

TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA
DE CALLISTA ROY

FIERRO TRUJILLO JESSICA PAOLA
LOSADA GÓMEZ YULIETH TERESA
PUYO TRUJILLO MELISSA
RODRÍGUEZ ESTEBAN HERNÁN DARÍO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA - HUILA
2015

TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA
DE CALLISTA ROY

FIERRO TRUJILLO JESSICA PAOLA

LOSADA GÓMEZ YULIETH TERESA

PUYO TRUJILLO MELISSA

RODRÍGUEZ ESTEBAN HERNÁN DARÍO

Trabajo presentado como requisito para obtener el título de Enfermera (o)

Asesora

ROSA LISSETH SALAZAR HERRÁN

Enfermera

Especialista en Salud mental y Psiquiatría

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2015

Nota de aceptación:

Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, ___ de Agosto de 2015.

DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto de grado a:

Dios, quién supo guiarnos por el buen camino, dándonos fuerzas para seguir adelante y no desfallecer ante las dificultades que se presentaban y así culminar esta investigación satisfactoriamente.

A nuestro padres, por su apoyo, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles, ya que nos han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, principios, y perseverancia para alcanzar nuestros objetivos.

*Jessica
Yulieth
Melissa
Hernán*

AGRADECIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que de alguna forma, hicieron parte de este estudio e hicieron que este sueño fuera posible:

A nuestra asesora, Rosa Lisseth Salazar H. por su paciencia, apoyo, consejo y colaboración constante durante todo el proceso de creación y estructuración, pero en especial, por aportar sus conocimientos y experiencia al mejoramiento, desarrollo y culminación de nuestro estudio

A la profesora Luz Omaira Gómez, quien con su ayuda desinteresada y sus valiosos conocimientos, nos asesoró y guió en el proceso de desarrollo de nuestro proyecto.

A la profesora Liliana Molina Sánchez, quien nos brindó parte de su tiempo y nos aportó sus amplios conocimientos, para dar más sentido y precisión a nuestra investigación.

A las personas en encuestadas, partícipes de esta investigación, por su amabilidad, tiempo y colaboración, ya que sin ellos esta investigación no hubiera sido posible.

Al semillero de investigación ENFERUS grupo “Cuidar”, por habernos permitido participar activamente y ayudarnos en nuestra formación como investigadores.

Agradecemos también, a los coordinadores de los centros Oftalmológicos de la ciudad de Neiva, quienes con su hospitalidad e interés, permitieron que este proyecto culminara exitosamente.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	17
2 JUSTIFICACIÓN	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 MARCO DE REFERENCIA	26
4.1 DIABETES TIPO 1	26
4.2 DIABETES TIPO 2	27
4.3 COMPLICACIONES DIABÉTICAS	28
4.3.1 Enfermedad Cardiovascular..	29
4.3.2 Enfermedad Renal.	29
4.3.3 Lesiones Nerviosas.	29
4.3.4 Pie Diabético	30
4.4 ENFERMEDAD OCULAR	31
4.4.1 Retinopatía no proliferativa ligera.	32
4.4.2 Retinopatía no proliferativa moderada	32
4.4.3 Retinopatía no proliferativa severa	32
4.4.4 Retinopatía proliferativa.	32
4.5 AFRONTAMIENTO	41
4.5.1 Tipos de Afrontamiento	42
4.5.2 Estrategias de Afrontamiento	43
4.5.3 Modelos de Afrontamiento	44
4.6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	51
4.7 APGAR FAMILIAR	52

5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
6	DISEÑO METODOLOGICO	69
6.1	TIPO DE ESTUDIO	69
6.2	POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN	69
6.2.1.	Criterios De Inclusión	69
6.2.2.	Criterios De Exclusión	69
6.3	METODO Y TECNICA DE INSTRUMENTO	70
6.3.1	Confiability	70
6.3.2	Validez	70
6.4	RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	71
7	CONSIDERACIONES ETICAS	72
8	ANALISIS DE RESULTADOS	78
9	DISCUSIÓN	92
10	CONCLUSIONES	96
11	RECOMENDACIONES	98
	BIBLIOGRAFÍA	100
	ANEXOS	108

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Tipos específicos de Diabetes Mellitus	30
Tabla 2. Clasificación de una retinopatía diabética según su nivel e indicación	33
Tabla 3. Orientación del manejo de la retinopatía diabética	38
Tabla 4. Principales conceptos según la definición del modelo de Roy	50
Tabla 5. Componentes del APGAR familiar	53
Tabla 6. Aspectos sociodemográfico (sexo, edad, nivel educativo) de los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética de los centros oftalmológicos. Neiva, 2015.	78
Tabla 7. Aspectos sociodemográficos (estado civil, número de hijos, ocupación, responsable del sostenimiento económico) de los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética. Neiva, 2015.	79

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Tenencia de vivienda y estrato socioeconómico de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	80
Gráfica 2. Tipo de afrontamiento relacionado con el nivel de adaptación de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	81
Gráfica 3. Tipo de funcionalidad familiar de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva 2015	82
Gráfica 4. Tipo de afrontamiento según funcionalidad familiar en pacientes con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	83
Gráfica 5. Tipo de afrontamiento según el sexo de los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética. Neiva, 2015	84
Gráfica 6. Tipo de afrontamiento según la creencia relicgiosa en pacientes con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	85
Gráfica 7. Tipo de afrontamiento según número de patologías asociadas en pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	86
Gráfica 8. Tipo de afrontamiento según nivel educativo en pacientes con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	87
Gráfico 9. Tipo de afrontamiento según persona responsabilidad del sostenimiento económico en el hogar de pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	88
Gráfica 10. Tipo de afrontamiento según la ocupación en pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	89
Gráfica 11. Tipo de afrontamiento según ocupación y persona responsabilidad del sustento económico en el hogar de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	90
Gráfica 12. Tipo de afrontamiento según el estado civil en pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015	91

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Principales complicaciones de la diabetes	28
Figura 2. Partes del ojo	31
Figura 3. Diferencia entre una visión normal y una con retinopatía diabética	32
Figura 4. Componentes de una retinopatía diabética severa en regla de 4x2x1	34
Figura 5: Retinopatía diabética proliferativa con signos de alto riesgo	35
Figura 6. Telemedicina para realizar tamizaje en pacientes con diabetes de acuerdo a método de dos fotos (EURODIAB) o de una foto (método escoces)	37
Figura 7. Retina antes del tratamiento focal con láser	39
Figura 8. Retina inmediatamente después del tratamiento focal con láser	48
Figura 9. Continuo de la salud en el modelo de Roy	50

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A: Consentimiento informado	108
Anexo B: Acuerdo de confidencialidad para investigadores	111
Anexo C: Instrumento para la recolección de la Información	113
Anexo D: Escala Para Medir El Nivel De Adaptación Y Tipo De Afrontamiento De La Hermana Callista Roy. Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación	116
Anexo E. Validación del Instrumento por Expertos	119
Anexo F. Carta de aprobación del comité de ética	120

RESUMEN

Introducción: La retinopatía es una de las complicaciones más frecuentes entre los pacientes que tienen diabetes. Se trata de un daño progresivo que afecta los vasos sanguíneos de la retina y que puede llegar a causar la ceguera total afectando la calidad de vida, nivel de adaptación y tipo de afrontamiento.

Objetivo: Identificar el tipo de afrontamiento, nivel de adaptación y funcionalidad familiar en pacientes con retinopatía diabética, según escala de Callista Roy.

Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal; población conformada por 51 usuarios de los centros oftalmológicos del municipio de Neiva (Huila - Colombia); se utilizó encuesta autodirigida, procesada en el software Microsoft Excel 2010 utilizado estadística descriptiva para el análisis.

Resultados: 41.2% de los encuestados tuvieron un tipo de afrontamiento ineficaz, en el 68% se evidencio un grado de disfuncionalidad familiar leve o moderado, el 41,7% presentaron afrontamiento ineficaz asociado a disfuncionalidad familiar, el sexo masculino predominó con un afrontamiento ineficaz en un 31,4%, el 92,1% pertenece a alguna religión, el 19,6% terminaron secundaria, el 76,4% mantiene una relación sentimental y el ser responsable directo del sostenimiento del hogar, desarrolla un afrontamiento ineficaz en el 23,5% de los encuestados.

Conclusión: Se pudo demostrar que la funcionalidad familiar tiene una relación directamente proporcional con el tipo de afrontamiento, mostrando que a mejor funcionalidad existe mayor afrontamiento.

Recomendación: Adoptar de manera más eficaz y contundente las dimensiones de salud mental, vida saludable y condiciones no transmisibles, contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) en entes territoriales y el sector salud.

Palabras clave: Afrontamiento, funcionalidad familiar, complicación, retinopatía diabética, adaptación, Callista Roy.

ABSTRACT

Introduction: Retinopathy is one of the most common complications in patients with diabetes. It is a progressive damage that affects the blood vessels of the retina and can even cause blindness affecting the quality of life of people making their coping is negative and prevent smooth recovery process.

Objective: Identify the type of coping, adaptation and family level functionality in patients with diabetic retinopathy, as Callista Roy scale.

Method: Descriptive study, with quantitative approach, cross; the population is made up of 51 users ophthalmic centers in the city of Neiva (Colombia - Huila); Data were obtained through a self-survey were processed in Microsoft Excel 2010 software and analysis used descriptive statistics.

Results: 41.2% of respondents had a kind of ineffective coping, 68% had a mild to moderate degree of family dysfunction, 41.7% had ineffective coping associated with family dysfunction, male sex predominates with ineffective coping with 31.4%, 92.1% belong to any religion, 19.6% had completed high school; Be directly responsible for the upkeep of the home, develop ineffective coping (23.5%), 76.4% maintained a relationship

Conclusions: It could be shown that family functioning is directly proportional to the type of coping, showing that there is a better family functioning effective coping.

Recommendation: For local authorities and the health sector to adopt more effective and forceful priority dimensions covered by Plan Decenal De Salud (PDSP).

Keywords: Coping, family functioning, complications, diabetic retinopathy, adaptation, Callista Roy.

INTRODUCCIÓN

Debido a que la Retinopatía Diabética es una enfermedad en la cual algunos factores biológicos y sociales se unen, desencadenando lesiones microvasculares a nivel de la retina, produciendo altos grados de discapacidad visual o llegar hasta la ceguera, se hace imprescindible reconocer en forma precoz y oportuna esta complicación a través de exámenes específicos con el fin de que se impartan medidas tendientes a prevenirla.

Por otra parte, el afrontamiento en los pacientes que padecen esta complicación, tiende a ser diferente al resto de enfermedades ya que el perder la visión resulta ser algo estresante para ellos, y por esto se van a ver condicionados a situaciones y estados que afectarán el proceso de recuperación, ya que no podrán desempeñarse por sí mismos, perdiendo su independencia progresivamente; por lo tanto, se hace fundamental que estas personas cuenten con el apoyo de la familia y un tratamiento integral para obtener de tal manera, una alta adaptación a su patología, ya que estos, son factores que posteriormente harán que las personas se recuperen de manera óptima al afrontar mejor su enfermedad.

La funcionalidad familiar es la capacidad de una persona para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia es mucho más que la suma de sus partes y que los diferentes elementos que la componen, ya que las familias se encuentran sometidas a factores estresantes tanto externos como internos y solo hasta que se logre el equilibrio entre ellos se podrá tener una adecuada funcionalidad, encaminada a mejorar el afrontamiento ante dificultades que se presenten en cualquiera de sus integrantes.

Por lo anterior, se hace importante Identificar el tipo de afrontamiento, nivel de adaptación y funcionalidad familiar en pacientes con retinopatía diabética, según escala de Callista Roy, generando de esta manera, ideas claras para futuras investigaciones donde se pueda implementar un verdadero tratamiento integral con equipo transdisciplinario entrenado y capacitado, donde el profesional de enfermería a través del proceso de atención de enfermería, pueda ofrecer los cuidados que el usuario y la familia requieren, centrándose en la persona como un ser holístico donde el entorno y los diferentes aspectos que componen su ser, lo integra en un todo.

Queriendo responder al objetivo planteado se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y corte de tipo transversal, en donde se describió el tipo de afrontamiento, nivel de adaptación y funcionalidad familiar y su relación con variables sociodemográficas. Con el fin de recolectar esta información se realizó un instrumento estructurado y validado de 39 preguntas, el cual fue aplicado por los investigadores.

El presente documento se encuentra estructurado por 11 capítulos, donde se hace una detallada descripción sobre la diabetes y la retinopatía diabética, los tipos de afrontamiento, el nivel de adaptación y el APGAR familiar; a demás, se muestra detalladamente el tipo de afrontamiento y cómo se ve influenciado por la funcionalidad familiar.

Para detallar el tipo de afrontamiento en el cual los pacientes con retinopatía diabética estaban cursando, se preguntó sobre situaciones emocionales, las cuales ayudaron a determinar si su afrontamiento era eficaz o ineficaz; se determinó a su vez, la funcionabilidad familiar, la cual, está establecida por la ayuda y satisfacción con la familia. Para la organización y análisis de la información se utilizó el software Microsoft Excel 2013, en donde se obtuvieron gráficas y tablas, las cuales permitieron observar que del total de los pacientes encuestados la mayoría pertenecían al sexo masculino con un 54.9%, Conservando una relación de 1,2 hombres por cada mujer. El 23,5% de la población se encontró entre las edades de 55 a 59 años; con relación al nivel educativo se pudo identificar que el 62,7% tenían algún nivel educativo terminado; por otro lado, el 76,4% de la población está casada y en unión libre, siendo un factor importante para la funcionabilidad familiar y el 62,7% tiene entre 2 y 3 hijos. El 68% de los pacientes evidenciaron una disfunción leve o moderada observando que el 41,7% presentaron afrontamiento ineficaz asociado a una disfuncionalidad familiar moderada o severa. Tomando el tipo de afrontamiento ineficaz relacionado con el sexo, se puede deducir que el masculino predomina con un 31,4%, además, se detectó que el 92,1%, pertenecen a una religión sin guardar relación directa con un afrontamiento eficaz, también se evidenció que el nivel educativo no se correlaciona de una manera directa con el tipo de afrontamiento, el más alto afrontamiento ineficaz (19,6%), se encuentra en los encuestados que terminaron secundaria; se identificó que cuando son los mismos pacientes los directos

responsables del sostenimiento del hogar, desarrollan un afrontamiento ineficaz (23,5%), además, se identificó que los trabajadores independientes tienen un afrontamiento eficaz (15,7%) hacia su enfermedad, pero aquellos usuarios responsables exclusivos del sostenimiento económico de sus familias y que son asalariados, presentan un afrontamiento ineficaz (13,7%) con relación a los que trabajan independiente; en cuanto al estado civil, el 76,4% mantiene una relación sentimental, de los cuales el 41,1% presentan un afrontamiento eficaz de su complicación, lo que podría evidenciar que tienen un apoyo complementario y continuo para afrontar mejor las complicaciones de su enfermedad.

1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Diabetes sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, Latinoamérica y Colombia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mes de Septiembre en el año 2012, describe la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce¹. De esta manera, también la definen como un síndrome metabólico multiorgánico crónico, de inicio gradual, caracterizado por una respuesta insuficiente del tejido corporal a la insulina (es decir, resistencia a la insulina) y por una producción pancreática deficiente de insulina².

Esta patología puede generar complicaciones ampliamente limitantes que reducen la calidad de vida y pueden causar incluso la muerte; algunas complicaciones son las lesiones micro y macrovasculares como la retinopatía, nefropatía y lesiones de nervios. Dentro de estas, una de las más limitantes es la retinopatía diabética, causa importante de ceguera y discapacidad visual.

De esta manera, es de gran importancia la prevención de complicaciones de la diabetes y la adecuada adherencia farmacológica, ya que muchos de los pacientes no son estrictos a la hora de tomar la medicación, llegando a sufrir consecuencias irreversibles, como la retinopatía diabética, donde la mayoría de pacientes no son informados sobre esta perturbadora consecuencia, llegando al límite de perder su visión, lo cual para ellos resulta estresante, deprimente y frustrante al no poder desempeñarse por sí mismos y sentir que paulatinamente perderán su independencia.

Por otra parte, por lo menos 3 de cada 5 personas con diabetes están en peligro de perder la visión. Estos pacientes expresaron que no recordaban que su médico les hubiera mencionado la existencia de un vínculo entre la diabetes y la pérdida

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ¿Qué es la Diabetes? [Internet]. 2014. 1 p. Fecha de consulta: 13 de Octubre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

² STRAYER, D., SCHUB; T. y PRAVIKOFF, D. CINAHL Nursing Guide. Diabetes mellitus tipo 2. (Cinahl Information Systems). California: Glendale. Septiembre, 2012. 2 p.

de la vista³. Es por esta razón que esta complicación se puede tratar con éxito en la mayoría de los casos, ya que muchos pacientes diabéticos ignoran, que la pérdida de la vista es un problema potencial.

La organización mundial de la salud⁴ (OMS) estima que la retinopatía diabética (RD) se ha convertido en la causa más importante de ceguera en muchos países industrializados, produciendo casi el 5% de los 37 millones de ciegos del mundo; además dictaminó que hay 347 millones de habitantes con diabetes, de los cuales más del 75% de ellos, tienen más de 20 años de evolución, tiene alguna forma de retinopatía. También demostró que el 13% de los diabéticos con 5 años de evolución tienen algún grado de retinopatía, que aumenta al 90% con 15 años de evolución, cuando la diabetes se diagnostica antes de los 30 años. Si el diagnóstico es después de los 30 años, se presume que el 40% de los Insulinodependientes y el 24% con otros tratamientos, tiene retinopatía a los cinco años, que se incrementará al 84% de los insulinodependientes y al 53% con otros tratamientos cuando la duración de la diabetes es de 15-20 años. Cuando los insulinodependientes llevan más de 20 años de tratamiento, el 60% tiene retinopatía proliferativa así como aquellos con más de 30 años, el 12% son ciegos. Si todos los pacientes con retinopatía proliferativa hubieran sido tratados precozmente, el rango de ceguera podría bajarse del 50% al 5%, reduciendo el 90% los casos de pérdida visual.

La asociación panamericana de oftalmología⁵ (OPAO) en su guía práctica de retinopatía para Latinoamérica en 2011, destaca un tamizaje realizado para detectar formas asintomáticas de RD en población en riesgo, fue señalado como el “DÍA D”, en el año 1999; se evaluaron 7,715 pacientes con diabetes en 16 países, se comprobó que el 40.2% presentaba algún grado de retinopatía y 17% requería de tratamiento, siendo preocupante que 35% nunca había sido examinado por un oftalmólogo. Este estudio permitió dar mayor relevancia a la RD lo que despertó la preocupación de la comunidad Médica ante esta complicación.

³ THOMPSON, Dennis. Muchas personas con diabetes no saben que la enfermedad puede dañar la vista. En: Health Day News. Estados Unidos. 19, diciembre, 2013.

⁴ KLEIN, R., et al. The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy II. Prevalence and risk of diabetic retinopathy when age at diagnosis is less than 30 years. En: Archives of Ophthalmology, 1984. Vol. 4. p. 102, 520-526

⁵ VON-BISCHHOFFSHAUSEN, Fernando Barría; BLINDMISSION, Christian y MARTINEZ CASTRO, Francisco. Guía práctica clínica de Retinopatía diabética para Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO, Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. 2011. 19 p.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social⁶ (SISPRO), como fuente de base de datos Nacional determina y analiza que en los años comprendidos entre 2009 a 2012 la población Colombiana diagnosticada con RD por consultas realizadas equivale a 28.458, de las cuales 15.068 (53 %) fueron mujeres y 13.390 (47%) son hombres, la mayoría de casos ocurren en la población mayor de 40 años con un total de 14.234 (94.5% del total de mujeres) y 12.485 (93.2% de la totalidad de hombres), mostrando una mayor prevalencia en las edades comprendidas de 60 a 64 años en mujeres con 2613 casos (17.3%) y de igual forma 2.404 (18%) para los hombres; observando mayor incidencia en el año 2012 con un total de 7.943 pacientes.

En el departamento del Huila, según datos obtenidos en los años 2009 a 2012, el total de la población diagnosticada con RD por medio de consulta fue de 346, de los cuales el 57% corresponde a mujeres y el 43% a hombres. Por otra parte, la población con mayor incidencia se encuentra en las edades de 60 a 64 años en mujeres con un 23% y de 55 a 59 años en hombres con un 21%, presentando mayor incidencia en el año 2012 con un total de 136 pacientes diagnosticados⁷.

El profesional de enfermería como principal cuidador en el medio hospitalario, tiene también como deber, brindar apoyo y conocimientos a los pacientes que lo requieren, haciendo principal énfasis en la prevención de las complicaciones; por ello, se hace importante dar a conocer que ésta patología no afecta la visión hasta etapas muy tardías, por lo tanto, es necesaria la educación temprana del paciente para promover el autocuidado, ya que un buen control metabólico retarda la aparición y la progresión de las lesiones existentes, evitando con ello alteraciones irreversibles que puedan generar una complicación como la ceguera.

