



ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
"IN-VIA"
REG. 8831-29

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESTUDIO SOCIAL A 20 PACIENTES EN LA CLÍNICA
DE DIABETES DEL HOSPITAL GENERAL ZONA NORTE.

T E S Í S .

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL.

P R E S E N T A

ZELDA ALARCÓN VÁZQUEZ.

ASESORA: MTRA. JOSEFINA RODRÍGUEZ TAPIA.

PUEBLA, PUEBLA.

2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE	pág.
Presentación.	1
Capítulo I	
Historia del Trabajo Social Médico	
1.1 Aparición del Trabajo Social en el mundo.	2
1.2 Reseña Histórica de Trabajo Social en México.	7
1.3 Trabajo Social en el Área Médica.	19
A) Trabajo Social en los tres niveles de Atención.	
B) Metodología.	22
1.4 Método Social de Grupo.	26
1.5 Trabajo Social, Organización Social y Desarrollo Comunitario.	27
Capítulo II.	
La Diabetes en México	
2.1 Definición y Tipos de Diabetes.	30
2.2 Causas de la Diabetes en México.	36
2.3 Comparación de la Enfermedad en México y Estados Unidos de América.	40
A) Diabetes en Estados Unidos de América.	40
B) Diabetes en México.	41
C) Detección y Diagnóstico.	43

D) Prevención.	44
E) Tratamiento	48

Capítulo III

Organización y Funcionamiento de la Clínica de Diabetes del Hospital General Zona Norte de Puebla.

3.1 Funciones y Actividades del Trabajo Social en el Hospital General Zona Norte de Puebla de la Ciudad de Puebla.	58
3.2 Funciones y Actividades de la Clínica de Diabetes.	59
3.3 Funciones y Actividades del Trabajo Social dentro de la Clínica de Diabetes	62
3.4 Resultados de las entrevistas aplicadas a 20 pacientes de la Clínica de Diabetes Del Hospital General Zona Norte de Puebla.	63
3.5 Conclusión.	81
-Bibliografía	82
-Anexo	

AGRADECIMIENTOS

*Me graduó gracias a quien siempre me ha apoyado.
Cuantos días de esfuerzo y preparación.
Hoy logro uno de mis grandes anhelos
Al inicio de mi vida profesional.
Gracias a DIOS por la vida y sabiduría que me ha dado,
Por permitirme lograr un objetivo en mi vida
universitaria.*

A mis padres por su apoyo y comprensión, puesto que han sido el pilar fundamental en mi formación y educación. Sr. Rafael y Sra. Cira, a las personas que siempre han estado conmigo en todo momento, a mis hermanas: Yenni, Norma, Diana, a mi cuñado Héctor y sobrino Alejandro. A mis tíos Antonio y Rosa.

A mi amigo y jefe por su apoyo incondicional Ismael Sosa.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo en la adquisición de conocimientos, en especial a mi Asesora Mtra. Josefina Rodríguez Tapia.

Presentación

El presente trabajo recepcional tiene la finalidad de dar a conocer todos los estragos que provoca la enfermedad de la diabetes en las personas que la padecen, este mal no contempla edades ni género; para el control es indispensable la participación del afectado, del hospital, de la familia y de la comunidad. Al realizar la práctica de servicio social en el Hospital General Zona Norte, fue muy grato conocer que este lugar contaba con una clínica de diabetes, donde se podría desarrollar y comprobar la suposición de: a mayor atención a la población en el área de salud, menor probabilidad a desarrollar la diabetes, y por consiguiente evitar el sufrimiento y las complicaciones que contrae este trastorno.

En el primer capítulo se hará una breve descripción del comienzo del Trabajo Social, en la siguiente sección se desarrollara la organización y funcionamiento de la clínica de diabetes y un análisis de la diabetes mellitus en México y Estados Unidos de América, y por último se aplicaran entrevistas a pacientes de la clínica de diabetes, donde se pretende comprobar que la suposición es verdadera.

Capítulo I

Historia del Trabajo Social Médico

La aparición del Trabajo Social en el mundo está relacionada con la agudización de los problemas sociales que la humanidad enfrenta desde la época en que inicio la Revolución Industrial en el continente europeo. La desaparición de la producción artesanal y el surgimiento de la producción manufacturera, aumentó la migración del campo hacia la ciudad y produjo los bajos salarios ocasionando pobreza, marginación y problemas de salud.

1.1 Aparición del Trabajo Social en el mundo.

Los antecedentes históricos del Trabajo Social se ubican principalmente en Europa occidental, específicamente en la Inglaterra de la época de la Revolución Industrial que condujo al abandono de la producción artesanal y ocasiono la aparición de la producción manufacturera y grandes problemas sociales. El Trabajo Social nace en Inglaterra producto de la industrialización y de la inmigración, pos guerra y de la lucha sobre la pobreza, esos factores fueron la base para que existiera el Trabajo Social.

Entre los países latinoamericanos se vio a Puerto Rico, país en el que el Trabajo Social apareció como respuesta a los problemas sociales producidos por los cambios económicos y sociales, además de los efectos devastadores que ocasionó el huracán San Ciriaco.

Otro suceso que muestra la aparición del Trabajo Social en el siglo XIX, es la aparición del Estado de Bienestar, que nació en la Alemania Del conde Otto von Bismarck (1815-1898), quién entre 1884-1887, adoptó un conjunto de leyes que otorgaban protección elemental bajo la forma de seguros en previsión de accidentes, enfermedades, ancianidad e invalidez. Trabajo Social tiene su antecedente en la Sociedad para la Organización de la Caridad, que en un principio consideraba al individuo culpable de su situación de pobreza, pasando al análisis del orden social como factor determinante de la pobreza.

En 1903 la Sociedad para la Organización de la Caridad (COS) fundó la London School of Sociology, para institucionalizar su plan de formación dirigido a ofrecer a la comunidad para ofrecer ayuda social. El plan de la Organización de la Caridad fue seguido o retomado en Inglaterra y Escocia, después de nueve años llegó a los Estados Unidos, donde en 1877 se organizó la primera sociedad de este tipo.

Darlyn Andrea Ariza González, menciona los principios sectores de la Sociedad Para la Organización de la Caridad (COS):

- 1) Cada caso será objeto de una encuesta escrita.
- 2) La encuesta será presentada a una comisión que decidirá.
- 3) La ayuda no tendrá carácter temporal sino continuado hasta que la familia se normalice.
- 4) El asistido será agente de su propia readaptación.
- 5) Se solicitará ayuda a las distintas instituciones adecuadas.
- 6) Los encuestadores recibirán instrucción y formación al respecto.
- 7) Se realizará un fichero para el control y así evitar abusos.

8) Se creará una guía de recursos de beneficencia:

Formalmente, el Trabajo Social con carácter profesional se localizó en Norteamérica por iniciativa de dos mujeres al ver que había la necesidad de preparación especial para dar respuesta a la problemática fue, Anna L. Dawes en Massachussets en 1893 y posteriormente por Mary Richmond. La cual en 1897 formuló el plan para el establecimiento de la Escuela de Instrucción para la Filantropía Aplicada, institución que posteriormente organizó los primeros cursos de Trabajo Social en Nueva York en el año 1898.

En esta época destacaron diversos personajes por su contribución a la formación de la profesión de Trabajo Social. Entre estas personas destacó Charles Stewart Loch, cofundador de la Sociedad para la Organización de la Caridad quien fue nombrado secretario en 1875, manteniéndose en el cargo durante 38 años. Como hombre religioso y humanista, influyente en la sociedad inglesa incorporó sus principios de autoayuda, caridad no ligada a alguna religión, y no intervención del Estado sobre para la organización de la caridad.

La fundadora de la Sociedad Para la Organización de la Caridad en Nueva York, Josephine Shaw Lowel, colaboró en la atención del Trabajo Social un análisis de la pobreza y acercamiento entre las instituciones públicas y privadas, en la atención al necesitado realizando estudios estadísticos tanto en los Estados Unidos y Europa.

La señora Beatrice Webb fue parte de la Organización de la Caridad en 1883, participando con sentido crítico, respecto al trabajo insuficiente del organismo para atender la miseria que predominaba a finales del siglo XIX. En Estados Unidos.

En colaboración con Booth, realiza un estudio genérico de las condiciones de vida de las personas, en los barrios londinenses y sobre las condiciones laborales de quienes trabajan, en el sector de la confección, en sus propios domicilios.

En 1894 el matrimonio integrado por Samuel y Henrietta Barnett creó el “Movimiento de los Establecimientos” para que jóvenes graduados en Oxford y Cambridge, ejercieran su influencia personal, dedicando parte de sus vidas a actividades comunitarias, que posteriormente fueron denominadas Trabajo Social con grupos u organización de la comunidad. La contribución de estas personas se dio en el campo de la teoría y práctica del trabajo social con grupos, donde la personalidad del individuo, se fortaleció en un grupo por la interacción positiva de sus miembros que se dotaron a sí mismos de un fin y normas de funcionamiento.

Otro suceso importante en favor del desarrollo del Trabajo Social lo constituyó el hecho de que en 1899 se estableció la Junta de Caridad para distribuir alimento a las personas necesitadas que posteriormente condujo, a la creación del primer capítulo de la Cruz Roja americana, que se avocó a prestar servicio a la familia de los militares afectados por la Primera Guerra Mundial.

En su libro sobre Trabajo Social; Origen, Métodos Tradicionales, procesos y etapas históricas, la Trabajadora Social colombiana Darlyn Andrea Ariza González, señala que el origen del trabajo social latinoamericano se relaciona con diversos hechos o sucesos que se presentaron en diversos países de la región, En la primera mitad del Siglo XX se creó la primera escuela del Trabajo Social en Latinoamérica en Santiago de Chile, por el Doctor Alejandro del Río, de formación profesional en medicina en el año de 1925; en Puerto Rico se creó en el

año de 1934; en Argentina, se fundó la primera escuela en 1940, en Ecuador en 1945, en Venezuela en 1956; en 1966 se crea la primera escuela de Servicio Social en República Dominicana.

También es importante comentar cómo fue la formación profesional de trabajadores sociales en Latinoamérica en Chile, ya que en sus inicios en el currículum se incluían materias de medicina, derecho y la mayoría eran de tipo práctico, como economía del hogar, primeros auxilios, nutrición, etc. con el objetivo de dotar a los estudiantes de conocimientos, que les permitiera atender diversas problemáticas, y ofrecer conocimientos en Artes y Oficios, en la práctica de Trabajo Social con grupos, para que dichas habilidades se utilizaran en la generación de ingresos para los participantes.

Además, desde 1950 lenta y gradualmente se incluyó en el currículum de las diferentes escuelas de Trabajo Social de Latinoamérica, celebrado en Chile en el año de 1945. Según González, Trabajadora Social La formación profesional en Latinoamérica ha sido menos fragmentada, porque en los currículos de las universidades se han incluido los tres métodos del Trabajo Social, Caso, Grupo y Comunidad, lo que genera una intervención integral y una complementariedad entre estos al momento de interactuar con los sujetos y sus realidades.

Darlyn Andrea Ariza González sostiene que el Trabajo Social latinoamericano, también ha estado influenciado por Europa y Estados Unidos. En 1965 el movimiento de reconceptualización, se debió a la inconformidad con el modelo imperante de Estados Unidos; en éste movimiento se cuestionó, revisó y busco alternativas de transformación de la realidad del contexto Latinoamericano.

1.2 Reseña de Trabajo Social en México.

De 1821 a 1856 los servicios de salud sufrieron las consecuencias de las luchas armadas y la transformación de la caridad en servicios de beneficencia pública y privada. Hasta 1864 la Beneficencia Pública estaba integrada por los siguientes establecimientos: Hospital General de San Andrés, de San Pablo Hospital de San Juan de Dios Hospital de San Hipólito (para hombres dementes) Hospital del Divino Salvador (para mujeres dementes).

Aida Valero Chávez, mencionó en su libro, *Trabajador Social en México, Desarrollo y perspectivas*, que a principios del siglo XX se concretaron dos grandes proyectos como: El Hospital General en 1905 y el Manicomio General de la Castañeda, también en 1917 se establecieron las bases para el Sistema Jurídico Mexicano de Salud mediante la Ley de Organización Política del Gobierno Federal, se crearon tres nuevos departamentos: 1. El Judicial 2. El Universitario y de Bellas Artes 3. El de Salubridad Pública, lo que significó pasar de la beneficencia a la medicina social.

“La concepción para-médica y/o para-jurídica que se desarrolló en México condujo a que en la década de los 20s, se le consideraba al profesional auxiliar técnico-instrumental intermedio, útil para ayudar al médico. A partir de ese momento se le denomina como visitadoras sociales cumpliendo las funciones de ojos prolongados y brazos extendidos”.

En 1920, se reorganizó la beneficencia asigna una a Lotería Nacional; se comisionó a unas "inspectoras" para: "investigar aspectos educativos y de alimentación de los niños alojados en la Casa de Cuna, Hospicios, Escuela, Industria, Vocacional y Escuela de Ciegos y de Sordomudos. Trabajo Social surgió como respuesta a las necesidades más urgentes

derivadas de las condiciones de miseria en que vivían grandes núcleos de la población caracterizándose en principios de caridad y filantropía vigentes en ésta época.

