



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO
SOCIAL

"PROPUESTA DE UN PROYECTO EDUCATIVO PARA LA MUJER DIABETICA EMBARAZADA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA." (INPER)

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P r e s e n t a n :

ALVARADO ROSAS ADRIANA
SOSA CANSECO IRENE



ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
Ciudad Universitaria, Agosto de 1995 México, D.F.

FALLA DE ORIGEN



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.

DEDICATORIAS.

" Hay libros que no necesitan dedicatoria, y este es uno de ellos, por que talvez, no es un ejemplo a seguir, sino un ejemplo que se ha seguido; Para todos aquellos que han sido ejemplo en nuestras vidas ".

Adriana e Irene.

IN MEMORIAM.

Ruben Canseco Antunez.

Adela Chávez.

Erasto Sosa Hernández.

Por que aún sin estar físicamente con nosotros, lo disfrutan de igual manera.

AGRADECIMIENTOS .

A nuestros padres, porque sin su presencia no hubieramos aprendido a volar para alcanzar nuestras metas.

A Maricela Sosa Canseco., por que aún con sus locuras nos enseñó a ver el mundo de otra manera, a Jorge Alvarado R. por que su sensatez sirvió para que no se perdiera el rumbo a tomar.

A las Lic. Aida Valero y Patricia González. Por brindarnos su apoyo y mostrarnos con una sonrisa que aún existe gente en quien podemos confiar.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

*LA SALUD MATERNO INFANTIL DENTRO DE LA POLITICA DE SALUD DEL ESTADO MEXICANO

| | |
|---|--------|
| 1.- FUNDAMENTACION JURIDICA..... | PAG 6 |
| 1.2 Antecedentes de la salud Planes Nacionales de Desarrollo..... | PAG 13 |
| 1.2.1 Políticas y Estrategias..... | PAG 18 |
| 1.3. Plan Nacional de Salud..... | PAG 22 |
| 1.4 Sectorización de los Servicios de Salud..... | PAG 26 |

CAPITULO II

* LA DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

| | |
|--|--------|
| 2.1. La diabetes como causa de muerte en la mujer embarazada(Embarazo de alto riesgo)..... | PAG 28 |
|--|--------|

CAPITULO III

* LA CLINICA DE ATENCION SOCIAL A DIABETICAS EMBARAZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA. (I.N.per.)

| | |
|--|--------|
| 3.1. Antecedentes..... | PAG 37 |
| 3.2 .Funciones y Objetivos de la Clínica de Atención a Diabéticas Embarazadas..... | PAG 42 |

CAPITULO IV

*** ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION QUE ACUDE A LA CLINICA DE ATENCION A DIABETICAS EMBARAZADAS.**

4.1.

Antecedentes.....PAG 47

4.2 Metodología.....PAG 50

4.3.1 Resultados de la 1ra. fase.....PAG 52

4.3.2 Resultados de la 2da. fase.....PAG 56

CAPITULO V

*** PROYECTO EDUCATIVO PARA LA MUJER DIABETICA EMBARAZADA. PAG 64**

*** CONCLUSIONES**

*** SUGERENCIAS.**

*** ANEXOS.**

*** BIBLIOGRAFIA.**

INTRODUCCION

La naturaleza de la población mexicana, la forma de distribución de ingresos, los hábitos de consumo y la forma de organización política y social, dan lugar a los aspectos más relevantes para poder caracterizar las condiciones de salud y sus mecanismos de atención; entendiéndose a éstos como el conjunto de servicios que son proporcionados al individuo con la finalidad de proteger, promover y restaurar la salud incluyendo actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

El desarrollo de México y en especial de la ciudad en las últimas décadas ha dado como resultado cambios importantes dentro de la estructura social, entre los más significativos se encuentran los relacionados con la situación de la salud y bienestar de la población como producto del desarrollo social y el perfil epidemiológico del mismo que se ha ido transformando notablemente. El cambio más importante lo podemos observar en los padecimientos de tipo transmisible que día a día van siendo desplazados gracias a las campañas de prevención, lo cual no sucede con las crónicas-degenerativas, que necesitan de otro tipo de campañas.

Podemos citar, que a la Diabetes Mellitus la Secretaría de Salud la reporta como una de las 20 principales causas de mortalidad, por grupo de edad señalando 5,667 casos de Diabetes en un grupo de población entre los 15 y los 67 años de edad, así pues en 1993 la

Diabetes Mellitus ocupó el 4to. lugar como causa de muerte en el país, ocasionando 29.581 defunciones y una tasa de 33.4% de habitantes.

Ahora bien, dentro de Instituto Nacional de Perinatología, como institución de tercer nivel, se localiza un equipo de Trabajadores Sociales encargados de conocer las características de las pacientes que acuden por primera vez a la institución, orientándolas sobre el tipo de atención que se brinda y canalizándolas de acuerdo al riesgo reproductivo presente a alguna de las Clínicas de atención Social con que se cuenta, para su posterior manejo médico social, las cuales son:

Clinica de Diabéticas Embarazadas

Clinica de Pacientes con Esterilidad

Clinica de Embarazadas Adolescentes

Clinica de Portadoras de VIH+ (SIDA)

Clinica de Embarazadas Producto de Abuso Sexual

Cada una de las clínicas son para el profesional de Trabajo Social un verdadero reto por la atención que la paciente requiere, ya que las causas representan un fenómeno en especial, pero dado que el tema que nos ocupa es la Clínica de Atención Social a Diabéticas Embarazadas a ella se hará referencia.

La adecuada atención brindada a este padecimiento permitirá en cierta medida reducir las tasas de mortalidad y morbilidad en la población afectada.

El objetivo primordial de este trabajo, es el de proponer el proyecto que mediante la acción sistematizada de trabajo social permitá modificar las actitudes de la paciente hacia su padecimiento y lograr así un apoyo para la adherencia terapéutica.

CAPITULO 1.

* LA SALUD MATERNO INFANTIL DENTRO DE LA POLITICA DE SALUD DEL ESTADO MEXICANO.

1.- FUNDAMENTACION JURIDICA.

Para la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud se entiende como: "... Un estado de completo bienestar físico, mental, emocional y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades..." (1).

B) AHORA BIEN DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

El derecho a protección de la salud se incorpora a la cada vez más larga lista de las garantías sociales, al ser adicionado, por propuesta del Ejecutivo Federal un nuevo párrafo en el artículo 4º constitucional, que observa la importancia del derecho que la población mexicana tiene para gozar de la protección a la salud. Dicha iniciativa fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 3 de Febrero de 1983 con el siguiente texto "... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud; La Ley definirá las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general conforme a lo que se dispone en la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución..." por lo cual el derecho a la salud adquiere rango propio y autonomía. (2)

(1) Benítez Jaimes, et.al. "Enciclopedia Barsa" México 1985 pág. 104.
(2) Cuaderno de Renovación Nacional "SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL" FCE. 1988, pág. 34.

El derecho a la protección a la salud esta involucrando por su origen, primero al asistencial, constituyendose como una de las primeras expresiones de solidaridad social para aligerar los efectos de la indigencia, manifiesta en el seno familiar y en toda la sociedad a través de actos de instituciones o entidades privadas, religiosas o del estado (asistencial y pública) y que puede presentar dos modalidades:

1) LA ASISTENCIA FACULTATIVA, en cuyo caso los beneficiarios no pueden exigir el debido cumplimiento de los servicios asistenciales.

2) LA ASISTENCIA OBLIGATORIA, que constituye un verdadero servicio exigible al estado.

Segundo, por lo que se refiere a el derecho de la seguridad éste ha sido visto desde dos alternativas en general:

1) EL RESTRINGIDO, que considera a los trabajadores como sus únicos beneficiarios.

2) EL AMPLIO, que extiende los beneficios a todas las colectivas, sin distinción de clase social, orientación política, ni posibilidades económicas.

Para cumplir con las políticas nacionales de salud y al mismo tiempo asegurar el desarrollo de los programas a mediano plazo es necesario reforzar la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud, adecuando al marco jurídico las condiciones de salud en el país estableciendo mecanismos de planeación con el fin evitar duplicidad y desperdicio en los recursos; dentro de la LEY GENERAL DE SALUD (1988-

1994) para la atención materno infantil se consideran las siguientes acciones:

"... I.- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

II.- La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo incluyendo la promoción de vacunación oportuna, y,

III.- La promoción de la integración y bienestar de la familia.

Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materno-infantil a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 63.- La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quiénes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el estado y la sociedad en general.

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán :

I.- Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

II.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.

III.- Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de menores de cinco años.

Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia apoyarán y fomentarán :

I.- Los programas para los padres destinados a promover la atención materno-infantil.

II.- Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes.

III.- La vigilancia de actividades ocupacionales que pueden poner en peligro la salud física y mental de los menores y las mujeres embarazadas, y

IV.- Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excretas.

Artículo 66.- En materia de higiene escolar corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas técnicas para proteger la salud del educando y de las comunidades escolares. Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de la prestación de servicios de salud a los escolares se efectuarán de conformidad con la base de coordinación que se establezcan con autoridades sanitarias y educativas competentes..." (3)

Ahora bien, en lo que respecta a la educación para la salud, la Ley General de Salud señala en artículo 112 que el objetivo de este es :

I.- Fomentar en la actitud de la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentales, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.

II.- Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud y,

III.- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas.

(3)Secretaría de salud, "Ley General de Salud 1993."

Artículo 113.- La Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación pública, y los gobiernos de entidades federativas, y con la colaboración de dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar recursos y alcanzar una cobertura total de la población..." (4)

Considerando lo establecido en la Ley General, ya mencionada, se ve la necesidad de educar a la población en relación a las enfermedades para prevenir y en caso de existir saber cómo controlarla. La elaboración de programas para lograr la prevención está a cargo de las instituciones de salud en sus tres niveles, y es aquí donde el Trabajador Social participa organizando los recursos (humanos, materiales) y motivando la participación de la comunidad que acude en busca de atención, tratando de descartar así las actitudes conformistas de aceptar niños con malformaciones congénitas y/o genéticas que en la mayoría de las veces pueden tener solución gracias a un diagnóstico y tratamiento oportuno. Cumpliendo de esta manera con los objetivos planteados (promover y proteger la salud materno-infantil, previniendo riesgo y daños en la mujer embarazada, durante el parto y el puerperio) y con esto lograr disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Es importante señalar que la Ley General de Salud, reglamenta las acciones y emite las normas y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud mediante un instructivo, denominado Plan Nacional de Salud que

(4) Ley General de Salud, Op.Cit.

persigue, el logro de una sociedad igualitaria para lo cual establece como propósito fundamental el de hacer efectivo el derecho a la protección a la salud mediante el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS) que se orienta a brindar a la población el acceso a los servicios de salud y hacer uso eficiente de los recursos, por tanto el Programa Nacional de Salud, expresa la política Nacional de salud a través de los siguientes objetivos:

"... 1.- Proporcionar servicios médicos a la población haciendo énfasis en el primer nivel de atención y mejorar y homogenizar la calidad básica de los mismos.

2.- Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles, así como los accidentes.

3.- Promover la salud de la población disminuyendo la incidencia de los factores que ponen en peligro fomentando el autocuidado de la salud.

4.- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente.

5.- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la dignidad de las parejas, coadyuvando a el mejoramiento de las condiciones de salud de la población materno-infantil.

6.- Contribuir al bienestar social de la población al proporcionar asistencia social..." (5).

(5) Cuadernos de Renovación Nacional, "Salud y Seguridad Social," FCE, México, 1988.

1.2. ANTECEDENTES DE LA SALUD EN LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO

Respecto a la salud el panorama, a que recibe en 1982, el Presidente LIC. MIGUEL DE LA MADRID, son los asalariados los que poseen la mejor atención médico-social, advirtiéndose la urgente necesidad de extender esta atención a la totalidad de los mexicanos. Desde este punto de vista, la constitución de un Sistema Nacional de Salud, regionalización de un Sistema Nacional de Salud, enmarcados como componentes y bajo las determinaciones de un Sistema Nacional de Planificación para el desarrollo, son realidades y desafíos a enfrentar; proceso a cumplir objetivos a lograr que integren las estructuras, funciones y soluciones del estado rector del desarrollo. Así el estado recibe expresiones de necesidades, demandas y posibilidades de realización respecto de la atención y satisfacciones de los requerimientos de salud individual, grupal, colectivo, optando entonces el estado por reconocer, calificar y jerarquizar dichas necesidades, asignando, organizando y utilizando los recursos escasos y producir los resultados que afirmen como deseables y benéficos para las necesidades y exigencias planteadas.

Dentro de una sociedad como la nuestra donde los sectores de población en condiciones de pobreza y marginación, tanto rurales como urbanos, son cada vez mayor el número de grupos analfabetos que carecen de información elemental sobre asunto de salud, y no pueden decidir por sí solo cuando están enfermos o necesitan ayuda, ni participar de manera eficaz en los esfuerzos de prevención; si además agregamos la insuficiencia o la carencia lisa y llana de recursos financieros, materiales y humanos para la política y el Sistema

Nacional de Salud, los servicios sanitarios no corresponden a las condiciones, situaciones específicas, problemas y desafíos concretos de un país en desarrollo como México dado que sigue el ritmo y el sentido de las transformaciones en el pueblo ni en calidad ni cantidad. Por lo que la infraestructura económica y social, se encuentra débil e inadecuada en cuanto a las capacidades y recursos disponibles y respecto al manejo de las enfermedades, de la pobreza y del hambre; entonces, "... el esfuerzo por garantizar el acceso efectivo de todos los habitantes de México a los más altos niveles de una vida social igualitaria y de una auténtica democracia, se torna en un fenómeno de esencia política, por lo tanto, la política y los servicios de salud se identifican así como un conjunto de intervenciones, decisiones, actividades y objetivos por y para la satisfacción de las necesidades de la sociedad en su conjunto, ello implica el desarrollo de un Sistema Nacional de Planificación..."(6)

Para el sexenio de 1982-1988, el proceso de consolidación del Sistema Nacional de Salud se enmarca dentro de tres grandes estrategias determinadas por la Ley, siendo estas:

1) La coordinación de las instituciones dentro de la fórmula de organización sectorial.

2) La descentralización de los servicios de salud, la población abierta para que los gobiernos estatales y municipales asuman

(6) Soberón Acevedo Guillermo, "El Derecho a la Protección a la Salud," Trillas, México, 1978.

gradualmente la responsabilidad en la prestación de servicios y administración de servicios de salud.

3) La modernización administrativa entendida ésta como la conformación de una administración sanitaria más simple y por ello más eficaz.

Es así que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Secretaría de Salud), como dependencia coordinadora del sector es, por tanto la responsable de elaborar el Programa Sectorial de Salud, tomando como referencia el Plan Nacional de Desarrollo siendo a su vez referencia para los programas institucionales de salud.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud no es un fin en sí mismo, ya que la manera en que se contempla estará en mayor capacidad de cuidar de la salud del pueblo mexicano; así los objetivos generales para el Sistema que han sido adoptados conjuntamente por las instituciones de salud y constituyen una aportación para el Plan Nacional de Desarrollo, son los siguientes:

... "1.- Proporcionar servicios de salud a toda la población atendiendo los problemas prioritarios y los factores que condicionan y causan los daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

2.- Contribuir al desarrollo democrático, armónico del país a fin de mejorar las condiciones socio-económicas del país.

3.- Apoyar a la población desprotegida y a la incapacitada en la esfera física o mental a fin de fomentar su bienestar y su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y en lo social, sin perjuicio de los derechos que la ley otorga a los asegurados.

4.- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones del medio ambiente que proporcionen el desarrollo satisfactorio de la vida.

5.- Impulsar un Sistema eficiente y eficaz de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar los servicios de salud.

