



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

ATENCION INDIVIDUALIZADA CON
PACIENTES DIABETICOS

TRABAJO RECEPCIONAL
TALLER DE INTERVENCION PROFESIONAL
ATENCION INDIVIDUALIZADA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N :
R U T H A Y A L A A G U I L A R
C L A U D I A I S E L A P A N T O J A J A S S O



DIRECTORA DEL TRABAJO RECEPCIONAL: MTRA. LAURA ORTEGA GARCIA

MEXICO, D.F.

2005

m. 341678

A Dios:

Por haberme permitido terminar este trabajo y darme unos padres valiosos los cuales me han apoyado en todo momento.

A mi padre:

Por darme esa libertad de decisión y enseñarme a ser responsable de mis actos. Te quiero mucho.

A mi madre:

Por el ejemplo que me ha dado, al mostrarme que dentro de cada mujer existe una fortaleza que a veces no la dejamos salir. Gracias mamá

A mi hermano:

Por la niñez tan hermosa que vivimos.

A Javier:

Por apoyarme en las buenas y en las malas así como luchar por nuestra relación. Te amo.

A mis amig@s:

Por compartir momentos gratos, los cuales espero que sean muchos más.

A la maestra Laura:

Por el apoyo tan grande que nos dio para poder presentar este trabajo. Gracias maestra por esa sencillez que la caracteriza y por su profesionalismo.

A mi madre:

Que es el ser más maravilloso que me pudo dar la vida, te doy las gracias por ayudarme a forjarme un futuro, porque en todo momento estuviste conmigo dándome consejos, sabiduría y sobre todo lo más importante, tu cariño y amor que me has demostrado durante toda mi vida, así como tu comprensión y dedicación que siempre me has tenido en los momentos más difíciles, eres el principal motor que me motiva para seguir adelante. Con amor respeto y admiración.

A mis hermanos:

Que son una parte muy importante en mi vida, que en todo momento está conmigo para ayudarme y darme apoyo en los momentos más difíciles que se interponen en nuestras vidas.

A la maestra Laura:

Por ayudarnos en todo momento para la realización de este trabajo, ya que nos transmitió sus conocimientos, nos dio su tiempo y su confianza para resolver nuestras dudas, gracias por toda la ayuda prestada y ser la gran persona que es, que siempre está dispuesta a dar lo mejor de sí.

Índice

	Pág.
Introducción _____	
1. Diabetes Mellitus _____	1
1.1. Tipo de diabetes mellitus _____	2
1.2. Sintomatología de la diabetes mellitus _____	4
1.3. Factores de riesgo en la ocurrencia de la diabetes mellitus _____	7
1.4. Tratamiento _____	10
1.5. Complicaciones _____	14
2. Factores sociales del paciente diabético _____	19
2.1. Principales cambios que se presentan en la dinámica familiar _____	22
2.2. Intervención de la familia en la atención del paciente Paciente diabético _____	23
3. Intervención del Licenciado en Trabajo Social en casos de Pacientes diabéticos _____	25
3.1. Trabajo Social en el área de la salud _____	25
3.2. Trabajo Social en atención Individualizada _____	28
3.3. Modelo de Intervención Psicosocial _____	30
3.3.1. Atención Individualizada con pacientes diabéticos . _____	34

Conclusiones _____ 40

Bibliografía _____ 42

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país siendo una de la primeras causas de muerte. A diferencia de otras enfermedades que gracias a los avances de la medicina han ido disminuyendo, la diabetes se ha incrementado debido al sedentarismo y el stress que se vive en las grandes ciudades, donde los trabajos exigen largas jornadas que no permiten llevar una dieta balanceada, lo que muchas veces ocasiona obesidad; la posibilidad de contraer la enfermedad aumenta si además se cuenta con antecedentes familiares diabéticos directos, como son padres o abuelos. Estos factores originan que cualquier persona pueda estar expuesta a desarrollar está enfermedad sin importar sexo, edad o situación económica.

Actualmente cinco millones de personas sufren esta enfermedad, que afecta a un diez por ciento de la población mexicana entre los 20 y 69 años de edad, dentro de los cuales la tercera parte desconoce que la padece, pese a que manifiesta varios síntomas, no los asocia a ésta, o son imperceptibles, hasta que se detectan en forma casual a través de un examen rutinario, lo que impide que se tenga un diagnóstico oportuno y por ende se da el tratamiento tardío, esto con frecuencia ocasiona que se presenten algunas complicaciones, como insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores y ceguera, entre otras.

Por otra parte, para el sector salud los costos que implica la atención médica de un paciente diabético son altos, pues para un enfermo que no presenta complicaciones éste fluctúa entre \$1000 a \$4000 pesos mensuales, en tanto que en uno con complicaciones se va incrementando de acuerdo con los daños que presente su organismo.

Estos altos gastos se reducirían si se proporcionara una atención oportuna a los individuos que padecen esta enfermedad, al aplicar tratamientos que permitan prevenir o reducir al mínimo, complicaciones que se producen en la salud y en la dinámica familiar. Por consiguiente, no debe ser tratada como un fenómeno aislado sino como una serie de factores biosociales que provocan, impiden o frenan el desarrollo integral de la familia, lo cual hace necesario la intervención de un equipo de salud integrado por diferentes especialistas, entre los que se encuentra el trabajador social; quien juega un papel fundamental, en virtud de que su principal objetivo es que el paciente y su familia comprendan la relación que existe entre salud y enfermedad y los factores condicionantes de su problemática, así como fomentar la participación activa en la resolución de su problema de salud y en el uso de los recursos que se le brindan.

Por tal motivo se intenta realizar un estudio sobre este padecimiento tomando en cuenta el aspecto social, económico y psicológico lo que nos permitirá conocer las principales alteraciones que modifican la dinámica familiar del paciente diabético, con base en lo anteriormente descrito, se hará una propuesta de intervención en atención individualizada dirigida al paciente diabético y su familia, con lo que se pretende que se de atención oportuna a los enfermos diabéticos, para disminuir las consecuencias y por otro lado fomentar la educación para la salud, entre la población que se encuentra en riesgo de contraer la enfermedad.

El presente trabajo se conforma por tres capítulos. En el primero se define la diabetes mellitus y se presenta una breve reseña de su desarrollo a lo largo de la historia, se especifican los tipos de diabetes mellitus y los diferentes síntomas y se hace énfasis en los factores de riesgo que propician la enfermedad; para finalizar con los tipos de tratamiento, lo que nos permitió tener un panorama más amplio de esta enfermedad, sus causas, pronóstico, y tratamiento.

En el siguiente capítulo, se abordan los principales factores sociales que se manifiestan en el paciente diabético tomando en cuenta las alteraciones que sufre el entorno familiar y las repercusiones en su calidad de vida.

En el tercer capítulo se consideran los aspectos generales de trabajo social, así mismo el trabajo social en atención individualizada y su participación en el área de la salud, la aplicación del modelo de intervención psicosocial por considerarlo el más idóneo para el tratamiento de los pacientes y la familia y se concluye con una propuesta de atención individualizada para pacientes diabéticos en edad adulta

1. DIABETES MELLITUS

La diabetes ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Los egipcios hacen mención de ella, en el papiro Ebers, (5550 a.c.) que contiene una recopilación de textos médicos que describen las enfermedades conocidas de ese entonces. Posteriormente, "los griegos Apolonio de Mileto y Demetrio de Aparnea le dieron el nombre de *diabetes*, que procede de la palabra *diabenex*, y significa *pasar a través*, debido a que cuando el azúcar en la sangre es muy alta una parte pasa a la orina¹. En el siglo VI, en la India se reconoció la dulzura de la orina como señal de la enfermedad, característica que incorporó a su nombre, pues el adjetivo mellitus procede del griego y significa miel. En ese tiempo aunque había diversos tratamientos para contrarrestar la enfermedad como el montar a caballo, las dietas basadas en la hambruna y el fumar opio, estos daban escasos resultados.

Hacia el año 1674, se empezaron a realizar investigaciones científicas sobre la diabetes mellitus, fue el científico Willis quien descubrió el sabor dulce de la orina; a su vez, en 1696, Norton destacó el factor hereditario de la enfermedad. En 1788 Cawley mencionó la relación de la orina con el páncreas, Frank determinó el sabor dulce con la levadura y estableció la diferencia entre la diabetes mellitus (de sabor a miel) y la diabetes insípida (sin sabor). Por su parte en 1815 Trommer demostró que el sabor dulce de la orina dependía de la presencia de la azúcar, hecho en el cual se basó Fehling en 1848 para diagnosticar su primera prueba.

En 1869 Langenrhans descubrió los islotes pancreáticos en tanto que Mering y Minkowsky reprodujeron la enfermedad en los perros, al quitarles el páncreas.

Para principios del siglo XX, Opie encontró la relación de la enfermedad con la destrucción de los islotes pancreáticos; en tanto que Banting y Best descubrieron la insulina que comenzó a aplicarse con éxito en los diabéticos. A su vez en 1942 después de diversos estudios Loubatieres encontró que las drogas orales y su aplicación constituyen un tratamiento para la enfermedad.

¹ Pardo Huerta Carlos Octavio, *¿Diabético? Conoce tu enfermedad*, Ed. Primera, editorial Trillas, México, 2000, Pág. 11

En la actualidad la diabetes mellitus es considerada como "una enfermedad sistémica crónica degenerativa de carácter heterogénea, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, la que afecta en el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas"²

En consecuencia, la diabetes es una enfermedad que altera la forma en que se utilizan los alimentos; muchos de los que comemos, como los almidones del pan, los cereales, las leguminosas y el azúcar de las frutas y de la leche se convierten en glucosa, la que es aprovechada por medio del páncreas, a través de una hormona llamada insulina. En las personas con diabetes mellitus, el páncreas no produce insulina o puede ser que la produzca pero de manera insuficiente, como consecuencia el contenido de azúcar en la sangre aumenta (hiperglucemia).

1.1 Tipos de diabetes

En la diabetes mellitus existen principalmente dos tipos: 1) recibe el nombre de juvenil o dependiente de insulina; 2) llamada del adulto o no dependiente de insulina.

La diabetes mellitus juvenil o dependiente de insulina se presenta comúnmente en niños y adolescentes; se caracteriza por una absoluta deficiencia de insulina a consecuencia de la destrucción de células especializadas en el páncreas (células beta), encargadas de producir dicha hormona. Este tipo de diabetes se manifiesta en menos del 5 % de la población que la padece.

En tanto que el tipo dos, habitualmente aparece en la edad adulta, se manifiesta por la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la acción de la insulina y alteración de la función de las células beta. La resistencia al efecto de insulina en los distintos tejidos del organismo, es el defecto temprano y se presenta en la mayoría de los pacientes diabéticos.

² Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria 1994, México.

Este tipo de diabetes está alcanzando proporciones epidémicas debido a las características genéticas de la población mexicana, al aumento de edad y a los cambios en los estilos de vida. Aunado a un incremento importante de las personas que tienen sobre peso y llevan una vida sedentaria, esta representa 90% de los casos diagnosticados en el país.

Otro tipo, es la diabetes secundaria, se clasifica de esta forma debido a que puede originarse por factores externos, ya sea por cualquier enfermedad causante de una alteración en la secreción de insulina, un desequilibrio nutricional o una disfuncionalidad durante el embarazo.

La diabetes mellitus asociada a la desnutrición que se caracteriza por la grave desnutrición proteica y emaciación, se desarrolla en gente joven manifestando cálculos pancreáticos e hiperglucemia sin cetosis.

La diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o primera manifestación durante la gestación y se puede presentar a partir de la semana 24 del embarazo, debido a la elevación del lactogeno placentario. En la mayoría de los casos, una vez que termina el embarazo la glucosa retorna a valores normales. Esta ocurre entre el 2% y 5 % de las mujeres embarazadas y puede provocar diversas complicaciones durante el embarazo, tales como malformaciones en el niño, poner en riesgo a la madre, así como la posibilidad de desarrollar diabetes tipo dos, en el futuro.

También ocasionan diabetes, aquellas enfermedades que son de origen infeccioso, por alteraciones del páncreas, originadas por trastornos del hígado y enfermedades endocrinas.

De esta manera, la diabetes puede presentarse en el curso de una enfermedad infecciosa aguda, como pulmonía, bronconeumonía, parotiditis, gripe, hepatitis, fiebre de Malta, etcétera ; pero por lo general desaparece tras la curación y convalecencia de la enfermedad. Se trata de una diabetes originada por un trastorno en el funcionamiento del hígado o del riñón, si bien es posible que intervenga el perjuicio ocasionado por los microbios o sus productos tóxicos sobre el páncreas u otras glándulas incluso de secreción interna.

La diabetes de igual forma se produce como resultado de la "pancreatitis crónica (inflamación del páncreas), causada por tumores en esa región del cuerpo, ya que a menudo se destruye una porción del páncreas por lo que no quedan suficientes células beta para cubrir la demanda de insulina, además es posible que tampoco elabore suficientes enzimas digestivas para digerir el alimento"³.

Otra enfermedad que en ocasiones desencadena la diabetes es la fibrosis quística, destruye el páncreas y por tanto destruye células beta; por esta razón es común en personas con fibrosis quística.

Así mismo, cuando el hígado pierde su capacidad normal para almacenar azúcar la envía a la sangre, lo que determina la aparición de la diabetes. Esto ocasiona que el hígado se congestione como consecuencia del esfuerzo que realiza por una mala alimentación y por los tóxicos que ha ido acumulando el organismo a través de los años.

Una de las enfermedades que origina la diabetes secundaria es la acromegalia, trastorno en el que la glándula hipófisis produce un exceso de hormona de crecimiento, a causa de un tumor de dicha glándula. El exceso de hormona de crecimiento estimula la producción de insulina y disminuye al mismo tiempo la respuesta de las células que las usan, esto da como resultado que los niveles tanto de glucosa, como de insulina se eleven.

1.2 Sintomatología de la diabetes mellitus

Los síntomas clásicos de la diabetes son fáciles de detectar. Sin embargo con frecuencia las personas que los padecen no los relacionan con dicha enfermedad, debido a la falta de información sobre la diabetes, mientras que cuando están concientes de esta se presenta un período de negación donde el enfermo no acepta que la padece.

³ Kilo M.D. Charles, *Controle su diabetes*, Editorial Limusa, México 1991, Pág. 44-45

Los cinco principales síntomas son los siguientes:

1. orina frecuente y copiosa (poliuria)
2. sed anormal (polidipsia)
3. hambre excesiva (polifagia)
4. disminución rápida en el peso
5. fatiga

Poliuria

La causa de "la poliuria responde a la necesidad del organismo de eliminar la glucosa excedente e inaprovechable dada la situación patológica que se ha acumulado en el torrente circulatorio"⁴. Por un mecanismo de defensa la sangre al necesitar mantener su fluidez absorbe agua de los tejidos para lograr disolver la glucosa, esta gran cantidad de líquido se elimina con la diuresis. Al tener frecuentes y copiosas evacuaciones el enfermo se ve afectado en su vida laboral y social, mientras que para una persona normal la emisión de orina oscila entre 1.5 - 2 l/ día, para un diabético el volumen puede llegar a 5 l/día.

Polidipsia.

Es la consecuencia inmediata y la defensa contra la poliuria. El proceso anterior conduciría a la deshidratación si el organismo no compensara rápidamente el exceso de pérdida hídrica. Esta situación se agrava si el enfermo desconociendo su enfermedad, al tener sed recurre a la ingestión de bebidas azucaradas como son leche, naranjadas, refrescos, etcétera.

Polifagia

El azúcar excedente al no almacenarse bajo la forma de glucógeno en la musculatura y el hígado, así como, los hidratos de carbono al no poder aportar energía provocan que el diabético experimente una permanente sensación de hambre, que lo obliga a la excesiva ingestión de alimentos, lo que trae como consecuencia el desaprovechamiento de los alimentos ingeridos.

⁴ Rossi Callizo Gloria, *La diabetes y su curación*, Editorial De Vecchi, Barcelona, 1987, Pág. 48

Disminución rápida en el peso.

A pesar de la mayor ingestión de alimentos, el paciente experimenta pérdida de peso como consecuencia de la disminución de glucosa en la orina (que puede equivaler a la cantidad de 500 a 1000 calorías por día) y al uso de sus grasas corporales como fuente de energía.

Fatiga

Suele ser el síntoma que con mayor frecuencia incita al enfermo a acudir a la visita médica en busca de una solución para su malestar. La incapacidad de aprovechar los principales energéticos alimenticios, se manifiesta por una sensación de fatiga muscular que provoca en el enfermo pesadez de las extremidades e inhabilitación para los esfuerzos ligeros. También suele presentarse un cansancio psíquico acompañado de frecuentes depresiones.

A menudo, al inicio de los síntomas de la enfermedad es desencadenado por una condición precipitante como es stress, alguna alteración emocional o afectiva, una infección bacteriana o viral, un traumatismo, entre otros.

En los pacientes diabéticos al desaparecer la condición precipitante hay cierta mejoría del estado metabólico y de los síntomas por un período que varía de horas a meses, al que se da el nombre de "luna de miel. Sin embargo, posteriormente los requerimientos de insulina aumentan y reaparecen los síntomas. Esta inestabilidad hace que no se tome en serio la enfermedad y se presta a que charlatanes, empleando sustancias que no son útiles "curen aparentemente a los enfermos diabéticos"

También se manifiestan otros síntomas en menor grado como son:

- sueño y cansancio
- alteraciones visuales
- infecciones frecuentes en la piel , vías urinarias o genitales
- lesiones de difícil cicatrización
- irritabilidad.

1.3 Factores de riesgo en la ocurrencia de la diabetes mellitus

Prácticamente cualquier persona puede contraer la diabetes no obstante la edad, sexo, raza o posición social, sin embargo existen varios condicionantes que permiten su desarrollo y que son considerados como factores de riesgo.

Herencia

"La herencia es un fenómeno biológico, por el cual los padres transmiten a sus hijos sus características normales y alteraciones físicas; así cuando uno o ambos padres son diabéticos hay mayor probabilidad de concebir hijos con esta enfermedad"⁵, sin embargo pueden intervenir otros factores predisponentes (obesidad, vida sedentaria, alimentación excesiva o inadecuada, stress) que relacionados con la herencia ayudan a desencadenar el padecimiento."

Obesidad

La posibilidad de padecer diabetes mellitus se incrementa cuando el consumo de alimentos es mayor que los requisitos metabólicos. Esto se debe a que cuando consumimos pan, galletas o refrescos elevamos bruscamente los niveles de glucosa en la sangre. Para visualizar este fenómeno podemos comparar los carbohidratos con un tren de varios vagones cargados de azúcar, el cual va descargando su contenido en la sangre. Al consumir un pan, los azúcares llegan a gran velocidad a nuestra sangre y elevan en ella bruscamente los niveles de glucosa. El cerebro toma lo que necesita para funcionar pero al detectar que aun sobra azúcar en la sangre manda una señal al páncreas, el cual segrega una hormona llamada insulina. Esta permite el paso del azúcar al hígado y a los

* Se entiende como factor de riesgo la probabilidad que tiene un individuo o una población de enfermarse si se expone a dicho factor, estos pueden modificar el desarrollo de la enfermedad.

⁵ Duran, Gonzalez Lilia Irene, *El diabético optimista*, Ed. Primera, Editorial Trillas, México, 1997, Pág. 148

** En México los datos de la encuesta nacional de salud sugieren que los mexicanos tenemos alta predisposición genética a padecer diabetes mellitus tipo dos, esto se puede observar en el número de enfermos de diabetes mellitus que es de 2 a 5 veces mas elevado en el grupo de personas con antecedentes familiares de diabetes que en el grupo que no presenta esta característica. Revista de la Academia Mexicana de Ciencias Julio-Septiembre 02 vol. 53 #3 .

músculos; una vez que las bodegas de estos órganos han llenado sus reservas, el sobrante se almacena como grasa.

En la medida en que aumentamos el consumo de carbohidratos, se incrementa la producción de insulina. Al paso del tiempo, las células que ya no necesitan más azúcar para funcionar se van volviendo resistentes a la acción de la insulina.

De este modo, el páncreas produce más insulina para forzar a las células a permitir el paso del azúcar. Este mecanismo provoca que el páncreas funcione a marchas forzadas; lo que ocasiona que pierda el control.*

El riesgo de padecer diabetes mellitus no depende únicamente del sobrepeso sino también de la forma en que se distribuye la masa corporal. La obesidad central de la parte superior del abdomen se asocia con mayor incremento a dicho riesgo.

Sedentarismo

La población ha ido cambiando su estilo de vida, las calorías obtenidas por los cazadores, comparadas con el esfuerzo para obtenerlas eran apenas suficientes para sobrevivir. Actualmente las recolecciones y cacerías se realizan en el mercado, al cual en general no se llega caminando sino en algún tipo de transporte motorizado.

La vida sedentaria contribuye a hacer más perjudiciales los efectos nocivos de la alimentación en exceso, lo podemos apreciar con algunas personas obesas que no realizan ninguna actividad física como caminata, carrera, pesas o natación y pasan la mayor parte de su tiempo sentadas lo que ocasiona que desarrollen más rápido la diabetes o se presenten complicaciones.

* En México ha crecido el número de obesos incluyendo a los niños, se estima que el 31% de las mujeres en edad reproductiva tienen sobre peso y el 22% son obesas. Según la encuesta Nacional de Nutrición llevada a cabo en 1999.

Stress

La tensión nerviosa, las emociones, la depresión y la angustia no producen por sí solas la diabetes, sino que actúan como agentes desencadenantes en personas ya predispuestas a padecerla. Estos estados de ánimo actúan de forma desfavorable sobre las glándulas de secreción interna las cuales se encargan de aprovechar los azúcares para el organismo.

Cuando una persona se encuentra angustiada, tensa, ansiosa, deprimida o constantemente estresada, corre el riesgo de padecer diabetes mellitus más fácilmente que aquellas que tienen un control sobre sus estados emocionales; es decir, que aquellas que mantienen su vida relajada y tranquila.

El stress puede causar fluctuaciones en los niveles de glucosa en sangre de forma directa o indirecta. En épocas de stress, por ejemplo, algunos diabéticos no siguen sus planes normales de comidas o se olvidan de hacer ejercicio, tienen problemas para dormirse o se saltan la medicación. Cualquiera de estos comportamientos puede provocar un incremento de los niveles de glucosa en sangre. "Una causa más directa se da cuando, en situaciones de mucho stress, las glándulas suprarrenales liberan una gran cantidad de hormonas, como la adrenalina y la hidrocortisona en el torrente sanguíneo. Estas se acumulan en la sangre y pueden causar síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia, alteraciones cardiovasculares, como enfermedad cardíaca y apoplejía, daño al riñón por aumento de tensión arterial, etcétera"⁶.