Trabajo Social inicio su preparación en 1929 cuando la Escuela de Salubridad, impartió un curso de Puericultura, e Higiene Infantil para enfermeras y parteras empíricas, y una clase de economía doméstica para que las enfermeras visitadoras adquiriesen conocimientos, a fin de orientar sobre higiene infantil y economía familiar a las familias. Las enfermeras visitadoras adscritas a los Centros de Higiene Infantil, practicaron visitas a domicilio para el rescate de pacientes y orientar sobre higiene, puericultura y alimentación. Entre los datos que se le recomendaba pedir en la visita domiciliaria: nombre de la persona, su domicilio, y motivo de solicitud, su organización familiar. La Escuela de Salubridad de Departamento de Salubridad Pública, impartió un curso para auxiliares de Trabajo Social, con fundamento en la normatividad vigente, que señalaba: deber del Estado Mexicano crear un tipo de visitadora social eficaz, activa y honorable, capaz de ser maestra de la salubridad y de recoger con fidelidad los elementos de información social demográfica.

La primera institución educativa de Trabajo Social en el país fue la Escuela de Enseñanza Doméstica de la Secretaría de Educación Pública; Desde 1926 se había contemplado el proyecto, sin embargo, éste fue oficial hasta el 2 de febrero de 1933, como producto del empeño de su fundadora la profesora Julia Nava de Ruiz Sánchez.

El Decreto Presidencial emitido por el General Lázaro Cárdenas reformó los artículos 52 y 53 del artículo 5 constitucional, relativo al

Ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, para establecer las bases del servicio social remunerado.

Cfr. Valero Chávez, Aida, Apuntes Sobre la Génesis del Trabajo Social, México, Edit. Escuela Nacional, 2000, pág. 14.

Cfr. Valero Chávez, Aida, Apuntes Sobre la Génesis del Trabajo Social, México, Edit. Escuela Nacional, 2000, pág. 15.

En 1937, ésta nueva profesión es definida como lo que se hace en beneficio de los demás por atención, por amistad. Cuando este servicio se imparte por personas preparadas técnicamente para hacerlo y sacar el mayor provecho posible de su acción en favor de otros individuos, es que a estas personas se les llama trabajadores sociales.

Las características de la profesión de Trabajo Social estaban contenidas en los siguientes puntos:

- I) Investigación y estudio individual de las causas que originan una necesidad y aplicación del remedio.
- II) Medidas preventivas.
- III) Concentración de actividades dispersas, para cooperar en el bienestar de la familia.
- IV) Capacitar al necesitado para bastarse a sí mismo y seguir marchando en la vida sin apoyo.
- V) Elevación material y moral del individuo.

Desde el principio, la enseñanza de Trabajo Social, hizo hincapié en la preparación en aspectos médicos y jurídicos, por creer que se iban a desempeñar en dichas áreas, como auxiliares de médicos o abogados.

En el caso de la metodología del Trabajo Social, hay que señalar que se centró en la enseñanza del Trabajo Social de Casos, con fuerte influencia europea y norteamericana, (debido a que la fundadora de México recibió tal influencia en sus observaciones sobre la práctica del trabajo social en Estados Unidos).

En el caso de la Secretaría de Asistencia Pública el 31 de diciembre de 1937, el General Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia

Cfr. Valero Chávez, Aida, Apuntes Sobre la Génesis del Trabajo Social, México, Edit. Escuela Nacional, 2000, pág. 18.

Cfr. Valero Chávez, Aida, Apuntes Sobre la Génesis del Trabajo Social, México, Edit. Escuela Nacional, 2000, pág. 18.

Pública y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil. El objetivo de este último sería responsabilizarse de los problemas educativos y sociales de los menores de 6 años de edad.

El paso de Beneficencia a Asistencia Pública, significó la interpretación científica de los fenómenos o problemática social y la solidaridad con el marginado; consistió en una actividad de administración pública dirigida a lograr el bienestar social.

El Departamento de Salubridad contribuyó a mejorar la nutrición de los mexicanos, fortaleció las campañas contra las epidemias, e incluso preparó cursos especiales para los médicos.

Posteriormente se presentó la transformación de la beneficencia en asistencia incluyendo los siguientes puntos:

- a) La ayuda al desvalido es una obligación social y debe transformar al débil social en elemento productivo y sano.
- b) La asistencia debe tener bases científicas.
- c) Es necesario el estudio concienzudo de cada caso para clasificar los grupos de necesitados y canalizarlos a la institución adecuada.
- d) Prever el tiempo de atención asistencial.
- e) Contar con un centro que estudiara a los débiles sociales, las causas de su problemática, formulara un diagnóstico y programa para la curación del enfermo.

En el mismo año se impartió un curso especial por la Escuela de Jurisprudencia (hoy Facultad de Derecho de la UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO), abordando el tema de la Delincuencia Infantil y Juvenil, dirigido al personal en funciones de Trabajo Social de

los Tribunales para Menores del Departamento de Defensa y Prevención Social de la Secretaría de Gobernación.

La especialidad incluyó las siguientes materias: Paidología, Psicología de la Infancia y Adolescencia, Régimen Jurídico de Menores, Organización de Tribunales de Menores, Etiología de la Delincuencia Juvenil, Propedéutica Criminológica, Sicopatología y Métodos de Readaptación de Menores, Delincuencia Infantil y Juvenil y Técnica de Trabajo Social.

Las alumnas de las primeras generaciones de Trabajo Social de la Universidad Nacional, eran enfermeras, parteras o maestras normalistas que se desempeñaban como Trabajadoras Sociales en el gobierno, dicho personal tenía mucho interés por las áreas relacionadas con el bienestar social.

La metodología empleada por Trabajo Social, era el estudio de casos, enfocado principalmente a los problemas socioeconómicos, educativos, psicológicos, de comportamiento y de prevención social. La investigación era una actividad primordial al averiguar las condiciones en que se encontraban los solicitantes para brindar ayuda o canalizarlos a las instituciones de asistencia.

En 1940 el Trabajo Social norteamericano influyó en Latinoamérica, En consecuencia, los programas técnico-científicos, fue un medio para elevar el status profesional; se incluyó un marco teórico psicologista, neutro, aséptico dando origen a los profesionales químicamente puros, Basados en la supuesta objetividad aséptica, su actitud neutral y acción estándar.

Desde esa fecha, gradualmente se fueron ampliando los servicios médico-asistenciales, como: dormitorios, comedores, hogares

substitutos, casa cuna, internado nacional infantil, centros de salud, maternidades, hospitales, especialmente en la dirección de asistencia materno infantil.

En 1943 un Hecho histórico de gran trascendencia para el Trabajo Social fué, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y la creación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, que fusionó el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, incluyendo la Dirección General de Asistencia Médica, Hospital General de México, Hospital Juárez, Hospital de la Mujer, Hospital Nacional Homeopático, Hospital de San Fernando, para enfermos tuberculosos, Maternidad Isidro Espinosa de los Reyes, Hospital de Tepexpan para enfermos crónicos, Leprosario Pedro López de Zoquiapan.

La Dirección General de Asistencia Médica, definió a Trabajo Social como: El servicio técnico y profesional, actualmente imperioso en el ámbito hospitalario; su acción sirve como vínculo entre el médico y la familia, promueve soluciones colaborando con el paciente y los familiares para lograr su propio bienestar, Está destinado a la atención de los problemas sociales de paciente a fin de que el tratamiento médico resulte óptimo.

La concepción desarrollista es una corriente de pensamiento apoyada en diversos estudios sobre el desarrollo de las condiciones de América Latina y su transición de sociedad tradicional a sociedad moderna. El primer informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1949) sobre la economía latinoamericana, influyó en las políticas sociales y de bienestar social. Trabajo Social fue considerado como una técnica social útil para el desarrollo económico-social de un país; la Revolución Cubana puso de manifiesto la imposibilidad de que

las ciencias sociales se sostuvieran en marcos teóricos desvinculados de la realidad latinoamericana.

La creación de instituciones relacionadas con la atención a las demandas sociales, se tradujo en el surgimiento de una red relativamente extensa de protección social, que se concentró en las zonas urbanas de México, que consistió principalmente en infraestructura para el área de la salud en muy diversas modalidades.

Entre las distintas instituciones creadas para dar atención a las necesidades de la población, está la Dirección General de Rehabilitación, creada en 1952, incluyó el Centro de Rehabilitación de Débiles Visuales, Centro de Rehabilitación de sordomudos, Centro de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Francisco P. Miranda, de 1954 a 1957 se establecieron el Instituto de Rehabilitación Auditivo Oral (posteriormente Instituto Nacional de Audiología), el Instituto Nacional de Rehabilitación de Ciegos, y las bases para la Rehabilitación de enfermos tuberculosos, se creó también la Dirección General de Salud Mental, cuyos antecedentes están en la Dirección General de Neurología y Salud Mental. En 1960 dicha institución cambió su estructura con el nombre de Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, en 1965 se dividió en la Dirección de Rehabilitación y Dirección de Salud Mental. Finalmente en 1973 se le asignó el nombre de Dirección General de Salud Mental, dependiente de la Subsecretaria de Asistencia.

En 1973 doce instituciones contaron con Trabajo Social, dependientes de la Dirección de Salud Mental a través de su Departamento Técnico Auxiliar estos fueron: Instituto Nacional de Neurología, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Hospital Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno, Hospital

Campestre José Sayazo, Hospital Campestre Dr. Adolfo M. Nieto, Hospital Campestre Dr. Rafael Serrano, Hospital Campestre Cruz del Norte, Hospital Granja La Salud Tlazolteotl, Hospital Granja Cruz del Sur, Hospital Granja Villahermosa y Hospital Psiquiátrico Dr. Fernando Ocaranza.

El Hospital Infantil de México se inaugura el 30 de abril de 1943, destinado a atender a infantes indigentes o aquellos que por su nivel económico no les permitiera tener acceso a otras instituciones médicas. Esta institución fue la primera en establecer de manera oficial el Departamento de Trabajo Social. La fundadora del servicio fue la señora María M. Urquidi, y la Trabajadora Social. Ma. Elena Rincón Benítez.

El Instituto Nacional de Cardiología fué inaugurado el 28 de abril de 1944. Desde su origen contó con personal empírico que hacía las labores de Trabajo Social realizando visitas a los enfermos, proporcionando ayuda espiritual o asignar cuotas de recuperación. Sin embargo, en 1964 se contó con cinco trabajadoras sociales, que se abocaron a la investigación de la situación económica y social de los pacientes integrando los diagnósticos médico sociales.

El Instituto Nacional de Cancerología fue creado en 1946. En abril de 1948 la Trabajadora Social. Alicia Prado y la Sra. Juana Zorrilla, iniciaron las labores de Trabajo Social realizando estudios socioeconómicos, orientación a población abierta, actividades administrativas y contables en el servicio de hospitalización, coordinación con otros servicios y la orientación a necesidades urgentes de la población. En 1968 se requirió mejor preparación de las trabajadoras sociales, para atender la Clínica del Dolor y la Unidad de Trasplante de Médula Ósea.

El 12 de octubre de 1946 se fundó El Instituto Nacional de Nutrición, desde el inicio contó con el área de Trabajo social.

El Instituto Nacional de Salud Mental, se creó el 16 de mayo de 1976, también conto desde su inicio con el área de Trabajo Social, como parte del equipo de salud mental, siendo su característica la especialidad en Psiquiátrico o salud mental.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en 1980 cambio a hospital de enfermedades pulmonares contó con personal profesionalmente preparado.

El Instituto Nacional de Pediatría, se creó con la finalidad de dar atención médica a los menores, desde que inició actividades Trabajo Social formó parte del equipo interdisciplinario.

El Instituto Nacional de Perinatología creado en 1983, ocupó el inmueble de lo que fue el Hospital Materno infantil Dr. Isidro Espinosa y de los Reyes, e Desde su inauguración conto con profesionales de Trabajo Social desarrollando importantes acciones médico-asistenciales y de enseñanza e investigación. La metodología era de casos y grupos, así como acciones comunitarias con fines de investigación.

Entre 1959 y 1964 el Instituto Mexicano del Seguro Social, pasó por una etapa de apogeo que permitió que Trabajo Social se incorporara a la Oficina de Estudios Económicos y Sociales, contratando Trabajadoras Sociales que provenían del Hospital Infantil de México.

El Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fue creado el 31 de diciembre de 1959, Los antecedentes de Trabajo Social se ubican en 1960, cuando se establecieron los Servicios Médicos del Área Metropolitana; La primera jefatura de Trabajo Social dentro de la Subdirección General Médica,

desarrolló las siguientes funciones y actividades: las visitas domiciliarias, estudios y tratamientos sociales de pacientes ambulatorios, orientación a derechohabientes y el fomento de actividades sociales y culturales dentro de las propias clínicas. En 1961 se formó el servicio de Trabajo Social dentro del Hospital 20 de Noviembre y 36 clínicas metropolitanas.

El Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas se estableció el 7 de abril de 1947, instituyéndose el Servicio Médico Social para el Ejército, incorporando Trabajadoras Sociales en sus servicios hospitalarios; desde 1962 al crearse la Dirección de Seguridad Social para la Armada de México, se incorporó a Trabajador Social, en el Centro Médico Naval.

En el artículo de Aida Valero Chávez sobre la génesis del Trabajo Social dice, que la reconceptualización en el Trabajo Social Latinoamericano, se refiere a:

A). Se refiere a una serie de hechos que a lo largo de los países latinoamericanos, suscitaron una rebelión caracterizada por cuestionar a la sociedad global, al sistema capitalista, y por consiguiente con una fuerte tonalidad antiimperialista.

B).El tema de las transformaciones de la sociedad impactó de conjunto a todas las ciencias sociales, cuyo objetivo fue, replanteado para convertir a éstas es un instrumento de conciencia crítica, un factor de autonomía cultural y política en un medio más de lucha contra la miseria y las desigualdades sociales.