6.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales de la sociedad que determinan hábitos, costumbres y actitudes en relación a la salud y al uso de los servicios para su protección..."(7)

Dichos objetivos son apoyados por una serie de estrategias específicas que determinan el campo metodológico y operativo para su desarrollo, entre las que hay que mencionar:

1. La adaptación de un modelo de atención regionalizada en tres niveles de atención, sustentado en indicadores de uso, demanda y eficiencia; en el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica desconcentrada para dar respuesta a los problemas donde ésta presente.

(7) De La Madrid Hurtado Miguel, " Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988"

2.- La definición de un marco normativo de la asistencia social.

3.- La adopción de fórmulas para ampliar los programas de planificación familiar voluntaria y el desarrollo de tecnologías y prestación de servicios con especial énfasis en el desarrollo de tecnologías y prestación de servicios a costos reducidos y procedimientos simples.

1.2.1 POLITICAS Y ESTRATEGIAS.

Tomando como referencia la definición que propone la Organización Mundial de la Salud, (mencionada al inicio) en la cual se considera a la salud como una situación estática en la que los tres elementos deben estar en equilibrio que si llega a romperse, trae como consecuencia que se pierda la salud. Ahora bien, el Dr. San Martín, propone la siguiente definición de salud, "...La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación, biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo estado es percibido por el individuo y/o su grupo como la manifestación de un proceso mórbico..."(8). En ella se muestra cierto dinamismo ya que el concepto habla de la tolerancia y compensación que el individuo presenta hacia los transtornos físicos, mentales, psicológicos y sociales de acuerdo a la propia capacidad del individuo de hacer frente a ella.

Es útil señalar que para los fines de este trabajo se considera que el concepto de salud es un concepto dinámico que cambia de acuerdo a cada época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las relaciones de producción existentes en ese momento, por lo que está limitada al marco social en el que el hombre se desenvuelve.

(8) San Martín Hernán, "Salud y Enfermedad," Prensa Médica, México, 1975, pág 12.

Tomando en cuenta este carácter dinámico del concepto, algunos países del tercer mundo, entre los que se encuentra México, han propuesto la llamada definición estratégica de la salud, la cual señala "... el mejor estado de la población de un país corresponde al mejor equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población..." (9).

Se comprende entonces que el derecho a la protección de la salud tiene como principal objetivo, el de garantizar a la población el acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o restablecimiento de dicho bienestar, mismo que tomando en consideración las actuales condiciones del país, se considera difícil más no imposible de alcanzar si se toma en cuenta lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994, por el LIC. CARLOS SALINAS DE GORTARI en el que señala: "... la salud no resulta meramente del sólo progreso económico y social, requiere de acciones específicas para prevenir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde puedan estar expuestos a distintos riesgos como son: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida y el medio ambiente, principalmente..." (10).

(9) Idem., pág. 105, 106 y 107

(10) Salinas de Gortari Carlos, "Plan Nacional de Desarrollo" 1988 - 1994".

Planteandose como objetivo principal y más amplio de la actual política de salud, el de "... impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de su bienestar social con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de atención de la salud..."(11) señalando características básicas de estos que son:

1º NIVEL.- Primer contacto con la población con los servicios de salud, básicamente tiene un carácter educativo, de protección, realizando vigilancia epidemiológica, su función es la PREVENCIÓN.

2º NIVEL.- En este se atienden problemas no resueltos en el anterior, cuenta con los servicios de Pediatría, Ginecología, Cirugía General y Medicina Interna,

3º NIVEL.- Comprende a hospitales e institutos que cuentan con recursos sofisticados para la atención de casos complejos, realizando actividades de asistencia e investigación en el área de salud para asegurar los recursos para el logro de dichos objetivos, se ha propuesto lo siguiente:

"...1) Mejoramiento de la calidad de la atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la búsqueda de asistencia médica hasta la solución del problema motivo de consulta.

(11) Valero Chávez Aida, Conferencia en INPER. 1993

La efectividad y eficiencia de las acciones médicas serán mejoradas a través de la educación médica continua, el establecimiento de comités para la promoción de la calidad asistencial, y la permanente evaluación del sistema de atención al público usuario.

2) Modernización del sistema de salud, impulsando vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva a través de la educación para la salud y el desarrollo de acciones de fomento y protección donde colaboren todos aquellos organismos y asociaciones que comparten responsabilidades o intereses en la protección de la salud.

Se dará especial énfasis a la prevención de enfermedades consolidando los avances obtenidos en los programas existentes, el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como las crónicas degenerativas. Siendo objeto de atención prioritaria las acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil y a proteger la salud reproductiva.

3) Descentralización y mejoramiento en la coordinación de los servicios de salud, asegurando el desarrollo de los programas de mediano plazo, reforzándose la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud. Adecuando el marco jurídico de la salud; fortaleciéndose los Sistemas locales de Salud, buscando así aumentar su capacidad de gestión y toma de decisiones, así como los mecanismos para la coordinación intersectorial que aseguren la corresponsabilidad de los sectores involucrados en el cuidado de la salud..." (12).

(12) Secretaría de Salud, "Plan Nacional de Salud 1988-1994".

1.3. PLAN NACIONAL DE SALUD. 1988-1994.

Ahora bien, el Plan Nacional de Salud dentro de sus aspectos de la atención materno-infantil, plantea la necesidad de promover y proteger la salud materno-infantil, previniendo riesgos y daños a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, proporcionando así la oportunidad del sano desarrollo y del sano crecimiento del infante.

Dentro de sus lineamientos para poder llevar a cabo lo antes citado se manejan las siguientes estrategias de acción:

"...1.- Integrar institucionalmente comités de prevención de la mortalidad materno-infantil, a fin de conocer, sistematizar y evaluar el problema y con esto adoptar las medidas pertinentes y/o consecuentes.

2.- Fomentar la investigación científica en el área de servicios de salud, en el campo clínico y en el de la investigación básica en torno a los problemas de salud materno-infantil.

3.- Realizar programas de educación para la salud materno-infantil.

4.- Establecer mecanismos que permitan la participación de la familia en la prevención y atención oportuna de los riesgos y daños a la salud materno-infantil..." (13).

(13) Plan Nacional de Salud, Op.Cit.

Del Plan Nacional de Salud, surgen programas específicos para el logro de los objetivos planteados, es así que para la atención materno-infantil se propone el siguiente programa; mismo que orienta sus acciones a proteger la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como del niño en su etapa intrauterina hasta los cinco años.

Las acciones son de naturaleza evidentemente preventiva, ya que consisten en la vigilancia del proceso de gestación y del parto, así como de la nutrición, crecimiento y desarrollo del infante y especialmente en la detección y atención oportuna de mujeres embarazadas y niños que tienen riesgos elevados de perder la salud física o mental.

OBJETIVOS:

- Lograr mejores niveles de salud materno-infantil
- Prevenir que los riesgos se conviertan en daños y brindar atención oportuna e integral de calidad y trato digno durante el embarazo, parto y puerperio.
- Obtener el crecimiento y desarrollo sano de los niños durante la etapa de gestación y en el curso de los primeros cinco años.

Para la consecución de dichos objetivos se establecen las siguientes líneas estratégicas:

"...Considerar que la atención primaria constituye la base esencial del cuidado de la madre y del niño.

- Instalar comités de mortalidad materno-infantil en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

- Lograr la participación de las partes empíricas y de los curanderos y con esto promover su preparación técnica.

- Diseñar y aplicar modelos de atención simplificada en las comunidades rurales, para los casos de embarazo y parto de riesgo bajo.

- Incrementar el alojamiento conjunto de madre-hijo en las unidades hospitalarias.

- Difundir y aplicar las acciones tendientes a la prevención, detección, y tratamiento oportuno de los defectos del nacimiento.

- Capacitar en la atención materno-infantil al personal de primer nivel de atención.

- Fomentar e impulsar la investigación científica en materia de nutrición, crecimiento y desarrollo.

- Buscar la colaboración de los sectores público, social y privado

para el programa de atención materno-infantil..." (14)

Es evidente que lo planteado en el Plan Nacional de Salud son objetivos muy ambiciosos y que para el logro de los mismos se necesita no sólo del aumento de los recursos económicos al sector, sino también de dar constante capacitación al personal especializado, así como de trabajar más directamente con la población que requiere y demanda el servicio, ofreciendo éste cada vez con mayor calidad y dejar el trabajo de escritorio. o no es con hechos como se demuestra el cambio ?.

(14) Plan Nacional de Salud, Op,Cit.

1.4 SECTORIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es importante destacar que para que se logre la consolidación del Sistema Nacional de Salud se han establecido cinco estrategias: la secularización, descentralización, modernización administrativa, coordinación intersectorial, y participación comunitaria; siendo importante señalar que, los fines que este trabajo persigue, es el de definir que la secularización es el "... agrupamiento de entidades paraestatales que realizan funciones y otorgan servicios a fines a cada uno de los grupos en que se clasifica la Administración Pública Federal. Esta agrupación es la que permite a una Secretaría de estado conducir, planear, programar, evaluar, organizar y controlar las actividades de las entidades paraestatales que quedan bajo su coordinación...(15)

Obedeciendo a lo de arriba señalado, se entiende entonces que, la coordinadora del sector así como los organismos descentralizados y empresas de participación estatal agrupados constituyen un sector administrativo determinado. Es así que el sector Salud agrupa a los programas y funciones de las instituciones de Seguridad Social y demás organismos de la Administración Pública que ofrecen servicios de salud como son: El Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional y PEMEX; conformando el sector administrativo con dos subsectores:

(15) Plan Nacional de Desarrollo, Op.Cit.

- La asistencia social que conformando por el Sistema Nacional para el desarrollo integral de la familia (D.I.F.), el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil; y por

- Los Institutos Nacionales de salud, entre los que se encuentran los Institutos de Cardiología, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición, Neurología, Pediatría, Perinatología, Salud Pública, Hospital Infantil de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Debe hacerse hincapié en que dada la importancia que se ha dado al cuidado de la salud en México y la creciente necesidad de caracterizar la naturaleza del tipo de atención que determinados grupos sociales requieren, los Institutos que conforman el subsector realizan funciones esenciales de enseñanza, asistencia e investigación en el área de su especialidad siendo el Instituto Nacional de Perinatología uno de los que ha consolidado su acción llegando a considerarse como uno de los mejores Institutos de su especialidad en América Latina, de la creación, funciones y objetivos principales del INPer, se hablará más adelante en el capítulo III, donde se inserta el estudio objeto de esta tesis.

CAPITULO II.

* DIABETES COMO FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

2.1. La Diabetes como Causa de Muerte en la Mujer Embarazada (embarazo de alto riesgo.)

Un embarazo de alto riesgo es aquél en el que la madre, el feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros que en un embarazo normal. En términos generales se han asociado al embarazo de alto riesgo numerosos trastornos muchos de ellos debido, en última instancia a la pobreza, ignorancia o fecundación no deseada, y otros que pueden considerarse como problemas importantes de salud, alteraciones obstétricas o deficiencias biológicas. Los factores específicos que comprenden el riesgo creciente para la madre o su hijo incluyen determinantes genéticos, enfermedades maternas o fetales, trastornos obstétricos, disfunción placentaria, complicaciones del cordón umbilical, parto fuera de tiempo y complicaciones del trabajo de parto y de la vida del neonato. Son factores generalmente asociados a mayor o menor riesgo perinatal los estados socio-económicos, emocionales, de nutrición y de salud de la madre.

"... Las pérdidas maternas, fetales o neonatales imprevistas son menos frecuentes si se ha proporcionado atención sostenida durante todo el embarazo. Sin embargo, no se conoce la frecuencia verdadera

del embarazo de alto riesgo debido a que se carece de definiciones rígidas, pero, es posible que por lo menos el 20% de las mujeres embarazadas y su progeñie estén sujetos a riesgos..." (16).

La atención perinatal proporciona una serie de puntos de referencia de riesgo perinatal. Arbitrariamente pueden dividirse en los siguientes: selección inicial, selección en la visita perinatal, selección durante el parto, evaluación del parto y evaluación después del parto.

Dentro de este punto sólo se mencionarán aquellos puntos de selección inicial y no se hará hincapié en el resto de estas y sus evaluaciones, debido a que dentro de la selección inicial se consideran las complicaciones médicas del embarazo en las cuales se señala a la Diabetes Mellitus la cual será tratada en el presente documento y sobre ella se hará amplia referencia.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: Hay una correlación positiva alta entre insuficiencia y pérdida reproductiva o subsiguiente. Ante todos los segundos embarazos tienen la tasa de mortalidad más bajas.

COMPLICACIONES MEDICAS DEL EMBARAZO: Ciertas enfermedades ejercen un efecto nocivo sobre el embarazo. Más aún, el embarazo puede agravar ciertas enfermedades de la madre. Las embarazadas con los siguientes trastornos pueden requerir remisión a una clínica de riesgo alto.

(16) Williams, et.al. "Manual de Problemas Clínicos en Obstetricia y Ginecología", México 1985.

HIPERTENSION CRONICA.- La Hipertensión crónica se asocia con preclamsia-epclamsia sobre-puesta, en la cual las tasas de mortalidad perinatal casi es del 25 %.

ENFERMEDADES RENALES.- La Glomerulonefritis aguda o crónica puede ser difícil de distinguir de la preeclampsia-eclampsia. La pielonefritis ocurre más frecuentemente en los últimos periodos del embarazo. Debe investigarse a fondo antes del embarazo la presencia de enfermedades renales congénitas, como riñón poliquistico, para garantizar una función renal adecuada.

DIABETES MELLITUS.-Todas las clases de diabetes se asocian con riesgo aumentado. Los tipos de diabetes del grupo B o más grave, depende de la insulina que se asocia más con una tasa aumentada de abortos, una tasa aumentada de muerte perinatal y a una mayor posibilidad de anomalías o lesiones al nacer.

Ahora bien, desde el punto del embarazo de alto riesgo es necesario enfatizar que, la Diabetes Mellitus, es según el Dr. San Martín "... una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono asociados con una insuficiencia en la insulínica. Es una enfermedad crónica de gran importancia médico-social ya que produce incapacidad para el trabajo y puede ocasionar complicaciones graves como la retinopatía, ceguera, nefropatía, gangrena,etc. ..."(17)

(17) San Martín Hernán, Op.Cit pág. 510.

Las personas más propensas a sufrir de esta enfermedad, son aquellos que tiene antecedentes de familiares diabéticos, adultos de 40 años de edad, personas con sobrepeso, Sus principales síntomas son por lo general:

<<< Aumento de apetito (polifagia).

<<< Sed excesiva (polidipsia)

<<< Aumento en la frecuencia de la orina.(polinuria)

<<< Cansancio y debilidad.

<<< Pérdida de peso.

Es importante señalar que existen dos tipos de Diabetes Mellitus, uno de ellos es Insulinodependiente (Tipo I), que inicia en la juventud y esta asociado a la deficiencia en la secreción insulínica y generalmente con la predisposición genética; y la de (Tipo II) no es Insulinodependiente, que tiene un componente hereditario fuerte, por lo general aparece en los adultos con sobrepeso y mujeres embarazadas en las cuales la Diabetes se presenta como complicación en una de cada 325-350 por cada 1000 embarazadas en los países de América Latina y representa una causa importante de morbilidad materna y perinatal. Aún cuando la morbilidad materna es rara con el tratamiento actual, la tasa de mortalidad perinatal es de 10-30 por cada 1000.