Alcoholismo

El exceso de alcohol puede desencadenar la diabetes, sin embargo no todos los alcohólicos llegan a ser diabéticos esto se debe a que algunas personas, por naturaleza resisten más que otras las perjudiciales consecuencias que conlleva el consumo del alcohol.

⁶ Mitchell Deborah, *la diabetes*, Ediciones Océano, España 1999 Pág.,96

"Los mecanismos por los que el alcoholismo puede llegar a producir una diabetes son los siguientes:

-Por arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias por acción directa del alcohol sobre las glándulas de secreción interna, el páncreas especialmente.

-Por una disminución de la combustión de grasas y azúcares lo que determina, en cambio, una mayor combustión de alcohol de forma que se acentúa el exceso de sustancias tóxicas"⁷.

1.4 Tratamiento

La meta principal del tratamiento de la diabetes es mantener la cantidad de glucosa en sangre lo más cercano a las cifras normales, de esta forma se considera que se puede prevenir o retardar la aparición de síntomas y complicaciones de la enfermedad. El tratamiento a seguir debe ser adecuado al tipo de diabetes que se padezca. El ejercicio, la educación y la orientación al paciente, así como la administración de medicamentos (hipoglucemiantes e insulina) y la realización periódica de pruebas de laboratorio, son los elementos que conforman el tratamiento integral del diabético.

Farmacológico

El tratamiento farmacológico como su nombre lo indica consiste en el uso de drogas o fármacos orientados a controlar la diabetes mellitus ya sea con insulina inyectada o con hipoglucemiantes orales.

La insulinoterapia es la aplicación inyectada de insulina para que sustituya la carencia propia del cuerpo. Su uso se inició en 1921 y se logró una drástica reducción de la mortalidad de los pacientes diabéticos que necesitan insulina para vivir: en las diabéticas embarazadas, en las complicaciones por cetosis, coma diabético, en las afecciones agudas y en aquellos que no mejoran con el uso de hipoglucemiantes orales.

⁷ Vander Adrián Dr., *Diabetes. Como recuperar la salud*, Editorial Adrián Vander, España 1977, Pág. 192

La insulina que se utiliza se extrae del páncreas de los animales y actualmente se ha logrado la síntesis de la insulina humana a partir de la ingeniería genética, de manera que ya puede usarse insulina de vaca, cerdo o la llamada humana.

"Tales insulinas pueden ser:

- a) De acción rápida, cuyo efecto se presenta a partir de media hora de su aplicación pero tiene corta duración entre cinco y ocho horas.
- b) De acción intermedia, que es la misma insulina pero se le agregan algunas sustancias para retardar su acción, de manera que puede hacerse muy lenta o semi lenta, cuyo inicio de acción después de aplicada es de dos horas y su efecto puede prolongarse hasta 12 a 18 horas.
- c) La insulina de acción prolongada, que comienza a actuar a las seis horas, puede prolongarse hasta 24 horas o más"⁸.

La aplicación de estas insulinas depende de cada caso y de acuerdo con el efecto que pretenda lograrse en cada enfermo. Su uso es total y estrictamente individualizado y bajo control médico.

La insulina no se administra por vía oral porque las secreciones digestivas la inactivan de modo que se usa inyectada, ya sea por vía subcutánea (es la vía más fácil y frecuente) o por vía intravenosa.

Hipoglucemiantes orales

Son pastillas elaboradas a base de compuestos químicos (sulfonilureas y biguanidas) que estimulan la secreción de insulina y son utilizadas en el tratamiento de la diabetes no dependiente de insulina. Una de las características de la diabetes tipo 2 es la deficiente secreción o liberación de la insulina por el páncreas. Por lo tanto, las personas afectadas por este tipo de diabetes pueden controlarse con medicamentos que provocan la liberación de insulina en el momento y la cantidad adecuada, permitiendo así que las células del cuerpo aprovechen la glucosa. Al ser utilizada la glucosa por el organismo, se produce

⁸ Pardo Huerta Carlos Octavio, *¿Diabético? Conoce tu enfermedad* Ed. Primera, Editorial Trillas, México 2000, Pág. 91

una disminución de la misma en la sangre, esto reduce el riesgo de la aparición de síntomas.

Dieta

Cuando una persona tiene diabetes lo primero que debe hacer es acudir a consulta con el nutriólogo para que revise su peso y le prescriba una dieta individual adecuada a sus necesidades y al tipo de diabetes (tipo 1 o tipo 2). Lo anterior significa que el tratamiento dietético tiene que ser adecuado al tipo de diabetes, al ejercicio o actividad física que realice y también dependerá de la alteración o complicación que padezca (hipertensión, retinopatía diabética, entre otros). Una alimentación recomendable o dieta, es aquella que en "su consumo no cause daños a la salud, que combine los diferentes grupos de alimentos y de esta forma asegure el aporte de los nutrimentos (hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y nutrimentos inorgánicos) que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente; así mismo que la cantidad de alimentos que se consuman en la dieta guarden cierta proporción, ya que las necesidades energéticas de cada individuo son diferentes"⁹.

En la dieta para la diabetes insulino dependiente debe tomarse en cuenta el tipo y la cantidad de insulina que se administra al paciente. Para la diabetes no insulino dependiente la dieta es similar a la de una alimentación recomendable. Generalmente, las personas diabéticas son obesas, por lo que la disminución de peso se considera muy importante, pues con este cambio es posible reducir la cantidad de medicamentos hipoglucemiantes y retardar el desarrollo de complicaciones o incluso, en algunos casos, evitar su aparición.

Ejercicio

Junto con la dieta, el ejercicio, es una parte fundamental del tratamiento de la diabetes, entre sus beneficios están el aumento de la sensibilidad a la insulina , y de la tolerancia a la glucosa, la mejoría en la capacidad cardiovascular y en las concentraciones de los lípidos.

⁹ Rivera Arce Erika, *Diabetes Mellitus, Programa completo para su tratamiento dietético*, Editorial Pax, México, 200, Pág. 39

El ejercicio facilita la pérdida de peso, al mantener el índice metabólico en reposo y sobre todo al disminuir la grasa corporal abdominal, que es un factor de riesgo cardiovascular importante.

Antes de que cualquier paciente inicie un programa de ejercicios se debe efectuar una prueba de esfuerzo para determinar el nivel de intensidad apropiado para los ejercicios.

Educación

La educación se puede realizar de forma individual y en grupo. Una forma no excluye a la otra, sino que ambas son complementarias. La elección de una u otra depende del momento, situación y necesidades del paciente. Entre los procedimientos individuales se encuentra la entrevista, que proporciona una orientación e información sobre la enfermedad. La entrevista tiene una ventaja de que hay una relación directa entre el educador y el educando para que esta sea eficaz se necesita establecer una relación de confianza basada en la actitud y conducta honesta del orientador, en sus conocimientos del tema , y en la habilidad para saber relacionarse con los demás.

En el tratamiento del diabético se debe incluir educación, dieta, ejercicio y medicación, secuencia que comúnmente es invertida en favor del tiempo de consulta o por falta de entrenamiento y actitud del médico hacia la educación del paciente.

En la educación del paciente diabético los principales objetivos son proporcionar información específica que le permita cuidarse adecuadamente y favorezca el aprendizaje y el desarrollo de destrezas apropiadas para lograr y mantener controlada adecuadamente la diabetes, además de la modificación de actitudes, costumbres y hábitos alimentarios, de recreación, etcétera.

Por medio de la educación el paciente disminuye la intensidad de las complicaciones, el número y días de hospitalización, los gastos por medicación y servicios de control.

Es necesario tener en cuenta que la educación sobre diabetes debe vincularse de una manera práctica a los aspectos del autocuidado de los pacientes, como es la automedición de la glucosa, esta le permite ajustar la dosis de insulina, modificar su alimentación y regular el ejercicio físico, con el fin de mantener los niveles de glucosa dentro de los límites normales y de esta manera evitar futuros síntomas y complicaciones.

1.5 Complicaciones

Con el paso del tiempo, sea cual sea la diabetes que se padezca esta puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones, los nervios, los ojos y la dentadura. Aquellos a los que se ha diagnosticado diabetes presentan complicaciones tales como cardiopatía, apoplejía, nefropatía, o trastornos neurológicos. Además las infecciones de piel, así como de riñones, vagina, vejiga y encías, son normales entre las personas que padecen la enfermedad, ya que las bacterias que causan estas infecciones son receptivas al azúcar.

Si se tienen niveles altos y bajos de glucosa en sangre hay más probabilidades que éstas se desarrollen. Por lo tanto, un diagnóstico y tratamiento oportuno de la diabetes, en especial los niveles de glucosa en sangre, son esenciales para eliminar o reducir la aparición de estos trastornos y evitar complicaciones de índole social, tanto en la dinámica familiar, como en el aspecto económico, físico y psicológico.

A continuación se abordan las complicaciones médicas más graves, relacionadas con la diabetes:

Hipoglucemia.- "La hipoglucemia se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre descienden demasiado (por de bajo de 70 mg / dl) como para poder suministrarla al cuerpo"¹⁰.

Al no llevar un control de manera estricta y constante en la medicación, la comida, el nivel de actividad y el consumo de alcohol se corre el riesgo de presentar hipoglucemia, sus síntomas son los siguientes: debilidad, hambre, somnolencia, confusión, mareos, temblor de manos, irritabilidad, dolor de cabeza, visión

¹⁰ Mitchell Deborah, *La diabetes*, Ediciones Océano, España, 1999, pag. 41

borrosa, latidos acelerados del corazón. En los casos graves se puede producir pérdida de conocimiento o coma.

Hiper glucemia.- Es un nivel elevado de glucosa en sangre (240 mg /dl) que puede durar horas o días en presentarse y llega a tener una cetoacidosis diabética. Se desarrolla cuando no hay suficiente insulina en sangre como para permitir que la glucosa sea utilizada por las células para obtener energía.

Los síntomas de la cetoacidosis son los siguientes, boca seca y dolor abdominal, de no tratarse con insulina y fluidos se producen náuseas, vómitos, pérdida de conocimiento y finalmente la muerte.

Infecciones.- La persona diabética está expuesta a sufrir todo tipo de enfermedades pero es más susceptible a las infecciones por tener menos defensas inmunológicas, sin embargo, cuando está bien controlado las resiste. Las diferentes infecciones se presentan en cualquier parte: piel, mucosas, vías urinarias, órganos genitales, oídos, vías digestivas, intestinos, pies, etcétera.

Trastornos del aparato digestivo.- Además de las infecciones, la diabetes provoca numerosas alteraciones en el aparato digestivo. En la boca aparece de todo, desde infecciones por hongos hasta infecciones de los dientes, muelas y encías, boqueras, úlceras, disminución de saliva, etcétera.

En el aparato digestivo se ven afectados los siguientes órganos: esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, vesícula biliar, páncreas e hígado. Las manifestaciones que se presentan en los trastornos digestivos son pérdida de apetito, náuseas, vómito, diarrea, pérdida de peso y deshidratación.

Problemas locomotores y osteoarticulares. – La diabetes es más común después de los 45 o 50 años y con cierta frecuencia se presentan problemas óseos, como osteoporosis o pérdida de los minerales de los huesos o de las articulaciones, con trastornos dolorosos e incluso fracturas de la columna lumbar, caderas, piernas, rodillas y pies, también repercute en los tejidos blandos, en tendones, en los músculos etcétera. Generalmente hay dolor, impotencia funcional, artritis, sensaciones de adormecimiento, hormigueo y frialdad.