Los pacientes con esta patología suelen sentir que la responsabilidad de controlar su enfermedad es muy grande y no pueden con ella, por este motivo el afrontamiento que tienen suele ser negativo e impide que su proceso de recuperación sea favorable. Estudios revelan que aquellos pacientes cuyo afrontamiento es positivo y activo presentan una mejor adherencia farmacológica

⁶ SISPRO. [internet]. p. 1. Fecha de consulta: Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co>

⁷ Ibíd., p. 2.

como nutricional⁸. Por esta razón ayudar al paciente en el proceso de aceptación de una complicación tan relevante como lo es la retinopatía, podría evitar que ésta, avance de forma más rápida, brindando así una mejor calidad de vida por un tiempo más prolongado. Por otra parte, se puede suponer que según la atribución de causalidad realizada por la persona sobre el origen o desenvolvimiento de la enfermedad, diferentes serán las estrategias de afrontamiento que utilice la persona para mitigar sus consecuencias⁹, lo que permite asumir que conocer la capacidad adaptativa de un individuo ante distintos estímulos es de gran importancia para determinar el tipo de afrontamiento que cada ser tiene a los diferentes panoramas que se le presenten y que consideren como dificultades.

Los factores psicosociales (frustración, ansiedad, satisfacción e impacto de la diabetes en el ambiente laboral, en la relación marital, en el ambiente social y familiar) juegan un rol muy importante en el control glucémico y sugieren considerarlos para mejorar el manejo clínico de los pacientes¹⁰, pudiendo establecer con ello, que las complicaciones adquiridas por la diabetes mellitus aparecerán con un nivel de frecuencia mucho más rápido, por ejemplo, los pacientes que padezcan retinopatía diabética, presentarán factores psicosociales más elevados y más dañinos para el tratamiento y rehabilitación del paciente porque ya cuentan con dicha complicación.

Se ha demostrado que los pacientes con complicaciones diabéticas suelen presentar claras dificultades a nivel emocional, que sin el tratamiento adecuado generará problemas en su entorno y en sus relaciones sociales. Según lo anterior, la pérdida de la visión no viene sola ni es ajena a producir más pérdidas en la vida de los pacientes con retinopatía diabética; con la evolución de la enfermedad se intensifica la pérdida en todos los contextos cotidianos de la vida y en el estilo de ella, como resultado da un impacto emocional negativo a la pérdida de su independencia, reflejada en el aislamiento social, sentido de dependencia y en la

⁸ GÓMEZ ROCHA, Santiago Aritio, et al. Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. Rev Med Inst Mex. 2010; vol. 48. No. 5. p. 539 – 42.

⁹ VERA BAIL, Pupko y AZZOLLINI, Susana. Actitudes, Afrontamiento y Autocuidado en Pacientes con Diabetes Tipo 2. Argentina: Universidad de Buenos Aires; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). 23, marzo, 2012.

¹⁰ LAZCANO ORTIZ, Margarita y SALAZAR GONZÁLEZ, Bertha Cecilia. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. Colombia: Chía, diciembre, 2009. Vol. 9. No. 3. p. 236 – 245.

necesidad de acompañamiento¹¹. Como el hombre es un ser social por naturaleza y su vivencia en armonía es de gran importancia para el desarrollo biológico encaminado a la resolución de enfermedades, es evidente la necesidad de intervenciones para un manejo adecuado de lo que sería perder la visión, algo que para muchos podría representar una terrible consecuencia al momento de desarrollar las actividades de la vida cotidiana, las cuales hacen parte del rol de cualquier individuo.

Callista Roy en su teoría de Aceptación menciona dos mecanismos importantes para el afrontamiento los cuales son el regulador y el de cognición. El subsistema regulador controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas, el cual está constituido fundamentalmente por elementos neutrales, endocrinos y perceptivos-psicomotores. El subsistema de cognición regula el auto-concepto, la función del rol y la interdependencia, incluye patrones psicosociales y hacen posible el procesamiento perceptual de información aprendizaje, razonamiento y emoción. De este modo, en el modelo de Roy la adaptación es un proceso mediante el cual la persona hace frente a los productores de tensión y a un estado final producido por el proceso; cuando ciertas tensiones poco comunes o el debilitamiento de los mecanismos de enfrentamiento hacen que resulten ineficaces los esfuerzos normales de enfrentamiento de las personas, es necesaria la atención de enfermería¹².

Según el estudio Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus Tipo 2, señala que dentro de las estrategias de afrontamiento inadecuadas, el 46% manifestó mayor autocrítica; el 52% expresó pensamientos desiderativos (deseo de no padecer la enfermedad); 46% señaló evitar los problemas y 58% prefirieron retirarse socialmente. Como resultado general se obtuvo que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes el 48% ($n = 24$) de los sujetos presentaron estrategias de afrontamiento adecuadas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión), mientras que el 52% ($n = 26$) utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social)¹³, según el tipo de

¹¹ DEVENNEY, Roisin y O'NEIL, Siobhan. The experience of diabetic reinopathy. Health psychology. Gran Bretaña. 2011. vol. 16.

¹² LEDDY, Susan y MAE PEPPER, J. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Organización Panamericana de la Salud. 1 ed. 1989. 398 p. ISBN 92 75 32019 5.

¹³ ALMEIDA ESCALANTE, Giomara Del Carmen, M.D. y RIVAS ACUÑA, Valentina, M.D. Semana de Divulgación y video Científico. 2008. 410 p.

afrontamiento y nivel de adaptación de pacientes con enfermedades crónicas se identifica la mayoría con afrontamiento ineficaz, se da lugar a la pregunta de si el número de casos podría aumentar al estar presente una complicación de dicha enfermedad, generando más y amplios problemas de salud en la población con retinopatía diabética y qué consecuencias podrían repercutir en el paciente y en su familia, el tener un afrontamiento ineficaz de su enfermedad.

Debido a esta preocupante situación que puede llegar a presentar los pacientes con RD, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el tipo de afrontamiento, nivel de adaptación y funcionalidad familiar en pacientes con retinopatía diabética, según escala de Callista Roy?

2 JUSTIFICACIÓN

La Retinopatía Diabética (RD) es una complicación que afecta la calidad de vida de todos los pacientes que la padecen, generando limitaciones en el desarrollo personal y social; estas limitaciones repercuten en el estado emocional de la persona, incapacitándola físicamente, creando pérdida de la independencia y dando como resultado la completa responsabilidad familiar hacia la persona que la presenta. Por lo tanto es oportuna la elaboración de un estudio que demuestre y dé a conocer la situación actual y real sobre su proceso de enfermedad, la forma como afrontan la Retinopatía diabética y como se adaptan a esta condición.

A nivel nacional en el año 2009 la incidencia de RD en mujeres fue del 22.86%, en el 2012 este porcentaje aumentó al 28.3%; por otra parte en hombres la incidencia fue 23.54% para el año 2009 y 27.87% para el 2012. En el Huila los casos de RD fueron del 13,90% en la población femenina en el año 2009 y del 36.89% en el 2012 para esta misma población; de la misma forma la población masculina en el año 2009 presentó el 8.27% mientras que para el año 2012 fue 39.84%¹⁴, lo que indica un incremento acelerado de esta temible complicación.

Esta alta Prevalencia junto con las grandes limitaciones incapacitantes de la RD, denotan la importancia de investigar sobre tal complicación, por esta razón, es significativo determinar el tipo afrontamiento y el nivel de adaptación que presentan los pacientes diagnosticados y los factores asociados que afectan este proceso ya que a pesar de la existencia de múltiples estudios acerca del afrontamiento de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en la actualidad no se cuenta con un estudio acerca de las personas con Retinopatía diabética.

Aunque la incidencia y prevalencia de la RD va en aumento, son pocos los avances investigativos que abordan el tema, por lo que el presente estudio es novedoso, principalmente en la localidad, de forma que se pretende brindar conocimiento acerca de esta grave complicación, con el fin de informar y educar a partir de los datos obtenidos en esta investigación y poder motivar a los profesionales de enfermería que laboran en las instituciones prestadoras de

¹⁴ SISPRO. Op. cit., p. 2.

servicios de salud - IPS que tienen a su cargo usuarios con Retinopatía diabética, para implementar un proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Callista Roy ya sea a nivel institucional o ambulatorio realizando el abordaje integral del usuario, organizando el trabajo del profesional retomando los seis pasos de la teoría Roy los cuales contemplan la valoración de las conductas, identificación de estímulos que afectan a esas conductas, elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona, establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación, planteamiento de intervenciones en enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación), y finalmente la evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enferma incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud)¹⁵.

De igual forma, es factible debido a que se cuenta con el conocimiento suficiente del tema por parte de los investigadores, la asesoría de docentes universitarios capacitados en la materia junto con el acceso a bases de datos e información gracias a la colaboración de las empresas oftalmológicas de la localidad; se cuenta también con la escala de adaptación y afrontamiento de Callista Roy, como herramienta para la recolección de información y adecuado material bibliográfico que contribuyen científicamente al mismo, es viable debido a que los investigadores cuentan con recursos para la recolección de información y tabulación de la misma.

¹⁵ ORTA GONZÁLEZ, M.A, et al. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Huelva. Octubre, 2001. 495 p.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el tipo de afrontamiento, nivel de adaptación y funcionalidad familiar en pacientes con retinopatía diabética, según escala de Callista Roy.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir los aspectos sociodemográficos en los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética

Determinar el tipo de afrontamiento y el nivel de adaptación en los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética mediante aplicación de la escala de Afrontamiento de Sor Callista Roy

Identificar la funcionalidad familiar en los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética, aplicando el APGAR familiar

4 MARCO DE REFERENCIA

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia¹⁶. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia), dañando los tejidos con el paso del tiempo de tal forma que causa complicaciones para la salud potencialmente letales¹⁷.

Así mismo, se determina la existencia de 4 tipos de diabetes: Diabetes Tipo 1 (DM1), Diabetes Tipo 2 (DM2), Diabetes Gestacional (DMG) y Otros Tipos Específicos De Diabetes¹⁸.

4.1 DIABETES TIPO 1

Se considera que este tipo de diabetes se presenta de un 5 al 10% del total de pacientes que presentan la patología, conocida anteriormente como diabetes insulino dependiente o diabetes juvenil, por ser el resultado de la destrucción celular mediada y de carácter autoinmune de las células β del páncreas, considerando que esta clase de destrucción tiene una alta predisposición genética y también se asocia con los factores ambientales, aunque este último no ha sido bien definido¹⁹.

Sin embargo existen casos en los cuales la enfermedad inicia a una edad temprana pero debido a que su progresión es lenta, en estos casos no es

¹⁶ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Atlas De La Diabetes de la FID. 6 ed. 2013. 160 p. Disponible en: www.idf.org/diabetesatlas ISBN: 2-930229-80-2.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 22

¹⁸ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2013. 78 p. ISSN 0327-9154.

¹⁹ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care. 2013.

necesario el uso de insulina de manera inmediata, hasta que se manifieste por completo, situación que ocurre en la etapa temprana adulta²⁰.

4.2 DIABETES TIPO 2

La diabetes tipo 2 es la más común. Suele aparecer en adultos, pero en la actualidad aumentan cada vez más los casos en niños y adolescentes. Por lo general este tipo de diabetes tiene dos causas que conllevan a su desarrollo, la primera de ellas ocurre cuando el organismo produce insulina pero no es suficiente o por otra parte cuando el organismo es incapaz de responder a sus efectos y/o genera resistencia, provocando el acúmulo de glucosa en la sangre.

Este tipo de personas comúnmente no saben de la existencia de esta enfermedad en sus vidas debido a que su sintomatología es muy inespecífica y tarda varios años en manifestarse los primeros signos²¹ además, no existen marcadores específicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere una resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. De esta manera cuando muchas de estas personas se les diagnóstica, las complicaciones diabéticas son realmente contundentes.

Aunque no se conoce exactamente las razones por la cual se desarrolla la diabetes tipo 2, algunos de los factores de riesgo que generan una alta probabilidad de adquirirla son:

- La obesidad
- La mala alimentación
- El Sedentarismo
- La edad avanzada
- Los Antecedentes familiares de diabetes

²⁰ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Op. cit., p. 23.

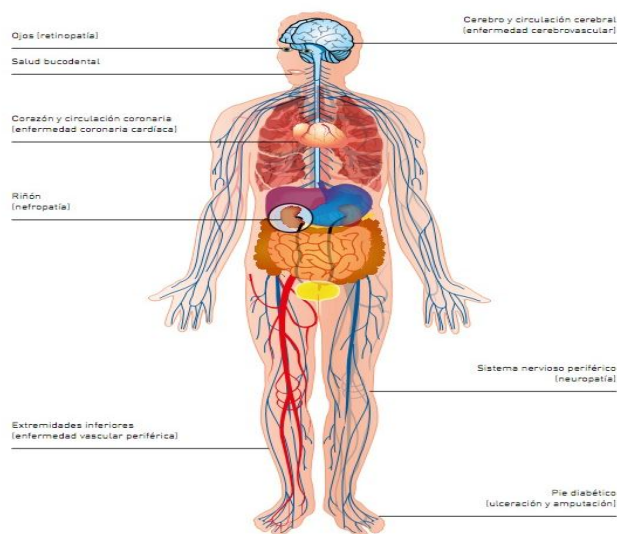
²¹ *Ibíd.*, p. 24.

A diferencia de las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de quienes tienen diabetes tipo 2 no requieren, por lo general, dosis diarias de insulina para sobrevivir²². De manera que si las personas con este tipo de afección controlaran esta enfermedad realizando actividad física, teniendo una dieta baja en azúcares y tomaran la medicación oral prescrita, evitarían de manera significativa el uso de insulina.

4.3 COMPLICACIONES DIABÉTICAS

Muchas de las complicaciones de la diabetes se asocian a estilos de vida nocivos y a una mala adherencia farmacológica. Es por esto que la Federación Internacional de Diabetes describe que las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte además de tener una mayor probabilidad de desarrollar infecciones²³. Esto podría deberse a aumentos en los niveles de glucosa en la sangre, que pueden causar el desarrollo de enfermedades que afectan los ojos, los riñones, el sistema nervioso, el corazón y los vasos sanguíneos.

Figura 1. Principales complicaciones de la diabetes



Fuente: Atlas De La Diabetes. ¿Qué Es La Diabetes?. 6 ed. 2013.

²² *Ibíd.*, p. 24

²³ *Ibíd.*, p. 25

4.3.1 Enfermedad Cardiovascular. Este tipo de complicación suele ser la causa más común de muerte y discapacidad, se asocia a la diabetes con angina de pecho, infarto del miocardio, derrame cerebral, enfermedad arterial periférica e insuficiencia cardiaca congestiva. Debido a que la diabetes suele acompañarse con hipertensión, hipercolesterolemia e hiperglucemia, se aumenta el riesgo de estas complicaciones²⁴.

4.3.2 Enfermedad Renal. Esta enfermedad suele asociarse de manera más frecuente como complicación de pacientes que tienen diabetes que en pacientes que no la tienen. La enfermedad renal se define como alteraciones estructurales o funcionales del riñón y que se acompañen o no de disminución de la FG (Filtración Glomerular), pero que pueden resultar en una reducción progresiva de la TFG (Tasa de Filtración Glomerular)²⁵.

Sin Embargo esta enfermedad es originada por un deterioro de los pequeños vasos sanguíneos, que puede hacer que los riñones sean menos eficientes, o que lleguen a fallar por completo y recomienda mantener los niveles de glucemia y tensión arterial dentro de lo normal puede reducir enormemente el riesgo de nefropatía²⁶.

4.3.3 Lesiones Nerviosas. En estos casos se presenta aumento de la glucemia y la tensión arterial, lo que resulta en un daño de los nervios en el organismo conocido como polineuropatía diabética (PND). Este concepto de PND implica que no siempre es una complicación de aparición tardía y que puede tener un inicio silencioso e insidioso. De hecho, pueden presentarse problemas digestivos y de incontinencia urinaria, pero las áreas más afectadas suelen ser las extremidades, llamada neuropatía periférica que puede generar pérdida de la sensibilidad, rasgo importante porque hace que las lesiones pasen por desapercibidas²⁷.

²⁴ *Ibíd.*, p. 30

²⁵ SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. México: Fundación Mexicana Del Riñón. 1 ed. Abril, 2012. 242 p. ISBN: 978-607-95852-1-1.

²⁶ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Op. cit., p. 26.

²⁷ CASTRO MARTÍNEZ, M.G, et al. GUÍA PRÁCTICA EN EL MANEJO DE LA POLINEUROPATÍA DIABÉTICA – NEURALAD. 2010. 9 p.

4.3.4 Pie Diabético. Existe la probabilidad de que los pacientes diabéticos desarrollen distintos problemas en los pies como consecuencia de la PND y por las lesiones que se presentan en los vasos sanguíneos, que pueden generar infecciones con mucha facilidad. Las personas con diabetes corren un riesgo de amputación que podría llegar a ser 25 veces mayor que el de una persona sin diabetes. No obstante con un control integral de la diabetes se pueden prevenir las amputaciones originadas por esta patología en un gran porcentaje²⁸.

Tabla 1. Tipos específicos de Diabetes Mellitus.

Defectos genéticos de la función de la célula beta	Defectos del cromosoma 20, HNF-4alfa (antes MODY 1), del cromosoma 7, glucoquinasa (antes MODY 2), del cromosoma 12, HNF-1alfa (antes MODY 3), del DNA mitocondrial y otros.
Defectos genéticos en la acción de la insulina	Resistencia a la insulina tipo A, leprechaunismo, síndrome de Rabson-Mendenhall, diabetes lipoatrófica y otros.
Enfermedades del páncreas exocrino	Pancreatitis, trauma del páncreas, pancreatocromía, neoplasia del páncreas, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopatía fibrocalculosa y otros.
Endocrinopatías	Acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostinoma, aldosteronoma y otros.
Inducida por drogas o químicos	Vacor, pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormonas tiroideas, diazóxido, agonistas betaadrenérgicos, tiazidas, fenitoína, alfa-interferón y otros.
Infecciones	Rubéola congénita, citomegalovirus y otros.
Formas poco comunes de diabetes mediada inmunológicamente	Síndrome del “hombre rígido” (“stiff-man syndrome”), anticuerpos contra el receptor de la insulina y otros.
Otros síndromes genéticos algunas veces asociados con diabetes	Síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de Wolfram, ataxia de Friedreich, corea de Huntington, síndrome de Lawrence Moon Biedl, distrofia miotónica, porfiria, síndrome

Fuente: Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Capítulo 2: Clasificación de la diabetes. 2013.

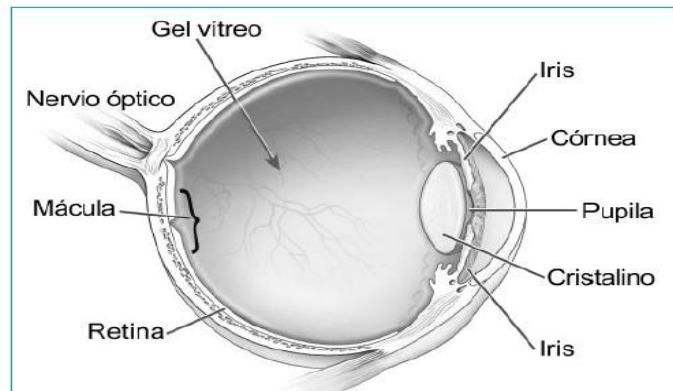
²⁸ FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Op. cit., p. 28.

4.4 ENFERMEDAD OCULAR

En el marco de las observaciones anteriores, esta complicación se define como la presencia de lesiones de carácter microvascular en la retina de una persona con diabetes, como lo son las microaneurismas, hemorragias, exudados duros, manchas algodonosas, arrosamiento venoso, neovasos y tejido fibroso²⁹ que aparecen como una complicación crónica lo que deteriora la visión e impide que la persona conserve su vista en el estado más óptimo. Ésta presenta un cuadro progresivo, en la que se ven tres fases diferenciadas:

- Microangiopatía diabética: las alteraciones patológicas están limitadas al árbol vascular retiniano,
- Retinopatía Diabética: la patología avanza y se manifiesta además en el parénquima retiniano,
- Vitreo-retinopatía diabética: el vítreo también se afecta y toma parte activa en la progresión de la patología³⁰.

Figura 2. Partes del ojo



Fuente: Retinopatía Diabética de U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Como se nombró con anterioridad la retinopatía diabética produce ciertas clases de lesiones, pero estas no son producidas de manera simultánea, por el contrario, es una complicación que cuya progresión comprende unas etapas. Estas son:

²⁹ GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA. Diagnóstico y tratamiento de Retinopatía diabética. México: Secretaria de salud. 2009. 9 p.

³⁰ *Ibíd.*, p. 9

4.4.1 Retinopatía no proliferativa ligera. A esta se le considera la etapa más temprana de la enfermedad y es en la que aparecen los microaneurismas, que son pequeñas áreas de inflamación, que parecen ampollas en los vasos sanguíneos de la retina³¹.

4.4.2 Retinopatía no proliferativa moderada. Se caracteriza por la obstrucción progresiva de algunos de los vasos que alimentan la retina³².

4.4.3 Retinopatía no proliferativa severa. Aumenta el bloqueo de los vasos sanguíneos produciendo una disminución de irrigación sanguínea en la retina, como resultado se envían señales al organismo para la generación de nuevos vasos y poder irrigarla³³.

4.4.4 Retinopatía proliferativa. Esta sería la etapa avanzada de la enfermedad, debido al sistema de compensación que usa el organismo para la irrigación, se inicia la proliferación de nuevos vasos para sustituir la demanda solicitada por la retina, pero estos nuevos vasos son anormales y frágiles que crecen a lo largo de la retina y de la superficie del gel vítreo³⁴.

