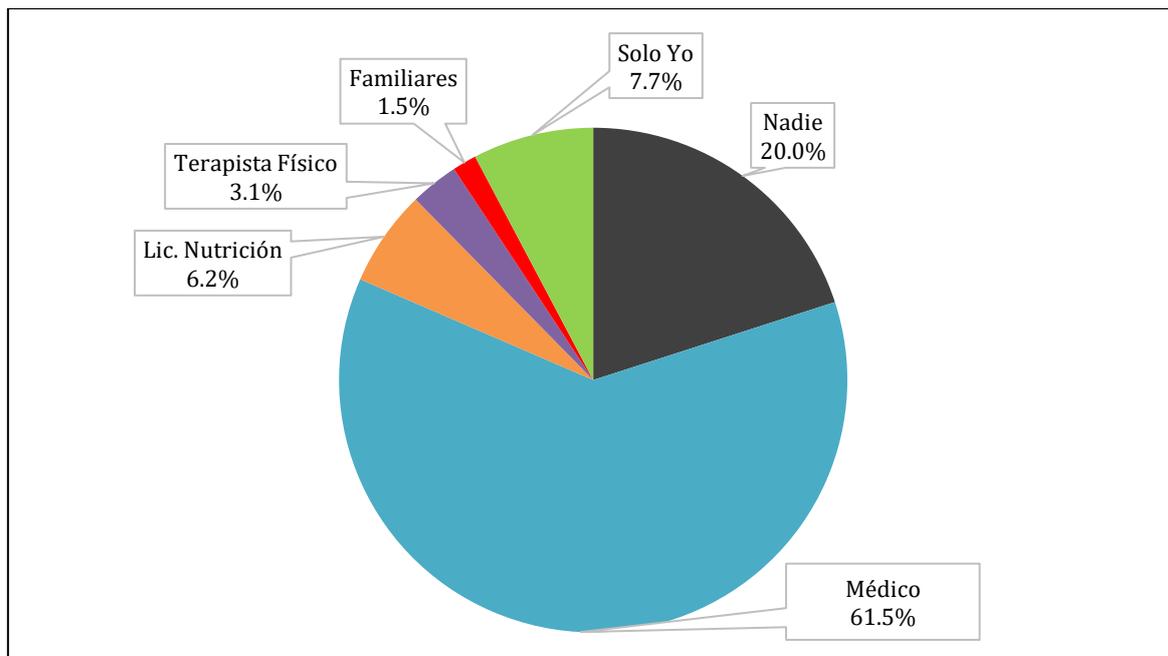


Figura 25. Personas a las que el adulto con diabetes acude si tiene dudas sobre los ejercicios que puedes hacer

Fuente: Tabla 28

En la Tabla 28 y Figura 25, se muestra del total de adultos con diabetes atendidos, que el 61.5% resuelven sus dudas sobre que ejercicios pueden hacer con el apoyo del médico, en menor proporción algunos cuentan con el apoyo de Lic. Nutrición, Terapia Física y familiares; sin embargo hay un 20.0% que a nadie acuden.

Tabla 29

Personas a las que el adulto con diabetes acude si tiene dudas sobre medicamentos y controles

	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	1	1.5
Médico	56	86.2
Amigos	2	3.1
Otros medios de información	2	3.1
Naturista	4	6.2
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019

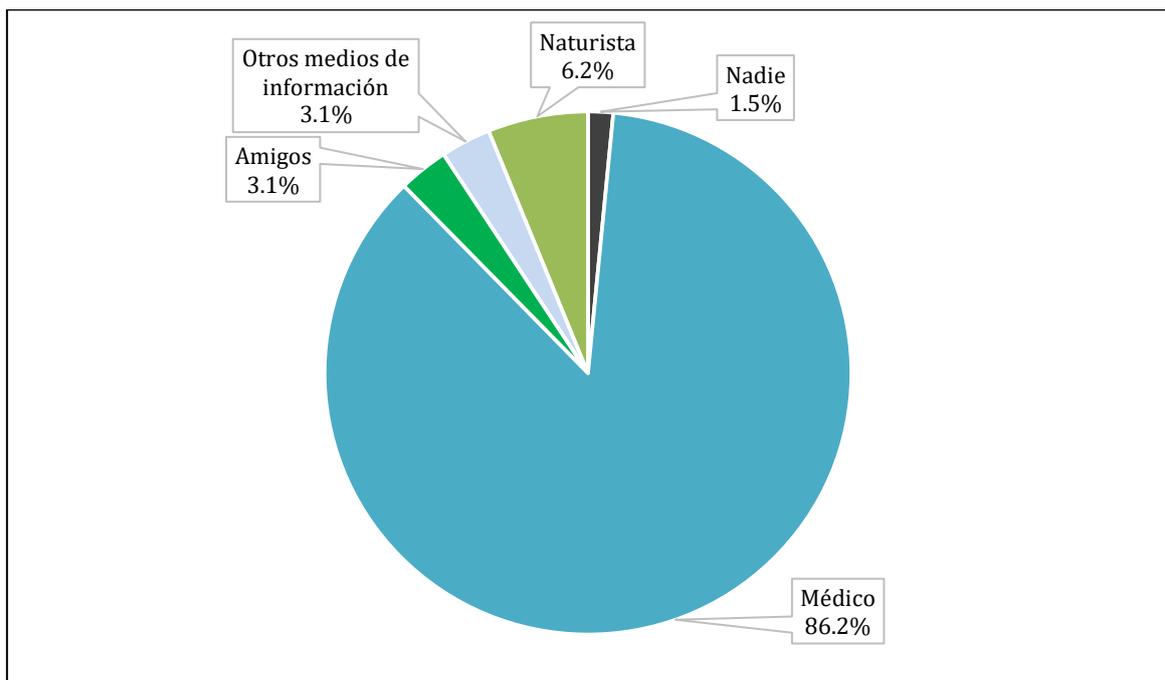


Figura 26. Personas a las que el adulto con diabetes acude si tiene dudas sobre medicamentos y controles

Fuente: Tabla 28

En la Tabla 28 y Figura 26 se muestra del total de adultos con diabetes, que el 86.2% resuelven sus dudas sobre los medicamentos y los controles con el apoyo del médico, en menor proporción algunos cuentan y buscan el apoyo de un naturista, amigos y el uso de otros medios de información como el internet y grupo de whatsapp del consultorio de endocrinología y nefrología; sin embargo hay un 1.5% que a nadie acuden.

De acuerdo al tercer objetivo, se conoció el nivel de adherencia al tratamiento de la diabetes de los adultos que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de Endocrinología del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2019.

D. Adherencia al Tratamiento

Tabla 30

Nivel de Adherencia Terapéutica

	Frecuencia	Porcentaje
Mala Adherencia Terapéutica	2	3.1
Regular Adherencia Terapéutica	36	55.4
Buena Adherencia Terapéutica	27	41.5
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario EAT aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

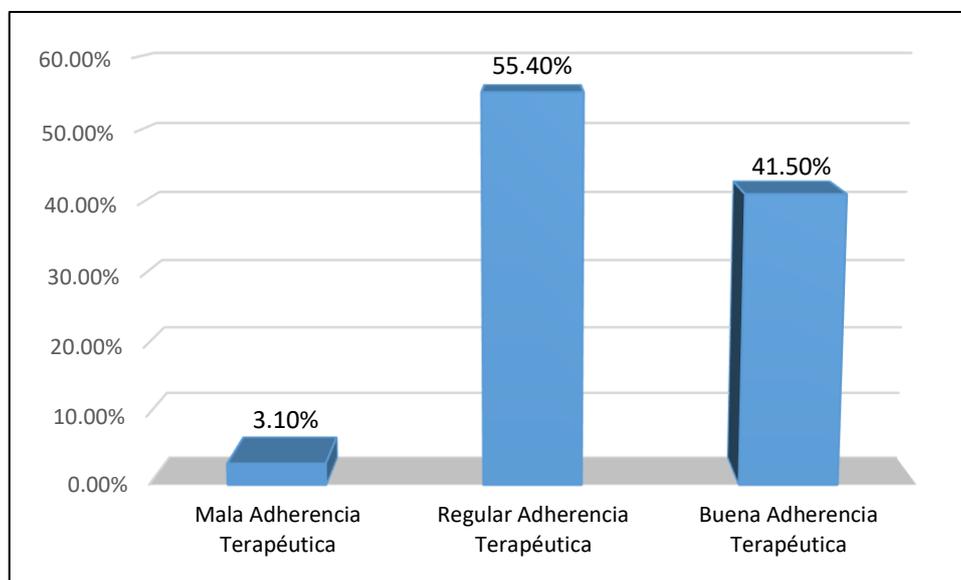


Figura 27. Nivel de Adherencia Terapéutica

Fuente: Tabla 30

En la Tabla 30 y Figura 27 se muestra del total de adultos con diabetes, que la mayoría de ellos presenta una regular adherencia al tratamiento con un 55.4%, el 41.5% tienen una buena adherencia al tratamiento, y en menor proporción el 3.1% tiene una mala adherencia al tratamiento. A simple vista se puede observar, que la mayor parte de adultos con diabetes tienen una adherencia al tratamiento que va desde regular a bueno.

Tabla 31

Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.