C). Su objetivo fue situar a las ciencias sociales al servicio de los derechos fundamentales del hombre y de la creación de formas auténticas de democracia económica, social y política.

Los aportes que distinguen el movimiento de reconceptualización del trabajo social, hacen énfasis en lo científico, tecnológico-metodológico, ideológico-político, profesionalización, la práctica en la vida, la renovación como desafío existencial, y la reconceptualización como medio de la constitución de una nueva ciencia.

Los saldos del movimiento de reconceptualización se pueden agrupar en positivos y negativos. En el primer caso acentuó lo siguientes:

- 1). Marcos teóricos sustentados en la realidad latinoamericana.
- 2). Profesionalización del Trabajo Social.
- 3). Inserción en áreas profesionales de mayor impacto social.
- 4). Creación de un mayor número de escuelas de Trabajo Social.
- 5). Caída del velo ideológico de los profesionales.
- 6). Incorporación de nuevas estrategias metodológicas para la intervención en la realidad.

Respeto a los saldos negativos se tiene lo siguiente:

- 1). Alejamiento de las instituciones del Estado.
- 2). Rivalidad entre técnicos y licenciados en Trabajo Social.
- 3). Diferencias de posturas entre los profesionales reconceptualizados y los no reconceptualizados.
- 4). Uso indiscriminados de términos y conceptos derivados del marxismo.

En síntesis, todo lo relativo al desarrollo del Trabajo Social en general y al Trabajo Social Médico se puede resumir de la manera siguiente. El

Trabajo Médico Social surge ligado al fortalecimiento y expansión de las instituciones emanadas del Estado Posrevolucionario, Las funciones de Trabajo Social tienen su origen en una necesidad social, aún antes de la formación profesional de los primeros trabajadores sociales.

1.3 Trabajo Social en el Área Médica.

En el transcurso de las décadas de los setenta y ochenta, se pasó de un sistema de atención sanitaria hospitalaria a otro de atención integral, en el que domina la coordinación intra e intersistemas, en el que el centro de salud es la puerta de entrada de los pacientes, ya que en el centro de salud se determina si el paciente requiere de atención hospitalaria.

Hablar del Trabajo Social requiere hacer referencia a los diferentes niveles de intervención según la atención que se da a usuarios, familias, grupos y comunidades. En cada uno de estos niveles de atención, el trabajador social debe desplegar estrategias diferentes de intervención y hacer frente a dinámicas y procesos diversos.

Respecto a la intervención de casos con usuarios y familias, el Trabajador Social, tiene como competencias en el hospital la evaluación psicosocial continua del paciente y el diagnóstico de los criterios de riesgo social que determinarán el tipo de intervención sanitaria al mismo. En el mismo sentido se trabaja con la familia durante el proceso y tiempo que dura la hospitalización, que puede ser mediante la búsqueda de redes de cuidadores que durante este periodo reduzcan la responsabilidad al cuidador principal y gestionar las redes de apoyo social para el cuidado en el período posterior a la hospitalización.

La intervención grupal de Trabajo Social se relaciona con la creación de grupos socioeducativos con usuarios, para incidir en el aprendizaje y cambio de actitudes o habilidades sociales y en ningún caso se refieren a conceptos médicos o sanitarios.

El trabajo en el entorno comunitario se refiere a la valoración social y comunitaria que siendo más responsabilidad de los servicios de atención primaria que del contexto hospitalario, incluye la evaluación de las características sociodemográficas de la zona de salud que se atiende, la valoración de zonas y poblaciones de riesgo para elaborar el mapa de riesgo social y la identificación de barreras sociales, urbanísticas o arquitectónicas que dificulten el acceso al sistema sanitario.

Tratándose de trabajo comunitario, este incluye el trabajo en red, como forma efectiva de colaboración con otras organizaciones sociales que ofrecen apoyo y complementariedad a la intervención dentro de los servicios comunitarios. La participación social es fundamental en el proceso de intervención en salud desde el centro hospitalario, y se basa en involucrar a los usuarios en el funcionamiento de los servicios sanitarios y en los programas de salud implementados. La participación de trabajo social en la comunidad es fundamental para que este tome conciencia de sus problemas, movilizar sus recursos y activar estrategias de intervención desde el propio contexto comunitario.

La investigación en Trabajo Social Médico es un elemento fundamental en el desarrollo y en el avance del rol de Trabajo Social en salud. Es necesario conocer adecuadamente los procesos organizativos y comunitarios que influyen en la efectividad de la intervención social, la implementación de programas y las dinámicas de funcionamiento de los entornos comunitarios y problemas sociales.

El Trabajo Social Médico es una especialización en el área de salud; se encarga de las afectaciones en las enfermedades, mismas que pueden aquejar a la sociedad. Una de las actividades del Trabajador Social del área médica, es dar solución a los problemas que presenta el paciente

como aceptar su enfermedad, llevar a cabo sus tratamientos, asistir regularmente a sus consultas.

El Trabajo Social especializado en el área de la salud en el primer nivel de atención es un profesional que interactúa con el equipo interdisciplinario de salud a través de las problemáticas sociales que presentan. En cada una de las situaciones que se presentan Trabajo Social investiga, diagnostica y planea en colaboración con el personal de salud que ahí laboran procediendo a realizar el plan o tratamiento que se requiera. El Trabajador Social Especializado en el área médica de primer nivel también asesora a las personas para mejorar su calidad de vida, orienta a los enfermos acerca de su enfermedad, propone programas para que la comunidad en general tenga una mejor sanidad en su casa como en su persona. En general, se puede resumir las funciones del trabajo social médico en los siguientes puntos:

- 1.- Orienta y ayuda a las pacientes a entender el diagnóstico médico y les enseña a cumplir con el mismo en según la orden dada por el médico.
- 2.-Ayuda a los pacientes con las dudas o inquietudes dentro del área de la salud.
- 3.-Indica a las pacientes cuáles son sus derechos legales.
- 4.-Promueve la realización de campañas de salud, educación, etc.
- 5.-Promueve la planificación y prevención de enfermedades y proporciona información.
- 6.-Orienta a las personas a una acción de saneamiento.
- 7.-Realiza las pláticas de orientación sexual.

8.-Orienta o guía al paciente sobre las indicaciones del médico.

9.- Atender las indicaciones del equipo multidisciplinario, en cuanto a sus medicamentos.

10.- colabora con el equipo multidisciplinario

1.3 Trabajo social en el Área Médica.

A). Trabajo social en los tres niveles de atención.

La intervención de Trabajo Social en la salud es relevante y se da en tres niveles. El primer nivel de atención se destina a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se manejan en los: Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Centros Periféricos, Salas de Primeros Auxilios, Dispensarios, etc.

El Trabajo Social en el área de la salud, es una de las áreas tradicionales de intervención, que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral; es decir, desde un enfoque biopsicosocial, objetivado en necesidades y problemas sociales, pugnando por una salud completa de los individuos. Su accionar se orienta a la investigación socio médica, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad, la gestión y administración, de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas, así como en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento u rehabilitación de la enfermedad.

Algunas de las funciones y actividades relevantes del Trabajo Social Médico son las siguientes:

a). Investigación.

- b). Administración.
- c). Educación social.
- d). Asistencia.

La Intervención Trabajo Social generalmente se da dentro de equipos interdisciplinarios, en acciones de salud definidas, especialmente dentro de los programas de salud materno infantil, los mismos tienen como ejes principales el control del embarazo, parto y puerperio, el control del niño sano, asistencia alimentaria, vacunación , acciones de seguimiento de niños desnutridos, etc. En la actualidad el primer nivel de atención también incluye la violencia urbana, las adicciones o los nuevos padecimientos sociales.

La acción Trabajo Social, en éste campo se lleva a través de entrevistas, trabajos grupales y trabajo comunitario.

El segundo nivel de atención en salud se corresponde a los hospitales generales, donde la Intervención del Trabajo Social se vincula con la problemática de pacientes internados y/o acuden a consulta al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de programas específicos como: maternidad adolescente, infección por virus de Inmunodeficiencia adquirida y tuberculosis.

Manual de Trabajo Social (2004).

En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo, que se denomina referencia y contra referencia, dentro de un área definida que es llamada programática, coordinada con los Centros de Salud acciones de diversa índole como la realización de estudios complementarios.

El tercer nivel de atención se ubica en Hospitales Especializados (Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, etc.) donde la tarea de Trabajo Social se relaciona con problemáticas de salud específicas. Y su Intervención de acuerdo a las necesidades de esta población que presenta características muy especiales donde el Trabajo Social se desempeña obteniendo un alto nivel de especificidad.

B) Metodología.

La metodología tradicional de Trabajo Social se fue configurando en el siglo XX, debido a que los problemas producidos por la industrialización hicieron necesaria una forma de ayuda eficaz. Mary Richmond destacó en 1889, debido a su trabajo con las sociedades organizadas de la caridad, elaboró diagnósticos según los datos obtenidos de su experiencia en Trabajo Social.

Richmond explica el método que se sigue para hacer un buen diagnóstico de los problemas sociales de los pacientes. La evidencia social está en cada uno de los hechos como historia personal, o familiar, que tomados todos juntos, indican la naturaleza de las dificultades sociales, de un determinado individuo y los medios para su solución.

Se plantea que los datos que se deben recabar pueden ser reales, testimoniales, y circunstancial.

El diagnóstico se basa en la interpretación o definición de las dificultades sociales del cliente. Las fuentes incluyen entrevista con el paciente, contactos con la familia, y recopilación de la información de acuerdo al orden.

Un diagnóstico está incompleto si no incluye las complicaciones, dificultades para prevenir los riesgos e indica todos aquellos hechos que pueden introducir modificaciones en el diagnóstico.

En 1918, Trabajo Social, retomaron la psiquiatría, introduciendo el tratamiento basado en el proceso de casos, para ayudar al individuo a enfrentar con eficacia sus problemas mediante acciones psicosociales, que operan cambios en la conducta del equilibrio individual.

Se nota la influencia del psicoanálisis ya que se operan cambios en la conducta y no se pretenden cambios exteriores, sino la visión y conducta del propio individuo. El estudio de caso es el estudio de la etapa que recoge la información sobre el paciente, su medio, situación que vive y cómo vive. La información recibida se analiza apoyándose en las teorías psicosociales, para conocer los problemas y corregir la situación.

El diagnóstico derivado del estudio de caso, posibilita la caracterización del problema para ver las alternativas y el tratamiento conduce a terapias.

Aquí se ve al paciente como objeto de intervención y sujeto del problema.

En éste método el Trabajo Social es el agente intermediario que orienta y analiza el problema, no lo resuelve. Trabajo de casos ayuda al individuo a afrontar sus problemas de ajuste social siguiendo el esquema de paciente - asistencia social y problema - proceso de solución, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico, cultural o social del individuo.

1.4-Método Social de Grupos

En la primera mitad del siglo XX surgieron los pioneros del Trabajo Social de grupo como lo es La Asociación Cristiana de Jóvenes en el movimiento que plantea que los problemas se solucionan mejor dentro de un grupo. Sostienen que los grupos organizados ayudan a las personas a solucionar sus problemas y a no sentirse solos en sus dificultades, porque la gente necesita participar para solucionar sus problemas.

La práctica de Trabajo Social de grupo requiere el conocimiento del comportamiento individual y de grupo. En los años cincuenta aparece la obra de Gisela Konopika, sobre el Trabajo Social de Grupo.

El Trabajo Social de grupo tiene como propósito el arreglo de conductas y en materia de lo preventivo fomentar el crecimiento personal, la responsabilidad y participación ciudadana, en los años setenta y noventa se incluyeron socialización, recreación, y utilización del tiempo libre.

Ander Egg, señaló que, el propósito de la intervención en grupos es lograr el crecimiento individual a través del grupo. El desarrollo del grupo incluye tareas específicas que se deben reflejar en su medio social y no solo en el grupo.

Fases del Trabajo Social de Grupo:

Estudio: Recolección de datos del grupo y del medio, empleando técnicas individuales y grupales como observación, entrevistas, cuestionarios, sociogramas.

Diagnóstico social: Sistematiza los datos sobre la vida de las personas y el grupo, permitiendo determinar las características del grupo y su problema, tipo de relaciones que existen entre los miembros y alternativas y prioridades para la intervención.

Tratamiento: Búsqueda de soluciones a la problemática mediante la ayuda institucional, autoayuda, rehabilitación o promoción.

1.5-. Trabajo Social, Organización Social y desarrollo Comunitario

La organización de la comunidad nació en Estados Unidos como resultado de la gran cantidad de inmigrantes de diferentes nacionalidades, enfrentó muchos problemas de racismo, trabajo y cultura. En los años veinte se crearon los Consejos para y bienestar de la comunidad para resolver éstos problemas.

El objetivo de la organización de la comunidad es coordinar las actividades que se llevaron a cabo en las diferentes instituciones que actuaban a nivel local. La primera persona que utilizó éste término de organización de la comunidad, fue Eduard Lindermand, el cual señala que la organización de la comunidad, es la fase para controlar sus problemas, obtener diferentes servicios de ayuda de las instituciones.

En 1929 el gobierno de Estados Unidos amplió sus funciones creando técnicas de planificación, el Trabajador Social adquirió más importancia. En 1937 se planteó la comunidad es un campo de actuación y de

proceso que no necesariamente debe ser realizado por trabajadores sociales.