Hay autores que señalan que el embarazo es un estado diabético, y que se manifiesta "... en el desarrollo de la Diabetes Gestacional, en la intensificación de la Diabetes patente y al causar complicaciones metabólicas como la cetoacidosis..." (18). El embarazo implica una sobre carga en el metabolismo de los carbohidratos, inclusive en las mujeres sanas y a las diabéticas embarazadas por lo general requieren de mayores cantidades de insulina. Para entender mejor este punto, es importante entonces explicar en que consiste la Diabetes Gestacional, definiéndola como "...aquella que se diagnostica por primera vez durante el embarazo sin conocimiento previo a la concepción, usualmente desaparece después del parto, pero, existe mayor riesgo de desarrollar alguno de los otros tipos de diabetes, más adelante, por lo que es necesario reclasificar a la paciente al término del puerperio..." (19).

Los principales efectos de la Diabetes Mellitus sobre el embarazo, son muchos y de diversa gravedad, así el aborto y la esterilidad se ven aumentados sólo en caso de Diabetes mal tratada y controlada.

La preclampsia y la eclampsia se presentan con mayor frecuencia (30-50 %) especialmente en pacientes con esclerosis vascular o hipertensión previa al embarazo. Las anomalías congénitas de todo tipo se encuentran en proporción 5-6 veces más grande el riesgo de muerte fetal, se

(18) Williams, Op.Cit.

(19) Pérez Ramírez Oralia, "Factores Sociales que Influyen en el Tratamiento de la Paciente del INPer," Tesis, E.N.T.S., 1994, pág. 13.

eleva en especial a partir de la 36ª semana de gestación, a causa de acidosis materna y de "insuficiencia placentaria".

Es común el desencadenamiento del parto prematuro, aumentando las probabilidades de obtener un feto excesivamente grande (mayor de 4Kg.)

La distocia y el parto operatorio son más frecuentes, y por lo consiguiente, se incrementa la morbilidad y la mortalidad fetal.

Es de suma importancia señalar que el diagnóstico de la Diabetes Mellitus se basa en los síntomas y signos clínicos, pero en gran parte depende de las pruebas de laboratorio, si los resultados de esta prueba muestran glucosuria persistente, hiperglucemia y disminución de la tolerancia de la glucosa en el embarazo y durante éste será más fácil realizar el diagnóstico (Dx.). Ahora bien, se realizará un escrutinio más profundo, si en la grávida hay antecedentes de un prematuro previo sin explicación alguna, o hidramnios, o un neonato previo que pese más de 4500 gr., o dos recién nacidos pequeños sin causa conocida de sufrimiento respiratorio.

Una vez diagnosticada la Diabetes Mellitus, se debe llevar una dieta balanceada, control de peso y mantenimiento de cifras posprandiales de glucemia de 150-200mg/100ml; con insulina si es necesario.

El tratamiento conjunto entre el obstetra, internista, pediatría, dietólogo y trabajador social, causa una disminución de las tasas de mortalidad materna, con la terapeuta actual, debe ser inferior a 0.2 %. Las muertes obedecen a coma diabético, preeclampsia-eclampsia, infecciones, nefropatías, complicaciones cardíacas, distocia y embolias. El abandono del tratamiento o lo impropio de éste son causas de todas las muertes maternas.

Entre los factores que afectan la supervivencia fetal son: la gravedad de la diabetes, el control de la diabetes, la gestación, la función placentarias, el sangrado placentario, la preeclampsia-eclampsia, polihidramios, y la interrupción del embarazo antes de la 34ª semana de gestación o de después de 39ª semana de gestación. La mortalidad perinatal, aún con los avances terapéuticos actuales, alcanza el 10 % y hasta 30 % las anomalías fetales ocurre es de 5 o 6 % de los casos y son más frecuentes si coexisten polihidramios.

Aunque los progresos de la medicina han reducido de manera considerable los riesgos, no se niegan las dificultades que puede acarrear la Diabetes Mellitus en y durante el embarazo, el deterioro del organismo materno y fetal durante el proceso gestacional a consecuencia del padecimiento de base puede favorecer el desarrollo de alteraciones sociales para la madre y su familia, gastos médicos imprevistos, alteraciones de la economía familiar, ausencia laboral, etc.. Lo que haría que el tratamiento se torne si no imposible, si más difícil de seguir, y por lo tanto las consecuencias para la salud

de la madre y de su hijo serían más graves, evitándose así el número de gastos.

Ahora bien, las angustias y presiones familiares también incrementan, provocando graves desequilibrios en varios aspectos familiares, pudiendo traer como secuelas a su vez, que la tranquilidad que la paciente necesita para y durante su embarazo se pierda y el tratamiento no de el resultado deseado. Por lo tanto, es necesario que se conjunten todos aquellos elementos o factores que están activamente presentes en un momento dado en la conciencia de la paciente diabética y que llevará a la acción positiva en función de su tratamiento médico.

Entre los factores internos se puede mencionar: la necesidad, instinto y aspiraciones; valor de un objeto o de un logro, dando sin motivo, razón adecuada y estímulo suficiente y energía necesaria para inducir a las pacientes a llevar a cabo las acciones encaminadas a las satisfacciones de las necesidades para lo cual, el equipo médico (endocrinólogo, dietista y trabajador social) se verá en la obligación de realizar un plan de acciones específicas para este tipo de pacientes, que requieren del esfuerzo conjunto para el mejor desarrollo y término del evento obstétrico.

Finalmente, es necesario considerar, la posibilidad de remitir a la gestante diabética a una área especializada de atención (llamese Clínica) en la que la ayuda brindada sea especializada y bajo un enfoque de equipo organizado, para que gracias a la eficiencia lograda y constante en y para los miembros del equipo permita

enfrentar cabalmente los problemas sociales, económicos y médicos complejos; y que al mismo tiempo se reduzcan los costos, cuidando en grado razonable tanto para la paciente como para la Institución que esta brindando la atención médica a este tipo de mujeres gestantes.

CAPITULO III.

* LA CLINICA DE ATENCION SOCIAL A DIABETICAS EMBARAZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

3.1 ANTECEDENTES

El antecedente más antiguo del Instituto Nacional de Perinatología, como institución de salud, se remonta al año de 1921, durante el periodo presidencial del General Alvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de beneficencia privada la maternidad casa del "periodista", ocho años después en 1929 en el gobierno de General Pascual Ortiz Rubio, cambia su línea de dependencia al comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937, el Presidente Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública, la cual absorbe todos los establecimientos con funciones en materia.

En 1976, se expropia el predio ocupado hasta entonces conocido como "maternidad Isidro Espinoza de los Reyes", dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para formar parte del Instituto Mexicano de Atención a la Niñez (I.M.A.N.). Por decreto presidencial el 10 de Febrero de 1977 se constituye el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y el ya entonces Instituto Nacional de Perinatología pasa a formar parte de esa dependencia.

Durante la administración del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, se expidió un decreto con fecha de 20 de Diciembre de 1983 donde se

modifica y se consolida la estructura orgánica funcional del D.I.F. incorporando los servicios de asistencia social, rehabilitación, así mismo dispones el despliegue del sistema de los Institutos Nacionales de Pediatría y Perinatología, con fecha 19 de Abril de 1983 el presidente Miguel de la Madrid Hurtado da a conocer en el Diario Oficial de la Federación que con base en artículo 45 de la Ley Orgánica de la constitución fracción I y el artículo 89 de la misma se considera:

"... Que el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia ha sido reestructurada con objeto de realizar los programas de asistencia social y rehabilitación vinculados a ésta como los servicios de salud.

* Que el Sistema Nacional para el desarrollo Integral para la Familia, cuenta con el Instituto Nacional de Perinatología cuya alta calidad asistencial, docente y de investigación hace conveniente que goce de autonomía, estructurandola como organismo público descentralizado, bajo la coordinación de la autoridad sanitaria en términos de la Ley Orgánica de administración Pública..."(20)

Dadas las características de la población mexicana, conformada en su mayoría por personas jóvenes, las expectativas que contemplan a un futuro inmediato, desde el punto de vista de salud pública, han hecho que la atención materno-infantil se ubique como un programa

(20) Castelazo Morales Manuel, "Memoria 1983-1988", Instituto Nacional de Perinatología

prioritario de salud nacional, y que no solamente en el aspecto cuantitativo, es lo que define el problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la reproducción humana, que desde una perspectiva biosicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de los seres y la eficiencia de las medidas preventivas en la resolución de problemas graves de morbilidad materna, fetal y neonatal, además del impacto que tiene sobre la evaluación interior del recién nacido.

"...Esta problemática da como fundamento para el Instituto Nacional de Perinatología ya como organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, se propusiera los siguientes objetivos:

I:- Proporcionar atención médica con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción humana, crecimiento y desarrollo humano;

II:- Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología.

III:- Actuar como órgano de consulta de los distintas dependencias y entidades públicas en materia de perinatología.

IV:- Prestar asesoramiento a la Secretaría de Salud cuando esta lo necesite en las disciplinas que fomenten el Instituto y;

V:- Apoyar los programas de salud pública.

A lo largo del tiempo el Instituto ha adquirido experiencia institucionales en todos los renglones y a contemplado toda la evaluación-proceso maduración de todo el equipo de salud que en el laboran.

Además dentro del INper. la atención brindada a la mujer en etapa reproductiva es y ha sido de suma relevancia en la disminución de la mortalidad materno-infantil.

A partir de la descentralización del Instituto en el año de 1983, la subdirección general de enseñanza y educación profesional fijo como tarea importante el logro de los siguientes objetivos:

"...* Promover la concientización individual y familiar sobre la importancia de diversas etapas del proceso reproductivo, principalmente entre paciente usuaria de los servicios del Instituto..."(21)

Para lograr este propósito se plantea la organización que permite por un lado; el desarrollo de tres acciones educativas formativa, continua y comunitaria, en forma interrelacionada (estudio horizontal) y por otro lado aplicar a los diferentes niveles de atención incluyendo en primer nivel a las pacientes como elemento decisivo de su bienestar biopsicosocial.

(21) Castelazo Morales Manuel, Op.Cit.

El Instituto Nacional de Perinatología participa en la formación de recursos humanos, proporcionado así la facultad de tener mayores conocimientos en relación a los diferentes padecimientos y poder proporcionar la mejor atención a las usuarias a fin de crear diferentes clínicas de atención social donde Trabajador Social juega un papel indispensable dentro de la Instituciones ya que, el primer acercamiento de la paciente del instituto, es a través de la trabajadora social misma que canaliza a la paciente que ingresa dependiendo de su padecimiento a las diferentes clínicas que forman parte del propio Instituto, a fin de proporcionar junto con el equipo interdisciplinario el tratamiento adecuado para la mejor resolución del evento obstétrico presente.

3.2 FUNCIONES Y OBJETIVOS DE LA CLINICA DE ATENCION SOCIAL A DIABETICAS EMBARAZADAS.

Al Instituto Nacional de Perinatología acuden muchas pacientes con problemas sociales específicos, que requieren de un manejo social exhaustivo y especializado. Tradicionalmente, la consulta de primera vez de Trabajo Social, en el servicio de consulta externa, constituye el primer contacto de la paciente con la institución, y su función principal es la de hacer la apertura de expedientes de ésta, así como la determinación de las condiciones económicas. Una vez realizados los procedimientos ya mencionados, la paciente es citada a una consulta subsecuente de Trabajo Social, con el fin de que la trabajadora Social se aboque a atender el o los problemas sociales detectados en la primera consulta. Dado el volumen de citas subsecuentes que debe atender la Trabajadora Social se tiene que destinar un breve tiempo, lo cual impide que la paciente reciba la orientación necesaria para su particular problema, y por otra parte y la trabajadora Social generaliza sus técnicas sociales.

Con referencia a lo anterior, se considero la necesidad de organizar la asistencia de las pacientes a grupos con determinadas características, con el fin proporcionarles la atención en particular de Trabajo Social que requieren y no simplemente las medidas generales que a todas las pacientes se les proporcionan en este servicio. Sólo la organización asistencial a estos grupos de pacientes permitió crear experiencias respecto a la problemática social que caracteriza a cada una de ellas, y a establecer sistemas.

Es así que, el Instituto Nacional de Perinatología, dentro de uno de sus objetivos se ha planteado la formación de recursos humanos a fin de generar aquellos conocimientos necesarios que permitan elevar la calidad de la atención brindada.

De tal forma, que el Departamento de Trabajo Social también participa en este rubro, mediante la sistemación de los conocimientos que obtiene gracias a su actividad dentro de las Clínicas de Atención Social que forma parte del Instituto, a fin de proporcionar junto con el equipo interdisciplinario el tratamiento adecuado para la mejor resolución del evento obstétrico presente. Por tal motivo se crean diferentes clínicas de atención, de donde se deriva la Clínica de Diabéticas Embarazadas; cuyo principal objetivo es el brindar atención social e integral a estas mujeres, mediante acciones organizadas del profesional en Trabajo Social apertura de expedientes, canalización de pacientes a la clínica correspondiente, y consecución de tratamiento (sistematización).

Esta Clínica ha formulado objetivos específicos para su funcionamiento y estos son:

"...- Identificar los factores sociales que interviene en el proceso reproductiva de las mujeres diabéticas embarazadas.

- Proporcionar asistencia especializada a este grupo de pacientes.

- Diseñar programas educativos especializados de Trabajo Social y participar en la información relativa al evento obstétrico.

- Promover cambios en la conducta pertinentes para evitar la repetición del evento reproductivo, y por consiguiente la transmisión del padecimiento..."(22)

De esta manera se pretende identificar al 100% de las diabéticas embarazadas, así como los factores sociales que contribuyen a incrementar el riesgo de estas pacientes.

La clínica de Atención Social a Diabéticas Embarazadas se basa principalmente en la asistencia y educación, en relación a la primera se trata de "establecer acciones específicas que apoyen y favorezcan el tratamiento de las pacientes mediante su participación activa. En la segunda el objetivo es el de "participar en el proceso educativo de las pacientes a través de la promoción y optimización del aprovechamiento de los recursos intrainstitucionales brindando información específica en relación al padecimiento de diabetes en el embarazo." Esto se logra por medio de actividades que están coordinadas con los diferentes servicios que intervienen en el tratamiento. Las funciones ya mencionadas se llevan a cabo a través de entrevistas estructuradas y no estructuradas y con diferentes instrumentos

La clínica cuenta con una coordinación la cual se efectúa a dos niveles:

(22) Castelazo Morales Manuel Op. Cit.

A) Interno, estableciendo vinculación con la jefatura de Trabajo Social, con el personal de supervisión y con Trabajadoras Sociales del área de consulta externa, urgencias y hospitalización.

Se realiza además el enlace entre el personal médico, psicólogos, así como los de educación para la Reproducción y los demás que se involucren en la atención de la paciente.

B) Externos, estableciendo comunicación extrainstitucional con personal del áreas de salud, así como los profesionales de Trabajo Social, todo esto mediante la participación interdisciplinaria.

La supervisión se realiza por parte de la jefatura de Trabajo Social, el personal de supervisión y la encargada de la Clínica, de manera continua y directa, procurando implementar el proceso de retroalimentación entre el supervisor y el supervisado.

Por otro lado, se hace supervisión indirecta (informes) en los casos que por naturaleza de las actividades que así se requieren.

En cuanto a la evaluación se lleva a cabo bimestralmente, analizando cuantitativamente y cualitativamente las actividades realizadas y los logros alcanzados.

Se realiza también una evaluación anual, por medio de un informe descriptivo realizado con el alcance de los objetivos propuestos, y cuantitativo, a través de las metas alcanzadas.