	Frecuencia	Porcentaje
Mal Control	4	6.2
Control Regular	44	67.7
Buen Control	17	26.2
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario EAT aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

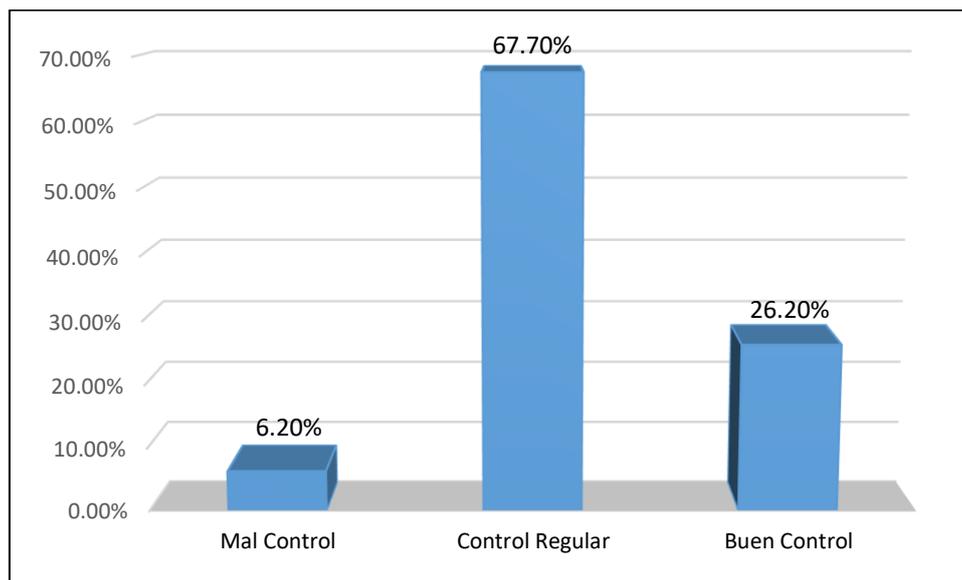


Figura 28: Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos.

Fuente: Tabla 31

En la Tabla 31 y Figura 28, se muestra del total de adultos con diabetes, que el 67.7% tienen un regular control de su ingesta de medicamentos y alimentos, el 26.2% tienen un buen control de su ingesta de medicamentos y alimentos, y solo 6.2% tienen un mal control de su ingesta de medicamentos y alimentos.

Tabla 32

Seguimiento Médico Conductual

	Frecuencia	Porcentaje
Mal Seguimiento	1	1.5
Regular Seguimiento	19	29.2
Buen Seguimiento	45	69.2
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario EAT aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

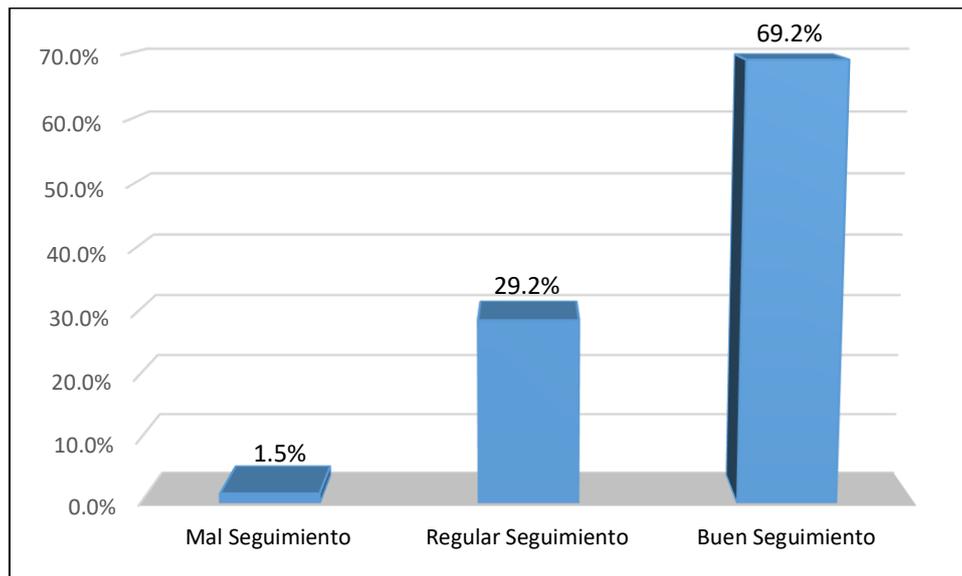


Figura 29. Seguimiento Médico Conductual

Fuente: Tabla 32

En la Tabla 32 y Figura 29, se muestra del total de adultos con diabetes atendidos, el 69.2% tienen un buen seguimiento médico conductual, el 29.2% tienen un regular seguimiento médico conductual, y solo el 1.5% tienen un mal seguimiento médico conductual.

Tabla 33
Autoeficacia

	Frecuencia	Porcentaje
Mal Autoeficacia	2	3.1
Regular Autoeficacia	26	40.0
Buena Autoeficacia	37	56.9
Total	65	100.0

Fuente: Cuestionario EAT aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

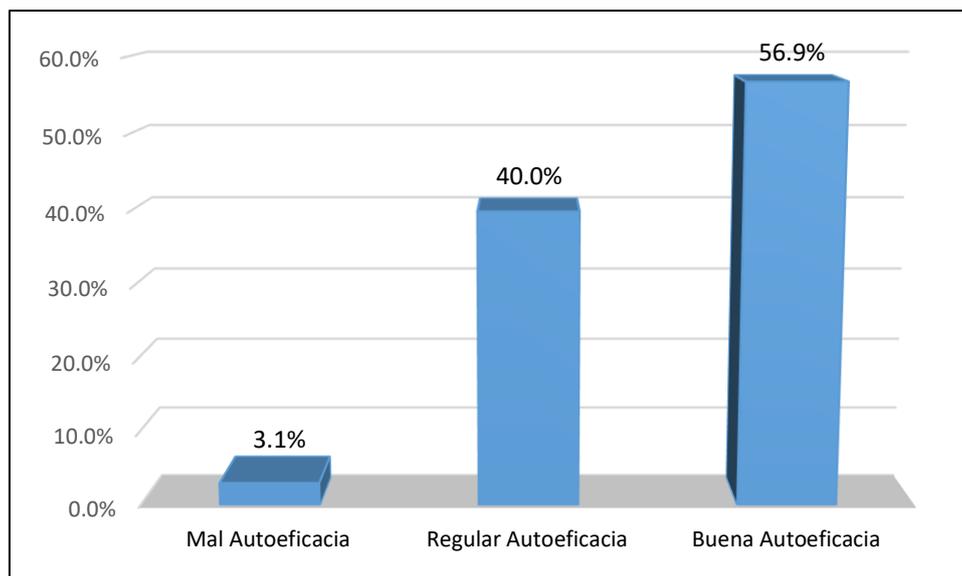


Figura 30. Autoeficacia
Fuente: Tabla 33

En la Tabla 33 y Figura 30, se muestra del total de adultos con diabetes, que el 56.9% tienen una buena autoeficacia, el 40.0% tienen una regular autoeficacia, y solo 3.1% tienen una mala autoeficacia.

Tabla 34
Apoyo Social y Adherencia al Tratamiento

Apoyo Social	Adherencia al Tratamiento						Total	
	Mala Adherencia Terapeutica		Regular Adherencia Terapeutica		Buena Adherencia Terapeutica			
	F	%	F	%	F	%	F	%
	Bajo	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6
Medio	1	2.5	32	80.0	7	17.5	40	100.0
Alto	0	0.0	0	0.0	19	100.0	19	100.0
Total	2	3.1	36	55.4	27	41.5	65	100.0

Nota: Cuestionario EAT aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

En la Tabla 34, se muestra que la mayoría de los adultos con diabetes que tuvieron un apoyo social medio también tienen una regular adherencia al tratamiento, el cual está representado por el 80%; asimismo en menor proporción pero igualmente significativa se muestra que los adultos con diabetes que tuvieron un apoyo social alto también tienen una buena adherencia terapéutica, representado por el 100%. Estos resultados permiten determinar que la presencia de apoyo social en los adultos con diabetes influye notoriamente en su adherencia al tratamiento.

Para conocer los aspectos del apoyo social que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes en los adultos se obtuvo la tabla 35.

Tabla 35

Matriz de correlación entre Apoyo Social y Adherencia al Tratamiento.

		Control Ingesta Medicamentos Alimentos	Seguimiento Médico Conductual	Autoeficacia	Adherencia al Tratamiento
Apoyo Emocional	Correlación de Pearson	,636**	,638**	,564**	,670**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
Apoyo Instrumental	Correlación de Pearson	,256*	,409**	,383**	,379**
	Sig. (bilateral)	,040	,001	,002	,002
Apoyo Informativo	Correlación de Pearson	,492**	,501**	,446**	,524**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
Apoyo Social	Correlación de Pearson	,645**	,708**	,635**	,724**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota: Cuestionario EAT aplicado a los adultos con diabetes del HPDBL, mayo-junio del 2019.

En la Tabla 34 se muestra que existen algunas asociaciones positivas significativas entre las puntuaciones. Las asociaciones más fuertes o moderadas se presentaron entre las puntuaciones de: apoyo social y adherencia al tratamiento ($r=0.724$), apoyo social y seguimiento médico conductual ($r=0.708$), apoyo emocional y adherencia al tratamiento ($r=0.670$), apoyo social y control de ingesta de medicamentos ($r=0.645$), apoyo emocional y seguimiento médico conductual ($r=0.638$), apoyo emocional y control de ingesta de medicamentos ($r=0.636$), apoyo social y autoeficacia ($r=0.635$), el p valor en todos los casos mencionados anteriormente es menor que el 5% (0.05), por lo tanto podemos decir que se encuentran relacionados. Por otro lado, el estudio también demostró que existe baja asociación entre el apoyo instrumental y control de ingesta de medicamentos y alimentos ($r=0.256$), así como apoyo instrumental y autoeficacia ($r=0.383$).

Los resultados nos indican que el apoyo emocional principalmente favorece la adherencia al tratamiento.

3.2. Discusión de Resultados

En la investigación, se tomó en cuenta los aspectos sociodemográficos y los aspectos relacionados a la salud de los adultos con diabetes que son atendidos por consultorio externo en la especialidad de endocrinología del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque entre los meses de mayo y junio del 2019. El estudio busca describir cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes.

El perfil sociodemográfico en el Perú según el INEI (2017) describe la composición y estructura de la población, toma datos de la persona como el sexo, la edad, el estado civil y conyugal, nivel de educación, promedio de miembros en el hogar, entre otros.