Figura 3. Diferencia entre una visión normal y una con retinopatía diabética



Fuente: DIABETES AL DÍA: Una guía mensual para mejorar la calidad de vida del diabético y su familia.

³¹ U.S Department Of Health And Human Services, The National Institutes Of Health y The National Eye Institute. La retinopatía Diabética, lo que usted debe saber. Septiembre, 2003. 28 p.

³² *Ibíd.*, p. 5

³³ *Ibíd.*, p. 6

³⁴ *Ibíd.*, p. 6

Tabla 2. Clasificación de una retinopatía diabética según su nivel e indicación.

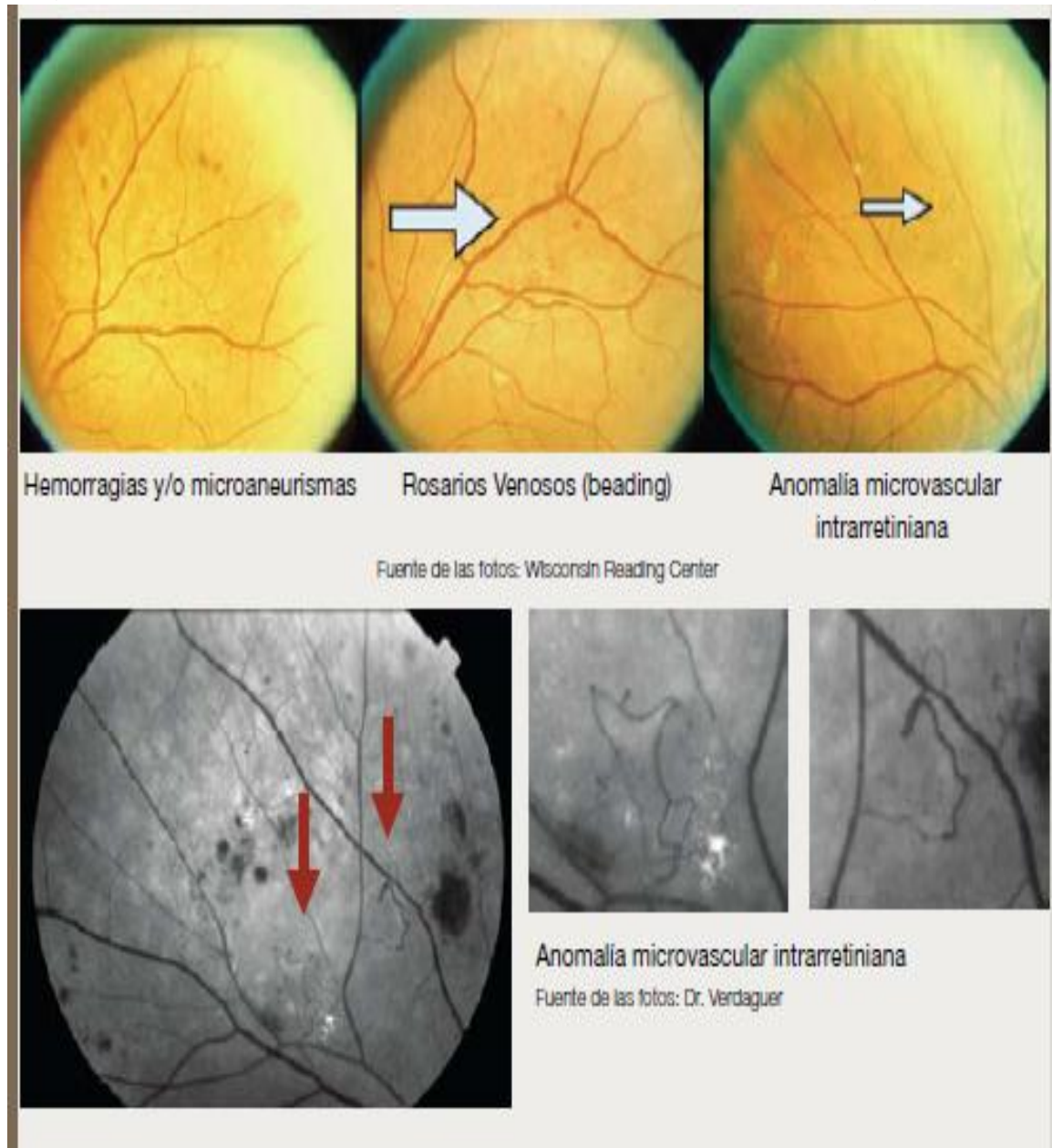
NIVEL	CLASIFICACIÓN: Fondo de ojo	INDICACIÓN
SIN RETINOPATÍA	1 Sin alteraciones	Optimizar control metabólico: glicemia, HTA, colesterol CONTROL cada año (2 años)
RD NO PROLIFERATIVA LEVE Riesgo <0.5% RDP	2 Sólo microaneurismas	Optimizar control metabólico: glicemia, HTA, colesterol CONTROL en 1 año
RD NO PROLIFERATIVA MODERADA (Riesgo 5-20% RDP)	3 > que RD no proliferante leve pero < que RD no proliferante severa	Optimizar control metabólico: glicemia, HTA, colesterol CONTROL en 1 año (6 meses)
RD NO PROLIFERATIVA SEVERA (Riesgo progresión: 1 año: 50% RDP 15-45% alto riesgo)	4 Una de las siguientes: Hemorragias retinales (20) en los cuatro cuadrantes, rosarios venosos en 2 cuadrantes e IRMA en 1 cuadrante	REGLA 4x2x1 DERIVACIÓN PARA PANFOTOCOAGULACION*
RD NO PROLIFERATIVA POST FOTOCOAGULACIÓN	Cicatriz post láser: 3 meses DETECTAR PRESENCIA DE NEOVASCULARIZACIÓN	Derivación a centro secundario*: EVALUAR NECESIDAD DE MÁS LÁSER
RD PROLIFERATIVA sin signos alto riesgo	5a Presencia de neovasos en uno a cuatro cuadrantes y menos de 1/3 papila.	DERIVACIÓN PARA: PANFOTOCOAGULACION*
RD PROLIFERATIVA con signos alto riesgo	5b Presencia de neovasos en más 1/3 papila, hemorragia preretinal o vítrea	DERIVACIÓN PARA: PANFOTOCOAGULACIÓN y/o VITRECTOMÍA**
RD PROLIFERATIVA POST FOTOCOAGULACIÓN	Cicatriz post láser: 3 meses DETECTAR PRESENCIA DE NEOVASCULARIZACIÓN	Derivación a centro secundario*: EVALUAR TTO. Láser o Vitrectomía
RD NO POSIBLE DE CLASIFICAR	NO POSIBLE CLASIFICAR: Opacidad de medios (Cristalino, Vítrea – Córnea), miosis No coopera o defecto técnico	Derivación a centro secundario*:
EDEMA MACULAR clínicamente significativo	Edema retinal dentro de un diámetro discal del centro de la fóvea	Derivación a centro secundario*: Láser, Intravítrea o Vitrectomía**

Fuente: Guía práctica del 2011 de retinopatía diabética para Latinoamérica

La retinopatía proliferativa severa (RDNPS) hace referencia a la presencia de hemorragias y/o microaneurismas en 4 cuadrantes, arrosamiento venoso en 2

cuadrantes y anomalías microvasculares intrarretinianas (IRMA) en 1 cuadrante con la regla 4x2x1³⁵.

Figura 4. Componentes de una retinopatía diabética severa en regla de 4x2x1.

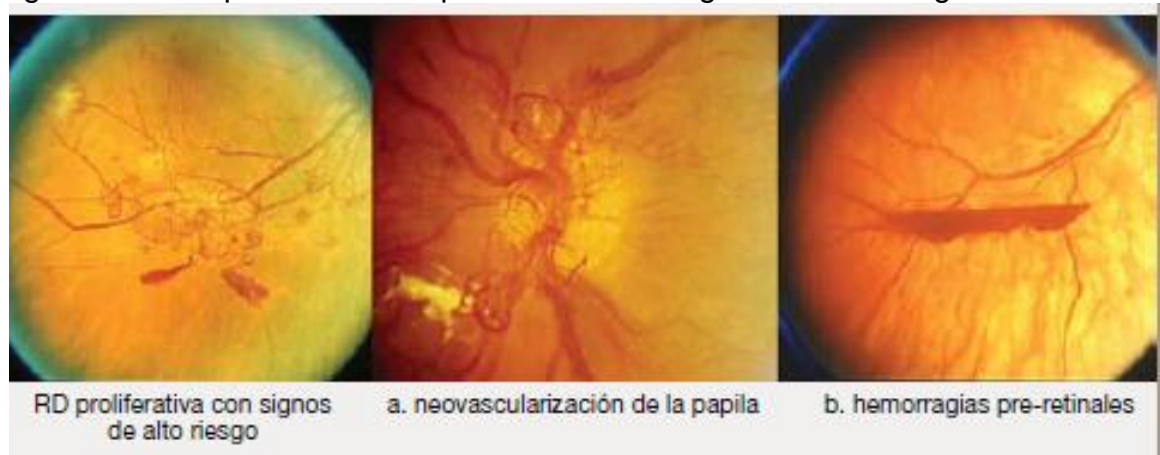


Fuente: Guía práctica del 2011 de retinopatía diabética para Latinoamérica

³⁵ BARRÍA, Fernando M.D. y MARTÍNEZ CASTRO, Francisco M.D. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para Latinoamérica. 2010. 33 p.

Del mismo modo cuando una persona tiene retinopatía diabética proliferativa se deben considerar los signos de alto riesgo como: la presencia de neovasos en más de 1/3 de la papila, hemorragia pre-retinal o hemorragia vítrea por su alto riesgo de ceguera³⁶.

Figura 5: Retinopatía diabética proliferativa con signos de alto riesgo.



Fuente: Guía práctica del 2011 de Retinopatía diabética para Latinoamérica.

Puede producirse también un edema macular clínicamente significativo (EMDCS) que es la causa más común de pérdida visual en pacientes con DM 2. Para esta clase de edema puede realizarse una angiofluorescinografía que permite clasificar un edema macular en focal, difuso o isquémico, aunque puede presentarse de manera mixta y si esto ocurre debe considerarse³⁷:

- a. Un (edema macular) EMD focal; tiene una filtración predominantemente en microaneurismas retinales y se encuentra asociado a un anillo circinado, en cuyo centro se encuentran los microaneurismas.

- b. En el EMD difuso, En este más del 33% de la filtración se origina en capilares retinales perifoveales.

- c. En el EMD isquémico, Se produce un aumento de la zona fovealavascular (FAZ) con amputación de capilares retinales-perifoveales.

³⁶ *Ibíd.*, p. 9

³⁷ *Ibíd.*, p. 9

Con base a lo anteriormente nombrado se realizan ciertas recomendaciones para un mejor diagnóstico:

- Es necesaria una clasificación clínica para el manejo y tratamiento de un paciente.
- La agudeza visual no se considera en ninguna etapa, puesto que se afecta en etapas tardías.
- En caso de que un paciente no se pueda clasificar, debemos derivarlo, considerando el estado del ojo contralateral, duración de diabetes o al control metabólico.

A continuación, se expone los métodos de detección, que permitirán de esta manera tener un buen pronóstico de la patología:

1. Fondo de ojo realizado por el oftalmólogo: El examen debe ser realizado con una lámpara de hendidura, con lupa y la pupila dilatada. Es “Gold estándar”, con mayor especificidad y sensibilidad, contra el cual se comparan los otros sistemas de tamizaje³⁸.

2. Fondo de ojo realizado por un médico no oftalmólogo: Con oftalmoscopio directo sin dilatar la pupila; es muy poco sensible y específico. No es recomendable³⁹.

3. Fondo de ojo con cámaras fotográficas: Procedimiento rápido, fácil de realizar, conveniente para el paciente, y principalmente, es costo-efectivo, Un método que utiliza 8 tomas de fotografía no es adecuado para programas masivos porque es lento, produce cansancio, debemos almacenar gran cantidad de imágenes y requiere de dilatación pupilar. Otros métodos con una o dos fotografías de cada ojo con cámaras no midriáticas, obtienen una sensibilidad y especificidad adecuada, siendo compatible con sistemas masivos de trabajo, ya que su toma es muy rápida. En Escocia, se utiliza para tamizar, una sola fotografía de cada ojo, mientras que en Inglaterra se toman dos de cada ojo⁴⁰.

³⁸ *Ibíd.*, p. 10

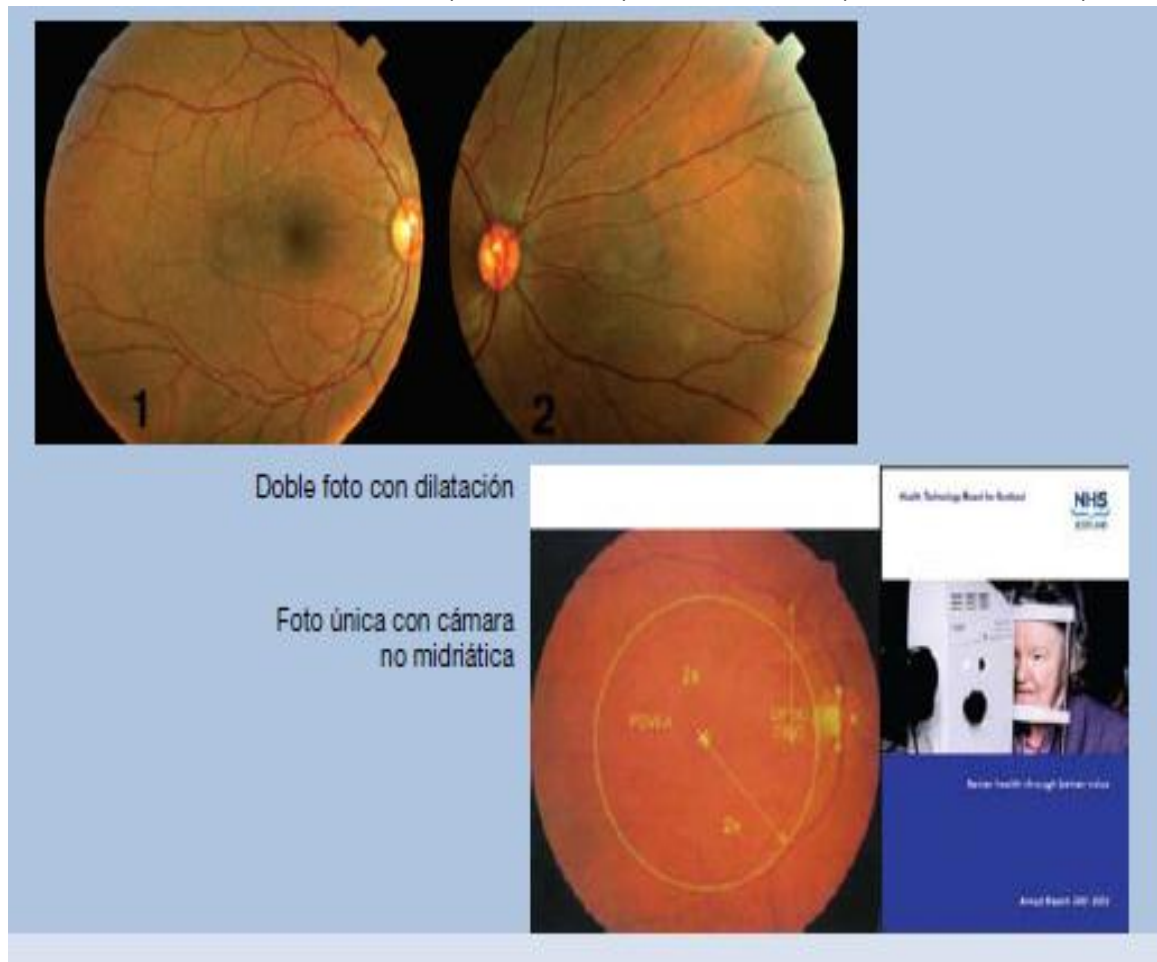
³⁹ *Ibíd.*, p. 10

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 11

Después de mostrar las formas de detección se debe tener en cuenta que existen razones en favor y en contra de cada opción, como la rapidez del estudio, tolerancia del paciente, almacenaje de la información o la carga de trabajo en la interpretación, entre otras. Ambos métodos son aceptados para programas masivos, siempre y cuando, tengan un control de la calidad adecuado.

Es por eso entonces que la gran mayoría de los pacientes diabéticos que entran en un programa de tamizaje con cámara fotográfica se mantienen en éste, sin necesidad de ser examinados por oftalmólogos, excepto en casos de retinopatía, duda diagnóstica o donde la fotografía no pueda ser interpretada.

Figura 6. Telemedicina para realizar tamizaje en pacientes con diabetes de acuerdo a método de dos fotos (EURODIAB) o de una foto (método escocés).



Fuente: Guía práctica del 2011 de Retinopatía diabética para Latinoamérica.

Tabla 3. Orientación del manejo de una retinopatía

Orientación del manejo de una retinopatía	
Panfotocoagulación	Mild RD no proliferativa severa o proliferativa sin signos de alto riesgo Full en RD proliferativa con signos de alto riesgo de "inmediato".
Fotocoagulación Macular	Edema macular de tipo focal. En edema macular difuso o mixto, como complemento de antiangiogénicos intravítreos. Siempre use angiografía para descartar isquemia macular.
Esteroides intravítreos	Triamcinolona como coadyuvante en el manejo de edema macular difuso pseudofáquico seguido de láser focal y/o rejilla. No substituye al láser y aumenta riesgo de hipertensión ocular y de catarata.
Agentes antiangiogénicos	Tratamiento del edema macular difuso y mixto asociado a láser focal + rejilla. Reducen la neovascularización en la retina Requiere inyecciones repetidas.
Vitrectomía	Precoz (< 3 meses) en hemorragia vítrea, RD proliferativa sin respuesta a fotocoagulación o sin fotocoagulación previa. Tratamiento en edema macular difuso con tracción vítreo – macular.

Fuente: Guía práctica del 2011 de Retinopatía diabética para Latinoamérica.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente nombrado, se deduce que la complicación es de mucha gravedad y que si no es detectada a tiempo puede causar ceguera. Esto suele suceder de dos maneras:

1. Se pueden desarrollar vasos sanguíneos anormales y frágiles que pueden gotear sangre en el centro del ojo, opacando la visión. A esto se le llama retinopatía proliferativa, y es la cuarta y la más avanzada etapa de la enfermedad⁴¹.

2. Líquido puede gotear dentro del centro de la mácula, la parte del ojo que provee la visión central clara. Este líquido también hace que la mácula se inflame, nublando la visión. Esta condición se llama edema macular. Puede ocurrir en cualquier etapa de la retinopatía diabética, aunque es más probable que ocurra al progresar la enfermedad. Aproximadamente la mitad de las personas que tienen retinopatía proliferativa también padecen de edema macular⁴².

⁴¹ Ibid., p. 11

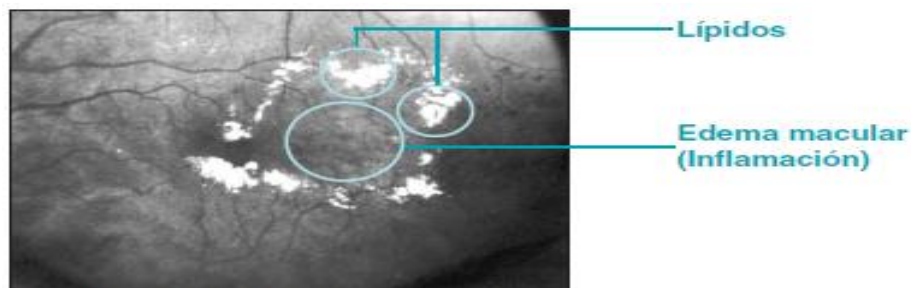
⁴² Ibid., p. 11

En consecuencia se podría creer que por ser la retinopatía diabética una complicación grave se espera la aparición de algún síntoma, sin embargo la RD frecuentemente no ofrece ninguna señal de advertencia temprana. De hecho debido a ello se recomienda que se realice un examen completo de la vista con dilatación de las pupilas, por lo menos una vez al año.

Sin embargo, aunque no se presenten síntomas el edema macular y la retinopatía diabética se puede detectar al hacerse un examen visual completo, lo que incluye:

- Prueba de agudeza visual. En esta prueba se usa una tabla optométrica para medir su vista a diferentes distancias⁴³.
- Examen con dilatación de las pupilas. Para dilatar o agrandar las pupilas, el oculista le pondrá unas gotas en los ojos. El oculista mira a través de un lente de aumento especial para examinar la retina y el nervio óptico para ver si hay señales de daño u otros problemas de los ojos. Después del examen, su visión de cerca podrá permanecer borrosa por varias horas⁴⁴.
- Tonometría. Se utiliza un instrumento para medir la presión del ojo. Para esta prueba, el oculista puede ponerle unas gotas para adormecer sus ojos⁴⁵.

Figura 7. Retina antes del tratamiento focal con láser.



