



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL
TRATAMIENTO DE LA MUJER DIABETICA
EMBARAZADA, PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGIA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A
ORALIA PEREZ RAMIREZ

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO

1964

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES
con respeto y amor por
su invaluable apoyo en
mi superación personal y
profesional

A MIS CINCO HERMANAS
con cariño y afecto por
el apoyo y convivencia
de tantos años juntas

A LA LICENCIADA ANABELL
SANTIAGO MARTINEZ
con especial agradecimiento
por su constante apoyo y
motivación en la realización
del presente trabajo

A LA MIRA. GUADALUPE
SANTIAGO MARTINEZ
en agradecimiento por
su valioso e
incondicional apoyo en
la conclusión de mi
trabajo

A LA LICENCIADA CONSUELO
ESCAMILLA RESENDIZ
por su amistad y motivación
profesional

A EL HONORABLE JURADO

- Lic. Aida Valero Chavez
- Lic. Laura Ortega García
- Lic. Graciela Casas Torres
- Dra. Guadalupe Fernandez de Castro
- Dr. Ramón Sancliment Montañó

**CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO
A LA MTRA. AIDA VALERO CHAVEZ**
por su valiosa dedicación a mi
trabajo y enriquecimiento de
mis conocimientos

**A LA MTRA. ELIZABETH
BAUTISTA LOPEZ**

en agradecimiento por su
invaluable apoyo y constantes
enseñanzas

**A LA ESCUELA NACIONAL DE
TRABAJO SOCIAL Y EL
PERSONAL DE LA BIBENTIS**
por el apoyo técnico para
la realización del trabajo

A LAS TRABAJADORAS SOCIALES DEL
INSTITUTO NACIONAL DE
PERINATOLOGIA

Lic. Ma. Teresa Tiburcio G.

Lic. Marcela Tafeya H.

T.S. Alicia Rojas

A LA JEFA DEL DEPARTAMENTO DE
TRABAJO SOCIAL DEL INPER

Lic. Patricia González Solano
por su tiempo dedicado

A LA SUPERVISORA DE CONSULTA
EXTERNA DE TRABAJO SOCIAL

Lic. Norma Ortega Tenorio
por su tiempo dedicado a mi
trabajo.

A MIS AMIGOS

Mayra, Estela, Lucero,
Héctor, Laura, por su
gran amistad

INDICE

Págs.

INTRODUCCION

I. DIABETES Y EMBARAZO

- 1.1. Conceptualización Médico-Social de la Diabetes Mellitus..... 7
- 1.2. Efectos de la Diabetes sobre el Embarazo..... 15
- 1.3. Morbilidad y Mortalidad de la Diabetes Mellitus durante el embarazo en México..... 23

II. EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO MEDICO

- 2.1. Panorama de la Atención a la Salud en el México Contemporáneo..... 28
- 2.2. El papel del Trabajador Social en Instituciones de Salud..... 36
 - 2.2.1. Antecedentes históricos..... 36
 - 2.2.2. Funciones y actividades..... 41

III. LA ATENCION DE LA MUJER DIABETICA EMBARAZADA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

- 3.1. El Trabajador Social como parte del Equipo Médico en la Atención Integral de la Mujer con Embarazo de Alto Riesgo..... 52
- 3.2. Antecedentes de la Atención Médica a la Mujer Diabética Embarazada..... 58
- 3.3. Intervención del Trabajador Social con Pacientes Diabéticas Embarazadas..... 63

IV. ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DE LA PACIENTE EMBARAZADA DIABETICA

4.1. Factores Sociales de la Paciente Diabética Embarazada.....	71
4.1.1. Contexto social.....	71
4.1.2. Situación económica.....	76
4.1.3. Contexto familiar.....	80
4.2. Metodología de la Investigación.....	85
4.2.1. Planteamiento del problema.....	85
4.2.2. Objetivos de la investigación.....	87
4.2.3. Operacionalización de las hipótesis.....	88
4.3. Técnicas e Instrumentos para Recolectar la Información.....	95
4.3.1. Selección de la muestra.....	97
4.3.2. Aplicación del instrumento de investigación.....	98
4.4. Análisis de los resultados.....	100
4.4.1. Discusión de los resultados.....	123

V. PROPUESTA METODOLOGICA DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL

5.1. Programa de Trabajo Social dirigido a la Paciente Diabética Embarazada.....	133
--	-----

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	146
---------------------------------	-----

ANEXOS.....	150
-------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	186
-------------------	-----

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus constituye actualmente un problema de salud de enorme importancia en todo el mundo, en México se encuentra en cuarto lugar "como una de las principales causas de mortalidad general"¹, lo que ha significado para las Instituciones de Salud así como para varias asociaciones médicas una preocupación por las complicaciones médicas de la enfermedad, que con el paso del tiempo generan incapacidad física, repercutiendo en la vida social de la paciente.

La atención dedicada a este padecimiento se ha expresado en diferentes aspectos como la investigación, aplicación de programas y formación de recursos humanos con el fin de dilucidar, algunos de los numerosos aspectos del padecimiento, entre ellos y de gran importancia son los efectos que produce en el embarazo de una mujer portadora de diabetes mellitus y cuyas consecuencias la han colocado como uno de los factores de alto riesgo en la evolución del embarazo.

Los profesionales de la salud participan de manera conjunta en la atención especializada hacia esta

¹Dirección General de Estadística, Información y Evaluación, MORTALIDAD 1991. S.S., México, 1991, pág.69.

población, llevando a cabo investigaciones que los han llevado a un consenso general en el adecuado y oportuno tratamiento hacia la paciente, a cuyo quehacer el Trabajo Social no es ajeno, ya que el contexto socioeconómico que rodea a la mujer diabética embarazada se ve afectado por la continuidad que debe de llevar a cabo el tratamiento integral, en cuanto a las medidas terapéuticas así como de la influencia que pueda tener en la vida individual y familiar de la paciente diabética.

El presente trabajo es una investigación realizada a mujeres embarazadas diabéticas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, con el objetivo de conocer sus condiciones familiares, económicas y culturales y su influencia en el tratamiento establecido por el equipo de salud del Instituto. El desarrollo de los temas de dicha investigación se consolida en cinco capítulos, en los cuales se abordan los diferentes aspectos que envuelven el ámbito social de la paciente, y así mismo ofrecer un panorama médico y social de lo que hoy en día representa las complicaciones de una mujer con diabetes en la evolución de su embarazo.

En el capítulo I se aborda el concepto médico y social de la diabetes mellitus para dar una visión general de lo que representa la diabetes en la vida de la paciente, así mismo se describen los efectos de la

enfermedad tanto para la madre como para el feto, en tanto que dichas las complicaciones han representado los altos índices de mortalidad y morbilidad fetomaternal y sobre las cuáles el INPer ha adoptado medidas conducentes a este respecto.

En el Capítulo II se desarrollan las etapas por las que ha cursado la atención de la salud hacia la población de nuestro país y de la inserción del profesional en Trabajo Social en los diferentes servicios médico-asistenciales, a fin de ubicar y validar la intervención del trabajador social en la demanda de atención médica generada por la población que aún no ha sido contemplada. Así mismo se abordan las funciones y acciones que el trabajador social ha desempeñado en las instituciones de salud como parte de un equipo multidisciplinario en el tratamiento médico para el bienestar del individuo y en especial de enfermedad crónicas como lo es la diabetes que requiere de una vigilancia constante e integral.

El estudio y manejo que se le ha brindado a la mujer diabética embarazada dentro del INPer se desarrolla en el capítulo III, con el fin de analizar la participación que ha tenido el trabajador social en torno a el manejo social de la paciente y de su seguimiento en el control de su padecimiento. Por otro lado se hace referencia a la prioridad que el Instituto

ha otorgado a la atención continua de la población diabética por se uno de los padecimientos con una línea de investigación continua y de gran importancia.

En el capítulo IV se explica la metodología de la investigación, analizando en primera instancia los aspectos socioeconómicos de la paciente diabética integrando con ello el marco teórico de la investigación. Se definen los indicadores conformando el instrumento de investigación y las técnicas para su aplicación y obtener con ello los resultados que apoyan o disprueban las hipótesis planteadas para posteriormente proponer las alternativas de solución de acuerdo a la información obtenida del estudio.

Dichos resultados integran la propuesta metodológica de intervención del trabajador social con pacientes diabéticas embarazadas dentro del Instituto Nacional de Perinatología y que conforma el quinto y último capítulo de la investigación.

El Trabajo Social tiene una muy amplia participación cuando se habla de enfermedades crónicas, ya que la diabetes como otras enfermedades crónico-degenerativas requieren de la necesidad imperante de dar atención tanto al paciente como a su familia, los cambios o modificaciones de origina el padecimiento repercuten en

el núcleo familiar de la paciente afectando positiva o negativamente en el tratamiento indicado para el logro del bienestar general de la diabética embarazada.

C A P I T U L O P R I M E R O

I. DIABETES Y EMBARAZO

1.1. Conceptualización Médico-Social de la Diabetes Mellitus

1.2. Efectos de la Diabetes sobre el Embarazo

1.3. Morbilidad y Mortalidad de la Diabetes Mellitus durante
el Embarazo en México

1.1 CONCEPTUALIZACION MEDICO-SOCIAL DE LA DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus representa en la actualidad una de las enfermedades metabólicas crónicas que afectan directamente en la vida de quién la padece, ya que la mayoría de los diabéticos mueren a causa de las complicaciones degenerativas de la enfermedad. El concepto de la diabetes ha evolucionado con el tiempo, los factores con respecto a la aparición de la misma están asociados a una serie de elementos que van desde los hábitos alimenticios en el tratamiento recomendado al paciente hasta la predisposición genética para desarrollar la enfermedad.

Actualmente la concepción de la diabetes ha llevado a muchos profesionales de la Medicina a definirla como una enfermedad metabólica crónica considerada fundamentalmente hereditaria y en la que la lesión básica es desconocida, lo que ha llevado a reconocerla como una de las principales enfermedades que se encuentra dentro de las causas de defunción en nuestra población.

Muchos autores señalan que la enfermedad se manifiesta por la ausencia de producción de insulina en

el cuerpo, ocasionando una alteración o trastorno metabólico e intolerancia a la glucosa (azúcar) impidiendo la utilización de carbohidratos, proteínas y grasas. Estos factores que caracterizan a la enfermedad dan origen a una serie de complicaciones crónicas que algunos autores enfatizan como consecuencias agudas al paso de los años; pero existen definiciones como autores hay, por ello he aquí algunos conceptos que abordan éstos dos aspectos particulares ya mencionados:

- " La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica debida a un efecto heredable para utilizar carbohidratos, proteínas y grasas, secundario a un déficit relativo o absoluto de insulina efectiva, lo que se traduce en los pacientes no tratados por un aumento de glucosa en la sangre y orina y de lípidos en la sangre. La frecuencia de las complicaciones vasculares y neuropáticas aumenta directamente con la duración conocida de la Diabetes".²

- " La Diabetes es una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono asociados con una insuficiencia insulínica. Es una enfermedad crónica de gran importancia médico-social. Produce incapacidad para el trabajo y puede ocasionar complicaciones

²Mateo de Acosta Fernández, Oscar. DIABETES MELLITUS. edic. de Ciencia y Técnica, edit. Instituto Cubano del Libro, La Habana Cuba, 1977, pág. 17.

graves tales como la retinopatía, ceguera, nefropatía, gangrena, etc"³

- " Es una enfermedad crónica del metabolismo considerada fundamentalmente hereditaria caracterizada por un deficiente de insulina, lo que ocasiona intolerancia a la glucosa y una concentración excesiva de ésta en la sangre y secundariamente en la orina. En fases avanzadas hay diversas complicaciones por alteraciones vasculares y metabólicas. Las complicaciones más importantes son retinopatía diabética, nefropatía diabética, úlcera, gangrena, cicatrización lenta de heridas"⁴

- " La diabetes es una transtorno crónico del metabolismo determinado genéticamente, que en su forma bien desarrollada se manifiesta por hiperglucemia, glucosuria, degradación aumentada por proteínas y cetoacidosis. El reconocimiento de las complicaciones derivadas de esta por el paciente, son bases para su

³San Martín, Hernan. SALUD Y ENFERMEDAD, 5 edic, edit. La Prensa Médica Mexican, México, 1990, pág.510.

⁴Sanchez Rosado, Manuel. ELEMENTOS DE SALUD PUBLICA, edit. Fco.,Méndez Cervantes, México, 1991, pág.3.

manejo, y son extremadamente costosas para los sistemas de salud tanto públicos como para los privados " ⁵

- " Se entiende por diabetes mellitus a un grupo heterogéneo de trastornos del metabolismo intermedio que tienen en común intolerancia a la glucosa. Guardan relación con la menos producción de insulina, acción ineficaz de la misma o ambas que en el curso de los años dan lugar a diversas complicaciones agudas o crónicas con lesiones prematuras del árbol vascular" ⁶

Sin embargo el enfoque hacia el cuál se dirige este primer capítulo nos lleva no sólo a considerar a la enfermedad como un grave padecimiento crónico, sino que debido al tratamiento prolongado al que esta sometido el paciente que la padece, lleva intrínsecamente un cambio en la vida social del mismo, englobando dentro del concepto mismo la importancia social que tiene para lograr que el paciente lleve una vida normal. Aunado a esto hay que mencionar que indudablemente la presencia de un enfermo crónico dentro del núcleo familiar requiere la atención de la familia y por ende modifica los hábitos y costumbres dentro de ésta.

⁵Bolaños, Ancona, Rubén. DIABETES Y EMBARAZO. Gineco-Obstetricia, Tesis, INPer, México. 1989. pág.3.

⁶Alberti, Navarro. Ezio Mario F. DIABETES Y EMBARAZO. Tesis, INPer, México. 1991, pág.5.

Vista de esta manera la diabetes mellitus se concibe como una enfermedad crónica evolutiva, que tienen una progresión dinámica y que debido a su complejidad médica denota en extremo una atención integral que comienza desde un régimen dietético, higiénico, medicamentoso y educativo: además de ser considerada como un problema colectivo de salud de gran magnitud y que por sus características la hacen por demás una enfermedad difícilmente comparable con otras, hecho que le confiere una mayor observancia en las medidas preventivas para el control tanto del paciente como de su propia familia " al mismo tiempo la enfermedad tiene un efecto neurotizante sobre la familia del diabético que debe ser valorizada para ser también extensiva la educación diabetológica", tomando en cuenta que si no existe dicho control las complicaciones de la enfermedad agudizan la capacidad física del paciente en el que se puede crear un estado de dependencia con la familia y originar conflictos emocionales para la paciente y su núcleo familiar.

Por tanto el concepto médico-social de la diabetes encierra toda una gama de aspectos que médicamente tienen consecuencias invalidantes debido a las lesiones que sufre principalmente el sistema vascular en el

⁷Castillo Navarrete, Alfonso. EDUCACION DEL PACIENTE, PUBLICO Y PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE DIABETES., edit. Publicación Científica, Organización Panamericana de la Salud, Venezuela, 1975, pág. 78.

desarrollo de la enfermedad, así como en los aspectos sociales se encuentra la generación de una educación del diabético y de las personas que conviven con él, y cuya participación integrará uno de los pilares fundamentales del tratamiento además de manejar el efecto que causa el padecimiento, el cual requerirá desde su inicio de consultas periódicas así como de vigilancia médica.

Es importante destacar dentro de todo este contexto los casos especiales que se presentan como lo es en el embarazo, ya que la situación clínica que se crea cuando éste es complicado por la aparición o existencia de diabetes hace necesario la atención integral de todo un equipo médico, por lo que ha sido y es objeto de gran atención por las consecuencias que el tratamiento metabólico puede tener sobre el desarrollo del feto del recién nacido y sobre la evolución del padecimiento en la madre.

Ahora bien con el fin de obtener un panorama más completo de lo que representa o significa la diabetes mellitus en un embarazo se hace necesario señalar las formas en que puede presentarse la diabetes y el embarazo.

1) diabetes mellitus Tipo I ó Insulino-Dependiente, anteriormente llamada diabetes Juvenil, generalmente se

inicia antes de los 15 años, tiene un principio brusco con insulinopenia intensa, cuando existe un embarazo se conoce la presencia de la enfermedad en la madre desde el momento de la concepción.

2) diabetes mellitus Tipo II ó No Insulino-Dependiente, anteriormente llamada diabetes Estable o del Adulto, constituye aproximadamente el 80% de la población diabética, inicia generalmente después de los 40 años, el inicio de la enfermedad es lento con producción normal o aumentada de insulina, cuando se presenta el embarazo es conocida la presencia de la entidad en la madre desde el momento de la concepción.

3) Diabetes Gestacional, es aquella que se diagnóstica por primera vez durante el embarazo sin conocimiento previo a la concepción (portadora de la alteración al metabolismo de los carbohidratos), usualmente desaparece después del parto, pero existe mayor riesgo de desarrollar alguno de los otros tipos de diabetes en el futuro, por lo que es necesario reclasificarlo al término del puerperio.

Por lo anterior es fundamental como parte de nuestro objetivo el abordar en el siguiente apartado los efectos de la diabetes en el embarazo, a fin de conocer los cambios metabólicos que sufre la madre y de su

relación con el padecimiento. motivo de una situación conflictivo-emocional que requiere de la intervención del profesional en Trabajo Social como parte de un equipo en la atención de éste gran problema médico y social.

1.2 EFECTOS DE LA DIABETES SOBRE EL EMBARAZO

Es bien sabido que el embarazo ocasiona cambios fisiológicos en la mujer, el feto ejerce un importante impacto a través de la dependencia continua y total de la energía materna para mantener su crecimiento, por lo que el embarazo aún cuando es un proceso normal va acompañado de riesgos para el binomio madre-hijo, sobre todo cuando existe una enfermedad como lo es la diabetes ya que la importancia que tiene, radica en que condiciona una mayor frecuencia de complicaciones materna, fetal y neonatal en la que se observa en un embarazo normal.

El embarazo tiende no sólo a representar una alteración en los hidratos de carbono en la mujer diabética, sino que influye de manera adversa los factores concomitantes vasculares del padecimiento, ya que existe el problema de determinar si el embarazo ejerce efectos adversos sobre otros aspectos de la diabetes, ya que en el caso de una enfermedad renal grave ó de rápida aceleración como lo es la nefropatía, casi siempre resulta aconsejable la terminación del embarazo.

Citado lo anterior la diabetes se concibe como un factor de riesgo elevado en el embarazo de una mujer, definiendo a éste, desde el punto de vista de la reproducción humana como

la "probabilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso", por tanto la alta complejidad que denota la diabetes comprende factores biológicos y sociales que la anteponen como una enfermedad de alto riesgo en el embarazo de una mujer.

Como ya se menciono el pronóstico de un embarazo se complica cuando la existencia de diabetes confirma los daños referentes a los problemas fetales que han sido causa de mortalidad perinatal en un embarazo diabético. Todo parece indicar que el descubrimiento de la enfermedad en su etapa más temprana debe de estar precedida de una atención integral de la mujer diabética para retrasar consecuencias en la progresión de trastornos metabólicos para el recién nacido así como de problemas degenerativos posteriores en la vida social de la mujer.

La diabetes resulta nociva para el embarazo de diferentes maneras, es probable que se encuentren las consecuencias siguientes adversas a la madre:

a) PREECLAMPSIA: es la aparición de hipertensión con proteinuria, edemas o ambos, inducida para el embarazo después de la vigésima semana de gestación.⁹

⁹Castelazo Ayala, Ernesto. MEMORIAS DEL INPER 1983-1988, INPer, México, 1988, pág. 78.

⁹NOTA: La definición de los términos siguientes esta tomada de Pritchard, Jack A. OBSTETRICIA, 2a edic. edit. Salvat. E.U.A.. 1980, págs. 539, 467, 606, 474, 478.

b) ECLAMPSIA: es la presencia de hipertensión, proteinuria, edemas más la aparición de convulsiones no causadas por una enfermedad neurológica coincidente como la epilepsia.

c) INFECCIONES: tales como las de las vías urinarias y vías respiratorias, las infecciones en el transcurso del embarazo casi siempre dan por resultado una resistencia a la insulina y cetoacidosis.

d) HIDRAMNIOS: llamado a veces polihidramnios, consiste en una cantidad excesiva de líquido amniótico. La incidencia de hidramnios es especialmente elevada en los embarazos complicados por diabetes.

e) NEFROPATIA DIABETICA: es la enfermedad de los riñones asociada con la diabetes a largo plazo.

f) RETINOPATIA DIABETICA: es la enfermedad de los vasos sanguíneos pequeños de la retina del ojo; puede llevar a la pérdida de la visión. Así se estima de fundamental importancia realizar el seguimiento oftalmológico mensualmente en toda paciente embarazada con retinopatía no proliferativa a cargo de un personal especializado que formará parte del equipo de salud.

g) CETOACIDOSIS: es el estado caracterizado por la elevada concentración de cuerpos cetónicos, se manifiesta clínicamente por anorexia y vómitos cuyos síntomas hacen temer la inminencia del coma diabético.

En lo que respecta a las complicaciones fetales y neonatales se encuentran las siguientes:

a) ABORTOS: es la terminación del embarazo por cualquier medio antes que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. Es sabido que las pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus que no se encuentran metabólicamente controladas, tienen mayor incidencia de pérdida de embarazos tanto del primero como del segundo y del tercer trimestre.

b) MALFORMACIONES: es la anomalía o deformidad especialmente congénita. Las anomalías más frecuentes son hidrocefalia o cualquier otra alteración del Sistema Nervioso Central.

c) MACROSOMIA FETAL: es el desarrollo o tamaño exagerado del feto de modo que su tamaño puede crear dificultades durante el parto, todos los órganos del

feto estan afectados por la macrosomía que generalmente caracteriza al feto de la mujer con diabetes.

d) HIPOGLUCEMIA: es la disminución de la concentración de glucosa en la sangre y es frecuente en los neonatos de madres diabéticas.

e) HIPOCALCEMIA: es la reducción de la tasa de calcio en la sangre.

f) HIPERBILIRRUBINEMIA: es el alto nivel de la presencia de bilirrubinemia en la sangre.

Dentro del tratamiento médico hacia la mujer diabética se ha señalado que el no tener un buen control de la enfermedad da lugar a que las complicaciones que se presentan sean más frecuentes y severas, esto ha dado origen a que en la actualidad existan elementos técnicos para controlar este problema y lograr que la paciente lleve una vida normal, siempre y cuando se atienda oportuna y permanentemente, ya que se puede observar la complejidad de la enfermedad en el embarazo da como hecho no sólo consecuencias invalidantes físicas sino crea toda una necesidad de una atención especializada que va desde un régimen dietético y educativo hasta los recursos terapéuticos

complejos y costosos que requieren el control del padecimiento y que cubre prácticamente todo el período de sobrevivencia de la madre.

Ahora bien estas complicaciones connotan una doble importancia en el sentido social al afectar a la madre y por tanto al recién nacido. Al respecto se conoce que aunque en la actualidad las pérdidas fetales sean relativamente poco frecuentes, éstas todavía diezman los embarazos de pacientes que no reciben cuidados óptimos, lo que ha dado lugar a que se presenten dos aspectos importantes, por un lado la paciente diabética no lleva un control completo de la enfermedad, cuya situación poco solvente en muchos de los casos no le permite llevar a cabo el tratamiento médico indicado, y por otro lado se encuentra el estado emocional de la mujer al no llevar a término su evento obstétrico ó en su caso la pérdida del neonato por alguna complicación fetal (por ejemplo una malformación congénita). A esto sería importante agregar si la madre tuvo antecedentes obstétricos significativos, como abortos continuos o habituales que le hallan conducido a problemas psicológicos anteriores generando un sentimiento de culpabilidad al desarrollar la enfermedad originando con ello una predisposición de pérdida fetal o neonatal en su próximo embarazo.