Problemas cardiovasculares. – En los trastornos cardiovasculares, "los depósitos de grasa y de colesterol, se acumulan en las arterias que transportan sangre al corazón, pudiéndose producir un infarto al miocardio de fatales consecuencias. La cardiopatía es la enfermedad relacionada con la diabetes que más comúnmente puede causar la muerte, pues los vasos sanguíneos de las personas con diabetes suelen endurecerse más rápidamente que los de las que no padecen esta enfermedad"¹¹.

Problemas oculares. – Las complicaciones oculares son igualmente frecuentes. La rinopatía diabética es la alteración de la capa interna del ojo (encargada de la visión) y constituye la mayor causa de incapacidad visual en los adultos o ancianos, generalmente resulta tardía después de por lo menos 15 años de ser diabéticos, se presenta en ambos ojos y se caracteriza por trastornos vasculares de la retina, hemorragias en capa, exudados y edema, de modo que estos enfermos pierden la vista.

Por su parte, la hiperglucemia ocasiona que haya cambios en la refracción del ojo, es decir en las fuerzas de los rayos luminosos de los ojos. La enfermedad también provoca que se presenten cataratas más pronto de lo que aparecen en personas que no tienen el padecimiento.

Problemas renales.- La complicación renal de los diabéticos se conoce como neuropatía diabética y se caracteriza por presentar edema (retención de líquidos en la cara, dorso de las manos, pies y piernas), mala función del riñón, pérdida de la capacidad de filtración y desintoxicación por problemas infecciosos degenerativos, vasculares. Estos casos se presentan por un mal control de la diabetes, o por un tratamiento tardío y aunque se corrija la deficiencia de insulina las lesiones renales no son reversibles en su fase avanzada.

Problemas neurológicos. La neuropatía es muy común entre los diabéticos. Los nervios llegan a todas las partes del cuerpo y por eso cualquier trastorno en ellos tiene consecuencias graves. Los síntomas de la neuropatía van desde un dolor intenso e insensibilidad en los pies, manos o piernas hasta la sensación de mareo al ponerse de pie, también puede afectar a los nervios que van al corazón y a los vasos sanguíneos.

¹¹ Mitchell Deborah , Op. Cit. pág. 33

En la neuropatía periférica se manifiestan síntomas de hormigueo, entumecimiento, sensación de cosquilleo o quemazón en manos, brazos, pies o piernas, estas sensaciones se pueden dar en uno o ambos. El entumecimiento puede ser grave, especialmente cuando se da en los pies ya que afecta la capacidad de sentir dolor. Los trastornos neurológicos graves producidos por la diabetes constituyen una de las principales causas de amputación de los miembros inferiores.

Coma diabético "Un enfermo diabético puede presentar siete tipos de coma,* pero fundamentalmente los cuatro primeros son resultado de una mala atención o descuido de esta enfermedad, y los otros pueden ser consecuencias de complicaciones tardías de la enfermedad"¹².

- Por cetosis diabética e hiperglucemia
- Hipoglucémico
- Hiperosmolar
- Por acidosis láctica
- Urémico
- Cerebral
- Hepático

Pie diabético --- se da el nombre de pie diabético a las lesiones que pueden presentarse en los pies de estos enfermos, siendo sus principales causas:

- a) Insuficiencia vascular periférica por alteraciones de las arterias de los pies
- b) Neuropatía diabética periférica, como resultado de las alteraciones de los nervios.
- c) Lesiones ya sea por traumatismos, heridas, cortadas, ampollas, uñeros, callos, juanetes o deformaciones óseas que se infectan secundariamente.
- d) Negligencia de parte del paciente o del médico.

* El coma es una profunda pérdida de la conciencia, en la cual desaparecen los movimientos voluntarios y toda respuesta a estímulos externos, aunque estos sean dolorosos, se mantiene la vida vegetativa.

¹² Pardo Huerta Carlos Octavio, Op. Cit. Pág. 66

Estas causas pueden provocar una infección local, bacteriana o micótica, la cual se convierte en una úlcera grande y profunda que llega al tendón, los ligamentos, articulación o huesos, con infección secundaria que se generaliza a todas las estructuras del pie con severo daño celular, necrosis de los tejidos, celulitis infecciosa y gangrena.

La atención que requiere este tipo de infecciones es a través de una cirugía, la cual en ocasiones es sencilla, sin embargo si no se tiene la atención adecuada podría ocasionar que se tenga que amputar la zona infectada, ya sea un dedo hasta toda la pierna.

Problemas Sexuales --- Tanto los hombres como las mujeres diabéticos experimentan problemas sexuales. En los hombres se manifiesta la impotencia (incapacidad de alcanzar y mantener una erección suficiente) y eyaculación retrograda (la incapacidad de eyacular incluso aunque se produzca el orgasmo). En las mujeres se presentan con mayor frecuencia mala lubricación y dificultades para alcanzar el orgasmo. Todas estas alteraciones pueden estar relacionadas con trastornos nerviosos provocados por la diabetes.

Lo anteriormente descrito provoca desequilibrio en las relaciones sociales y familiares del paciente, a la vez que afecta seriamente su calidad de vida.

2. Factores sociales del paciente diabético

En la actualidad, la enfermedad y el bienestar de la persona dejan de ser individuales para convertirse en materia pública, la sociedad en primer lugar reconoce al enfermo, y le coloca en un nuevo status, liberándolo de los roles que venía desempeñando. Posteriormente lo exime, sí el caso así lo requiere, de la responsabilidad de procurar por acto de propia voluntad la recuperación de la salud perdida y su condición le concede el privilegio de ser cuidado aunque se resista a admitirse enfermo.

Cuando se adquiere una enfermedad crónica. La concepción del yo puede cambiar: la persona, la familia y el cuidador primario* son conscientes de que el paciente paulatinamente ira adquiriendo ciertas limitaciones lo que le hace encarar de diversas maneras la enfermedad:

- a) Como una amenaza. La amenaza no tan solo a creer que peligra la vida, sino por el previsible impedimento de una vida normal y, es aún más intensa cuando del enfermo dependen otras personas, como es el caso de un padre de familia.
- b) Como castigo. Esta sensación puede deberse a causas morales, el sentimiento de culpabilidad de haber sido injusto con los demás, por ejemplo.
- c) Como enemigo. Dado que la enfermedad es un mal, es fácil que la persona adopte la convicción de que se trata de un enemigo que hay que aplacar.

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad crónica que crea un problema de adaptación social en el enfermo. Esta puede durar muchos años y afectar la vida cotidiana del paciente y de su entorno social (familia, ambiente laboral, amistades, etcétera), de manera muy distinta a como lo hacen las enfermedades agudas. Las enfermedades crónicas obligan a replantearse muchos aspectos de la vida presente y futura por lo que afectan el proyecto de vida.

* Según Monis el cuidador primario se define como aquella persona que asume la responsabilidad de ayudar al enfermo en las actividades de la vida diaria, apoyarlo emocionalmente, administrar medicamentos, procurarle los cuidados básicos y ser el interlocutor de los profesionistas de salud. Monis D Ramón "Necesidades y demandas de los cuidadores primarios de pacientes terminales de cáncer en atención primaria" Via Internet, Malaga, España, 1995 <http://www.pulso.com>

Al conocer que se tiene diabetes, surge una serie de pensamientos, actitudes y sensaciones, el diabético no sólo se ve afectado en el aspecto físico, sino también se presentan cambios en su estado emocional, su primera reacción es de negación, enojo, depresión o aceptación, lo cual depende de la fase del ciclo de vida en que se presenta, la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tipo y el manejo por parte del equipo de salud.

A continuación se describen las siguientes fases:

Negación: es cuando el enfermo siente y piensa que la enfermedad no es parte suya y considera que no debió manifestarse pues llevaba una vida sana, no cree en el diagnóstico.

Enojo: se da una actitud de rebeldía frente al diagnóstico y a los cambios de estilo de vida que el tratamiento requiere, considera que no debió haberle afectado a él

Depresión: es frecuente que entre en período de depresión, con pérdida de esperanza. Surge el miedo de quedar inválido y/o morir a causa de esta enfermedad. Dicho temor se presenta por desconocimiento a las medidas para controlarla.

Aceptación: el paciente acepta vivir con el padecimiento, es decir sabe y comprende que no se curará, por consiguiente sigue el tratamiento para mejorar su calidad de vida.

Cuando la diabetes mellitus inicia en la infancia, la actitud del entorno familiar influye en la conducta del niño diabético, de este depende que no adopte una actitud de menosprecio y utilice su enfermedad para obtener beneficios adicionales (sobrepotección, mimos, menor exigencia en los estudios, etcétera) lo cual puede afectar su vida futura, o bien, que se sienta diferente a los otros niños y se vaya desadaptando socialmente

En la adolescencia, el problema es muy delicado, puesto que al llegar a la pubertad la personalidad de los niños y niñas pasa por una crisis, aunado a esto el adolescente diabético se enfrenta a la aceptación de la enfermedad ante los demás, la necesidad de cambiar o modificar ciertos hábitos y conductas, así como a la interrupción o disminución de algunas actividades de la vida diaria, que en el resto de los jóvenes son normales e incluso contribuyen a su adecuado desarrollo físico y emocional.

En la etapa adulta, el paciente diabético puede presentar disminución de la libido, disfunción eréctil o falta de lubricación vaginal, con lo que hace evidentes conflictos de pareja originando baja autoestima e inseguridad. También llega a cuestionarse sobre su porvenir profesional, de su vitalidad sexual y de sus perspectivas de calidad de vida. Al formar una familia se enfrenta con la incertidumbre de que sus hijos puedan desarrollar la enfermedad, así mismo le causa temor dejar a su familia a edad temprana, o no poder satisfacer las necesidades básicas de ésta a causa de sus limitaciones laborales y de los gastos que origina su tratamiento médico.

En lo que se refiere a los adultos mayores que padecen diabetes, muchos de ellos se vuelven más sensibles a los medicamentos, de manera que el trabajo del hígado y de los riñones sea cada vez más lento. El desgaste natural del cuerpo aunado a la diabetes acentúa sus limitaciones provocando dependencia que ocasiona una baja autoestima, lo cual requiere de paciencia por parte de los familiares del enfermo.

Por otra parte, como se señaló con anterioridad, la diabetes mellitus no solo produce la elevación de glucosa en sangre, sino que, en ocasiones por un inadecuado control de la enfermedad se presentan complicaciones agudas que requieren de hospitalización, e incluso llevan a estados de invalidez a corto, mediano y largo plazo, los cuales son progresivos. Está situación desde el punto de vista social cobra especial importancia, cuando afecta a población adulta activa, ya que la limita para el trabajo, repercute en la esperanza y calidad de vida, en los costos de las instituciones de salud y en la economía de la familia del paciente además de que en muchos de los casos son mortales.

Pocas son las tareas que un diabético no puede realizar. Sin embargo para él no es fácil conseguir o conservar un empleo principalmente por la ignorancia de aquellas personas encargadas de instituciones o empresas, debido a esta situación el enfermo diabético experimenta angustia y depresión.