La retina antes del tratamiento focal con láser

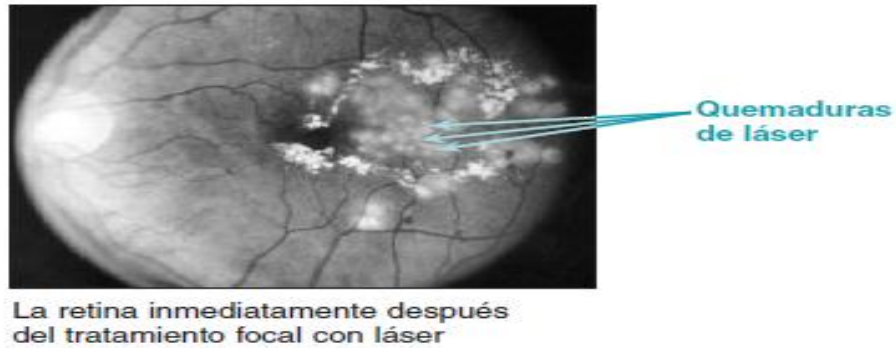
Fuente: Retinopatía Diabética de U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

⁴³ Ibid., p. 12

⁴⁴ Ibid., p. 12

⁴⁵ Ibid., p. 12

Figura 8. Retina inmediatamente después del tratamiento focal con láser



Fuente: Retinopatía Diabética de U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Lo que se buscará en el examen será⁴⁶,

- Vasos sanguíneos que gotean.
- Inflamación de la retina (edema macular).
- Depósitos pálidos y grasosos en la retina, que son señales de que los vasos sanguíneos están goteando.
- Tejido del nervio dañado.
- Cualquier cambio a los vasos sanguíneos.

Una vez diagnosticada la Retinopatía, el paso a seguir será el control del tratamiento para evitar que la situación empeore. Sucede que durante las tres primeras etapas de la retinopatía diabética no se necesita un tratamiento, a menos que tenga edema macular. Para prevenir el progreso de la retinopatía diabética, las personas con diabetes deben controlar los niveles de azúcar en la sangre, la presión arterial y el colesterol.

En la actualidad la retinopatía proliferativa se trata con cirugía láser. Este procedimiento se llama fotocoagulación retiniana y ayuda a reducir los vasos sanguíneos anormales. Durante este proceso se realizan entre mil y dos mil quemaduras con láser en las áreas de la retina lejos de la mácula, haciendo que se disminuya el tamaño de los vasos sanguíneos anormales. Debido a que es necesario realizar muchas quemaduras con láser, usualmente se necesitan dos

⁴⁶ Ibíd., p. 13

sesiones o más para completar el tratamiento. La fotocoagulación retiniana puede preservar el resto de la visión pero puede reducirle un poco la visión de color y la visión nocturna⁴⁷.

No obstante el tratamiento de fotocoagulación retiniana funciona mejor antes de que los nuevos y frágiles vasos sanguíneos empiecen a sangrar. Por eso es muy importante hacerse regularmente un examen completo de la vista con dilatación de las pupilas. Aun cuando el paciente haya empezado a sangrar, es posible que todavía se pueda hacer el tratamiento de fotocoagulación retiniana, dependiendo la cantidad de la hemorragia. Si la hemorragia es severa, se necesitará un procedimiento llamado vitrectomía, durante esta, se quita la sangre del centro del ojo⁴⁸.

4.5 AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se define como todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física⁴⁹ y así recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría⁵⁰.

Igualmente se describe el afrontamiento como las conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido⁵¹ o cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el estrés emocional⁵².

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 13

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 13

⁴⁹ LIPOWSKI, Z.J. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiat. Med. Canadá*. 1970. Vol. 1. No. 2. p. 91-102

⁵⁰ MECHANIC, David. *Medical Sociology: a selective view*. Nueva York: Free Press. 2 ed. 1978. 597 p. ISBN 0029207207.

⁵¹ *Ibíd.*, p. 200

⁵² PEARLIN, Leonard y SCHOOLER, Carmi. The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*. Marzo, 1978. Vol. 19. no. 1. p. 2 - 21. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2136319>

Sin embargo, la mayor parte de los avances en cuanto al afrontamiento que servirán como base posteriormente para muchos trabajos sobre el mismo, fue dado por Lazarus y Folkman en 1984 cuando crearon su modelo de afrontamiento y el cual es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo⁵³.

4.5.1 Tipos de Afrontamiento. Existen 2 tipos de afrontamiento⁵⁴,

4.5.1.1 Afrontamiento dirigido al problema. Orientado a su modificación, a su cambio hacía otra que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El proceso implica un refuerzo del papel del sujeto en su entorno, tanto social como personalmente, facilitando una disposición anclada en la valoración de autoeficacia ante futuros retos⁵⁵.

4.5.1.2 Afrontamiento dirigido a la emoción. En este caso el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento o un manejo a nivel no-real, sino ilusorio, a veces manipulativo, en otras de negación, o de transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido, o de atribución de intenciones. Es en definitiva un intento de manejo no funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto⁵⁶.

⁵³ LAZARUS R.S, FOLKMAN S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. 1986. 408 p. ISBN: 9788427010130.

⁵⁴ CASADO CAÑERO, Francisco Dionisio; Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas; Equipo de Salud Mental Alcalá-Dos Hermanas. Sevilla. 72 p. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf.

⁵⁵ *Ibíd.*, p. 21

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 23

4.5.2 Estrategias de Afrontamiento. Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias⁵⁷:

4.5.2.1 Estrategias de resolución de problemas. Son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar, entre ellas⁵⁸:

- Confrontación. Constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él.
- Planificación. Apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

4.5.2.2 Estrategias de regulación emocional. Son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. Por ejemplo, ante una ruptura matrimonial, uno puede acudir a los abogados, llamar a amigos en búsqueda de soluciones, etc. (estrategias dirigidas a solucionar el problema), pero también cabe salir más de casa para no sentirse tan mal, intentar no pensar en los años pasados, etc. (estrategias dirigidas a aliviar el malestar que produce la situación)⁵⁹:

- Aceptación de la responsabilidad. Indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
- Distanciamiento. Implica los esfuerzos que se realizan por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
- Autocontrol. Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 26

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 27

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 29

- Re evaluación positiva. Supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- Escape o evitación. A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

La Búsqueda de apoyo social es una combinación en la que se encuentran inmersas los 2 tipos de estrategias y esta supone los esfuerzos que se realizan para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral⁶⁰.

4.5.3 Modelos de Afrontamiento⁶¹:

4.5.3.1 Modelo de Afrontamiento de Lazarus Y Folkman (1984). Este modelo se centra en la interacción del sujeto con su medio; en cómo éste hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Esta interacción no es una mera relación física y adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, que básicamente es social. El modo en que se siente comprometido por ella, compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee esa demanda desde su biografía, sus relaciones actuales y su posición social y a la que hará, o no, frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos.

Está constituido de la siguiente manera⁶²:

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 31

⁶¹ SOLIS MANRIQUE, Carmen y VIDAL MIRANDA, Anthony. *Estilos Y Estrategias De Afrontamiento En Adolescentes*. Revista De Psiquiatría Y Salud Mental Hermilio Valdizan. Enero – Junio, 2006. Vol. VII. No. 1. p. 33 - 39.

⁶² *Ibíd.*, p. 34

A. La demanda del medio en cuanto compromiso:

- Si esta demanda es irrelevante, no afecta al sujeto, y por tanto, no significa un compromiso físico, ni personal, ni social. No da lugar a respuesta, hay orden emocional.

- Si por el contrario es relevante, la situación novedosa en el medio significa un compromiso, una alteración de la homeostasis del sujeto, ya sea en el ámbito físico, personal o social. Constituye una situación de estrés para el sujeto y provoca la fijación de la atención en la misma, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación.

B. Los procesos de evaluación de la situación estresante:

- Evaluación primaria. Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta supervivencia. Es un patrón de respuesta inicial, en el cual la persona evalúa la situación en base a cuatro modalidades:
 - Valoración de la amenaza, que se presenta cuando la persona anticipa un posible peligro.
 - Valoración de desafío, que se presenta ante una valoración de amenaza en la que además existe una posibilidad de ganancia.
 - Evaluación de pérdida, cuando hubo algún perjuicio o daño como una enfermedad incapacitante, un deterioro a la estima propia o haber perdido a algún ser querido.
 - Valoración de beneficio, que no genera reacciones de estrés.

- Evaluación secundaria. Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

- Desafío o reto. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro.

- Amenaza. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella. Genera claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora. Se torna poco eficaz, oscilando desde una actividad caótica, frenética y poco organizada, a la simple inactividad. Es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos y menos elaborados de conducta. En este contexto es donde se sitúa la patología, tanto ansiosa como depresiva. Para el modelo de afrontamiento la respuesta ansiosa es una respuesta de anticipación, mediada cognitivamente, en la que el sujeto anticipa la amenaza, la incapacidad de hacer frente a ella. Es importante el acento que se pone en la percepción de imposibilidad de control, que para este modelo es el elemento esencial en la explicación de la patología. No tememos tanto a las situaciones, como a la sensación de no poder hacer nada por controlarlas. Vinculando de este modo el estrés, que es la simple percepción de demanda a la que es sometido el organismo, con la angustia y con la ansiedad⁶³.

Es evidente que éste proceso de evaluación es auto-mantenido, ya que un fracaso previo deteriora la valoración de sus propios recursos como eficaces para hacer frente a la situación (expectativa de afrontamiento). Considera que a pesar de ponerlos en marcha no logrará controlar la situación (expectativa de resultado). Con lo que aumenta la evaluación como amenaza de la situación. Lo que disminuye la capacidad de afrontamiento del sujeto y aparecen mecanismos menos eficaces, vinculados de forma directa a la presentación de la patología entre ellos: Evitación, auto-focalización, desesperanza y búsqueda de atención social⁶⁴.

⁶³ *Ibíd.*, p. 34

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 36

4.5.3.2 Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy⁶⁵. La base del modelo de Roy, es el conjunto de procesos mediante los cuales una persona se adapta a los productores ambientales de tensión, considerando a la persona como un ser biopsicosocial. Debido a que el individuo está en constante interacción con un medio cambiante, es imperativo conocer las respuestas adaptativas de la persona ante estos cambios. En éste contexto El Afrontamiento se refiere a los modelos rutinarios y habituales de comportamiento responsables de manejar las situaciones cotidianas y de producir nuevas formas de comportamiento cuando un cambio drástico desafía las respuestas familiares⁶⁶.

En su modelo, Roy inicia describiendo el Metaparadigma enfermero, en el cual se encuentran inmersos:

- La Persona: Definida como un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos⁶⁷.
- Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos⁶⁸.
- Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total⁶⁹.
- La Enfermería: Que actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación⁷⁰.

⁶⁵ LEDDY. Op. cit., p. 169.

⁶⁶ BURGOS GROB, María Francisca. Calidad de vida y estrés de estudiantes de la Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile para el 2 semestre académico de 2003. Valdivia, 2004. 6 p.

⁶⁷ ORTA GONZÁLEZ. Op. cit. p. 400.

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 410

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 481

⁷⁰ LUENGO, Riffo y SALAZAR MOLINA, S. Aplicación Del Proceso De Enfermería Según El Modelo De Roy En Pacientes Con Diabetes Mellitus. Enfermería Global. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. No. 14; Octubre, 2008.

Teniendo en cuenta el metaparadigma (tabla 4), se podría asociar para definir la adaptación como: las respuestas de la persona ante los estímulos provocados por el entorno que afectan directamente su salud y en el cual el personal de enfermería juega un papel crucial para fomentar la adaptación del individuo a los distintos cambios que alteren su bienestar.

En medio de su teoría, Roy define los distintos estímulos que percibe un individuo y que pueden alterar su balance. Entre estos se encuentran los estímulos focales (Los que están relacionados directamente con el individuo como por ejemplo su fisiología y afectan a la persona inmediatamente), los contextuales (brindados por el entorno y todos los demás estímulos que están presentes, por ejemplo: género, ocupación entre otros) y los residuales (otros que el individuo llegue a considerar relevantes, son inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad). El efecto combinado de éstos, determina el nivel de adaptación.

Para adaptarse de la manera adecuada a los estímulos existen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, Auto Concepto, Desempeño De Funciones Y Relaciones De Interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio⁷¹.

- Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina⁷².
- Auto concepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo.
- Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación

⁷¹ BURGOS GROB. Op. cit. p. 2

⁷² SANCHEZ, Suleimis Barros. et al. Capacidad De Afrontamiento Y Adaptación De Pacientes Con VIH-Sida Según Modelo "Callista Roy" En Una IPS De II Nivel, Cartagena 2012-2013. Trabajo de Grado. Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Nuñez. 2014. 121 p.

concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular)⁷³.

- Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo.

Dependiendo el nivel de adaptación de la persona se puede determinar si tendrá o no un afrontamiento eficaz ante las situaciones de preocupación o crisis que se le presenten. Roy afirma que el Afrontamiento se refiere a los modelos rutinarios y habituales de comportamiento responsables de manejar las situaciones cotidianas y de producir nuevas formas de comportamiento cuando un cambio drástico desafía las respuestas familiares. Los dos mecanismos de afrontamiento más importantes son el regulador y el de cognición. El subsistema regulador está constituido fundamentalmente por elementos neuronales, endocrinos y perceptivos psicomotores. El subsistema de cognición incluye patrones psicosociales y hace posible el procesamiento perceptual de información, aprendizaje, razonamiento y emoción⁷⁴.

El individuo atraviesa por un ciclo adaptativo determinado por una entrada (Estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona), Procesamientos (mecanismos de control de la situación) y salidas (conductas que responden a la situación de manera eficaz o ineficaz). De éste modo Roy establece un proceso para que la tención de enfermería sea eficaz:

Valoración de las conductas⁷⁵.

- Estímulos que afectan a esas conductas.
- Elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.
- Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
- Intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).
- Evaluación

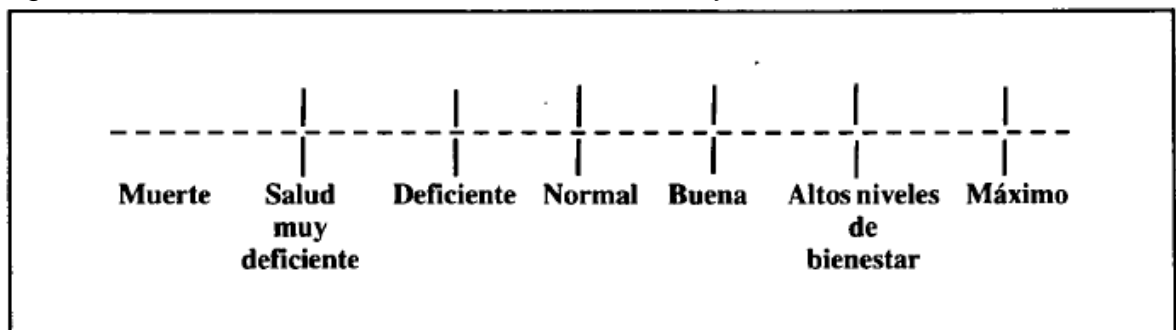
⁷³ Ibíd., p. 40

⁷⁴ LEDDY. Op. cit., p. 312

⁷⁵ ORTA GONZÁLEZ. Op. cit. p. 40.

Este modelo determina que el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas) y brinda un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería. Se trata de un modelo de uso difundido y constituye la base de un número cada vez mayor de investigaciones. En la tabla 4 se resumen los conceptos más importantes de acuerdo con la definición que se les da en el modelo de Roy⁷⁶.

Figura 9. Continuo de la salud en el modelo de Roy.



Fuente: (Roy SC: Introduction to Nursing: An Adaptation Model, p. 18, 1976.Reimpreso con autorización de Prentice-Hall, EnglewoodCliffs, NJ)

Tabla 4. Principales conceptos según la definición del modelo de Roy

CUADRO 1 Principales conceptos según la definición del modelo de Roy	
Persona:	Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado que trata de alcanzar el equilibrio
Salud:	Adaptación resultante del éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión
Enfermedad:	Enfrentamiento ineficaz a lo largo del continuo que va de la muerte a la adaptación
Ambiente:	Condiciones e influencias externas que afectan el desarrollo de la persona
Enfermería:	Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento

Fuente: (Roy SC: Introduction to Nursing: An Adaptation Model, p. 18, 1976.Reimpreso con autorización de Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ).

⁷⁶ LEDDY. Op. cit., p. 314

4.6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es entendida como las tareas y actividades que cada uno de los miembros debe desarrollar de acuerdo con la posición que tienen en el núcleo y está dada por la capacidad de una familia para adaptarse a las situaciones de crisis y la búsqueda de soluciones a los inconvenientes que se presenten, Ramírez Lumbreras Clara Eugenia, Méndez Espinosa Eduardo, Barrón Garza Fabiola, Riquelme Heras Héctor, Cantú Leyva Raúl en su artículo Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil mencionan que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas (desarrollo individual y familiar) y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia (crisis accidentales)⁷⁷.

De este modo es entonces importante comprender que la familia tiene un rol de mediador entre sus miembros y ante los distintos procesos que estos atraviesan, situación que resulta relevante para que el individuo pueda adaptarse en determinada medida a las crisis que se le presenten.

En caso de que la familia no mantenga un equilibrio entre las dimensiones económicas, sociales, afectivas y de jerarquía, es posible que aparezcan conflictos que minimicen el rol principal de lo que representa la familia, impidiendo que actúe como factor protector y se convierta en un factor de riesgo que puede afectar el bienestar de los integrantes.

Una buena funcionalidad familiar podría determinar que hay un buen vínculo emocional, que la familia es capaz de adaptarse a cambios y que la comunicación permite una buena interacción entre los integrantes, lo que permitirá una mejor adaptación a los cambios. Todo lo contrario ocurre si la funcionalidad familiar es ineficaz o mala, debido a que el apoyo familiar en algún sentido es deplorable y no permitirá una buena adaptación a las crisis o problemas.

⁷⁷ RAMÍREZ LUMBRERAS, CE.; MÉNDEZ ESPINOSA, E.; RIQUELME HERAS, H. y CANTÚ LEYVA, R. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. 2001. 12 p

De un modo similar es posible afirmar que la Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando⁷⁸. Esto puede manifestarse en una mejoría de la salud de los pacientes o mejor habilidad para la solución de problemas que se presenten.

Un factor importante para establecer una buena funcionalidad familiar está ligada a una característica muy importante que es la buena comunicación entre sus integrantes debido a que pueden manifestar sus opiniones y crear lazos de confianza y amor que permitirá una mejor adaptación a cambios. En el mismo sentido informan que la comunicación es uno de los elementos más importantes dentro de las relaciones de la dinámica familiar, mediante la comunicación sus integrantes pueden expresar y transmitir emociones, cada familia tiene su manera de comunicarse, ninguna es igual a la otra, predomina sus valores, su forma de pensar, la manera de resolver problemas⁷⁹. Una vez se pueda establecer una buena comunicación familiar, se tendrá un parámetro de gran relevancia para que se dé un apoyo efectivo y se facilite la resolución de inconvenientes.

4.7 APGAR FAMILIAR

La funcionalidad del grupo familiar puede considerarse importante al momento de valorar la forma de afrontar las situaciones complicadas, debido a que el apoyo y la unión con las personas cercanas ayudan a que se manejen de una manera más pertinente las situaciones por las que se atraviesa. En éste instrumento creado por Gabriel Smilkstein en 1978, se valora cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, se realizan preguntas abiertas que valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución⁸⁰.

⁷⁸ MORENO, Jaime. y CHAUTA, Laura. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Psychol Av la Discip [Internet]. 2012. Vol. 6. No. 1. p. 155 – 66. Disponible en: <http://www.usbbog.edu.co:8080/index.php/Psychologia/article/view/216>

⁷⁹ PILLCOREMA LUDIZACA, BE. Tipos De Familia Estructural y la Relación con sus Límites [Internet]. 2013. 78 p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4302>

⁸⁰ SMILKSTEIN, George. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. 1978. 1231 p.

Posteriormente la Enfermera (o) obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar. La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando al profesional de Enfermería una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares⁸¹.

Tabla 5. Componentes del APGAR familiar

APGAR FAMILIAR: COMPONENTES

Componentes	Definición
Adaptación	Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
Participación	Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
Crecimiento	Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
Afecto	Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
Recursos	Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/APGAR%20Familiar.pdf>

⁸¹ Ibíd., p. 176.