Asimismo la complejidad del padecimiento repercute de manera progresiva en la mujer embarazada como lo es la llamada retinopatía diabética, caracterizada por una importante afectación de la agudeza visual, limita en gran parte la perspectiva social de la mujer en comparación con otras personas no diabéticas con defectos de visión. "ayudar al diabético a la aceptación de pérdida visual parcial o completa, es un paso importante en la planeación de los arreglos y desarrollo de estrategias para enfrentar la situación"¹⁰

Es entonces que dichos trastornos que afectan a la mujer y al recién nacido tienen una importante afectación en la vida de ambos, ya que en la actualidad representan las causas principales de morbilidad y mortalidad de un embarazo diabético en nuestro país, por ello se requiere de revisar los anteriores efectos en el embarazo para enfrentar la situación real del problema a través de atención integral hacia este tipo de paciente con ayuda de médicos, dietistas, trabajadores sociales y psicólogos, y muy específicamente lo que corresponde a Trabajo Social, y dentro de sus funciones de investigación y asistencia abordar de manera objetiva este problema aunado a las

¹⁰Klein, Ronald. ADELANTOS RECIENTES EN LA COMPRESION Y TRATAMIENTO DE LA RETINOPATIA DIABETICA. Clinicas Médicas de Norteamérica. Vol.6, edit. Interamericana, E.U.A. 1988, pág. 1549.

medidas preventivas para el control del padecimiento, lo cual indicaría más que porcentajes los avances y soluciones dirigidas hacia este problema social y de gran afectación a nuestra población.

1.3 MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA DIABETES MELLITUS DURANTE EL EMBARAZO EN MEXICO

Los estudios epidemiológicos de la diabetes han venido a significar para algunos países del mundo altas tasas de mortalidad y morbilidad para su población, sin embargo "en un estudio sobre mortalidad por diabetes realizado por la Organización Panamericana de la Salud en doce ciudades del mundo, la mortalidad más alta correspondió a la ciudad de México"¹¹, refiriendo como causas la deficiencia en el control del padecimiento, originando las complicaciones más frecuentes que en las otras poblaciones estudiadas y así mismo ser considerado como un problema de Salud Pública de gran importancia para cualquier país.

En nuestro país los profesionales de la medicina han manifestado que la carencia de un acuerdo acerca de los requerimientos mínimos para efectuar el diagnóstico de la diabetes dificultan la obtención de cifras satisfactorias que registren su frecuencia. Los estudios epidemiológicos reportan aproximadamente dos millones de casos diagnosticados, existiendo la probabilidad de un mayor número que no ha sido diagnosticado. Su frecuencia en mujeres va en aumento y cuyas edades se encuentran entre los 35 a los 44 años, por ejemplo es

¹¹Sánchez Rosado, Manuel. Op. Cit. pág. 110

cinco veces mayor que en mujeres cuyas edades oscilan entre los 15 y lo 24 años de edad.

Los estudios epidemiológicos de la Secretaría de Salud han reportado a la diabetes mellitus como una de las veinte principales causas de morbilidad por grupos de edad, "en el que se reportan 5,667 casos de diabetes en la población femenina de 15 a 64 años de edad"¹². Así mismo la enfermedad ha venido a ocupar uno de los primeros lugares como principal causa de mortalidad general en el que ha afectado de forma importante a la población de edad productiva, y en el que se ha registrado 11,182 defunciones con una tasa de "22.0 por 100,000 habitantes"¹³.

Sin embargo la diabetes forma parte de na de las enfermedades crónicas más comunes con una prevalencia del 2% al 5% de la población. La prevalencia de la diabetes constituye un padecimiento de mayor edad: la incidencia del diagnóstico de la enfermedad es aproximadamente 10 veces superior en las personas cuya edad excede los 45 años de edad, en las mujeres resulta aproximadamente de un 25% mayor que los varones, de los individuos obesos y como uno de los padecimientos que requiere de una vigilancia médica constante.

¹²Dirección General de Epidemiología. INFORMACION EPIDEMIOLOGICA DE MORBILIDAD 1989, Secretaría de Salud, México, 1989, pág. 61.

¹³Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, D.G. de Estadística e Información y Evaluación. MORTALIDAD 1991, S.S., México, 1991, pág. 48.

La morbilidad es frecuente en el recién nacido de madre diabética y en algunas ocasiones es consecuencia directa de la lesión del parto debido al problema de macrosomía fetal, trastornos respiratorios y algunas alteraciones metabólicas como la hipoglucemia e hipercalcemia. Se ha encontrado que la nefropatía diabética aumenta el riesgo en la morbilidad fetomaterna, y esta ocurre entre un 30% a 40% y cuyo síndrome patológico afecta a los sistemas nerviosos, por lo que el periodo de gestación aumenta el riesgo, implicando la atención de un servicio de cuidados prenatales hacia la paciente y por ende procurar la prevención en el tratamiento y la orientación de mujeres con diabetes en edad de procreación "es evidente que debe instituirse un programa de orientación preconcepción tanto de la paciente y su familia"¹⁴. Actualmente se considera que la mayoría del control diabético durante la gestación puede reducir de manera importante un porcentaje elevado de la morbilidad de dicho padecimiento.

Frente a este panorama es necesario reafirmar la participación del profesional del Trabajo Social en las medidas dirigidas hacia la paciente y su familia en el problema de la diabetes, ya que como se ha citado es un padecimiento que implica su asociación a una serie de

¹⁴Klein, Ronald. Op.Cit. pág.1637.

factores que fluctúan dentro de todo un ámbito social de tal manera que intervienen en la asistencia integral de la paciente diabética y así mismo determinar el pronóstico en la evolución del embarazo.

El desarrollo que el Trabajo Social ha tenido dentro de las instituciones de Salud le ha conferido desarrollar funciones específicas con respecto a la atención de este tipo de padecimientos crónicos, siendo la evolución y desarrollo que ha tenido dichas funciones el tema y contenido de nuestro siguiente capítulo para obtener un panorama general específico de la labor del trabajador social en los problemas de salud y su intervención científica para la solución de los mismos.

CAPITULO SEGUNDO

II. EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO MEDICO

2.1 Panorama de la Atención a la Salud en el México Contemporáneo

2.2 El Papel del Trabajador Social en Instituciones de Salud

2.2.1. Antecedentes Históricos

2.2.2. Funciones y Actividades

2.1 PANORAMA DE LA ATENCION A LA SALUD EN EL MEXICO CONTEMPORANEO

La atención a la salud en México es una de las dimensiones más importantes del bienestar social, su relación con la sociedad así como la práctica médica son cuestiones sociales que forman parte de los procesos por los que el hombre se reproduce, por tanto en cualquier país debe de estar orientada a tratar los aspectos generales de la salud del ser humano así como de aquellos problemas específicos del área en el que habita el hombre, siendo la atención a la salud un indicador esencial de los programas nacionales, en función de un mejor nivel de vida de la sociedad.

El cuidado a la salud ha adoptado distintas formas en el transcurso de nuestra historia, asimismo las formas de organización de los servicios de salud fueron proporcionados de manera distinta a los grupos que conforman a la sociedad. La conceptualización de la salud como el "estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente en ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁵, ha llevado a considerarla como un derecho fundamental para lograr el grado más alto posible de bienestar social como objetivo social para cualquier país. Por tanto se hace

¹⁵Definición que la OMS refiere sobre el concepto de salud.

necesario ubicar al proceso salud-enfermedad como un proceso biológico social que se encuentra determinado por las condiciones de vida y trabajo de los grupos de una sociedad caracterizándose en patologías representativas, valorando que la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica por ser dos momentos de un mismo fenómeno.

Al respecto Cristina Laurell en su artículo "La Salud: un Proceso Social"¹⁴, analiza dos cuestiones en torno a la teorización de dicho proceso, en la primera el desarrollo de las sociedades da origen a factores de riesgo, explicando a su vez un determinado perfil de morbimortalidad de grupos y sociedades, pero reduciendo lo social a unos factores más en las causas de la enfermedad, ubicando a dichos procesos como elementos externos del mismo. En la segunda cuestión se afirma el carácter social en sí mismo, pues además de la determinación de factores de riesgo existe la interrelación entre lo social y lo biológico en función del contenido del proceso, de tal manera que la adopción de una teoría de lo social y la determinación de categorías analíticas, daría cuenta tanto de los elementos internos y externos del objeto de estudio en el proceso salud-enfermedad.

¹⁴ Almada Bay, Ignacio. SALUD Y CRISIS EN MEXICO, edit. Siglo XXI, México 1990, pág. 48.

Las condiciones socioeconómicas son determinantes en la enfermedad en cuanto se combinan en constelaciones dinámicas que desencadenan y transforman los fenómenos biológicos, considerando que cada formación social crea su propia patología dentro del proceso histórico y que son precisamente dichos procesos los que dan particularidad a las diferentes formas de evolución y organización de los servicios de salud en los países.

En nuestro país, el proceso de salud se manifestó en sus inicios como cuerpo de conocimientos empíricos, estableciendo el primer Código Sanitario, en dónde se incluyó por escrito una serie de medidas destinadas a orientar a la población en épocas de grandes epidemias, las acciones que se llevaron a cabo posteriormente, le confieren a la salud una mayor importancia en los aspectos de atención a enfermedades transmisibles que afectaban a una gran parte de la población, lo cual origina la creación de instituciones de beneficencia y práctica médica estableciendo la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios.

Las instituciones creadas fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fundado en 1944, le sucedió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fundado en 1959, estas dos principales instituciones representaron

una atención médica caracterizada por la centralización de los servicios de salud. La fundación de un mecanismo interinstitucional de coordinación de dichas instituciones para la ampliación en la cobertura de los servicios, llevó consigo una serie de limitaciones en su aspecto político, lo cual reafirmo la formulación y aprobación del Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado Programa Nacional de Salud (1984-1988) cuyo antecedente se remonta a la adición del artículo Cuarto Constitucional "toda persona tendrá derecho a la protección a la salud", aprobado en febrero de 1983, constitucionalizando el derecho a la salud a todos los hombres y con ello se indujo modificaciones a los ordenamientos legales para sentar las bases del Sistema Nacional de Salud y dar cumplimiento a la Reforma Constitucional.

A raíz de la implementación del Programa Nacional de Salud se derivaron modificaciones sustanciales al interior de la Secretaría de Salud en lo referente al esquema de organización y funcionamiento de ésta, sin embargo la prestación de servicios a una sola fracción de la población, evidenciaron que las acciones destinadas a la atención médica no hicieron frente al proceso salud-enfermedad y si bien se retoma el elemento dialéctico del proceso la visión política gubernamental, permaneció en acciones estáticas de

curación al individuo "hemos visto que aunque pueden detectarse marcados cambios en la política, a la postre han tenido poco efecto".¹⁷

La actual etapa de desarrollo de los servicios de salud se caracterizó por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud en México mediante la adopción de un modelo de atención a la salud regionalizado y estructurado por niveles conformado de la siguiente manera: el primer nivel comprende acciones prioritarias para la promoción, prevención y protección de la salud, atiende y resuelve problemas médicos no complicados.

El segundo nivel de distribución más reducida comprende recursos técnicos necesarios y concentra los problemas médicos no resueltos en el primero y que son de mediana complejidad. El tercer nivel de distribución geográfica aun más limitada, cuenta con recursos técnicos especializados, resuelve los problemas médicos de alta complejidad no resueltos en el segundo nivel, ofrece servicios especializados y de alta tecnología avanzada.

Con base a este modelo de atención regionalizado, el Estado determinó las formas generales de atención médica, prueba de ello lo muestra la Organización de

¹⁷Ward Peter, LAS POLITICAS DE BIENESTAR SOCIAL EN MEXICO 1970-1989, edit. Nueva Imagen, México, 1989, pág.213.

Salubridad que estableció en tres grandes sectores la creación de organismos financiados y cuyos servicios se brindan a los sectores de los trabajadores organizados y están agrupados de la siguiente manera.

a) Seguridad Social Pública: el Instituto Mexicano del Seguro Social que proporciona servicios médicos a los trabajadores, su sistema tripartita está constituido por las cuotas de los trabajadores, los patrones y el Estado, se encuentra también el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado que protege al trabajador al servicio del Estado, su sistema bipartita se mantiene de las contribuciones de los trabajadores y el Estado.

b) Organismo Oficial: dentro de este se encuentra la Secretaría de Salud que aporta la otra principal fuente de atención a la salud para el grueso de la población que no es atendida por ninguna de las dos instituciones anteriores, y caracterizada por su sistema monopartista, es sostenida con aportación sola del Estado.

c) Finalmente el tercer sector lo comprende los servicios de salud privados: constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por

grupos reunidos en unidades de atención externa y/u hospitalaria, que prestan servicios como un negocio, sujetos a las leyes del mercado y al régimen de la libre empresa.

Las iniciativas recientes para extender la atención a la salud, han procurado fomentar los programas en el cuidado a la salud proporcionando a la población la información que le permita conocer los daños y riesgos a que esta expuesta, las medidas que puede utilizar para prevenirlos, la responsabilidad que tiene el cuidado de su salud y los servicios que tiene disponibles para su protección, una de estas medidas ha sido la incorporación de la Educación Higiénica como uno de los programas prioritarios en todas las instituciones de salud, además de ser contemplada como política estatal para mejorar el nivel de salud de la población y como estrategia de diagnóstico y planificación social en el desarrollo social del país " es uno de los medios útiles para ayudar al individuo y a la comunidad a proteger y a mejorar su propia salud desarrollando, a través de la Educación sistemática y permanente, un estado de conciencia, de conocimiento y de responsabilidad individual y colectiva frente a la salud, la enfermedad y la muerte " ¹⁸.

¹⁸San Martín, Hernán. SALUD COMUNITARIA. TEORÍA Y PRÁCTICA, edit. Díaz de Santos, España, 1988, pág. 111.

La amplia discusión por articular esfuerzos para elevar la calidad de los servicios de salud para el logro de la racionalización en la asignación y uso de los recursos toma cauce con la consolidación del Programa Nacional de Salud 1989-1994, al respecto surgió la crítica hacia el contenido del mismo en lo referente a la participación de las comunidades mediante la Educación Higiénica, como estrategia prioritaria en la prevención de enfermedades "se ignoró el análisis de los logros, fallas y omisiones sobre la salud en el sexenio de Miguel de la Madrid"¹

En lo que se refiere a Trabajo Social tiene una muy amplia participación, si se toma en cuenta que si bien se ha contemplado una reorientación médica hacia su conocimiento social de la problemática de la salud, también el impulso de dar apoyo a la investigación sociomédica, será el medio por el cual el trabajador social podrá incursionar objetivamente en este ámbito y así mismo realizar funciones directivas que el ayuden a la propuesta de soluciones para el bienestar de las comunidades, objetivo que ha venido a ser el marco de acción del trabajador social en el área de la salud y por lo que dichas funciones se ampliarán en el siguiente apartado.

¹Rojas Soriano, Raul. CRISIS, SALUD, ENFERMEDAD, Y PRACTICA MEDICA, edit.Plaza y Valdez, México, 1990, pág.88.

2.2 EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN INSTITUCIONES DE SALUD

2.2.1 Antecedentes Históricos

El ubicar el desarrollo del Trabajo Social en el área de la Salud puede señalarse en la dinámica que adquirió el desarrollo capitalista a nivel mundial que trajo consigo una gran crisis económico-social. El quebrantamiento de la seguridad económica de los grupos sociales se dio a partir de 1930 e implicó el desbordamiento de una problemática social, afectando en la vida diaria de los grupos más desprotegidos, la práctica de la filantropía nutría las manifestaciones de ayuda a dichos grupos, de tal manera que el ejercicio de la caridad procuró conducir al asistido a un cierto modo de vida, determinado fundamentalmente por patrones morales, sin embargo se observó que esta ayuda dada principalmente en los países industrializados, llevó consigo una acción científica de servicio, tal es el caso de la Escuela Funcionalista fundada por la norteamericana Virginia Robinson "en donde las solicitudes de ayuda eran estudiadas y si

procedían se concedían ajustándose a los objetivos y recursos de la institución".²⁰

Es entonces que las escuelas de Trabajo Social de los Estados Unidos de Norteamérica inician la formación de trabajadores sociales con un conocimiento pleno de su realidad y de la conciencia de las necesidades sociales que en los grupos desprotegidos demandaban y cuyas necesidades traducidas al estado de salud del individuo que requirió además de investigar su estado físico y mental, conocer directamente el medio social del mismo para llegar a un diagnóstico correcto y a un tratamiento adecuado e integral,"y es específicamente en 1905 en Nueva Inglaterra que el Dr. Richard Clarke Cabot crea el primer Departamento de Trabajo Social Médico en el Hospital General de Massachussettes, en el que se concretaron las bases para llegar a un diagnóstico integral del caso médico, y se tomaron en cuenta los factores sociales y psicológicos dentro del problema de salud"²¹. colaboro para ello una trabajadora social cuya tarea era la de ocuparse de las necesidades del individuo mediante la educación para combatir la enfermedad, refiriéndose fundamentalmente a

²⁰Flores González, María Luisa, ANTECEDENTES DE LA AYUDA EN EL MUNDO Y EN MEXICO, ENTS-UNAM, México, 1986, pág. 61.

²¹Flores González, María Luisa, Op.Cit. pág. 59.

la investigación de las causas de la mismas, con el fin de comprender la situación directa del medio social del paciente y llegar a un diagnóstico correcto y por ende a un tratamiento integral.

El Dr. Cabot así como otra pionera del Trabajo Social Hospitalario estadounidense Mary Ellen Richmond, con su Social Diagnosis, representaron una filosofía oponente a la caridad católica, por una parte reconocieron al trabajador social como miembro de un equipo de salud y uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento, y por el otro se le identificó como el intérprete de la población ante el hospital y viceversa, situación que le otorgó la especificidad y científicidad de su trabajo, fundado en la investigación social, lo que marcó con ello el paso del Trabajo Social profesional e institucionalizado.

Asimismo en otros países que estaban pasando por el mismo proceso de industrialización, se promovió la urgencia de una política social dentro del marco de su propio desarrollo económico para hacer frente a sus carencias sociales, se crearon como respuesta las Escuelas de Trabajo Social apoyadas con recursos e instrumentos viables para la formación de trabajadores sociales, aun cuando la perspectiva de algunas escuelas, sobre todo de las norteamericanas, difería en

las corrientes de abordaje para los casos a tratar, todas partían de un mismo objetivo, estudiar integralmente al individuo en su medio, retomando los elementos sociales, biológicos y psicológicos como método en el estudio del caso médico.

De la experiencia y retroalimentación de las Escuelas de Trabajo Social " se derivaron las Conferencias Internacionales de Trabajo Social (I.C.S.W.) siendo la primera de estas efectuada en París"²² posteriormente las reuniones se celebraron en diversos países del continente europeo, cuya finalidad principal fue evaluar los logros del Trabajo Social, cuestionando en su interior la política social adoptada, así como el momento histórico de los países de dichas escuelas. De la formación de las Conferencias se paso a la formación sistemática de Escuelas y Facultades, en cuyos contenidos programáticos el tema de salud tuvo especial consideración.

En América Latina la estructura y organización de los países en vías de desarrollo (muy variante a la de los países desarrollados), condicionó el enfoque que los trabajadores sociales debían adoptar frente a los problemas sociales de acuerdo a su situación económica-social. La concepción paramédica que impero en algunas

²²Flores. Op.Cit.pág.62.

esferas oficiales, le adjudico a la trabajadora social el título de "visitadora social" convirtiéndola en un auxiliar del médico, efectuó tareas que apenas lograban un control en el tratamiento médico, con lo que podemos inferir que estas funciones eran referidas exclusivamente a mujeres.

La ideología del equipo médico, con respecto a la labor de la "visitadora social" origino la inconformidad de las trabajadoras sociales ocasionando que algunas de ellas aplicaran el método de casos, función que se realizó sin un reconocimiento profesional, y privándola al mismo tiempo de su participación en programas de bienestar y seguridad social implementados como estrategias frente a la crisis que algunos países como el nuestro estaban padeciendo en esa época.

La formación de trabajadores sociales en América Latina partió de la experiencia e influencia europea, así como la de los E.U.A. con la aplicación en las Escuelas de Trabajo Social de programas de enseñanza norteamericana, dando cabida a la fundación de la primera Escuela de Servicio Social en Santiago de Chile por el médico y sociólogo Alejandro del Río, cuyo plan de estudios inicial incluyó Higiene y Profilaxis, Alimentación y Dietética y Atención de enfermos

Heridos, es entonces, que bajo esta formación el Trabajo Social aparece como una carrera paramédica, criterio que junto al parajurídico imperó en Latinoamérica hasta comienzos de la década de los 60s.

2.2.2 Funciones del Trabajo Social

En México a partir de los años 40s empiezan a ser contratadas trabajadoras sociales para desempeñar funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada. Al principio se ocuparon principalmente de la fijación de cuotas, así como de promover la ayuda material para los enfermos con mayores carencias; pero a medida que fue destacando el papel del trabajador social se le ubica como profesional capaz de establecer un vínculo entre el paciente y su hogar, participación que contribuyó a una positiva modificación del medio familiar del enfermo, así como de su reeducación y rehabilitación.

A partir de entonces comenzó una extensión de Escuelas de Trabajo Social, transformándose en Facultades o Unidades Académicas Universitarias, teniendo en su mayoría planes de formación con los principios de desarrollo de la comunidad inspiradas en las reflexiones sociales del francés Lebet.

En esta etapa el trabajador social diversificó sus áreas de intervención en la medida en que se difunden

programas en instituciones estatales y privadas, pasando por una actividad asistencial a una tarea de organización y promoción de los sectores populares.

A medida que avanza la práctica profesional, se fueron delimitando sus funciones, ya que la principal tarea que el trabajador social venía desempeñando en Instituciones de Salud había sido dirigida a la atención de problemas individuales " el Trabajo Médico Social como parte del objetivo total del programa médico o de salud acusa como finalidad específica la ayuda a los individuos para tratar sus problemas psicosociales en forma tal que logre funcionar física y ambientalmente del modo más adecuado " " esta función ha sido superada debido a las necesidades sociales y a las condiciones mismas del desarrollo económico y social en el que México se encontró en las últimas décadas.

Las estrategias que el gobierno mexicano adoptó para entender los problemas y necesidades sociales asentadas en las políticas del Estado en materia de desarrollo social permitieron la formación y el desarrollo de recursos humanos tendientes a educar y fortalecer las instituciones de salud que conforman el Sector Salud, instituyendo con ello la incorporación del profesional

²²Cardenas de la Peña, Enrique. SERVICIOS MEDICOS DEL IMSS. IMSS, México, 1973, pág.1473.

del Trabajo Social al equipo de salud para promover e instrumentar programas, lo que implicó una lenta integración en equipos de trabajo, debido a que el egresado sólo contaba con conocimientos generales sobre las áreas específicas que conforman su campo de acción, y por tanto originó una imprecisión en cuanto a sus funciones y actividades específicas dentro del área de salud.

A raíz de la expedición del Programa Nacional de Salud 1984-1988 se promueve una mayor posibilidad de participación y desarrollo de trabajadores sociales, ya que se detectó entre sus metas un alto porcentaje de acciones de Educación para la Salud, esto incrementó la participación del trabajador social dentro del área, realizando funciones preventivas que coadyuvaran a la educación y a la participación de la comunidad. Las acciones que diversas instituciones de salud acerca de la especialidad de la profesión no han tenido un reconocimiento específico, además de que los cambios que nuestra sociedad presentaba en esos momentos se originaron la demanda potencial para la especialización en el Sector Salud.