En relación al *sexo* de los adultos con diabetes, se observó que predomina la población de mujeres representado por el 73.8% (ver Tabla10); esta cifra al compararlo con otros estudios, concordamos con Custodio y Santamaría (2016) con 67.39%, Campos y Vicente (2017) con 68.2% y un 56.0% en distintos hospitales, Arteaga et al. (2017) con un 57.1% y Zegarra (2018) con un 53% de mujeres. En Lambayeque, de acuerdo a la composición de la población por sexo que señala INEI (2017), se presenta mayor proporción de mujeres que hombres con 51.5%; asimismo, GERESA, ha reportado una estimación entre el 55% y 61% de personas con diabetes son mujeres (23 de Junio del 2019, La Industria, p.A4). Las cifras mencionadas anteriormente, están respaldadas por testimonios que explican el incremento de la concurrencia de mujeres que buscan tratamiento de la diabetes en el nosocomio, este interés se manifiesta en una entrevista:

“...me dijeron que aquí (HPDBL) había un especialista para que me vea porque mi glucosa no llegaba a lo normal, y para que, desde que vine siempre vengo a mis controles...” (N°26 – 55 años- Mujer).

Uno de los factores de riesgo para la diabetes es la obesidad, en el estudio de Villena (2017) nos dice que “los factores asociados al exceso de peso fueron: ser mujer, no ser pobre y vivir en área urbana” (p.593), aunque no toda la descripción coincide con lo estudiado, puede explicar en gran medida la prevalencia de sexo mujer en la población estudiada. Por otro lado, las mujeres demuestran mayor interés por atender su salud frente a los hombres y buscan la mejor atención no sólo en su salud sino en todas las esferas de su vida.

Con respecto a la *edad* de los adultos con diabetes, el 49.2% se encuentran en edades entre 60 a 74 años, seguido de un 40.0% se encuentra entre 45 a 59 años (ver Tabla 11).

Asimismo, la edad promedio es de 59.29 años, siendo el grupo más representativo el de las mujeres; algunos estudios describen que estas personas se encuentran en la adultez media; Papalia, Felman y Martorell (2012) señalan que respecto a los cambios estructurales que las personas atraviesan a esa edad, se observa un aumento de peso debido a la acumulación de grasa, comienzan a sufrir algún deterioro de su funcionamiento orgánico debido a los malos hábitos alimentarios en el comienzo de la adultez; todo esto sumado a cambios en su estilo de vida más sedentario y con menor actividad laboral. Siendo así, la prevalencia de la enfermedad en la etapa adulta media y adulta mayor aumenta.

Respecto al *estado civil y conyugal* de los adultos con diabetes se observa que el 44.6% de personas están casados/as (ver Tabla 11), al compararlo con los antecedentes concordamos con estudios como Teherán et al. (2017) con el 56.6% casados/as, y De los Santos (2019) con el 42.4% casados/as. De acuerdo a la composición de la población por edad y estado civil o conyugal que muestra INEI (2017) se ha reducido el porcentaje de casados/as y ha incrementado las personas separadas de 40 años a más, datos que no concuerdan con el presente estudio pero que sí permiten dar una mirada al estilo de vida en pareja de la población de estudio que es mayormente casados/as. Este estado civil se ve reflejado en los tipos de familia tradicionales, formado inicialmente por un hombre y una mujer donde se inculca el respeto a sus antepasados y se establecen fuertes vínculos entre ellos, su prevalencia nos habla que a pesar de los cambios que va teniendo el esquema familiar con el pasar de los años y en la actualidad, persisten los lazos civiles matrimoniales.

En cuanto al *nivel educativo alcanzado* por los adultos con diabetes, el 26.2% de las personas alcanzaron culminar sus estudios secundarios y el 24.6% no alcanzaron culminar sus estudios primarios (ver Tabla 11), al compararlo con los antecedentes concordamos con estudios como Teherán et al. (2017) con el 57.1% tiene un nivel educativo bajo y el 37.6% tienen un nivel educativo medio. De las cifras obtenidas podemos inferir que la mayor parte de adultos con diabetes tienen mayor probabilidad de comprender las indicaciones dadas por el médico, así como asumir con responsabilidad su recuperación y autocuidado. Asimismo, hubo un 7.7% de adultos que no saben leer ni escribir, lo cual presentan de primera instancia barreras para el tratamiento, tal como lo manifiesta el siguiente testimonio:

“...yo no he estudiado señorita y no entiendo que dice en el papel por eso necesito que alguien venga conmigo...” (N°41 – 69 años- Mujer).

En muchas de las familias entre los años 60 y 70, el padre asumía el rol de cabeza de la familia, era el líder que trabajaba y aportaba el sustento en el hogar, mientras que la madre era dedicada a los quehaceres del hogar, y no se le daba demasiada importancia a los estudios en este grupo, demostrado por el 18.5% de mujeres que no culminaron la primaria.

En cuanto al *área de residencia* de los adultos con diabetes, el 75.4% vive en un área urbana y el 24.6% que vive en un área rural (ver Tabla 11). Para los que vienen de zona rural, no solo la accesibilidad a los servicios de salud es una dificultad sino la precariedad de sus redes de apoyo, tal como se refleja en este testimonio:

“...yo paro sola en mi casa y allí para llegar a la ciudad tenemos que caminar haaaarto y luego tomar un carro para acá, mi marido trabaja lejos y a él no le digo nada...” (N°55 – 55 años- Mujer).

“...a veces no hay consulta cuando vengo a sacar y tengo que sacar para otra fecha pero luego tengo que volver a gastar en pasajes, por eso no se puedo venir seguido a la consulta...” (N°35 – 63 años- Mujer).

La distancia de su hogar al centro de salud no es un límite pero si un atenuante para la atención, debido a que disminuye el flujo de controles que debe tener la persona con diabetes, así como mayores gastos en traslado. Todo lo contrario sucede con las personas que viven un área urbana, donde el acceso al servicio de salud es más constante.

En cuanto a *si tienen o no actividad laboral remunerada*, el 67.7% de personas se encuentra sin actividad laboral remunerada (ver Tabla 11); esta situación va de la mano al hecho de que la mayor parte de ellos se encuentran en la etapa adulta mayor, por consiguiente han dejado de laborar o realizar actividades que no les proveen de un sustento económico y son dependientes económicamente de otras personas.

“...si no fuera por él (hijo) no tuviera medicina y ya estuviera bajo tierra, tengo que comprar vitaminas que me dijo el doctor y ahorita no he comprado porque no tengo, mi hijo trabaja vendiendo helados...” (N°64 – 66 años- Mujer).

Por otro lado, cuando la persona con diabetes tiene responsabilidades económicas en el hogar, la ausencia de actividad laboral remunerada puede afectar seriamente a sus necesidades básicas tanto para él o ella y para su familia, así como también puede enfrentar limitaciones para adherirse al tratamiento y adoptar un estilo de vida más saludable, tal como lo manifiesta un participante:

“...hay días con y sin trabajo y tengo que comprar medicina, comprar los alimentos para las dietas y otras cosas que uno necesita y luego no alcanza...” (N°59 – 42 años- Hombre).

Sin embargo, tener una actividad laboral remunerada no garantiza poder llevar un buen tratamiento; en el estudio, el 32.3% de personas con diabetes mantienen un vínculo laboral, permitiéndoles proveerse de recursos económicos necesarios, y en algunos casos la carga de trabajo y las relaciones interpersonales les genera estrés, lo que les perjudica, tal como se ve en el siguiente testimonio:

“...sufro de depresión por los problemas que tengo en el trabajo, eso me preocupa bastante porque si dejo de trabajar de donde saco; yo creo que eso me afecta, por eso me gustaría que me ayuden porque siempre se me sube la glucosa...” (N°9 – 55 años- Mujer).

De lo anterior, sabemos que en su mayoría estas personas a nivel mundial viven en países con ingresos bajos y medianos y menos de la mitad recibe los servicios de salud que necesita para combatir dichas enfermedades, siendo empujados a una situación de pobreza porque tienen la necesidad de solventar los gastos que genera su atención de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018). Las personas con diabetes necesitan recursos ya sean del sistema de salud como propios para llevar un buen tratamiento; la ausencia o escasez de estos recursos conllevan no sólo problemas de salud sino en su entorno, incrementando las preocupaciones que terminan afectando su propia salud; es así que, las relaciones interpersonales con el mesosistema, entre el sistema laboral y el adulto con diabetes, cuando no son satisfactorias pueden generar altos niveles de estrés siendo perjudicial para su salud.

En cuanto a *la red social de convivencia* del adulto con diabetes, se observa que el 37.9% vive con uno o más hijos y el 31.5% vive con su pareja (ver Tabla 11); se puede apreciar que la mayor parte de los adultos, es decir, el 46.2% conviven con 2 o 3 personas, en su mayoría pertenecen a su red familiar más cercana (ver Tabla 12); se observa que el tamaño de su red de convivencia oscila entre 0 y 8 personas (ver Tabla 13); valores que se ven reflejados en los tipos de familia de donde provienen los adultos con diabetes, de tipo extensa con el 41.5% y de tipo nuclear con el 33.8% (ver Tabla 14). De los resultados podemos decir, que el adulto con diabetes cuenta con una red social íntima, es decir, tiene recursos disponibles en su microsistema; Ortego et al. (s,f) las denomina como *redes de apoyo social natural*, esta red tiene como principal componente a la familia, y ofrece un

apoyo emocional y solidario positivo debido a la afinidad de sus componentes; al respecto Arteaga et al. (2017) en su estudio observó que tener un mayor número de amigos, contar con uno o más familiares, se relaciona con el apoyo social percibido positivo, en donde la familia juega un rol importante en las enfermedades y finalmente que el apoyo social es un factor protector para la compensación de la diabetes. Desde la perspectiva estructural es importante reconocer la disponibilidad potencial del apoyo, cuyas personas que formen parte de esta red social efectiva tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer el soporte (Fernández, 2005), de lo contrario no cumpliría la función de apoyo que necesita la persona con diabetes por más vínculos que tenga, tamaño de su red y forma de su composición.