5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Definición	Unidad de medida	Escalas de medición
Datos Generales	Elementos primario de la información que reunidos pueden cobrar significación	Patología asociada	Grupo de síntomas asociadas a una determinada enfermedad	Si No	Cualitativa Nominal
		Fecha de diagnóstico de la diabetes	Tiempo que ha transcurrido desde la confirmación de la enfermedad	Años o meses	Cualitativa Razón
		Fecha de diagnóstico de la retinopatía diabética	Tiempo que ha transcurrido desde la confirmación de la retinopatía diabética	Años o meses	Cualitativa Razón
sociodemográficas	Conjunto de atributos relacionados con ubicación, distribución, años de vida	Sexo	Conjunto de Características biológicas propias del hombre y la mujer.	Hombre Mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica

	y organización espacio-temporal que permiten caracterizar la población en estudio.	Nivel educativo	Años de escolaridad cursados.	Primaria, secundaria, técnico, tecnólogo, profesional, especialista, Ninguno.	Cualitativa Politómica
		Estrato socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	1-2-3-4-5-6-	Cualitativa Ordinal
		Desplazado	Persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad	Es usted desplazado Si No	Cualitativa Nominal

			física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas		
		Estado civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Unión Libre - Casado - Divorciado - Separado - Viudo 	Cualitativa Nominal Politómica
		Número de Hijos	Cantidad de hijos	Número de Hijos	Cuantitativa Razón
		Responsable del sostenimiento del hogar	Persona fuente principal de ingreso económico para el hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistado - Cónyuge - Ambos - Padre - Madre - Hijos - Otros 	Cualitativa Nominal Politómica
		Religión	Condición de una persona en función de creer o no en algo o alguien como ser superior	Pertenece o practica alguna religión: -Si -No	Cualitativa Nominal
		Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	Labora actualmente -Si	Cualitativa Nominal

			Sinónimo de trabajo, labor o quehacer	-No	
		Tenencia de vivienda	Posesión del lugar donde vive actualmente.	- Propia - Arrendada - Familiar	Cualitativa Nominal Politómica
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida	APGAR	Características para medir funcionabilidad familiar, Buena Función Familiar: 18 – 20 Disfunción familiar leve 14 – 17 Disfunción familiar moderada 10 – 13 Disfunción familiar grave 9 – o menos	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad: Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa
				Me satisface la participación que mi familia brinda y permite Nunca Casi nunca Algunas veces	Cualitativa

				Casi siempre Siempre	
				Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as): Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa
				Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano (a), a quien pueda buscar cuando necesite ayuda: Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Cualitativa
				Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de	Cualitativa

				emprender nuevas actividades: Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	
				Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor. Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre siempre	Cualitativa
				Me satisface como compartimos en familia: a) el	Cualitativa

				<p>tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.</p> <p>Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre</p>	
AFRONTAMIENTO	Habilidad de una persona para afrontar los cambios que se presentan durante el desarrollo de la enfermedad	Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy	<p>Características para medir afrontamiento</p> <p>Baja capacidad: 23 puntos</p> <p>Mediana Capacidad: 46 puntos</p> <p>Alta Capacidad: 69 puntos</p> <p>Muy Alta Capacidad: 92 puntos</p>	<p>FACTOR I</p> <p>Cuando se presenta una dificultad o problema, propongo una solución:</p> <p>NS/NR</p> <p>Nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Siempre</p>	Cualitativa
				<p>Trato de que todo funcione a mi favor:</p> <p>NS/NR</p> <p>Nunca</p> <p>Algunas veces</p>	Cualitativa

				Siempre	
				Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Estoy atento a cualquier cosa relacionada con mi enfermedad NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Con tal de mejorar mi condición, estoy dispuesto a modificar mi	Cualitativa

			vida radicalmente NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	
			Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar mi enfermedad y llevar a cabo mi tratamiento NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
			FACTOR II Solo puedo pensar en lo que me preocupa: NS/NR Nunca Algunas veces	Cualitativa

				Siempre	
				Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Experimento cambios en la actividad física: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Me doy cuenta	Cualitativa

				que me estoy enfermando: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	
				Me rindo fácilmente: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				FACTOR III Soy menos eficaz bajo estrés: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Me siento activo y alerta durante el día: NS/NR Nunca Algunas veces	Cualitativa

				Siempre	
				Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo con lo que sucede: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				FACTOR IV Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Analizo la situación como realmente es: NS/NR Nunca Algunas veces	Cualitativa

				Siempre	
				Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				FACTOR V Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Utilizo el humor para manejar mejor la situación: NS/NR Nunca	Cualitativa

				Algunas veces Siempre	
				Aprendo de las soluciones que le han funcionado a otras personas: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío: NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativa
				Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar:	Cualitativa

				NS/NR Nunca Algunas veces Siempre	
--	--	--	--	--	--

6 DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo de tipo transversal. La recolección de datos se hizo en un solo momento de tiempo, lo cual buscaba identificar tipo de afrontamiento y nivel de adaptación según funcionalidad familiar en paciente con Retinopatía diabética, aplicando la escala de valoración de Callista Roy.

6.2 POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN

La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Retinopatía diabética de cualquier grado, que asistieron a los centros oftalmológicos del municipio de Neiva (H) durante el año 2014. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional, en el cual se tomó el 100% de la población que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el grupo investigador.

6.2.1. Criterios De Inclusión

- Edad mayor a 18 años cumplidos.
- Persona que resida en el municipio de Neiva (H).
- Persona diagnosticada con Retinopatía diabética.
- Persona atendida en un centro oftalmológico del municipio de Neiva (H) en el año 2014.
- Aceptación de participar en el estudio voluntariamente y posterior firma del consentimiento informado.

6.2.2. Criterios De Exclusión

- Personas con antecedentes de enfermedades visuales
- Personas con deterioro cognitivo o con diagnóstico de patología psiquiátrica que no pueda dar información veraz y confiable

6.3 METODO Y TECNICA DE INSTRUMENTO

En la investigación se utilizó una encuesta elaborada por el grupo investigador, el cual incluyeron preguntas de tipo sociodemográfico, APGAR familiar y la escala de valoración de afrontamiento y adaptación de Sor Callista Roy. Los investigadores se dirigieron hacia el lugar de residencia de las personas que contestaron la encuesta, previamente firmado un consentimiento informado, se llevó a cabo la aplicación de la encuesta de tipo auto-dirigido, de modo que todas las preguntas de la encuesta se leyeron a los usuarios y ellos respondieron de acuerdo a lo que consideraban pertinente.

6.3.1 Confiabilidad. La confiabilidad de la investigación fue dada por un instrumento tipo encuesta con información sociodemográfica, APGAR familiar, escala de afrontamiento y adaptación de Sor Callista Roy, esta última, validada a nivel internacional, siendo ajustada y aplicada en el estudio CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE PACIENTES CON VIH-SIDA SEGÚN MODELO “CALLISTA ROY” EN UNA IPS DE II NIVEL, CARTAGENA. 2012-2013. La escala evaluó cinco (5) factores y veintitrés (23) preguntas que permitieron interpretar el tipo de afrontamiento manejado por el usuario. Se realizó una prueba piloto con el 10% de la población, para evaluar la confiabilidad del instrumento.

6.3.2 Validez. El grupo investigador contó con un instrumento que permitió identificar los aspectos sociodemográficos, funcionalidad familiar y la escala de afrontamiento y adaptación de Sor Callista Roy; La encuesta fue validada en cuanto a sus contenidos por Magisters expertos a nivel metodológico y temático, los cuales realizaron aportes convenientes al instrumento, garantizando la aplicabilidad de la encuesta en la población objeto de estudio. Los aspectos evaluados por los expertos fueron: claridad, redacción, pertinencia y coherencia.

6.4 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Con el apoyo de los centros oftalmológicos del municipio de Neiva (H), se realizó una búsqueda sistemática de información necesaria para contactar a los usuarios diagnosticados con Retinopatía diabética en el año 2014, posterior a ello, se llevaron a cabo las respectivas llamadas telefónicas a cada uno de los pacientes, estableciendo fecha y hora para la visita domiciliaria donde se aplicó la encuesta.

En el proceso de tabulación, los investigadores procedieron a codificar cada una de las encuestas en el programa ofrecido por Microsoft Excel® 2010, se creó una base de datos en la cual se digitó la información sociodemográfica, los resultados de la suma de los puntajes del APGAR, determinación de la funcionalidad familiar y los puntajes de la escala de afrontamiento y adaptación de Sor Callista Roy, identificando el tipo de afrontamiento y el nivel de adaptación; posteriormente, se elaboraron las tablas y gráficas pertinentes para el análisis, las conclusiones y recomendaciones del estudio.

7 CONSIDERACIONES ETICAS

Teniendo en cuenta la ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería y se dictan otras disposiciones, con las cuales se debe ofrecer una atención con principios humanos y éticos, de responsabilidad y con calidad⁸², por lo anterior, la atención a los participantes se realizó con integralidad, individualidad, dialogicidad y calidad, el respeto a la dignidad humana y a los derechos de la persona fueron fundamentales en la investigación.

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta son los contenidos en este código de ética de Enfermería, los cuales son⁸³:

BENEFICENCIA - NO MALEFICENCIA: la investigación busco identificar el nivel de adaptación y tipo de afrontamiento, con lo cual no se realizó ningún tipo de intervención que ponga en riesgo la integridad y la salud de los participantes.

AUTONOMÍA: Las personas tuvieron la libertad de decidir si quisieron o no hacer parte de la investigación, de igual forma se respetó su decisión de retirarse en el momento que lo deseen.

JUSTICIA: Se tuvieron en cuenta que todas las personas tenían las mismas necesidades de salud, por lo tanto se respetó la muestra seleccionada independientemente de que algunos tuviesen mayores demandas que otros. Todas las personas que reúnan los criterios de inclusión, tuvieron la misma oportunidad de ser escogidos en la investigación, y recibieron el mismo trato desde el principio hasta el final de esta.

PRIVACIDAD: Se respetó la privacidad de cada persona, ya que los datos solo se utilizaron con fines investigativos, y se guardaron en reserva la

⁸² COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Ley 266. (25, enero 1996) Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Bogotá D.C., El ministerio. 1996. no. 42.710. 8 p. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf.

⁸³ COLOMBIA. ACOFAEN. Código de Ética de enfermería. (julio, 1998). Tribunal Nacional ético de enfermería. Bogotá D.C. 11 p.

identificación de los participantes en el estudio, debido a que se le asignaron un código a cada participante en la tabulación de la información.

FIDELIDAD: Se buscó crear un ambiente de confianza con las personas participantes del estudio, se cumplió con las obligaciones y los compromisos acordado con estos.

A demás, la investigación se rigió bajo la Ley 911 de 2004, mediante la cual se establece la responsabilidad del profesional de Enfermería en investigación, se tuvieron en cuenta las disposiciones éticas de conservación de la dignidad, integridad y derechos de los participantes, no se utilizaron personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas⁸⁴.

Teniendo en cuenta lo anterior, como lo dictamina el tribunal Nacional Ético de Enfermería, los investigadores se comprometieron a ser idóneos en el ejercicio de su rol, estuvieron comprometidos con los procesos y evitaron intereses propios.

Los procesos, fueron: Apropriados para la búsqueda de los objetivos de la investigación, acordes con el diseño metodológico, benéfico para las personas sujetos de investigación y equitativo para los participantes.

Del mismo modo, la Resolución 8430 de 1993 determino que la investigación se clasifico como una investigación con riesgo mínimo debido a que no se realizaron ninguna intervención o modificación intencionada en variables biológicas, fisiológicas o sociales en las personas que participaron en el mismo, pero se manejó información de carácter personal y de la misma forma el sujeto investigado fue informado con claridad acerca de sus derechos y

⁸⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Ley 911. (06, octubre, 2004) Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio dela profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá D.C, El ministerio. 2004. No. 45.293. 15 p. Fecha de consulta: Abril de 2015. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.

toma libre de decisiones mediante el consentimiento informado, para que pudieran retirarse en el momento que consideraban pertinente o necesario⁸⁵.

Los investigados pudieron verse beneficiados de la información brindada y de los resultados del estudio debido a que pudieron conocer su afrontamiento, es por ello que en la presente investigación se pudo decir que los beneficios sobrepasan los riesgos. Además los centros oftalmológicos se verán beneficiados de la información, debido a que podrán crear programas de intervención con un equipo multidisciplinario mejorando la calidad de vida de los pacientes que consultan estos centros de atención. Del mismo modo, la seguridad y el bienestar de los participantes fue de prioridad para los investigadores, de tal modo que se hubiera suspendido la realización de esta investigación en caso tal de que alguna hubiera sido comprometida como lo dictamina la Guía De Buenas Prácticas Clínicas y las normas de la conferencia internacional de armonización (ICH)⁸⁶.

El alcance de la investigación fue a nivel local porque se enfatizó en promover futuras investigaciones donde se ponga a prueba un programa de intervención terapéutica a nivel individual y familiar que minimicen los factores que repercutan negativamente en su salud y se establezcan estrategias de afrontamiento claras y prácticas, en este caso para el paciente con Retinopatía diabética y que los centros oftalmológicos brinden información clara sobre la importancia del afrontamiento en el manejo de la patología.

Por lo tanto, la presente investigación pudo brindar información orientada hacia la condición real del paciente con relación a su capacidad para afrontar y adaptarse frente a una complicación de su enfermedad crónica, para que basados en estos resultados se pudieran implementar programas, estrategias y actividades de promoción y prevención que fueran dirigidas al mejoramiento

⁸⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430. (04, octubre, 1993) Por la cual se reglamenta Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación. Bogotá D.C., El ministerio. 1993. 21 p. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.creosltda.com/atachments/10_14_%20REGULACION_INVESTIGACION_SALUD.pdf.

⁸⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía de Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas. 2013. 100 p.

de la calidad de vida a nivel físico, mental, espiritual, existencial e intelectual, buscando la forma de adoptar en sus vidas nuevas y mejores alternativas de cuidado, generando así el impacto a mediano plazo que el grupo investigador desea fomentar.

Se tuvieron los criterios ofrecidos por la declaración de Helsinki tales como⁸⁷:

- Respeto A La Dignidad Humana: Debido a que los participantes tuvieron derecho a la autodeterminación y a escoger libremente si desean o no haber participado en el estudio, como también haber decido cuándo dar por finalizada su intervención en el mismo y al acceso de la información que consideren pertinente.
- Respeto A La Integridad: A todos aquellos que participaron de la investigación se les respetaron la decisión de no brindar información sobre su vida privada, para reducir el impacto del estudio en su integridad física, mental y en su personalidad.
- Consentimiento Informado: Los participantes de manera voluntaria firmaron con su correspondiente documento de identificación, un oficio en el cual conto con toda la información explicada en forma completa y clara que se consideró necesaria y pertinente, se expresó de manera comprensible en el cual se aceptó o rechazo la participación en la presente investigación, además el consentimiento informado al ser un documento de libre albedrío les permitió retirarse en el momento que precisaron adecuado.

También se le brindo acceso a una copia del consentimiento informado que el participante haya firmado previamente debido a que es una obligación del investigador y de la misma forma en caso de existir información relevante de

⁸⁷ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre, 2008. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.

carácter nuevo en el estudio, se le informo al participante sobre esta, documentándose con una notificación⁸⁸.

El instrumento que se utilizo fue una encuesta, la cual tenía incorporada la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de la teórica de enfermería Callista Roy, la cual sirvió de apoyo para identificar el tipo de afrontamiento que tiene el individuo ante la condición de su enfermedad.

Los investigadores de la presente investigación firmaron un acuerdo de confidencialidad en el cual se comprometieron a mantener la exactitud de los resultados y manejaron con total transparencia la información obtenida mediante la recolección de datos, también se contó con los conocimientos necesarios para la realización de la investigación, recolección de información de primera mano que se adquirió mediante la búsqueda de bibliografía en bases de datos.

Se contó además, con la colaboración de asesores metodológicos y temáticos, lo que permitieron un acercamiento más adecuado al análisis de datos obtenidos. De este modo la información adquirida fue registrada, manejada y archivada de forma que permitió su comunicación, interpretación y verificación exacta mediante el programa Microsoft office Excel®. Toda la información brindada se manejó de manera confidencial, se codifico cada encuesta para proteger la identidad de los participantes.

La investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización de los centros oftalmológicos del municipio de Neiva (H), para acceder a la base de datos de los usuarios diagnosticados con retinopatía diabética, además, se continuo con el contacto de los usuarios vía telefónica, posterior visita domiciliaria con cita previa concertada y posterior diligenciamiento del consentimiento informado y de la encuesta.

⁸⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2378 (27, Junio, 2008). Bogotá D.C, El ministerio. 2008. No. 47033. 93 p. Fecha de consulta: Marzo de 2014. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Decreto2378de2008_Buenas_practicas_clinicas.pdf

Sin embargo la investigación solamente se inició en la medida que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad De Salud de la Universidad Surcolombiana, emitieran la aprobación y debido aval. Además, una vez fue aprobada la investigación, a los participantes de la misma se les informó del avance y desarrollo de la investigación.

8 ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados, siguiendo cada uno de los objetivos propuestos en el estudio.

Tabla 6. Sexo, edad y nivel educativo de los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética de los centros oftalmológicos. Neiva, 2015.

MEDICION	SEXO		EDAD											N. EDUCATIVO							
	HOMBRE	MUJER	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 Y MAS	PRIMARIA	P. INCOMPLETA	SECUNDARIA	S. INCOMPLETA	TECNICO	TECNOLOGO	PROFESIONALES
<i>f</i>	28	23	2	0	0	2	4	9	12	9	8	3	2	1	8	12	16	9	5	1	2
%	54.9	45.1	3.9	0	0	3.9	7.8	17.6	23.5	17.6	15.6	5.8	3.9	1.9	15.6	23.5	31.3	17.6	9.8	1.9	3.9

Fuente: Base de datos "Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy"

Según el total de los pacientes encuestados, la mayoría de los pacientes pertenecían al sexo masculino con un 54.9%, la relación fue de 1,2 hombres por cada mujer. El 23,5% de la población se encontró entre las edades de los 55 a 59 años. Según la pirámide poblacional de 2014, Colombia, al igual que la mayoría de los países de la región, experimenta la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7,32% del total de la población, demostrando incremento en un punto porcentual con respecto a 2005; se espera que para el 2020, la proporción continúe aumentando hasta llega a un 8,79%. Con relación al nivel educativo se pudo identificar que el 62,7% de los encuestados tenían algún nivel educativo terminado, considerando este aspecto como un factor protector para la salud, ya que se pueden informar por diferentes medios de difusión, teniendo la capacidad de asimilar mejor los mensajes informativos encaminadas a la prevención de complicaciones.

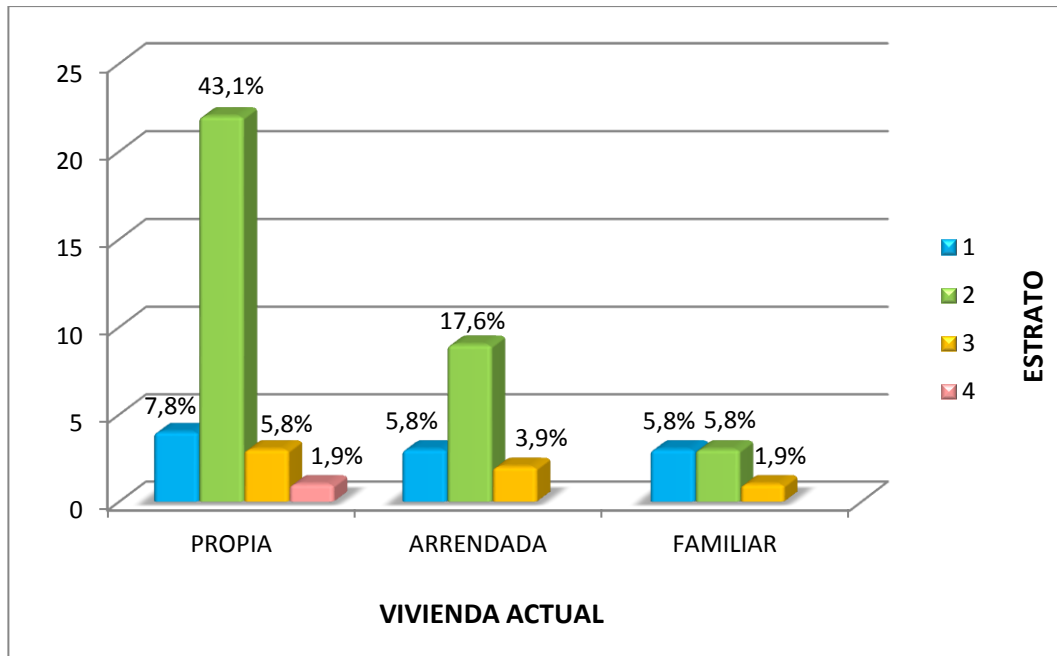
Tabla 7. Estado civil, número de hijos, ocupación y responsable del sostenimiento económico de los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética. Neiva, 2015.

MEDICION	ESTADO CIVIL					NUMERO DE HIJOS						OCUPACION			RESPONSABLE SOSTENIMIENTO								
	SOLTERO	UNION LIBRE	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	0	1	2	3	4	5	6	TRABAJO INDEPENDIENTE	DESEMPLEADO	ASALARIADO	ENTREVISTADO	CONYUGE	AMBOS	PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO
<i>f</i>	4	14	25	2	1	5	3	7	22	10	4	3	2	17	19	15	20	12	5	2	0	10	2
%	7.8	27.4	49	3.9	1.9	9.8	5.8	13.7	43.1	19.6	7.8	5.8	3.9	33.3	37.2	29.4	39.1	23.5	9.8	3.9	0	19.6	3.9

Fuente: Base de datos "Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy"

Con relación al estado civil el 76,4% de la población está casada y en unión libre, siendo un aspecto importante para la funcionabilidad familiar, el 62,7% tienen entre 2 y 3 hijos, reforzando la unión y apoyo mutuo que los identifican como familia; según la ocupación, en Colombia para el último registro del DANE el 10,8% es desempleado, siendo la tasa más baja desde hace 15 años, tomando los encuestados el 37,2% presentaban la misma situación de desempleo siendo un factor determinante para el tipo de afrontamiento; el principal responsable del sostenimiento del hogar es el entrevistado con un 39,1% situación que podría generar estrés y ansiedad por la presencia de una patología discapacitante en el usuario limitando el óptimo desarrollo a nivel laboral y familiar.