Como ya se mencionó, a medida que el Trabajo Social institucionalizado avanzó en la delimitación de sus funciones, así como de su especificidad, también requirió de una conceptualización que reconociera como

tal en el área, por lo que se ha definido al Trabajo Social del Área de la Salud como "el conjunto de acciones metodológicas orientadas mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a la salud integral"⁴ por lo que la creación de la especialidad significó la respuesta a una necesidad evidente de capacitar específicamente al trabajador social para que se integre y participe en el equipo de salud del área, y así mismo dar pauta a su participación en el conocimiento de sus políticas e intervención en este ámbito concreto, lo que le ha llevado a conocer como ha organizado el Estado sus políticas en esta materia, frente a la manera en que los sujetos sociales han demandado su acceso a la atención, los servicios y los derechos en torno a la salud.

" A partir de 1980 comenzó a gestarse la idea de crear en la Escuela Nacional de Trabajo Social los estudios de Posgrado para favorecer el desarrollo de Trabajo Social en el país. Un equipo de trabajo elaboró el anteproyecto de la Especialización de Trabajo Social en el Área de la Salud. Este proyecto fué presentado a la

⁴Teran Trillo, Margarita. PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD, ENTS-UNAM, Revista de Trabajo Social..No 37,México, 1989, pág.32.

comunidad de la escuela el 28 de abril de 1986 y fue aprobado por el H. Consejo Técnico de la Escuela el 7 de mayo del mismo año.

El 4 de septiembre de 1987, el pleno del Consejo Universitario aprobó el Plan de Estudios de la "Especialización de Trabajo Social en el Area de la Salud" con el que se inician formalmente las actividades de la División de Estudios de Posgrado en la escuela.

Esta especialidad de Trabajo Social contribuye, en forma interdisciplinaria, al conocimiento de los problemas y recursos relacionados con la salud: a la educación, organización y movilización social, a la planeación y administración de acciones de fomento, protección restauración y rehabilitación de la salud, así como a la promoción y propuesta de políticas de salud, todo ello con el propósito de elevar el nivel de salud de la población.

La especialización de Trabajo Social en el Area de la Salud tiene como objetivo principal, capacitar al alumno para participar en equipo interdisciplinario de salud, en donde desarrollará actividades de investigación, planeación y administración de estos servicios, desde una perspectiva de desarrollo social.

En lo que corresponde al perfil del egresado en este programa, podemos señalar que adquirirá conocimientos

sobre problemas prioritarios de salud en México, factores biológicos, físicos y sociales que inciden en la salud y la enfermedad, así como de la asistencia pública y de los programas de salud.

Asimismo, tendrá capacidad para planear y administrar servicios sociales en salud, participar en equipos interdisciplinarios, promover la participación de las instituciones que integran al sector y elaborar modelos de intervención de Trabajo Social en el área de la salud.

El plan de estudios presenta una organización semestral y se distribuye de la siguiente manera;

Taller de Investigación Sociomédica I

Seminario de Planeación de la Salud en México

Seminario del Proceso Salud Enfermedad

Seminario de Trabajo Social en el Área de la Salud

Taller de Investigación Sociomédica II

Seminario de Administración de Servicios de Salud

Taller de Educación para la Salud

Práctica de Trabajo Social en el Área de la Salud

Caso Práctico

El caso práctico es el Trabajo de Investigación que el alumno realiza para la obtención del diploma de especialización"²⁵

En la actualidad las funciones que los trabajadores sociales vienen desarrollando en los diferentes centros del área de la salud son básicamente las funciones de investigación, administración, educación, enseñanza y asistencia. Estas funciones se basan en los objetivos específicos que el Trabajo Social desarrolla en el área y que así mismo designa Natalio Kisnerman para dicha área²⁶:

a) aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificándolo los que favorecen a su logro.

²⁵Documento proporcionado por la División de Estudios de Posgrado de la ENTS-UNAM, México, 1993.

²⁶Kisnerman, Natalio, INTRODUCCION AL TRABAJO SOCIAL, edit. Humanitas, Buenos Aires, 1981, pág. 149

b) orientar y capacitar a los pacientes, a sus familiares y a su comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.

c) participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de la política de salud desde el punto de vista de su competencia.

Dichos objetivos permiten que el trabajador social se incorpore en un ámbito profesional en donde su capacidad de investigador-planeador, llegue más que a un nivel operativo realizando investigación y dirección de los problemas de la salud en forma integral orientando su participación en la función de la investigación sociomédica cuya aplicación en el área de la salud ha tenido poca extensión debido a la absorción de otras funciones que ha desempeñado en esta área, pero que de acuerdo a los objetivos primordiales en esta especialidad, es una de las funciones prioritarias para establecer un diagnóstico objetivo de la causalidad social, en los problemas surgidos a causa de la enfermedad "el mejoramiento de la salud y la lucha contra la enfermedad no se consigue sólo con acciones

médicas sino que requiere el conocimiento preciso de la realidad social que influye directa o indirectamente en el proceso salud-enfermedad" ³.

Dentro del área de la salud, la investigación ha orientado su labor al sondeo de los problemas médicos-sociales que inciden en torno a la salud. La metodología de investigación social propia del Trabajo Social indica los factores sociales que determinan el estado de salud de los individuos, grupos y comunidades, por lo que es la investigación sociomédica la que le permite conocer los aspectos sociales en este proceso, así como en otras funciones que darán como resultado la organización y participación de dichos grupos, en acciones tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Desafortunadamente la función de investigación ha sido una de las funciones poco apoyadas dentro del ámbito institucional, en lo que a Trabajo Social se refiere, ya que la demanda inmediata en las instituciones da como hecho la necesidad de dar asistencia a la población atendida cubriendo a la par funciones administrativas, necesarias e indispensables para la propia institución "ha sido esta función (asistencia) la que ha venido ocupando el mayor esfuerzo y desarrollo del Trabajo Social. En muchas

³Rojas Soriano, Raúl. Op.Cit. pág.38

instituciones se le exige emplear más tiempo en cubrir las actividades de ésta, lo que de alguna manera lo limita en su quehacer profesional"²⁶

Aunado a ello la prevalencia en algunas instituciones de una reducida concepción del trabajador social como profesional capaz de desarrollar funciones a nivel superior, y cuya visión (por parte del equipo multidisciplinario) merma su capacidad de aprovechamiento e intervención crítica (obtención de elementos teórico-metodológicos en su formación) en la investigación, análisis e intervención en los problemas de salud, lo que le permitiría abordar los niveles administrativos del sistema de salud en las diferentes unidades operativas a fin de crear conciencia de una sistematización de las acciones y experiencias en la búsqueda de la especificidad, procurando su plena identificación como profesional integrante de un equipo de salud en la resolución de problemas que atañen a la salud en el bienestar integral de la sociedad.

²⁶ Teran trillo, Margarita.pág. 37

CAPITULO TERCERO

III. LA ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA DIABETICA EN EL INPER

3.1. EL Trabajo Social como parte del Equipo Médico en la Atención Integral de la Mujer con Embarazo de Alto Riesgo

3.2. Antecedentes de la Atención Médica a la Mujer Diabética Embarazada

3.3. Intervención del Trabajo Social con Mujeres Diabéticas Embarazadas

3.1 EL TRABAJO SOCIAL COMO PARTE DEL EQUIPO MEDICO EN LA ATENCION INTEGRAL DE LA MUJER CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

En un país como el nuestro en dónde se ha pugnado por mejorar la calidad de atención a la salud a nuestra población se ha visto que aún sigue siendo una prioridad la prevención del control prenatal, especialmente con mujeres con antecedentes de embarazo de alto riesgo, este hecho logra resaltar la carencia de los recursos para satisfacer a este grupo de la población en sus necesidades más básicas, así como de una preparación adecuada que las oriente ante el embarazo recibiendo una atención prenatal adecuada y oportuna.

Se ha definido que la perinatología tiene como finalidad estudiar todos aquellos factores biosicosociales que intervienen y que son determinantes durante el embarazo de una mujer, así como después de su resolución. A este respecto el Instituto Nacional de Perinatología a través de una intensa labor orienta sus objetivos a uno de los grandes problemas que se encuentra dentro de la salud materno-infantil que es la atención médica hacia un embarazo de alto riesgo, por lo que ha centrado sus esfuerzos en lograr su principal

objetivo "proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano" ²¹. Lógicamente este objetivo comprende a factores biológicos en la vida de la mujer embarazada que son determinantes en su salud.

Por lo consiguiente el Trabajo Social en el Instituto Nacional de Perinatología fundamenta su objetivo primordial "pretende una intervención científica a través de la investigación de los fenómenos sociales que intervienen en el proceso de la reproducción humana"²⁰, lo cual le ha permitido al profesional sistematizar funciones en el área de la Medicina Perinatal, tomando en cuenta que forma parte de el equipo de salud y que tiene a su cargo la responsabilidad de dar a conocer objetivamente el entorno social en que vive la paciente.

Las funciones específicas del trabajador social desempeña en el Instituto a través de su práctica diaria y que fueron definidas en la Segunda Reunión del INPer son las siguientes:

Investigación

a) Obtener información sistemática, confiable, que

²¹Castelazo Ayala.Op.Cit. pág.52.

²⁰González Solano, Patricia. MEMORIAS CURSO TRABAJO SOCIAL Y SU ACCION EN PERINATOLOGIA.INPer, México, 1985, pág.15.

permita la conformación de variables, que sirvan para estratificar socialmente a las pacientes, dentro del riesgo reproductivo.

b) Identificar y cuantificar las variables sociales que puedan describir, explicar, predecir y analizar el riesgo de algunas conductas reproductivas.

Enseñanza

pacientes:

a) proporcionar a las pacientes información adecuada respecto a los diferentes programas existentes y motivar la participación activa en los mismos.

b) establecer acciones de promoción para motivar y/o capacitar a las pacientes en la prevención, curación o rehabilitación dentro del proceso perinatal.

Profesional

a) propiciar el desarrollo del servicio de Trabajo Social buscando la superación personal y profesional.

b) conjuntar y capacitar recursos humanos a fin de lograr un personal de elevada calidad profesional que sea capaz de adiestrar a los diferentes profesionistas de la medicina, lo relacionado con la salud bio-psico-social del binomio madre-hijo.

Asistencia

a) Detectar fenómenos sociales (positivos o negativos) que influyan en el desarrollo del proceso perinatal.

Valorar la condición socioeconómica para:

- 1.- establecer cuota de recuperación
- 2.- aportar información necesaria para conocimiento de acciones médicas.
- 3.- proporcionar un manejo específico de Trabajo Social de acuerdo al fenómeno social detectado.

b) establecer información necesaria para con el personal profesional médico y administrativo, relacionado a los elementos de orden socio-económico y de dinámica familiar que se relaciona con el evento perinatal.

c) sistematizar la intervención del Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario institucional.

El Depto. de Trabajo Social del INPer se ha caracterizado por llevar a cabo investigaciones que le han permitido colaborar dentro del marco directivo de la Institución en la planeación y reorientación de programas, de tal manera que fortalezca los servicios que proporciona la Institución. sin embargo, el evitar un embarazo de alto riesgo todavía sigue siendo un problema médico social que persiste, aun cuando debería de constituir una de las principales metas de la salud

materno infantil, lamentablemente la prevención del evento reproductivo dentro de nuestra población sigue siendo ignorado por lo que la estructuración del manejo social que permitiera conocer de manera más particular y específica las características de las pacientes, dió como resultado la implementación de un manejo especializado para cada problemática concreta. Todo esto se ha manejado mediante el sistema de referencia y contrareferencia atendiendo a pacientes con embarazos de bajo, mediano y alto riesgo, dando cabida al trabajador social en la selección de criterios para la distribución de las pacientes de acuerdo al diagnóstico médico presentado, así como de la problemática social referida y determinante en el riesgo del embarazo.

Esta labor que Trabajo Social emprendió a partir de junio de 1991 ha llevado a una serie de logros y avances en el desarrollo y ejecución de los proyectos presentados por las trabajadoras sociales, los criterios utilizados permitieron detectar los problemas de salud que determinan el riesgo del embarazo. Entre los problemas de salud determinados como riesgo se encuentra el de la diabetes mellitus, cuya existencia ha tenido una especial atención dentro del Instituto. No siendo menos importante los demás problemas de salud detectados la diabetes es una de las patologías que por su frecuencia y complicaciones

durante el embarazo se ha hecho significativa ocupando uno de los primeros lugares dentro del cuadro de morbilidad en el estado grávido puerperal del INPer.

Por lo que a continuación se analizará la importancia que ha tenido esta enfermedad para el cuerpo médico del Instituto y cuyo riesgo elevado ha fundamentado una atención prioritaria en las diversas instituciones médico-asistenciales apoyada en los servicios para la población diabética.

3.2 ANTECEDENTES DE LA ATENCION MEDICA A LA DIABETICA EMBARAZADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

Entre las políticas de acción que establece el Programa Nacional de Salud 1984-1988, se encuentra como una de las prestaciones de los servicios de salud el de la Atención Materno-Infantil con carácter prioritario y la que comprende como una de sus acciones la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio "se promovera la Organización Institucional de Comites de Prevención de la mortalidad materna e infantil efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adaptar las medidas conducentes"³¹. En este sentido el Instituto ha tenido una gran intervención por reducir los índices de morbi-mortalidad, durante el estado grávido puerperal y en donde de acuerdo a morbilidad hospitalaria se encuentra entre los primeros lugares la diabetes mellitus "con un frecuencia de 442 casos, es decir, un 4.4 % del total de la población gineco-obstetrica"³², cuya existencia dentro del INPer ha llevado una línea de investigación debido a la importancia y preocupación por parte del equipo médico.

³¹Teran Trillo, Margarita. PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL DEL AREA DE LA SALUD, ENTS-UNAM. México, s/f. pág. 109.

³² Reyes Zapata, Hilda. ANUARIO ESTADISTICO 1990, INPer, México, 1990, pág 39.

por las diversas complicaciones materno-fetales que surgen en el proceso de gestación.

Muchas han sido las investigaciones que se han realizado en torno al control y tratamiento del padecimiento en el que específicamente el Departamento de Endocrinología del Instituto ha participado, teniendo a su cargo el análisis de casos a investigar de embarazos en mujeres con diabetes. La atención médica que se ha proporcionado a la embarazada diabética cuenta con un personal especializado que establece una serie de acciones médicas en beneficio de una adecuada y oportuna intervención en el problema de la paciente. La experiencia del manejo a este tipo de paciente ha establecido una correlación entre la morbimortalidad perinatal de hijos de mujeres diabéticas, con la glucemia materna durante la gestación, mostrando con ello que si se mantiene normal la glucemia de la mujer las complicaciones perinatales son semejantes a las de la población sana.

En base a lo anterior las medidas que el cuerpo médico implanta en el control de la diabetes son apoyadas por los diferentes servicios que brinda el Instituto, instrucción en la dieta preescrita así como de las determinaciones de glucemia en el embarazo "El manejo de la diabetes incluye el obstétrico y el

metabólico"³³ en cuyas consultas subsecuentes se insiste en dichos aspectos para el control adecuado de la enfermedad. Asimismo se ha determinado un seguimiento obstétrico de las pacientes, con el fin de decidir el momento y el modo de resolución del embarazo, ya que son las indicaciones obstétricas las que mayor peso de decisión tienen en el mismo, debido a los problemas que pudiera presentar la mujer aunado a la presencia de otra serie de riesgos como el descontrol glucémico severo y prolongado así como y de forma muy importante un producto macrosómico que pone en peligro la vida de la madre y/o feto.

En cuanto a los aspectos médicos, se refiere, el Trabajo Social en colaboración con el departamento de Psicología marcan una pauta importante en el reforzamiento de indicaciones desde el inicio de la asistencia por primera vez a la consulta hasta el fin de la gestación, ya que el hecho de llevar a cabo un control de la glucemia así como de una dieta específica implica la participación familiar de la embarazada y de los problemas que pudiera influir en éste tratamiento, por lo que cuando las pacientes acuden a estos servicios se da un manejo social que señale si la madre está cumpliendo con las indicaciones médicas y de no ser así

³³ Karchmer, Samuel. TEMAS SELECTOS EN REPRODUCCION HUMANA. INPer, México, 1989. pág. 307.

establecer comunicación con los demás miembros del equipo de salud para dar a conocer el factor negativo que afecta el tratamiento de la paciente.

Siendo un indicador de mayor importancia el control de la glucemia en el tratamiento de la mujer diabética, el equipo médico ha hecho hincapié en esta serie de investigaciones que al respecto han revelado la importancia de llevar un control prenatal tanto desde el punto de vista obstétrico como metabólico, como factor fundamental en el resultado del evento gestacional llevando a un consenso general el concepto que actualmente se tiene con respecto a el manejo de la diabética y en el que desde una perspectiva muy amplia el trabajador social tiene una tarea en sus niveles preventivos hacia el control prenatal precedido de un esquema operativo en los otros niveles de atención.

La experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología en el manejo y tratamiento de la mujer diabética embarazada se ha cifrado en el esfuerzo conjunto de los profesionales de la salud por alcanzar el bienestar integral de la misma, prueba de ello lo es la intervención de la trabajadora social en coordinación con otros servicios del área de consulta externa, con la creación de las Clínicas de Pacientes Embarazadas Diabéticas, logrando proyectar algunos factores que inciden en el tratamiento de la paciente,

asumiendo el papel de investigador en dicha problemática y de sus posibles soluciones. Por lo que en el siguiente apartado de este capítulo se analiza con mayor profundidad dicha intervención en el problema específico de la diabetes mellitus.

3.3. INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL CON MUJERES DIABETICAS EMBARAZADAS

El antecedente histórico con que cuenta el Depto. de Trabajo Social en su objetivo de conocer de manera más específica las características de las pacientes que atiende el INPer; se remonta en la función misma de la Institución teniendo a su cargo la identificación de riesgo en pacientes embarazadas que asisten por primera vez, lo cual se ha logrado mediante un sistema de criterios de evaluación que indican una atención especial a este tipo de pacientes.

La unificación de criterios de evaluación en la selección de pacientes con alto riesgo ha sido el peldaño sobre el que se fijaron las bases en la estructuración de un manejo social especializado por parte del servicio de Trabajo Social de Consulta Externa dentro de su ámbito asistencial, el cual le ha permitido profundizar en los casos específicos que las mujeres presentan o se detectan al momento de ingresar a la Institución. El objetivo de la entrevista que la trabajadora social realiza en consulta externa es proporcionar información verídica y oportuna que logre resaltar la problemática que en su caso particular presente la paciente, así como de su asignación a la Clínica correspondiente para su posterior manejo médico

y social.

Es importante indicar que no sólo es a través del servicio de consulta externa la canalización de pacientes a las diferentes clínicas, sino que en colaboración del servicio de Hospitalización (alojamiento conjunto) y de Urgencias, la coordinación de actividades ha tenido logros importantes en la ubicación y atención de pacientes, conjuntando su participación en el objetivo promordial del Departamento.

La atención especializada que brinda el equipo de trabajo social para un manejo específico hacia la población atendida se integro de la siguiente manera:

- A) Clínica e Pacientes Embarazadas con Diabetes Mellitus
- B) Clínica de Pacientes con Esterilidad
- C) Clínica de Pacientes Embarazadas producto de Abuso Sexual
- D) Clínica de Pacientes Embarazadas Adolescentes
- E) Clínica de Pacientes Embarazadas portadoras de VIH+

La temática de cada una de las clínicas ha representado para el trabajador social un reto en su abordaje debido a las diversas causas que presenta el fenómeno en particular, pero por ser el tema que ocupa la investigación se abordará especialmente la Clínica de Mujeres Embarazadas Diabéticas y la metodología

empleada para el manejo de esta paciente.

Los objetivos específicos de la clínica se basan en la identificación de variables sociales que se encuentran relacionadas con el proceso reproductivo de las pacientes diabéticas, así como la motivación y sensibilización a la misma a través de su orientación e información para el logro de la educación médica durante su seguimiento. La derivación de las pacientes a la clínica se realiza por medio de los servicios de Consulta Externa subsecuente, Urgencias, Hospitalización y otros servicios del INPer. Aquí cabe mencionar que el servicio de hospitalización ha logrado captar a estas pacientes, debido a los constantes internamientos que sufre la paciente generalmente por descompensaciones metabólicas.

Las metas propuestas por la clínica para el manejo asistencial de la diabética abarcaron a un 90% de la población que acude a consulta externa subsecuente, sin embargo y debido a las causas anteriores ya señaladas, dichas metas se han visto interferidas de manera directa con la inasistencia de las pacientes a las citas programadas en el servicio de Consulta externa influyendo en el porcentaje de asistencia planeado y por ende en la reducción en el mismo.

En cuanto a los procedimientos que se abordaron para

la clínica se utilizó la metodología tradicional de casos con la finalidad de individualizar la asistencia a la paciente que requiere de un manejo social. En éste se lleva a cabo la aplicación del cuestionario como instrumento de investigación además de contar con el Estudio Social Inicial, los informes diarios y mensuales, expedientes clínicos, así como de un diario de gabinete, cronograma y flujograma de actividades. En cuanto a técnicas se emplea la entrevista estructurada y no estructurada, la observación directa e indirecta, así como la visita domiciliaria cuando el caso lo requiera.

Cabe mencionar que dada la experiencia adquirida durante la prestación del Servicio Social (por parte de la tesisista y concluido éste en diciembre de 1991) se pudo observar que en el manejo social el seguimiento de caso de la paciente diabética ha tenido una serie de dificultades para establecer una programación consecutiva en sus entrevistas, lo cual ha reflejado que el manejo de caso no se ha realizado en su totalidad, aunado a los casos en que la paciente sufre recaídas, pues es un factor que interviene en su manejo de consulta externa.

El flujograma de la clínica de diabetes representa las bases consecutivas en que se desarrolló la investigación e intervención de la trabajadora social

responsable de la misma, aborda en su primera etapa una entrevista para corroborar la información del problema referido. En una segunda etapa o entrevista se lleva a cabo un manejo social en coordinación con los servicios de apoyo para el tratamiento médico y social del padecimiento, posteriormente el flujograma indica un seguimiento de caso mediante una tercera entrevista con el objetivo de aplicar el instrumento de investigación o cuestionario. Con respecto a este instrumento, una de las actividades asignadas durante el Servicio Social fue la revisión del cuestionario piloto que implicó la corrección y búsqueda de conceptos que dieran una mayor objetividad a las preguntas, para que una vez concluida su revisión se aplicara en el servicio de consulta externa programada u otro servicio como hospitalización, en este último se recopiló la mayor parte de la información, obteniendo su complementación para un mayor conocimiento del caso, por medio de los expedientes clínicos con que cuentan las pacientes. El seguimiento de caso está dado en función de una valoración en la última entrevista, en la que se proporciona información y orientación de trámites para su hospitalización así como de una recanalización del caso.

Las funciones y actividades que la trabajadora

social realizar son en base a:

- 1) orientar a las pacientes sobre lo que implica una embarazo diabético.
- 2) motivar a la pareja a hacer uso de los diferentes servicios de apoyo que proporciona el INPer en su tratamiento.
- 3) informa de los programas educativos de manera adecuada y oportuna.
- 4) investiga las variables que afectan la continuación del tratamiento médico prescrito.
- 5) sensibiliza acerca de la necesidad de colaborar activamente con el equipo de trabajo de los demás servicios para el manejo de caso.

Dentro de estas actividades se encuentra el desarrollo de los puntos contenidos en una guía de marco teórico, otorgada por la trabajadora social responsable que lleva implícita la elaboración de una justificación de la investigación. Por lo que se pudo observar un desfásamiento de la investigación ya que la estructuración de indicadores y operacionalización de variables para la búsqueda de información, se realizarán posteriormente a la aplicación del instrumento.