Toda persona tiene derecho a gozar de un seguro de salud; el INEI (2017) obtuvo como resultados del Censo 2017, que el 75,5% de la población del Perú cuenta con algún tipo de seguro de salud. La mayor parte de los adultos con diabetes pertenecen al seguro SIS, como se observa en la Tabla 15 representado por el 73.8%, así como también se observa la presencia de un 18.5% que tienen seguro EsSalud, una de las razones por las cuales una persona no se atiende en su seguro de trabajo es la otorgada por el siguiente testimonio:

“...me atiendo por Essalud porque tengo el seguro y de forma particular aquí (HPDBL), porque en el seguro solo me toman la glucosa y te hacen pocos estudios; cuando ven que mi glucosa es elevada me dicen - seguro que habrás comido- o que - has peleado con el esposo y por eso estas así-, en cambio acá hay especialista y me trata bien...” (Nº9 – 55 años- Mujer).

Llevar una vida con diabetes no es fácil si no se tienen como aliados a los profesionales de la salud y otras fuentes de apoyo; existen estudios donde las personas con diabetes mellitus 2 señalan que disponen de redes sociales de apoyo que van más allá de su sistema social íntimo o cercano, como son los profesionales de atención médica y organizaciones comunitarias (Koetsenruijter et al. , 2015); uno de los factores que afectan el comportamiento de los adultos con diabetes es la calidad en la relación entre el paciente y el personal de salud, lo cual es determinante para la adherencia (OMS, 2003).

En cuanto a la edad de diagnóstico, se observa que el 50.7% se les diagnosticó la diabetes en edades que van de 45 a 59 años (ver Tabla 15), también se determinó que el rango de tiempo que llevan viviendo con diabetes es entre 3 a 19 años (ver Tabla 16). Teniendo en cuenta que la mayor parte de los adultos con diabetes, es decir, 49.2% se

encuentran en edades entre 60 a 74 años, podemos decir que casi la mitad de ellos llevan varios años viviendo con la enfermedad desde su diagnóstico; estas cifras tienen como respaldo los datos obtenidos en cuanto a su red social de convivencia y vinculación con otras redes, pero también influyen los estilos de vida de la persona y su propia experiencia, tal como lo manifiesta el siguiente testimonio:

“...con respecto a las medicinas y los cuidados, he podido cuidarme hasta el momento. Si nos cuidamos los diabéticos, evitamos comer seguido los productos que nos hacen mal y nos hacemos nuestros controles, podemos estar bien. No podemos hacer una vida normal. Antes yo fumaba cigarro y tomaba, ahora cuando vi lo que le paso a mi hermano tomé conciencia...” (N°23 – 41 años- Hombre- 3 años con diabetes).

“...mis hijos me felicitan, porque a pesar de tener diabetes hace 18 años me mantengo bien, igual el doctor también me felicita...” (N°17 – 62 años- Hombre – 15 años con diabetes).

“...mi hija todo el tiempo me da ánimos, dice que he podido con la enfermedad tantos años que fácil podré muchos más...” (N°60 – 73 años- Mujer – 25 años con diabetes).

El apoyo y la comprensión del entorno de la persona con diabetes, es fundamental para que pueda adaptarse a los cambios que produce la enfermedad en su vida, ya sea para llevar un tratamiento a largo plazo, comprender como reacciona su organismo y establecer un nuevo o diferente estilo de vida al que está acostumbrado, de manera que le permita disminuir los riesgos y prevenir o retrasar la aparición de complicaciones propias de la enfermedad.

Los adultos con diabetes identificaron en qué consistía su tratamiento, donde el 53.2% señaló a los medicamentos antidiabéticos, el 17.4% señaló a la insulina y el 6.4% señaló utilizar medicina natural en reemplazo o como acompañamiento a los medicamentos (ver Tabla 15), de este último grupo se tiene un claro ejemplo del uso de medicina natural:

“...yo no me dejo, soy preguntona y aprendo de mi hermano, mi sobrina y del doctor, sobre la medicina y las pajitas, a mis familiares les pido que me busquen en internet como combatir la diabetes y ahora tomo la hoja de mango una semana y luego descanso...” (N°35 – 63 años- Mujer).

La medicina natural forma parte de nuestra cultura, utilizada por las familias donde prevalece las creencias y tradiciones, para aliviar o curar los malestares del cuerpo y la mente; la medicina natural también conocida como tradicional o alternativa y consiste en utilizar plantas medicinales o rescatar las propiedades de los alimentos para brindar un tratamiento. Mucha de la medicina farmacológica se basa en plantas medicinales, lo que refuerza la creencia en su uso para combatir la diabetes e incluso para curarla; sin embargo, lo que sí está demostrado, es que para controlar la enfermedad es necesario elegir opciones más saludables para nuestra alimentación y hacer mayor actividad física, no siendo esta situación representativa del grupo, por lo que sólo el 22.9% señaló como tratamiento, a las dietas y ejercicios.

Se observa que el 50.8% de las personas entrevistadas no tienen familiares con antecedentes de diabetes, de este grupo la mayoría señaló a la madre y abuelos maternos, y el 49.2% sí tiene (ver Tabla 15). El estudio de la historia familiar, y del genoma humano, ha permitido encontrar diversas anomalías genéticas que predisponen a la persona a desarrollar diabetes, como por ejemplo, alteraciones en el desarrollo pancreático y en la síntesis de la insulina (Sánchez y Albarrán, 2011). El hecho de haber tenido la experiencia de convivir con un familiar con diabetes, genera tanto la preocupación por su salud como el rechazo a convivir con la enfermedad, manifestando comportamientos negligentes:

“...mi mamá falleció con la enfermedad... vengo a la consulta porque si no mis hijos se molestan, ya les he dicho que de algo me tengo que morir...” (N°57 – 68 años- Mujer).

La sobreprotección de la familia, trae como consecuencia que la persona con diabetes no tenga acciones de autocuidado. Alarcón et al. (2017) en su estudio señaló que el apoyo instrumental puede generar efectos negativos al limitar las conductas de autocuidado que realiza una persona; siendo así, el tratamiento en salud debe considerar la situación social, psicológica y afectiva de la persona, enmarcada tanto en su contexto familiar o de convivencia así como de sus relaciones interpersonales.

La diabetes, se han convertido en una de las principales causas de muerte a nivel mundial; en parte, debido a factores como la adopción de estilos de vida no saludable, poca o ausencia de actividad física y sobrepeso u obesidad; para hacerle frente, los sistemas con los cuales interactúa la persona cumplen un papel muy importante, ser un soporte social para la eficacia y adherencia a los tratamientos y su ausencia podría convertirse en un factor de

riesgo para la enfermedad, tal como lo manifiesta un entrevistado:

“... todos me toman en cuenta, mi familia, mis amigos, aquí en el hospital y en el grupo mis compañeros, el doctor me entiende, si necesito estímulo recuerdo que yo soy uno más de tantos que hay en el mundo con diabetes...” (N°25 – 65 años- Hombre).

Como se observa, esta persona se ha logrado integrar con algunos de sus sistemas de apoyo y viceversa. Al respecto Maslow, señala que toda persona tiene la necesidad de “hacerse con los demás”, de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que sirvan de soporte y les haga sentirse queridos, es decir, que todas las personas requerimos tener apoyo social en nuestra vida.

El apoyo social fue analizado desde su componente funcional, siendo así son 3 los tipos de apoyo social estudiados: emocional, instrumental e informativo, según los autores Londoño et al. (2012); Revilla et al. (2005) citado por Alarcón et al. (2017); asimismo, Cortez y Velásquez (2017) definen al apoyo social como “un conjunto de recursos humanos, materiales, emocionales y físicos que mediante la interacción benefician a otra persona o grupo” (p.22) que a continuación se analizarán y discutirán:

Con respecto a la dimensión emocional, se observa que el 50.8% de los adultos con diabetes perciben un apoyo alto de su red social (ver Tabla 18), esta dimensión se encuentra relacionada a las expresiones de empatía, amor y confianza de parte del entorno; a continuación se analizará cada una de ellas.

En cuanto a la expresión de empatía, en su mayoría sienten que las personas que los rodean siempre entienden los síntomas que tienen con la diabetes, representado por un 29.2% (ver Tabla 19)

“...si me hace mal algo ellos me entienden, no me obligan hacer o comer algo...” (N°8 – 46 años- Mujer)

“...cuando tengo una reunión mis amigas dicen - ah verdad ella es diabética no toma-, en mi casa ni me lo presentan...” (N°20 – 59 años- Mujer)

“...mis hermanos de la congregación, me apoyan, me ayudan, ya saben que me hace daño y no me invitan...” (N°25 – 65 años- Hombre)

El 12.3% sienten que los demás nunca entienden los síntomas que tiene con la diabetes, siendo así, cuando se les preguntó ¿Por qué cree que no le entienden siempre?, algunas respuestas fueron:

“...nunca porque seguramente como no tienen la enfermedad, no saben cómo se siente...” (N°7 – 54 años- Mujer)

“...nunca, mi esposo viaja por 6 meses me quedo sola, a veces salgo a conversar con la gente...” (N°18 – 54 años- Mujer)

“... pues como estoy vieja ya no me entienden, me cuesta decirles cómo me siento...” (N°31 – 74 años- Mujer).

Para que los adultos con diabetes se sientan comprendidos por las personas de su entorno (redes sociales) es necesario contar no sólo con su presencia sino también que deben poseer un mayor nivel de entendimiento sobre la enfermedad crónica, todo lo contrario ellos irán aislándose y desarrollando ideas equivocadas sobre que significa vivir con la diabetes.

Los adultos con diabetes manifiestan que reciben el apoyo que necesitan ya sea porque siempre los escuchan, conversan o están presentes, representado por el 38.5% (ver Tabla 19), aquí algunos ejemplos:

“...gracias a mi familia tengo todo el apoyo que necesito, están siempre conmigo...” (N°8 – 48 años- Mujer)

“...con respecto al apoyo moral si, la familia me escucha, conversa conmigo...” (N°23 – 48 años- Mujer)

Los adultos con diabetes sienten que siempre están pendientes de ellos y son amados, el cual está representado por el 44.6% (ver Tabla 20) con respuestas como:

“...me brindan atención, cariño, se preocupan por mí...” (N°9 – 55 años- Mujer)

“...me respetan en mi dolor, me tienen paciencia porque por la diabetes hoy tengo otros problemas en mi cuerpo...” (N°17 – 62 años- Mujer)

En el microsistema de la persona se encuentra las influencias más inmediatas como son la familia y otros; en esta red social primaria, las relaciones que tiene se perciben como significativas, sirviendo como una gran fuente de apoyo para desarrollar su vida lo mejor posible o para sobrellevar las dificultades de la enfermedad.