El diabético busca la causa de su "nuevo" estado. La mayoría se culpa así mismo y otros delegan toda la responsabilidad a los familiares y los médicos; esta actitud tiene efecto en el comportamiento pues a menudo se despiertan sentimientos de inferioridad, dependencia y rechazo que entorpecen la comunicación y la incorporación social; por lo que tratan de mantener en secreto su enfermedad debido a que piensan que perjudicarían sus relaciones de amistad y compañerismo; así como su imagen presente y futura ante los demás. El paciente

diabético al esconder su enfermedad dificulta que las personas de su entorno puedan auxiliarlo en caso de una descompensación.

Del conocimiento que vaya obteniendo el paciente y su familia acerca de su padecimiento y del apoyo emocional y social que reciba depende la manera en que vaya modificando su actitud hacia la enfermedad y el tratamiento.

2.1 Principales cambios que se presentan en la dinámica familiar

El sistema familiar comparte a diario con el paciente por lo que la convivencia se torna difícil, la familia se convierte en testigo angustiado del lento pero progresivo derrumbamiento de su ser querido, ello genera en ocasiones la disolución de la estructura familiar, nefasta para el bienestar y estabilidad emocional del paciente.

También se originan cambios igualmente patológicos en 3 ámbitos:

- a) en las funciones del paciente (antes colaboraba, por ejemplo, yendo a trabajar y ahora es un enfermo que debe ser cuidado constantemente)
- b) en la relación con el enfermo (ahora somos los padres de nuestro padre o madre) y
- c) En la comunicación con el paciente (pasar de una comunicación coherente a una incoherente)

La enfermedad modifica las relaciones tanto en el entorno del paciente, como en los demás miembros de la familia, lo que llega a menudo a una disfunción que requiere de intervención de un grupo interdisciplinario, donde trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas y médicos busquen mejorar la calidad de vida del sistema familiar. Estos cambios toman diversas formas, tales como:

- a) Rivalización (yo lo cuidaré)
- b) Descalificación (mi hijo /hermanos no cuida(n) de el / ella)
- c) Alianzas (mi hijo mayor si que nos ayuda)
- d) Triángulos (tú que eres mi esposa cuidarás a mi padre enfermo)

* "La familia es un grupo de contacto directo afectivo espontáneo; se le puede definir como una unidad de personalidades que se relacionan entre sí y que forman un sistema de emociones y necesidades". Durán G Lilia Irene. "El diabético optimista" Pág. 45

La enfermedad y el control involucran al enfermo y a la familia por lo tanto su influencia en la salud del diabético es de suma importancia, puede llevarlo a negarse a tomar los hipoglucemiantes o a inyectarse la insulina, comer alimentos que dañen su salud, no practicar o excederse en el ejercicio, estresarse, deprimirse y hasta lastimar severamente su cuerpo, no obstante es posible lograr también que este lleve un buen control conforme a lo que respecta al padecimiento, se mantenga relajado, se sienta con una alta autoestima y luche día tras día por su salud.

Las familias en cuyo seno se encuentra un miembro con diabetes suelen funcionar con base en características de excesiva fusión, incapacidad para resolver sus conflictos, evitación y desviación de estos a través del enfermo de la familia y una excesiva rigidez.

De esta manera, cuando los integrantes "no tienen claros sus roles e identidades individuales, son sobreprotectoras y no existe comunicación, desarrollan entre otros, diabéticos sin deseos de controlar su padecimiento, se genera competencia entre los miembros de la familia, de manera que el enfermo es visto como la persona "preferida" del hogar. Se sobreprotege al grado de que se le trata como a un niño o como a un invalido que necesita mucha protección"¹³.

Por ello, es indispensable que el núcleo familiar enfrente las distintas demandas o presiones que trae consigo la enfermedad, lo que generará un ambiente firme y estable, alcanzando el equilibrio familiar, y por tanto, la salud biosicosocial de sus miembros.

2.2 Intervención de la familia en la atención del paciente diabético

Por lo anterior, el apoyo de la familia será de suma importancia para evitar que el adulto diabético pierda los deseos de continuar con su plan de vida y de relacionarse con los demás. Esta debe establecer lazos de comunicación que permitan al enfermo comprender los sentimientos que fluyen día tras día debido a la edad y a la enfermedad, apoyándolo en todo momento, sin caer en la sobre protección como puede ser el caso de premiar al enfermo con dulces, regalos u otros artículos de su preferencia, con el fin de que lleve el control de su padecimiento.

¹³ Duran González Lilia Irene, Op .Cit. Pág. 34

Por lo consiguiente se recomienda que el enfermo dentro del núcleo familiar tenga el mismo trato en cuanto a derechos, obligaciones y responsabilidades en relación con los demás integrantes de la familia, para así evitar agresividad, actitudes destructivas y complicaciones tanto físicas como emocionales.

Los familiares son una fuente importante de motivación para el enfermo, por lo cual es fundamental que estos participen en el tratamiento a través de la búsqueda de información sobre la enfermedad, para así poder entenderlo y apoyarlo como es en los hábitos alimenticios, automedición de la glucosa, seguimiento y control de las indicaciones médicas, etcétera. Solo con demostrar comprensión, apoyo y compañerismo se podrá lograr que el enfermo siga su tratamiento.

3. Intervención del Licenciado en Trabajo Social en casos de pacientes diabéticos.

Un alto número de personas desconoce muchas cuestiones relacionadas con el padecimiento, tienen una percepción de los tratamientos y los procedimientos como difíciles de seguir, presentan stress excesivo, surgen complicaciones nuevas, hay problemas emocionales y no existe confianza con algún miembro o todo el equipo de salud.

Pocos son los profesionales (médico, nutriólogo, enfermera, psicólogo) que explican detalladamente a los pacientes diabéticos qué es y en qué consiste el padecimiento, cómo puede prevenirse y evitar las complicaciones, qué medidas deben tomarse, etcétera.

Es por esto que el Trabajador Social ocupa un papel importante en la atención de los pacientes diabéticos, ya que entre sus principales funciones se encuentra el dar información sobre la historia natural de la enfermedad, orientar y capacitar a los pacientes y a su familia con el fin de que participen activamente en el control de la diabetes interviniendo desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, es decir, desde un enfoque biosicosocial. A la vez que coadyuva con la familia a enfrentar aquellas situaciones de carácter social que alteran la dinámica familiar ante la presencia de un enfermo de diabetes.

3.1 Trabajo Social en el Área de la salud

El desarrollo histórico del Trabajo Social en el área de la salud está basado en cuatro etapas. "La primera de ellas fue el reconocimiento hecho en Inglaterra, en la década de 1880, los pacientes que eran dados de alta en un hospital para enfermos mentales necesitaban atención posterior en su hogar, para evitar que tuvieran una recaída. Los "visitadores médicos" iban a la casa del paciente y aconsejaban a la familia y a los amigos de éste sobre la atención que el paciente necesitaba"¹⁴.

¹⁴ Friedlander Walter A. *Dinámica del Trabajo Social*, Ediciones Pax, México, 1975, Pág. 422

En la segunda etapa del trabajo social en el área de la salud surgen "las damas de la caridad" de los hospitales ingleses; estas damas organizaron su grupo en Londres a fines del siglo XIX, entre las funciones que desempeñaban estaban la de recepcionista voluntaria y la realización de investigaciones sociales, lo que les permitía la toma de decisiones sobre el tipo de servicio que requería el paciente, así como las condiciones de admisión.

Las enfermeras visitadoras fueron las terceras precursoras de los trabajadores sociales en el área de la salud. En 1893, Lilian Wald y Mary Brewster del Centro de Servicio Social de la calle Henry, en NEP Cork empezaron a visitar los hogares de los enfermos del vecindario que eran demasiado pobres para pagar los servicios de un médico. Algunos hospitales de New York adoptaron estas visitas debido a que a través de ellas había una mejoría en el enfermo.

La cuarta etapa, fue la de los estudiantes médicos que prestaban sus servicios de internos en las organizaciones sociales. El doctor Charles P. Merson de la Universidad John Hopkins de Baltimore en 1902, quiso incluir el estudio de los problemas sociales y emocionales en la educación médica y solicitó que sus alumnos sirvieran como voluntarios en las asociaciones de caridad y sumaron a sus funciones, la indagación de aquellos factores sociales que incidieran en las condiciones de salud de los pacientes.

Basándose en estas experiencias, "el trabajo social en el área de la salud fue implantado en 1905 en cuatro lugares diferentes casi al mismo tiempo. Los trabajadores sociales empezaron a formar parte del personal del hospital general de Massachusetts, en Boston, del hospital Bellevue de New York; del hospital Johns Hopkins de Baltimore y de la enfermería Berkley, de Boston, con la intención de proporcionar al paciente una atención integral"¹⁵.

En consecuencia, el Trabajo Social en el área de la salud se puede definir como el conjunto de técnicas y procedimientos encaminados a investigar los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la salud, así mismo, constituye un puente entre la institución de salud y la comunidad. Este procura crear una cultura crítica acerca de la causa- efecto de los problemas sociales, así como el análisis de los recursos disponibles, con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción preventiva y organizada que repercuta en condiciones de salud favorables.

¹⁵ Ibidem. Pág. 423

Es por ello que este profesional, basado en sus conocimientos y habilidades busca identificar los recursos de los individuos, familias, grupos y de la comunidad a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud.

En este sentido, interviene en hospitales y clínicas públicas y privadas; asociaciones voluntarias consagradas a la salud; servicios de sanidad estatales, locales y federales y organizaciones de asistencia social, públicas y privadas.

Es así que en tales instituciones se encuentra en condiciones de realizar diversas funciones como:

- la investigación de problemas y recursos de salud
- participación en la planeación y programación de acciones tendientes a la prevención y atención de la salud
- intervención en la ejecución de programas y administración de servicios
- organización y trabajo con grupos
- promoción de la coordinación de los servicios de salud
- asesoría al resto del personal y a la comunidad en cuanto a la movilización y organización social
- supervisión y evaluación
- capacitación de la comunidad para la participación en programas de salud
- educación para la salud

De esta manera, el Trabajador Social que forma parte del equipo de salud, responsable de la atención de los pacientes diabéticos, se enfoca a la investigación del contexto en el que se desenvuelve éste y su familia, a fin de identificar los factores sociales que han favorecido la presencia de la enfermedad y sus repercusiones, además de los recursos con los que cuenta la familia y la comunidad para brindar atención adecuada y oportuna. Así mismo, encamina sus acciones a la sensibilización de la población en cuanto a la comprensión y aceptación de las personas afectadas por la diabetes, hasta lograr que quienes les rodean les brinden la oportunidad de llevar una vida lo más normal posible.

También participa en el diseño y aplicación de programas de educación social, tendientes a la modificación de actitudes y hábitos que favorezcan la prevención, detección y tratamiento oportuno de la enfermedad.

Es por eso, que el Trabajador Social debe poseer un amplio bagaje de conocimientos teóricos y metodológicos que debidamente aplicados, le lleven a desarrollar un cúmulo de habilidades y capacidades que favorezcan su ejercicio profesional, independientemente del área en la que se desempeñe. Entre estos conocimientos es fundamental que profundice en el estudio de la atención individualizada lo que permite encarar la problemática social derivada de esta enfermedad, desde la familia y con mayor énfasis en el paciente.

3.2 Trabajo Social en Atención Individualizada

El trabajo social tiene como responsabilidad dedicar sus conocimientos y habilidades a la ayuda de los individuos, grupos y sociedades en su desarrollo y resolución de conflictos (interpersonales y sociales). Sin embargo hay una gran variedad de problemas que afectan a la familia, lo que ocasiona una limitante para su integración a la sociedad es por esto que no pueden ser tratados de manera colectiva.