La creación de la Clínica de Atención Social a diabéticas embarazadas, específica para la atención que cada paciente requiere, ha favorecido la disminución de riesgos obstétricos en las pacientes que ameritan esta atención. Dentro de las Clínica que existen en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). es la diabetes una de las más relevantes, son 442 pacientes con diabetes Mellitus que corresponde al 48% del total de asistencia al INPer; sobre todo si tomamos en cuenta los antecedentes de su creación, entre los que observamos que la asociación del padecimiento (Diabetes Mellitus) con el embarazo da lugar a complicaciones gestacionales graves que favorecen el desarrollo de transtornos sociales tanto en la madre como en entorno familia al poner en peligro la vida del binomio; ya que sólo mediante la sistematización profesional de Trabajo Social de las acciones llevadas a cabo dentro de la Clínica es posible conocer la efectividad de la misma, su objetivo primordial tiende a brindar atención social a la mujer diabética embarazada, para lo cual es de suma importancia que las funciones y actividades guarden estrechas relación entre ellas y con los objetivo y metas y al mismo tiempo permitan protocolizar nuevas investigaciones y la creación de proyectos educativos y asistencial que logren el, desarrollo de la clínica y la mejor atención hacia la paciente.

La estrecha relación entre funciones de la Clínica y el objetivo Instituto da lugar a que la atención brindada sea cada más objetiva y eficaz.

CAPITULO IV

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION QUE ACUDE A LA CLINICA DE ATENCION A DIABETICAS EMBARAZADAS.

4.1 ANTECEDENTES:

La naturaleza propia de la población mexicana, el esquema de distribución de ingresos y hábitos de consumo, y sus formas de organización política y social que pretende desarrollarse, son en efecto, los aspectos más relevantes para caracterizar las condiciones de salud y sus mecanismos de atención entendiendo a la atención, como el conjunto de servicios que son proporcionados al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud, involucrando actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.

El desarrollo de México en las últimas décadas ha provocado cambios importantes en su estructura social. Entre los cambios más significativos se encuentran los que tienen que ver con la situación de salud y bienestar de la población como producto del desarrollo social y el perfil epidemiológico del mismo se ha transformado notablemente. El cambio más importante se puede apreciar en los padecimientos de tipo transmisible y de cada día van siendo desplazados.

En relación a la atención materno-infantil trata de promover y proteger la salud del binomio, previniendo riesgos y daños a la mujer

durante el embarazo y el parto, provocando así el sano crecimiento y desarrollo del infante.

Por lo tanto, el compromiso del Instituto Nacional De Perinatología, es evidente ante el riesgo que representa y la atención especializada que requiere la población que acude a esta institución de tercer nivel, en especial, las pacientes diabéticas embarazadas quiénes son, cuantitativamente, cada vez más significativa en función del riesgo obstétrico, las complicaciones, atención y manejo que como enfermedad crónica represente. Ello hace emergente el momento de precisar la atención médico-social en el conocimiento, prevención, curación y asistencia del padecimiento y sus repercusiones en la salud del binomio.

Cuando se trata de delimitar un problema de estudio, se abarca por lo general, un sector muy amplio de acción o cobertura de éste, por, ello se plantea la necesidad de crear un proyecto que permita brinda atención especializada e integral a la mujer diabética embarazada que acude a solicitar los servicios del Instituto Nacional de Perinatología, ésta necesidad se captó a partir de la creación de una Clínica de atención social a este tipo de pacientes, misma que nos fue brindado los datos suficientes para detectar la urgencia de dicha atención. Tomando en cuenta que el embarazo, como un proceso norma en la mujer trae consigo una serie de cambios biopsicosociales, cambios que requireren de ciertos cuidados y con especial énfasis en las pacientes con patología de base, mujer que por sus afecciones

hace evidente y latente la atención integral brindada por el equipo de salud.

La Clínica de Atención Social a la Diabética, guardar una estricta y profunda relación ente objetivos, metas y acciones, lo que permite que la función del trabajador social conserve especial lógica con el objetivo principal de creación de la misma, brindando una adecuada y precisa atención social a las mujeres diabéticas embarazadas, proporcionándoles la oportunidad de lograr una favorable resolución del evento obstétrico actual.

Para lograr un mejor y mayor cumplimiento de los objetivos del programa de la Clínica, es necesario el diseño de varios proyectos específicos encaminados a promover la educación para la salud, así como investigadores específicas respecto a todos aquellos factores biopsicosociales involucrados en el riesgo de la paciente y que se obtenga la oportunidad de mejorar cada vez más la atención que se brinda a la paciente que así lo requiera al llegar al Instituto.

4.2 METODOLOGIA:

Estudio exploratorio longitudinal realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en la Clínica de Atención Social a Diabéticas-embarazadas, en los meses de enero a noviembre de 1993, mediante a un muestreo aleatorio o simple, realizado a mujeres diabéticas embarazadas que acuden a solicitar servicio al Instituto y que fueron seleccionadas por los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

INCLUSION:

- 1.- Pacientes que presentan el padecimiento (Diabetes Mellitus), independientemente del tipo que sea.
- 2.- Pacientes diabéticas embarazadas que no hayan acudido a su cita en el servicio de endocrinología y dietética
- 3.- Pacientes obstétricas que presenten el padecimiento sin importar su estado civil y edad.
- 4.- Todas aquellas pacientes con riesgo obstétrico detectadas en la entrevista de Trabajo Social de 1ª vez, consulta externa.

EXCLUSION:

- 1.- Pacientes que dicen ser diabéticas y que el médico no haya confirmado el diagnóstico.
- 2.- Aquéllas que tengan criterio de inclusión en otra clínica, siendo este prioritario en dicha clínica.
- 3.- Mujeres que ingresaron al Instituto Nacional de Perinatología como pacientes ginecológicas y más tarde se les atiende como obstétricas independientemente que sean o no diabéticas gestacionales.

Este estudio exploratorio fue realizado en 2 fases, la primera, consistió en la elaboración de un cuestionario que mediante preguntas cerradas y redactadas de manera sencilla y que una vez aplicada a 25 mujeres diabéticas previamente seleccionadas, permitiera obtener un primer acercamiento respecto al tipo de conocimiento que posee la paciente con respecto a la Diabetes Mellitus. Una segunda fase, orientada a valorar la demanda y cobertura de los servicios que brindan atención específica a la mujer diabética embarazada y conocer así la situación que guarda este tipo de pacientes dentro del Instituto Nacional de Perinatología, para ello se revisaron 150 expedientes (Endocrinología) de mujeres atendidas durante el período anteriormente señalado en el servicio de endocrinología y brindar la posibilidad de observar la atención que la paciente diabética ha

recibido. De dicha revisión se desprendieron datos que permitieron cruzar variables y obtener mayor información al respecto (Anexo 1)

4.3 RESULTADOS:

4.3.1) Resultados de la primera fase

De 25 pacientes a quiénes se les aplicó el cuestionario, se obtuvieron principalmente los siguiente resultados, en relación al CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS, 25 pacientes respondieron que positivamente a la pregunta: ¿Sabe que es la Diabetes? Ahora bien, sólo 3 mujeres saben que éste padecimiento puede tener repercusiones graves durante el embarazo, sobre todo si no se controla, lo cual se constató al cuestionarles sobre si la DIABETES MELLITUS PODRIA PROVOCAR ABORTOS, a lo que 22 de ellas respondieron que si, y 3 que no, estas últimas apuntaron que si bien es cierto que LA INSULINA AYUDA AL ORGANISMO A REGULAR LA CANTIDAD DE AZUCAR EN LA SANGRE, pero no sabían que la insulina es una sustancia que el propio organismo produce y que a falta de ella a poca producción de la misma desencadena la D:M: Así mismo se observó que no todas ellas saben las COMPLICACIONES que trae consigo el padecimiento, por que aunque todas respondieron que sí en relación a las infecciones vaginales y 24 mujeres en cuanto a la ceguera e infecciones renales, la poca información que muchas de ellas tienen, las lleva a pensar que la sordera y las infecciones respiratorias o también complicaciones de la Diabetes Mellitus, lo que hace necesario que se les amplie la información en relación a este punto.

Cabe señalar que las 25 mujeres saben que la DIETA debe ser baja en azúcar y harinas, y que el llevar su dieta de acuerdo a las indicaciones del médico, ayuda a controlar su padecimiento.

Así mismo la totalidad de las pacientes, saben que este padecimiento pueda ser de graves consecuencias durante su evento obstétrico y puede traer riesgos al momento del nacimiento del bebe, (Que el niño nazca o muy grande o muy pequeño) por lo cual señalan que ya no quieren tener más hijos para no exponerse a otro embarazo riesgoso por lo que 12 de ellas apuntaron que la salpingoclasia es la mejor alternativa para planificar su familia y las 13 restantes señalaron su deseo de usar el Dispositivo Intrauterino o las pastillas.

Se anexa cuestionario.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA LAS MUJERES PARTICIPANTES EN EL PROYECTO EDUCATIVO SOBRE DIABETES MELLITUS.

* EDAD DE LA PACIENTE _____

* EDAD GESTACIONAL _____

* No. DE HIJOS.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA X LAS RESPUESTAS QUE CREA CORRECTAS

- 1.- ES USTED DIABETICA? SI () NO ()
- 2.- TIPO DE DIABETES? SI () NO ()
- 3.- SABE QUE ES LA INSULINA? SI () NO ()
- 4.- SABE QUE ES LA DIABETES? SI () NO ()
- 5.- LA INSULINA ES UNA SUSTANCIA QUE PRODUCE EL PANCREAS? SI () NO ()
- 6.- LA INSULINA AYUDA AL ORGANISMO A REGULAR LA UTILIZACION DE AZUCAR EN LA SANGRE? SI () NO ()
- 7.- LA DIABETES ES UNA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR FALTA DE INSULINA? SI () NO ()
- 8.- LA DIABETES PRODUCE:
- CEGUERA SI () NO ()
- SORDERA SI () NO ()
- INFECCIONES. RENALES SI () NO ()
- INFECCIONES RESPIRATORIAS SI () NO ()
- INFECCIONES VAGINALES SI () NO ()

CENA USTED?
SI () QUE? _____ NO () PORQUE? _____

9.- PARA EL CONTROL DE LA DIABETES DEBE SEGUIR UNA DIETA BAJA EN
HARINAS Y AZUCARES? SI () NO ()

10.- LOS ALIMENTOS QUE DEBEN EVITAR PRINCIPALMENTE SON:

PAN SI () NO ()

GOLOSINAS SI () NO ()

REFRESCO SI () NO ()

LECHE SI () NO ()

CARNE SI () NO ()

TORTILLA SI () NO ()

HUEVO SI () NO ()

11.- LA DIABETES CAUSA LA MUERTE. SI () NO ()

12.- LA DIABETES ES PELIGROSA SI USTED ESTA EMBARAZADA? SI () NO ()

13.- SI USTED ES DIABETICA Y SE EMBARAZA CORRE EL RIESGO DE SUFRIR
ABORTOS? SI () NO ()

14.- SI NO CONTROLA SU DIABETES, EL BEBE PUEDE TENER ALGUNAS
COMPLICACIONES AL NACER? SI () NO ()

15.- LA DIABETES DURANTE EL EMBARAZO PUEDE AFECTAR GRAVEMENTE LA
SALUD DEL BEBE? SI () NO ()

16.- SE SABIA USTED DIABETICA ANTES DE EMBARAZARSE? SI () NO ()

17.- DESEA USTED TENER MAS HIJOS, SABIENDOSE DIABETICA Y LOS RIESGOS
QUE CORRE? SI () NO ()

18.- UTILIZABA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR. SI () NO ()

¿ CUAL ? _____

19.- DESEA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEFINITIVO?
SI () NO ()

¿ CUAL ? _____

4.3.2 RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE.

Para poder analizar de manera concreta la necesidad de implementar un proyecto que apoye el tratamiento de la paciente diabéticas, fue necesario revisar la lista del total de pacientes atendidas en el periodo de Enero a Noviembre de 1993, en la especialidad de Endocrinología esta lista constaba de 150 pacientes e las cuales se revisaron sus expedientes para obtener de esa manera los datos de los cuales de desprendieran los resultados, (Anexo 1) mismos que permiten observar que el perfil de la paciente se determina por un conjunto de aspectos socio-médicos como la EDAD, (cfr. cuadro no. 1) en la que el 73.3% (110 pacientes) se encuentran en edad reproductiva, esto es, entre los 21 y 35 años, mientras que el grupo conformado por las mujeres añasas, entre los 36 y 45 años, son el 19.3% de ellas. Datos que no difieren mucho de los obtenidos por la Lic. Oralia Pérez en un estudio anterior realizado en el mismo Instituto, en una investigación de campo entre enero y agosto del mismo año, en el que señala "...el 70% de las pacientes se encuentran en edad fértil, es decir, entre los 20 y 34 años, mientras que el 30% lo conforman pacientes añasas entre los 35 y 44 años de edad..."

En relación al DIAGNOSTICO MEDICO de la paciente (cfr. cuadro no.2), se pudo observar que el 45.3% de ellas (68 pacientes) tienen un diagnóstico de Carga genética para Diabetes Mellitus; el 7.3% (11 pacientes), presentan Diabetes gestacional, en tanto el 8.6% (13 pacientes) se sabe tienen Diabetes Mellitus y el 38.65 (58 pacientes)

sufren otro tipo de padecimientos relacionados al Sistema Endocrino como Bocio, Hipotiroidismo, Intolerancia a la glucosa, entre otras.

En cuanto al INGRESO MENSUAL de las pacientes, el 8% de ellas (12 pacientes) no trabajan y por lo tanto, dependen económicamente de su familia; y el 6% (9 pacientes) perciben un ingreso de menos de 3 salarios mínimos; el 18.6% (28 pacientes) tienen un ingreso mensual de 4 a 5 salarios mínimos, 6 a 7 salarios mínimos lo perciben el 9.33% (14 pacientes); el 12.6% (19 mujeres) perciben mensualmente de 8 a 9 salarios y las que perciben de 9^a más salarios el 25.3% (38 mujeres) y el 5.3% restante (8 pacientes) no tienen estudio social en su expediente. (cfr. cuadro no.3).

Ahora bien, en cuanto el NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS, (cfr. cuadro no. 4) es un porcentaje muy bajo 6% el de pacientes que han ingresado una vez al hospital (9 mujeres), pero aún más bajo el de las mujeres que han ingresado dos veces, 2.6% (4 de ellas) y 0.6% (una) las que han ingresado tres veces; en contra que ha Consulta externa asistió el 90.6% (136 pacientes).

Es necesario observar que también se relacionaron datos como la edad de la paciente con otros aspectos, tales como el diagnóstico médico, número de paras (hijos nacidos vivos), gestas (embarazos), abortos, cesáreas y número de ingresos hospitalarios, así como el diagnóstico médico con el número de consultas médicas y de dietética otorgadas, el número de asistencias a Trabajo Social. De estas relaciones se obtuvieron los siguientes datos, mismo que se señalarán sólo de acuerdo a aquellos en los que se obtuvo mayoría: en cuanto al

DIAGNOSTICO MEDICO Y LA EDAD DE LA PACIENTE, son 3 que se encuentran entre los 35 y 40 años las que tienen Diabetes Mellitus; 4 pacientes que fluctúan entre 31 y 35 años las que padecen Diabetes Gestacional, mientras que las que presentan Carga Genética para Diabetes Mellitus son 40 las que se encuentran entre los 26 y 35 años, o sea en plena edad reproductiva, y quiénes sufren otro tipo de padecimiento relacionado al Sistema Endocrino, son 20 quiénes se encuentran los 26 y 30 años. Datos significativos si observamos que éste tipo de situaciones, pueden agravar el estado grávido de la paciente que acude al INPer a recibir atención. (cfr. cuadro no 5).