En cuanto a la confianza, el 49.2% de los adultos con diabetes responden que siempre comunicarían al personal de salud si en algún momento no logran seguir el tratamiento (ver Tabla 21), lo que refleja la confianza que tienen para hablar con el personal de salud, tal como se ve a continuación:

“...si le cuento, el doctor es paciente conmigo y según como salgan mis exámenes vamos a ver si seguimos con el mismo tratamiento...”(N°10 – 44 años- Mujer)

“...cuando el doctor me dice -le salió la glucosa alta- yo le digo si porque hice un poquito de desarreglo...”(N°11 – 44 años- Mujer)

“...siempre digo la verdad al doctor y a Ani porque me escuchan...”(N°38 – 60 años- Mujer)

Al respecto Garizábalo et al. (2019), señala que el soporte social es una experiencia que involucra relaciones formales con profesionales de la salud; estas relaciones interpersonales con el adulto con diabetes tienen como objetivo principal la atención médica con fines de prevención y tratamiento de enfermedades; el estudio de Koetsenruijte et al. (2015) obtuvo que casi la mitad de los pacientes, el 48.3% tenía profesionales de la salud en su red extendida, valores muy similares al presente estudio, donde reconocen al personal de salud como parte de su red de apoyo social, debido al buen trato que reciben, a su conocimiento sobre la enfermedad lo cual acentúa la confianza del paciente por el personal de salud. Por otro lado, algunas pacientes señalan no tener la confianza suficiente debido a las llamadas de atención que reciben tanto del personal de salud como de sus familiares.

De tal forma que cuando se les preguntó a quién acudirían si necesitaran hablar sobre cómo se siente con la diabetes, ellos respondieron como 1era opción a la familia con el 60%, seguido del personal de salud con el 23.1%, el 12.3% señaló que no acudirían a nadie y el 4.6% indicaron a los amigos; se destaca al personal de salud también como 2da y 3era opción (ver Tabla 22), tal como se observa en las siguientes entrevistas:

“...al doctor, a veces converso con mi esposo, pero él también está mal...” (N°4 – 68 años- Mujer)

“...a mi esposa y mis hijos, con ellos no hay secretos...” (N°32 – 59 años- Hombre)

“...no converso de la enfermedad, conversando con la gente no me van ayudar, me dicen -come nomas, cuando se trata de morir se muere uno” (N°26 – 55 años- Mujer)

“...mi familia, mis amigos, tengo la comprensión de ellos gracias a Dios, en el trabajo no tanto pero no me afecta...” (N°47 – 54 años- Hombre)

Si bien, la mayoría confía en sus familiares directos, algunos prefieren hablar sólo con familiares que se encuentran lejos para evitar que los critiquen, otros señalan tener mayor confianza para tratar el tema con el personal de salud.

En definitiva, la empatía que proveniente de la red es muy significativa para la persona, porque las emociones que viven y la solidaridad que reciben, permite que asuma con mayor entereza su tratamiento y también en viceversa; la percepción de sentirse entendido por otros, en especial por su familia surge de la espontaneidad de las relaciones.

Con respecto a la dimensión instrumental, se observa que el 64.6% de los adultos con diabetes perciben un apoyo medio de su red social (ver Tabla 18), esta dimensión se relaciona la ayuda material y asistencia, tal como se ve a continuación:

El 29.2% de los adultos con diabetes respondió que obtienen medianamente suficiente lo que necesitan para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes (ver Tabla 23), tal como se observa en las siguientes entrevistas:

“...somos gente humilde, no tenemos para comprar toda la medicina, solo una parte...” (N°7 – 54 años- Mujer)

“...a veces me falta dinero para tratarme, el doctor me mando hacer unos exámenes y no lo saque en el momento porque no tenía dinero y como no tengo SIS sino Essalud tengo que pagar...” (N°14 – 59 años- Mujer)

“...cuando las pastillas no hay en el hospital ya no lo compro y menos tengo para comprar el aparato con la aguja, porque no hay para eso...” (N°34 – 64 años- Mujer)

“...mis hijos me apoyan y me mandan para la medicina, pero no siempre alcanza así que se compra lo que de...” (N°50 – 79 años- Mujer)

La mayoría responden no tener los suficientes medios económicos para cubrir las necesidades de la enfermedad, los posibles causales se encontrarían en que la mayor parte de ellos trascurren la etapa adulta mayor y el 67.7% de ellos no tiene una actividad laboral remunerada por lo que depende de su microsistema familiar. Desde el exosistema, el sistema

de salud debe proveerles de prestaciones con medicamentos y/o apoyo al diagnóstico necesarias para el tratamiento; se evidencia que no siempre los pacientes pueden acceder a estos recursos, haciendo que ellos tengan dificultades para llevar adecuadamente el tratamiento. Donde el 10.8% obtienen muy poco de lo que necesita para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes:

“...solo tomo lo que me da el doctor., mi esposo esta delicado y no hay suficiente, tampoco tengo como medir la glucosa...”(N°6 – 31 años- Mujer)

“... yo no trabajo señorita., he sido siempre madre soltera, a veces a mi hija no le alcanza para ayudarme a comprar algunas pastillas que no me dan el hospital...”(N°16 – 60 años- Mujer)

El 36.9% de los adultos con diabetes, manifiesta que nunca necesitan que alguien les acompañe a sus consultas médicas (ver Tabla 24).

“...puedo ir sola, mi esposo también me acompaña pero no quiero darle preocupaciones...” (N°9 – 55 años- Mujer)

“...antes iba con mi esposa, pero está un poco ocupada con los nietos. Me siento en la capacidad de ir solo y cuando regreso le explico cosas nuevas con respecto a la diabetes...” (N°25 – 65 años- Hombre)

Y el 13.8% siempre o casi nunca necesitan que alguien les acompañe a sus consultas médicas, a los cuales se les pregunto ¿por qué? y respondieron:

“...siempre, quiero que me acompañen a las consultas, me da miedo ir sola, no me vaya acordar que dice el doctor...” (N°3 – 79 años- Mujer)

“...para tener confianza en el tratamiento de la enfermedad, saber el motivo y para que escuche lo que dice el médico...”(N°13 – 57 años- Hombre)

“...mi señora me acompañaba antes, pero ahorita no hay para los pasajes, pero si quisiera que venga para que escuche lo que dice el doctor...” (N°37– 31 años- Hombre)

Algunos pacientes se sienten más seguros cuando son acompañados a sus consultas, piensan que eso les garantizará llevar de mejor forma su tratamiento porque no lo harán solos, sino que sus familiares formarán parte del proceso al escuchar al médico; sin embargo para la gran mayoría es todo lo contrario, no creen necesario sentir la compañía de los demás.

El 29.2% a veces necesitan que alguien les brinde algún apoyo para el tratamiento de la diabetes (ver Tabla 24),

“...quiero aprender a medir mi glucosa...”(N°4– 68 años- Mujer)

“...que me enseñen como debo alimentarme...”(N°12– 78 años- Hombre)

“...que me ayuden a olvidar los problemas, a veces no sé qué hacer porque me deprimó mucho...”(N°31– 74 años- Hombre)

“...que me ayuden a recordar tomar la medicina porque a veces me olvidó...”(N°48– 45 años- Hombre)

“...que nos entreguen la medicina a tiempo, porque no tenemos plata para comprarla y a veces me quedo sin tomarla...”(N°62– 49 años- Hombre)

Los adultos con diabetes requieren mejorar sus apoyos provenientes del microsistema y del mesosistema, no sólo para atender las necesidades de la enfermedad sino también para evitar que se sientan solos, prevenir la depresión y desarrollar habilidades para su autocuidado.

Con respecto a la dimensión informativo, se observa que el 60.0% de los adultos con diabetes perciben un apoyo medio de su red social (ver Tabla 18), esta dimensión se relaciona con los consejos e información que ellos reciben, tal como se ve a continuación:

Con respecto a los consejos, los adultos con diabetes sienten que las personas que les rodean, siempre les animan a que siga el tratamiento, evidenciado por el 38.5% (ver Tabla 25), debido a eso se les preguntó ¿quiénes y qué le dicen? tal como se observa en las siguientes entrevistas:

“...siempre, mis padres y hermanos me dicen que tengo que seguir el tratamiento para mejorar...” (N°8– 46 años- Mujer)

“...todo el tiempo, que no me rinda, me lo dice mi familia y a veces mis amigos del trabajo que ya me conocen que me cuidó...”(N°19– 53 años- Hombre)

“...el doctor por ejemplo, nos anima, si no me hubieran detectado la enfermedad hubiera seguido haciendo desarreglos...”(N°25– 65 años- Hombre)

En su mayoría, reconocen a sus familiares directos, amigos y al médico como las personas que les brindan fortaleza para seguir el tratamiento; lo que evidencia la influencia del microsistema y mesosistema.

El 27.7% de los adultos con diabetes sienten que las personas que les rodean nunca podrían darle algún consejo sobre de la diabetes (ver Tabla 25); a ellos se les pregunto ¿Qué hace falta? y respondieron:

“...porque desconocen, más bien yo tengo que explicarles, porque los supuestos médicos están allí siempre, familiares que vienen y te recomiendan lo que otros creen que funciona...” (N°25– 65 años- Hombre)

Los adultos con diabetes creen que para dar consejos los demás deben conocer sobre la enfermedad, algunos manifiestan que son ellos los que más bien aconsejan a los demás sobre cómo deben cuidarse para evitar tener diabetes. En relación a esto, Lin (1986) y Gottlieb (1981) citado por Capilla (2014) consideran que a nivel micro las relaciones de apoyo social proporciona un sentimiento de compromiso, asumen normas de reciprocidad y responsabilidad del bienestar del otro.