Los logros y avances de la investigación son supervisados en forma directa e indirecta a través de la información brindada por la trabajadora social en

forma periódica de acuerdo a las necesidades presentadas por el proyecto. La evaluación de las actividades también se realiza periódicamente en el lapso comprendido para la investigación, de acuerdo a el objetivo planteado, y cuyos resultados obtenidos por el Departamento de Trabajo Social son presentados en la Reuniones Anuales que el Instituto organiza cada año con la finalidad de presentar la labor realizada durante ese año. Por lo que la intervención de Trabajo Social ha implicado un esfuerzo continuo por conocer la situación real que afecta a esta paciente y que interfiere negativamente en su salud integral.

De éste análisis se desprende la importancia que tiene la investigación en la problemática de la mujer embarazada y lo importante que representa el contenido de todos y cada una de las etapas que implica un diseño de investigación, ya que si no se le da la debida importancia en cualquiera de sus aspectos podría carecer de científicidad y caer en una investigación empírica que conduzca a una subjetividad del problema estudiado.

C A P I T U L O C U A R T O

IV. ESTUDIO SOBRE LOS FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DE LA PACIENTE DIABETICA EMBARAZADA

4.1. Factores Sociales de la Paciente Diabética Embarazada

4.1.1 Ambito social de la mujer embarazada diabética

4.1.2 Situación económica de la mujer embarazada
diabética

4.1.3 Contexto familiar de la mujer embarazada
diabética

4.2. Metodología de la investigación

4.2.1 Planteamiento del problema

4.2.2 Objetivos de la Investigación

4.2.3 Operacionalización de hipótesis

4.3. Técnicas e instrumentos para Recolectar la Información

4.3.1 Selección de la muestra

4.3.2 Aplicación del Instrumento de Investigación

4.4. Análisis de los Resultados

4.4.1 Discusión de los resultados

4.1 FACTORES SOCIALES DE LA PACIENTE DIABETICA EMBARAZADA

4.1.1. Ambito Social de la Mujer Diabética Embarazada

En enfermedades crónicas como lo es la diabetes son frecuentes los problemas de orden psicosocial, existen manifestaciones de conflictos o incongruencias sociales a los cuáles se enfrenta la mujer cuando padece dicha enfermedad y aun más cuando se sabe embarazada. En esta situación la vida de la mujer diabética se ve alterada y no tanto por la enfermedad, cuando la ha padecido por años, sino por lo que supone que le pueda pasar a ella y al feto, así como de diversos temores que no se atreve a definir.

La condición social que adquiere la mujer diabética inicia cuando se le diagnostica por primera vez el padecimiento, los conocimientos que hasta el momento tenga acerca de ella la condicionan a valorar la importancia de la enfermedad, su interpretación hacia una nueva situación que influya en su futura actividad, así como el tratamiento que inicie para el control de la misma. Estudios psicológicos como lo reportados por la Dra. Ana Freud y los descubrimientos

de Judas And Falstein en diabéticos juveniles, nos señalan que generalmente existe una etapa de negación por parte de la paciente, en la que recurre a todo tipo de opiniones que la conducen ya sea al uso de remedios caseros o a reconocer que requiere esto depende del grado de aceptación de la enfermedad, de una atención médica inmediata "la atención de los pacientes de diversas costumbres, antecedentes culturales y étnicos, siempre será fuente potencial de problemas en cuanto a la comunicación, comprensión del problema, aceptación de un plan de tratamiento" ³³

El padecimiento de una enfermedad como la diabetes lleva a la mujer embarazada a sufrir trastornos adaptativos, uno de ellos y que es muy común en el enfermo crónico es la depresión, este trastorno se agudiza cuando no recibe un tratamiento adecuado en el que se halla valorado la gravedad del mismo, originando otros síntomas depresivos que influyen en la capacidad física de la diabética como se puede observar en el siguiente cuadro:

³³González Soriano, Cristina. DIABETES MELLITUS, Tesis, México. 1988.

Síntomas Depresivos en el Enfermo Crónico. INN 1992

Cambios de apetito(falta o exceso)	Insomnio o Hipersomnio
Agitación o retardo psicomotor	Pérdida de interes o placer por las actividades habituales falta del libido
Incapacidad para pensar	Pensamientos relacionados muerte, ideas suicidas

FUENTE Dr. S. Rocha. "Requerimientos de educación en la diabetes" en Curso Integral de Diabetes Mellitus, México, INN, 1992

Dentro de este cuadro cabe mencionar la influencia que tiene las actividades que realiza la mujer en relación a la adaptación del padecimiento para la satisfacción de su capacidad en la función de reproducción humana, ya que la actividad sexual de la diabética se ve ampliamente repercutida por uno de estos síntomas depresivos y por tanto un factor de gran importancia en las relaciones interpersonales de disfunción familiar.

Como ya se menciona la adaptación hacia una enfermedad prolongada conlleva a diversos conflictos de tipo social, por lo que se han identificado cinco etapas por las cuales pasa una mujer diabética y cuya situación se torna aún más difícil cuando hay un embarazo de por medio, dichas etapas se conforman de la siguiente manera:

1. Etapa de experiencia sintomática
 - a. síntomas reconocidos
 - b. interpretación en cuanto a gravedad
 - c. diversos grados de preocupación
2. Etapa de busca de alivio
 - a. busca alivio por medio de informes y consejos entre la familia, amigos y personas no profesionales.
3. Etapa de contacto médico
 - a. busca atención médica para su diagnóstico y tratamiento.
4. Etapa dependiente
 - a. cuando la paciente ha caído en manos del médico ante prerrogativas y decisiones.
5. Etapa de rehabilitación
 - a. trata de volver al individuo a su funcionamiento

Estas etapas connotan una doble importancia al influir en la vida de la mujer, ya que si bien para

ella el embarazo significa, independientemente si éste fue planeado o no, un reajuste de los roles y patrones de conducta, así como cambios emocionales y físicos, el hecho de padecer diabetes la conducirá a percibir el embarazo como una amenaza en la salud de ella y del producto, lo cual representará necesariamente una estrecha y constante vigilancia médica en la que el éxito del tratamiento, el que lleva implícito la educación de la paciente en el conocimiento y sensibilización de la enfermedad para superar las complicaciones que se puedan presentar en el desarrollo de su gestación.

De lo anterior se puede observar una clara identificación de cambios en la conducta de la mujer así como de las reacciones familiares que se pueden presentar en la atención del problema, esto a su vez ofrece un panorama general de lo que significara para la familia el costo económico que implica dicha atención y por tanto el apoyo que tenga la embarazada diabética para el control de su tratamiento.

Por lo que este último factor de orden económico-social se ha considerado importante por ser causa de descontrol diabético afectando el bienestar social de la mujer.

4.1.2. Situación Económica de la Madre Embarazada Diabética

La crisis económica que actualmente vive nuestro país agrava la carga de responsabilidades familiares y sociales de la mujer, en donde hoy en día asume una multiplicidad de funciones conllevando a un desgaste y deterioro de su capacidad física y mental, y aún más complicado esta situación si cursa un embarazo.

Desde este punto de vista la salud de la mujer esta determinada por la clase social a la que pertenece, ya que el tipo de enfermedad que padezca como su posible prevención y rehabilitación depende principalmente de su acceso a los servicios de salud.

La doble participación que la mujer ha tenido en el ámbito económico y social le ha condicionado como reproductora de la mano de obra al mismo tiempo que productora de bienes y servicios. Los indicadores utilizados para medir las actividades económicas no toman en cuenta la situación real que ha vivido la mujer durante mucho tiempo y que actualmente se ve agudizada por el gran número de mujeres que están asumiendo solas el rol de proveedor económico, ya sea por desempleo o por ausencia del hombre y aunado a ello la realización del trabajo doméstico que reconoce los riesgos y desgastes en la salud de la mujer.

Ahora bien existen factores de índole cultural y educativo que determinan las formas de participación económica de la mujer, y en el caso de la educación, la cual determina la entrada al mercado laboral, tiene un carácter específico muy relacionado con los niveles de salud, incluyendo la salud reproductiva, ya que esta última, y de gran importancia para la vida social de la mujer, depende en gran medida de su conocimiento y concientización en la planeación de un embarazo y por tanto las posibilidades económicas para su solvencia.

En el caso de la mujer embarazada los esfuerzos realizados para buscar paliativos en la atención prenatal, han tenido poco impacto debido a los recursos insuficientes y por tanto el problema subsiste. Es necesario reafirmar que la prevención en la atención prenatal de la mujer, dará la oportunidad de minimizar los factores de riesgo y complicaciones en el embarazo, como lo es la diabetes como causa, y una de las principales de mortalidad materno-infantil.

Como hemos señalado la mujer embarazada diabética exige un largo periodo de vigilancia médica, en el que debe de sujetarse a un programa que requiera de consultas prenatales frecuentes, cumplimiento estricto de la dieta y que esta a su vez compagine con el horario de trabajo, en el caso de que la mujer dependa de un patrón con un horario establecido, cuantificación

casi compulsiva de glucemia por la misma paciente, vigilancia total intensiva, hospitalizaciones continuas (originadas por descompensaciones metabólicas) así como múltiples estudios de laboratorio.

Lo anterior implica la destinación de recursos económicos para el cumplimiento del tratamiento médico, sin embargo éste se ve afectado por la condición económica y social en que se encuentra la mujer, y que le da acceso a dichos servicios, pero esta accesibilidad no sólo se puede concebir en términos de un área geográfica, ya que un estudio realizado por PRONAMUSA en 1985 en el Hospital de la Mujer, ubicado aquí en la ciudad de México, reportó que el 80% de las mujeres que había resuelto su parto ahí, no había tenido ninguna consulta prenatal, y a esto había que aunar si existió alguna complicación o enfermedad asociada al embarazo, como el caso de la diabetes que repercute de manera importante en el desarrollo y término del mismo, sobre todo si no se llevó a cabo un control al inicio y término de éste.

Por ejemplo las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas que representa un embarazo diabético indican un costo en la atención inmediata necesaria para la paciente, esta situación puede originar angustia en la misma y su familia, por un lado el hecho

de incorporarse a la actividad económica le ha afectado en su estabilidad emocional (diabetes implica una pérdida de interés y capacidad laboral) al no poder brindar a su familia lo necesario, siendo más grave esta situación al no contar con la aportación económica del hombre, y por el otro lado los paliativos de abastecimiento no cubren las necesidades alimenticias en la repartición, en donde lo correspondiente a la mujer lo destina a su familia.

Otro factor que incide de manera importante en la prevención de complicaciones de la diabetes en el embarazo manifestado muy frecuentemente en mujeres añasas, es la opción de utilizar métodos anticonceptivos, en donde nuevamente la condición económico-social en que se encuentre le va a dar acceso a este servicio y de manera efectiva representaría una medida en el caso de un embarazo no deseado con complicaciones diabéticas, siempre y cuando se cumpla con un total acceso a los métodos de planificación familiar tomando en cuenta las demandas y "sentir" de la mujer.

Es así como podrían seguir señalándose otro tipo de enfermedades que sufre la mujer en relación a su actividad económica, como lo es el caso de las costureras, sin embargo se ha ponderado la importancia de considerar otros aspectos frente a su salud como el

contexto familiar en que la mujer embarazada diabética se encuentra a partir de su relación con cada uno de los miembros de su núcleo familiar en lo referente al apoyo y comprensión de su padecimiento.

4.1.3 Contexto Familiar de la Mujer Diabética Embarazada

Para hablar de la función que cumple la mujer dentro de la familia en nuestra sociedad, de entrada se señalan las pautas culturales que con su definición y conservación de funciones por sexo, reafirman las limitaciones al desarrollo femenino estableciendo patrones de relación y de poder entre mujer y hombre.

Como ya señalamos en el inciso anterior el papel que la mujer ha tenido que desempeñar en los últimos años le ha conferido una doble participación en el ámbito económico y social, esta situación que ha repercutido de manera importante en su salud tiene efectos colaterales, afectando directamente a su núcleo familiar y por tanto las relaciones interpersonales de cada uno de los miembros, en el que los hijos a su vez cumplen con otras funciones de manutención como proveedores económicos en menor escala, ó en el caso de la hija a la que se le asigna la función de ama de casa realizando tareas propias de su condición socio-cultural.

De lo anterior se desprende que si bien las funciones que alternadamente realiza la mujer dentro de su familia afectan la dinámica de ésta, la presencia de una enfermedad prolongada modifica el tipo de vida de cada uno de los integrantes en el que habrá de modificar metas, creencias, intereses, contacto con la sociedad, así como el cambio de funciones y roles.

Si en la familia es la mujer quién padece una enfermedad crónica, los efectos sobre la misma son aún mayores, ya que su capacidad física y mental se ve deteriorada con el tiempo, esto es de acuerdo al tipo de complicación que lleve consigo el padecimiento y su actividad cotidiana hacia su familia y hacia ella misma cambia, exigiendo una atención médica en la que la participación familiar esta dada en función de la comprensión y forma de enfrentar la enfermedad.

Ahora bien si se habla de una mujer con diabetes , la perspectiva familiar varía en el sentido del grado de conocimiento e interpretación de gravedad y preocupación hacia el padecimiento ya que como se mencionó anteriormente la atención en el tratamiento que requiere una mujer diabética depende en gran medida de factores socio-culturales para reconocer que las complicaciones de dicha enfermedad pueden ser menores si se aplican las medidas necesarias en el inicio y desarrollo de éste.

El factor cultural implica una serie de determinantes en el tratamiento de la mujer diabética y esta dado en función de las costumbres y hábitos de la familia, por ejemplo la creencia que existe de que su tratamiento a bases de insulina la deja "ciega" esto es motivo para suspender el mismo, así como otros factores concomitantes como los hábitos que influyen en la realización de una dieta " muchas ocasiones es preciso adaptar las pautas terapéuticas a los horarios laborales"³⁴, como lo hemos señalado cuando ésta tiene una vida económicamente activa.

Se ha visto que si existen alteraciones en la dinámica de la familia de una mujer diabética, existe la posibilidad de cambios en la conducta de los miembros, lo cuál puede llegar a agudizarse si existe la presencia de un embarazo en el que se puede crear dependencia por parte de la mujer ya que si esta tiene la iniciativa de seguir un tratamiento en el desarrollo de su embarazo deberá contar con la colaboración y participación de su familia tanto en el aspecto económico como moral.

Una mujer diabética que ha padecido por años la enfermedad ha tenido de alguna manera una experiencia en el uso y manejo de medicamentos, así como de sus

³⁴Rodriguez, J. Salvador, Embarazo, Obesidad, edit. Arla, México, 1990, pág.101.

posibles complicaciones en caso de un embarazo, sin embargo la situación varía cuando la mujer embarazada se le ha diagnosticado por primera vez la enfermedad, ó en el caso muy específico de una diabetes gestacional. Pero esto no significa no tomar en cuenta el tiempo de evolución de la diabetes y sus subsecuentes complicaciones, sino precisamente por esta razón, las complicaciones que llega a tener una mujer en edad fértil pueden ser menores a las de una mujer añosa y en este aspecto es importante señalar que si un adecuado control al inicio de un embarazo indica obtener resultados favorables en la resolución del mismo, también lo es la concientización por parte de la mujer en relación a la planeación de un embarazo, y sobre todo de un embarazo en edad tardía.

Aquí se encuentra implícito un factor de índole cultural en relación al establecimiento entre la mujer y el hombre en relación a la función de reproducción humana, independientemente de la existencia de un problema económico o de salud en función a la condición social que tiene la mujer en nuestra sociedad.

A este respecto la familia tiene una gran influencia para que la embarazada diabética establezca un ambiente de confianza, seguridad para la realización de sus actividades así como de su tratamiento. En este sentido la profesión de Trabajo Social tiene una amplia

participación cuando en dicho ambiente existen factores negativos que estén influenciando en el seguimiento médico, así como de factores psicosociales que propician una disfunción familiar. La atención integral que debe proporcionarse a la madre embarazada diabética requiere de todo un equipo médico-social que actúe objetivamente en la problemática de la mujer, ya que como unidad biopsicosocial esta representa en una familia la integración de la misma, así como de posibles conductas de cada miembro familiar.

Es así como podemos señalar que las funciones básicas de la familia tales como seguridad, afectó, sustento económico y un equilibrio en vida sexual "uno de los síntomas de depresión en la paciente diabética es la falta de libido"²⁹ se ven afectados cuando se presenta la enfermedad de la diabetes.

²⁹Rocha, S. REQUERIMIENTOS DE EDUCACION EN LA DIABETES. INN, México, 1992, pág. 13.

4.2 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.2.1. Planteamiento Problema

El embarazo aun cuando es un proceso normal va acompañado de riesgos para la madre y el recién nacido. La situación clínica que se crea cuando el embarazo se complica por la aparición o existencia de alguna enfermedad es atención especializada por las consecuencias que pueda tener sobre el desarrollo del feto, del recién nacido y más de la mujer originando con ello altos índices de mortalidad y mortalidad materna y neonatal.

Lo anterior justifica la existencia de programas de protección y fomento a la salud de la embarazada y del feto, en donde la salud de ambos crea una dependencia muy estrecha entre y el ámbito que los rodea, en este sentido el contexto familiar repercute en la forma de como la mujer lleve su embarazo y las condiciones en el que evolucione el mismo, razón por la cual los problemas de la maternidad y la infancia no pueden separarse ni dejar de considerarse sociales.

Tal es el caso de la diabetes mellitus como una de las enfermedades indirectas del embarazo y causa de mortalidad y morbilidad materna e infantil en nuestro país, por tanto constituye un problema de salud pública

de gran magnitud; pues factores tales como la condición económica, el nivel cultural y el apoyo familiar hacia la paciente diabética hacen imperiosa la necesidad de intervenir multidisciplinariamente en el tratamiento del padecimiento.

En tal sentido y en relación a la enfermedad que nos ocupa es de interés fundamental conocer e intervenir en los factores sociales que influyen en el tratamiento de la mujer diabética embarazada, paciente del Instituto Nacional de Perinatología.

La importancia de la atención médica y social a la mujeres diabéticas le ha conferido a el trabajador social su valiosa intervención como profesional, pues aun cuando el Trabajo Social ha sido tradicionalmente de apoyo al tratamiento médico su labor no se restringe unicamente en la intervención curativa o de rehabilitación de problemas de salud, sino de manera muy importante procura prevenir y orientar a la población sobre los efectos de los factores, en el cuidado de su enfermedad y en el que muy específicamente las complicaciones de la diabetes en el embarazo repercuten en el bienestar de la mujer y su influencia en el contexto familiar de la misma.

4.2.2. Objetivos

GENERAL

Identificar las condiciones sociales en que se encuentra la mujer diabética embarazada y que influye en su tratamiento médico-social, con el fin de elaborar una propuesta metodológica de intervención del Trabajo Social que fortalezca la participación activa de la paciente y su familia en dicho tratamiento.

ESPECIFICOS

- Conocer los factores económicos, sociales, y familiares, que intervienen en el seguimiento del tratamiento médico de la embarazada diabética durante la evolución de su embarazo.
- Destacar el factor que incide frecuentemente en el tratamiento de la madre diabética.
- Conocer el tipo de apoyo que brinda la familia de la paciente en el curso de su tratamiento médico.
- Investigar el nivel de conocimiento de la mujer diabética y su familia con respecto a la enfermedad.
- Elaborar un programa de Trabajo Social para pacientes con un embarazo diabético.

4.2.3. Operacionalización de Hipótesis

HIPOTESIS GENERAL

Los Factores Sociales son Determinantes para Lograr un Tratamiento Integral de la Mujer Embarazada Diabética.

HIPOTESIS ESPECIFICAS

- El ingreso económico familiar de la paciente diabética es el factor que con mayor frecuencia afecta la continuidad del tratamiento.
- El apoyo familiar que recibe la paciente influye en el tratamiento médico-social en el control del padecimiento.
- El nivel de conocimiento de la paciente diabética embarazada con respecto a las causas y consecuencias de su embarazo, repercutirá en la toma de medidas preventivas para la planeación de un nuevo embarazo.

4.2.3.1. Identificación de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

Los Factores Sociales

VARIABLE DEPENDIENTE

El Tratamiento Integral de la Mujer Embarazada Diabética

4.2.3.2. Definición Operacional de Variables

a) Variable Independiente

Para fines de esta investigación se entenderá a los Factores Sociales como el conjunto de elementos de orden familiar, económico, psicológico y cultural que describen las relaciones interpersonales, la administración de egresos e ingresos del hogar, así como las actitudes y hábitos de los miembros del núcleo familiar de una mujer embarazada diabética.

b) Variable Dependiente

Para fines de esta investigación se entenderá a el Tratamiento Integral de la Mujer Embarazada Diabética como el conjunto de medidas terapéuticas y sociales empleadas para el completo seguimiento Médico-Social de una Mujer Embarazada Diabética.

4.2.3.3. Indicadores. Indices

Variable Independiente

1. Los Factores Sociales

INDICADORES

Estructura Familiar

1.1 composición familiar

1.2 dinámica familiar

1.3 funciones naturales

Condiciones Económicas

1.4 condiciones laborales de la paciente

1.5 desempeño del rol económico

1.6 ingreso económico

1.7 asignación económica en el tratamiento de la
paciente

1.8 prestaciones sociales

Aspectos Culturales

1.9 educación

- 1.10 vivienda
- 1.11 alimentación
- 1.12 nivel de conocimiento de la diabetes
- 1.13 control de la natalidad

INDICES

- 1.1.1 tipo de familia
- 1.1.2 número de miembros familiares
- 1.1.3 ciclo vital de la familia
- 1.2.1 relaciones interpersonales
- 1.2.2 integración familiar
- 1.2.3 número de hospitalizaciones
- 1.2.4 influencia económico y social de la diabetes hacia la paciente y su familia
- 1.3.1 participación de la paciente en los roles de la familia
- 1.3.2 alteración en la vida sexual de la paciente
- 1.3.3 estabilidad emocional y afectiva ante el diagnóstico de la paciente
- 1.3.4 tipo de apoyo brindado a la paciente en su tratamiento y embarazo
- 1.3.5 alteración de la relaciones humanas
- 1.3.6 participación de la familia en el tratamiento integral de la paciente
- 1.3.7 influencia social en la vida de la paciente
- 1.4.1 ocupación de la paciente

- 1.4.2 tipo de empleo
- 1.5.1 número de personas que contribuyen al ingreso mensual
- 1.5.2 principal proveedor económico
- 1.6.1 monto de ingreso familiar
- 1.6.2 impacto económico por el tratamiento de la paciente
- 1.7.1 ingreso específico destinado al tratamiento de la paciente
- 1.8.1 tipo de servicio al que acude la paciente
- 1.9.1 escolaridad de la paciente
- 1.10.1 tipo de vivienda
- 1.10.2 estado actual de la vivienda
- 1.10.3 distribución y servicios con que cuenta la vivienda
- 1.11.1 frecuencia de ingestión de la dieta
- 1.11.2 influencia de la dieta en la alimentación general de la familia
- 1.11.3 importancia para la paciente de realizar su dieta
- 1.11.4 complementación alimenticia
- 1.12.1 tipo de diabetes de la paciente
- 1.12.2 tiempo de evolución de la enfermedad
- 1.12.3 participación en actividades en el uso y manejo del padecimiento
- 1.13.1 conocimiento de métodos anticonceptivos

- 1.13.2 utilización de métodos anticonceptivos
- 1.13.3 planeación del embarazo actual
- 1.13.4 conciencia de la paciente en la perspectiva de un nuevo embarazo

Variable Dependiente

2.El Tratamiento Integral de la Mujer Embarazada Diabética

INDICADORES

Atención Médico-Social

- 2.1 medidas relacionadas con la enfermedad
- 2.2 participación familiar en el tratamiento de la paciente

Intervención de Trabajo Social del INPer

- 2.3 abordaje de Trabajo Social con la paciente diabética

INDICES

- 2.1.1 atención oportuna del embarazo actual
- 2.1.2 problemas originados por las medidas terapéuticas de la diabetes
- 2.1.3 antecedentes obstétricos de la paciente
- 2.1.4 complicaciones en el embarazo actual por la diabetes
- 2.2.1 participación familiar en el tratamiento médico al inicio del embarazo
- 2.2.2 medidas preventivas familiares en relación a la

diabetes

2.3.1 tiempo de ingreso por primera vez al INPer

2.3.2 información de la existencia de la clínica

2.3.3 canalización a los servicios que brinda el INPer

4.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

Los procedimientos que permitieron obtener la captación de datos, y utilizados de acuerdo a las hipótesis planteadas durante el trabajo científico, fueron la entrevista estructurada como técnica principal de análisis de los resultados del problema en estudio. Esta técnica permitió obtener resultados concretos y confiables, así mismo se hizo uso de la observación como técnica complementaria en la entrevista ya que al término de la misma se anotaron aquellos datos que aportaron información global de la paciente durante la entrevista y de su actitud hacia su padecimiento.