En cuanto a la EDAD DE LA PACIENTE EN RELACION AL NUMERO DE PARAS (Hijos nacidos vivos) de las pacientes, que se encuentran entre los 21 y 25 años, 8 de ellas han tenido sólo un hijo, dos han tenido dos y tres han parido en 3 ocasiones, sólo una de ellas señala que ha tenido 7 o más hijos dato realmente importante, considerando que es muy joven para el numero de hijos que refiere su expediente, lo cual puede deberse, tal vez, a la falta de información de Planificación familiar. De las pacientes que se encuentran entre lo 26 y 30 años, 7 de ellas han tenido sólo un hijo y 4 de ellas dos hijos; y de de aquellas que están entre los 31 y 35 años, 9 han tenido un hijo y 16, dos hijos, aquí el dato no es realmente significativo si se hace notar que la cantidad de hijos no es mayor de 3, considerando que las mujeres se encuentran en edad reproductiva y que no sobrepasan el número recomendado de hijos por familia. (cfr. cuadro no. 6) pero, si se observa el cuadro no 7, en el se manifiestan datos más relevantes, ya que entre las pacientes que crusan entre los 21 y 25 años, dos han

estado embarazadas 3 veces, y tres de ellas 4 ahora, de las mujeres que se encuentran entre los 26 y 30 años, 9 de ellas han tenido nueve embarazos, 4 pacientes cuatro embarazos y dos de ellas, 5 embarazos; de las que cursan entre los 31 y 35 años, 7 han tenido tres embarazos, 6 pacientes cuatro embarazos y 4 mujeres, cinco embarazos; estos datos se tornan importantes sobre todo si se considera que el número de embarazos que se está considerando no todos han llegado a término debido a diversas circunstancias entre las que se pueden considerar las alteraciones provocadas por los diversos tipos de Diabetes que padecen las pacientes, y que, como ya se señaló anteriormente pueden producir ABORTOS repetidos o bien, la muerte fetal, tal como se puede notar en el cuadro no. 8 en donde se considera la EDAD DE LA PACIENTE EN RELACION AL NUMERO DE ABORTOS, en el que se observa que entre las pacientes que cuentan entre los 21 y 25 años, dos de ellas han sufrido un aborto y una de ellas 2; entre las mujeres que tienen entre 26 y 30 años, el dato se vuelve más importante ya que 7 de ellas han tenido un aborto, seis han pasado por 2 abortos y tres pacientes por 3 abortos, pero más grave es entre las que se encuentran entre 31 y 35 años, ya que doce de ellas han tenido un aborto, tres han sufrido dos abortos y una de ellas ha presentado tres abortos, ya que como se mencionó anteriormente se pueden producir por varias causas.

Ahora bien, en relación a la EDAD DE LA PACIENTE CON EL NUMERO DE CESAREAS, se observó que tres pacientes que se encuentran entre 21 y 25 les han realizado años han sufrido una cesárea y dos han atravesado por tres intervenciones; de las pacientes que se

encuentran entre los 26 y 30 años, cuatro de ellas han pasado por una cesárea y tres por dos; el dato observado en las pacientes que tienen entre 31 y 35 años, son 16 de ellas las que han cursado por una cesárea, cinco por 2 y tres por 7 operaciones; este dato es relevante, en este punto, porque las pacientes tienen que ser programadas para intervención quirúrgicas a fin de evitar algún tipo de complicación en el momento del parto que pudiera poner en peligro la vida del producto o de ella a causa de la Diabetes (cfr. cuadro no.9).

En el cuadro no. 10, se apuntan los datos en relación al NUMERO DE PACIENTES A QUIENES SE LES OTORGO UNA O MAS CONSULTAS EN RELACION AL DIAGNOSTICO MEDICO, y en él se puede observar que de las pacientes que padecen Diabetes Gestacional, dos han ido a una consulta, dos a 2 consultas, dos a 3 consultas y cuatro de ellas han estado presentes en cuatro consultas; en relación a la Diabetes Mellitus tres han asistido a una consulta, dos a 4 de sus consultas y dos también a 7 consultas; ahora, dado que la cantidad de pacientes con Carga Genética para Diabetes Mellitus es mayor en este punto, se observa que 26 pacientes han asistido a una consulta médica, 25 han pasado a 2 consultas y seis de ellas a 3 consultas; lo que puede deberse a causa tales como, la indiferencia de la paciente hacia su tratamiento médico, o que asisten al INPer ya muy avanzado su embarazo y no hay tiempo para más consultas, por lo cual se hace evidente que la paciente debe tomar responsabilidad con respecto a su diagnóstico clínico y asistir al médico en la etapa más pronta de su embarazo y pueda ser atendida. En el cuadro no. 11 en el cual se observa que 5

pacientes con Diabetes Mellitus no asistieron a una consulta, dos a 2 consultas y otras dos pacientes a tres consultas; de las mujeres que padecen Diabetes Gestacional nueve pacientes no se presentaron a 1 consulta y dos de ellas a 2 consultas, pero la cantidad aumenta considerablemente en aquellas que presentan Carga Genética para Diabetes Mellitus, ya que 36 de ellas no asistieron a una consulta y 27 de ellas a 2 consultas, este punto se torna importante ya que se mencionó anteriormente, si la paciente se presenta con su embarazo ya avanzado y no hay tiempo para más citas es importante que asista a todas sus consultas porque, de no hacerlo así su tratamiento no se lleva a cabo eficazmente.

Ahora bien, en cuanto al DIAGNOSTICO MEDICO EN RELACION AL NUMERO DE PACIENTES QUE ASISTIERON A UNA MAS CONSULTAS EN DIETETICA, el dato es importante, dado que la atención que brinda este servicio a las pacientes es fundamental para la paciente en su tratamiento, por lo tanto, se observa que cuatro pacientes asistieron a una consulta y tres de ellas a dos con el Diagnóstico de Diabetes Mellitus; en cuanto a la Diabetes Gestacional son cuatro pacientes las que se presentaron a una consulta y ocho a dos consultas; éstos datos muestran también como en el punto anterior la relación que existe entre el número de consultas otorgadas y las semanas de gestación que curse la paciente. Estos datos permiten observar también el número de mujeres que no se presentaron a sus consultas, fueron 43 las que a nivel de los tres diagnósticos de diabetes que se presentaron a consulta, siendo este número más alto que el de las que

asistieron, lo que hace evidente la necesidad de que la paciente tome conciencia con respecto a su padecimiento.

En cuanto al NUMERO DE PACIENTES QUE ASISTIERON A TRABAJO SOCIAL de una a tres veces, esta fueron 40 contra 110 que no se presentaron; la asistencia a Trabajo Social es también primordial para la atención de la paciente, ya que de sus asistencia a este servicio depende que el trámite de admisión se realice y su manejo social sea el adecuado para la atención de la paciente (cfr. cuadro no. 13).

Por último al TOTAL DE PACIENTES QUE TUVIERON UNO O MAS INGRESOS HOSPITALARIOS Y ASISTENCIAS A CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LA EDAD DE LA PACIENTE de las que se encuentran entre los 26 a 30 años fueron tres las que ingresaron una vez y entre las que cuentan entre los 31 y 35 años cuatro de ellas tuvieron también un ingreso. De las que ingresaron dos veces fueron tres pacientes que se encuentran entre los 20 y 25 años y sólo una que cuenta entre los 31 y 35 años ha ingresado tres veces.

En conclusión, dado el perfil expuesto podemos señalar que las pacientes son mujeres jóvenes, en edad reproductiva, con vida sexual activa con información insuficiente acerca de las características, riesgos y secuelas de la Diabetes Mellitus, ya que a pesar de que cuentan con un nivel socio-económico medio no presentan patrones de conducta que permitan un cambio de actitud y hábitos en relación a su salud. Lo cual se puede observar, al comparar la cantidad de consultas programadas en los servicios de Endocrinología Diabética y Trabajo Social, y la cantidad de consultas otorgadas en estos servicios. Mismos que son esenciales en el tratamiento de la

paciente, quien por indiferencia hacia su estado de salud y por ende la de su hijo., lo cual solo puede ser modificado mediante la participacion del Licenciado en Trabajo Social al proponer y realizar un programa educativo que permita sensibilizar a la paciente respecto a la importancia que reviste el seguimiento y tratamiento medico indicado con el fin de reducir riesgos y complicaciones causadas por su padecimiento. Por todo ello se requiere de la participaci3n del Lic. en Trabajo Social en un programa que permita sensibilizar a la paciente con respecto a su padecimiento.

CAPITULO V.

PROYECTO EDUCATIVO PARA LA MUJER DIABETICA EMBARAZADA.

Cuando se trata de delimitar un problema de estudio, se abarca por lo general, un sector muy amplio de acción o cobertura de éste. Por ello se plantea la necesidad de crear un proyecto que permita brindar atención especializada a la mujer diabética embarazada que acude a solicitar los servicios del Instituto Nacional de Perinatología; ya que esta necesidad se captó a partir de la creación de la Clínica de Atención Social a este tipo de pacientes, mismas que nos proporcionaron los datos suficientes para detectar la urgencia de dicha atención.

En este capítulo se aporta el proyecto en sí mismo, que encaminado a apoyar las estrategias formular y aplicar sectorialmente normas técnicas para la prevención y detección de los factores adversos a la salud, disminuir y contrarrestar las incidencias de las enfermedades transmisibles, y no transmisibles, básicamente a través del impulso a las acciones preventivas; prevenir riesgos y daños a la mujer embarazada, durante el parto y el puerperio, así como proporcionar un sano desarrollo de la niñez. y objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo.

En este proyecto se contará con la asesoría del equipo de salud especializado y se tomará en cuenta todos los recursos humanos, materiales y financieros y demás facilidades proporcionados por el Instituto en los que se puede apoyar la realización del mismo y así

incidir en las condiciones de salud de la paciente y su entorno familiar frente al problema.

JUSTIFICACION

El embarazo, como proceso normal en la mujer, trae consigo una serie de cambios biopsicosociales, éstos cambios requieren de ciertos cuidados, y con especial énfasis en las pacientes con patología de base como lo son, las diabéticas embarazadas, mujer que por sus afecciones hace evidente la atención integral del equipo de salud, sobre todo en el aspecto preventivo, para lo cual se hace necesaria la creación de proyectos que permitan brindar educación para la salud a este tipo de pacientes, con el fin de evitar complicaciones graves a las mismas, al favorecer el conocimiento de su padecimiento de base y la forma de controlarlo, creando al mismo tiempo en ellas conciencia en cuanto a la importancia que tiene sus salud y por ende la de su hijo.

OBJETIVO GENERAL

Lograr la adherencia terapéutica de la mujer diabética embarazada, mediante la intervención coordinada de Trabajo Social, a través de la participación del equipo de salud a nivel educación para elevar la calidad del tratamiento del padecimiento de base.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Sensibilizar, motivar y ayudar al conocimiento de las pacientes sobre su patología de base.
- Lograr la permanencia de un programa educativo específico de Diabetes en mujeres que acuden al INPer.

METAS

- Del total de pacientes inscritas al proyecto, lograr que sea el 100%, atendidas eficazmente por el equipo de salud.
- Lograr por lo menos el 90% de los casos, la adherencia terapéutica de la paciente con el fin de codyuvar en su tratamiento y evitar en lo posible reingresos hospitalarios al INPer durante el proceso gestacional de este tipo de pacientes.
- Realizar en un 100% las actividades programadas en función de los objetivos y que éstas mismas sean llevadas a acabo dentro del tiempo establecido.

METODOLOGIA

Generalmente cualquier metodología define acciones que facilitan la implementación y logro de resultados positivos en el caso del proyecto Educativo, al existir relación entre objetivos, metas y actividades del mismo. Por lo tanto, será esencial la METODOLOGIA DE GRUPO, en algunos de sus aspectos, al realizar actividades que orienten hacia la integración del mismo.

El Trabajo Social concreta su atención en el individuo, su principal propósito es apoyarle a fin de que consiga el desarrollo máximo de sus posibilidades sociales, físicas, mentales y culturales. Se trata, pues, de lograr una vida social adecuada para el individuo.

El grupo de pacientes involucradas en este proyecto, será FORMAL y en él se compartirán normas con respecto a objetos materiales, miembros, comunidad y en relación a la institución, dependiendo, todo ello de peculiaridades de los miembros; y de informar y orientar, ya que cada uno de sus ellos trae expectativas y motivaciones internas, en la medida que perciben las situaciones y conflictos que emergen durante la interacción grupal, por lo que el proceso mismo de aprendizaje les permitirá tomar activa participación.

Es conveniente señalar aquí, características del grupo con que se habrá de trabajar: número de participantes, entre cinco y veinte personas, para poder lograr una positiva interacción; deberán reunirse no menos de una vez por semana, las cuales no duren más de 45 minutos debiendo respetar los horarios establecidos, con esto se

esperará que la integración del grupo permita a los miembros despertar su potencialidad para coadyuvar al control de la problemática existente y orientación para la atención de su padecimiento, dándoles a conocer los recursos que existen para este fin.

BENEFICIARIOS

Los principales beneficiarios del proyecto, serán aquellas mujeres embarazadas que requieran de la atención adecuada para la resolución del evento obstétrico mediante las actividades (Orientación, información, difusión, etc.) a realizar, y obtener conocimientos para tratar convenientemente el padecimiento de base.

UNIVERSO DE TRABAJO

Las pacientes que integran el universo de trabajo, habrán de seleccionarse bajo previos criterios de inclusión que permitan que el grupo sea ,lo más homogéneo posible y por lo tanto, el objetivo principal del proyecto educativo se logre lo más adecuadamente posible.

ESPECIFICACION DE FUNCIONES

FUNCION:

EDUCACION

OBJETIVO:

Participar en el proceso educativo de las pacientes diabéticas, brindando información específica en relación al padecimiento, en cada uno de los aspectos y optimizar el aprovechamiento de los recursos intra y extrainstitucionales para un mejor proceso de adquisición de conocimientos sobre su enfermedad.

Dicho proceso, quedará bajo la reponsabilidad del Licenciado en Trabajo Social, quien se coordinará con el equipo medico que apoya el tratamiento de estas mujeres.

FUNCION EDUCATIVA.