Con respecto a la información, el 36.9% de los adultos con diabetes creen tener medianamente suficiente conocimiento sobre la diabetes para mantenerse saludable (ver Tabla 26), a ellos se le preguntó ¿qué le hace falta? y respondieron:

“...me falta saber un poco más sobre cómo cuidarme, en las charlas que asisto de la diabetes me enseñan sobre que debo comer...” (N°1– 39 años- Mujer)

“...me falta, sé que la diabetes complica otros órganos, con el tiempo el cuerpo cambia y puedo necesitar saber algo más...” (N°28– 65 años- Hombre)

Los pacientes en su mayoría manifiestan interés por aprender más sobre la enfermedad; algunos de ellos participan del programa “Centro de Atención Integral de pacientes con Diabetes Lambayeque – CAIDIL”, y en él han adquirido algunos saberes que hoy ellos mismos comparten con sus familiares y allegados, lo que fortalece los vínculos entre sus redes de apoyo social, y los sistemas con los cuales interactúa.

Ante lo anterior, los adultos con diabetes resuelven sus dudas sobre alimentación, los ejercicios y los medicamentos y controles en su mayoría principalmente del personal de salud, y manifiestan recibir el apoyo del médico:

“...el médico nos ha enseñado en las charlas...” (N°4– 68 años- Mujer)

“...él me tiene mucha paciencia...” (N°22– 46 años- Mujer)

Respecto a la adherencia al tratamiento, este se determinó por medio del control en la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia, tal como se analiza a continuación:

El 67.7% de los adultos con diabetes tienen un regular control de su ingesta de medicamentos y alimentos (ver Tabla 31), porque frecuentemente logran ingerir sus medicamentos de manera puntual, frecuentemente siguen una dieta rigurosa o están dispuestos de dejar de hacer algo placentero y frecuentemente siguen el tratamiento si el médico les inspira confianza. El 69.2% de los adultos con diabetes tienen un buen seguimiento médico conductual (ver Tabla 32), porque frecuentemente se hacen análisis en los periodos que el médico indica y asiste a sus controles de forma puntual, muy frecuentemente regresa a consulta después de haber terminado su tratamiento y siempre les inspira confianza que el médico conozca sobre su enfermedad. El 56.9% de los adultos con diabetes tienen una buena autoeficacia (ver Tabla 33), debido a que frecuentemente se apegan más al tratamiento cuando tienen los resultados de sus análisis clínicos, pocas veces dejan el tratamiento cuando los síntomas desaparecen, en su mayoría nunca necesitan que les recuerden que deben tomar sus medicamentos y frecuentemente siguen el tratamiento aunque sea complicado. Para Bandura (citado por Criollo et al. , 2017) la autoeficacia “es un mecanismo que activa el desempeño, esfuerzo, atención y persistencia relativas a las demandas situacionales”. Existen estudios en poblaciones similares como el de Mercado (2014) el cual obtuvo resultados predominantemente buenos en los factores de autoeficacia con 87.23%, seguimiento médico conductual con 81.38% y control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos con 71.81%.

Los resultados obtenidos en la investigación señalaron que el 61.5% de los adultos con diabetes perciben tener un nivel de apoyo social medio (ver Tabla 17), quedando demostrado en el análisis de sus indicadores; donde la mayoría, el 50.8%, sienten que su entorno más cercano, es decir, su microsistema conformado por la familia, personal de salud y amigos, están pendientes de ellos, se sienten amados, son escuchados y tienen la confianza de expresar lo que sienten y viven respecto a la enfermedad; donde el 64.6% obtienen medianamente lo que necesitan de su microsistema y mesosistema y el 60% reciben palabras de aliento consejos e información necesaria para seguir adecuadamente el tratamiento. Este resultado se fundamenta en el modelo ecológico, donde Carel Germain y Alex Gitterman

(1980) citado por Moix (2011), consideran que la persona se encuentra en constante situación de intercambio adaptador con diferentes elementos de su entorno, haciendo que la persona como quienes se encuentren en su entorno cambien y se influyan recíprocamente. El entorno trasciende en la persona y en la situación inmediata que esté viviendo, por lo que todos los sistemas con los cuales interactúe el adulto con diabetes influirán para preservar su salud y prevenir las complicaciones propias de la enfermedad o por el contrario lo conduciría al deterioro de su estado funcional.

Asimismo, los resultados de la valoración de adherencia al tratamiento mostraron que el 55.4% de los adultos con diabetes tienen un nivel de adherencia al tratamiento regular y el 41.5% de ellos tienen un nivel de adherencia al tratamiento bueno (ver Tabla 30). Analizando sus factores se determinó que la mayor parte de adultos con diabetes tienen una adherencia al tratamiento que va desde regular a bueno.

Finalmente, los adultos con diabetes que tuvieron apoyo social medio también tuvieron una regular adherencia al tratamiento y los que tuvieron un apoyo social alto también tuvieron una buena adherencia terapéutica con un 80% y 100% respectivamente (ver Tabla 34); lo que permitió determinar, que la presencia de apoyo social en los adultos con diabetes influye notoriamente en su adherencia al tratamiento. Al respecto estudios como Zegarra (2018), demostraron que la mayoría de los pacientes tienen una buena adherencia al tratamiento debido a que perciben un mayor apoyo social, y De los Santos (2019), que manifiesta que, mientras exista un deficiente apoyo social percibido la adherencia al tratamiento disminuirá.

Sobre los aspectos del apoyo social que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes en los adultos, a partir de los resultados obtenidos en la Tabla 34, el apoyo social emocional y el seguimiento médico conductual obtuvo un $(r=0.638)$, y el apoyo emocional y el control de ingesta de medicamentos obtuvo un $(r=0.636)$, por lo tanto se determinó que el apoyo emocional principalmente favorece la adherencia al tratamiento. De esta manera podemos afirmar que, a mayor apoyo social en los adultos con diabetes, se incrementa la adherencia al tratamiento de la diabetes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La mayoría de adultos con diabetes que participaron en el estudio se encuentran en edad adulta media, con capacidad de desarrollar alguna actividad económica productiva, sin embargo, han dejado de laborar o realizar actividades que no les proveen de un sustento económico, siendo dependientes económicamente de otras personas; tienen un nivel educativo secundario otorgándoles mayor probabilidad de comprender las indicaciones dadas por el médico y asumir con responsabilidad su recuperación y autocuidado, viven en zona urbana, con accesibilidad a los servicios de salud, provienen de familias extensas y el grupo más representativo es el de las mujeres. En su mayoría poseen una red de apoyo social natural, representada por un tamaño de red de convivencia de 2 o 3 personas, y reconocen como fuente de apoyo a los profesionales de salud. La mitad de los adultos se le diagnosticó la enfermedad en la etapa adulta media y no tienen familiares con antecedentes de diabetes.
- Los adultos con diabetes perciben un apoyo emocional alto de su red social, debido a que ellos sienten que las personas que los rodean les entienden, les ayudan cuando los necesitan, les escuchan, están pendientes de ellos, se sienten amados y tienen la confianza para hablar cuando no logran seguir las indicaciones del tratamiento; también perciben un apoyo instrumental medio, porque obtienen parte de lo que requieren para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes desde su microsistema y mesosistema, por no tener los suficientes medios económicos para cubrir las necesidades de la enfermedad, y aunque en su mayoría no necesitan de asistencia para acudir a las consultas, la compañía de alguien les resulta beneficioso para su salud y así no se sientan solos, previenen la depresión y desarrollan habilidades para su autocuidado; y respecto al apoyo informativo en su mayoría reconocen a sus familiares directos, amigos y al médico como las personas que les brindan fortaleza para seguir el tratamiento, pero que los consejos deben darlos sólo aquellos que conocen sobre la enfermedad, de la misma manera que ellos requieren aprender más sobre la enfermedad; teniendo como principal aliado al personal de salud.

- El nivel de adherencia al tratamiento en general de los adultos con diabetes es regular en un 55.4% y es bueno en un 41.5%; asimismo, es regular en un 67.7% en su factor de ingesta de medicamentos y alimentos, es bueno en un 69.2% en su factor de seguimiento médico conductual y es bueno en un 56.99% en su factor de autoeficacia.
- La presencia de apoyo social en el adulto con diabetes influye notablemente en su adherencia al tratamiento según como logren adaptarse a los cambios que produce la enfermedad en su vida y le haga sentirse entendido, apoyado, acompañado e informado; para este fin, requiere de recursos que le provee sus redes de apoyo en el microsistema y mesosistema, es decir, familia, amistades, profesionales de la salud, y las políticas de prestaciones de medicamentos y/o apoyo al diagnóstico de manera oportuna.

RECOMENDACIONES

- A la dirección del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, se recomienda mejorar el sistema educativo-preventivo sobre la enfermedad, dirigiendo los esfuerzos no solo a los pacientes con diabetes sino también a su entorno, como son las familias, grupos, organizaciones, empresas y comunidad, es decir, los sistemas de apoyo social, debido a que se ha comprobado que permiten lograr una mayor efectividad para el control de la enfermedad y adherencia al tratamiento; donde todos estos sistemas se encuentre vinculados a esta labor y asuman la importancia del adoptar estilos de vida más saludables para todos, y contribuyan con los recursos necesarios permitiendo una mejor convivencia.
- Al Centro de Atención Integral de Pacientes con Diabetes Lambayeque (CAIDIL), se recomienda implementar como estrategia de apoyo social, la formación de “grupos de apoyo” en los cuales pueden participar como monitor/facilitador del grupo un profesional (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, etc.). Este grupo permitiría la interacción social cara a cara dentro de un grupo pequeño, enfatizarían la participación personal por su carácter voluntario, otorgaría un propósito de colaboración consciente de unos con otros para ayudarse entre sí a enfrentar los problemas que se presentan viviendo con la enfermedad y donde se ofrecería distintos tipos de apoyo especialmente el emocional.
- A la comunidad científica de la Universidad Señor de Sipán, se recomienda promover estudios similares con muestras estratificadas por grupos etareos en un rango mayor de tiempo de estudio, con la finalidad de representar mejor la población y obtener resultados que permitan diseñar programas que cumplan con las políticas institucionales y del sector, con un enfoque de desarrollo sostenible que responda a las necesidades de la población local.
- Finalmente, se recomienda a la dirección del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, la intervención del profesional de Trabajo Social de forma interdisciplinaria en el proceso de atención de la enfermedad, este profesional posee las herramientas metodológicas y científicas para facilitar la adaptación de la enfermedad en el paciente, identificando las necesidades, problemas, fortalezas y debilidades del

paciente, diseñando un plan de intervención individualizado o de grupo que responda no solo al Plan Estratégico Institucional sino que ayude a disminuir las limitaciones, desarrollando habilidades y capacidades en las personas y previniendo situaciones de vulnerabilidad o enseñando a superarlas.