En 1943, la Conferencia Nacional de trabajadores sociales de Estados Unidos definió: “al trabajo social como el arte de descubrir necesidades sociales, crear, coordinar, y sistematizar los agentes instrumentales a través de los cuales los talentos y recursos de los grupos pueden ser dirigidos hacia la realización de los ideales del mismo grupo y hacia el desarrollo de las potencialidades de sus miembros.”

Los autores Murray y Ross sostienen que los objetivos del trabajo social comunitario son los siguientes:

1) Proporcionar a la comunidad los recursos para solucionar los problemas.

2). Promover los medios de interacción de los sectores para la solución

Ross destaca que la Comunidad puede desarrollar su capacidad para resolver sus problemas considerando que la gente quiere y puede cambiar por lo que se debe dar los cambios en el entorno.

Las fases de acercamiento a la comunidad debe ser la siguiente:

Información: recolección de datos históricos, geográficos, ecológicos, antropológicos, económicos, sociales, culturales de la comunidad.

Diagnóstico comunitario: análisis de los hechos, fenómenos, necesidades, problemas y conflictos de la vida comunitaria, para deducir las necesidades, los problemas individuales, grupales y de poblaciones, y los recursos.

Planteamiento: como resultado del análisis, son los planes de

Cfr. Ariza González, Darlyn Andrea, Trabajo Social: Origen, Métodos tradicionales, procesos y etapas históricas, Bogotá, corporación universitaria, pág. 30.

Cfr. Ariza González, Darlyn Andrea, Trabajo Social: Origen, Métodos tradicionales, procesos y etapas históricas, Bogotá, corporación universitaria, pág. 31.

ejecución, según sus objetivos, tiempo, recursos, lugar, participantes...

Ejecución: realización de los planes programas y proyectos de los individuos.

Evaluación: proceso para medir limitaciones y alcances en función a la realidad social.

Capítulo II.

La Diabetes en México.

2.1 Definición y Tipos de Diabetes.

Según la Organización Mundial de la Salud, la diabetes es una de las enfermedades que más afecta a los mexicanos, ya que según la OMS Organización Mundial de la Salud, 6.5 millones de personas actualmente sufren este padecimiento en México. Esta enfermedad afecta a los pacientes porque altera la dinámica familiar, reduce su vida laboral, disminuye su esperanza de vida y lo más trascendente es que afecta la economía familiar los gastos que significa la atención médica de dicha enfermedad. Por su parte, el Estado Mexicano tiene que hacer erogaciones cada vez mayores para dar atención médica y social a la población que sufre de diabetes.

Para conocer la enfermedad de la diabetes se consultaron a diferentes estudiosos llegando a una definición clara de la enfermedad. La diabetes mellitus es una enfermedad en la que el paciente presenta alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, además de una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina, con grados variables de resistencia a ésta, y una concentración alta de azúcar (glucosa) en la sangre a causa de una falta absoluta o relativa de insulina en la que así mismo intervienen la herencia y el ambiente.

El Programa de Acción-Diabetes Mellitus 2001- 2006 definió la diabetes como una alteración del metabolismo caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia), causada por un defecto de la secreción o acción, de una hormona: la insulina. La insulina se produce en unas formaciones especiales que se encuentran

Cfr. Hernández Rodríguez, Manuel, Satre Gallego, Ana, Tratado de Nutrición, Madrid, Díaz de los Santos, 1999, pág. 53.

Cfr. Diario Oficial de la Norma Oficial Mexicana, NOM-015 SSA 2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, Pág. 2.

en el páncreas: los islotes de Langerhans, que son unos cúmulos de células que se encargan de producir hormonas como la insulina y el glucagón, con función netamente endocrina, también secretan inmunoglobulinas. (Frenk Mora, Julio 2001)

Estos islotes fueron descritos originalmente por el histólogo alemán Paul Langerhans, por lo que su nombre es un homenaje a este científico. Hay alrededor de un millón de tales islotes en el páncreas humano.

Las investigaciones hacen énfasis en diferentes elementos causales que la distinguen por sus síntomas muy particulares. Señalan Herward y Orlasky (1992) que ésta enfermedad es un desorden del metabolismo que afecta la forma en que el cuerpo absorbe y disuelve los azúcares y féculas de la alimentación. Por su parte, Polaino y Roales (1994), consideran que es un síndrome etiopatogénicamente heterogéneo cuya principal característica es la secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles excesivos de glucosa en sangre, o hiperglucemia.

El conocimiento de la enfermedad también requiere que se tome en cuenta, que el cuerpo humano está formado por millones de células que requieren de azúcar para realizar diferentes actividades. La mayor parte de los alimentos se rompen, en azúcares de menor tamaño llamados glucosa, que al momento de pasar a la sangre incrementan su concentración y se convierten en energía.

(Martínez Martínez Brenda), dice que La glucosa no puede entrar a las células por sí misma, sino que necesita de la insulina para hacerlo. Esta se produce en el páncreas, en unas células especiales llamadas células beta. Cuando la glucosa de la sangre se eleva, la insulina excretada por

el páncreas pasa a la sangre para abrir las células y permitir que entre la glucosa, la cual se transforma en energía y hace que estas trabajen. La insulina también permite que la glucosa se almacene en el hígado para cuando las células lo necesitan (ayuno) e impide que utilice grasas (lípidos) para obtener la energía necesaria.

La enfermedad se presenta cuando no hay suficiente insulina, entonces la glucosa de la sangre aumenta, debido a que no puede entrar a las células, y comienza a pasar a la orina por medio de los riñones, por ello ocurre la necesidad de orinar mucho, ocasionando la pérdida de agua que produce sed, otro problema relacionado con la diabetes es la pérdida de peso debido a que las células no pueden utilizar la glucosa para producir energía, recurren a las grasas (lípidos).

Los niveles de glucosa en la sangre se mantienen, en las personas no diabéticas, dentro de unos límites normales muy estrechos, sobrepasando rara vez los 130 mg/dl, incluso cuando se han tomado alimentos ricos en azúcares o grasas.

Esta estabilidad de la glucemia se debe a la existencia de un mecanismo regulador extraordinariamente fino y sensible. Cuando una persona no diabética ingiere alimentos, los azúcares que éstos contienen se absorben desde el intestino y pasan a la sangre, tendiendo a elevar los niveles de glucosa en ésta. Tal tendencia a la elevación es inmediatamente detectada por las células productoras de insulina que responden, con una secreción rápida de esta hormona.

En el Programa de Acción Diabetes Mellitus 2001- 2006 se menciona que la insulina, actúa como una llave que abre las puertas de las células en los músculos, el tejido graso y el hígado, permitiendo la entrada de glucosa y disminuyendo por tanto su nivel en la sangre. Todo este mecanismo es muy rápido, no dando tiempo a que la

glucemia se eleve ya que la glucosa ha entrado en los tejidos, es metabolizada y produce energía que se utiliza para mantener las funciones de los órganos y su estructura.

En una persona con diabetes, la producción de la insulina está tan disminuida que se altera todo el mecanismo regulador, las elevaciones de glucosa sanguínea no son seguidas por un aumento suficiente de la insulina, la glucosa no puede penetrar en las células y su cantidad continúa elevándose, como consecuencia las células, faltas de combustible, no producen energía suficiente y alteran sus funciones.

Esta falta de energía es la razón por la que en un diabético mal controlado pueda sentirse débil, sin fuerza (astenia). Por el mismo motivo, las células se encuentran hambrientas, siendo esta la razón de que una persona con diabetes no controlada pueda sentir hambre (polifagia). Puesto que no puede recibirse energía de los azúcares, el organismo intenta obtenerla a partir de las grasas, produciéndose una movilización de las que se encuentran almacenadas, en el tejido adiposo y es una de las razones del posible adelgazamiento del diabético no controlado.

Debido a los altos niveles de la glucosa en la sangre, el riñón, que actúa como un filtro para ésta, recibe una notable sobrecarga de glucosa. Como la capacidad del riñón para concentrarla es limitada, se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo. Esta situación conduce a una cierta deshidratación, que se percibe por el diabético como un aumento de la sensación de sed (polidipsia).

El aumento de la eliminación de agua hace que las personas con diabetes, no controlada puedan orinar más de lo normal (poliuria). De este modo, el aumento de la glucosa en la sangre, debido a la falta de

insulina, conduce a los que se consideran como síntomas cardinales de la diabetes: poliuria, polidipsia, polifagia, adelgazamiento y astenia.

Tipos de diabetes:

Existen dos tipos de diabetes, diabetes mellitus tipo I, también conocida como diabetes juvenil, insulino dependiente, pronoketosis o principio juvenil de diabetes. La información disponible revela que aproximadamente uno de cada diez diabéticos es insulino dependiente y que a pesar de que puede ocurrir a cualquier edad, la diabetes mellitus insulino dependiente ocurre con más frecuencia durante la pubertad, afectando sobre todo a los varones.

Según Fitzgerald, en 1989 menciona: En este tipo de diabetes, las células beta del páncreas son destruidas por unas sustancias producidas en el mismo organismo llamadas autoanticuerpos, por lo que no se produce insulina, y la persona que desarrolla este tipo de diabetes debe recibirla por medio de inyecciones diarias. Los síntomas se desarrollan en cuestión de meses, o incluso de semanas. Durante el primer año después del diagnóstico puede haber una mejoría, llamada periodo de luna de miel, durante la cual no se necesita insulina, o bien la dosis puede ser considerablemente disminuida. En el desarrollo completo de la diabetes mellitus tipo I, la insulina es necesaria para prevenir una cetoacidosis e incluso la muerte.

La presencia de diabetes durante el embarazo es una variedad de la diabetes mellitus tipo I y se le denomina diabetes gestacional. Este tipo de diabetes generalmente desaparece después del nacimiento del bebé y además, durante el embarazo, la placenta produce hormonas que actúan en contra de la acción de la insulina ocasionando que los niveles de azúcar, contenida en la sangre se eleve alcanzando un nivel superior a lo normal que sería arriba de 126mg/dl en ayunas.

Una mujer embarazada debe adoptar una dieta que mantenga la glucemia, en cifras normales durante todo el día siempre y cuando elimine los azúcares refinados y consuma una cantidad adecuada de proteínas, como lo requiera el embarazo. Otra recomendación es el parto normal ya que el adecuado control del embarazo de una paciente diabética reduce el riesgo para la madre y el hijo, aunque el padecimiento de la diabetes durante el embarazo, no necesariamente implica que el bebé nazca con diabetes y que las mujeres que tienen diabetes gestacional se inyectan insulina, esta no afectará al bebé ya que su objetivo es bajar el azúcar en sangre para evitar complicaciones.

La diabetes mellitus tipo II también se conoce como no insulino – dependiente y es común en personas mayores de cuarenta años con sobrepeso, lo cual hace más grave la enfermedad, lo contrario sucede cuando la persona baja de peso.

En este tipo de pacientes las células beta producen insulina (aunque en ocasiones pueden tener una modesta disminución de esta hormona), pero existe un defecto en las células que impide que la glucosa entre en ellas (resistencia a la insulina). La persona que tiene este tipo de diabetes puede tomar pastillas hipoglucemiantes para controlar la glucosa en la glucemia.

2.2 Causas de la diabetes en México

La diabetes es una de las enfermedades crónico degenerativas que se ha convertido en un problema de salud pública, que más afecta a México, por los altos costos del tratamiento y de sus complicaciones.

Una de las causas de la diabetes, es el cambio en el comportamiento humano y los estilos de vida que ha experimentado la sociedad a nivel mundial y la sociedad mexicana en el siglo XX, lo que a provocando un gran incremento de la incidencia mundial de diabetes, particularmente de tipo mellitus 2.

El estudio realizado por Vázquez-Robles, Romero y Romero y colaboradores en 1993, en la capital mexicana revela que de la muestra tomada, el 52% de los individuos entrevistados señaló el antecedente de un familiar con diabetes mellitus.

Otro estudio (Guerrero-Romero 1997) destacó que el 59.5% de las personas con diabetes mellitus no insulino dependiente, dijo tener antecedentes familiares de la enfermedad.

La diabetes y la edad es otra de las causas importantes Castro Castro-Sánchez y Escobedo de la Peña, incluyeron en su estudio a todas aquellas personas mayores de 15 años, observando que la prevalencia se incrementaba conforme aumentaba la edad, desde un 0% en el grupo de 15 a 24 años, hasta el 12.2% global en el de 55 a 64 años.

La obesidad es otra de las causas de la diabetes, ya que generalmente los pacientes diabéticos, no solo tienen mayor peso e índice promedio de masa corporal, sino que debido a estos factores, los enfermos tienden a tener mayores cifras de tensión arterial sistólica y diastólica.

La obesidad como factor de riesgo no es la misma en el caso de las comunidades urbanas y rurales. En el caso de las comunidades urbanas, se indica que la distribución central de la grasa corporal puede ser un indicativo de obesidad en las mismas.

En el caso de la población indígena, y por según el estudio realizado por Vázquez-Robles y Romero Romero, indican ciertas tendencias hacia las mujeres, ya que los casos de diabetes mellitus se registran principalmente en la población femenina.

Entre otras causas de la diabetes se menciona la raza, ya que se ha documentado que los México-norteamericanos tienen una prevalencia mayor y el riesgo aumenta con la mayor proporción de genes nativos norteamericanos. También hay evidencias de que en el medio urbano hay una relación de la ocurrencia de diabetes mellitus con el nivel socioeconómico. Sobre la dieta, como causa de la enfermedad únicamente existe un estudio elaborado en el país a principios de los 90's. Se reveló que la dieta está formada principalmente por carbohidratos y lípidos (60% los primeros, 35% los segundos y únicamente 5% de proteínas), mientras que la ingesta de carne y de otras fuentes de proteína de origen animal es ocasional.