Debido a la ausencia de pacientes en citas programadas para la entrevista dentro del Instituto, la visita domiciliaria fue otro recurso técnico utilizado, ésta permitió una mejor observación de las condiciones sociales de la paciente, aunado a un ambiente de mayor confiabilidad hacia la paciente contribuyó también a completar el número de casos seleccionados.

Para el registro de datos fue utilizada la Cédula de Investigación como principal instrumento de trabajo, la cual fue diseñada con capitulados de preguntas cerradas (95%) y abiertas (5%), las cuáles fueron registradas de

acuerdo a el concepto y a un Código elaborado en el Instructivo para la Cédula.

La consulta y el manejo del Expediente Clínico como fuente de información sirvió como instrumento de recolección y como evidencia del curso de la enfermedad, permitiendo revisar, estudiar, y evaluar la evolución del embarazo de la paciente diabética, se observo que los problemas ginecológicos son un antecedente de gran importancia en el estado actual de la paciente. Cabe señalar que el Expediente Clínico es un medio de comunicación, así como un documento formal que incluye actitudes y conocimientos del paciente, y del personal multidisciplinario, por lo que se hizo necesario recurrir a la investigación de conceptos y terminologías terapéuticas utilizadas por médicos y para lo cuál la ayuda y experiencia de las trabajadoras sociales del INPer fue de gran utilidad en el mejor análisis de la situación socio-médica de la paciente diabética.

De esta manera se utilizaron las técnicas e instrumentos que permitieron obtener información con el fin de analizar la problemática de estudio y cuya selección fue en base a la operacionalización de las hipótesis y de las necesidades surgidas en el desarrollo de la propia investigación con el objeto de alcanzar lo establecido.

4.3.1 Selección de la muestra

El presente trabajo es una investigación de tipo descriptiva en donde la población en estudio fueron mujeres diabéticas embarazadas que ingresaron durante el período de enero a junio de 1993 y cuyo registro las identificó como pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. Se registraron 115 casos de los cuales se seleccionaron 50 casos de pacientes que se encontraran al inicio ó término de su gestación y que presentarán el diagnóstico confirmado de diabetes mellitus con más de un año de evolución de la enfermedad, dicho criterio se utilizó debido a que dichas pacientes cuentan con una experiencia en el manejo del padecimiento en comparación a las que inician un manejo terapéutico de la diabetes.

En cuanto a la edad de las pacientes no se consideró una edad específica, debido a que el tipo de diabetes que presentará, las pacientes incluye tanto a mujeres en edad reproductiva (20-35 años), es decir, el tipo de diabetes II ó juvenil, como a mujeres con mayor riesgo reproductivo (más de 35 años) diabetes tipo I ó adulta, éste último factor es un elemento de mayor riesgo de aparición de diabetes en mujeres multíparas.

4.3.2 Aplicación del Instrumento de Investigación

El instrumento de captación de datos, es decir la cédula de investigación, se aplicó inicialmente en forma piloto con un total de 10 cédulas aplicadas en el INPer a pacientes embarazadas con diabetes mellitus o que presentarían diabetes gestacional lo que dio paso a valorar la necesidad de realizar correcciones y observaciones, principalmente en su conceptualización, para una mejor comprensión de la misma. Una vez realizados los ajustes necesarios se reelaboró la cédula que se aplicó al 100% de la muestra.

Inicialmente la cédula se aplicó dentro del Instituto específicamente en el área de Hospitalización, debido a que las pacientes sufren constantemente recaídas, y por tanto ingresan a dicho servicio. Posteriormente la cédula se aplicó en el Servicio de Consulta Externa en el área de Trabajo Social con la programación de citas previas por teléfono, sin embargo en algunos casos no fue posible aplicarla ya que hubo ausencia de pacientes a dichas citas, por lo que surgió la necesidad de verificar y localizar por medio de sus Expedientes Clínicos y revisión a través del sistema de computo del Instituto de los domicilios de dichas pacientes, cuyo resultado no cumplió del todo dicha necesidad, pues el cambio de domicilios ó domicilios falsos influyeron en el

objetivo pretendido. Por lo que de este modo se logro aplicar la Cédula en el servicio de Hospitalización al 75 % de las pacientes, en el área de Consulta Externa al 15 %, y en visitas domiciliarias al 10 % de las pacientes.

Una vez que se logro aplicar el instrumento al total de la población se paso a la revisión y clasificación de datos con el fin de obtener un control de la información así como el ordenamiento de los datos de acuerdo a los rubros, variables y categorías dadas (ver anexo 3). Por lo que en la clasificación de los datos se utilizó la escala cualitativa y cuantitativa continua y discontinua. En general el 97% de la población respondió a la cédula de forma completa, mientras que el 3% respondió aproximadamente al 50% del total de preguntas.

4.4 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El estudio realizado a Mujeres Embarazadas Diabéticas del Instituto Nacional de Perinatología nos permite observar que el perfil de las pacientes esta determinado por un conjunto de aspectos sociodemográficos, como la edad en la que el 70 % de las pacientes se encuentra en edad fértil; es decir entre los 20 y 34 años de edad; mientras que el 30% lo conforman pacientes afeas entre los 35 y 44 años de edad. El estado civil de las pacientes esta conformado de la siguiente manera; el 26% vive en unión libre, y el 14% son mujeres que no tienen ningún tipo de contacto con su pareja, mientras el 36% esta bajo el régimen civil y religioso, el 12% estan casadas civilmente y el 8% religiosamente, el 4% estan separadas de su pareja.

En cuanto a su nivel de escolaridad poco menos de la mitad (48%) cuenta con un nivel Básico y Medio (primaria y secundaria completa), mientras que el otro 34% cuenta con un nivel Medio Superior (carrera técnica con secundaria completa y/o preparatoria completa) el 12% posee un nivel Superior ó Profesional y el 4% es analfabeta, (el 2% no contestó). Dadas las condiciones de preparación escolar se observó que el 78 % de las pacientes no tienen un empleo que remunere un salario,

y esto según la propia información de la fuente consultada argumentando a causa de las condiciones de salud con respecto a la diabetes, hospitalizaciones continuas, ausentismo en los centros de trabajo; el otro 22% tiene un empleo del cual el 12% es eventual (en su mayoría empleadas domésticas), el 8% un empleo fijo (en dependencias gubernamentales) y el 2% es una subempleada que labora como vendedora ambulante (Ver Cuadros 1,2,20,21,29).

Así mismo podemos observar que la estructura familiar de las pacientes esta conformada en un 50% por familias nucleares integradas de 1 a 3 miembros, el 20 % familias estensas de 4 a 6 miembros, el 12 % de familias extensas-compuestas conformadas de 7 a 9 miembros familiares, y el 18% restante lo integran pacientes que viven con su familia de origen conformadas por más de 10 miembros (8% solteras y 4% separadas), ó con sus patrones (4% solteras) y el caso de una paciente soltera que vive sola (2%).

De la población entrevistada el 50% de pacientes no tienen hijos, observándose que el 36% inician una relación de matrimonio ó convivencia con su pareja, el otro 12% son pacientes solteras sin hijos, y una paciente sin hijos separada de su pareja (2%). En tanto que el otro 50% lo integran pacientes que si tienen hijos, el 26% son pacientes que viven con su pareja en

unión libre y tienen hijos en edad escolar, el 20% son pacientes casadas que viven con su pareja e hijos en edad adolescente ó adulta, mientras que el 4% lo conforman una paciente soltera sin ningún tipo de contacto con su pareja y que viven sola con sus hijos en edad escolar, y una paciente separada con un hijo en edad escolar conviviendo con su familia de origen (Ver Cuadros 3,4,5 y 7 en este último se encuentra la categoría de Otro cuando la paciente refirió no tener hijos vivos).

Del anterior análisis se puede destacar que la mitad de la población convive con su pareja y un hijo en una sola vivienda, mientras que el 32% son pacientes que manifiestan problemas, ya que conviven con parientes en la misma vivienda, situación que ha originado una problemática habitacional para la paciente y su familia y así mismo una influencia en la toma de decisiones de la propia familia. El resto han tenido apoyo por parte de la familia de origen, sin embargo existen pequeños problemas pero que han tenido solución para lograr el bienestar de la paciente.

Por lo que se refiere a las consecuencias de la diabetes con respecto a su reproductividad existe la conciencia de no concebir un nuevo embarazo por las complicaciones de la diabetes, si embargo son mujeres que han tenido hijos con evolución de diabetes pero

también hay un 26% de mujeres que no han llegado al término de su embarazo y por tanto desean tener más hijos. En lo que respecta a las mujeres diabéticas y cuyo embarazo actual no ha sido el primero, esta población resulta idónea para su orientación en el uso y manejo de su enfermedad en el caso de querer lograr más embarazos y de su buen término.

Respecto a la Dinámica Familiar de la paciente diabética se encontró que en cuanto a la relación paciente-pareja el 48% tiene buena relación, conceptualizándose ésta como la existencia de comunicación, comprensión e interés hacia la paciente y su bienestar en general, en tanto que el 12% señaló que su relación es mala debido principalmente al desinterés en la seguridad y salud de la paciente por parte de su pareja, y el 22% manifestó una relación regular ocasionada por desacuerdos entre la pareja pero sin llegar a la agresión. En el caso del 18% restante son pacientes que no cuentan con ningún tipo de contacto ó relación con su pareja, lo que impide una caracterización de la relación de ambos para esta población ó tipo de pacientes.

En lo que se refiere a la relación paciente-hijos el estudio reportó el (46%) mantiene una buena relación con sus hijos, esto a excepción de un 4% que tiene una relación regular debido a que ocasionalmente existe la

desobediencia de los hijos pero sin llegar a la agresión, el otro 50% como se menciono anteriormente no tiene hijos.

En lo referente a las relaciones interfamiliares de la paciente con la familia extensa y extensa-compuesta se observa que del 32% de los casos que conviven con este tipo de familia compartiendo la misma vivienda, el 20% mantienen una buena relación en base al respeto en las decisiones de la familia de la paciente, el 10% tiene una regular relación manifestada por el surgimiento de conflictos por la realización de tareas o utilización de instalaciones de la vivienda, de éste caso sólo el 2% manifesto tener una mala relación, causada principalmente por la intromisión de la familia extensa en las decisiones familiares, así como por cuestiones económicas en los gastos familiares de la vivienda. En tanto que del 68% de la población restante el 50% son familias nucleares y el 18% son pacientes que conviven con su familia de origen, o bien en la casa dónde trabajan, en el caso de esta población es necesario señalar que la relación que guardan estas pacientes, en lo que se refiere a las que viven con su familia de origen (12%) es buena, ya que ha sido en la mayoría de los casos de apoyo y respeto a su condición social de la misma, en tanto que de las demás pacientes (4%) que viven con sus patronos tienen una regular

problemas familiares originados por el no cumplimiento de su desempeño dentro del núcleo familiar, como proveedor económico o bien como base de seguridad y responsabilidad hacia los hijos, cuando éstos ingresan al Instituto a causa del padecimiento.

Como ya se mencionó el 62% de las pacientes ha tenido más de tres internamientos en el INPer, cabe señalar que el resto (38%) ha tenido por lo menos una hospitalización, lo que da lugar a considerar que el control que debe tener la paciente sobre su diabetes no es adecuado, lo que ocasiona problemas en su salud que obligan a su internamiento lo que hace necesario ser vigilado periódicamente para prevenir el descontrol que sufre durante su período de gestación (Ver Cuadros 9.10,11).

Tomando en cuenta que dentro de las funciones naturales que cumple la familia, las cuáles determinan las características del grupo familiar y la dinámica de éste, se encuentran la de dar seguridad a los miembros de la familia bajo la responsabilidad del padre y de la madre, en este sentido se tomó en cuenta la participación de la paciente en la toma de decisiones importantes para la familia, marcando en la mayoría de los casos (92%) una intervención directa y responsable en la educación, normas y valores inculcados a la familia, el 8% participa de forma regular debido a que

no es tomada en cuenta por su pareja en alguno de los anteriores aspectos y el 8% no tiene una participación constante en la toma de decisiones, relegando su participación a una actitud pasiva hacia su familia. A si mismo dentro de las funciones de la familia se da la de un equilibrio en la función sexual por parte de ambos cónyuges formando parte de una estabilidad emocional para la pareja, y aquí es importante señalar que el 54% de las pacientes manifestaron que no existe ninguna alteración en cuanto a su relación sexual con su pareja, sin embargo el estudio reporto que el 24% si tuvo alteración en su vida sexual pero ésta ha sido superada paulatinamente, por último el 18% son pacientes solteras y separadas que no han tenido una pareja estable y por ende no respondieron a dicho rubro, y el 4% no señalo si hubo alteración. Estos datos son significativos, ya que la literatura médica nos señala como efecto de la diabetes una disminución en la función sexual (Ver Cuadros 12,13).

Otra de las funciones que cumple la familia es la de lograr un equilibrio para sus miembros, en el caso de la paciente diabética uno de los aspectos que marcan la pauta a seguir en el tratamiento médico, a fin de llevar un control adecuado del padecimiento, es la forma de como haya asumido el diagnóstico de la enfermedad, es decir si se generaron sentimientos de

culpa o de rechazo que repercutieron psicológicamente a la paciente, así como el apoyo que haya recibido ó no de su familia al conocer el mismo. Por lo tanto se investigaron ciertos indicadores que permitieron confirmar que efectivamente en el 64% de los casos si afectó de manera importante el diagnóstico de la enfermedad, el 22% señaló que se vio afectada de forma regular y el 8% dijo que no haber afectado. Las pacientes manifestaron que tuvieron reacciones tales como desesperación, tristeza, agresión y depresión vinculadas a su muerte "inmediata".

En el caso de la reacción por parte de la familia hacia el diagnóstico de la misma fue de sobreprotección y "servilismo" (64%), en el 22% de los casos, la familia mostró sentimientos de culpa (aquí se destaca el caso de dos pacientes que actualmente manifiestan rechazo y agresión hacia sus padres debido a que por su "culpa" adquirieron el padecimiento y por tanto se genero un sentimiento de inferioridad por parte de ellos), el otro 8% si se preocuparon por la paciente y el 6% no contestó.

Durante la entrevista la mayoría de la pacientes refirieron que su familia les brindo excesiva protección cuando supieron del diagnóstico, así como recibieron apoyo moral y económico en el 64% de los casos sobre todo en la realización de indicaciones

médicas así como de su actual embarazo. mientras que el 68% manifestó que sus familias se interesaron en su caso brindando su apoyo moral sin mostrar ningún signo de desinterés hacia ella y el otro 2% es el caso de una paciente que su familia no le proporciono ningún tipo de apoyo cuando ésta se supo diabética (Ver Cuadros 14.15.16)

El contexto social de la paciente diabética engloba aspectos como los anteriores pero también se encuentran otros vinculados a llevar una vida "normal" a partir de que conocen de su padecimiento. por lo tanto la alteración de las relaciones humanas dentro del núcleo familiar como causa de la participación de los miembros de la familia. tiene efecto sobre la vida y actividades de la paciente. aspectos que fueron indagados y cuyos resultados fueron los siguientes: en el 46% de los casos no alteró las relaciones humanas de la familia con la paciente, el 28% si hubo alteración, en el 6% no sabe si existió ó no alteración en su familia (casos en los que la paciente refirió que cuando se le diagnosticó la diabetes no estaba cerca de su familia y por tanto no contemplo éste aspecto) y el 12% no contestó.

De los anteriores resultados se destaca que no hubo alteración por parte de la familia y que por tanto, ésta respondió en el tratamiento integral con su participación constante (50%) y regular (10%) mientras

que el 34% no participa con la paciente y el 6% no contestó. De igual forma se pudo observar que dentro del porcentaje (56%) se encuentran las pacientes que señalaron que su vida normal había sido afectada al principio en cuanto a algunas actividades que acostumbraba realizar, pero que esto ha sido superado paulatinamente gracias a la ayuda y apoyo de su familia, en el 34% de ellas señalaron no haber presentado dicho fenómeno recibiendo el apoyo de la familia, sin embargo las consecuencias de una enfermedad como lo es la diabetes ha ubicado aproximadamente al 10% las pacientes en una etapa de negación, observando la no aceptación de la enfermedad influyendo física y emocionalmente en la paciente, el 10% restante no contestó (ver cuadros 17,18,19).

Otro indicador dentro de la caracterización del perfil de la paciente embarazada lo fue las condiciones económicas, encontrándose que éstas son desfavorables, principalmente en lo que se refiere a la designación de un ingreso específico para el tratamiento de la enfermedad, pudiéndose observar que más de la mitad (78%) de las familias cuentan con un proveedor económico y que de éste porcentaje el 72% es la pareja de la paciente, el 4% son separadas y el 2% solteras cuya solvencia económica en ambos casos la sustenta o esta dada por la familia de origen. Por otro lado el

22% restante son pacientes que cuentan con 2 a 3 proveedores económicos en donde el 8% son las pacientes y su pareja, el 12% las pacientes solteras pero que a su vez tienen el apoyo económico de otro proveedor de su familia de origen y una paciente casada que no contestó a dicha pregunta (2%) (Ver Cuadros 22,23)

A este respecto el ingreso que uno ó varios proveedores económicos aporta a la familia influye en el gasto que la paciente designe para su tratamiento, de lo que se observa en el estudio que el 56% de las familias perciben un ingreso de 2 a 3 veces el salario mínimo, el 36% el salario mínimo y el 6% un ingreso menor al salario mínimo; se perfila que más de la mitad de pacientes (72%) refieren haber sido afectada su economía por el tratamiento y el otro 26% manifiesto lo contrario. El 56% de la pacientes asigna un ingreso específico a la dieta prescrita por el médico, así como a la compra de medicamentos, y en el 42% restante se encuentran los casos que no asignan un ingreso para el tratamiento, originado por que nunca han llevado regularmente su dieta y aplicación de insulina hecho que sin duda influye en las hospitalizaciones (Ver Cuadros 24,25,26).

Dentro de la cobertura de servicios en atención a la salud y utilización de los mismos se reporta según la propia información de la fuente consultada que dentro

del 90% de pacientes el 44% ha hecho uso de los servicios del Instituto Nacional de Nutrición, cabe mencionar que dicho Instituto remitió ó canalizó aproximadamente al 40% de pacientes diabéticas entrevistadas, el 26% procede de consultorios particulares, el 20% acude de servicios médico-asistenciales como Centro de Salud, el Hospital de la Mujer, el Hospital General y el DIF, mientras que del 10% restante de la población son pacientes que se encuentran dentro del régimen de Seguridad Social, IMSS, ISSSTE (6%) haciendo uso de los servicios de dichas instituciones para fines de diagnóstico clínico, el 4% no contestó (Ver Cuadros 27.28).

Sobre los aspectos culturales que rodean a la mujer diabética se encuentra el de su preparación escolar, cuyo indicador ha sido contemplado al inicio del análisis en relación a su inserción dentro del ámbito laboral, por otra parte a continuación se analiza otro indicador en lo referente a el lugar dónde habitan las pacientes, logrando caracterizar al tipo de vivienda de la misma y que en su mayoría (74%) es una casa habitación sola pero compartida con otros familiares (50% de pacientes con familia extensa y extensa-compuesta) lo que reduce el espacio personal de la paciente y su familia. El 12% tiene un departamento, en el mismo porcentaje se encuentran las pacientes que

habitan una vecindad y el 2% no contestó. El tipo de tenencia de la vivienda del 50% de las pacientes es prestada, el 28% rentan la vivienda, el 14% tienen una vivienda propia y el 6% la están pagando. El material de construcción de dichas viviendas en su mayoría (82%) es mampostería, el 14% son de lámina ó cartón y el 2% es una vivienda construida de adobe. Se encontró que la mayoría de las viviendas (80%) están totalmente construidas y sólo el 16% se encuentran en proceso de construcción y el 2% no cuenta con ningún servicio.

Los servicios con que cuenta la vivienda de la paciente son en su mayoría (92%) los básicos, como el agua potable y luz (64%) y el 28% además de estos dos servicios cuentan con teléfono, el 4% de las viviendas tiene un sólo servicio de agua y el 2% no cuenta con ningún servicio. La vivienda tienen en el 62% de ellas de 1 a 2 dormitorios, el otro 18% cuenta con más de 3 habitaciones y el 16% es un "cuarto redondo", la ubicación del baño en un 62% es individual y se encuentra dentro de la vivienda, el 34% es colectivo compartiéndolo con los demás habitantes y esta fuera de la vivienda y dentro de este porcentaje el 2% tiene fosa séptica (Ver Cuadros 29,30,31,32,33,34,35,36).

Ahora bien otro indicador que determina si la paciente está siguiendo un adecuado tratamiento y control de su padecimiento, es el de la alimentación. A

este respecto se encontró en el estudio que aproximadamente la mitad de la población (48%) realiza efectivamente la dieta que es prescrita por el médico, el 44% no realiza su dieta del todo ó sólo una vez por semana, el 2% realiza la dieta regularmente, el otro 2% no realiza su dieta en lo absoluto y por último el 4% no contestó. El hecho de que la mitad de pacientes llevan a cabo regularmente su dieta ha indicado que en un 42% de ellas si halla habido cambios en la alimentación general de su familia originado principalmente en el cambio de alimentos más nutritivos a los que estaba acostumbrada a ingerir, mientras que en el 54% restante no ha habido cambios señalando que los motivos han sido de tipo económico y cultural al no estar acostumbrados a determinados alimentos, así como del gasto familiar en el que sólo se destina para una comida en general y no específica para la dieta (el 4% no respondió).

Por lo que se refiere a que si las pacientes quedan satisfechas con la dieta dada por el médico el 42% de ellas revelo que si satisfacen su necesidad alimenticia con los alimentos recomendados, el 36% complementan la dieta con verduras y frutas recomendadas médicamente (una porción y media de cualquiera de éstas) y sólo el 2% ingieren alimentos contraindicados (dulces, pasteles), el 20% restante no respondió a la pregunta.

Sin embargo dentro de este contexto el grado de conciencia de la paciente hacia la importancia de realizar la dieta ha llevado al 58% de ellas a considerarla como una de las partes medulares de su tratamiento en el control metabólico así como en el cuidado de sus niveles de glucosa, y el otro 38% muestra desinterés y no le da la suficiente importancia (Ver Cuadros 37,38,39,40).

Particularmente la población en estudio padece la Diabetes Tipo II ó Adulta en el 78% de los casos, el otro 22% padece la Diabetes Tipo I ó Juvenil. En el cuadro correspondiente a éste rubro se puede observar que el 14% refirió no conocer el tipo de diabetes que tiene, incluyendo a las que dijeron padecer la diabetes tipo "mellitus" y el otro 6% no contestó. En el caso de estos dos últimos datos se recurrió al expediente de las pacientes con el fin de conocer su tipo de diabetes para dar una mayor información a la población en estudio. Se pudo observar también que un poco más de la mitad de pacientes (54%) han padecido la enfermedad de 1 a 4 años, el 28% han tenido una evolución de 5 años a 9 años, el 12% más de 10 años y el resto no contestó a la pregunta (6%).