La Atención Individualizada pretende mejorar la calidad de vida del paciente y de quienes le rodean, propiciando la concientización y participación social, lo que permite que el paciente pase por un proceso de sensibilización individual y este más consiente de su responsabilidad, de su compromiso y de la necesidad de participar en los problemas sociales de su contexto.

Cabe destacar que la familia constituye el centro de atención en el tratamiento individualizado, por esta razón el trabajador social debe recurrir a la identificación y manejo del ciclo de vida de ésta, incluyendo sus características, roles, expectativas, procesos emocionales y sociales. Al mismo tiempo que conoce y analiza la estructura de la vida familiar y la problemática que se presenta con mayor frecuencia en el seno de ésta, lo que ayudará a comprender su situación.

En el área de la salud, existen una infinidad de casos que ameritan de atención individualizada, entre los más frecuentes están: las personas que se encuentran, en una etapa terminal, padecimiento de una enfermedad crónica y pérdida de órganos o de funciones, etcétera. Para intervenir de forma integral con ellos se debe abordar la situación desde una perspectiva interdisciplinaria; por lo tanto, el trabajador social tiene que reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario y ubicarse profesionalmente en el equipo de trabajo con el que va a intervenir (médicos, psicólogos, enfermeros, nutriólogos etcétera).

La metodología que se utiliza en la atención individualizada, parte del proceso de trabajo social general, bien sea en casos, grupos o comunidades; utiliza como principales técnicas la entrevista, observación, visitas domiciliarias y fuentes directas

La atención individualizada consta de cuatro etapas, la primera de ellas es la investigación que consiste en un acercamiento a la realidad social, en la que se recaba información que permita conocer al sujeto de estudio y a su familia; posteriormente se profundiza en las características personales y familiares que serán concentradas en el estudio social.

Al concluir la investigación se procede a efectuar, " la segunda etapa: el diagnóstico social con el fin de analizar e interpretar la situación encontrada, para tal fin se deben de interrelacionar unos datos con otros, lo que permitirá identificar la naturaleza del padecimiento, la problemática que esto genera, las causas, efectos, los factores que intervienen en la situación, repercusiones etcétera"¹⁶.

Después de efectuar el diagnóstico y el pronóstico se procede a elaborar el plan de acción, qué corresponde a la programación de estrategias que se llevarán a cabo para buscar la solución a los problemas detectados, tomando en cuenta los recursos del sujeto, su familia, la comunidad y la institución, así como la urgencia de solución, el grado de avance de la enfermedad y las complicaciones derivadas de ésta. Así mismo este debe ser elaborado por el trabajador social en conjunto con el sujeto de estudio con el propósito de lograr la colaboración activa de ambas partes durante el proceso y siempre estará en relación con la atención integral del paciente .

La tercera etapa del tratamiento consiste en la ejecución de las acciones que contribuyan a la atención del caso y esta presente en todo el proceso del mismo pues existen problemas que requieren de una solución inmediata. El papel del trabajador social en esta etapa es de asesoría y guía, para que el sujeto y su familia participen activamente en el plan trazado.

En la cuarta etapa que es la evolución del caso se lleva el seguimiento de la atención que se esta proporcionando a cada familia, el cual debe ser asentado en el expediente correspondiente dependiendo de la duración del tratamiento.

¹⁶ Ortega García Laura Mtra., Manual del Diplomado "Atención Individualizada", Modulo I "Metodología de la investigación individualizada, UNAM, ENTS, pag. 8

3.3. Modelo de Intervención psicosocial

El contexto socioeconómico, la práctica, el legado teórico y las concepciones filosóficas de cada momento han venido conformando diferentes formas de abordaje que aunque muchas de las veces no han sido concebidas como “modelos”, al hacer un análisis en retrospectiva se identifican características de las experiencias que permiten integrarlas en este concepto.

Un modelo describe lo que el trabajador social hace, es decir la manera en qué recoge los datos, elabora una hipótesis, elige los objetivos, estrategias y técnicas que conviene para la atención. Cada modelo privilegia uno o varias teorías que nos permitan explicar e interpretar los conocimientos y las hipótesis en las que se apoya y éstas pueden ser de trabajo y del desarrollo del tratamiento.

En un primer momento los modelos de Trabajo Social “se centraban en los condicionamientos ambientales; luego, durante los años veinte, sobre todo con Mary Richmond y bajo la influencia de las ideas Freudianas, se acentuó el estudio de la personalidad humana y se desarrollo un modelo de “ Case Word” , que dio vida a una orientación que se llamo “Escuela Diagnóstico”, el elemento central estaba constituido por el diagnóstico de la personalidad como fundamento para la intervención del Trabajo Social”¹⁷.

Posteriormente, los modelos operativos de Trabajo Social, que se han desarrollado han mostrado un mayor interés por los aspectos psicosociales de la personalidad y por los factores estructurales que sobre ella influyen.

El impulso hacia la elaboración de estos diversos modelos operativos del Trabajo Social, se ha derivado en parte, de la crisis económica de los años treinta y de las consecuencias que tuvo sobre la elaboración de proyectos asistenciales públicos y privados realizados a través de entidades asistenciales. También, de las ideas neofreudianas que valorizan los aspectos psicosociales interaccionales de la personalidad y afirman la posibilidad de que “el yo libre de conflictos” interactúe también con el ambiente, con base en un dinamismo interno que lo motiva y empuja a realizarse a través de la relación con los otros. Se llega así al modelo funcional que fue influenciado sobre todo por las ideas de Otto Rank e inicialmente elaborado por Virginia Robinson.

¹⁷ Pra Ponticelli María Dal , *Modelos teóricos de Trabajo Social*, Editorial Lumen HV Humanitas, México, 2000, Pag 21

Con posterioridad, de los años cuarenta a los sesenta, maduró un nuevo modelo de Trabajo Social, llamado "Psicosocial" en el que confluyeron tanto las ideas de los neofreudianos como Ana Freud, Karen Horney, Erikson o Sullivan, como las de aquellos que comenzaban a elaborar una nueva línea de pensamiento, que bajo el nombre de psicología humanista insisten en reconocer en la persona una serie de potencialidades que pueden ser desarrolladas si se logra encontrar un terreno de cultivo favorable en el propio ambiente familiar y social.

El modelo Psicosocial se basa en la teoría de sistemas ya sea para la recogida de datos, la formulación del diagnóstico o la elaboración del plan de acción. El conocimiento del conjunto de los elementos del sistema permite centrar la intervención sobre el más accesible, ya que todo cambio que se da en uno de los elementos provoca modificaciones en sus relaciones con los otros, en el interior de éstos, y en el sistema.

La teoría psicoanalítica es la principal teoría psicológica sobre la que se apoya el modelo psicosocial, tanto para el análisis y la comprensión de la situación como para su tratamiento. Sigmund, Ana Freud Abraham Alexander y French han ejercido una gran influencia sobre la teoría y la práctica. Mas recientemente la psicología del yo con Erikson y psicólogos como Piaget, Lewin, All Port Murria han contribuido a una reorientación más psicosocial concediendo mayor importancia al yo y a sus funciones, al ámbito del consciente y de la realidad.

En un principio este modelo buscaba el cambio en varios aspectos de la personalidad, como por ejemplo el reducir la ansiedad u otro sentimiento desagradable que produzca sufrimiento. Actualmente pone énfasis en términos del desempeño de roles y patrones de interacción y de comunicación. Busca desarrollar el yo autónomo conciente.

Pretende ayudar a aquellos individuos que presentan una situación problemática o desórdenes en el funcionamiento mental ya sea ansiedad, culpabilidad, actitudes libidinosas y agresivas que dañan sus relaciones interpersonales, con el propósito de que tengan una mejoría en su funcionamiento social y abandonen sus formas disfuncionales de conducta.

"La fase inicial del modelo psicosocial consiste en formular un diagnóstico y establecer una relación de trabajo con el paciente, esta fase generalmente comprende de tres a cinco entrevistas que dependerán del estado en el que se encuentre el paciente"¹⁸.

En la fase inicial se establece el tipo de ayuda que necesitara el paciente, comprende lo que él considera como su problema, lo que ha tratado de hacer, lo que piensa de la situación actual y de las soluciones que se presentan. A lo largo de las entrevistas el trabajador social recoge los elementos que le permitirán hacer su propia evaluación del problema, los factores que lo provocan o exacerban y los recursos sobre los que se puede realizar un plan de acción.

El resultado de esta fase inicial es la formulación de las dos primeras etapas de este modelo: el estudio psicosocial y diagnóstico- evaluación, con el objeto de definir el objetivo y el plan de acción.

En el estudio psicosocial se recogen los datos necesarios y se ordenan de tal forma que de ellos se desprenda la dirección que se va a dar al tratamiento.

Como señala F. Hollis en el estudio psicosocial la unidad de atención es un conjunto de fuerzas en interacción, un sistema. Según la forma en que se presente el problema, el sistema interesado puede comprender familia o individuos en interacción con elementos tales como la escuela, el trabajo, la vivienda, los cuidados físicos y mentales, etcétera.

El establecimiento de los objetivos y del plan de acción es la tercera característica del modelo psicosocial. La única razón de ser del diagnóstico (y del estudio que ha servido para establecerlo) es permitir determinar la meta final, los objetivos del tratamiento, los puntos fuertes del sujeto de estudio y los recursos disponibles.

Dentro de los objetivos de tratamiento se encuentran el de largo plazo y los inmediatos que permitirán alcanzar el resultado deseado. El objetivo a largo plazo plantea el estado que desea alcanzar el paciente y se refiere al problema por el cual ha pedido ayuda, o a otro que ha reconocido como tal.

¹⁸ Du Ranquet Matilde, *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*, Siglo XXI, España, 1996, pag. 70

Los objetivos inmediatos constituyen las etapas que apoyan el alcance a largo plazo, son expresados con claridad y precisión, formulándose en un futuro inmediato con relación a áreas bien determinadas.

Después de haber identificado con el paciente el objetivo a largo plazo y los inmediatos, el trabajador social elige el plan de acción.

El tratamiento se basa en dos niveles: el tratamiento indirecto o trabajo con el entorno y el tratamiento directo o trabajo con el paciente.

En el tratamiento indirecto, el entorno desempeña un papel importante en el deterioro de la enfermedad o en la ayuda aportada a la convalecencia del yo. A través de la modificación del medio se fortalece el yo, que es entonces capaz de dominar los otros conflictos a los que debe hacer frente.

El trabajador social establece comunicación con otras personas, aparte del paciente, para obtener recursos necesarios y para modificar el entorno. En el tratamiento directo el papel del Trabajador Social consiste en ayudar al paciente a aprender que recursos están a su alcance y como hacerlos valer, para esto es necesario que conozcamos las condiciones que le dan derecho a estos recursos.

El trabajador social motiva al sujeto a utilizar los medios de expresión que no susciten el antagonismo del interlocutor, le permite conocer mejor los recursos propios de la situación, los sentimientos de sus interlocutores del rol y la significación que se puede atribuir a sus palabras y reacciones.

En las entrevistas de tratamiento se utilizan diferentes técnicas en proporciones variables según las necesidades y fases del caso.

Otro aspecto importante que toma en cuenta el modelo psicosocial es la dinámica de la comunicación, ya que permite clarificar las técnicas de tratamiento en dos categorías: las que implican un proceso de reflexión susceptible de profundizar en la comprensión del paciente sobre algunos puntos y las técnicas que se proponen apoyarlo y orientar su acción.