Otras causas de riesgo de la diabetes mellitus no insulino dependiente son los factores de riesgo metabólico como niveles séricos de glucosa, insulina y lípidos, así como la resistencia a la insulina. Se ha postulado que éste último puede ser un mecanismo que explique la propensión de la población mexicana a la obesidad, la diabetes mellitus y a la hipertensión.

En síntesis, los antecedentes familiares han mostrado ser uno de los principales factores de riesgo en la gran mayoría de los estudios realizados en México, lo cual apoya el carácter hereditario de este

padecimiento. Definitivamente la prevalencia de la enfermedad se incrementa conforme aumenta la edad.

Se observa que la prevalencia se incrementa significativamente conforme aumenta la obesidad. Sin embargo, igual que la edad es imprecisa la asociación con este factor de riesgo. No hay tendencia congruente en la frecuencia de la enfermedad según el sexo, aunque los datos señalan hacia un exceso en la mujer, la idea es imprecisa. De manera similar a las estimaciones mundiales, aún no existe una tendencia definida sobre la frecuencia de la enfermedad según el sexo

Sobre los factores de riesgo metabólico, se acepta que la alteración de la glucemia en ayuno y la intolerancia a la glucosa constituyen los factores de riesgo de mayor fuerza de asociación, ya que 1 de cada 3 sujetos que sufren estas alteraciones, progresaron hacia la diabetes mellitus tipo II en el término de 5 a 10 años.

Por la diversidad de grupos étnicos y niveles socioeconómicos, la población mexicana tiene diferencias en la frecuencia de la enfermedad. De esta manera la población indígena mexicana, que ha pasado por procesos de occidentalización de sus costumbres y de urbanización de su vida, que han sido más lentos que en el resto de Norteamérica se ha traducido en una menor ocurrencia de diabetes en dicha población, excepto en el caso de las nuevas generaciones; en las que es más frecuente la adopción de estilos de vida de riesgo (cambios de dieta y sedentarismo).

La salud de los mexicanos ha mejorado en las últimas generaciones, pero se observa que a pesar del progreso, las necesidades de salud de la población mexicana, siguen siendo mayores que la capacidad de respuesta del Estado mexicano.

Vázquez Robles (2011): El hecho de que la prevalencia de diabetes en México vaya en aumento refleja, que es producto del aumento de la población, pero incluso es resultado indirectamente de un aumento en la incidencia. Además se aprecia que los egresos hospitalarios y la mortalidad han aumentado progresivamente en el país.

Finalmente, hay que señalar que la diabetes es una enfermedad para la que existen medidas dietéticas y estilo de vida, e incluso medicamentos; que sumado al avance de la ciencia y la mayor vigilancia epidemiológica adecuada, se puede reducir la frecuencia de la enfermedad y la aparición de sus complicaciones.

2.3 Comparación de la Enfermedad en México y Estados Unidos.

A) Diabetes en Estados Unidos:

La diabetes es un padecimiento crónico degenerativo que se ha convertido en problema de salud pública a nivel mundial. Los estados unidos de norteamerica es uno de los países mas afectados, según el centro nacional para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud de ese país, dice: que en el en el 2010, 25.8 millones de personas de todas las edades (8.3% de la población estadounidense), tenían diabetes. A 18.8 millones de personas habian sido calificadas y 7.0 millones tenía la enfermedad sin ser diagnosticada. Ese mismo año, 1.9 millones de casos nuevos de diabetes se presentó en personas de 20 años o más. De la población de 65 años o más, 10.9 millones o el 26.9 % tenían diabetes en 2010, cerca de 215,000 personas menores de 20 años de edad tenían la enfermedad (tipo 1 o tipo 2), del 2005-2008, con base en los niveles de la glucosa en ayunas o niveles de hemoglobina A1c, el 35% de los adultos de Estados Unidos de Norteamérica de 20 años o más tenía prediabetes (50% de las personas de 65 años o más). Si se aplica este porcentaje a la población total de los Estados Unidos de Norteamérica en el 2010, se obtiene un estimado de 79 millones de adultos de 20 años o más con prediabetes.

La diabetes es la causa principal de insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas de las extremidades inferiores y casos nuevos de ceguera en adultos en los Estados Unidos.

La diabetes es una causa principal de enfermedad cardiaca y accidentes cerebrovasculares.

La diabetes es la séptima causa principal de muerte en los Estados Unidos en el 2010.

La diabetes representó un costo económico estimado de \$174 mil millones en el 2007. De esta cantidad, \$116 mil millones se atribuyeron a costos médicos directos y \$58 mil millones a costos indirectos, como pérdida de días laborables, limitación en las actividades, y discapacidad debido a la diabetes. Las personas con diabetes diagnosticada, en promedio, tienen gastos médicos aproximadamente 2.3 veces mayores de los que tendrían en caso de no sufrir la enfermedad.

B) La Diabetes en México.

La diabetes mellitus ha aumentado 30 por ciento en México en el transcurso de las últimas dos décadas como consecuencia del notable considerable incremento de la obesidad y sobrepeso entre población de país, tal como lo refiere la Secretaría de Salud. En el año 2012, las autoridades sanitarias federales de México informaron que la obesidad en niños de cinco a 11 años de edad aumentó aproximadamente el 124 por ciento, de 1999 a 2006. Estas cifras significan un peligro para la salud. La Tendencia cronológica del padecimiento la ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en niños, ubicándose en su punto más alto en 2002 con el 0.94 por ciento en la población de 11 a 14 años.

Una de las principales causas del desarrollo de diabetes es la obesidad y el sobrepeso. En 2005 la Organización Mundial de la Salud señaló que las muertes de niños menores de 15 años en México alcanzaron los 32 mil 519 casos, de los cuales 592 son atribuidos a deficiencias nutricionales donde se engloba la obesidad.

Existe un sentimiento generalizado de que el aumento mundial de la obesidad y de la inactividad física en la infancia, está desempeñando un papel decisivo en ello, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios, hasta provocar una muerte prematura.

Revertir la obesidad en niños de dos a cinco años y detenerla en la población mayor de ese rango son estrategias que pondrá en marcha el gobierno federal en este (2006).

La Secretaria de Salud implementa programas de acción específicamente de alimentación, actividad física y salud. En colaboración con otras instituciones gubernamentales del sector salud y de educación, se iniciará la “alfabetización nutricional y alimentaria”, con la entrega de contenidos educativos y guías para maestros. Otro de los objetivos es incrementar la activación física, fortaleciendo la cantidad y calidad de las clases de educación física y la práctica deportivas extraescolares.

En 2010 la secretaria de salud lanzó los cinco puntos importantes para detener la obesidad y con ello la enfermedad que conlleva. Estos puntos son: muévete, toma agua, come frutas y verduras, mídete y comparte con amigos y familiares.

En 2012 en México hay 6.4 millones de habitantes con diabetes, en su mayoría del tipo 2, y se estima que para el año 2025 lo padezcan 11 millones de mexicanos.

C. Detección y Diagnóstico.

Según el Programa de acción Diabetes Mellitus 2001- 2011, la prevalencia de la diabetes sigue ascendiendo en todo el mundo. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con diabetes y para 1995 esta cifra ascendió a 135 millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones aproximadamente.

Partiendo de información de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993), se estima que hay una prevalencia de diabetes de 8.2% entre los mexicanos cuya edad fluctúa entre los 20 y 69 años. Para el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) calculó la prevalencia en 10.9%.

Se ha ampliado la detección de individuos con diabetes no diagnosticados, así como las personas con factores de riesgo. La detección no es una actividad sencilla, ya que esta enfermedad debe ser identificada dentro de la población abierta, en los centros de trabajo, lugares de revisión y en los propios servicios de salud. Si se controlan los factores de riesgo, la diabetes puede prevenirse o en su defecto retardar su aparición.

Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades internacionalmente y representa un reto para los servicios de salud pública de cualquier país. La estrategia de detección integrada de diabetes, hipertensión arterial y obesidad servirá para inducir a estos individuos a buscar tratamiento; de igual manera los cambios que se proponen en el tratamiento no farmacológico de la diabetes permitirán evitar las complicaciones a largo plazo y ampliar la utilización de los servicios.

Al establecer parámetros de evaluación en la detección como en los

grupos de ayuda mutua se espera mejorar la calidad de la atención médica a través de intervenciones tempranas en el control de la diabetes e impulsar el tratamiento no farmacológico entre los individuos con este padecimiento, como el control de peso, realizar ejercicio físico, y llevar a cabo una alimentación saludable.

Hasta este momento, el enfoque no farmacológico no se ha aplicado de manera regular, en general se procede de manera inmediata al manejo farmacológico, por ello, en la norma oficial, se establecen con toda claridad los criterios para su correcta utilización.

D) Prevención.

Debido a la situación descrita, se estableció un abordaje integral, de carácter sistémico, que oriente al control de las causas del problema y que aborde los aspectos sustantivos para el control metabólico de la enfermedad. En el que se fortalece la prevención primaria, teniendo como base el control de los factores de riesgo a saber obesidad, inactividad física, exceso de consumo de grasas de origen animal principalmente. Está demostrado que si se controlan estos factores, la diabetes puede prevenirse o en su defecto retardar su aparición.

De conformidad con la Ley de Planeación vigente en el país, la Secretaría de Salud elabora y presenta este Programa Sectorial de Acción, que considera las intervenciones encaminadas a la prevención y control de la diabetes, con la apertura y flexibilidad para considerar propuestas viables que presenten las entidades del sector y los gobiernos de los estados, así como las opiniones de los grupos sociales interesados.

Para poder guiar este programa fueron considerados los resultados de la consulta ciudadana en tres foros realizados sobre el tema: "Retos

Emergentes, en los estados de Sonora, Campeche y Tlaxcala, entre los que destacan las siguientes conclusiones:

La necesidad de implementar estrategias encaminadas a fomentar estilos de vida saludables.

Instrumentar una cultura de bienestar

Dar prioridad a la prevención primaria de los enfermos de diabetes.

Plan de prevención de la diabetes mellitus 2007-2012.

El plan de prevención de la diabetes mellitus durante el periodo del Maestro Felipe Calderón Hinojosa, se reconoció entre los problemas de salud más graves de México, que demandó la atención integral del estado mexicano, siendo el responsable directo el Secretario de Salud (José Ángel Córdova Villalobos). Se hace referencia a los efectos negativos de la diabetes, porque produce discapacidad, muerte prematura en quien la padecen y gastos que afectan la economía de la familia de los pacientes.

En la parte que corresponde a la descripción de la problemática, el plan de prevención de la diabetes mellitus 2007-2011 señaló que la prevención y el control de las enfermedades crónicas es una necesidad cada vez más urgente. Para tal afirmación hace referencia la Organización Mundial de la Salud la cual sostiene que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte, pues representan más del 60% de las muertes en el mundo, en 2012 causaron 35 millones de defunciones en el mundo, considerándola como una verdadera amenaza mundial por el número de enfermos y muertes que causa a nivel planetario.

1. Incorporación de las escuelas primarias y secundarias al programa de educación saludable. Unidades de Especialidades Médicas, enfermedades crónicas.
2. Modificación de las políticas de la industria alimentaria para favorecer la adopción de una alimentación correcta.
3. Estímulos fiscales que faciliten una adopción de un estilo de vida saludable.
4. Adaptación de los programas educativos de los profesionales de la salud Unidades de Especialidades Médicas enfermedades crónicas.
5. Modificación de las políticas de reembolso y de estímulos fiscales para favorecer la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas.
6. Adaptación de las habilidades y competencias de los profesionales de la salud para brindar el mejor tratamiento a los pacientes con enfermedades crónicas Unidades de Especialidades Médicas, enfermedades crónicas.
7. Aumentar el porcentaje de pacientes que alcanzan las metas de tratamiento requerido para la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas.
8. Aumentar la cobertura del Sistema Nacional de Salud a los pacientes con enfermedades crónicas.
 - a) Cobertura por el Seguro Popular de todas las mujeres con historia personal de diabetes gestacional.

b) Cobertura por el Seguro Popular de todos los niños obesos y diabetes tipo 1.

10. Desarrollar e implementar sistemas de vigilancia epidemiológica para las enfermedades crónicas:

- Hospitalaria.
- Centros de Salud.
- Escuelas.
- Centros de Trabajo

Sistema de Indicadores para Diabetes en México.

Los indicadores se han dividido de igual forma para experiencias internacionales y nacionales, adecuando los conceptos al Modelo Socioecológico de México:

- (a) Condiciones Precursoras y de Prevención Universal.
- (b) Prevención focalizada.
- (c) Prevención dirigida.
- (d) Objetivos de procesos.

E) Tratamiento para pacientes de diabetes.

La atención que se da a esta enfermedad tiene que tomar en cuenta que el objetivo del tratamiento médico consiste en poner en práctica un amplio programa dirigido a ejercer el control externo sobre la glucosa. El tratamiento para esta enfermedad depende del tipo de diabetes que padezca el paciente, pero este trabajo hace referencia al tratamiento correspondiente a diabetes mellitus tipo I.

Los componentes básicos que incluye el tratamiento son: insulina, la dieta, ejercicio y el llamado automonitoreo.

Existen varios tipos de insulina, pero las utilizadas son las que se describen en el cuadro siguiente; la mayor parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1, usan una combinación de insulina rápida e intermedia y hacen uso de ella dos veces al día.