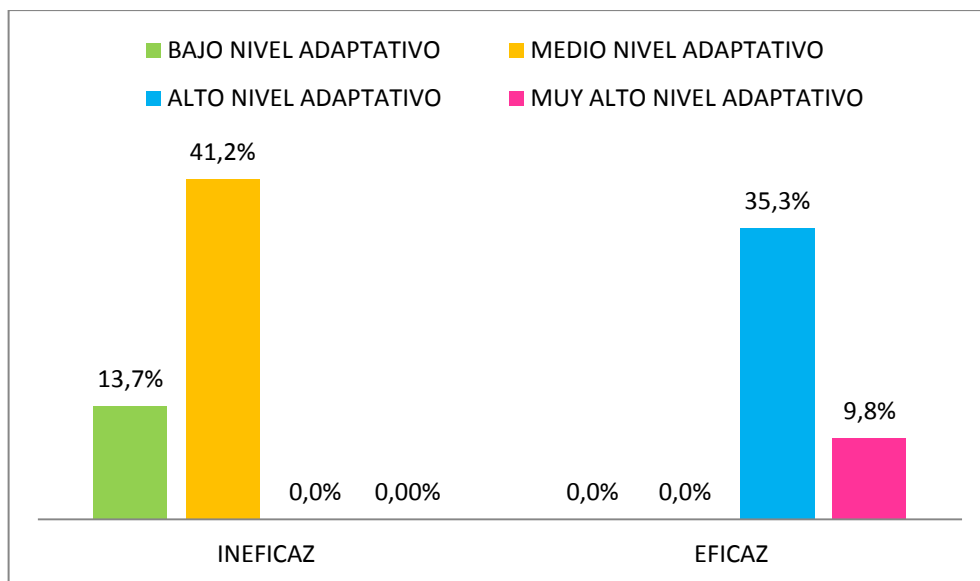
Gráfica 1. Tenencia de vivienda y estrato socioeconómico de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Al comparar el estrato socioeconómico y la tenencia actual de la vivienda de las personas encuestadas, se evidencia que en su gran mayoría reside en vivienda propia, lo cual corresponde al 58,8%, siendo el estrato dos (2) el que predomina en este grupo con un 43,1%. En segundo lugar se ubica el tipo de vivienda arrendada con 27,4% predominando de igual manera el estrato dos (2) con un 17,6 %. El hecho de contar con vivienda propia, favorece la estabilidad emocional del paciente ya que disminuye las preocupaciones relacionadas con los gastos propios del hogar.

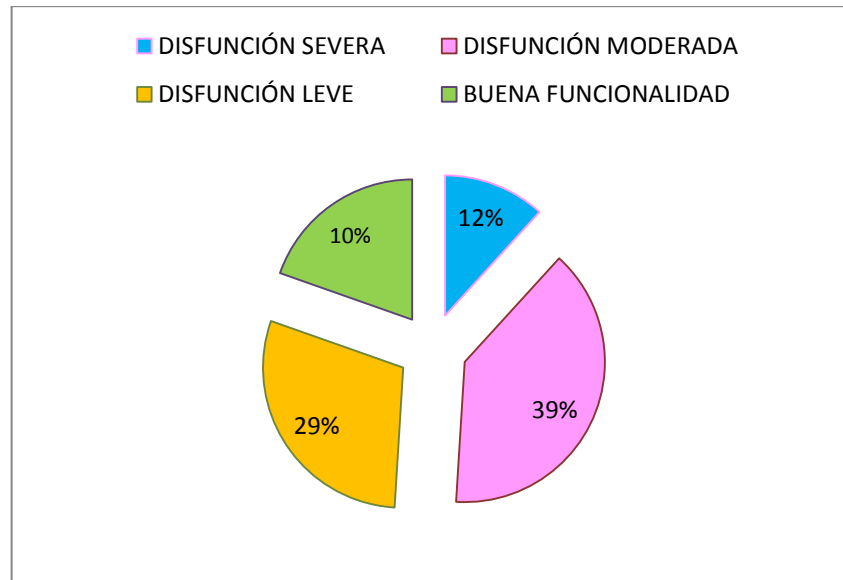
Gráfica 2. Tipo de afrontamiento relacionado con el nivel de adaptación de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

De la totalidad de encuestados, se pudo deducir, que el tipo de afrontamiento ineficaz está directamente relacionado con el nivel de adaptación medio y bajo, destacando que el nivel de adaptación es la capacidad adaptativa de personas a factores estresantes externos o internos en los cuales si se determina alguna alteración, se podrá evidenciar que el tipo de afrontamiento también se verá afectado ante procesos patológicos.

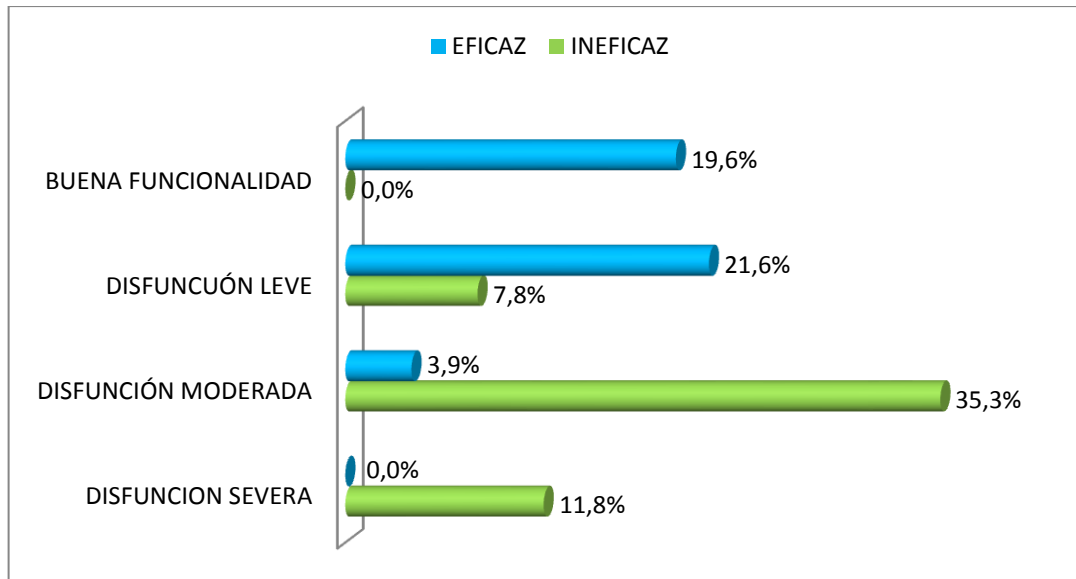
Gráfica 3. Tipo de funcionalidad familiar de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva 2015.



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento en su familia en un momento determinado en el total de la población encuestada; 68% de los pacientes evidenciaron una disfunción leve o moderada, por consiguiente se determina que existen problemas que estarían afectando la relación familiar y el 10% tiene una buena funcionabilidad familiar; lo cual nos hace referencia a que hay una funcionabilidad familiar en la cual los pacientes cuentan con un apoyo de sus familias para enfrentar los procesos en los cuales estén atravesando.

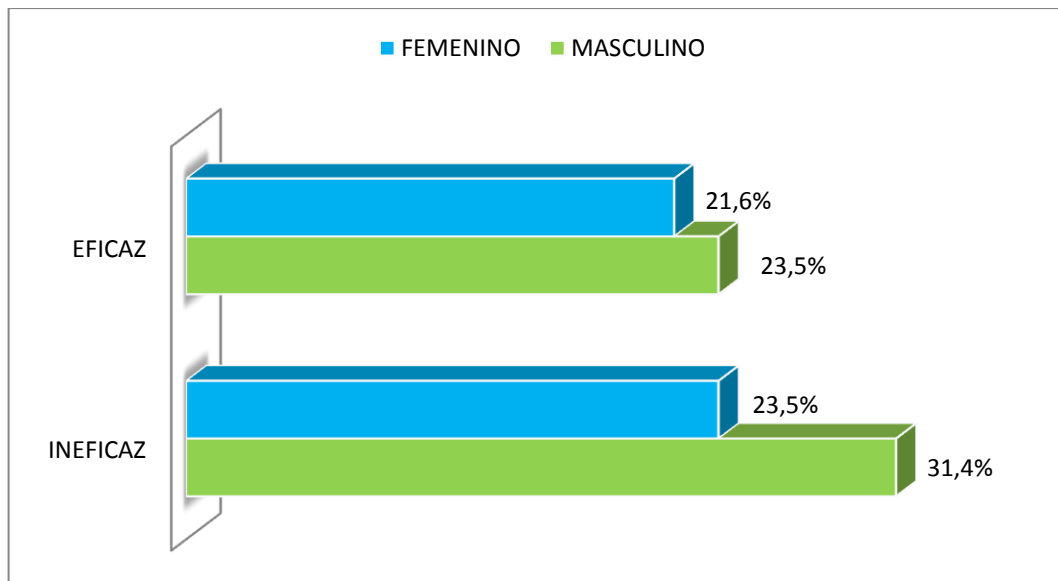
Gráfica 4. Tipo de afrontamiento según funcionalidad familiar en pacientes con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Se puede evidenciar que cualquier grado de funcionalidad familiar afecta directamente en el afrontamiento de la persona; en el caso de los encuestados, se observa claramente que el 41,7%, presentaron afrontamiento ineficaz asociado a una disfuncionalidad familiar moderada o severa, posiblemente se deba a que el acompañamiento y colaboración de los familiares, aumenta la sensación de seguridad y confort, disminuyendo el estrés y la ansiedad; la persona siente que no está sola y que cuenta con el apoyo de sus seres queridos para ayudarlo a sobrellevar una situación tan complicada como lo es, la pérdida paulatina de la visión, en la que a su vez, poco a poco se pierde la independencia para realizar actividades de la vida diaria.

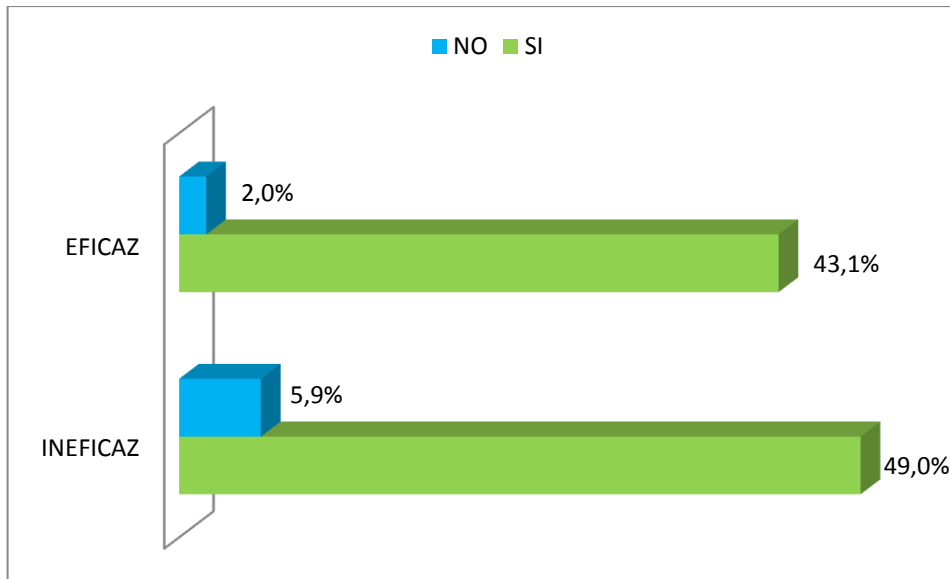
Gráfica 5. Tipo de afrontamiento según el sexo de los pacientes diagnosticados con Retinopatía diabética. Neiva, 2015.



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Tomando el tipo de afrontamiento ineficaz relacionado con el sexo, se puede deducir que el sexo masculino predomina con un 31,4%; Esta situación puede deberse a que las mujeres se sienten más libres y cómodas con la expresión de sus sentimientos lo que permitiría encontrar métodos adaptativos con mayor facilidad que los hombres, tienen que ver tal vez, con que los hombres son más de actuar, y no de hablar, mientras que la mujer está más orientada hacia la discusión. Según diversos estudios, las mujeres desde la etapa de la infancia, comparten secretos, experiencias, discuten opciones y problemas, contrario a los hombres.

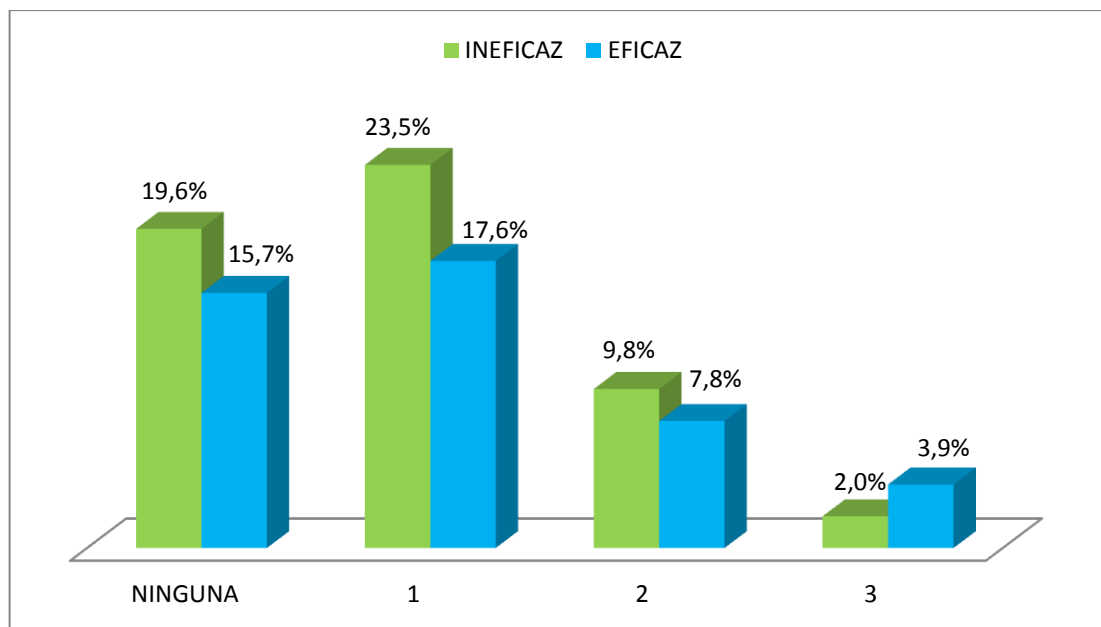
Gráfica 6. Tipo de afrontamiento según la creencia religiosa en pacientes con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Se piensa que la religión da sentido a la existencia del ser, hace mejores personas, genera esperanza hacia el futuro, creando felicidad y sensación de bienestar, sin embargo, se evidencia como resultado del estudio, un alto porcentaje de personas que pertenecen a una religión (92,1%), sin guardar relación directa con un afrontamiento eficaz. Sin embargo, también se reconoce que los pacientes que no pertenecen a ninguna religión, la mayoría maneja un afrontamiento ineficaz, esto podría deberse a que las personas que practican una religión, manejan en medio de sus congregaciones, distintos grupos de apoyo a los que pueden unirse para fomentar su nivel adaptativo, situaciones que no experimentarán las personas que no son creyentes, por lo tanto, no tendrían una red de apoyo social que les permita adaptarse mejor a una crisis en cualquier momento de la vida.

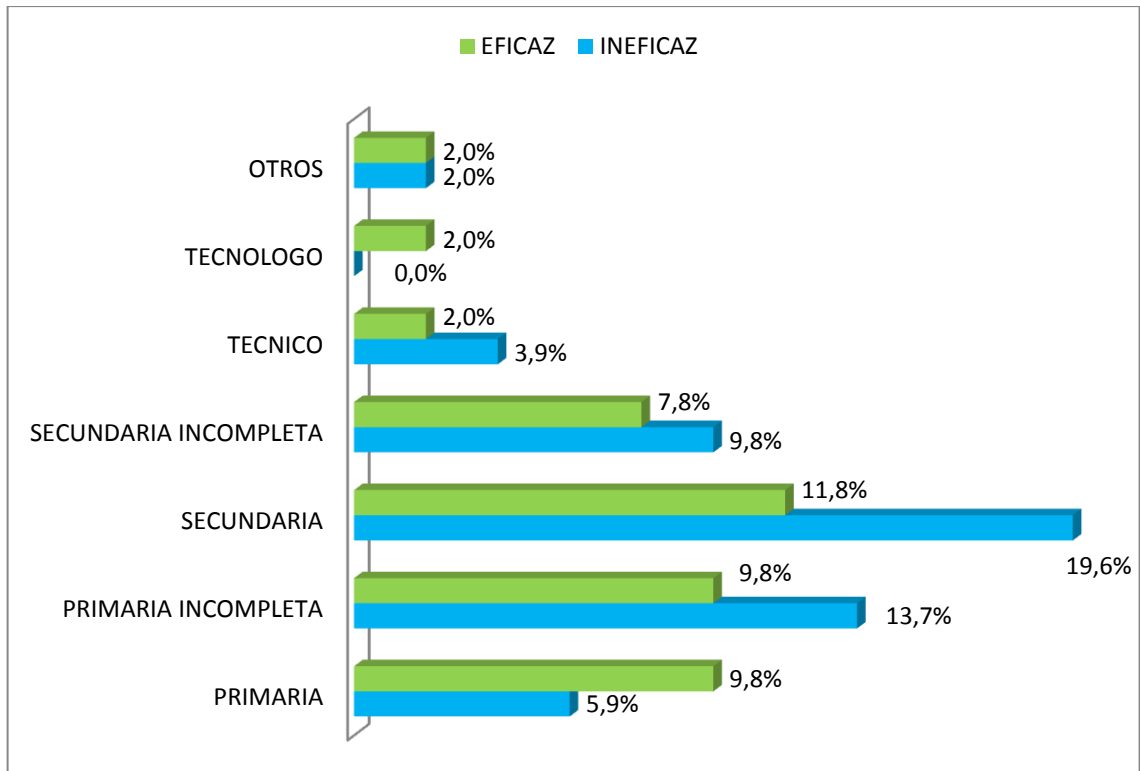
Gráfica 7. Tipo de afrontamiento según número de patologías asociadas en pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Al indagar en los pacientes encuestados a cerca de las patologías asociadas a la retinopatía diabética, no se evidenció una relación directa entre el número de patologías asociadas y el tipo de afrontamiento, esta situación puede deberse a que son usuarios que manejan una patología de base tipo crónica desde hace ya mucho tiempo y que han comprendido que su enfermedad los acompañará por el resto de su vida, además, estará asociada a la posible aparición de múltiples complicaciones, comprendiendo de este modo las diferentes formas de adaptarse o no a la situaciones venideras en su vida.