REFERENCIAS

- Alarcón, C., Hernández, L., Argüelles, V., y Campos, Y. (2017). Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. *Liberabit*, 23(1), 111-121. doi: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.08>
- Ander-Egg, E. (2010). *Métodos y Técnicas de Investigación III. Cómo organizar el trabajo de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Guadalajara. *Revista IIPSI*, 16(1), 233-245. Recuperado de:
- Arteaga, A., Cogollo, R. y Muñoz, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1668-1676. doi:<https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
- Aylwin, A. y Solar, M. (2011). *Trabajo Social Familiar*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Campos, A. y Vicente, D. (2017). *Perfil clínico epidemiológico de diabetes mellitus tipo 2, en pacientes atendidos en los hospitales Regional Docente Las Mercedes y Provincial Docente Belén de Lambayeque 2015-2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/951/BC-TES-5732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cano, E., Gutiérrez, D., Capa, L. (2016). Factores protectores y de riesgo en las complicaciones Cardiovasculares de los diabéticos de 40 a 79 años. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. XI(17), 956. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-protectores-riesgo-complicaciones-cardiovasculares-diabeticos/>
- Capilla, A. (2014). El apoyo social como cobertura de protección social [Diapositivas]. Recuperado de: <https://slideplayer.es/slide/14049235/>.
- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

- Chávez, M. (2018). *Percepción del apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus 2. Hospital General de Jaén, 2017*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. Recuperado de: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2767/T016_71717735_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cortez, N. y Velásquez, L. (2017). *Apoyo social y estrés en estudiantes universitarios. Pimentel 2016*. (Tesis de pregrado), Universidad Señor de Sipán, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3191/TESIS%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Clínica Universidad de Navarra (s/f.). *Apoyo Moral*. Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/apoyo-moral>
- Criollo, M., Romero, M. y Fontaines- Ruiz, T. (2017). Autoeficacia para el aprendizaje de la investigación en estudiantes universitarios. *Psicología Educativa*, 23(1), 63-72. Recuperado de: <https://journals.copmadrid.org/psed/art/j.pse.2016.09.002>
- Custodio, R. y Santamaría, L. (2016). *Calidad de vida y adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Enfermedades no transmisibles – Diabetes. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016*. (Tesis de pregrado), Universidad Señor de Sipán, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/3395>
- De los Santos, R. (2019). *Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1661/Ruth_%20Tesis_%20Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Díaz, M. (2014). *La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud*. Recuperado de: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554/1430>

- Epul, P. (2012). *Factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II en pacientes bajo control del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo en el año 2010*. (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de: http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180452/EPUL_PAMELA_1929M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Estrella, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicancias para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*. Universidad de Valencia. 6 (2), 257-271. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista Periferia Investigación en Antropología*, 3, 1-16. Recuperado de: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con Familias*. Madrid, España: Ediciones Académicas S.A.
- Fernández, T. y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social Individualizado*. Madrid, España: Ediciones Académicas S.A.
- Fuente, A., Herrero, J., y Gracia, E. (2010). Internet y apoyo social: sociabilidad online y ajuste psicosocial en la sociedad de la información. *Acción psicológica*, 7 (1), 9-15. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/44163190_Internet_y_apoyo_social_sociedad_online_y_ajuste_psicosocial_en_la_sociedad_de_la_informacion
- Gambara, H. (1997). *Reseña de "Apoyo Social"*. *Psicothema*, . 9, núm. 2, 1997, pp. 457-461. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72709222.pdf>
- Garizábalo, C., Rodríguez, A. y Cañón W. (2019). Soporte social enfocado a personas con diabetes: una necesidad desde enfermería. *Revista Cuidarte*. 10(1): e697. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.697>
- Gobierno Regional de Lambayeque. (02, Agosto, 2018). Crean Centro de Atención Integral de Pacientes con Diabetes Lambayeque (CAIDIL). [Nota de prensa]. Recuperado de: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/25159?pass=MTMxMQ==>
- Gottlieb, B. y Bergen, A. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (5) 511 – 520. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001>.

- Hernández-Nava, J., Rodríguez-Bustos, B., y Sierra-Torres, A. (2014). El paciente diabético y su entorno familiar y social. *Sx Cardiometabólico Diabetes*, 1(1), 38-42. Recuperado de <http://nietoeditores.com.mx/nieto/Diabetes/Diabetes1small.pdf>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Mc Graw Hill.
- Hernández, J. (2010). *¿Adhesión o adherencia al tratamiento?*. Obtenido de: <http://articulos.sld.cu/cimeq/?p=3979>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú Enfermedades No Transmisibles y Trasmisibles, 2017. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Perú: Perfil Sociodemográfico. Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/index.html
- International Diabetes Federation. (2018). *Manage diabetes*. Recuperado de: <https://www.worlddiabetesday.org/about-wdd/wdd-2018-19/manage.html>
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas. 8th edición 2017*. Recuperado de: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
- Koetsenruijter, J., Lieshout, J., Lionis, C., Portillo, M., Vassilev, I., Todorova, E. et al. (2015). Social Support and Health in Diabetes Patients: An Observational Study in Six European Countries in an Era of Austerity. *PLOS ONE*. 10(8): e0135079. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135079>
- Lara, F. (2005). *El trabajador social y la ayuda psicosocial*. Málaga, España: Ediciones Aljibe
- Las Heras, M. y Cortajarena, M. (2014). *Introducción al Bienestar Social*. Madrid, España: Ediciones Paraninfo S.A.
- Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., Mastroianni, P. (2016). *Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 14(1), 70-77. Recuperado de:

- Marin, D., y Sanhueza, O. (2016). Apoyo Social: Uso del concepto en enfermería. Universidad de Concepción. DOI UC: 10.7764/Horiz_Enferm.27.2.32
- Mercado, L. (2014). *Relación médico-paciente y su influencia en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, 2014.* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Perú. Recuperado de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4887/70.1895.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud (Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas) (2016). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.* Lima, Perú: MINSa.
- Moix, M. (2011). *La práctica del trabajo social.* Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.
- Montesinos, R., Lloret, D., Segura, J. y Aracil, A. (2015). La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud.* 27(1), Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000100003
- Mujeres son la mayoría de víctimas de la diabetes (23 de Junio de 2019). La Industria, p.A4.
- Nieto, C., y Prada, Á. (2012). *Proceso de adaptación de los adultos maduros con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el H.N.A.A.A. Chiclayo – 2011.* (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/399/1/TL_Nieto_Lazo_Carmen.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (18, mayo, 2018). El Director General lleva a la Asamblea Mundial de la Salud un ambicioso programa de cambio. [Comunicado de prensa]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/18-05-2018-director-general-brings-ambitious-agenda-for-change-to-world-health-assembly>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes.* Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=936E6AE7F05D7DBAB18851ACCE6FBF53?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (s/f.). *Diabetes.* Obtenido de: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- Ortego, M., López, S. y Álvarez, M. (s.f). El apoyo social. *Ciencias Psicosociales I*. Recuperado de: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf
- Papalia, Felman y Martorell (2012). *Desarrollo Humano*. Madrid, España: Mc. Graw Hill.
- Quispe, D. (2016). *Influencia del apoyo familiar en la demanda del cuidado y adhesión al tratamiento de insuficiencia renal en los pacientes del hospital base Víctor Lazarte Echegaray período 2016 - distrito de Trujillo*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7889/QUISPE%20BURGO%20%20DIANA%20MAGALY%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*. 16(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006
- Rojas, R. y Villafani, A. (2016). *Factores asociados al incumplimiento del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Norbert Wiener, Perú. Recuperado de: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/440/T061_0968826_3_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, P. y Albarrán, A. (2011). Diabetes Mellitus. Clasificación. Epidemiología. En Albarran, A. *Endocrinología* (617-622). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Santos, R. (2019). *Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un Hospital de Lima Metropolitana*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1661/Ruth_%20Tesis_%20Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Schneider, J., Pizzinato A. y Calderon, M. (2015). *Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido*. Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur. Revista de Psicología 33(2), Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13051/13664>
- Silva, D. (2009). Reseñas: Redes sociales en el trabajo social. *Trabajo Social* 11, 215, Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/download/15346/16135>.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (2017). *Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento*. Recuperado de: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
- Soria, R., Vega, Z., Nava, C. y Saavedra, K. (2011). Interacción Médico-Paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberativ Revista de Psicología*, 17(2), 223-230. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68622584011>
- Tesauro de la UNESCO (2019). *Información del Vocabulario*. Recuperado de: <http://vocabularies.unesco.org/browser/thesaurus/es/>
- Teherán, A., Mejía, M., Álvarez, L., Muñoz, Y., Barrera, M. y Cadavid, V. (2017). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. *Rev Cienc Salud*. 15(2), 211-222. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5757>
- Villalobos, E. (2015). *Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL_Villalobos_Cordova_Elda.pdf
- Villena, J. (2017). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 63(4), 593-598. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a12v63n4.pdf>
- Zegarra, J. (2018). Percepción del Apoyo Social y Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, consultorio externo de Endocrinología, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2017. (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santa María, Perú. Recuperado de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7648/70.2382.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

PARTE II: APOYO SOCIAL

Señale la respuesta que más se aproxime, sobre cómo es el apoyo que usted recibe de las personas que están a su alrededor (familiares, amigos, personal de salud o compañeros).