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TECNICA | INSTRUMENTO |
|--|---|---|--|
| <p>1.- EJERCER ACCIONES DE RECONQUISTA DE MUJERES DESERTORAS O CON REINGRESO, DEL GRUPO DE PACIENTES DE DIABETES MELLITUS.</p> | <p>MOTIVAR A LA PACIENTE A LA ADHERENCIA TERAPEUTICA QUE REQUIERA PARA SU TRATAMIENTO Y CONTROL DE SU DIABETES MELLITUS</p> | <p>CHARLA MOTIVACIONAL ENUNCIANDO DE ALTERNATIVAS. (importancia de seguir el Tratamiento).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - LISTA DE ASISTENCIA - EXPEDIENTES CLINICOS TELEGRAMA O VIA TELEFONICA - CRONICA DE TALLER POR ACTIVIDAD. |
| <p>2.- MOTIVAR LA PARTICIPACION DE LAS PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN EL TRATAMIENTO</p> | <p>SENSIBILIZAR A LA PACIENTE PARA SU ADHERENCIA TERAPEUTICA</p> | <p>OBSERVACION PARTICIPANTE ENTREVISTA ESTRUCTURADA (ENCUESTA CON EL OBJETIVO DE ORIENTAR Y GUIAR LA PARTICIPACION DE LA PACIENTE Y SU FAMILIA)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - EXPEDIENTES CLINICOS - LISTA DE ASISTENCIA. |

FUNCION EDUCATIVA.

| ACTIVIDAD | OBJETIVO | TECNICA | INSTUMENTO |
|--|---|--|---|
| <p>3.- ORIENTAR, INFORMAR Y MOTIVAR RESPECTO A LA ATENCION QUE TRABAJO SOCIAL OFRECE A TRAVES DE ESTE PUNTO</p> | <p>PROMOVER LA IMPORTANCIA DEL PROYECTO Y DE CADA UNA DE LAS AREAS PARTICIPANTES EN LA ATENCION DE LA PACIENTE DEABETICA.</p> | <p>ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA DIFUSION ESCRITA CARTELES</p> | <p>LISTA DE ASISTENCIA MATERIAL INFORMATIVO IMPERSONAL Y DE INVITACION AL PROYECTO. (ANEXO 2)</p> |
| <p>4.- ACLARAR DUDAS A PACIENTES Y FAMILIARES EN TORNOS A PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INTERVENCION DEL PERSONAL RESPONSABLE.</p> | <p>DISMINUIR TENSIONES Y DUDAS DE LA PACIENTE EN FUNCION DEL RIESGO OBSERVETICO Y SU PADEMIENTO MEDIANTE EL INCREMENTO DE EXPERIENCIAS.</p> | <p>ENTREVISTA ESTRUCTURADA. COMUNICACION ENTREVISTA ESTRUCTURADA</p> | <p>REPORTE DE LAS ACTIVIDADES LIBRETA DE CONTROL</p> |
| <p>5.-ORIENTAR, INFORMAR Y MOTIVAR PARA EL USO DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DEMAS OTORGADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA. (INPER).</p> | <p>CREAR CONCIENCIA EN CUANTO A LA IMPORTANCIA Y LA NECESIDAD DE CONTROLAR LA FERTILIDAD EN ESTE TIPO DE PACIENTES.</p> | <p>DIFUSION OBSERVACION</p> | <p>MATERIAL DIDACTICO (ANEXO 3) MATERIAL IMPRESO. EXPEDIENTES CLINICOS.</p> |

COORDINACION

En la ejecución de cualquier proyecto, debe tenerse muy claro que la coordinación es un proceso guiar, dirigir y coordinar esfuerzos de un grupo humano de manera eficaz y eficiente, permitiendo así delegar y dividir el trabajo, disponiendo ordenadamente el esfuerzo del grupo para dar unidad a la acción y alcanzar el propósito común resultante de la interacción del equipo.

La coordinación facilita el trabajo en equipo y en términos generales:

Una estructura participativa

Delimitación y distribución de funciones

Liderazgo y colaboración horizontal

Intercambio y colaboración de experiencias

Atención a la personas

Por lo que entonces, se establecerá coordinación con control de citas, para conocer el número y fecha de consultas médicas y de dietética con el objeto de programar las sesiones del proyecto. De igual manera habrá de existir coordinación entre las trabajadoras sociales adscritas a la Clínica de Atención Social a Diabéticas

Embarazadas, el responsable de la Clínica de Endocrinología y Dietética, con el fin de aclarar que las actividades del proyecto serán con el objeto de hacer ver a la paciente la importancia de seguir el tratamiento médico y la dieta indicada y motivarlas asistir con regularidad a sus consultas y no la de invadir funciones que corresponden a otra área.

Así mismo, se establecerá coordinación permanente con el Jefe de Trabajo Social con la finalidad de comentar con ella los avances y desarrollo de actividades con las pacientes, para aclarar dudas, hacer sugerencias, comentar desviaciones y logros a fin de alcanzar los objetivos y metas planteadas, para esto, será necesario que se establezcan relaciones de trabajo armónicas entre los integrantes del equipo encargado del proyecto, por lo tanto, se hablará y aclararán dudas en la realización del proyecto, evitando así fricciones entre los miembros del grupo de trabajo.

SUPERVISION.

La supervisión, es aquella relación que establece entre el supervisor, las Trabajadoras Sociales, en la que el primero, gracias a sus conocimientos, experiencias y comprensión de si mismo y de los de más, de la vida grupal y de la función de la Institución, ayuda a esto a realizar su tarea y cooperar en la persecución de los fines de la labor social, por lo cual dentro del proyecto, el supervisor ayudara al equipo integrado para que este analice con profundidad los caminos posibles para la realización de un trabajo y las consecuencias de los mismos. Es imprescindible, entonces, que el supervisor (jefe de Trabajo Social) y los supervisados puedan crear un ambiente de interés reflexivo en el cuál, el equipo se oriente a superar y a problematizar los panoramas de acción grupal y de interacción humana existente.

Para efectos del proyecto, la supervisión estará a cargo de la Jefe de Trabajo Social, quien se encargara no sólo de dirigir el trabajo de los subordinados, sino también de ejercer una vigilancia constante de las acciones realizadas, observando y señalando los aciertos y los errores para así lograr resultados satisfactorios y obtener con esto, la dirección debida para las diferentes actividades, dicha supervisión será llevada a cabo, principalmente por medio de una crónica de cada sesión, que permita visualizar como se dio la dinámica del grupo en cada actividad, conocimiento de los logros y avances en relación a objetivos generales y específicos del programa.

Es preciso señalar aquí, que el programa estará bajo la responsabilidad de Trabajo Social y que las demás áreas participaran de manera coordinada con el departamento.

Asimismo, la Trabajadora Social responsable del proyecto, se encargara de supervisar directamente que las actividades del mismo se realicen como se planeo y que los objetivos de cada una de las sesiones sean cumplidas, para lo cual habra de apoyarse en las crónicas de las sesiones y el cronograma de actividades, para que mediante la reflexión y análisis se puedan valorar los logros y obstáculos o desviaciones presentadas durante la realización del proyecto.

EVALUACION.

Cuando se realiza un proyecto, es necesario conocer logros y alcances que se obtienen mediante la ejecución del mismo, el conocimiento de estos resultados sólo puede lograrse a través de la comparación o constatación, que resulta de confrontar lo que se ha hecho con lo que se quería lograr, investigando el porque ha sucedido lo que ha ocurrido, logrando así evaluar el proyecto de manera más clara y objetiva para proponer los ajustes o cambios necesarios.

Para la evaluación del presente trabajo, se realizará, por parte del personal encargado del mismo, una evaluación parcial, durante la ejecución del proyecto, (por medio de una crónica de cada sesión y discusión de la misma), permitiendo así determinar si las acciones realizadas para obtener las metas establecidas, como se ha ejecutado el programa y si ha sido en forma adecuada. Será necesario también, realizar la evaluación final, que sirve para precisar el cumplimiento de las metas u objetivos generales de manera que nos permita realimentar la planeación.

Dentro de las técnicas a utilizar para la evaluación del proyecto se emplearán las sig: observación, entrevista, análisis de documentos y dinámicas de grupo, etc..

Los resultados de la evaluación se presentarán a manera de informe escrito, pudiendo este contener gráficas, cuadros, etc. que permitan establecer un amplio conocimiento en relación a los criterios de comparación entre los resultados obtenidos o

desviaciones encontradas a fin de describir cuales son aquellos cambios o modificaciones necesarias para mejorar el proyecto que este se desvie de su objetivo principal, asi como para apoyar a los beneficiarios del proyecto.

PROGRAMA DE TRABAJO

En el punto anterior se planteó de manera general la propuesta del proyecto educativo, el cual se fundamenta en los datos obtenidos durante Enero-Noviembre de 1993 en la Clínica de Diabetes, la cual facilitó la elaboración de un programa que permita conocer la factibilidad de este proyecto, el cual se realizará con una cantidad de pacientes anteriormente determinada por la Clínica y con quienes se trabajará de acuerdo a lo planteado en el cuerpo del proyecto, por lo tanto, se presenta el programa de trabajo que habrá de guiar las acciones.

JUSTIFICACION.

Debido a la demanda de la Clínica de Diabetes Mellitus por parte de las pacientes, surge la necesidad de brindar atención a la mujer diabética embarazada, para lograr así, que se tenga mayor control en el padecimiento y por consiguiente que el embarazo llegue a un mejor término y no se ponga en riesgo la vida del binomio o se reste calidad de vida al futuro bebe.

OBJETIVO GENERAL.

Lograr la adherencia terapéutica de la paciente diabética embarazada mediante un programa educativo que a través de acciones organizadas de Trabajo Social permitan elevar la calidad de la atención en relación a su tratamiento respecto al padecimiento de base.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Dar a conocer mediante las actividades, los riesgos que conllevan el no tener un control de la Diabetes Mellitus durante el proceso gestacional.

_ Motivar a las pacientes a la toma de actitudes positivas respecto del padecimiento y sea constante en su tratamiento.

METAS.

- Cumplir al 100% las actividades programadas.

- Lograr en un 80% por lo menos, la participación de las pacientes en la adherencia terapéutica.

- Lograr la permanencia del programa durante un año

LIMITES.

ESPACIO.- El asignado por la Institución, para realizar las actividades programadas.

TIEMPO.- Dos sesiones al mes, con duración aproximada de 45 minutos.

UNIVERSO.- El grupo de pacientes diabéticas atendidas en el INper.

RECURSOS:

HUMANOS.- Dos Licenciadas en Trabajo Social.

MATERIALES: Material de papelería necesario para la elaboración del apoyo didáctico, así como recursos audiovisuales necesarios como son: TV, videocaseteras, diapositivas, retroproyectores, etc.

FINANCIEROS:

Implícitos dentro del presupuesto de la Institución.

EXTRAINSTITUCIONALES.- Se contará con el apoyo de otras Instituciones en la atención a la paciente, como puede ser, la Federación de diabetes, Instituto Nacional de Nutrición, etc.

POLITICAS:

- Dar a conocer con anterioridad el día, hora, lugar en que se realizarán las actividades del programa, mediante la difusión correspondiente:
- Indicar el tiempo que habrá de llevarse cada actividad.
- Respetar los horarios establecidos.
- Respetar en todo momento las condiciones señaladas por las autoridades de la Institución en la realización de las actividades y control de cada sesión.

- Brindar a las pacientes y familiares el respeto debido a modo de interesarlos y motivarlos a que no desistan.

ESTRATEGIAS:

- Al momento de hacerles la invitación a las pacientes, enfatizarles que pueden asistir en compañía de sus familiares
- Dar a conocer a las autoridades correspondientes el programa, así como su finalidad.
- Colocar carteles de invitación en lugares estratégicos del INper a modo que la paciente y su familia tengan presente la asistencia a cada sesión. Así como hacer la invitación de manera directa a la paciente por vía telefónica .
- Llevar a cabo las actividades de manera amena, para así evitar distracciones, inasistencia, o deserción.
- Dar espacio a la paciente y su familia de exponer sus inquietudes para detectar más necesidades.
- En caso que no exista en telefono para localizar a la paciente, se programara el envio de telegramas con tiempo suficiente hara que puedan llegar a su destino y la capacitacion de pacientes sea mas efectiva.

REGLAMENTACION:

- Respetar día, lugar y hora en que habrán de desarrollarse las actividades.
- Realizar las actividades de manera organizada y conforme a lo previamente planteado.
- Respeto mutuo entre los profesionales y el grupo de pacientes, sin perder la armonía y brindando confianza para la participación.
- Utilizar lenguaje adecuado para la comprensión de los temas a desarrollar.

FUNCIONES:

Las principales funciones a realizar durante el proyecto serán las de promoción, difusión, orientación, educación, organización, supervisión y evaluación.

SUPERVISION:

La supervisión se llevará a cabo, primero por los responsables del programa en relación a la dinámica de grupo presentada durante la actividad realizada y en 2º lugar, por la jefe del departamento de Trabajo Social respecto a la relación establecida entre los miembros del grupo ,y las pasantes durante la interacción presentada en la realización de las actividades propias del programa.

EVALUACION:

Una vez realizada las actividades programas para el proyecto, se evaluará al término de cada sesión, observando los avances obtenidos, tomando en cuenta los objetivos y las metas, mediante la aplicación de un instrumento de evaluación (cuestionario) que permita medir los conocimientos con que cuenta la paciente al integrarse al proyecto, y los obtenidos durante la realización de las actividades; al principio durante el proyecto con la intención de comparar respuestas y medir los conocimientos en relación a la Diabetes Mellitus y por lo tanto la efectividad del programa.

CONCLUSIONES

La información obtenida para la realización de este trabajo, aunada a la ejecución de la investigación y los resultados que de ésta se obtuvieron, permiten concluir lo siguiente.

1.- Para apoyar todas aquellas acciones y objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994 en el área de salud , y sobre todo para lograr la prevención de la Diabetes Mellitus como enfermedad crónico-degenerativa y al de protección de la salud reproductiva, en la Ley General de Salud para el mismo período se establecen como acciones principales:

a) la atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio,

b) la atención del niño durante su crecimiento y desarrollo, promoviendo al mismo tiempo la integración y bienestar de la familia; de aquí, surge entonces, el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, para coadyuvar en el logro de los objetivos arriba planteados, estableciendo como uno de sus objetivos primordiales, el de participar en la integración de los programas de difusión relativos a riesgos y daños a la salud materno-infantil y promover la participación de la comunidad afectada o interesada, para lo cual cada una de las Instituciones pertenecientes al Sector Salud establecen acciones específicas orientadas al logro de todos los objetivos antes planteados, surgiendo entonces en el INPer., "EL PROYECTO EDUCATIVO PARA LAS MUJERES DIABETICAS EMBARAZADAS ", cuyo objeto principal es el de lograr la participación organizacion de

Trabajo Social, permitiendo así brindar la atención social, y lograr la adherencia terapéutica de la paciente que así lo requiere, se observa así, que los objetivos y acciones señalados en cada uno de los documentos que surgieron del Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994, se encuentran ligados y apoyan las políticas del actual gobierno en materia de Salud.

2.- El proyecto presentado para las mujeres Diabéticas surge tomando en consideración los resultados analizados en relación a la demanda, cobertura, y población atendida en la Clínica de Diabetes; apoya también los objetivos primordiales del INPer, entre los que se encuentra "Promover la concientización individual y familiar sobre la importancia de diversas etapas del proceso reproductivo principalmente entre pacientes usuarias de los servicios del Instituto", que a su vez surge de los objetivos señalados en documentos anteriormente mencionados. Apoyando también la atención que el gobierno brinda a la mujer en etapa reproductiva.

3.- En relación a la propuesta del programa y tomando en cuenta los resultados de la investigación, se puede señalar que el programa debe ser implementando en Instituciones de salud de primer y segundo nivel, principalmente, para prevenir complicaciones y sobre todo para sensibilizar a la mujer sobre su padecimiento de base. Ahora bien, aunque el Instituto Nacional de Perinatología, se puede considerar como una Institución de tercer nivel, es conveniente que se tenga presente la posibilidad de implementar el programa como parte esencial de la Clínica de Atención Social a Diabéticas Embarazadas, sobre todo porque dentro del INPer, también se realizan labores de prevención.

4.- Es evidente que el Trabajo Social concreta su atención en el individuo y que su principal propósito es apoyarle a fin de que consiga el desarrollo máximo de sus posibilidades sociales, físicas, mentales, y culturales, tratando de lograr una vida social adecuada para el individuo, por lo tanto, la participación del profesional en Trabajo Social reviste gran importancia ya que es capaz de detectar necesidades de la sociedad o de determinado grupo social, por medio de la investigación dando así paso a la planeación de programas que permitan al Trabajo Social y demás profesionales intervenir de manera directa sobre la necesidad planteada logrando al momento de formar grupos de pacientes, modificar actitudes con respecto al padecimiento de base. Al sistematizar, el Trabajo Social su acción lograra mejores resultados en la situación por la cual atraviezan los integrantes de la sociedad.

Dentro de los objetivos alcanzados por el profesional en Trabajo Social en este proyecto, se puede mencionar que el Trabajo Social es un quehacer social de complemento y apoyo de las acciones medico-sanitarias a través de programas integrados.

Aporta el estudio de las variables socio-económicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución, el desarrollo de la enfermedades y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquéllos que retardan o impiden el logro de sus objetivos.

Orienta y capacita a los pacientes, a sus familias y a la 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.

Participa en la formulación, ejecución, y la evaluación de políticas de salud desde su competencia.