3.3.1. Atención Individualizada con pacientes diabéticos.

Una vez que ha sido descrito lo que es la diabetes, sus causas, sus consecuencias, los factores de riesgo, sus repercusiones en la calidad de vida del paciente, su pronóstico y las alteraciones que se presentan en su entorno familiar a partir de que es diagnosticada la enfermedad, se considera indispensable precisar el ámbito de competencia del licenciado en trabajo social, en relación con este padecimiento.

Con el propósito de estar en condiciones de participar con el equipo de salud responsable de la atención integral de los pacientes diabéticos, así como en la prevención de esta enfermedad, el trabajador social deberá tener claridad acerca de las implicaciones del caso, a fin de contar con los elementos necesarios para identificar, o bien, diseñar el modelo de intervención que contribuya al logro de los objetivos previstos.

Cabe destacar que la sistematización de la experiencia profesional de Trabajo Social, al establecer generalidades que den pauta a la explicación teórica, a través de la comparación de diversos modelos aplicados en condiciones similares, constituye un paso importante para determinar lineamientos generales que permitan a partir de la realidad identificar o proponer modelos de intervención en cada tipo de casos.

Elaborar modelos en Trabajo Social contribuye a reconocer, caracterizar y relacionar todos los elementos que se involucran en la intervención profesional que llevamos a la práctica, lo que necesariamente se deberá traducir en un quehacer profesional eficiente, creativo, objetivo, específico y real.

No obstante, procedemos a presentar una propuesta de intervención enfocada al segundo nivel de atención médica, en este nivel colaboran profesionales que ejercen en hospitales generales, con servicios de medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia y pediatría, contando con instalaciones y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, dirigida a pacientes diabéticos y a su familia, a partir de la atención individualizada y del modelo psicosocial, por considerar que ambos, debidamente conjugados, permiten proporcionar atención integral en estos casos. Pues, como se mencionó con anterioridad, este modelo centra su interés en los componentes psicosociales de la personalidad y en los aspectos estructurales que sobre ella influyen, por lo que reconoce y favorece el desarrollo de potencialidades

en el individuo, lo que necesariamente incide en su propio ambiente, su familia y su ámbito social.

El modelo psicosocial, detecta la naturaleza del problema desde la perspectiva del paciente y su familia, es decir, lo que piensan, lo que sienten, esto favorece su participación activa en la identificación de sus problemas y búsqueda de soluciones, a la vez que les habilita para intervenir en situaciones futuras.

Por su parte, la atención individualizada en el área de la salud se brinda especialmente a aquellos pacientes con padecimientos crónicos, en los que se ve afectado su entorno social; que presentan una dinámica familiar alterada, a causa principalmente, de la falta de apoyo por parte de la familia en lo que se refiere al tratamiento del enfermo; a quienes sufren la pérdida de un órgano o de alguna de sus facultades, o bien a los que sus necesidades sociales no son satisfechas, por lo que presentan una calidad de vida precaria.

Es por ello que se considera una estrategia fundamental, en virtud de que en el paciente como un ente social, influyen diversos factores ambientales y familiares, tanto en el origen de su enfermedad, como en el pronóstico y tratamiento de ésta, por tanto el trabajador social aplica sus conocimientos teórico metodológicos, como miembro del equipo interdisciplinario, para coadyuvar en el tratamiento integral del paciente a partir de la detección de las necesidades y recursos del grupo familiar y del entorno social.

De esta manera, planteamos como objetivos generales:

Sensibilizar al enfermo diabético, para favorecer su tratamiento oportuno con el fin de prevenir y/o disminuir los efectos y consecuencias de la enfermedad

Hacer autosuficientes a los pacientes y a su familia, en la búsqueda de alternativas de acción que contribuyan en su tratamiento, en un intento por mejorar su calidad de vida.

Diagnóstico:

A través de la investigación y diagnóstico, se pretende identificar la situación desde diferentes perspectivas y de manera integral, esto permitirá comprender el entorno social en el que se desenvuelve el paciente y la familia, la forma en que éste influye en la enfermedad, o bien, como se modifica a causa de ésta, componentes e interrelaciones que determinan la dinámica y comportamiento de la situación problema, repercusiones del diagnóstico y pronóstico médico actual y la actitud del enfermo y su familia ante la enfermedad, entre otros aspectos de igual importancia.

En esta etapa se deberán realizar tantas entrevistas como sea necesario, dependiendo del tratamiento que requiere el paciente, se tendrá que crear primeramente un clima de confianza para lograr recopilar datos generales del paciente, antecedentes personales, hábitos, entorno social, acceso a los servicios de asistencia sanitaria, así como información básica sobre las condiciones socioeconómicas, características de la dinámica familiar y de otros grupos con los que se relaciona, como amigos, familiares, vecinos, etcétera.

Para recabar dicha información se propone una guía de entrevista (anexo 1) que contiene a nuestro juicio los elementos que son acordes con el modelo psicosocial. En la inteligencia de que dependerá del tipo de caso (lugar que ocupa en la familia, edad, grado de afectación, etcétera) la información que deberá ser recabada.

Como parte del diagnóstico, se establecerá el tipo de ayuda que necesita el paciente, tomando en cuenta la fase en la que se encuentra (enojo, depresión, negación, aceptación); asimismo lo que el paciente considera que es el motivo de su enfermedad, lo que ha tratado de hacer para atenderse y las posibles soluciones que el ve para su mejoramiento.

De acuerdo con lo anterior se hace una exposición breve de los puntos que el paciente diabético tiene a su favor para salir adelante en su tratamiento, los recursos institucionales con los que se cuenta, así como un análisis de familiares y / o amigos que pueden contribuir a apoyar las medidas de tratamiento.

Tratamiento

En esta etapa se aplican diferentes técnicas como son: aireación¹⁹, la exploración²⁰, la de reflexión y de compresión²¹; cuyo objetivo es reforzar las relaciones interpersonales y familiares del paciente, se induce a la reflexión a fin de que se reconozcan los aciertos y potencialidades en la búsqueda de alcance de los objetivos planteados, ello nos llevará a lograr que a través de la atención individualizada el paciente y la familia identifiquen y acepten su nueva situación de vida; participen conscientemente en acciones para lograr una mejor calidad de vida; coadyuven en su rehabilitación cuando sufren la pérdida de un miembro o una función, pongan al servicio del paciente a las instituciones de salud para atender sus necesidades; mediante la coordinación intra y extra institucional para la atención integral del paciente; promuevan como parte del equipo interdisciplinario acciones que faciliten el manejo del impacto social, favorezcan la aceptación de la situación de salud, el reconocimiento de las implicaciones y la facilitación de la búsqueda de opciones para el tratamiento del paciente, con el propósito de mejorar su calidad de vida, además de generar y fortalecer redes de apoyo social.

Todo lo anterior a través de acciones de orientación, educación, impulso y creación de redes de apoyo y de sensibilización.

Al inicio del tratamiento se debe de tomar en cuenta el motivo por el cual se desencadenó la enfermedad del paciente (stress, alguna alteración emocional o afectiva, una infección bacteriana, o viral, un traumatismo, entre otros) así como el tipo de diabetes que padece, para poderle brindar información específica que le permita entender y comprender los síntomas que presenta y así pueda visualizar cual ha sido su actitud frente a la enfermedad (temor, negación, enojo, etcétera). El trabajador social en esta etapa necesita tener amplios conocimientos sobre la diabetes para orientar adecuadamente al paciente.

¹⁹ "La aireación de los sentimientos consiste en animar al cliente a la libre expresión de sus sentimientos, a crear un clima que haga posible esta expresión ". Du Ranquet Matilde "Modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias". Siglo XXI 1996 Pág.97.

²⁰ "La exploración trata sobre problemas que tienen una fuerte carga afectiva, el sólo hecho de hablar libremente de algo que no había podido expresar hasta entonces, puede aportar al cliente un alivio considerable" Ibidem. Pág. 97

²¹ "Estas técnicas provocan la comprensión por parte del cliente de ciertos aspectos de su situación, de su persona y de su interacción; esta comprensión se refiere igualmente a ciertos acontecimientos de su infancia que parecen incidir en sus reacciones actuales" Ibidem. Pág. 98

Al entender la problemática del enfermo, el trabajador social tendrá como principal función motivarlo con el objetivo de que éste intervenga en la atención de su enfermedad, mostrándole que si el padecimiento es detectado a tiempo permite su control y evita posibles complicaciones que puedan incluso provocar la muerte;

La familia desempeña un papel importante dentro del tratamiento por tal motivo es imprescindible prestar atención a aquellas situaciones y conflictos que provocan o alteran la dinámica familiar con motivo de la enfermedad , así como los factores que están originando la problemática y los efectos que provocan en estos. Una vez detectada la problemática en la familia se le deberá sensibilizar y capacitar con el fin de que participe en el control de la enfermedad y pueda comprender los estados de ánimo por los cuales atraviesa el enfermo .Para esto es necesario que el trabajador social cuente con un directorio de instituciones y servicios con los que pueda apoyar al paciente y su familia en caso de que lo requieran.

Una vez determinado lo anterior, se estará en condiciones de proponer las alternativas de acción que se podrán aplicar a fin de establecer las líneas de acción, lo que se tendrá que planear conjuntamente con el paciente y su familia, delegando responsabilidades y tareas.

En esta etapa el trabajador social y el paciente determinan los objetivos que pretenden alcanzar, tomando en cuenta el tiempo, los recursos y las instituciones con las que se cuenta, además se deben incluir los puntos de vista del paciente y sus sugerencias modificándolas cuando sea necesario, pero conservándolas y aprovechándolas a fin de obtener la más amplia participación del paciente para la resolución del problema. Por otro lado se incluirán aspectos prácticos y de posible realización; dando preferencia a las acciones que van a producir resultados inmediatos, por que estos garantizan la consecución de las más difíciles y despiertan la confianza del paciente.

El tratamiento tiene un doble propósito, reconstruir la baja autoestima del paciente diabético y restaurar la unidad familiar, puesto que los dos objetivos, están positivamente interrelacionados, por ello, el seguimiento será integral, con una bien planeada estrategia de tratamiento.

Evaluación:

El Trabajador Social realiza la supervisión, el seguimiento y la evaluación de las medidas tomadas en las etapas anteriores generando un proceso de retroalimentación que permita corregir posibles retrocesos y evasiones en la intervención. Esto implicará de nueva cuenta hacer visitas domiciliarias, buscando reforzar el compromiso del paciente diabético y la familia en la importancia de seguir con su tratamiento médico y / o psicológico.

La revisión del expediente será de vital importancia para vigilar el tratamiento correcto del paciente y su educación, como el manejo de su dieta, de sus medicamentos, su estado anímico reflejado en sus niveles altos o bajos de glucosa o lesiones traumáticas leves.

En el expediente es necesario anotar la evolución del caso en forma cronológica, revisando los objetivos del plan, para así evaluar los avances y poder tomar decisiones.

La acción del trabajador social debe ser sometida a una evaluación continua con la finalidad de verificar los resultados que durante el tratamiento se vayan presentando, para estar en condiciones de modificar el proceso cuando se considere pertinente, o bien introducir cambios en cuanto a la metodología que se ha estado aplicando, en consecuencia es aconsejable que ésta se lleve a cabo periódicamente y de manera permanente.