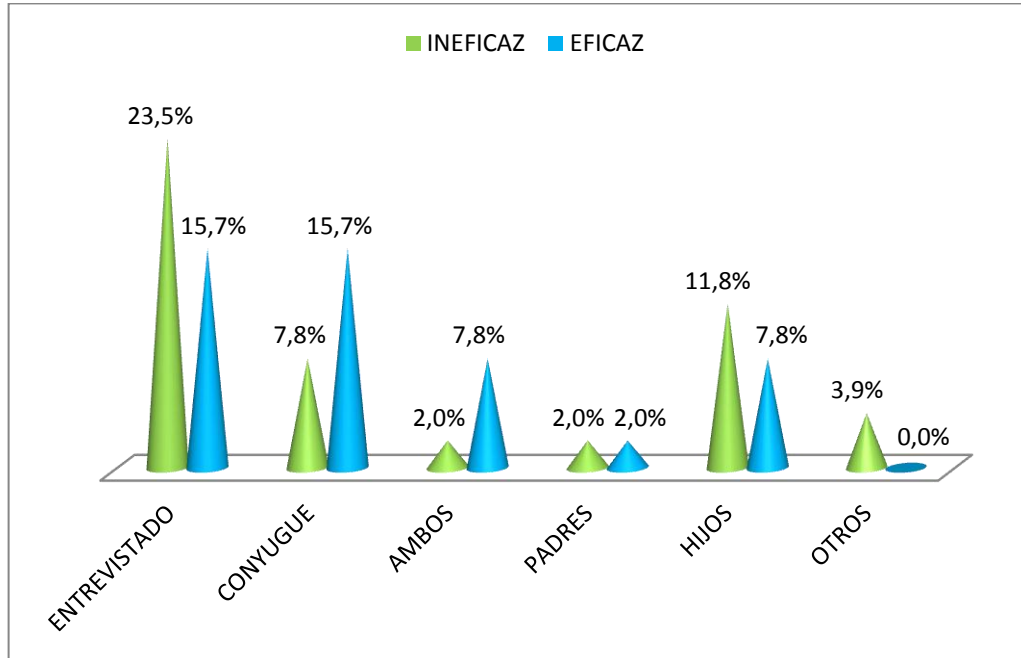
Gráfica 8. Tipo de afrontamiento según nivel educativo en pacientes con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

El nivel educativo no se correlaciona de una manera directa con el tipo de afrontamiento, el más alto afrontamiento ineficaz (19,6%) se encuentra en los encuestados que terminaron secundaria; seguido de las personas con primaria incompleta (13,7%). Sin embargo, se destaca que el 96,1% de los encuestados tenían algún nivel educativo que saben leer y comprender la educación que los diferentes profesionales de la salud llevan a cabo con relación a su enfermedad y prevención de mayores complicaciones. Con lo anterior se infiere, que el nivel educativo no determina el tipo de afrontamiento en el individuo

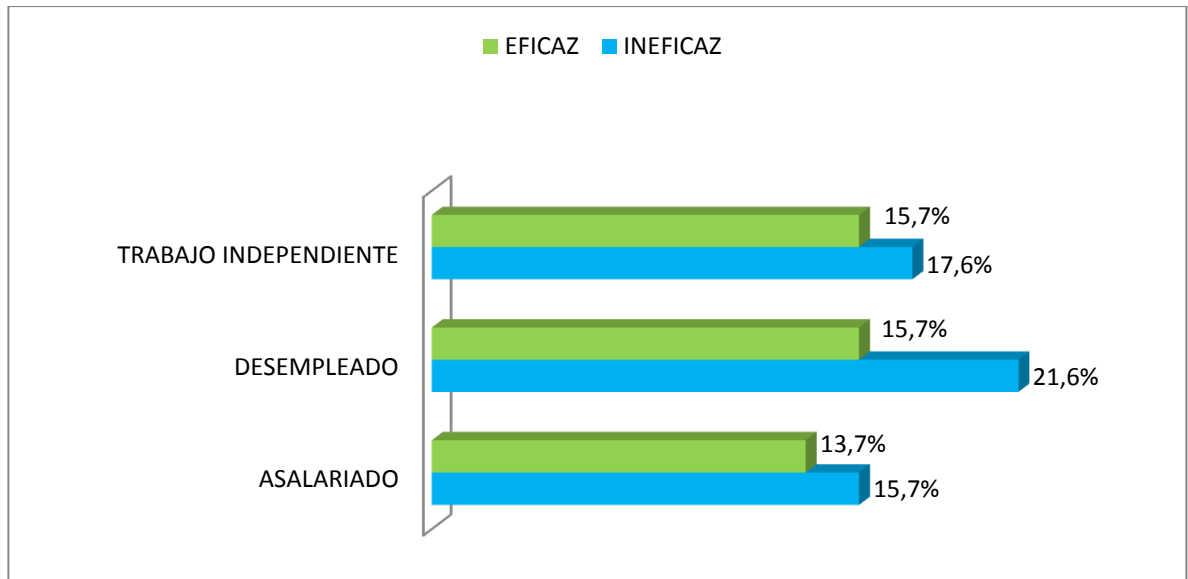
Gráfico 9. Tipo de afrontamiento según persona responsable del sostenimiento económico en el hogar de pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Se identificó que cuando son los mismos pacientes los responsables directos del sostenimiento del hogar, desarrollan un alto afrontamiento ineficaz (23,5%), lo cual puede correlacionarse con la carga económica que ellos manejan en el interior de la familia y que de una u otra forma deben solventarla, ya que son los únicos responsables de la estabilidad económica del hogar el cual influye negativamente al afrontar su enfermedad; también se hace necesario resaltar aquellos usuarios que sus hijos son los responsables de suplir los gastos de la familia (11,8%), ya que también se arrojó afrontamiento ineficaz en ellos, relacionado tal vez, con el sentimiento de carga y de inutilidad que ellos manejarán por no poder sostenerse económicamente sin la necesidad de ayuda por parte de otros. Tiene un alto afrontamiento eficaz los que en el sostenimiento económico del hogar lo maneja su conyugue (15,7%), al igual en los hogares donde el sostenimiento lo manejan ambos, (entrevistado y conyugue), ya que tiene un soporte económico en su pareja influye positivamente en el afrontamiento de su enfermedad.

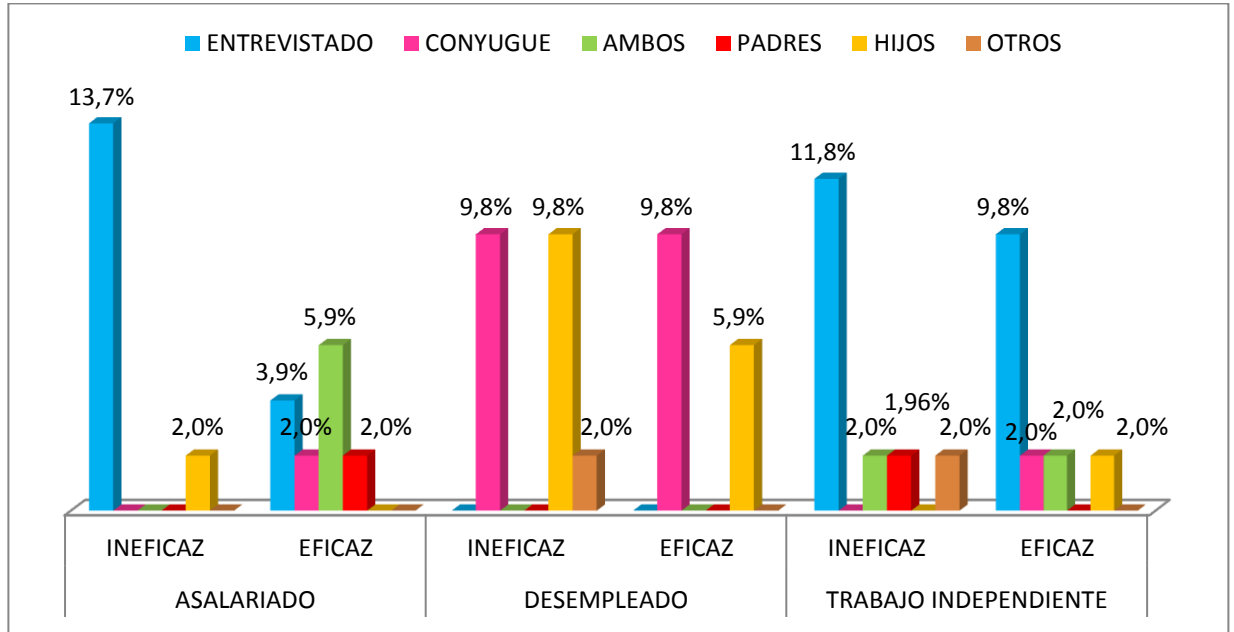
Gráfica 10. Tipo de afrontamiento según la ocupación en pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Se puede apreciar que los trabajadores independientes tienen un afrontamiento eficaz (15,7%) con respecto a su enfermedad, se relaciona posiblemente con el hecho de que son sus propios jefes, pueden manejar el tiempo y la carga laboral dependiendo de la capacidad de trabajo con que se encuentre; a diferencia de los asalariados que tienen un afrontamiento ineficaz (15,7%), por la carga laboral, los horarios estrictos, las metas y logros que tiene que alcanzar cada mes en sus trabajos, todo estos factores aumentan el afrontamiento ineficaz ante su enfermedad, ya que no se pueden tomar días de descanso cuando se sientan enfermos o agotados en sus trabajos, sino que tiene que cumplir con ciertos requisitos para seguir en sus empleos. Los desempleados tienen un afrontamiento ineficaz (21,6%), por el hecho de no poder conseguir un trabajo para aportar económicamente es sus hogares, el cual puede estar relacionado con la aparición de una complicación en su patología de base.

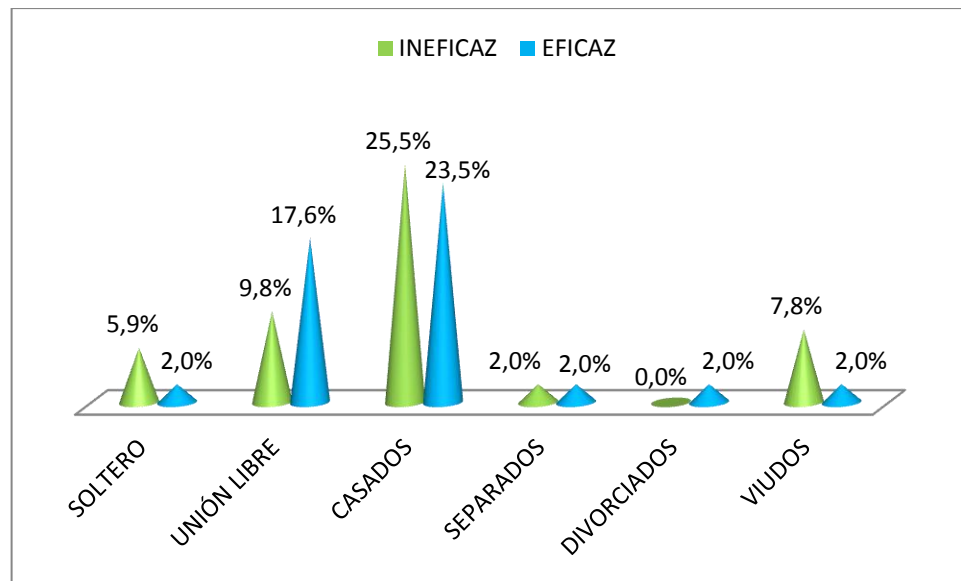
Gráfica 11. Tipo de afrontamiento según ocupación y persona responsable del sustento económico en el hogar de los pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Claramente se evidencia que aquellos usuarios responsables exclusivos del sostenimiento económico de sus familias y son asalariados presentan un afrontamiento ineficaz (13,7%) con relación a los que trabajan independiente, lo cual se observa una correlación entre la carga laboral, obligaciones y horarios estrictos con el tipo de afrontamiento de ellos manejan; los desempleados presentan un afrontamiento ineficaz (9,8%), por no sentirse útiles en el momento de aportar para el sustento económico de la familia, teniendo su conyugue o hijos que responder por todo.

Gráfica 12. Tipo de afrontamiento según el estado civil en pacientes diagnosticados con Retinopatía Diabética. Neiva, 2015



Fuente: Base de datos “Tipo De Afrontamiento, Nivel De Adaptación Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Con Retinopatía Diabética, Según Escala De Callista Roy”

Del 100% de los encuestado el 76.4% mantiene una relación sentimental, de los cuales el 41.1% presentan un afrontamiento eficaz de su complicación, lo que podría evidenciar que tienen un apoyo complementario y continuo para afrontar mejor las complicaciones de su enfermedad; 23.7% del total de los encuestados no tiene pareja sentimental en la actualidad y del 23.7% el 15.7% presentan un afrontamiento ineficaz de su enfermedad, lo que podría decir que por falta de apoyo con relación a los signos, síntomas y limitaciones que traen consigo la enfermedad, actúa negativamente en su afrontamiento.

9 DISCUSIÓN

El afrontamiento puede considerarse como un factor determinante para la evolución de la enfermedad de una persona; si el afrontamiento es eficaz se identificará una reocupación o estabilización de sus síntomas rápidamente porque tendrá una posición dirigida a su mejoramiento; contrario a si es ineficaz, apareciendo las complicaciones de las enfermedades y demás situaciones personales, económicas, familiares y sociales. En este sentido es relevante tener en cuenta cuales pueden ser los posibles factores que estén relacionados con el tipo de afrontamiento de los usuarios para abordarlos de manera adecuada y oportuna.

La funcionalidad familiar evalúa la adaptación, participación, afecto, crecimiento y recursos que una familia utiliza para apoyar a alguno de sus miembros cuando lo necesita, si la funcionalidad familiar es buena se puede evidenciar un tipo de afrontamiento eficaz tal como lo demuestran los resultados del presente estudio, en el cual el 19,6% representó una relación directa entre la buena funcionalidad familiar y un tipo de afrontamiento eficaz, situación contraria al 54,9% que demostró la aparición del afrontamiento ineficaz en el paciente índice, producto de algún grado de disfuncionalidad familiar. Corroborando la premisa que a mayor disfunción familiar menor afrontamiento; esta situación concuerda con Ledón Llanes Loraine quien mencionan que La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud⁸⁹. Además según Concha Toro Marcela del Carmen y Rodríguez Garcés Carlos René⁹⁰ determinaron que en consecuencia, quienes evidencian una disfuncionalidad familiar moderada-o severa, registran 24,2 veces más probabilidad de presentar episodios de descompensación. De esta manera se destaca la importancia de una buena funcionalidad familiar para obtener un afrontamiento eficaz en cada uno de los integrantes de la familia, mejorando su calidad y estilo de vida.

⁸⁹ LEDÓN LLANES, Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Chronic diseases and daily life. Revista Cubana de Salud Pública. Habana, octubre - diciembre. 2011. Vol. 37. No. 4. 3 p. ISSN 0864-3466

⁹⁰ CONCHA TORO, Marcela del Carmen y RODRÍGUEZ GARCÉS, Carlos René. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Chile: Universidad del Bío-Bío, Chillán. 22, Junio, 2010. Vol. 19. No. 1. p. 41 – 50.

Tener una creencia religiosa sin importar cuál sea, no representa relevancia en el tipo de afrontamiento; para el caso del presente estudio, el 43,1% presentó afrontamiento eficaz y el 49% ineficaz. Contrario a lo que propone Quiceno Japcy Margarita, y Vinaccia Stefano⁹¹ quienes afirman, que las personas que tienen alguna creencia religiosa tienen autoconfianza en sus capacidades, son perseverantes, se adaptan a los cambios y se recuperan fácilmente de las crisis (competencia personal), y tienen aceptación tanto de sí mismos como de la vida. De un modo similar Pérez-Giraldo Beatriz, Veloza-Gómez Mónica del Mar y Ortiz-Pinilla Jorge Eduardo⁹² refieren que otros aspectos espirituales en los cuales también se hace referencia a la lectura de material espiritual, a la meditación y el rezar, son comportamientos que intervienen en el manejo de situaciones difíciles. Por otro lado Riffo Luengo y Salazar Molina⁹³ informa que los estímulos que influyen en el proceso de afrontamiento y adaptación de las personas con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, han sido objeto de estudio desde la perspectiva de Roy; se destaca el bienestar espiritual como estímulo contextual positivo para afrontar las reacciones emocionales consecuentes con la evolución crónica e incapacidad física y social derivadas de la enfermedad.

El nivel educativo también, no representa una relación directa con el tipo de afrontamiento según las personas encuestas, demostrando que los pacientes no necesariamente necesitan tener una educación académica avanzada para poder adaptarse a las dificultades que se les presenten en la vida, en este caso, la retinopatía diabética, lo cual es reafirmado por Libertad de los Ángeles Martín Alfonso, Grau Ábalo Jorge Amado, Espinosa Brito Alfredo Darío⁹⁴ al mencionar que es más importante los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento porque estos permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales

⁹¹ QUICENO JAPCY, Margarita, y VINACCIA, Stefano. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Colombia: Bogotá D.C. Junio-diciembre, 2009. Vol. 5. No. 2. p. 321-336. ISSN: 1794-9998.

⁹² PÉREZ GIRALDO, Beatriz; VELOZA GÓMEZ, Mónica del Mar y ORTIZ PINILLA, Jorge Eduardo. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. Colombia: Medellín. 2012. vol. 30. No. 3. P. 330 – 338

⁹³ RIFFO LUENGO, S. SALAZAR MOLINA, A. Aplicación Del Proceso De Enfermería Según El Modelo De Roy En Pacientes Con Diabetes Mellitus. Enfermería Global. Octubre, 2008. Vol. 14. p. 13. ISSN 1695-6141

⁹⁴ LIBERTAD DE LOS ÁNGELES, Martín Alfonso; GRAU ÁBALO, Jorge Amado y ESPINOSA BRITO, Alfredo Darío. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública. Cuba, abril - junio. 2014. Vol. 40. No. 2. 3 p. ISSN 0864-3466

características para el manejo de la misma, siendo la vivencia el mejor educador de su patología. Sin embargo se hace necesario reafirmar la importancia de la educación continua y seguimiento por parte de los profesionales de la salud para evitar mayores complicaciones en el usuario.

Ser el responsable del sostenimiento económico del hogar, juega un papel importante en el tipo de afrontamiento, debido a que si el paciente es el directo encargado, puede generar en él, algún grado de ansiedad, estrés y/o depresión, debido a que la pérdida paulatina de su visión e independencia, limita el cumplimiento de labores propias a una actividad laboral; a demás, puede llegar a afectar su nivel de adaptación ante las situaciones de dificultad, lo que impediría una recuperación adecuada, como lo evidencia el presente estudio, en el cual, el 25.49% de los entrevistados, son los directos responsables del sostenimiento económico del hogar generando en ellos un tipo de afrontamiento ineficaz; del mismo modo, los pacientes que cuyos hijos son responsables de su sostenimiento presentan un tipo de afrontamiento ineficaz, probablemente por el cambio de rol que experimentan porque dejarían de ser personas cabeza de hogar e independientes para convertirse en personas que necesitan de los demás para poder subsistir, este último representado en un 11.7%. El estudio the family whatch⁹⁵, demuestra que en la mayor parte de estudios longitudinales, las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos (familiares y seres queridos) suelen vivir más y mejor a lo largo de la vida, existe un claro intercambio de cuidados cuyo centro está en la familia y cuyo motor radica en estrechas relaciones afectivas, por lo tanto el cambio drástico en su estilo de vida, representaría una amenaza para su nivel adaptativo y posterior afrontamiento.

La estado civil de las personas juega un papel importante en la adaptación y posterior afrontamiento de las dificultades que pueda presentar una persona, debido a que la compañía constante de alguien probablemente puede contribuir a que se establezca un equilibrio de emociones y ayuda a sobrellevar las dificultades, como se muestra en el presente estudio, en el cual, el 76.4% mantiene una relación sentimental y de los 76.4% el 41.1% presentan un afrontamiento eficaz, del mismo modo Zavala-Rodríguez Ma. del Refugio, et al⁹⁶.

⁹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE INFORMES SOBRE LA FAMILIA. El papel de la familia en el envejecimiento activo. Madrid. 29, abril, 2013. Vol. 2. No. 2. p. 23

⁹⁶ ZAVALA RODRÍGUEZ, Ma. del Refugio; RÍOS GUERRA, María del Carmen; GARCÍA MADRID, Guillermina y RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Claudia Patricia. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Cundinamarca. 2009. Vol. 9. No. 3. P. 257 – 270. ISSN 1657-5997.

evidencian que las personas que cuentan con pareja tienen mayor grado de cumplimiento, ya que los resultados avalan que los pacientes portadores de enfermedades crónicas sobrellevan de mejor forma su enfermedad cuando tienen a su pareja como factor protector de riesgo en la DM2, debido a que, al igual que el resto del grupo familiar, ayudan a solventar las limitaciones que pueden derivarse de la patología; sin apoyo, el paciente no está en la mejor disposición para afrontar tales dificultades.

10 CONCLUSIONES

- Al caracterizar sociodemográficamente la población encuestada, se identificó la existencia de más hombres (54,9%) que mujeres con diagnóstico de retinopatía diabética, siendo ellos más propensos a adquirir dicha enfermedad. En cuanto a la edad, la población se caracterizó principalmente por encontrarse en el rango de los 55 y 59 años con un 23.5%, ubicados en estrato medio bajo (1-2) en su mayoría; el nivel educativo predominante entre los pacientes encuestados fue la secundaria (31.3%), sin embargo se pudo deducir con los resultados obtenidos que el nivel de escolaridad no representa relación proporcional con el tipo de afrontamiento, ya que este depende del conocimiento sobre la enfermedad y las herramientas que puede el paciente adquirir a través de los profesionales en los servicios de salud. Con relación al estado civil el 76,4% cuenta con una pareja, ya sea por estar casado o en unión libre.

- Los pacientes encuestados que respondieron, ser los responsables exclusivos del sostenimiento de la familia, evidenciaron un afrontamiento ineficaz (23,5%), al igual que aquellos donde sus hijos eran los responsables de la manutención del hogar (11,8%); el afrontamiento ineficaz se evidenció en preocupaciones, estrés, ansiedad, sentimiento de carga e inutilidad manifestado por los enfermos en el momento de la encuesta, además, el cuidado de su salud no será el adecuado, llevando a posibles complicaciones sobreagregadas en ellos. El 33,3% eran trabajadores independientes, 37,3% desempleados y el 29,4% asalariados, siendo los desempleados los que presentaron el porcentaje más alto de afrontamiento ineficaz (21,6%)

- Al medir el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes de acuerdo a los cinco factores del modelo de Callista Roy, se logró inferir que los pacientes con una capacidad adaptativa baja y media presentaban un tipo de afrontamiento ineficaz siendo directamente proporcionales. En el estudio se evidencio que el 41,2% de los pacientes encuestados presentaban afrontamiento ineficaz de su patología, es decir que estas personas requieren hacer un cambio en sus vidas, tomar conciencia de que la retinopatía diabética hace parte de su vivencia, restableciendo positivamente los procesos familiares y sociales, mejorando la calidad de vida a través del optimo cuidado de su salud.

➤ En la presente investigación se pudo demostrar que la funcionalidad familiar (medida a través del APGAR) tiene una relación directamente proporcional con el tipo de afrontamiento, el 41,7% de los encuestados presentaron afrontamiento ineficaz asociado a una disfuncionalidad familiar moderada o severa. Por lo tanto, se hace necesario intervenir directamente al interior de las familias, puesto que son, la red primaria protectora del enfermo con retinopatía diabética, incentivando la comunicación asertiva, expresión de sentimientos, comprensión, ayuda y superación en cada uno de sus integrantes.

11 RECOMENDACIONES

Tomando como base las conclusiones formuladas previamente, se hace posible establecer el siguiente conjunto de recomendaciones, con el fin de proporcionar elementos a la hora de mejorar el proceso de afrontamiento y adaptación de los pacientes con retinopatía diabética.