A. APOYO EMOCIONAL:

1. ¿Siente que los demás entienden los síntomas que Ud. tiene con la Diabetes?
() Nunca () Casi Nunca () A veces () Casi Siempre () Siempre
Si la rpta. es diferente a “Siempre”, ¿Por qué cree que no le entienden?.....
.....
2. ¿Ud. siente que recibe el apoyo que necesita con respecto a la Diabetes?
() Nunca () Casi Nunca () A veces () Casi Siempre () Siempre
Si la rpta. es “Siempre”, ¿Cómo le apoyan y quien se lo brinda?
Si la rpta. es diferente a “Siempre”, ¿Cómo le gustaría que los demás le apoyen?
.....
.....
3. ¿Se siente Ud. amado?
() Nunca () Casi Nunca () A veces () Casi Siempre () Siempre
Si la rpta. es “Siempre”, ¿Cómo se lo demuestran?
Si la rpta. es diferente a “Siempre”, ¿Por qué?
.....
.....
4. ¿A quien acude Ud. si necesita hablar sobre cómo se siente con la Diabetes?
5. Si Ud. No logra en algún momento seguir el tratamiento indicado ¿Comunicaría al personal de salud?
() Nunca () Casi Nunca () A veces () Casi Siempre () Siempre
Si la rpta. es diferente a “Siempre”, ¿Por qué? ¿A qué otra persona le comunicaría?
.....
.....

B. APOYO INSTRUMENTAL o MATERIAL

6. ¿Ud. obtiene lo que necesita para llevar un buen control y tratamiento de la diabetes?
() Muy Poco () Poco () Medianamente suficiente () Suficiente () Bastante
Si la rpta. es diferente a “Suficiente” o “Bastante”, ¿Qué le hace falta?.....
.....
7. ¿Ud. necesita que alguien le acompañe a las consultas médicas?
() Siempre () Casi Siempre () A veces () Casi Nunca () Nunca
Si la rpta. es “Nunca”, ¿Alguien le acompaña? ¿Por qué?
Si la rpta es diferente a “Nunca”, ¿Quisiera que le acompañen? ¿Por qué?
.....
.....
8. ¿Ud. necesita que alguien le brinde algún apoyo para el tratamiento de la diabetes?
() Siempre () Casi Siempre () A veces () Casi Nunca () Nunca
Si la rpta. es “Nunca“, ¿Por qué?
Si la rpta. es diferente a “Nunca”, ¿En qué parte del tratamiento?
.....
.....

C. APOYO INFORMATIVO:

9. ¿Las personas que le rodean, le animan a que siga el tratamiento?
() Nunca () Casi Nunca () A veces () Casi Siempre () Siempre
Si la rpta. es “Siempre”, ¿Quiénes y qué le dicen?
.....
10. ¿Siente Ud. que las personas que le rodean, pueden darle algún consejo u orientación sobre la diabetes?
() Nunca () Casi Nunca () A veces () Casi Siempre () Siempre
Si la rpta. es diferente de “Siempre”, ¿Qué hace falta?
Si la rpta. es “Siempre”, ¿Quiénes, qué le dicen y en qué momento?
.....
.....

11. ¿Cree Ud. que tiene los conocimientos necesarios sobre la Diabetes para mantenerte saludable?

() Muy Poco () Poco () Medianamente suficiente () Suficiente () Mucho

Si la rpta. es diferente de “Suficiente” o “Mucho”, ¿Qué le hace falta?.....

.....

12. ¿A quién acude Ud. si tienes dudas sobre los alimentos que puede consumir?

..... ¿Por qué?

13. ¿A quién acude Ud. si tienes dudas sobre los ejercicios que puede hacer?

..... ¿Por qué?

14. ¿A quién acude Ud. si tienes dudas sobre los medicamentos y controles?

.....¿Por qué?

Anexo B. Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

Estimado Sr /Sra. Gracias por decidir participar en esta investigación. Por favor, responda a las siguientes oraciones, seleccionando la respuesta que mejor exprese su conducta ante la diabetes.

FACTOR: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos					
1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
4. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo dejar de fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
5. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
6. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
7. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
FACTOR: Seguimiento Médico Conductual					
8. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
9. Asisto a mis consultas de manera puntual.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
10. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre

11. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	Siempre	Muy Frecuente mente	Frecuente mente	Pocas Veces	Nunca
13. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
14. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
FACTOR: Autoeficacia					
15. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvidan tomar mis medicamentos.	Siempre	Muy Frecuente mente	Frecuente mente	Pocas Veces	Nunca
17. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	Siempre	Muy Frecuente mente	Frecuente mente	Pocas Veces	Nunca
18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.	Siempre	Muy Frecuente mente	Frecuente mente	Pocas Veces	Nunca
19. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	Siempre	Muy Frecuente mente	Frecuente mente	Pocas Veces	Nunca
20. Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre
21. Aunque el tratamiento es complicado, lo sigo.	Nunca	Pocas Veces	Frecuente mente	Muy Frecuente mente	Siempre

Anexo C. Consentimiento Informado

FACULTAD DE HUMANIDADES ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN

I. INFORMACIÓN

El presente formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO, está dirigido a las personas adultas con diabetes que son atendidos en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, quienes fueron invitados a participar en la investigación: “Apoyo Social en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2019”.

La investigación es conducida por la tesista: Vanessa Giselle Saldaña Carmona.

Autonomía y voluntariedad. Usted es una persona autónoma. Por lo tanto, usted decidirá participar o no en la presente investigación. Se le pedirá que responda algunas preguntas de dos instrumentos que son una escala y un cuestionario mediante una entrevista individual que durará aproximadamente 30 minutos. La entrevista consistirá en preguntas sobre cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos.

Así como usted decide participar en la investigación, también decidirá participar hasta que concluya la entrevista, o decidirá retirarse cuando lo quiera, sin ningún daño o perjuicio para su bienestar.

Los fines de la investigación son estrictamente académicos. La información que usted proporcione, sólo será empleada para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Justicia. Su participación en la presente investigación, no significará ningún riesgo para usted, ni le ocasionará daño alguno. Asimismo, tampoco le proporcionará beneficios directos. Solo, que usted, ha participado y contribuido voluntariamente con información importante para esta investigación.

II. COMPRENSIÓN

Por favor, se desea que diga si ha entendido lo que hemos conversado hasta este momento. Qué dudas tiene o qué no ha entendido bien. Volveré a explicárselo. Es necesario que haya entendido, porque solo si ha entendido, tiene sentido su participación en la investigación.

En cualquier momento de la investigación, usted puede realizar las preguntas que desea, por ello, se le proporcionará un número telefónico, al cual usted llamará con ese fin. El número de teléfono es el siguiente: 962807188.

II. VOLUNTARIEDAD

Su participación en la investigación es voluntaria. Por lo mismo, puede retirarse cuando usted lo decida.

Confidencialidad. No utilizaré su nombre en la investigación, en su lugar figurará un seudónimo o número. Solo yo, como autora de la investigación conoceré su seudónimo.

SEGUNDA PARTE: FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo,..... he aceptado voluntariamente la invitación de participar en la investigación titulada: APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN ADULTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE, 2019.

Me han informado claramente sobre la responsable de la investigación, y a qué institución pertenece; asimismo, me ha explicado sobre el propósito de la investigación y que responderé a una entrevista de aproximadamente 30 minutos.

También sé, que la información que proporcionaré es confidencial, y sólo será utilizada para los fines de la investigación. La entrevista será grabada, y luego de ser transcrita, será destruida.

Me han informado de los riesgos y beneficios. Me han dicho y sé, que mi participación es voluntaria y confidencial; por ello, solo me identificaré con un pseudónimo que ha sido elegido según mi voluntad y decisión.

La persona que me ha leído el presente documento que se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO, me ha dicho que en cualquier momento, puedo retirarme de la investigación, incluso, durante la entrevista. Me ha proporcionado un número de teléfono, al cual llamaré ante cualquier duda.

Y como prueba de que estoy de acuerdo, firmo el presente documento.

Nombre/Pseudónimo :

Mi firma :

Fecha :

Anexo D. Autorización para ejecutar Proyecto de Investigación



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD-LAMBAYEQUE
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



“Año de Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

Reg N° 144- 2019

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “BELÉN” DE LAMBAYEQUE HACE CONSTAR:

Que, la Sra. VANESSA GISELLE SALDAÑA CARMONA, ha sido autorizada para ejecutar su proyecto de investigación, denominado “APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN ADULTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE, 2019”, para lo cual realizará 65 entrevistas a los pacientes que asisten al Consultorio de Endocrinología.

Se expide la presente, para los fines que la interesada considere conveniente.

Lambayeque, 03 de junio del 2019



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL “BELEN” LAMBAYEQUE

Dr. Luis D. Deza Navarrete
DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE
CMP 14361 RNE 5515

LDDNmjtm
DHPDBL/UADI
C.c. Archivo.
Exp: 3240404 - 1

“SALUD NUEVA ACTITUD”
Av. RAMON CASTILLA N.º 597- TELEFAX. 283481
hblenlamb@hotmail.com

Anexo E. Acta de Originalidad

ACTA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Uriol Castillo Gaudy Teresa, docente encargado de grados y títulos del Programa Académico de Trabajo Social y revisor del proyecto aprobado mediante Resolución N° 0339-2019/FH-USS, de la BACHILLER Vanessa Giselle Saldaña Carmona, de la Tesis Titulada "APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN ADULTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE, 2019"

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 21 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software del Turnitin.

Por lo que concluyo, que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva de Similitud aprobada mediante Resolución de Directorio N° 016- 2019/PD-USS de la Universidad Señor de Sipán.

Pimentel, 25 de febrero del 2020


.....
MG. Gaudy Teresa Uriol Castillo