Tipos y características de la insulina

Tipo	Aspecto	Inicio de acción	Pico máximo	Duración de acción
Rápida	Cristalino	15 – 30 min.	2 – 4 hrs.	4 – 6 hrs.
Rápida (R) Lispro	cristalino	Inmediata	1 – 2 hrs.	4 hrs.
INTERMEDIA	lechoso	1.5 – 2 hrs	6 – 12 hrs.	6 – 24 hrs.
NPH (N) Lenta (L)	Lechoso	1.5 – 2 hrs	6 – 12 hrs.	6 – 24 hrs.

Fuente: Martínez Martínez, Brenda y Torres Velázquez Laura Evelia Psicología.

Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependiente.

La alimentación de una persona diabética debe ser balanceada, concentrando a una cantidad adecuada de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, basándose en un plan de alimentación que no requiere de comida especial, sino la medida adecuada. (55% de carbohidratos, 30% de grasas, 15% de proteínas y 40 gr de fibra como máximo).

Se debe hacer ejercicio porque la actividad es importante para la regulación de la glucemia, al consumir la glucosa disponible incrementa la sensibilidad celular a la insulina. El requisito es que se programe el tipo de ejercicio, el tiempo y el ritmo para que el enfermo de diabetes evite caer en una descompensación.

Una parte importante del tratamiento es el antimonitoreo para conocer el nivel en la que se encuentra la glucosa y tomar la decisión adecuada respecto a la alimentación, ejercicio o la cantidad de insulina que se debe suministrar la persona diabética.

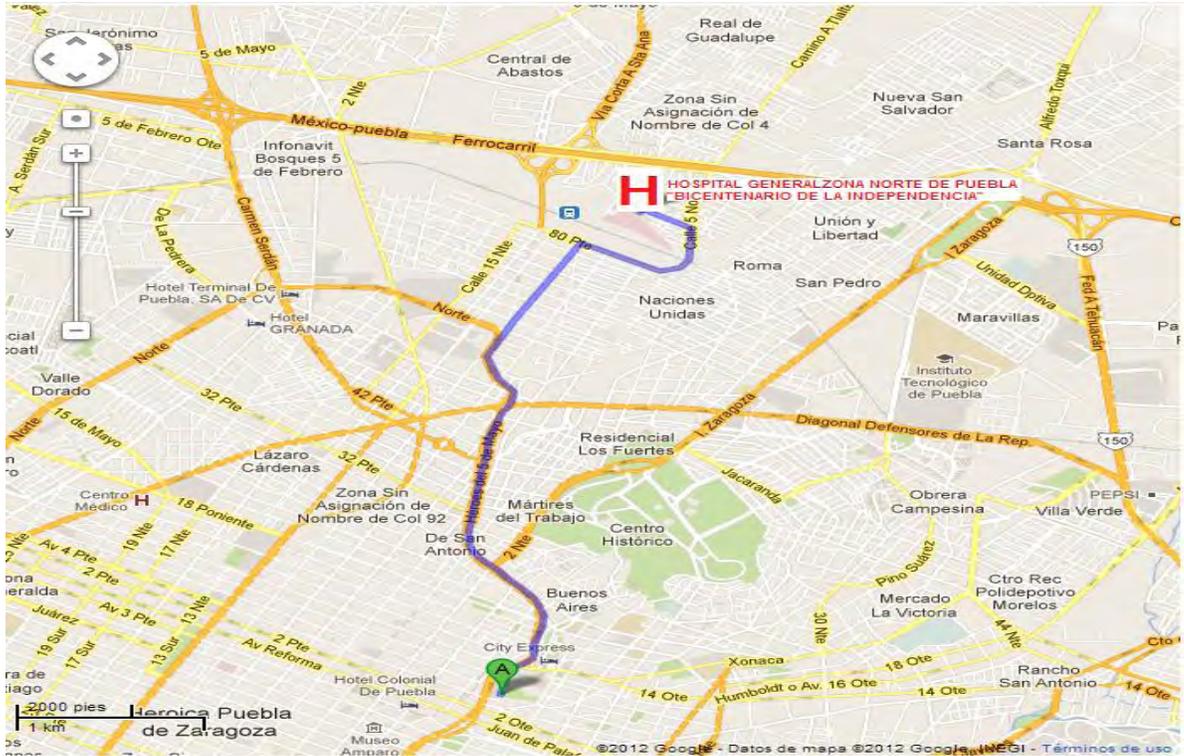
Debe quedar claro que la mayor parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo I usan una combina de ambas y hacen uso de ellas dos veces al día.

CAPÍTULO TERCERO

Organización y Funcionamiento de La Clínica de Diabetes del Hospital General del Norte de la Ciudad de Puebla.

El Hospital General Zona Norte de Puebla: “Bicentenario de la Independencia de México”, pertenece a la Secretaría de Salud y su objetivo es proporcionar atención médica a la población abierta, dando atención integral, poniendo al alcance de los usuarios y sus familiares los recursos de un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, prevención y fomento a la salud, este sanatorio brinda atención oportuna con calidad y alto sentido humano en un ambiente amigable, con personal calificado que impulsa la investigación médico-social para actualizar a todo el personal, para que den atención eficaz a todos los usuarios.

1.-Ubicación del Hospital.



Fuente: www. Google maps

Está ubicado en la 88 poniente y 7 norte (inonavit san Pedro).

Colinda: al norte con la carretera federal México puebla.

Con el sur a la calle 80 poniente.

Este con el distribuidor vial Santa Anita.

Oeste calle cinco norte.



Entrada principal del Hospital General Zona Norte de Puebla, Bicentenario de la Independencias de México, y entrada a la clínica de Diabetes.

2.- Misión del hospital general zona norte.

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los poblanos, mediante la prestación de servicios de salud de la población, con cobertura total, equidad, oportunidad y calidad científica, técnica y humana.

3.- Visión del hospital general zona norte.

Realizar acciones de salud a la población, con eficiencia operativa en sus procesos e impacto significativo en las necesidades sociales de atención a la salud, así como con el reconocimiento y la participación responsable de individuos, familias y comunidades.

4.- Aspecto legal.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Normas oficiales mexicanas de la Secretaría de Salud.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley general de salud.

5.- Datos Relevantes del Hospital General Zona Norte.

A falta de atención médica al norte de la ciudad de Puebla, el Gobierno del Estado decidió la construcción del Hospital General Zona Norte y lo nombro Bicentenario de la Independencia.

La construcción se planeó en dos etapas, inaugurando la primera el 12 de enero del 2006 poniendo en marcha la consulta externa de especialidades: Pediatría, Otorrinolaringología, Anestesiología, Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Dermatología, Angiología, Cirugía Maxilofacial y Oftalmología.

Según datos obtenidos del archivo, en el primer año de servicio el Hospital General de la Zona Norte atendió un total de 19 817 consultas.

El 14 de enero de 2008, se inauguró la segunda etapa del Hospital General Zona Norte, con los Servicios de: Urgencias, médico-quirúrgicas, Medicina Interna, Cirugía General, GinecoObstetricia y Pediatría.

Imagen que muestra el lado este, del hospital.



Fuente: fotografía auditoría propia.

Servicios.

Tococirugía.

Urgencias.

Unidad Quirúrgica.

Cirugía Ambulatoria.

Auxiliares de Tratamiento.

Imagenología.

Laboratorio Clínico.

Transfusión.

Gabinetes de Electrodiagnóstico.

Anatomía Patológica.

Auxiliares de Diagnostico.

Medicina Interna.

Cardiología.

Neumología.

Dermatología.

Cirugía General.

Ortopedia.

Angiología.

Urología.

Cirugía Plástica.

Reconstructiva.

Cirugía Maxilofacial.

Oncología Quirúrgica.

Otorrinolaringología.

Oftalmología.

Cirugía Pediátrica.

Consulta Externa de Especialidades.

Pediatría Médica.

Ginecología.

Obstetricia y Anestesiología.

Consulta externa de especialidades.

Central de Equipos y Esterilización.

Dietética.

Comedor.

Farmacia.

Enfermería.

Trabajo Social.

Archivo Clínico.

Ingeniería Biomédica.

Central de Equipo de Inhaloterapia.

Central de Mezclas.

Servicios Paramédicos.

Ginecoobstetricia.

Medicina Interna.

Cirugía General.

Pediatría.

Adultos.

Cuidados Intensivos.

Hospitalización.

Dirección.

Administración.

Área de gobierno y administración.

Relación.
Recursos Humanos.
Control de Asistencia.

Área de gobierno y administración.

Lavandería.
Almacena General.
Conmutador.
Casa de Maquinas.
Mantenimiento.
Intendencia y Bodega.
Baños y Vestidores de Personal.
Residuos Sólidos.
Aguas Residuales.
Servicios de Ambulancias.

Servicios Generales.

Biblioteca.
Aula de Enseñanza.
Auditorio.

Enseñanza e Investigación.

Capítulo III

Organización y Funcionamiento de la Clínica de Diabetes del Hospital⁵⁸ General Zona Norte de Puebla

3.1 Funciones y Actividades de Trabajo Social en el Hospital General Zona Norte de Puebla.

- 1) Realizar entrevistas a pacientes de nuevo ingreso.
- 2) Estudio socioeconómico.
- 3) Canaliza al paciente a la clínica de diabetes.
- 4) Nota de ingreso.
- 5) Entrevista a pacientes de reingreso: revisar vigencia de seguro popular, actualizar estudio socioeconómico y datos del paciente.
- 6) Solicitar y anexar a expediente hoja de motivos de abandono del programa y de reingreso.
- 7) Actualizar base de datos.
- 07) Informe mensual de pacientes atendidos.
- 13) Establecer y mantener coordinación externa para apoyar a pacientes.
- 14) Apoyar en las actividades de enseñanza del servicio.
- 15) Organizar evento el día internacional de lucha contra la diabetes.

3.2 Funciones y Actividades de la Clínica de diabetes.

La Clínica de diabetes se inició en el año 2012, nace a instancias del departamento de Endocrinología y Trabajo Social, la Clínica de diabetes se creó para atender a las personas que se detectaban diariamente con este padecimiento. A partir de 2012 la clínica de diabetes trabaja en un lugar propio dentro del hospital.

Contando con un Equipo multidisciplinario de las siguientes áreas:

Trabajo Social.

Nutriología.

Endocrinología.

Psicología.

Enfermería.

Podología.

Cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario desarrolla su función específica con la finalidad de brindarles una atención integral a las personas que padecen diabetes, los cuales son canalizados por Trabajo Social a la clínica, acudiendo 2 veces a la semana para llevarles su control de:

- Control de la presión arterial.
- Toma de glucosa en ayunas.

En Clínica de la diabetes el paciente aprende a mantener su peso, talla, grado de presión arterial y a comer saludablemente, aumentando el consumo de vegetales.

La Trabajadora Social orienta y hace de su conocimiento a los pacientes y familiares lo importante de auto monitoreo y un adecuado control médico: Higiénico- dietético y farmacológico: antidiabéticos orales y/o insulina para lograr los objetivos de control.

La nutrióloga tiene la función de orientarlos en su comida saludable y recomienda lo siguiente:

- * Brócoli, zanahoria, espinaca, apio, cebolla, pepino, tomate, etc.
- * Preferir cereales o granos enteros (integrales) en vez de procesados.
- * Consumir carnes magras (bajo en grasas: pescado, pollo sin piel, etc.
- * Tomar abundantes líquidos, de preferencia evitar bebidas gaseosas o muy azucaradas.
- * servirse raciones pequeñas de comida y no comer entre comidas (bocaditos, galletas, etc.)

El paciente es informado por el medico endocrinólogo sobre las diversas enfermedades que le puede ocasionar como: ceguera, insuficiencia renal, ataques del corazón, cerebrales, impotencia y amputación.

El psicólogo trabaja con el paciente diabético para potenciar su bienestar psíquico con el fin de mejorar su estado físico; ya que Los cambios psicofisiológicos que se producen en el organismo en respuesta a una enfermedad crónica como la diabetes están mediados por los sistemas neuroendocrino, endocrino, cardiovascular y gastrointestinal. Si los interrelacionamos, encontramos toda una serie de factores psicológicos que están influyendo, o que pueden influir, en

dichos sistemas: ansiedad, tristeza, autocontrol, miedos, adaptación, motivación al cambio, debilidades de personalidad específicas, etc.

las intervenciones que debe planificar y ejecutar el personal de enfermería en relación al cuidado del paciente diabético y las atenciones en el manejo de las complicaciones agudas y crónicas más comunes ya que los pacientes presentan hiperglucemia persistente, acompañada de alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico que conducen a lesiones vasculares, afectando a grandes y pequeños vasos produciendo macro y microangiopatías; además, lesiones neuropáticas, nefróticas e inmunológicas, que en conjunto producen disminución en la calidad de vida, limitación funcional y en algunos casos hasta la muerte.

El área de podología se encarga de hablarle al paciente sobre el cuidado de los pies, los riesgos de ser paciente diabético.

3.3 Funciones y Actividades de Trabajo Social dentro de la clínica de diabetes.

1) coordinación con el personal médico (endocrinólogo), enfermería, psicología y nutriología.

2.- Llevar registro de asistencia.

3) Impartir sesiones educativas dentro de la clínica de diabetes (sobre lavado de manos, higiene, sexualidad, diabetes).

4) Realizar visitas domiciliarias a pacientes para conocer motivo de abandono de la clínica y a la vez conocer su entorno social.

5) Realizar Dinámicas grupales para motivar la comunicación y convivencia grupal.