El índice de conocimiento reflejado por las pacientes acerca del concepto que tienen de la diabetes y de sus generalidades, indicó comparativamente que a

pesar de que la población ha padecido la enfermedad más de 5 años (40%) respecto a la que tiene menos de 4 años de padecerla (54%) no resulto significativa, ya que de la población en general sólo el 38% cuenta con un concepto medio, conceptualizándose dentro de éste la presencia de azúcar en la sangre y mal funcionamiento del organismo, el 26% tiene un concepto bajo, en el que se conceptualizó como una enfermedad originada por un "susto" ó "coraje" ó bien síntomas de hambre, sed u orina excesiva y sólo el 20% tiene un concepto más amplio de lo que es la enfermedad, sus causas y consecuencias así como la importancia de su manejo y control, por último el 10% son pacientes que niegan su enfermedad y por referencia de estas pacientes el motivo de ello porque tienen miedo a las consecuencias del padecimiento (6% no contestó).

La iniciativa de la paciente diabética en cuanto a obtener un mayor conocimiento de su enfermedad se reflejó en el (56%) de ellas quienes manifestaron que no les interesaba ó no les era importante conocer más de la diabetes por falta de tiempo y dinero, el resto de la población (38%) consulta revistas y libros médicos así como asiste a pláticas en instituciones de Seguridad Social y las impartidas dentro del Instituto por médicos especialistas (Ver Cuadros 41, 42, 43, 44).

Otro aspecto que es marcado por las pautas culturales de la paciente diabética en el tratamiento de su enfermedad es su conocimiento acerca del control de la fertilidad y por tanto de la planeación de un embarazo. Para esto se investigo el conocimiento y la utilización de métodos anticonceptivos y la planeación del embarazo en curso de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 56% conoce los métodos temporales y definitivos, el 34% conoce por lo menos los métodos temporales entre los más usuales las pastillas, el DIU e inyecciones y un bajo porcentaje (4%) contestó que no tiene conocimiento de ningún método y el 6% no respondió.

En relación a la utilización de métodos anticonceptivos y la planeación del embarazo actual se reporto que el 70% de pacientes utilizaron métodos anticonceptivos de este porcentaje el 58% utiliza el dispositivo intrauterino, pastillas e inyecciones, el 12% utiliza métodos como las espumas, diafragmas, jaleas) el resto de la población (24%) no utilizaron por diferentes motivos como los contraindicados por el padecimiento, y el caso de pacientes que no les intereso ó no les es importante utilizar. De lo anterior se observa que más de la mitad utilizó métodos, sólo que en el 38% resultaron efectiva las medidas preventivas y por tanto el embarazo fue

planeado, ya que la demás población (42%) a pesar de que si utilizó señaló que le había "fallado" el método (casos frecuentes de DIU) y las demás pacientes (14%) se embarazaron porque no habían llevado ningún control de natalidad principalmente por motivos de salud (4% no contestó).

Del anterior análisis se deriva la perspectiva que la mujer diabética tiene con respecto a la planeación de un nuevo embarazo de lo que se observó que existe cierto grado de conciencia, debido a que el 50% refirió tener hijos vivos y ya no desea más aunado a las complicaciones de la diabetes y por tanto decidió que se le practicara la salpingoclasia, el otro 26% manifestó que el actual embarazo no ha sido el primero y que en los anteriores no ha logrado llevar a buen fin su evento obstétrico, por lo que decidió utilizar algún método y dar tiempo a un nuevo embarazo con conciencia de los problemas que pudiera tener en el mismo, y por último en el 20% de pacientes es su primer embarazo y no saben si en lo futuro utilizará algún método anticonceptivo sin tomar muy en cuenta los riesgos que representará un nuevo embarazo diabético (6% no contestó) (Ver Cuadros 45,46,47,48,49).

En lo que se refiere específicamente al tratamiento médico que la paciente ha recibido desde que inició su embarazo el 44% se atendió en la fase intermedia de su

gestación, es decir a partir del segundo trimestre (del 4 al 6 mes de embarazo) el 40% se atendió oportunamente en el primer trimestre (del 1 al 3 mes) del embarazo y el 10% inició su vigilancia médica en el último período de gestación del tercer trimestre (del 6 al 9 mes), por lo que las coloca dentro de un cuadro no favorable para su atención oportuna del embarazo (6% no respondió) (Ver Cuadros 50,51,52).

La historia gineco-obstétrica que presenta el índice de mujeres que han tenido problemas en sus embarazos anteriores, en relación a las que no han presentado complicaciones diabéticas es alto, ya que el 44% de la población ha sufrido de 1 a 3 abortos (32%) por efectos de la diabetes, así como muertes neonatales, productos macrosómicos y el caso de una niña con deficiencia mental (12%), del resto de la población es decir el 50% son pacientes que no han tenido dificultades en sus embarazos (26%), ó el embarazo actual es el primero (20%) y el caso de dos pacientes (4%) que no cuentan con notas médicas en su expediente y por tanto se ignora sus antecedentes gineco-obstétricos (6% no respondió).

Sin duda el análisis anterior conlleva a pensar hipotéticamente que la paciente que ha tenido una historia importante de las consecuencias de la diabetes en su período gestacional, tendrá la misma probabilidad

de presenta algún problema en su embarazo actual, los resultados siguientes confirman lo anterior, pues el 84% de mujeres han tendido complicaciones en el embarazo en curso y el 6% no han presentado dichos efectos, el 4% corresponde a los casos en los que no se encontró el seguimiento evolutivo de la paciente en su expediente (6% no respondió).

Sin embargo las complicaciones asociadas al embarazo son de mayor peso (48%) que las que se dan por causa del padecimiento (36%), ya que en el primer porcentaje se presentaron problemas como Enfermedad Hipertensiva, Infecciones de Vías Urinarias e Hipertensión Arterial y en el segundo caso se encuentran los casos de descontrol metabólico, Amenazas de Parto Pretérmino, Obesidad Exógena, factor común de diabetes, Nefropatía así como Retinopatía, ésta última ha generado entre las pacientes cierto temor a quedar incapacitadas visualmente y por tanto ser afectadas sus actividades diarias (Ver Cuadros 53,54).

Ante esta situación la familia de la paciente embarazada diabética tiene un papel importante por naturaleza como se menciono anteriormente en el sentido de una estabilidad emocional y afectiva para cada uno de los miembros de la familia, sobre todo y en el caso de la mujer diabética cuando se trata de la pérdida continua de embarazos, así como una inestabilidad

como resultado que el 74% ingresó en menos de un año, es decir dos años después de la creación de la Clínica, el 8% ingreso entre 1 y 3 años, es decir en el año en que fue creada la misma, y el 10% fueron atendidas por primera vez en el Instituto antes de 1990, y el 8% no contestó.

Los datos anteriores muestran que por lo menos el 8% de pacientes debieron haber sido informadas o abordadas como pacientes de la Clínica, ya que el 74% de pacientes ingresaron después de haberse creado la Clínica y por tanto no fueron incluidas en el proyecto. El 92% de la población manifestó que no se les había informado de la existencia de la clínica y el 8% no contestó. La intervención que el Departamento de Trabajo Social del INPer ha tenido con respecto a estas pacientes ha sido en el 34% de ellas dirigida a lograr una motivación a la adherencia terapéutica con respecto a su diabetes y su embarazo, en tanto que el 18%, el trabajador social ha canalizado a las pacientes en el reforzamiento del anterior aspecto a los servicios de Psicología, principalmente con pacientes que han tenido problemas en la falta de interés hacia su estado de salud y el 40% se le ha orientado hacia los servicios de Dietética y otros como Planificación Familiar, el 8% no concluyó con la entrevista debido a que cayeron en

estado depresivo y se negaron a continuar respondiendo (Ver Cuadros 56,57,58).

4.4.1 Discusión de los resultados

Después de comparar los cuadros cuyos resultados arrojan la información cuantitativa y cualitativa de los problemas que se generaron en la paciente embarazada diabética y su familia por causa de su diabetes se concluye lo siguiente:

la población de mujeres diabéticas embarazadas en estudio se encuentra en edad plenamente productiva, situación que ubica a la mujer en un marco de actividad social y económica dentro de la sociedad, en este sentido si bien el embarazo normal de una mujer condiciona a que la actividad diaria de ésta se vea influenciada por las medidas de su autocuidado, el hecho de cursar un embarazo con diabetes la obliga doblemente a la observancia de actitudes preventivas en los efectos invalidantes de la enfermedad y por tanto las consecuencias de una buena o no evolución del embarazo.

A este respecto la relación que la paciente guarda con los miembros de su familia así como su

participación en la formación familiar es de vital importancia, ya que estos aspectos determinan la dinámica que se vaya dando en torno a una participación directa por parte de la familia en el tratamiento médico y social de la paciente, por lo consiguiente las relaciones interpersonales que guardan los miembros de su familia para con la paciente son positivas, pues dan base a una integración familiar sustentada en el apoyo brindado hacia la paciente en sus momentos más difíciles, específicamente en el diagnóstico del padecimiento así como de la aceptación del embarazo, ya que en el primero la reacción de depresión así como la no aceptación de la enfermedad afectaron al principio de forma importante en la vida social de la paciente, empero la preocupación y participación de la familia así como otros aspectos de sobreprotección (aquí es necesario no subvalorar el futuro de la diabética, tratandola como a un invalido) y de convivencia sin alteración de las relaciones humanas hicieron posible que las pacientes afrontarán su enfermedad. Es importante señalar que además de la estabilidad afectiva que mostro la familia al conocer el padecimiento de la diabética, la relación sexual con su pareja no se vio afectada, sólo en algunos casos que manifestaron que si había habido cierta alteración por

rechazo. lo que ha sido superado paulatinamente por ambos.

Sin embargo se han presentado problemas de tipo familiar económico y laboral en la mayoría de las pacientes. que no afectaron el apoyo que la familia le proporciona sobre todo en los constantes internamientos que padece la paciente y cuya necesidad ha requerido más de tres hospitalizaciones. debido a su descontrol metabólico. esto ha originado cierta incapacidad manifestada por la embarazada en el hecho de su no incumplimiento de funciones de rol que el corresponden y la falta de seguridad para los miembros de su familia.

La situación que presentan las mujeres que cuentan con el apoyo de su pareja es semejante a las que no cuentan con el apoyo de la misma. ya que han recibido tanto el apoyo moral y económico de su familia de origen lo cual le ha proporcionado una seguridad en el tratamiento de su padecimiento.

Ahora bien si se considera nuevamente que la población se encuentra en edad productiva el impacto social negativo que ocasiona el hecho de no contar con su pareja así como el futuro de su hijo acentuará las condiciones generales de estas pacientes y por tanto requerirá de una mayor atención en programas vigentes

en atención de las necesidades sociales de este tipo de población.

En cuanto a la asignación para la compra de medicamentos y la realización de la dieta, tomando en cuenta que esta última es una parte esencial de todos los programas terapéuticos, si existió un impacto económico en la familia, ya que se destina un ingreso específico para los alimentos de la dieta, así como la compra de insulina y jeringas para su control, sin embargo dicha asignación no ha intervenido para que la paciente continúe con su tratamiento, pues por lo menos la mitad de población la realiza efectivamente de 5 a 7 días y el resto la realiza regularmente. En este sentido los cambios en la alimentación general de la familia han sido positivos en la concientización de una adecuada alimentación y adaptación a la dieta de la paciente.

Los esquemas de un régimen dietético de la paciente configuran el adecuado manejo de los alimentos que consume y la han llevado a ingerir alimentos complementarios y recomendados médicamente para su dieta, pero también existen casos de pacientes que comen alimentos contraindicados por lo que se hace necesario reforzar en indicaciones médicas ó sustitución de alimentos en la dieta. Se concluye así mismo que la paciente concibe a la dieta como uno de

los medios efectivos en el manejo integral de su tratamiento.

Retomando la actividad socioeconómica de la mujer embarazada diabética, ésta ha sido particularmente afectada en su ámbito laboral, situación que marca dos aspectos vinculados entre sí, por un lado la preparación educativa de las pacientes que en la mayoría de ellas es a un nivel básico y medio que la condiciona y limita a laborar en centro de trabajo bajo mejores condiciones, y por el otro los constantes cuadros de descontrol metabólico que obligan a la paciente a tener recesos o en el peor de los casos a la renuncia forsoza de su trabajo, originando una inestabilidad laboral nada conveniente para la empresa o patron a cargo.

Tomando en cuenta que la mayoría de la población cuentan con el apoyo de su pareja, ésta ha sido el principal proveedor económico en la familia, lo que da lugar a fijar la atención a la paciente que no cuenta con el apoyo de su pareja situación comentada anteriormente, en el sentido de crear una concientización hacia un control de su fertilidad en un nuevo embarazo.

En cuanto a las condiciones habitacionales de la paciente esta reflejo que el estado y construcción de la mayoría de las casas esta en buenas condición, el

tipo de tenencia es prestada, los servicios que tienen son del agua y la luz y casos que cuentan con teléfono.

Particularmente la población de mujeres embarazadas padece la diabetes tipo II ó Adulta de la que se refleja por su etapa de aparición en la mujer adulta el índice de conocimiento acerca de la misma y que específicamente es de un nivel medio en la concepción y relación de la enfermedad con la presencia de azúcar y mal funcionamiento del organismo, esto dio lugar a confirmar la poca importancia que concede la paciente con respecto a su iniciativa de obtener un mejor conocimiento, en el caso de las que si refirieron un interés hacia su diabetes estas consultan información médica en revistas y libros de diabetes, por tanto el reforzamiento de medidas preventivas en base a el conocimiento de su enfermedad será punto prioritario en la promoción de la educación de la paciente y su familia.

En relación a el control de la natalidad de las pacientes estas reflejan cierto grado de concientización hacia cursar un nuevo embarazo con los riesgos y problemas de la diabetes sobre todo las que han procreado hijos y no deseen tener más. El caso específico de las pacientes que apenas se encuentran en una etapa de inició o procreación con la característica de no haber logrado ningún embarazo, es necesario

participar en un control de natalidad, situación que deberá ser abordada cuidadosamente en sus aspectos de la concientización, motivo que justifica la intervención del trabajador social en la educación de la paciente hará posible la implementación de acciones tendientes a reforzar este aspecto.

La etapa en la que la paciente diabética se atendió en su embarazo fue en una fase intermedia (ó 2do trimestre) dando oportunidad al equipo de salud de intervenir para un pronóstico favorable en su embarazo, sin embargo existen otros factores de gran importancia como sus antecedentes gineco-obstétricos de la paciente en relación a su actual embarazo, en el cuál se señaló que el índice de complicaciones por abortos, muerte neonatal y productos macrosómicos fue alto.

De lo anterior se destaca que ha habido pacientes diabéticas que han padecido de uno a tres abortos continuos, lo cuál hace necesario pensar en las repercusiones físicas y psicológicas que sufre la paciente al no poder llevar a buen fin un embarazo así como de un deterioro emocional propio de una atención específica canalizada adecuadamente para su oportuna intervención.

Es necesario destacar que los esquemas agudos que presenta la paciente en la evolución de su embarazo y que aunado a la preocupación por parte de ella en el

sentido de responsabilidad y seguridad hacia los hijos cuando éstos aún son niños, siendo de vital importancia tomar en cuenta dicha situación y promover la coordinación e integración institucional en apoyo a las mujeres con este padecimiento en sus estados grávidos, puerperales, y que la inestabilizan emocionalmente, más aun cuando no tiene el apoyo de su pareja o su familia, acciones que el trabajador social deberá emprender en sus funciones de investigación, asistencia y administración.

El panorama general que presentan las pacientes embarazadas diabéticas conlleva a acciones prioritarias en el cuidado de su salud así como de educación en las medidas preventivas con respecto a los cuidados y manejo de su diabetes y de la planeación de un nuevo embarazo. La familia de la diabética a pesar de participar regularmente en el tratamiento de la mujer no ha dado la suficiente importancia en las medidas que la propia familia puede tomar en relación a la heredación del padecimiento, por lo que una vez más se enfatizan las funciones de educación y promoción de acciones para lograr una participación conjunta en pro de un bienestar de la paciente diabética.

Los esfuerzos conjuntos del equipo multidisciplinario del Instituto han logrado orientar a la mujer diabética en los aspectos más inmediatos de la

enfermedad, así como el desempeño que el Trabajo Social ha tenido con esta población en su objetivo de alcanzar un bienestar general en torno a su evento obstétrico ha tenido grandes logros, sin embargo las acciones asistenciales en el seguimiento de la paciente no han satisfecho la demanda de un abordaje más profundo en dicha problemática orientado sus esfuerzos hacia la motivación en su tratamiento terapéutico y canalización a otros servicios que brinda el Instituto, de lo que se concluye que en la medida en que el trabajador social participe activamente en las funciones específicas del área de la salud y bajo un marco de metodología específica, este podrá incursionar a niveles de planeación y dirección de investigaciones sociales, aun cuando su labor se aboque a sus funciones, como prioridad en las instituciones, ésta deberá ser causa de la sistematización en la teorización de la disciplina que valide y ubique la tarea del profesional en esta área en enfermedades no sólo de diabetes sino en otro tipo de enfermedades crónicas que lamentablemente siempre influyen en la dinámica de una familia y por ende en su tratamiento integral.

CAPITULO QUINTO

V. PROPUESTA METODOLOGICA DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL

5.1 Programa de Trabajo Social a la Paciente Embarazada Diabética del Instituto Nacional de Perinatología

5.1.1 Justificación ó Fundamentación

5.1.2 Objetivos del Programa

5.1.3 Metas

5.1.4 Límites

5.1.5 Metodología del Programa

5.1.6 Funciones y Actividades

5.1.7 Recursos humanos, materiales,
institucionales y financieros

5.1.8 Supervisión del Programa

5.1.9 Evaluación del Programa

5.1 PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL A LA PACIENTE DIABETICA EMBARAZADA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

5.1.1 Justificación ó Fundamentación

Después de analizar los resultados de la investigación, misma que permitio apoyar los elementos de la hipótesis general, es decir, los factores sociales si son determinantes para llevar acabo el Tratamiento Integral de la mujer diabética embarazada, entendiéndose éste como el conjunto de medidas terapéuticas y sociales empleadas para el seguimiento médico y social de la paciente.

Tomando en cuenta que las consecuencias invalidantes de una enfermedad crónica como lo es la diabetes, hace que difícilmente que la mujer logre una estabilidad económico-laboral, sobre todo cuando ésta es el principal ó uno de los proveedores económicos familiares, condición que la enfrenta ante una perspectiva limitada (o poco ventajosa) en su vida socioeconómica, y que aunado a su papel como futura madre, marca una doble necesidad de involucrar a la familia en la educación y concientización de la importancia de participar activamente en el tratamiento médico-social que enfrenta la paciente.

Así mismo la impartición de una educación diabétológica en la paciente embarazada y su familia lleva consigo la importancia que tiene para ambas conocer el curso variable de la enfermedad en sus períodos de mejoría y empeoramientos, razón por la que es evidente la prevención de las complicaciones invalidantes, ligada a un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. Dentro de este cuadro se engloban aspectos de vigilancia en el tratamiento correcto de la paciente y su educación, como el manejo de su dieta, de sus medicamentos, su estado anímico reflejado en sus niveles altos ó bajos de glucosa ó lesiones traumáticas leves, lo que constituyen la base de un programa de asistencia y prevención para la mujer y su familia y cuyo éxito ó fracaso dependerá en gran medida del nivel cultural que surga en el tratamiento hacia la atención de esta población.

El caso particular de la paciente embarazada con diabetes presenta una problemática específica en su dinámica familiar, ya que el cuadro patológico que presentan las pacientes requieren no sólo de una atención médico-terapéutica inmediata sobre todo cuando inician un control de la misma, sino de una atención social en el sentido de una participación y colaboración conjunta de cada uno de los miembros de su familia, por lo que dicha situación generadora de

problemas de diversa índole, laboral etc., afectando socialmente a la paciente debido a la cronicidad de la enfermedad y sus diversas complicaciones. De modo que la concepción integral que se tenga a partir de este panorama lleva consigo una intervención multidisciplinaria para su atención, en la que el Trabajo Social como disciplina de las Ciencias Sociales le compete integrarse al equipo de salud y tener como objeto de intervención la búsqueda de alternativas hacia la demanda de una necesidad, que en este caso provoca la pérdida de salud de la mujer en relación a una enfermedad tan severa como la diabetes y de su repercusión en la dinámica de la misma.

Por tanto la prioridad de una intervención social en el tratamiento de la diabética embarazada podrá dar cuenta de la aceptación, manejo y afrontamiento del embarazo diabético por parte de la paciente y su familia y cuyo punto de partida dará base a las funciones y actividades que el trabajador social emprenda para su manejo a nivel profesional.

5.1.2 Objetivos

Objetivo General

Contribuir en la Educación e Información de la paciente embarazada diabética y su familia para que ésta fortalezca su participación en el manejo y control del padecimiento

Objetivos Especificos

- Brindar información adecuada del padecimiento a la paciente y su familia
- Promover la participación de la diabética y su familia en los cursos que brinda el Instituto en relación a el manejo de su diabetes
- Proporcionar información sobre las medidas preventivas y factores de riesgo en relación a la concepción de un nuevo embarazo diabético.
- Fortalecer el nivel de concientización de l paciente embarazada en su asistencia a las concultas de trabajo Social del INPer
- Organizar cursos para la educación e información con un enfoque social de las causas y consecuencias de la diabetes

5.1.3 Metas

- Lograr la participación familiar del 100% de pacientes que cursen un embarazo diabético
- Propiciar la aceptación, manejo y afrontación de un embarazo al 100% de las pacientes
- Lograr la asistencia del 100% de pacientes en cursos que el Instituto proporciona a las pacientes con carácter educativo
- Orientar al 100% de pacientes en el aprovechamiento y optimización de los servicios que brinda el Hospital en relación a la enfermedad
- Lograr la asistencia del 100% de pacientes al servicio de Consulta Externa del área de Trabajo Social para brindar un manejo social en el seguimiento de su embarazo y padecimiento

5.1.4 Límites del programa

La ejecución del programa de Pacientes Embarazadas Diabéticas se efectuará en un período de seis meses teniendo como límite de espacio el área correspondiente a la Consulta Externa de Trabajo Social del Institucional de Perinatología.

El universo de trabajo lo constituirán todas aquellas mujeres que sean pacientes del INPer y que presenten el diagnóstico confirmado de diabetes, que se encuentren cursando un embarazo, independientemente de las semanas de gestación de éste, que hayan tenido por lo menos un mes de haber ingresado al Instituto dentro del periodo de límite en la ejecución del programa.

5.1.5 Metodología

El manejo integral de la paciente y su familia estará dado en base a su seguimiento social como objetivo principal del programa así como proporcionar atención por parte del trabajador social que asegure su intervención en el caso de un plan de tratamiento para la mujer diabética. Por lo en la ejecución del programa se utilizará como método el Trabajo Social de Caso y de Grupo. En el primero se analizará la situación de la paciente y su manejo social para lograr un seguimiento en los aspectos de concientización del manejo adecuado y oportuno de su diabetes. El método de Grupo de abordará en el caso de la organización de cursos de información específica a las pacientes y su familia con el objetivo de orientar y educar sobre los aspectos relevantes que debe llevar acabo en el curso de su embarazo.

Las técnicas a utilizar serán la entrevista estructurada y no estructurada, la observación directa e indirecta y en los casos que lo amerite la visita domiciliaria para el seguimiento social de la paciente. La revisión de los expedientes como técnica e instrumento a utilizar serán de vital importancia en el análisis médico-social con el objetivo de valorar y evaluar la evolución del embarazo.