Ahora bien, se debe señalar que, del proyecto educativo se pueden desprender otros temas de investigación y otros programas que permitan enriquecer la acción del Trabajo Social en el INPer y en otras instituciones de Salud

SUGERENCIAS.

1.- La implementación, buen funcionamiento y desarrollo así como para la permanencia del programa, se plantean las siguientes sugerencias:

2.- En caso de que no exista un teléfono para localizar a la paciente, se programará el envío de telegramas con el tiempo suficiente para que puedan llegar a su destino y por lo tanto, la captación de pacientes sea más efectiva.

3.- En el momento de hacerles la invitación a las pacientes, enfatizarles que pueden asistir acompañadas de familiares

4.- Hacerle al programa todas aquellas modificaciones necesarias para el logro de los objetivos sin que se desvíe el mismo, de su objetivo principal.

5.- Establecer contactos con autoridades de otras instituciones de 1º y 2º nivel y darles a conocer el proyecto para que se pueda implementar en otras instituciones y se amplíen las acciones preventivas del mismo.

6.- Implementar el programa como parte fundamental de la Clínica de Diabetes y se realice de manera constante y puntual.

7.- Enfatizar a la autoridades del INPer, la necesidad de establecer un lugar definitivo y adecuado para la realización del programa.

8.- Formalizar con otras instituciones la referenciay contrareferencia de pacientes.

9.- Implementar el programa como parte fundamental de la Clinica de Diabetes y sea realizado de manera constante y puntual.

10.- Enfatizar a las autoridades del INPer, la necesidad de asignar un espacio fisco definitivo y adecuado para la realizacion del programa.

11.- Dar a conocer al Departamento de Material Audiovisual, el equipo que se requerira para la realizacion de las actividades y contar con el, en el momento preciso.

12.- Invitar a las autoridades del INPer a presenciar algunas sesiones para que conozcan de manera mas directa el programa.

13.- Proponer a las autoridades del Instituto, se asigne un presupuesto anual especifico para la realizacion del proyecto

ANEXO No.1

CUADRO 1.

EDAD DE LA PACIENTE QUE ACUDE AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA.

| CATEGORIA | FRECUENCIA |
|------------------|-------------------|
| 15 - 20 AÑOS | 11 7.3% |
| 21 - 25 AÑOS | 21 14% |
| 26 - 30 AÑOS | 45 30% |
| 31 - 35 AÑOS | 44 29.3% |
| 36 - 40 AÑOS | 21 14% |
| 41 - 45 AÑOS | 8 5.3% |
| TOTAL. | 150 |

21 - 35 = 73.3%

FUENTE ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ENERO - NOVIEMBRE DE 1993.

CUADRO 2.

DIAGNOSTICO MEDICO DE LA PACIENTE.

| CATEGORIA | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| DIABETES GESTACIONAL | 11 7.3% |
| DIABETES MRLITUS | 13 8.6% |
| CARGA GENETICA PARA LA DEABETES MELLITUS | 68 45.33% |
| * OTROS | 58 38.6% |
| TOTAL. | 150 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

* HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO; HIPOTIROIDISMO MAS DIABETES MELLITUS; INTOLERNACIA A LA GLUCOSA.

CUADRO 3.**INGRESO MENSUAL DE LAS PACIENTES QUE TRABAJAN.**

| CATEGORIA | FRECUENCIA |
|-----------------------------|------------|
| NO TRABAJAN | 12 8% |
| MENOS DE 3 SALARIOS MINIMOS | 9 6% |
| 3 A 4 SALARIOS MINIMOS | 22 14.66% |
| 4 A 5 SALARIOS MINIMOS | 28 18.66% |
| 6 A 7 SALARIOS MINIMOS | 14 9.33% |
| 8 A 9 SALARIOS MINIMOS | 19 12.66% |
| 9 O MAS SALARIOS MINIMOS | 38 25.33% |
| SIN ESTUDIO SOCIAL. | 8 5.3% |
| TOTAL. | 150 |

BASE 138 (92%) 150 - 12 QUE NO TRABAJAN = 138

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ENERO - NOVIEMBRE 1993

CUADRO 4.

NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS DE LA PACIENTE.

| CATEGORIAS | FRECUENCIA |
|--------------------------|------------|
| CONSULTA EXTERNA | 136 90.6% |
| 1 INGRESO HOSPITALARIO | 9 6% |
| 2 INGRESOS HOSPITALARIOS | 4 26% |
| 3 INGRESOS HOSPITALARIOS | 1 0.66% |
| 4 INGRESOS HOSPITALARIOS | 0 0 |
| TOTAL: | 150 |

BASE 14 150 - 136 DE CONSULTA EXTERNA = 14

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PARINATOLOGIA ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

CUADRO 5.

DIAGNOSTICO MEDICO EN RELACION A LA EDAD DE LA PACIENTE.

| CATEGORIAS | INTERVALOS DE EDAD | | | | | | SUBTOTAL |
|--|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| | (DIAGNOSTICO MEDICO) | 15 - 20 | 21 - 25 | 26 - 30 | 31 - 35 | 35 - 40 | |
| DIABETES MELLITUS | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 11 7.3% |
| DIABETES GESTACIONAL | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 3 | 13 8.6% |
| CARGA GENETICA PARA DIABETES MELLITUS. | 9 | 9 | 20 | 20 | 9 | 1 | 68 45.33% |
| OTROS | 1 | 10 | 20 | 18 | 6 | 3 | 58 38.66% |
| TOTAL. | 11 | 21 | 45 | 44 | 21 | 8 | 150 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ENERO - NOVIEMBRE 1993

CUADRO 6.

EDAD DE LA PACIENTE EN RELACION A NUMERO DE PARAS *

| CATEGORIAS (EDAD) | NUMERO DE PARAS. | | | | | | | SUBTOTAL |
|----------------------|------------------|----|-----|----|---|----|-----------|----------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII O MAS | |
| 15 - 20 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 21 - 25 | 8 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 15 |
| 26 - 30 | 7 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 31 - 35 | 9 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| 36 - 40 | 6 | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 16 |
| 41 - 45 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| TOTAL. | 34 | 29 | 7 | 3 | 2 | 1 | 2 | 78 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

BASE: 78 EXPEDIENTES (72 PACIENTES QUE NUNCA HAN TENIDO HIJOS)

* PARAS: PARA COMPRESION DE ESTE CUADRO, SE CONSIDERARA A LAS PARAS COMO
EL NUMERO DE PARTOS DE LA PACIENTE.

CUADRO 7.

EDAD DE LA PACIENTE EN RELACION A NUMERO DE GESTAS *

| CATEGORIAS (EDAD) | NUMERO DE GESTAS. | | | | | | | | SUBTOTAL |
|----------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|------------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | |
| 15 - 20 | 7 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 11 |
| 21 - 25 | 8 | 7 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| 26 - 30 | 19 | 11 | 9 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 45 |
| 31 - 35 | 8 | 16 | 7 | 6 | 4 | 1 | 0 | 1 | 43 |
| 36 - 40 | 5 | 2 | 6 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 21 |
| 41 - 45 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| TOTAL. | 49 | 38 | 27 | 17 | 10 | 2 | 3 | 2 | 148 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

BASE: 148 PACIENTES (2 PACIENTES QUE NUNCA HAN ESTADO ENBARAZADAS)

* GESTAS: PARA MAYOR COMPRESION DEL CUADRO, SE ENTIENDE POR GESTAS
EL NUMERO DE EMBARAZOS DE LA PACIENTE.

CUADRO 8.

EDAD DE LA PACIENTE EN RELACION A NUMERO DE ABORTOS

| CATEGORIAS (EDAD) | NUMERO DE ABORTOS | | | | | | | | SUBTOTAL |
|----------------------|-------------------|----|-----|----|---|----|-----|------|----------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | |
| 15 - 20 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 21 - 25 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 26 - 30 | 7 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| 31 - 35 | 12 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 17 |
| 36 - 40 | 6 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 41 - 45 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL. | 32 | 11 | 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 52 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) IN INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

BASE: 52 PACIENTES (98 PACIENTES QUE NUNCA HAN SUFRIDO ABORTOS)

CUADRO 9.

EDAD DE LA PACIENTE EN RELACION AL NUMERO DE CESAREAS.

| CATEGORIAS (EDAD) | NUMERO DE CESAREAS. | | | | | | | | SUBTOTAL |
|----------------------|---------------------|----|-----|----|---|----|-----|------|----------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | |
| 15 - 20 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 21 - 25 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 26 - 30 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| 31 - 35 | 16 | 5 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 30 |
| 36 - 40 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 41 - 45 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL. | 27 | 10 | 6 | 2 | 2 | 0 | 4 | 2 | 53 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

BASE: 53 PACIENTES (97 PACIENTES QUE NUNCA HAN SUFRIDO CESAREAS)

CUADRO 10.

DIAGNOSTICO MEDICO EN RELACION AL NUMERO DE PACIENTES' A QUIENES SE LES OTORGO UNA O MAS CONSULTAS MEDICAS.

| CATEGORIAS (DIAGNOSTICO MEDICO) | NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS. | | | | | | | | SUBTOTAL |
|--|--------------------------------|----|-----|----|---|----|-----|------|----------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | |
| DIABETES GESTACIONAL | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| DIABETES MELLITUS | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11 |
| CARBA GENETICA PARA DIABETES MELLITUS | 26 | 25 | 6 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 68 |
| * OTROS | 16 | 15 | 15 | 7 | 3 | 1 | 1 | 0 | 58 |
| TOTAL | 47 | 43 | 23 | 17 | 8 | 6 | 4 | 2 | 150 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

* YA EN EL CUADRO No. 2, SE ESPECIFICO CUALES DIAGNOSTICOS SE CONSIDERAN EN EL RUBRO -OTROS-

' EL NUMERO DE PACIENTES, SE PRESENTA CON NUMEROS ARABIGOS EN CANTIDADES ABSOLUTAS.

CUADRO 11.

DIAGNOSTICO MEDICO EN RELACION AL NUMERO DE PACIENTES* QUE NO ASISTIERON A UNA O MAS CONSULTAS MEDICAS.

| CATEGORIAS (DIAGNOSTICO MEDICO) | NUMERO DE CONSULTAS A LAS QUE NO SE PRESENTO | | | | | | | SUBTOTAL |
|--|--|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | |
| DIABETES GESTACIONAL | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| DIABETES MELLITUS | 9 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| CARBA GENETICA PARA DIABETES MELLITUS | 36 | 27 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 68 |
| * OTROS | 39 | 18 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 58 |
| TOTAL | 89 | 49 | 5 | 4 | 2 | 1 | 0 | 150 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) IN INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

* YA EN EL CUADRO No. 2, SE ESPECIFICO CUALES DIAGNOSTICOS SE CONSIDERAN EN EL RUBRO -OTROS-

* EL NUMERO DE PACIENTES, SE PRESENTA CON NUMEROS ARABIGOS EN CANTIDADES ABSOLUTAS.

CUADRO 12.

DIAGNOSTICO MEDICO EN RELACION AL NUMERO DE PACIENTES* QUE ASISTIERON A UNA O MAS CONSULTAS EN DIETETICA.

| CATEGORIAS (DIAGNOSTICO MEDICO) | NUMERO DE CONSULTAS EN DIETETICA | | | | | | | | | SUBTOTAL |
|--|----------------------------------|----|----|-----|----|---|----|-----|------|----------|
| | NSP+ | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | |
| DIABETES GESTACIONAL | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 |
| DIABETES MELLITUS | 4 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| CARBA GENETICA PARA DIABETES MELLITUS | 38 | 15 | 8 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 68 |
| OTROS | 44 | 11 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 58 |
| TOTAL | 87 | 34 | 14 | 7 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 | 150 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) IN INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

+ LAS CONSULTAS NO OTORGADAS SE REPRESENTAN COMO NSP.

* EL NUMERO DE PACIENTES SE REPRESENTA CON NUMEROS ARABIGOS.

CUADRO 13

TOTAL DE PACIENTES QUE ASISTIERON UNA O MAS VECES A TRABAJO SOCIAL EN RELACION A LAS
QUE NO SE PRESENTARON.

| CATEGORIA (NUMERO DE VECES) | ASISTENCIA | NO SE PRESENTO. |
|--------------------------------|------------|-----------------|
| 1 | 29 | 0 |
| 2 | 8 | 0 |
| 3 | 3 | 0 |
| TOTAL. | 40 | 110 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE DE 1993

CUADRO 14.**TOTAL DE PACIENTES QUE TUVIERON UNO O MAS INGRESOS HOSPITALARIOS Y ASISTENCIAS A CONSULTAS EXTERNAS EN RELACION A LA EDAD DE LA PACIENTE.**

| CATEGORIAS (NUMERO DE INGRESOS HOSPITALARIAS Y EXTERNAS) | EDAD DE LA PACIENTE | | | | | | SUBTOTAL |
|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| | 15-20 | 20-25 | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 | |
| 1 | 0 | 1 | 3 | 4 | 0 | 1 | 9 |
| 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CONSULTA EXTERNA | 11 | 18 | 41 | 37 | 22 | 7 | 136 |
| TOTAL. | 11 | 22 | 44 | 42 | 23 | 8 | 150 |

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO (150 EXPEDIENTES) INSITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ENERO - NOVIEMBRE 1993.**

¿ ERES DIABETICA Y.....

ESTAS EMBARAZADA ?

INSTITUTO NACIONAL DE
PERINATOLOGIA.

¡NO LO DUDES!

ACUDE CON NOSOTROS.

¡ PLATIQUEMOS SOBRE LA
DIABETES!

NO DESTRUYAS ESTE
FOLLETO.

INPER
MONTES URALES 800
LOMAS DE VIRREYES.
MEX. D.F.
C.P. 11000.

¡COMPARTELO!

MEXICO, D.F.

INPER.

ANEXO 3

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

DIVISION DE SERVICIOS ESPECIALES.

DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL.

**"INFORMACION BASICA SOBRE LA DIABETES
MELLITUS"**

**(PROYECTO EDUCATIVO PARA LA PACIENTE
DIABETICA EMBARAZADA)**

SOSA CANSECO IRENE

ALVARADO ROSAS ADRIANA

INFORMACION BASICA SOBRE LA DIABETES.

¿QUE ES LA DIABETES?

Con los alimentos, ingerimos azúcares, que son la fuente principal de energía del organismo. Estos azúcares son absorbidos en el tubo digestivo y pasa a la sangre, en donde se transforma en glucosa. Para que la glucosa pueda ser aprovechada (metabolizada) por el organismo, se requiere de la presencia de una hormona producida en el páncreas, que es la insulina. si no existe insulina, la glucosa no puede ser metabolizada y el organismo no puede obtener energía para su funcionamiento normal.

La diabetes es un padecimiento, en el cual existe una deficiencia parcial o total del efecto biológico de la insulina y consecuentemente el diabético no puede aprovechar la glucosa en forma normal. Esto da como resultado, que la glucosa se eleve progresivamente en la sangre y en proporción directa con la deficiencia de insulina; de modo que, a mayor deficiencia de insulina, mayor elevación de la glucosa en sangre.

Normalmente, cuando estamos en ayuno, la glucosa en la sangre se mantiene entre 70 y 100 mg%. Cuando ingerimos azúcares, la glucosa se eleva en la sangre y es estimula la producción de insulina, la cual permite una adecuada utilización de glucosa por las células del organismo y evita que la glucosa se eleve por arriba de 170 mg%. que es la concentración máxima de glucosa que puede tener una persona normal después de ingerir azúcar

TRATAMIENTO DE LA DIABETES.

El objetivo fundamental del tratamiento es el de mantener bien la diabetes, para evitar sus complicaciones. Como ya se mencionó, y es necesario insistir en ello, el diabético

bien controlado no llega a tener las complicaciones que tiene el diabético descontrolado.