- Adoptar de manera integrada en los diferentes centros oftalmológicos de la ciudad de Neiva, las guías de práctica clínica en salud mental y enfermedades crónicas – 2013, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para Colombia, asegurando un manejo más holístico del ser en cada uno de los pacientes, ya que somos un todo y no solo la suma de sus partes, integrando la salud física, mental, existencial, intelectual, emocional, articulado a la familia y sociedad.
- Crear programas de intervención para el paciente con retinopatía diabética con un equipo transdisciplinario entrenado y capacitado en el manejo de las estrategias de afrontamiento y adaptación, tomando a la persona como ser integral; donde el profesional de enfermería a través del proceso de atención de enfermería, pueda ofrecer los cuidados que el usuario y la familia requieren.
- De manera adecuada y oportuna, se propone realizar una investigación pertinente, para conocer el tiempo de aparición de la retinopatía diabética después de haber recibido el diagnóstico inicial de diabetes mellitus, siendo importante establecer, el intervalo en el cual, la aparición de la complicación se hace evidente en la persona, con ello, se podría crear estrategias y acciones orientadas a ofrecer un tratamiento adecuado, generando así mejores resultados en cuanto al tipo de afrontamientos y grado de discapacidad.
- Para los enfermeros profesionales y en formación, es de vital importancia el conocer el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, donde menciona los productos ambientales de tensión, considerando a la persona como un ser biopsicosocial, que están en constantes procesos de interacción con el medio ambiente; teniendo que manejar situaciones cotidianas y producir nuevas formas de comportamientos cuando se ve alterado. En cuanto a la persona, el entorno, la

salud y el enfermero, este último es un pilar importante porque actúa para mejorar las interacciones entre las personas y su entorno, fomentando la adaptación y mejores mecanismos de afrontamiento eficaz.

- Será de vital importancia en el sector salud del municipio de Neiva, la puesta en marcha de las disposiciones establecidas en la Resolución 0518 del 2015, ya que establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos financiados por el plan de intervenciones colectivas, para llegar hasta la persona diagnosticada con diabetes mellitus, haciendo efectivo toda la garantía de derechos en salud para evitar complicaciones tan limitantes y deprimentes como lo es la retinopatía diabética.

- Para los entes territoriales y prestadores de servicios de salud, se hace el llamado para adoptar de manera más eficaz y contundente las dimensiones prioritarias contempladas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) como lo son la de vida saludable y condiciones no transmisibles y la dimensión de convivencia social y salud mental, ya que establece el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, las cuales buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, adoptándose mejor a pacientes con afrontamientos ineficaces que promoverán modos, condiciones y estilos de vida mejores, en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles.

BIBLIOGRAFÍA

ALMEIDA ESCALANTE, Giomara Del Carmen, M.D. y RIVAS ACUÑA, Valentina, M.D. Semana de Divulgación y video Científico. 2008. 410 p.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care. 2013.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2013. 78 p. ISSN 0327-9154.

BARRÍA, Fernando M.D. y MARTÍNEZ CASTRO, Francisco M.D. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para Latinoamérica. 2010. 33 p.

-----, ----- 2010. p. 9

-----, ----- 2010. p. 9

-----, ----- 2010. p. 10

-----, ----- 2010. p. 10

-----, ----- 2010. p. 11

-----, ----- 2010. p. 11

-----, ----- 2010. p. 11

-----, ----- 2010. p. 12

-----, ----- 2010. p. 12

-----, ----- 2010. p. 12

-----, ----- 2010. p. 13

-----, ----- 2010. p. 13

-----, ----- 2010. p. 13

BURGOS GROB, María Francisca. Calidad de vida y estrés de los estudiantes de la Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile para el 2 semestre académico de 2003. Valdivia, 2004.

-----, ----- Valdivia, 2004. p. 2

CASADO CAÑERO, Francisco Dionisio; Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas; Equipo de Salud Mental Alcalá-Dos Hermanas. Sevilla. 72 p. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf.

-----, ----- Sevilla. p. 21

-----, ----- Sevilla. p. 23

-----, ----- Sevilla. p. 26

-----, ----- Sevilla. p. 29

-----, ----- Sevilla. p. 29

-----, ----- Sevilla. p. 31

CASTRO MARTÍNEZ, M.G, et al. GUÍA PRÁCTICA EN EL MANEJO DE LA POLINEUROPATÍA DIABÉTICA – NEURALAD. 2010. 9 p.

COLOMBIA. ACOFAEN. Código de Ética de enfermería. (julio, 1998). Tribunal Nacional ético de enfermería. Bogotá D.C. 11 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN, Ley 911. (06, octubre, 2004) Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá D.C, El ministerio. 2004. No. 45.293. 15 p. Fecha de consulta: Abril de 2015. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.

COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Ley 266. (25, enero, 1996) Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Bogotá D.C., El ministerio. 1996. no. 42.710. 8 p. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2378 (27, Junio, 2008). Bogotá D.C, El ministerio. 2008. No. 47033. 93 p. Fecha de consulta: Marzo de 2014. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Decreto2378de2008_Buenas_practicas_clinicas.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430. (04, octubre, 1993) Por la cual se reglamenta Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación. Bogotá D.C., El ministerio. 1993. 21 p. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.creoslt.com/atachments/10_14_%20REGULACION_INVESTIGACION_SALUD.pdf.

CONCHA TORO, Marcela del Carmen y RODRÍGUEZ GARCÉS, Carlos René. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Chile: Universidad del Bío-Bío, Chillán. 22, Junio, 2010. Vol. 19. No. 1. p. 41 – 50.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre, 2008. Fecha de consulta: Febrero de 2015. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.

DEVENNEY, Roisin y O'NEIL, Siobhan. The experience of diabetic reinopathy. Health psychology. Gran Bretaña. 2011. vol. 16.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Atlas De La Diabetes de la FID. 6 ed. 2013. 160 p. Disponible en: www.idf.org/diabetesatlas ISBN: 2-930229-80-2.

-----, ----- 6 ed. 2013. 22 p.

-----, ----- 6 ed. 2013. 23 p

-----, ----- 6 ed. 2013. 24 p

-----, ----- 6 ed. 2013. 25 p

-----, ----- 6 ed. 2013. 26 p

-----, ----- 6 ed. 2013. 28 p

-----, ----- 6 ed. 2013. 30 p

GÓMEZ ROCHA, Santiago Aritio, et al. Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. Rev Med Inst Mex. 2010; vol. 48. No. 5. p. 539 – 42.

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA. Diagnóstico y tratamiento de Retinopatía diabética. México: Secretaria de salud. 2009. 9 p.

-----, ----- México: Secretaria de salud. 2009. 9 p.

INSTITUTO NACIONAL DE INFORMES SOBRE LA FAMILIA. El papel de la familia en el envejecimiento activo. Madrid. 29, abril, 2013. Vol. 2. No. 2. p. 23

KLEIN, R., et al. The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy II. Prevalence and risk of diabetic retinopathy when age at diagnosis is less than 30 years. En: Archives of Ophthalmology, 1984. Vol. 4. p. 102, 520-526.

LAZARUS R.S, FOLKMAN S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. 1986. 408 p. ISBN: 9788427010130.

LAZCANO ORTIZ, Margarita y SALAZAR GONZÁLEZ, Bertha Cecilia. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2, según Modelo de Roy. Colombia: Chía, diciembre, 2009. Vol. 9. No. 3. p. 236 – 245.

LEDDY, Susan y MAE PEPPER, J. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Organización Panamericana de la Salud. 1 ed. 1989. 398 p. ISBN 92 75 32019 5.

-----, ----- 1 ed. 1989. p. 312

-----, ----- 1 ed. 1989. p. 314

LIBERTAD DE LOS ÁNGELES, Martín Alfonso; GRAU ÁBALO, Jorge Amado y ESPINOSA BRITO, Alfredo Darío. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista

Cubana de Salud Pública. Cuba, abril - junio. 2014. Vol. 40. No. 2. 3 p. ISSN 0864-3466

LIPOWSKI, Z.J. Physical illness, the individual and the coping processes. Psychiat. Med. Canadá. 1970. Vol. 1. No. 2. p. 91-102

LUENGO, Riffo y SALAZAR MOLINA, S. Aplicación Del Proceso De Enfermería Según El Modelo De Roy En Pacientes Con Diabetes Mellitus. Enfermería Global. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. No. 14; Octubre, 2008.

MECHANIC, David. Medical Sociology: a selective view. Nueva York: Free Press. 2 ed. 1978. 597 p. ISBN 0029207207.

-----, ----- 2 ed. 1978. p. 200

MORENO, Jaime. y CHAUTA, Laura. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. Psychol Av la Discip [Internet]. 2012. Vol. 6. No. 1. p. 155 – 66. Disponible en: <http://www.usbbog.edu.co:8080/index.php/Psychologia/article/view/216>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ¿Qué es la Diabetes? [Internet]. 2014. 1 p. Fecha de consulta: 13 de Octubre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía de Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas. 2013. 100 p.

ORTA GONZÁLEZ, M.A, et al. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Huelva. Octubre, 2001. 495 p.

-----, ----- Huelva. Octubre, 2001. p. 40.

-----, ----- Huelva. Octubre, 2001. p. 400.

-----, ----- Huelva. Octubre, 2001. p. 418.

-----, ----- Huelva. Octubre, 2001. p. 481.

PEARLIN, Leonard y SCHOOLER, Carmi. The structures of coping. Journal of Health and Social Behavior. Marzo, 1978. Vol. 19. no. 1. p. 2 - 21. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2136319>

PÉREZ GIRALDO, Beatriz; VELOZA GÓMEZ, Mónica del Mar y ORTIZ PINILLA, Jorge Eduardo. Coping and adaptation and their relationship to the spiritual perspective in patients with HIV/AIDS. Colombia: Medellín. 2012. vol. 30. No. 3. P. 330 – 338

PILLCOREMA LUDIZACA, BE. Tipos De Familia Estructural y la Relación con sus Límites [Internet]. 2013. 78 p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4302>

QUICENO JAPCY, Margarita, y VINACCIA, Stefano. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Colombia: Bogotá D.C. Junio-diciembre, 2009. Vol. 5. No. 2. p. 321-336. ISSN: 1794-9998.

RAMÍREZ LUMBREAS, CE.; MÉNDEZ ESPINOSA, E.; RIQUELME HERAS, H. y CANTÚ LEYVA, R. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. 2001. 12 p

RIFFO LUENGO, S. SALAZAR MOLINA, A. Aplicación Del Proceso De Enfermería Según El Modelo De Roy En Pacientes Con Diabetes Mellitus. Enfermería Global. Octubre, 2008. Vol. 14. p. 13. ISSN 1695-6141

SANCHEZ, Suleimis Barros. et al. Capacidad De Afrontamiento Y Adaptación De Pacientes Con VIH-Sida Según Modelo “Callista Roy” En Una IPS De II Nivel, Cartagena 2012-2013. Trabajo de Grado. Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Nuñez. 2014. 121 p.

-----, ----- Cartagena. 2014. p. 40

SISPRO. [internet]. Fecha de consulta: Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co>

SMILKSTEIN, George. The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. 1978. 231 p.

-----, ----- . 1978. 176 p.

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. México: Fundación Mexicana Del Riñón. 1 ed. Abril, 2012. 242 p. ISBN: 978-607-95852-1-1.

SOLIS MANRIQUE, Carmen y VIDAL MIRANDA, Anthony. Estilos Y Estrategias De Afrontamiento En Adolescentes. Revista De Psiquiatría Y Salud Mental Hermilio Valdizan. Enero – Junio, 2006. Vol. VII. No. 1. p. 33 - 39.

-----, ----- 2006. Vol. VII. No. 1. p. 34

-----, ----- 2006. Vol. VII. No. 1. p. 34

-----, ----- 2006. Vol. VII. No. 1. p. 36

STRAYER, D., SCHUB; T. y PRAVIKOFF, D. CINAHL Nursing Guide. Diabetes mellitus tipo 2. (Cinahl Information Systems). California: Glendale. Septiembre, 2012. 2 p.

THOMPSON, Dennis. Muchas personas con diabetes no saben que la enfermedad puede dañar la vista. En: Health Day News. Estados unidos. 19, diciembre, 2013.

U.S Department Of Health And Human Services, The National Institutes Of Health y The National Eye Institute. La retinopatía Diabética, lo que usted debe saber. Septiembre, 2003. 28 p.

-----, ----- Septiembre, 2003. p. 5.

-----, ----- Septiembre, 2003. p. 6

-----, ----- Septiembre, 2003. p. 6

VERA BAIL, Pupko y AZZOLLINI, Susana. Actitudes, Afrontamiento y Autocuidado en Pacientes con Diabetes Tipo 2. Argentina: Universidad de Buenos Aires;

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). 23, marzo, 2012.

VON-BISCHHOFFSHAUSEN, Fernando Barría; BLINDMISSION, Christian y MARTINEZ CASTRO, Francisco. Guía práctica clínica de Retinopatía diabética para Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO, Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. 2011. 19 p.

ZAVALA RODRÍGUEZ, Ma. del Refugio; RÍOS GUERRA, María del Carmen; GARCÍA MADRID, Guillermina y RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, Claudia Patricia. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Cundinamarca. 2009. Vol. 9. No. 3. P. 257 – 270. ISSN 1657-5997.

ANEXOS

Anexo A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA DE CALLISTA ROY”

Fecha: _____

Investigadores:

- Jessica Fierro Trujillo
- Yulieth Losada Gómez
- Melissa Puyo Trujillo
- Hernán Rodríguez Esteban

Antes de decidir su participación en el estudio de investigación, tenga en cuenta que con sólo aceptar y firmar este consentimiento informado está dando autorización directa en la participación de este estudio y estará en total libertad de aceptar o no su participación en él.

Usted debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y decidido su participación en este, se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada.

La presente investigación esta conducida por estudiantes de octavo semestre de enfermería de la Universidad Surcolombiana. El objetivo del estudio es Identificar el tipo de afrontamiento y nivel de adaptación según funcionalidad familiar en paciente con Retinopatía diabética, aplicando la escala de valoración de Callista Roy.

Si acepta su participación en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario, que tomara aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Le pediremos datos generales y realizaremos algunas preguntas relacionadas con la forma de afrontar los problemas como por ejemplo: Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opiniones. La información adquirida será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La realización del ESTUDIO NO IMPLICARÁ MOLESTIAS, NI RIESGOS DE TIPO FÍSICO, debido a que el método para la recolección de la información será la encuesta y la escala de afrontamiento de Callista Roy.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago por su participación.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ de _____, doy mi autorización para participar voluntariamente en el proyecto de investigación TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA DE CALLISTA ROY, conducido por estudiantes de séptimo semestre de enfermería de la Universidad Surcolombiana, con la dirección del docente Rosa Liseth Salazar.

Me han informado que tendré que responder preguntas en un cuestionario, lo cual tomara aproximadamente 20 minutos de mi tiempo.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando lo decida. De tener preguntas sobre la participación en este

estudio, puedo contactar a Julieth Teresa Losada Gómez al teléfono 311 202 9588 o a Melissa Puyo Trujillo al teléfono 316 411 1865.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Firma del paciente



Firma del investigador

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____

Revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado,

Fecha: _____

Firma De Revocación: _____

ANEXO B. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES

Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ de _____. Como investigador principal del proyecto: “TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA DE CALLISTA ROY”; me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las encuestas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los estudiantes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los co-investigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las encuestas aplicadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las encuestas u otros documentos revisados.
4. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
5. Ser responsable y honesto en el manejo de las encuestas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la Escuela Popular Claretiana de la ciudad de Neiva.
6. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
7. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los _____ días, del mes de _____ del año_____.

NOMBRE INVESTIGADOR PRINICIPAL: Melissa Puyo Trujillo

FIRMA

NÚMERO DE CÉDULA: 1.081.413.160

TELÉFONOS: 3164111865

CORREO ELECTRONICO: meli.2912otmail.com

Anexo C: Instrumento Para Recolección De Información

“TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA DE CALLISTA ROY”

ENCUESTA DIRIGIDA

Fecha de diligenciamiento: ___/___/___ Código: _____

Responsable del instrumento: _____

Objetivo Del Estudio:

Identificar el tipo de afrontamiento, nivel de adaptación y funcionalidad familiar en pacientes con retinopatía diabética, según escala de Callista Roy

A continuación se le realizaran una serie de preguntas que usted deberá responder con total claridad y siempre respondiendo con la verdad, pues algún dato erróneo podría generar errores en el estudio investigativo.

DATOS GENERALES:

Edad en Años cumplidos _____

Patologías Asociadas: Si _____ No _____

Cual _____

Fecha Diagnóstico de la Diabetes mellitus: _____

Fecha Diagnostico de la Retinopatía diabética: _____

A continuación se le harán unas preguntas a las que usted debe responder con una X:

Sexo	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
Nivel Educativo	Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>
Estrato Socioeconómico	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>

En situación de desplazamiento	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Estado Civil	Soltero (a) <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Separado (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/>
Número de Hijos	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 o más <input type="radio"/>
Responsable del sostenimiento económico del hogar	Entrevistado <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>
Pertenece o Practica alguna Religión	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Labora actualmente	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si su respuesta fue SI, por favor indique con una X Asalariado _____ Trabajador independiente _____
Tenencia de la vivienda donde reside actualmente	Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>

APGAR FAMILIAR:

A continuación usted observara un cuadro donde nos ayudara a entender mejor su salud integral, familiar de los individuos que usted usualmente vive, deberá leer cada ítem y marcar un solo cuadro por pregunta con una X donde considere que es la más apropiada para usted:

ITEM	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en					

la casa, c) el dinero					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as)					
¿Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					

Anexo D: Escala Para Medir El Nivel De Adaptación Y Tipo De Afrontamiento De La Hermana Callista Roy. Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación

		PREGUNTAS	NS/N R	NUNC A	ALGU NAS VECE S	SIEMP RE
Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación.	FACTOR I	Cuando se presenta una dificultad o problema, propongo una solución a dicho problema.				
		Trato de que todo funcione a mi favor				
		Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente				
		Estoy atento a cualquier cosa relacionada con mi enfermedad				
		Con tal de mejorar mi condición, estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente				
		Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar mi enfermedad y llevar a cabo mi tratamiento				
	FACTOR II	Solo puedo pensar en lo que me preocupa				
		Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema				
		Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga				

		Experimento cambios en la actividad física				
		Me doy cuenta que me estoy enfermado				
		Me rindo fácilmente				
	FACTOR III	Soy menos eficaz bajo estrés				
		Me siento activa y alerta durante el día				
		Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo con lo que sucede				
PUNTAJE GLOBAL						

		PREGUNTAS	NS/NR	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	
		FACTOR VI	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad				
			Analizo la situación como realmente es				
			Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar				
FACTOR V	Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo						
	Utilizo el humor para manejar mejor la situación						
	Aprendo de las soluciones que le han funcionado a						

		otras personas				
		Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío				
		Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				
	PUNTAJE GLOBAL					

ANEXO E. VALIDACIÓN POR EXPERTOS

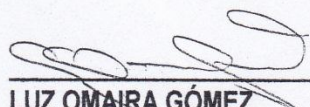
LUZ OMAIRA GÓMEZ
ENFERMERA MG. EN ENFERMERÍA CLÍNICA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

LILIANA MOLINA
ENFERMERA MG. EN ENFERMERÍA CLÍNICA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

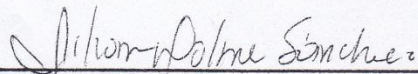
HACEN CONSTAR QUE

He revisado el instrumento relacionado con afrontamiento, adaptación y funcionalidad familiar, que se aplicará en la investigación "TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGÚN ESCALA DE CALLISTA ROY" realizado por los estudiantes de octavo semestre del programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana pertenecientes al Semillero ENFERUS; Grupo Cuidar, emitiendo concepto técnico favorable.

Dado en Neiva a los 14 días del mes de abril de 2015



LUZ OMAIRA GÓMEZ
ENFERMERA MG. EN ENFERMERÍA CLÍNICA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA



LILIANA MOLINA
ENFERMERA MG. EN ENFERMERÍA CLÍNICA
DOCENTE UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

ANEXO F: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.



Universidad Surcolombiana
Nit. 891.180.084-2



SC 7384 - 1



GP 205 - 1



CO - SC 7384 - 1

FACULTAD DE SALUD
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
5-004

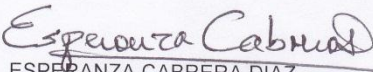
Neiva, 27 de Mayo de 2015

Estudiantes
JESSICA PAOLA FIERRO TRUJILLO
YULIETH TERESA LOSADA GOMEZ
MELISSA PUYO TRUJILLO
HERNAN DARIO RODRIGUEZ ESTEBAN
Programa de Enfermería
Ciudad

Reciba un cordial saludo,

El comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud en sesión del 26 de Mayo de 2015 y según consta en el acta No. 02 de la fecha, se permite informar que el proyecto de investigación "TIPO DE AFRONTAMIENTO, NIVEL DE ADAPTACIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON RETINOPATIA DIABETICA, SEGÚN ESCALA DE CALLISTA ROY". fue Aprobado.

Atentamente,


ESPERANZA CABRERA DIAZ
Coordinadora

AV. Pastrana Borrero - Cra. 1a PBX: 8754753 FAX: 8758890 - 8759124
Edificio Administrativo Cra. 5 No. 23 - 40 PBX: 8753686
Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
www.usco.edu.co Neiva - Huila