La identificación de los elementos que interfieren en el contexto social de la diabética embarazada permitan determinar las funciones y actividades que el trabajador social realice para lograr con efectividad los objetivos propuestos, por lo que a continuación se establecen las funciones propias del área de la salud así como sus actividades correspondientes que fundamentan la intervención del Trabajo Social.

5.1.6 Funciones y Actividades

Función: Investigación

Por medio de la investigación se establecerán los marcos conceptuales y operacionales sustentados en la metodología científica

Actividades

Describir los factores educativos que inciden en la participación de la paciente y su familia para el tratamiento integral

Determinar si existe algún factor de tipo cultural que este influyendo en el participar familiar

Función: Educación

Dicha función permitirá crear conciencia y/o motivar a la paciente embarazada diabética en la importancia de tomar medidas para el control y evolución de su embarazo

Actividades

Fomentar la participación de la familia y de la paciente en la vigilancia y control de la diabetes como fuente de información hacia a la comunidad.

Fortalecer la comunicación positiva por parte de la paciente y su médico en el cambio de hábitos y actitudes en relación a la diabetes

Proporcionar orientación médico y social con el fin de que la paciente haga uso racional de ellos

Realizar promoción social a las pacientes con el fin de motivarlas a su integración de grupos en su tratamiento integral.

Función: Enseñanza

Dentro de esta función la coordinación de programas de trabajo social con grupos de pasantes de la lic. en Trabajo Social y asesorías permitirá orientar las directrices de las acciones a manera de supervisión

Actividades

Asesoría de estudiantes de la Lic. en Trabajo Social en su formación profesional capacitándolos en el abordaje social de la paciente embarazada diabética

Participación en la supervisión como proceso de enseñanza-aprendizaje que logre a su vez una evaluación periódica y final de las actividades, valorando la efectividad operacional del programa

Función: Asistencia

Esta función deberá estar dirigida a proporcionar orientación médico-asistencial, así com la realización

de seguimiento de caso, aunado a otras actividades de promoción a la comunidad.

Actividades

Orientar a la paciente y su familia en la toma de decisiones preventivas con respecto a su enfermedad

Canalizar a la paciente a los diversos servicios que brinda el Instituto para que haga uso racional de ellos

Realizar acciones de reconquista de pacientes que desertan de su manejo social y asistencia en los cursos impartidos por el INPer

Proporcionar manejo social a la familia de la diabética con el fin de que valore su participación en el tratamiento de la misma.

Función: Administración

En esta función se coordinarán las acciones de Trabajo Social con otras instituciones de salud y educación con el objetivo común de fortalecer las acciones tendientes al bienestar de la mujer embarazada diabética

Actividades

Elaborar programas tendientes a la investigación de aspectos sociales de la influencia de la diabetes en la paciente.

Integrar un Directorio Institucional (Público y Privado) que apoye los proyectos y los programas a este tipo de población.

5.1.7 Recursos humanos, materiales, institucionales, financieros

Los recursos humanos serán el personal del Departamento de Trabajo Social del INPer por lo menos una trabajadora social en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias con el fin de establecer una canalización de dichos servicios. Los recursos financieros estarán dados por parte del Instituto, así como los materiales que constarán de un cubículo del área de trabajo social, para la información y orientación de la paciente y su familia, el auditorio del Instituto en que se imparten los cursos de diabetes para la población, por último los recursos institucionales será el Instituto Nacional de Perinatología.

5.1.8 Supervisión

La supervisión es un proceso educativo y administrativo de aprendizaje mutuo entre el supervisor y el supervisado. ésta estará a cargo de las supervisoras de Trabajo Social de Consulta Externa efectuándose de manera periódica y directa a través de un reporte de actividades, con el fin de lograr un proceso de retroalimentación entre el supervisor y el supervisado.

5.1.9 Evaluación

La evaluación es un proceso científico que permite estimar registrar y constatar periódicamente los resultados obtenidos, por lo que se determinará en base a las acciones de educación y Promoción de la paciente y su familia en la participación del tratamiento. Se evaluará los factores que intervienen en caso de inasistencia a actividades programadas para el 100% de las familias, así como el contenido de dichas actividades en cuanto a la calidad de trabajo. La evaluación de las funciones se constatarán con base a el objetivo principal de contribución en una formación de una educación diabétológica para la paciente y los miembros de su familia en el fortalecimiento de su

participación en dicho proceso. Se evaluará las metas del cien por ciento de la población programada situación que permitirá a su vez una valoración de los técnicas, instrumentos y métodos en el que principalmente se pondrá énfasis en el manejo de caso y seguimiento de la paciente. La evaluación deberá ser efectuada por los responsables del personal de Trabajo Social del INPer contemplando la cantidad y calidad de las acciones en forma concreta.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico-social cuya complejidad médica denota en extremo una atención integral e intervención multidisciplinaria que caracterizada como un problema de salud le confiere una mayor observancia en las medidas preventivas y educativas para su adecuado manejo y control.

Las consecuencias médico y sociales para una mujer embarazada portadora de diabetes acentúan gravemente la evolución de su embarazo, tomando en cuenta que de sus antecedentes gineco-obstétricos en relación a el padecimiento, depende en gran medida su colaboración y aceptación de un tratamiento, debido al deterioro tanto físico como emocional en las constantes pérdidas gestacionales que la condicionan a su autolimitación en el buen manejo de su estado diabetológico.

Actualmente el tratamiento médico de la mujer embarazada diabética abarca aspectos fundamentalmente sociales, debido a que existen factores determinantes como el económico el familiar y el cultural que influyen en éste, siendo así de tal prioridad la participación de disciplinas sociales como lo es el Trabajo Social y cuyo panorama dentro del ámbito institucional en el área de la salud ha intervenido con sus funciones y acciones específicas en los problemas

generados a raíz de la falta de salud en la población, y que en éste caso la dinámica social que adquiere la diabetes refleja una situación difícilmente sostenida para la mujer dentro de su núcleo familiar.

Por lo tanto la atención oportuna de un embarazo diabético es motivo principal para su inclusión dentro de los programas materno-infantiles del país, fundamentalmente por las consecuencias que acarrea para el binomio madre-hijo. A este respecto existen instituciones de alta especialidad médica como lo es el Instituto Nacional de Perinatología que hace frente a esta situación, teniendo como marco conceptual una atención médica específica hacia la paciente diabética además de los índices de morbi-mortalidad que la colocan dentro de los primeros padecimientos para su inmediata atención.

En colaboración con las disciplinas que intervienen para este problema se encuentra el Departamento de Trabajo Social del INPer que aunado al objetivo común de la Institución ha participado en la investigación de factores que influyen en el curso del evento obstétrico de la mujer diabética y cuyos resultados se integraron en la creación de una clínica específica para la atención integral de esta paciente.

La participación del Depto. de Trabajo Social ha tenido logros y avances en sus acciones encaminadas a

un bienestar general de la paciente. sin embargo la asistencia a la misma ha requerido de un abordaje más profundo, así como de su canalización a otros servicios que refuerzen su tratamiento.

La investigación de los factores que influyen en el tratamiento de la mujer embarazada diabética realizada por la tesista en el período de agosto de 1992 a noviembre de 1993 con un número total de 50 pacientes diabéticas embarazadas reflejaron y confirmaron que éste ha sido repercutido importantemente en sus medidas terapéuticas por un conjunto de elementos familiares, económicos y culturales que inciden gravemente en las indicaciones médicas sureridas a la paciente embarazada. La participación familiar es un indicador importante en este sentido ya que la alteración de su dinámica ha tenido significativa repercusión, así mismo el nivel cultural marca las condiciones educativas y de conocimiento por parte de la paciente y su familia hacia la diabetes que reflejan el raquerimiento de intuir en la conducta y hábitos de la mujer y su familia originando pautas de concientización y participación educativa en el mejoramiento de las condiciones generales, en el caso no sólo de su período gestacional, sino de las etapas consecutivas de su diabetes.

De lo anterior se concluye la intervención del Trabajo Social con la paciente diabética y su familia que fortalezca la participación familiar en la atención oportuna de su embarazo y su concientización en acciones preventivas en relación a los cuidados y manejo de su diabetes.

Es necesario que el trabajador social promueva la coordinación e integración institucional en base a un Programa de Asistencia Médico y Social en los casos de enfermedades crónicas como lo es la diabetes ó cáncer etc., que son patologías que reflejan cuadros muy agudos sobre todo cuando hay complicaciones invalidantes físicas y que crean una situación conflictiva para la mujer económicamente activa y con familia dependiente de ella.

Por tanto la promoción de la creación de instituciones que orienten, informen y ayuden a la paciente y su familia, así como la implementación de un programa de control diabético en los tres niveles de atención a la salud con una coordinación institucional ayudará a la prevención y riesgos que ocurre cuando las consecuencias de un embarazo diabético se reflejan en altos índices de morbilidad y mortalidad y de su influencia económico y social.

ANEXO 1

CUADRO 1 Edad de la Paciente Embarazada Diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
20 - 24 años	07	14
25 - 29 años	17	34
30 - 34 años	11	22
35 - 39 años	14	28
40 - 44 años	01	2
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 2 Estado Civil		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
casada civil y religiosamente	18	36
unión libre	13	26
casada civilmente	06	12
soltera	07	14
casada religiosamente	04	08
separada	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 3 Estructura Familiar		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
familia nuclear	25	50
familia extensa	10	20
familia extensa-compuesta	06	12
otro	09	18
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-agosto 1993

CUADRO 4 Número de miembros familiares		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
1 miembro familiar	03	06
2 - 3 miembros familiares	22	44
4 - 6 miembros fam.	10	20
7 - 9 miembros fam.	06	12
más de 10 miembros fam.	09	18
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 5 Ciclo Vital de la Familia		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
inició ó recién casados	18	36
procreación	13	26
procreación avanzada	10	20
otro	09	18
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 6 Relaciones interfamiliares Paciente-Pareja		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
buena relación	24	48
mala relación	06	12
regular relación	11	22
otro	09	18
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 7 Relaciones interfamiliares Paciente-Hijos		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
buena relación	23	46
regular relación	02	04
mala relación	00	00
otro	25	50
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 8 Relaciones interfamiliares Paciente-Fam. extensa y ext-compues.		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
buena relación	10	20
regular relación	05	10
mala relación	01	02
otro	34	68
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 9 Opinión de la paciente con respecto a su familia		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
familia integrada	36	72
familia semiintegrada	10	20
fam. en vías de desintegración	04	08
familia desintegrada	00	00
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 10 Hospitalizaciones en el Instituto del embarazo actual		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
es la primera hospitalización	19	38
de 2 - 3 hospitalizaciones	20	40
de 4 - 5 hospitalizaciones	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 11 Influencia de hospital. en la paciente y su familia		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
problemas familiares, económicos y laborales	25	50
problemas económicos y laborales	13	26
no existen problemas	07	14
problemas familiares	05	10
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 12 Toma de decisiones de la paciente en su familia		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
si participa en las decisiones	46	92
no participa en las decisiones	02	04
participa regularmente	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 13 Alteración de la relación sexual de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no existe alteración	27	54
si existe alteración	12	24
no sabe/no tiene pareja	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 14 Influencia psicológica del diagnóstico de diabetes		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
si le afectó de manera importante	32	64
le afectó de forma regular	11	22
no le afectó de manera importante	04	08
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 15 Reacción familiar al diagnóstico de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
sobreprotección y "servilismo"	32	64
mostraron sentimientos de culpa	11	22
se preocuparon demasiado por ella	04	08
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 16 Reacción familiar ante el embarazo de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
recibio apoyo moral	34	68
recibió apoyo moral y económico	12	24
indiferencia y desinterés	01	02
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 17 Alteración de las relaciones humanas en la familia		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no alteró las relaciones	23	46
si alteró las relaciones	14	28
no sabe si hubo alteración	03	06
no contestó	10	20
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 18 Participación familiar en el tratamiento de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
si participa constantemente	25	50
no participa en el tratamiento	17	34
participa regularmente	05	10
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 19 Influencia social del diagnóstico de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
si le afectó pero lo ha superado	28	56
no le afectó continuo igual	17	34
no contestó	05	10
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 20 Ocupación actual de la paciente diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
actualmente sin empleo	39	78
subempleada	06	12
empleada	04	08
nivel medio	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 21 Tipo de empleo de la paciente diabética embarazada		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
sin empleo	39	78
eventual	06	12
fijo	04	08
semifijo	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 22 Personas que contribuyen al ingreso familiar de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
1 proveedor económico	39	78
2 proveedores económicos	04	08
3 proveedores económicos	06	12
más de 3 proveedores económicos	00	00
no contestó	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 23 Principal proveedor económico de la familia		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
pareja	36	72
paciente	06	12
otro	03	06
paciente-pareja	04	08
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 24 Ingreso mensual familiar de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
2 veces el salario mínimo	22	44
el salario mínimo	18	36
más de 3 veces el salario mínimo	06	12
menor al salario mínimo	03	06
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 25 Impacto económico en el tratamiento de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
por la dieta y el medicamento	27	54
no se ha visto afectada	13	26
por la compra de medicamentos	07	14
por la realización de la dieta	02	04
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 26 Asignación de un ingreso para el tratamiento integral		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no destina ningún ingreso	21	42
si para la dieta y el medicamento	18	36
si para la dieta	06	12
si para el medicamento	04	08
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 27 Atención a la salud de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
servicios médico-asistenciales	45	90
cuenta con prestaciones médicas	03	06
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 28 Utilización de servicios médico-asistenciales		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
medicina de alta especialidad ó 3 nivel (INN, INPer)	22	44
medicina privada (médico de consultorio particular)	13	26
medicina asistencial (centro de salud, DIF, Hosp. de la Mujer)	10	20
régimen de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE)	03	06
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer enero-Agosto 1993

CUADRO 29 Escolaridad de la paciente diabética embarazada		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
nivel medio superior	17	34
nivel medio	13	26
nivel básico	11	22
nivel superior	06	12
analfabeta	02	04
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 30 Tipo de vivienda de la paciente diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
casa	37	74
departamento	06	12
vecindad	06	12
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 31 Tenencia de la vivienda de la paciente diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
prestada	25	50
rentada	14	28
propia	07	14
se esta pagando	03	06
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 32 Tipo de material de la vivienda de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
mampostería (concreto, ladrillo)	41	82
lámina ó cartón (plásticos, teja)	07	14
otro	01	02
no contestó	01	02
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 33 Estado actual de la vivienda de la diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
totalmente construida	40	80
en proceso de construcción	08	16
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 34 Distribución de la vivienda de la paciente diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
1 dormitorio aparte cocina, baño.	16	32
2 dormitorios aparte cocina, etc	15	30
más de 3 dormitorios aparte etc.	09	18
"cuarto redondo" sin divisiones	08	16
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 35 Servicios con que cuenta la vivienda de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
cuenta con agua y luz	32	64
cuenta agua, luz y teléfono	14	28
cuenta 1 servicio ó ninguno	02	04
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 36 Ubicación del baño de la paciente diabética		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
dentro de la vivienda	31	62
fuera de la vivienda/colectivo	16	32
fosa séptica	01	02
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 37 Realización de la dieta en el tratamiento de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
todos los días la realiza (5-7)	24	48
no la realiza del todo o un día	22	44
regularmente la realiza (3-5)	01	02
no realiza la dieta	01	02
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 38 Cambios en la alimentación general por la dieta		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no ha habido cambios	27	54
si ha habido cambios	21	42
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer enero-Agosto 1993

CUADRO 39 Alimentación complementaria para la dieta		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
queda satisfecha con la dieta	21	42
verduras y frutas (1-2 porciones)	18	36
otros (dulces, pastel etc.)	01	02
no contestó	10	20
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 40 Importancia para la paciente de realizar su dieta		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
sólo para sentirse bien	19	38
le ayuda en todo para su diabetes	18	36
en su control o nivel de glucosa	11	22
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 41 Tipo de diabetes que padece la diabética embarazada		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
diabetes tipo II ó Adulta	30	60
diabetes tipo II ó Juvenil	10	20
no sabe que tipo de diabetes tiene	07	14
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 42 Tiempo de padecer la diabetes		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
de 1 - 4 años	27	54
de 5 - 9 años	14	28
más de 10 años	06	12
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 43 Conocimiento de la paciente acerca de su diabetes		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
concepto medio	19	38
concepto bajo	13	26
concepto alto	10	20
otro	05	10
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 44 Participación en actividades en el uso y manejo		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no le interesa y no es importante	27	54
consulta revistas y libros médicos	14	28
asistencia a pláticas INPer etc	05	10
no por falta de tiempo ó dinero	01	02
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 45 Conocimiento de métodos anticonceptivos por la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
conoce los temporales y definitiv.	28	56
conoce sólo los temporales	17	34
no conoce ningún método	02	04
conoce sólo los definitivos	00	00
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 46 Utilización de métodos anticonceptivos por la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
si los más usuales (DIU etc)	29	58
si como espumas, diafragmas etc.	06	12
no ha utilizado por otras razones	07	14
no le interesa utilizar métodos	05	10
no contesto	03	6
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 47 Planeación del actual embarazo		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no planeado le "falló" el método	21	42
si planeo el embarazo actual	19	38
no llevaba ningún control	07	14
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 48 Embarazos de la paciente diabética embarazada		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
ha tenido hijos vivos	25	50
no tiene hijos vivos de emb. ante. es su primer embarazo	13	26
no contestó	10	20
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 49 Utilización de anticonceptivos en nuevo embarazo		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no quiere más hijos x complic.	25	50
si quiere otro hijo con conscienc.	13	26
no sabe si utilizará	10	20
no contestó	02	04
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 50 Atención oportuna del embarazo actual		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
fase intermedia (2do trimestre)	22	44
fase inicial (1er trimestre)	20	40
fase final (3er trimestre)	05	10
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 51 Tratamiento que realiza la paciente al inicio del embarazo		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
la dieta y la insulina	38	76
sólo realiza la dieta	09	18
sólo se aplica la insulina	00	00
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 52 Problemas de la insulina en el tratamiento		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
no tiene problemas	22	44
por cuestión económica	16	32
por económico, adquisición etc.	09	18
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 53 Problemas en embarazos anteriores de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
1a3 abortos, muerte neonatal, producto macrosómico, insuf. ment.	22	44
sin complicaciones en ant. embar.	13	26
es el primer embarazo	10	20
no cuenta con notas médicas	02	04
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 54 Complicaciones en el actual embarazo		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
otro tipo de complicaciones (EHAE,HASC,I.V.U.,obesidad exógena)	24	48
complicaciones comunes (descontrol metabólico,A.P.P.nefro y retino)	18	36
no ha tenido complicaciones	03	06
no cuenta con hojas de evolución	02	04
no contestó	03	06
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 55 Medidas preventivas de la familia de la paciente		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no han tomado medidas preventivas	42	84
si han tomado medidas preventivas	03	06
no contestó	05	10
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 56 Tiempo de ingreso por primera vez al INPer		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
1 año de ingreso	37	74
de 1 - 3 años de ingreso	04	08
de 4 - 6 años de ingreso	03	06
más de 7 años	02	04
no contestó	04	08
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 57 Información de la existencia de la clínica a pac.		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
no le informaron	46	92
si le informaron	00	00
no contestó	04	08
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

CUADRO 58 Canalización a otro tipo de servicios del Insituto		
Categorías	frecuencia absoluta	frecuencia relativa %
motivación a la adherencia terap.	17	34
Psicología y M.A.T.	09	18
Psicología, M.A.T. y Dietética	11	22
otro (planificación familiar)	09	18
no contestó	04	08
TOTAL	50	100

Fuente: Investigación de Campo INPer Enero-Agosto 1993

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

OBJETIVO: Conocer las condiciones familiares, económicas, culturales y psicológicas de la Mujer Embarazada Diabética, paciente del Instituto Nacional de Perinatología.

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. nombre _____ 2. edad _____
3. registro _____ 4. semanas de gestación _____
5. clasificación _____ 6. estado civil _____
(anote en cada cuadro el número que corresponda a la respuesta según lo refiera la paciente, cuando ésta no responda anotar una X)

II. ESTRUCTURA FAMILIAR

- Quiénes integran a su familia?
1. familia nuclear 2. fam. extensa 3. fam. exten-comp.
- Total de miembros familiares (registrar numéricamente)
- Etapas de ciclo de vida de la familia
1. inicio ó recién casados 2. procreación 3. proc. avanzada
4. independencia y/o retiro 5. muerte, soledad 6. otro
- 2.2 Dinámica Familiar
- Cómo considera la relación entre los miembros de su familia?
a. paciente-pareja 1. buena 2. regular 3. mala 4. otro
b. paciente-hijos 1. buena 2. regular 3. mala 4. otro
c. pac-fam. exte-comp 1. buena 2. regular 3. mala 4. otro
- De acuerdo a esta relación, cómo considera a su familia en cuanto a integración?
1. familia integrada 2. familia semiintegrada
3. fam. en vías de desintegración 4. fam. desintegrada
- En su embarazo actual, cuántas hospitalizaciones ha tenido en el INPer?
1. es la primera 5. más de 5 hospitalizaciones
2. de 2-3 hospitalizaciones 6. no ha tenido ninguna
3. de 4-5 hospitalizaciones hospitalización

7. Durante sus hospitalizaciones ha surgido algún problema ó cambio en las actividades diarias de ud. y su familia?

1. problemas familiares
2. problemas económicos derivados de los laborales
3. familiares, económicos y laborales
4. no existió ningún problema

8. En cuanto a la toma de decisiones de su familia, en cuál de los siguientes aspectos participa ud?.

- | | | |
|--|-------|-------|
| a. educación de los hijos | 1. si | 2. no |
| b. distribución y utilización del gasto familiar | 1. si | 2. no |
| c. reglas y valores inculcados a la familia | 1. si | 2. no |
| d. alimentos que debe ingerir la familia | 1. si | 2. no |
| e. solución a problemas de salud familiares | 1. si | 2. no |
| f. viajes y diversiones de la familia | 1. si | 2. no |

9. Considera que su enfermedad ha alterado la relación sexual con su pareja?

1. si la alteró 2. no la alteró 3. no sabe/no tiene pareja

10. Cuál de las siguientes reacciones tuvo ud. al saberse diabética?

- | | | | | | |
|------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|
| 1. tranquilidad | 1. si | 2. no | 5. depresión | 1. si | 2. no |
| 2. desesperación | 1. si | 2. no | 6. indiferencia | 1. si | 2. no |
| 3. agresión | 1. si | 2. no | 7. incredulidad | 1. si | 2. no |
| 4. tristeza | 1. si | 2. no | 8. otro | 1. si | 2. no |

11. Cómo reacciono su familia al conocer de su padecimiento?

1. sobreprotección y "servilismo" hacia la paciente
2. se preocuparon demasiado por ella
3. mostraron sentimientos de culpa
4. indiferencia y desinterés hacia la paciente
5. otro

12. Cómo reacciono su familia al conocer de su embarazo actual?

1. apoyo moral
2. apoyo económico
3. apoyo moral y económico
4. mostraron indiferencia y desinterés
5. otro

13. Considera que su enfermedad ha alterado las relaciones humanas con su familia?

1. si las alteró pero actualmente la apoyan
2. si alteró las relaciones humanas
3. no alteró las relaciones humanas
4. no sabe

14. Cómo considera que participa su familia en el tratamiento integral de su padecimiento?
1. si participa constantemente
 2. si participa regularmente
 3. no participa en el tratamiento
15. Afectó el diagnóstico de su enfermedad en su vida y actividades cotidianas?
1. si le afectó al principio pero lo ha superado
 2. si le afectó y aun no lo supera
 3. no le afectó continuo con su vida normal
 4. no le afectó al principio pero posteriormente si