6) Efectuar Actividad física para mejorar la salud del paciente (los días martes y jueves).

- Mostrar a los pacientes la rutina idónea de ejercicios a seguir.

- Se da instrucción sobre uso de instrumentos para realizar ejercicios

7) Actividad en coordinación con podología.

8) Canalizar al paciente a las demás áreas de: podología, nutrición, psicología, enfermería y endocrinología.



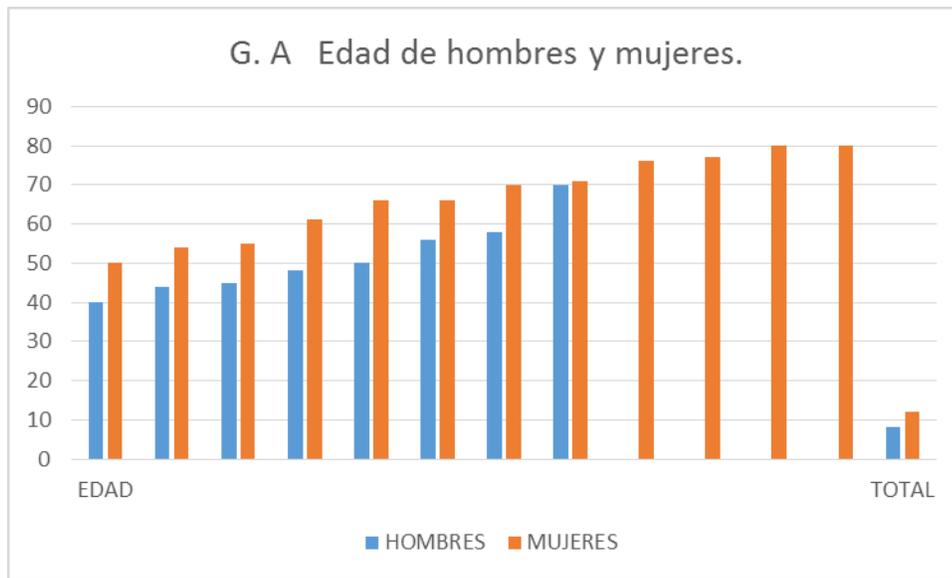
3.4 Resultados de las entrevistas aplicadas a 20 pacientes de la Clínica de Diabetes del Hospital General Zona Norte de Puebla siendo 8 mujeres y 12 hombres.

La Aplicación de la entrevista a pacientes que recibieron la atención en la clínica de diabetes, se realizó en forma aleatoria a 20 pacientes.

Los datos que se preguntaron en la entrevista fueron:

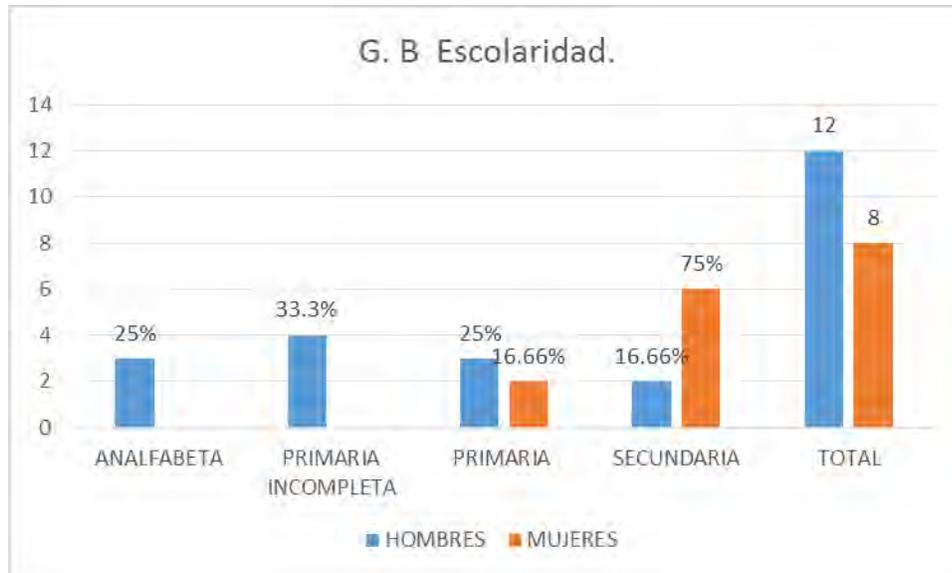
Nombre, edad, sexo, escolaridad, lugar de procedencia, ocupación, tipo de vivienda, tiempo que tiene con el padecimiento, ha sido hospitalizado, lleva el control de su tratamiento y como es su entorno social, etc.

La aplicación se llevó acabo en el mes de noviembre del 2013, los días martes y jueves de 09:00 a 11:00 am, a continuación se muestran los resultados de las entrevistas:



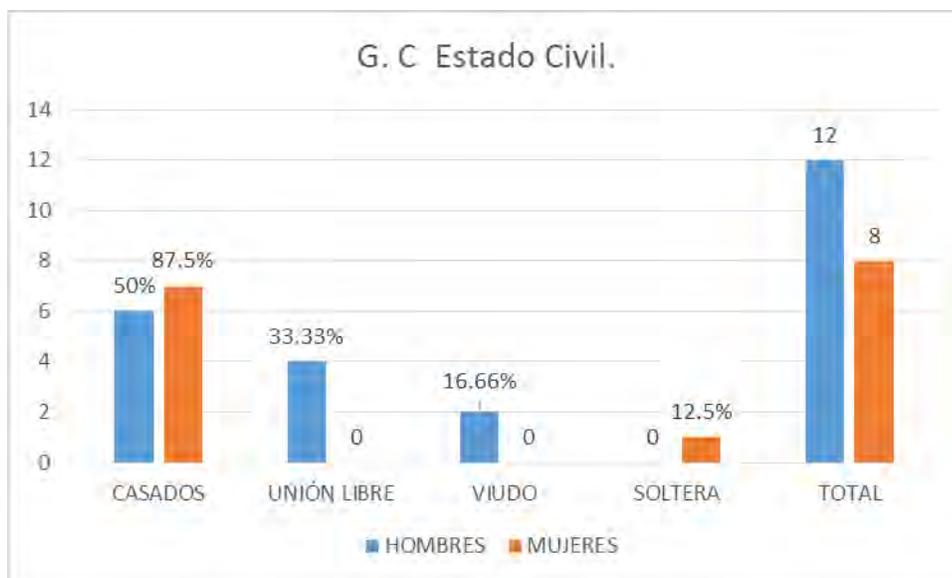
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

De 20 veinte pacientes entrevistados, 8 son mujeres, que se encuentran en una edad productiva y solamente una de 70 años que es adulta mayor. De los 12 hombres entrevistados las edades van de 50 a 80, donde 2 cuentan con 66 años ,2 con 80, se puede decir que la mayoría son adultos mayores, esta mayoría de hombres se pueden considerar que ya no desempeñan actividades laborales.



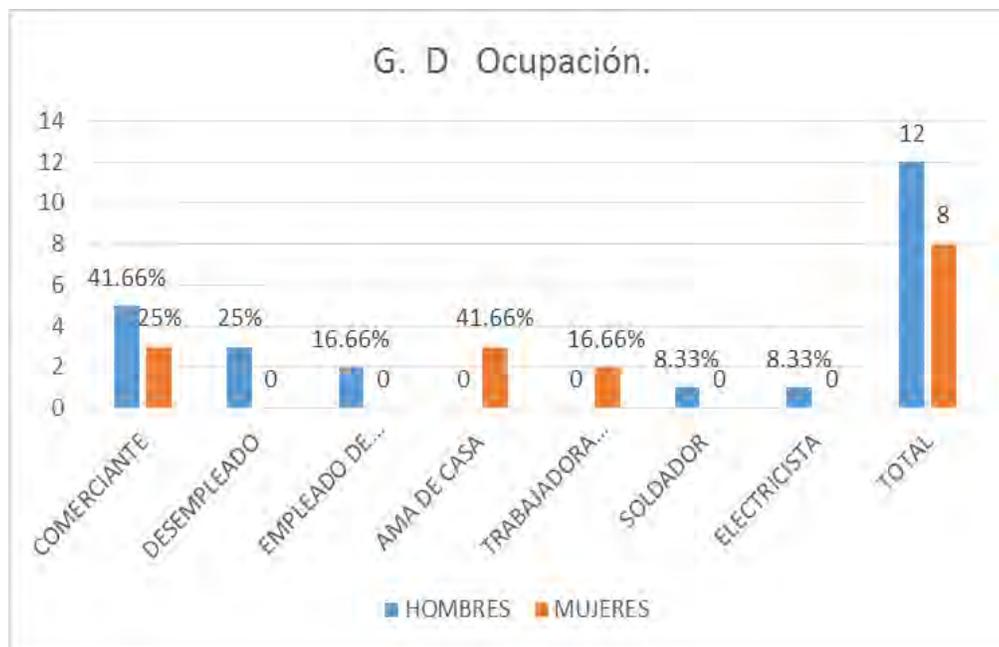
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

En esta representación la escolaridad de los hombres está más baja que las mujeres ya el 25% de hombres son analfabetas, el 33.33 % tienen la primaria incompleta, el 25% cuenta con primaria incompleta, el 16.66 concluyó su secundaria; la escolaridad de las mujeres resultó que el 25% tiene la primaria completa y el 75% culminó con su secundaria.



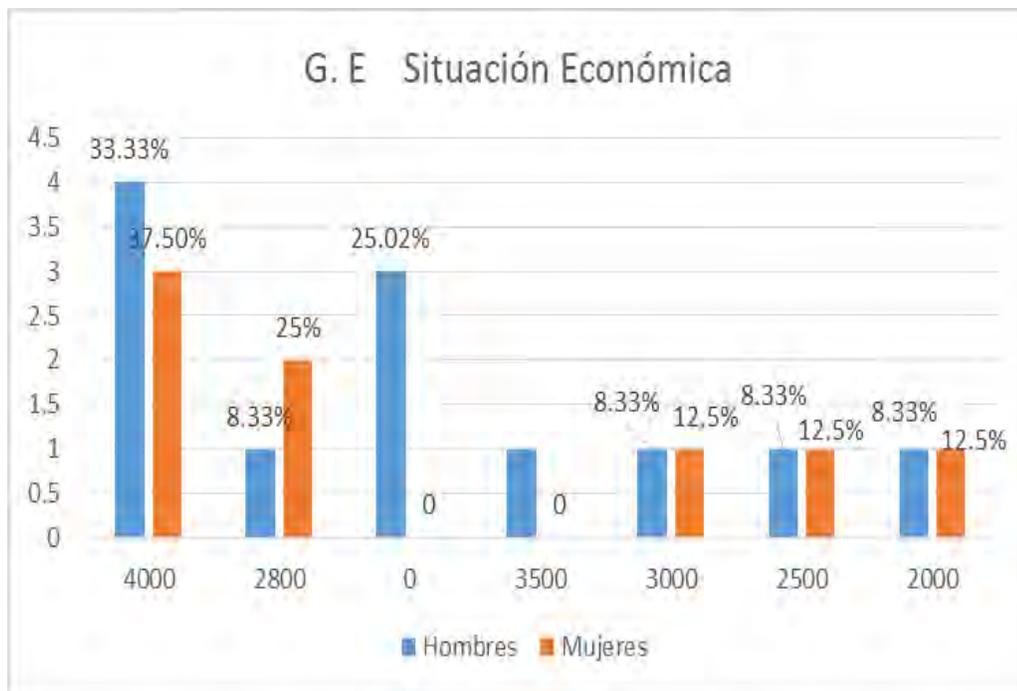
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

El estado civil de 20 usuarios de la clínica de diabetes, la mayoría de hombres y mujeres son Casados, que dan un porcentaje mujeres 87.5%, hombres 50%, en unión libre los hombres dan un 33.33%, viudos representan el 16.66 %, madre soltera representa solo el 12.5%, sobresale el número de hombres, 2 son viudos reflejan aquí lo que señaló la gráfica anterior, que la edad de los hombres rebasa los 50 años llegando hasta los 80. Y las mujeres son relativamente jóvenes.