Cierre del caso:

En esta fase se realiza el cierre del expediente, señalando la evolución o estancamiento que el caso demostró a lo largo de cierto tiempo, es importante destacar que el Trabajador Social tomará en cuenta que existen familias que se niegan a la intervención o abandonan las soluciones que se les proponen, por ello no se debe insistir más de la cuenta en que el paciente siga el tratamiento, pero sí sensibilizándolo, a la vez que se cuida de no crear dependencia, ya que la duración y término del tratamiento dependen del paciente, más no del Trabajador Social.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

En lo que se refiere a la detección y prevención de la población en riesgo, se recomienda, más que la atención individualizada, el trabajo en grupos y programas comunitarios que contribuyan a modificar hábitos, creencias y comportamientos. No obstante, en algunas situaciones se hará necesaria la atención individualizada, principalmente cuando se detectan características que sólo sea posible atender de esta manera, sobre todo cuando existen condicionantes que permiten el desarrollo de la enfermedad que son considerados como factores de riesgo o en los casos en que la presencia de ésta los obligaría necesariamente a replantearse muchos aspectos de la vida presente y futura que afectan su proyecto de vida.

Conclusiones

La diabetes es una de las primeras causas de muerte en nuestro país que va aumentando en un 3% al año, lo cual representa un problema de salud pública que ocasiona altos gastos en el tratamiento, para las instituciones, el paciente y su familia. Debido a las complicaciones que surgen por falta de educación sobre la enfermedad y el no contar con una atención individualizada.

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad crónica que crea un problema de adaptación social en el enfermo. Esta puede durar muchos años y afectar la vida cotidiana del paciente y su entorno social (familia, ambiente laboral, amistades, etcétera), de manera muy distinta a como lo hacen las enfermedades agudas.

Los factores de riesgo que pueden desencadenarla son: el sobrepeso, herencia, sedentarismo, stress y alcoholismo de los cuales la obesidad y la herencia se presentan en un mayor grado en la población diabética por tal motivo la disminución de peso se considera importante, ya que les permite reducir la cantidad de medicamentos y retardar el desarrollo de complicaciones o incluso en algunos casos evitar su aparición

Por lo consiguiente es importante trabajar con un modelo que se adapte a las necesidades del paciente, tomando en cuenta la etapa de su enfermedad, en la que se encuentra. Para esto es necesario que el Trabajador Social este capacitado e informado sobre la diabetes, para así poder ofrecer las alternativas de tratamiento y evitar complicaciones.

En el modelo psicosocial se busca que el paciente conozca sus puntos débiles y fuertes, lo cual le ayudará a descubrir el trabajador social, de aquí su importancia, ya que en el caso de los pacientes diabéticos, se requiere trabajar en sus potencialidades para que no desistan en su tratamiento. Así mismo el modelo psicosocial considera el entorno familiar como parte esencial del paciente lo cual es primordial para los enfermos diabéticos debido a que son su principal apoyo para enfrentar a la enfermedad.

La atención individualizada tiene un amplio campo en el sector salud, como es en los pacientes que presentan enfermedades crónicas los cuales requieren ser atendidos de una manera particular, puesto que se manifiestan diferentes aspectos sociales que no pueden ser tratados de forma general. En el caso de los enfermos de diabetes tiene como principal finalidad mejorar la calidad de vida del paciente y de quienes le rodean, propiciando la concientización y participación social lo que permite que el paciente y su familia pase por un proceso de sensibilización individual y este más conciente de su responsabilidad, de su compromiso y de la necesidad de participar en los problemas sociales de su contexto.. Es por esto que la atención individualizada debe ser tomada en cuenta en las instituciones de salud, puesto que solo se hace un trabajo social de grupos y comunidad, relegando a la atención individualizada por considerarla poco práctica y costosa.

El Trabajador Social debe lograr que afloren las capacidades del paciente especialmente en aquellas derivadas de sus condiciones de salud por medio de la educación, puesto que al participar activamente en su tratamiento y al crear conciencia de su papel en el control de su padecimiento, son más altas las posibilidades de que tenga mejoría en su salud.

Así mismo, es de suma importancia involucrar a la familia para que participe conjuntamente con el paciente en el tratamiento a través de la búsqueda de información sobre la enfermedad para apoyarlo correctamente en caso de una crisis, así como en la dieta que debe de seguir, el automonitoreo diario y las indicaciones médicas; esto permitirá que el paciente se sienta motivado para seguir con su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Alba, Rafael
Salud Pública y Medicina Preventiva
Editorial Manual Moderno , México,
1984, p.p 391
- A.M. Sarmarti, A. Lucas
Lo fundamental de la Diabetes Mellitus
Editorial Doyma , Barcelona España,
1991, p.p 73
- Ander-Egg, Ezequiel
Introducción al Trabajo Social
1era Ed., Editorial Siglo XXI, Madrid,
1992, p.p. 269
- Duran González, Lilia Irene
El diabético Optimista
Manual para diabéticos, familiares y
Profesionales de la salud.
Ed. Trillas Primera Edición 1997 p.p. 55
- Du Ranquet, Matilde
*Los modelos en trabajo social:
Intervención*
Con personas y familias
Editorial México Siglo XXI, 1996
p.p. 405
- Camacho González, Lizbeth
Modelos de Intervención Individualizada
Guía para la construcción E.N.T.S.
UNAM, 1998, p.p. 69
- Figueroa, Daniel
Diabetes
Ed.3era ,Editorial Masson, Barcelona,
1997, p.p. 273

- Pardo Huerta, Carlos Octavio *¿Diabético? Conoce tu enfermedad*
Factores hereditarios, culturales,
Sociales y alimenticios de la diabetes
Ed. 1era, Editorial Trillas, México, 2000,
p.p 174
- Pra Ponticelli, María Dal *Modelos Teóricos de Trabajo Social*
Editorial Lumen HV Humanitas,
México, 2000, p.p. 77
- Pérez Pasten, L. Enrique *Manual del diabético Insulino*
Dependiente
Ed. 2ª, Editorial Soluciones Graficas,
1997 p.p 135
- Pérez Pasten, L. Enrique *Guía para el educador en diabetes*
Ed. 3era, Editorial Soluciones
Gráficas, 1997, p.p 243
- Rivera Arce, Erika *Diabetes Mellitus*
Programa completo para su tratamiento
diabético
Editorial Pax, México, 2000, p.p. 135
- Rossi Callizo, Gloria *La diabetes y su curación*
Editorial De Vecchi, Barcelona; 1987,
p.p 158
- Vander Adrián DR. *Diabetes. Cómo recuperar la salud.*
Ed. Adrian Vander, Barcelona España,
1997, p.p 192
- Zarate Treviño, Arturo *Diabetes Mellitus*
Editorial Trillas, México, 1989, p.p 93

Zavala V. Adolfo

Avances en diabetes y nutrición
Editorial Celcis, Buenos Aires-
Argentina, 1987, p.p 346

T E S I S

ORTIZ QUEZADA, Julieta

Propuesta de Trabajo Social para la elaboración de un programa educativo dirigido a pacientes de Diabetes Mellitus en la Unidad de Medicina número 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social

H E M E R O G R Á F I C O

Ayala Téllez Gisela

La detección de diabetes en México
Revista Diabetes Hoy
Vol. 13 número 4 Septiembre-Octubre
2003, Pág. 28-31

Hiriart Marcia

La Historia Natural de la diabetes
Revista Ciencia
Vol. 53 número 3 Julio-Septiembre 2002
Pág. 23-35

Ortega García, Laura E.

Metodología para la Atención Individualizada
Revista Trabajo Social ENTS, UNAM
Número 12, enero-marzo 1996
Pág. 36-43

Treviño Garcia, Roberto

Estado actual del diabético en el primer Nivel de atención.
Revista Médica del IMSS
Vol. 5 número 6 1992

Torres Rodríguez, María Concepción

Los familiares de los pacientes con diabetes
Deben vivir una cultura de la prevención
Revista Diabetes Hoy
Vol. 13 número 2 Marzo-Abril 2003
Pág. 18-19

PERIODICO

Con información de Reuters

Devastador aumento de casos de Diabetes en el Mundo.
Periódico: Excelsior
Jueves 6 de Mayo de 2004, Pág. 3ª

Rodríguez Ruth

Oro en diabetes: es primera causa de Muerte
Periódico: Universal El gráfico
Número 26 , 173 Martes 24 de Agosto del 2004, Pág. 14

OTROS

Federación Mexicana de diabetes, A.C. [fmd @ diabetes.com](mailto:fmd@diabetes.com)
www.fmdiabetes.com

Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria 1994, México.

Ortega García, Laura E Mtra.

Metodología de la investigación
Individualizada
Manual del Diplomado "Atención
Individualizada", Modulo I,
UNAM, ENTS, Pág. 8

ANEXO 1

1-Paciente

A) Datos Generales

Nombre:

Domicilio:

Edad:

Edo. Civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Sexo: F M

B) Antecedentes Personales

- Periodo de desarrollo (etapas del ciclo vital humano).
- Desarrollo Psicosocial de la sintomatología (se da relevancia a aquellos eventos psicosociales que han influido en su enfermedad).
- Antecedentes de la enfermedad (heredo- familiar, tiempo de padecerla, nivel o grado de desarrollo)
- Actitud del paciente, frente a su enfermedad (enojo, negación, depresión, etc).

C) Antecedentes laborales.

- Historia laboral (tiempo, tipo de trabajo y estabilidad).
- Relaciones con patrones y compañeros.

D) Hábitos.

- Medicación: (comportamiento que lleva a cabo en la toma de sus medicamentos).
- Hábitos Alimenticios (horarios de comida, dieta que lleva).
- Ejercicio (actividad física y tiempo en que la realiza).
- Auto cuidado (medición de la glucosa – auto monitoreo, atención a sus pies, búsqueda de información).

E) Vida de relación.

- Relaciones interpersonales (amigos, compañeros de trabajo y/o vecinos).
- Relaciones afectivas (pareja, hijos, familiares).

- Participación en grupos (grupos de auto ayuda).
- Percepción del paciente en su medio social.

2-Familia.

A) Grupo Familiar.

- Parentesco.
- Edad.
- Edo. Civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Características particulares.

B) Historia Familiar (Ciclo vital; desprendimiento, encuentro, los hijos, adolescencia, desprendimiento de los hijos, nido vacío).

C) Dinámica Familiar actual.

- Comunicación.
- Roles.
- Control de conducta.
- Límites.
- Manejo de autoridad.
- Expresión de afectos.
- Recursos o redes de apoyo.
- Actitud de la familia frente al paciente y a la enfermedad.

D) Situación económica.

- Proveedor económico en la familia.
- Ingresos familiares.
- Número de dependientes económicos.
- Alteraciones económicas a partir de la enfermedad

3-Entorno social.

A) Vivienda.

- Lugar de residencia.
- Zona.
- Tenencia.
- Distribución de la vivienda.
- Condiciones de higiene y salud.
- Ambiente social.

B) Acceso a los servicios de Asistencia Sanitaria.

- Conocimiento de los Servicios Médicos.
- Disponibilidad de los Servicios Médicos y/o de asistencia social.
- Distancia, accesibilidad y costo de traslado.
- Aspectos culturales sobre el concepto de salud.

C) Situaciones legales del paciente y/o familia relaciones con la enfermedad.

- Información acerca de conductas delictivas que están afectando la dinámica familiar.
- Información familiar por maltrato o abuso (sexual, físico y/o emocional).