III. CONDICIONES ECONOMICAS

16. A que se dedica ud. actualmente?
1. sin empleo
 2. subempleada
 3. empleada
 4. nivel medio
17. Tipo de empleo
1. eventual
 2. fijo
 3. semifijo
 4. otro
18. Cuántas personas contribuyen al ingreso mensual total de su familia (registrar numericamente)
19. Quién aporta el principal ingreso de su familia?
1. paciente
 2. pareja
 3. ambos
 4. hijos
 5. paciente-pareja
 6. paciente-hijos
 7. toda la familia
 8. otro
20. A cuanto asciende el ingreso mensual total de su familia?(registrar numericamente en nuevos pesos)
21. Su situación económica se ha visto afectada por el tratamiento médico de su enfermedad?
1. si por llevar acabo la dieta
 2. si por la compra del medicamento (insulina)
 3. si por la dieta y el medicamento
 4. no se ha visto afectada
22. Para dicho tratamiento ud. destina un ingreso específico?
1. si para la dieta
 2. si para los medicamentos
 3. si para la dieta y medicamentos
 4. no destina ningún ingreso para su tratamiento
23. Cuenta con prestaciones médicas?
1. si con el IMSS ó ISSSTE
 2. ha hecho uso de distintos servicios médico-asistenciales
 3. nunca ha acudido a ningún servicio médico

24. A qué tipo de servicios médico-asistenciales ha acudido ud?
- 1.régimen de seguridad social (IMSS,ISSSTE)
 - 2.medicina asistencial (centros de salud, clínicas, etc.)
 - 3.medicina de alta especialidad (instituciones de tercer nivel ó de especialidades de la Secretaría de Salud)
 - 4.medicina privada (consultorio de médico particular)

IV.ASPECTOS CULTURALES

25. Con que estudios cuenta ud?
- 1.nivel básico
 - 2.nivel medio
 - 3.nivel medio-superior
 - 4.nivel superior
 - 5.sabe leer y escribir
 - 6.analfabeta
26. Tipo de vivienda
- 1.casa
 - 2.departamento
 - 3.vecindad
 - 4.otro
27. Tenencia de la vivienda
- 1.propia
 - 2.rentada
 - 3.se esta pagando
 - 4.prestada
28. Material de construcción de la vivienda
- 1.mampostería (concreto,ladrillo,etc)
 - 2.lámina ó cartón (plásticos,asbestos,etc.)
 - 3.otro
29. Estado actual de construcción de la vivienda
- 1.totalmente construída
 - 2.en proceso de construcción
 - 3.semi-derruída
 - 4.derruída
30. Distribución de la vivienda
- 1."cuarto redondo" sin división de dormitorios, cocina,abaño ,etc.
 - 2.un dormitorio, aparte cocina, baño, etc.
 - 3.dos dormitorios aparte cocina, baño, etc.
 - 4.más de tres dormitorios aparte cocina,baño,etc.
31. Servicios con que cuenta la vivienda
- 1.cuenta con todos los servicios de agua, luz y teléfono
 - 2.cuenta con sólo dos de los anteriores servicios
 - 3.cuenta con un sólo servicio o ningún servicio
32. Ubicación del baño
- 1.dentro de la vivienda/individual
 - 2.fuera de la vivienda /colectivo
 - 3.otro
33. Frecuencia con que realiza la dieta de su tratamiento
- 1.todos los días la lleva acabo (5-7)
 - 2.regularmente la lleva acabo (2-3)
 - 3.sólo un día la lleva acabo por diferentes motivos

42. Ha utilizado algún método anticonceptivo?
 1. si los más usuales (DIU, pastillas, inyecciones)
 2. si como espumas, diafragmas, ritmo.
 3. no ha utilizado por diferentes motivos
 4. no ha utilizado porque no le interesa ó no le es importante
43. Su actual embarazo fue planeado?
 1. si lo planeo
 2. no lo planeo pues le "falló" el método
 3. no lo planeo pues no llevaba ningún control anticonceptivo
44. Es su primer embarazo?
 1. si 2. no
45. Después de su embarazo actual, utilizará algún método anticonceptivo?
 1. si porque quiere tener otro hijo, pero con conciencia de las complicaciones
 2. no utilizará porque ya no quiere más hijos por las complicaciones de la diabetes, desea la O.T.B.
 3. no sabe si utilizará

V. ATENCION MEDICA DE LA PACIENTE

46. En que mes de su embarazo actual se le atendió en el INPer?
 1. fase inicial (1er trimestre)
 2. fase intermedia (2do trimestre)
 3. fase final (3er trimestre)
47. Qué tipo de tratamiento llevó desde que inició su embarazo?
 1. realiza la dieta
 2. sólo se aplica la insulina
 3. lleva acabo la dieta y aplicación de insulina
48. En caso de utilizar insulina, ha tenido ud. algún problema con respecto a su adquisición ó utilización?
 1. si por cuestiones económicas
 2. si además de lo económico, el horario y accesibilidad
 3. no ha tenido ningún tipo de problema con la insulina
49. Problemas presentados en anteriores embarazos (consultar directamente expediente clínico)
50. Complicaciones presentadas en el embarazo actual (consultar expediente clínico)

51. Su familia ha tomado medidas preventivas a partir de conocer su diagnóstico?
1. si ha tomado medidas Cuáles? _____
2. no ha tomado medidas preventivas por diversas razones

VI. TRABAJO SOCIAL DEL INPer

52. Cuánto tiempo tiene de haber ingresado al INPer por primera vez?(registrar numericamente en años)
53. Se le ha informado alguna vez de la existencia de la clínica de pacientes diabéticas embarazadas?
1. si le informaron 2. no le informaron
54. Qué tipo de orientación ha recibido por parte de las trabajadoras sociales con respecto a su enfermedad?
1. Motivación a la Adherencia Terapéutica
2. psicología
3. dietética
4. todos los anteriores
5. por lo menos a dos de los anteriores servicios del INPer
6. otro

OBSERVACIONES GENERALES _____

ANEXO 3

CODIGO DEL INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DEL INSTRUMENTO

A MUJERES EMBARAZADAS DIABETICAS

Nombre: se anotará el apellido paterno y materno de la paciente y posteriormente el nombre ó nombres que tenga la misma.

Registro: se anotará el número de expediente asignado por Archivo Clínico del INPer a la apertura de primera vez, el cuál consta de cinco números dígitos, una diagonal, un dígito (número ó con letra) una daigonal y la terminación de 01 que le pertenece a todas las pacientes.

Semanas de gestación: se anotará le edad de embarazo representado en semanas, el cuál podra ser verificado directamente en el expediente clínico con las notas médicas ó en su caso se anotará la edad probable por ultrasonido ó medición cuando sea la Edad Gestacional Incierta (EGI).

Clasificación: se escribirá la clasificación alfabética de la "A" ala "J" la cuál se le asigna a la paciente a la apertura del expediente de primera vez.

1. Edad de la paciente (registrar numericamente)
2. Estado civil
 - 1.casada civilmente
 - 2.casada religiosamente
 - 3.casada por ambas
 - 4.soltera
 - 5.unión libre
 - 6.separada
 - 7.divorciada
 - 8.viuda
3. Tipo de familia
 - 1.familia nuclear
 - 2.familia extensa
 - 3.familia extensa-compuesta
 - 4.otro (se codificara a la paciente que viva con su familia de origen, patrones o sólo)

4. Total de miembros familiares (registrar numericamente)
5. Etapa de ciclo de vida de la familia
 1. inició ó recién casados
 2. procreación
 3. procreación avanzada
 4. independencia y/o retiro
 5. muerte, soledad
 6. otro (se codificará a las pacientes solteras ó separadas con ó sin hijos que estén viviendo con su familia de origen, patronos ó solas)
6. Relación paciente-pareja
 1. buena: cuando generalmente se lleve bien con su pareja, ocasionalmente tienen problemas sin llegar a la agresión, se da la comunicación y comprensión de la pareja.
 2. regular: ocasionalmente tienen problemas por gastos de la familia, a veces hay agresión entre ellos pero llega a un acuerdo mutuo, se interesa regularmente por la salud de la familia.
 3. mala: cuando existen problemas que afectan directamente a la familia, así como un total desinterés en la seguridad y salud de la paciente, ó esta a punto de darse el divorcio ó separación de la familia
 4. otro (se codificará a las pacientes solteras y separadas que no tienen ningún contacto con su pareja)
7. Relación paciente-hijos
 1. buena: cuando se llevan bien generalmente, obediencia y respeto en actividades y comportamiento de los hijos para con la paciente.
 2. regular: cuando existe regularmente desobediencia pero se respetan la mayoría de las decisiones de los padres ó peleas por razones de edad y sexo.
 3. mala: cuando nunca se han llevado bien, existe agresión e incomprensión y no hay obediencia hacia las decisiones familiares.
 4. otro: (se codificará cuando la pacientes no tenga hijos vivos)
8. Relación paciente-familia extensa y extensa compuesta
 1. buena: cuando se llevan bien generalmente se respetan las decisiones de la familia de la paciente y no hay intromisión en asuntos familiares
 2. regular: existe la indiferencia hacia la familia de la paciente ocasionalmente existen conflictos por la realización de tareas ó en el uso de instalaciones de la vivienda sin llegar a la agresión.

3.mala:cuando no se llevan bien, hay intromisión en lo asuntos personales de la paciente y su familia, problemas por las instalaciones de la vivienda, se da la agresión ó existe un abuso en los gastos familiares.
4.otro: (se codificará cuando sean familias nucleares ó que vivan con la familia de origen etc., registrando la relación con ésta de acuerdo a las anteriores categorías)

9.Integración familiar

- 1.familia integrada
- 2.familia semiintegrada
- 3.familia en vias de desintegración
- 4.familia desintegrada

10.Hospitalizaciones en el INPer

- 1.es la primera hospitalización
- 2.de 2 - 3 hospitalizaciones
- 3.de 4 a 5 hospitalizaciones
- 4.más de 5 hospitalizaciones

11.Problemas socioeconómicos generados a partir de las hospitalizaciones en la familia de la paciente

- 1.problemas familiares
- 2.problemas económicos derivados de los laborales
- 3.problemas familiares familiares y económico-laborales
- 4.no existen problemas de ningun tipo

12.Participación de la paciente en la toma de decisiones familiares

- 1.si participa en las decisiones familiares
- 2.no participa en las decisiones familiares
- 3.participa regularmente en las decisiones familiares

13.Alteración de la relación sexual de la paciente

- 1.si existe alteración en la relación sexual
- 2.no existe alteración en la relación sexual
- 3.no sabe o no tiene pareja estable (se registraran los en esta categoría los casos de pacientes solteras y separadas)

14.Influencia del diagnóstico del padecimiento (psicológicamente) en la paciente:

- 1.si le afectó de manera importante el diagnóstico
- 2.no le afectó de manera importante el dx.
- 3.le afectó de forma regular ó "normal" el diagnóstico de la diabetes

15. Reacción de la familia de la paciente al conocer su diagnóstico.
 1. sobreprotección y "servilismo" hacia la paciente
 2. se preocuparon demasiado por la paciente
 3. mostraron sentimientos de culpa
 4. indiferencia y desinterés hacia la paciente
16. Reacción de la familia de la paciente al conocer del embarazo actual
 1. recibió apoyo moral
 2. recibió apoyo económico
 3. recibió apoyo moral y económico
 4. mostraron indiferencia y desinterés
17. Alteración de las relaciones humanas de la familia con la paciente
 1. si hubo alteración de las relaciones humanas
 2. no altero las relaciones humanas
 3. no sabe si hubo alteración
18. Participación de la familia en el tratamiento integral de la paciente
 1. si participa constantemente
 2. no participa constantemente
 3. participa regularmente en el tratamiento (se registrará en esta categoría también por razones de residencia distante del INPer de las pacientes foráneas)
19. Influencia en la vida social de la paciente por el padecimiento
 1. si le afectó al principio pero lo ha superado
 2. no le afectó continuo con su vida normal
20. Ocupación actual de la paciente
 1. sin empleo
 2. subempleada
 3. obrera
 4. empleada
 5. nivel medio
 6. empresaria
21. Tipo de empleo
 1. fijo
 2. semifijo
 3. eventual
22. Personas que contribuyen al ingreso familiar (registrar numéricamente)

23. Principal proveedor económico de la familia
 1. paciente
 2. pareja
 3. ambos
 4. hijos
 5. paciente-pareja
 6. paciente-hijos
 7. toda la familia
 8. otro (se codificará en esta categoría cuando sea la paciente y otro miembro de su familia de origen, etc)
24. Ingreso mensual familiar de la paciente (se registrará numericamente en nuevos pesos de acuerdo al salario mínimo regional en vigencia que es de 714.00 nuevos pesos mensuales)
25. Impacto económico por el tratamiento médico de la diabetes mellitus
 1. por la dieta
 2. por el medicamento
 3. por ambas medidas terapéuticas
 4. no se ha visto afectada
26. Destinación de un ingreso específico para el tratamiento de la diabetes
 1. si para la dieta
 2. si para el medicamento
 3. si para ambas
 4. no destina ningún ingreso para el tratamiento
27. Atención a la salud de la paciente (prestaciones médicas)
 1. utilización de servicios médico-asistenciales
 2. cuenta con prestaciones de seguridad social
 3. nunca ha recurrido a ningún tipo de servicio médico
28. Utilización de servicios médico-asistenciales
 1. Incorporación al régimen de Seguridad Social
 2. medicina asistencial
 3. medicina de alta especialidad
 4. medicina privada ó particular
29. Escolaridad de la paciente
 1. nivel básico (primaria completa e incompleta)
 2. nivel medio (secundaria completa e incompleta)
 3. nivel medio superior (secundaria completa con carrera técnica, o preparatoria y/o equivalente completa)
 4. nivel superior o profesional (carrera profesional completa e incompleta)

30. Tipo de vivienda dónde habita la paciente y su familia
 1. casa
 2. departamento
 3. vecindad
31. Tenencia de la vivienda de la paciente
 1. propia
 2. rentada
 3. prestada
 4. se esta pagando
32. Tipo de material de la vivienda de la paciente
 1. mampostería (concreto, ladrillo)
 2. lámina ó cartón (plásticos, asbestos, teja)
33. Estado actual de la vivienda de la paciente
 1. totalmente construída
 2. en proceso de construcción
 3. semiderruída
 4. derruída
34. Distribución de la vivienda
 1. un dormitorio aparte cocina, baño, etc.
 2. dos dormitorios aparte cocina, baño, etc.
 3. más de tres dormitorios aparte cocina, baño, etc.
 4. "cuarto redondo" sin división de cocina, baño, etc.
35. Servicios con que cuenta la vivienda
 1. cuenta con agua y luz (servicios básicos)
 2. cuenta con los servicios básicos más el de teléfono
 3. no cuenta con ningún servicio ó sólo uno
36. Ubicación del baño
 1. dentro de la vivienda/individual
 2. fuera de la vivienda/colectivo
 3. fosa séptica etc.
37. Realización de la dieta como parte del tratamiento médico de la paciente
 1. todos los días la lleva a cabo (5-7)
 2. regularmente la lleva a cabo (3-5)
 3. no la realiza del todo ó sólo un día por diferentes motivos ó razones
 4. no realiza su dieta para nada
38. Cambios en la alimentación general de la familia
 1. si ha habido cambios en la alimentación familiar
 2. no ha habido cambios por la dieta de la paciente en la alimentación familiar

39. Alimentación complementaria para la dieta de la paciente
 1. verduras y frutas recomendadas médicamente
 2. queda satisfecha con la dieta
 3. otro (se codificará alimentos contraindicados médicamente como dulces, etc.)

40. Importancia para la paciente de llevar a cabo su dieta para su control metabólico
 1. sólo para sentirse bien ó bajar de peso
 2. para compensar su descontrol o cuidar sus niveles de azúcar
 3. le ayuda en cualquiera de los anteriores aspectos es decir para su bienestar en general

41. Tipo de diabetes que padece la paciente
 1. diabetes tipo I ó adulta
 2. diabetes tipo II ó juvenil
 3. no sabe que tipo de diabetes tiene (se codificará en esta categoría las pacientes que señalen que padecen la diabetes tipo "mellitus")

42. Tiempo de padecer la diabetes
 1. de 1 a 4 años
 2. de 5 a 9 años
 3. más de 10 años

43. Conocimiento de la paciente acerca de la diabetes
 1. concepto alto
 2. concepto medio
 3. concepto bajo
 4. otro (no le interesa o no le es importante)

44. Participación en actividades en el uso y manejo de la diabetes por parte de la paciente)
 1. consulta revistas y libros médicos
 2. asistencia a pláticas en instituciones ó en el INPer
 3. ambas medidas realiza la paciente
 4. no participa por falta de dinero o tiempo
 5. no le interesa o no le es importante

45. Conocimiento de métodos anticonceptivos
 1. conoce los temporales
 2. conoce los definitivos
 3. conoce ambos métodos
 4. no conoce ningún método

46. Utilización de métodos anticonceptivos
 1. si los más usuales (pastillas, DIU, inyecciones)
 2. si los menos efectivos (espumas, jaleas, diafragmas)
 3. no ha utilizado por diferentes motivos
 4. no ha utilizado porque no le es importante o no le interesa
47. Planeación del actual embarazo
 1. si lo planeo
 2. no llevaba ningún control anticonceptivo
 3. no lo planeo le "falló" el método
48. Embarazos de la paciente
 1. no es su primer embarazo (tiene hijos vivos)
 2. se ha embarazado (no tiene hijos vivos)
 3. el actual embarazo es el primero
49. Utilización de anticonceptivos después del embarazo actual
 1. si utilizará porque desea otro hijo con conciencia de las complicaciones
 2. no utilizara no desea más hijos por las complicaciones de la diabetes (salpingoclasia)
 1. no sabe si utilizara algún método
50. Atención oportuna del embarazo actual de la paciente
 1. fase innicial (1er trimestre)
 2. fase intermedia (2do trimestre)
 3. fase final (3er trimestre)
51. Tratamiento que realiza la paciente al inicio de su período gestacional
 1. sólo realiza la dieta
 2. sólo se aplica la insulina
 3. lleva acabo la dieta y se aplica la insulina
52. Problemas en la adquisición ó utilización de la insulina
 1. por cuestión económica
 2. por cuestión de horario de aplicación ó accesibilidad del medicamento
 3. por ambas situaciones
 4. no tiene problemas
53. Problemas presentados en embarazos anteriores
 1. es el primer embarazo
 2. consecuencias comunes de la diabetes
 3. abortos continuos
 4. sin complicaciones por diabetes
 5. otro
54. Complicaciones en el actual embarazo
 1. complicaciones comunes propias de la diabetes

2. otras complicaciones asociadas al embarazo y diabetes
 3. no ha tenido complicaciones en el curso de su embarazo
 4. otro
55. Medidas preventivas familiares a partir del diagnóstico de la paciente
1. si ha tomado medidas preventivas (estudios de laboratorio, etc.)
 2. no ha tomado medidas preventivas por diversas razones
56. Tiempo de ingreso por primera vez al INPer
1. 1 año de ingreso
 2. de 1 a 3 años de ingreso
 3. de 4 a 6 años de ingreso
 4. más de 7 años de ingreso
57. Información de la existencia de la clínica de diabetes
1. si le informaron de la clínica
 2. no le informaron de la existencia de la clínica
58. Canalización a otro tipo de servicio del INPer
1. motivación a la adherencia terapéutica
 2. psicología
 3. dietética
 4. otro
 5. nunca le ha dado orientación la trabajadora social del INPer

BIBLIOGRAFIA

1. ABRUCH LINDER, MIGUEL. Metodología de las Ciencias Sociales. Antología. ENEP-Acatlan. UNAM, México, 1986, págs.97.

2. ALBERTI NAVARRO, EZIO MARIO F. Diabetes y Embarazo. Tesis para obtener el grado de especialidad en gineco-obstetricia. INPer-Gineco-Obstetricia, México, 1991, págs.68.

3. ALMADA BAY, IGNACIO. Salud y Crisis en México, ed. SIGLO XXI, CIIH-UNAM, México, 1993, págs.112.

4. ANDER-EGG, EZEQUIEL, Metodología del Trabajo Social, ed. El Ateneo. 4a edc., España, 1990, págs.244.

5. BERTRAM, FERDINAND, La Diabetes, Principios Fundamentales. Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, 1988, págs.248.

6. CARDENAS DE LA PENA, ENRIQUE. Servicios Médicos del IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1973, págs.2358.

7. CASTELAZO AYALA, ERNESTO. Memorias del INPer 1983-1988. INPer, México, 1989, págs. 203.

8. CASTELAZO AYALA, KARCHMER K., Medicina Perinatal. INPer, México, 1988, págs.85.

9. CASTILLO NAVARRETE, ALFONSO. Educación del Paciente, Público, Profesionales de la Salud sobre Diabetes. Organización Panamericana de la Salud, Pùblicación Científica, OPS, págs.216.

10. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL-INPER. Actualización del Manual de Normas y Procedimientos. INPer, México, 1989.

11. DE ROBERTIS, CRISTINA. Metodología de la Intervención en Trabajo Social. edit. El Ateneo, Francia, 1981, págs.225.

12. DIAZ DEL CASTILLO, ERNESTO. Panorama Actual y Perspectivas de la Neonatología. Revista "Perinatología y Reproducción Humana", INPer, México, 1989, págs.143.

13. DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO ENTS-UNAM. Antecedentes de la Creación de la Especialidad de Trabajo Social en el Área de la Salud. ENTS-UNAM, México, 1993. págs. 58.

14. DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO ENTS-UNAM. Educación para la salud. Antología, ENTS-UNAM, México, 1992, págs.74

15. FLORES GONZALEZ, MARIA LUISA. Antecedentes de la Ayuda en el mundo y en México. ENTS-UNAM, México, 1982, págs.132

16. GARCIA ROMERO, JAIME S., Taller de Introducción a la Metodología de la Investigación Médica Interdisciplinaria, PUIS-UNAM, México, 1991, págs.67.

17. GARCIA SALORD, SUSANA, La Especificidad de Trabajo Social, ENTS-UNAM, México, 1986.87.

18. KISNERMAN, NATALIO, Salud Pública y Trabajo Social, Edit. Humanitas, Buenos Aires, s/f págs.173.

19. KLEIN, RONALD, Adelantos Recientes en la Comprensión y Tratamiento de la Retinopatía Diabética, Clínicas de Norteamérica, edit. Interamericana, E.U.A., 1988, págs.1816

20. MATEO DE ACOSTA, OSCAR, Diabetes Mellitus, edit. Ciencia Médica, 5a edic., La Habana, 1977, págs.550

21. MEINERS HUEBNER, ROLF, La Salud en México y el Trabajo Social, Revista No 16, ENTS-UNAM, México, 1983, págs.48

22. PODER EJECUTIVO FEDERAL, Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, edit. Talleres Gráficos de la Nación, México, 1989, págs.78.

23. ROJAS SORIANO, RAUL, Crisis Salud, Enfermedad y Práctica Médica, edit. Plaza y Valdez, México, 1990, págs.203

24.SANCHEZ ROSADO, MANUEL. Elementos de Salud Pública. dit. Fco. Mendez Cervantes. México. 1983, págs.312

25.SAN MARTIN, HERNAN, Salud Comunitaria, Teoría y Práctica, edit. Diaz de Santos. España. 1984. págs.379

26.SAN MARTIN, HERNAN, Salud y Enfermedad, edit. Prensa Médica Mexicana, México. 1975. págs.893

27.SOBERON, GUILLERMO, La Protección de la salud en México, dit. Porrúa, México, 1989, págs.174

28.TERAN TRILLO, MARGARITA, Perfil Profesional del Trabajo Social en el Area de la Salud, Revista No 37, ENTS-UNAM, México, 1989,págs.48.

29.VAZQUEZ CAMACHO, LUIS. El Método Científico en la Investigación en Ciencias de la salud, edit. Fco. Méndez Oteo, México, 1987, págs.110.

30.WARD, PETER. Las Políticas de Bienestar Social 1971-1989, edit. Trillas, México, 1992, págs.247.