Los recursos para tratar adecuadamente la diabetes son:

1.- Dieta.

2.- Ejercicio

3.- Medicamentos a) Pastillas
 b) Insulina

La DIETA debe ser calculada individualmente para cada paciente y tiene el propósito de proporcionar la cantidad de calorías, distribuidas en grasas, azúcares y proteínas, que puedes utilizar normalmente el diabético para mantenerlo bien controlado, dentro de su peso ideal y e acuerdo a su actividad física, hábitos alimenticios y tipo de medicamentos que recibe.

EL EJERCICIO es fundamental, ya que no solamente es útil para mantener en buenas condiciones físicas al diabético, sino que además permite lograr un mejor control de la diabetes y disminuir los requerimientos de medicamentos.

LOS MEDICAMENTOS son de 2 tipos A) pastillas, que estimulan la producción de la insulina por el páncreas y que permiten la adecuada utilización de glucosa; y B) Insulina. Estos medicamentos deben dosificarse por su médico, de acuerdo con su dieta y actividad física, por lo que nunca debe modificarse la dosis sin la orientación de su endocrinólogo.

Muchos diabéticos puede controlarse bien, únicamente con dieta y ejercicio, pero otros requieren de la administración de medicamentos. Algunos pueden controlarse con pastillas y otros requieren necesariamente de la administración de insulina (insulino-dependientes). Sin

embargo, es muy importante mencionar, que con todas las medidas terapéuticas empleadas, sea la dieta, el ejercicio, o los medicamentos, interviene la insulina para aprovechar la glucosa, sea la insulina del paciente en los no inulino-dependientes, o la insulina inyectada en los insulino-dependientes.

Algunos diabéticos no insulino dependientes pueden requerir de tratamiento a base de insulina en alguna etapa de su vida por descontrol temporal de la diabetes, pero posterior a este descontrol pueden controlarse nuevamente con dieta, ejercicio y pastillas.

Es necesario mencionar, que la administración de insulina no produce hábito, como frecuentemente piensan muchas personas. Existe la creencia muy generalizada, pero sin fundamento, de que un diabético que se inyecta insulina en alguna época de su vida, tendrá que inyectarse la insulina para siempre. La razón por la cual el diabético requiere insulina, sea en forma temporal o definitiva, es porque su páncreas no lo produce en cantidad necesaria para aprovechar la glucosa y esta falta de insulina no está relacionada con su administración previa.

La inadecuada utilización de glucosa en el diabético, conduce a múltiples alteraciones metabólicas no únicamente de la glucosa, sino también de las proteínas, las grasas, el agua y electrólitos, que pueden conducir a múltiples complicaciones graves e incluso la muerte.

¿COMO SE MANIFIESTA LA DIABETES?

La diabetes puede manifestarse de muy diversas formas y a muy diversas edades, dependiendo de la clase de diabetes. Sin embargo, los síntomas de la diabetes pueden dividirse, en términos generales, en síntomas agudos, de presentación rápida y dramática, y en síntomas crónicos, de aparición

lenta, que frecuentemente no se les da importancia y que pueden ser manifestaciones de complicaciones diabéticas.

Los síntomas agudos, que reflejan un agravamiento brusco de la diabetes, son: sed intensa, deseo de orinar frecuente y abundantemente, pérdida rápida de peso, cansancio, debilidad y gran ataque al estado general que puede llegar al estado de coma.

Los síntomas crónicos, de presentación lenta, son generalmente síntomas de las complicaciones crónicas que puedes presentar el diabético y pueden ser: obesidad, cansancio crónico y fácil, hambre excesiva, resequead de boca, neuropatía diabética, periférica y visceral (sensación de piquetes, adormecimientos, dolores generalizados en todo el cuerpo, especialmente en manos, pies, brazos, piernas, muslos, comezón en toda la piel, atonía de la vejiga y retención urinaria con distensión de la vejiga); alteraciones en piel, tales como acné, espinillas, manchas, alteraciones visuales (visión doble y disminución de agudeza visual, que puede llegar a la ceguera total); alteraciones cardíaco y neurovasculares (hipertensión arterial, parálisis de la mitad del cuerpo, parálisis facial y palpebral, parálisis de algún miembro).

En la mujer puede presentarse flujo vaginal. Durante el embarazo, la mujer diabética puede tener aumento excesivo de peso (más de 10 Kg. durante todo el embarazo), que en algunas mujeres puede llegar hasta 30kg. o más; aumento de la presión arterial y retención excesiva de líquidos; pueden presentar abortos, malformaciones congénitas, fallecimiento del feto dentro del útero o inmediatamente después de nacido; niños muy grandes (más de 4 kilos) y formación de excesiva cantidad de líquido amniótico. Los niños de madres diabéticas, al nacer, pueden tener problemas respiratorios que conducen al fallecimiento del recién nacido (membrana hialina).

En el hombre, se pueden presentar, además de los síntomas mencionados inicialmente, impotencia sexual y pérdida del deseo sexual (libido).

Por todo lo anterior, debe investigarse la diabetes en toda persona que tenga estos síntomas, ya que, si un diabético es diagnosticado oportunamente y tratado en forma adecuada, puede evolucionar muy satisfactoriamente y son complicaciones durante toda su vida. El no diagnosticar oportunamente la diabetes o no tratarla adecuadamente, a pesar de ser diagnosticada, puede conducir a cualquiera de las complicaciones graves de la diabetes.

Es muy frecuente, ver paciente diabéticos diagnosticados varios años atrás, que por un mal control de la diabetes han llegado a presentar complicaciones cardiovasculares y neurovasculares irreversibles, que dejan incapacitado al diabético por el resto de su vida.

Es muy importante insistir en que el diabético diagnosticado oportunamente y tratado en forma adecuada puede evolucionar como una persona normal.

¿QUE CAUSA LA DIABETES?

Hasta la fecha, se ignora con precisión la causa de la diabetes. Existen muchas teorías (virales, inmunológicas, etc). que han tratado de explicar la causa de diabetes, pero ninguna ha sido demostrada plenamente.

¿LA DIABETES SE HEREDA?

Aunque no se sabe cual es la causa de la diabetes, se sabe que es un padecimiento con tendencia hereditaria, se tiene un 25% de probabilidades de que los hijos sean diabéticos, si uno de los padres es diabético. Si ambos padres son diabéticos, se tiene hasta un 90% de probabilidades de que los hijos hereden la diabetes. De lo anterior, se deduce

que la diabetes es un padecimiento que debe investigarse en toda persona que tenga familiares diabéticos (padres, abuelos, tíos o hermanos).

¿A QUE EDAD SE MANIFIESTA LA DIABETES?

Dado que la diabetes es un padecimiento hereditario, el paciente diabético lo es, desde que nace. Sin embargo, no necesariamente se manifiesta la enfermedad desde el nacimiento y puede manifestarse a cualquier edad.

En una minoría de los diabéticos se manifiesta desde el nacimiento o en la infancia, pero en la gran mayoría se manifiesta en la edad adulta, entre los 30 y 50 años de edad. Sin embargo, puede manifestarse también a los 60 o 70 años.

La severidad de la diabetes, en general, guarda relación con la edad en que se manifiesta; es más grave en los niños y jóvenes que en los adultos.

¿CUANTAS CLASES DE DIABETES HAY?

Aunque no existen dos diabéticos iguales se pueden dividir en cuatro clases:

1.- DIABETICOS INSULINO-DEPENDIENTES. Estos diabéticos no producen insulina en el páncreas, son inestables en el comportamiento de la diabetes y requieren de la administración de insulina para su adecuado control y tratamiento. EN la mayoría de los diabéticos insulino-dependientes, se manifiesta la enfermedad desde la infancia o en la juventud.

2.- DIABETICOS NO INSULINO-DEPENDIENTES. Estos diabéticos son estables en el comportamiento de la diabetes; producen insulina en el páncreas aunque en cantidad y calidad deficiente. Se pueden tratar y controlar adecuadamente con

medicamentos hipoglucemiantes y/o dieta. Sin embargo, pueden requerir de insulina en alguna época de su vida. Generalmente se manifiesta la enfermedad en la edad adulta.

3.- Pacientes que tienen INTOLERANCIA A LOS AZUCARES (curva de tolerancia a la glucosa anormal) pero sin síntomas. Pueden tratarse solamente con dieta y ejercicios. Esta clase de diabetes puede ser un estadio temprano de la clase 2, y si no se controla adecuadamente puede llegar a la clase 2 o 1. Generalmente se manifiesta en adultos.

4.- DIABETES GESTACIONAL. Son mujeres que tienen intolerancia a los carbohidratos, manifestada durante el embarazo y que puede desaparecer después del mismo, o persistir en algunos casos. Esta clase puede pertenecer a un estadio temprano de la clase 2.

Entre los principales complicaciones que se pueden presentar entre las personas diabéticas son: el coma diabético, cetoacidosis diabética, infección de todo tipo, previsible en el 100% de los casos, si existe un buen control de la diabetes; hipertensión arterial, tromboembolias y hemorragias cerebrales, infarto cardiaco, ceguera, gangrena, etc.

FACTORES QUE AGRAVAN LA DIABETES.

Existen factores que agravan la evolución natural de la diabetes, como son la obesidad, alteraciones emocionales de todo tipo (sustos, preocupaciones, disgustos, etc.); infecciones de todo tipo; padecimientos agregados (gripe, gastroenteritis, operaciones, etc.); y en la mujer, el embarazo y la ingesta de anticonceptivos. Existen fármacos que también pueden agravar la diabetes como la cortisona y sus derivados; las hormonas tiroideas; los antiinflamatorios, como la butazolidina; jarabes en general que contienen azúcar y algunos diuréticos. El uso de estos

fármacos debe evitarse en el diabético si no es imprescindible su indicación.

Cualquiera de estos factores puede hacer que se manifieste la diabetes en forma aguda en una persona que no se conocía diabética, o bien, agravar la diabetes en una persona ya diagnosticada.

FRECUENCIA DE LA DIABETES.

El 10% de la población general tiene diabetes manifiesta y un 35% de la población, tiene una "diabetes oculta", no manifestada clínicamente, que puede reconocerse mediante exámenes especiales, como es la curva de tolerancia a la glucosa. Estas personas con "diabetes oculta" pueden llegar a ser francamente diabéticas en cualquier momento, por lo que es muy importante diagnosticarlas oportunamente, ya que es el momento ideal para tratarse y prevenir complicaciones.

¿QUE DEBE ENTENDERSE POR UN BUEN CONTROL DE LA DIABETES?.

Para que un diabético se considere bien controlado y se puedan prever las complicaciones agudas y crónicas, deben existir 7 requisitos:

1° La glucosa en ayuno debe encontrarse por abajo de 120 mg%

2° Una y dos horas después de los alimentos, la glucosa debe encontrarse por abajo de 170mg% y 120mg% respectivamente.

3° No debe encontrarse glucosa en la orina durante las 24 horas del día.

4° El colesterol y triglicéridos deben encontrarse en valores normales.

5° Debe mantenerse, el diabético, en su peso ideal

6° No deben existir complicaciones cardiovasculares, ni renales.

7° No deben existir padecimientos agregados, ya que siempre agravan la diabetes.

¿AFECTA LA DIABETES EL EMBARAZO?

Si. La diabetes puede afectar de manera muy importante la evolución del embarazo, generando múltiples complicaciones en la madre y el hijo, como son: la existencia de abortos, retención excesiva de líquidos, toxemia, aumento exagerado de peso en la madre, malformaciones congénitas, niños muy grandes (más de 4 Kg.), muertes "in útero", fallecimientos durante el nacimiento e insuficiencia respiratoria por membrana hialina en el hijo.

Por otra parte, el embarazo afecta también en forma recíproca la diabetes, agravando su evolución. En mujeres que no se conocían diabéticas puede manifestarse la enfermedad, precisamente durante el embarazo. Por otra parte, mas pacientes que ya se conocían diabéticas antes de embarazarse se agravan importantemente durante el embarazo.

Todas estas complicaciones maternas y fetales pueden prevenirse si la mujer diabética se controla adecuadamente antes y durante el embarazo.

En caso de estar ud. embarazada o desear un embarazo, su endocrinólogo le proporcionará un diario para tener un control adecuado de su diabetes y evitar así todas las complicaciones que la diabetes puede generar en Ud. y su hijo y a la inversa evitar que su embarazo des controle su diabetes.

EL BUEN CONTROL DE LA DIABETES ES FUNDAMENTAL, YA QUE UN DIABETICO, DIAGNOSTICADO OPORTUNAMENTE Y BIEN CONTROLADO, PUEDE EVOLUCIONAR TODA SU VIDA COMO UNA PERSONA NORMAL, EN CAMBIO, EL DIABETICO DESCONTROLADO SIEMPRE TENDRA COMPLICACIONES.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ander, Egg, Ezequiel; *DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL*, Edit. Ateneo, México, 1980.
- 2.- Ander, Egg, Ezequiel; *METODOLOGIA DE TRABAJO SOCIAL*, Edit. Ateneo, México, 1988.
- 3.- Anderson, Betty-Ann; *TRANSTORNOS DE LA SALUD FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO*, Edit. El Manual Moderno, México, D.F., 1985.
- 4.- Benson y Willaiams, *MANUAL GINECOLOGICO Y OBSTETRICO*, Edit. El Manual Moderno, México 1988.
- 5.- Benitez, Jaimes, Et-al, *ENCICLOPEDIA BARSÁ*, Edit. Enciclopedia Britanica de México, México, D.F., 1985
- 6.- Briones G., Guillermo, *METODOS Y TECNICAS DE LA INVESTIGACION DE LAS CIENCIAS SOCIALES*, Edit. Trillas, México, 1988
- 7.- Canales, Pineda, Et-al, *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION (Manual para el desarrollo del personal de salud.)*, Edit. Organización Panamericana de salud, México 1986.
- 8.- Duncan, G., *DIABETES MELLITUS Y DIABETES SACARINA*, Edit. Labor, Madrid, España; 1984

9.- E.N.T.S., APORTACIONES TEORICAS AL TRABAJO SOCIAL, Revistas de Trabajo Social No. 2, UNAM, 1983.

10.- Lee, Daniel, LO QUE DEBE USTED SABER SOBRE LA DIABETES, (Manual del Diabético), México, 1991.

11.- Méndez N., Martín, DIABETES GESTACIONAL - DIABETES ASOCIADA AL EMBARAZO, Facultad de Medicina, UNAM., Mexico, 1987.

12.- Pérez, Ramírez, Oralia, FACTORES SOCIALES QUE INFLYEN EN EL TRATAMIENTO DE LA MUJER DIABETICA EMBARAZADA PACIENTE DEL INPer., Tesis, E.N.T.S., U.N.A.M., México, 1994.

13.- Salinas, De Gortari, Carlos, PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1988-1994, S.S.P., México, 1988.

14.- Salvat Jr., ENCICLOPEDIA BASICA, Vol. 3 y 4, Edit. Salvat, Pamplona, España, 1973.

15.- Sánchez Rosado, Manuel, ELEMENTOS BASICOS DE SALUD PUBLICA, Editor Foc. Mendz Cervantes, México, 1990.

16.- Soberón, Acevedo, Guillermo, DERECHO A LA PROTECCION A LA SALUD, Edit. Trillas, México, D.F. 1978.

17.- Solis, San Vicente, Silvia, FUNDAMENTOS DE LA PLANEACION EN MEXICO Y LOS PROGRAMAS SOCIALES, E.N.T.S., U.N.A.M., México, 1986.

18.- Valle, Garza, Et-al, MANUAL DE MEDICINA GENERAL, Edit. Trillas,
México, 1986.