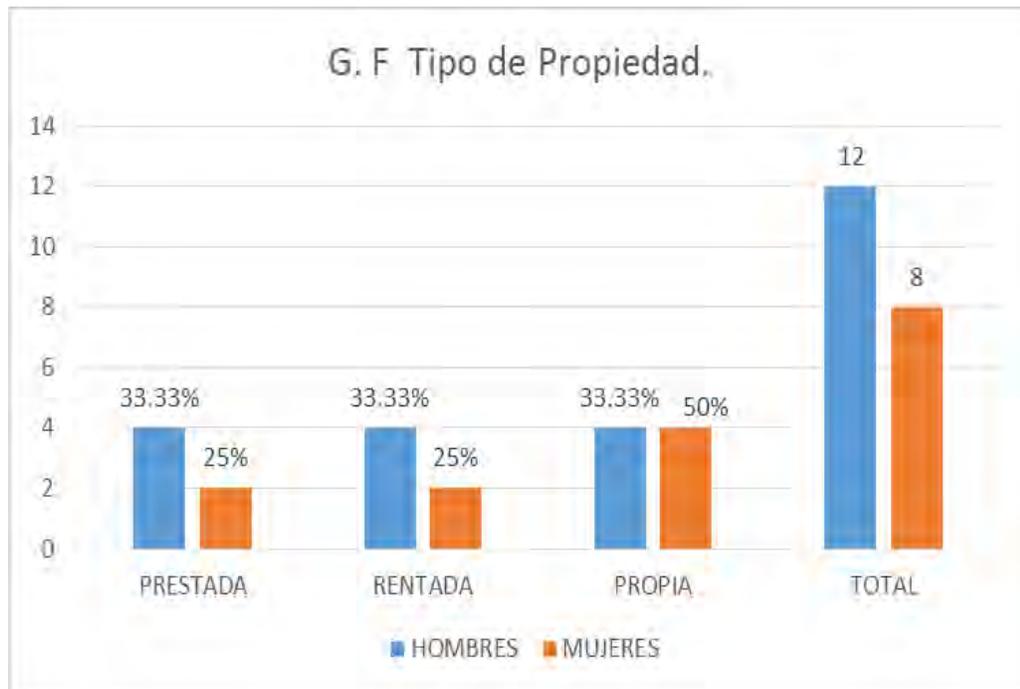
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

La situación económica de los pacientes está relacionada con su ocupación, en el cuadro G.D se aprecia que en el caso de los hombres el 41.66% de los entrevistados son trabajan como comerciantes, el 25% está desempleado, el 16.66% trabajan como empleado de mostrador, y el 8.33% se emplean como soldador y electricista. En las mujeres el 25% son comerciantes, el 41.66% son amas de casa y el 16.66% son trabajadoras domésticas. En general se trata de personas de bajos ingresos, en su mayoría hablando de hombres y mujeres, todos reciben un ingreso, solo 3 hombres que se encuentran desempleados.



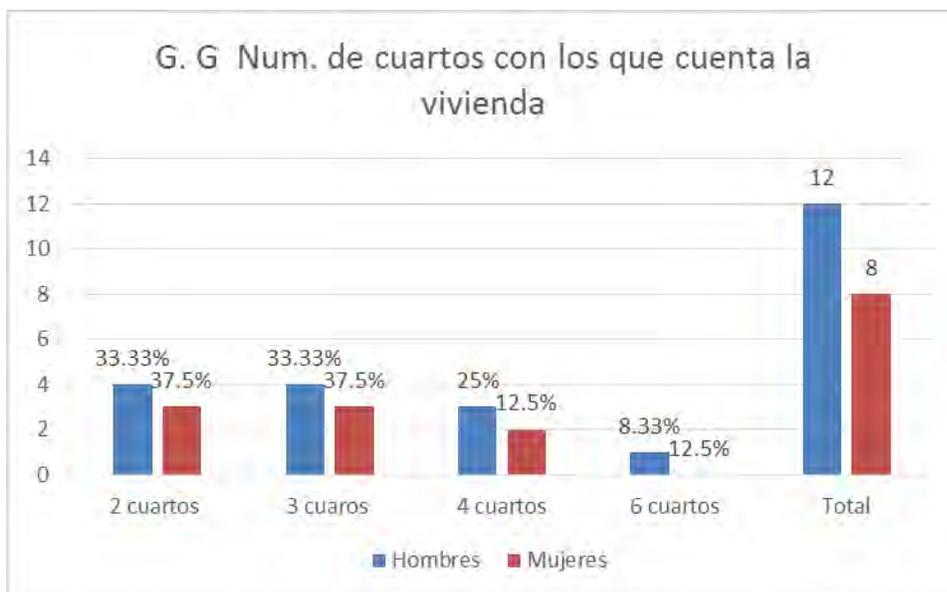
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

A Continuación se muestra de que manera gastan sus ingresos las personas entrevistadas o como distribuyen sus ingresos entre alimentos, servicios, transporte y salud o atención médica. El 33.33% de los hombres entrevistados gasta \$4000 al mes, el 25.02% no gasta y el 8.33% \$2800, \$3000, \$2500 y \$ 2000. Las mujeres el 37.50% gasta \$ 4000 al mes, el 25% \$2800 y el 12.5% gastan \$ 3000, \$ 2500 y \$ 2000.



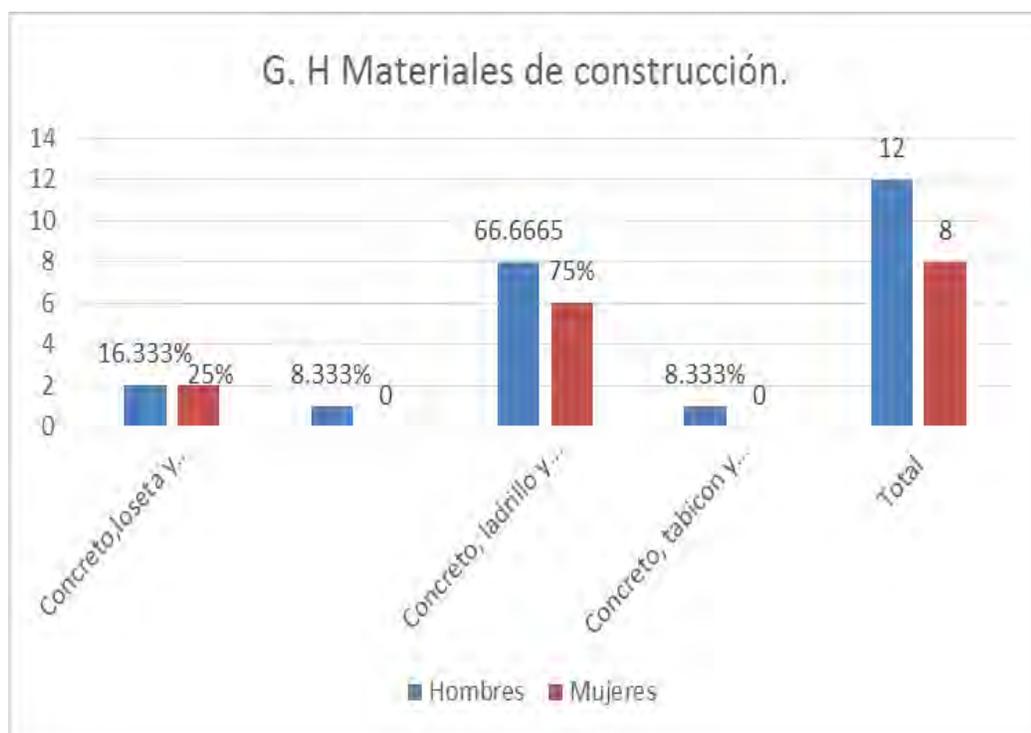
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

De los hombres quienes viven en casa prestada, rentada y propia representan cada uno el 33.33% y en las mujeres el 50% lo conforman quienes viven en casa prestadas y rentadas, y el otro 50% quienes viven en casa propia.



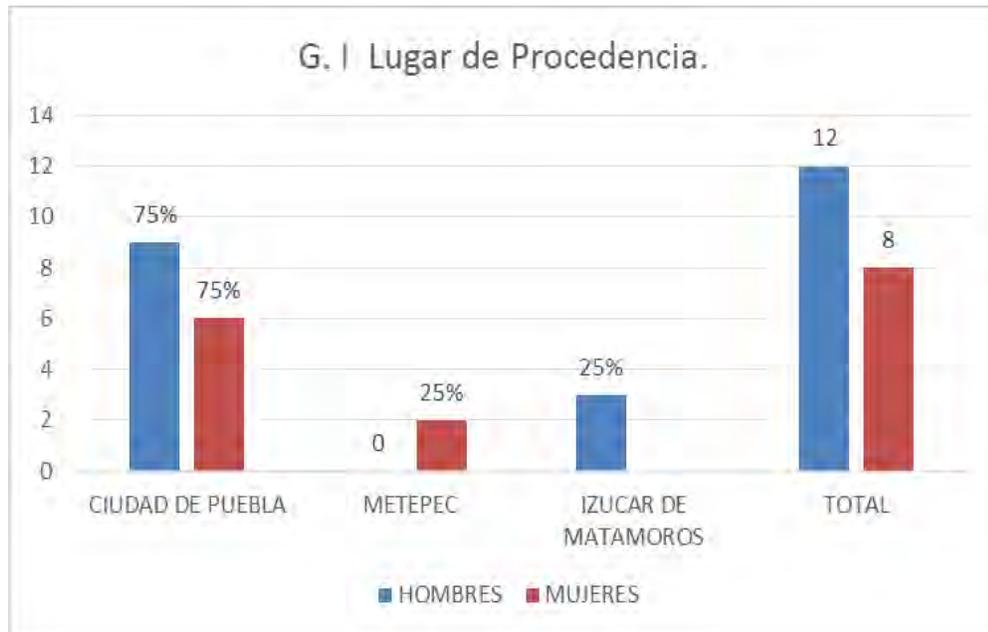
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

El número de cuartos con los que cuentan las viviendas de las personas entrevistadas de los hombres son: el 33.33% lo conforman las casas que cuentan 2 y 3 cuartos, el 25 % las que tienen 4 cuartos y el 8.33% los que tienen 6 cuartos. En las mujeres, el 37.5% lo conforman las casas que cuentan 2 y 3 cuartos, y el resto perteneciendo al 12.5% lo conforman las casas que disponen de 6 cuartos.



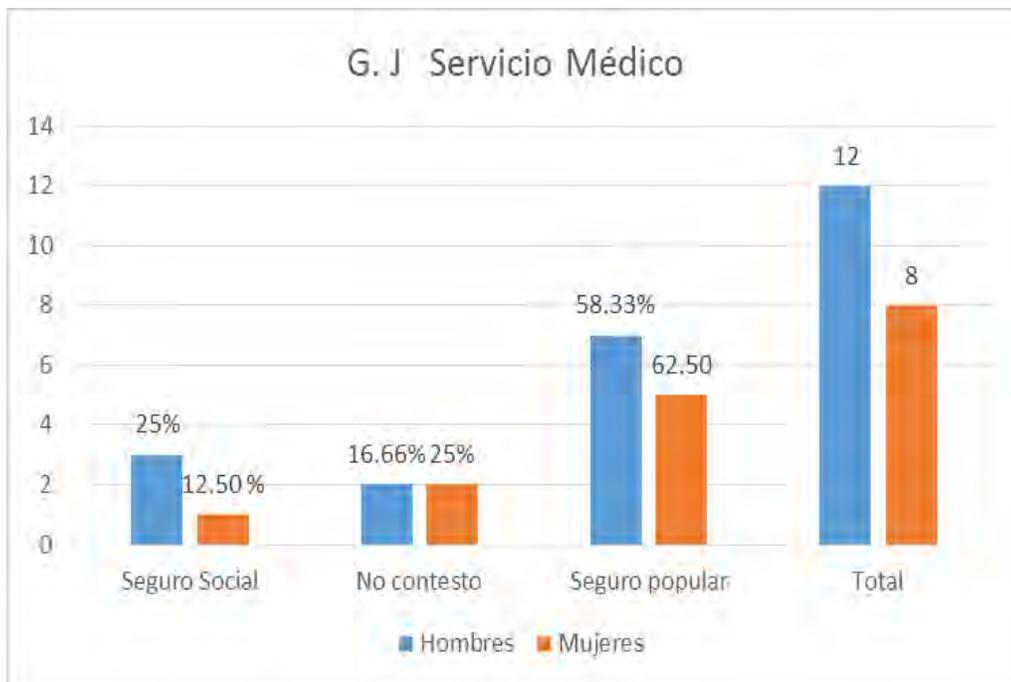
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

La información obtenida sobre el material de construcción que fue utilizado en la edificación de las viviendas permite deducir que se trata de casas seguras y en buen estado ya que en todas ellas se utilizó concreto y tabicón, ladrillo y loseta.



Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

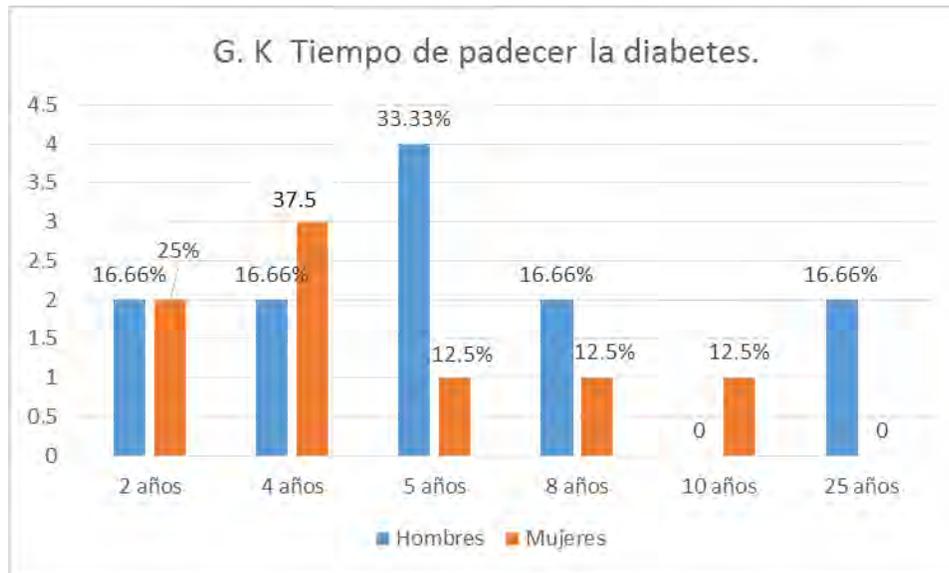
El lugar de procedencia de 20 usuarios de la clínica de diabetes, correspondiente a hombres, el 75% provienen de la ciudad de Puebla y 25% de Izúcar de Matamoros, en las mujeres el 75% provienen de la ciudad de Puebla y 25% de Metepec.



Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

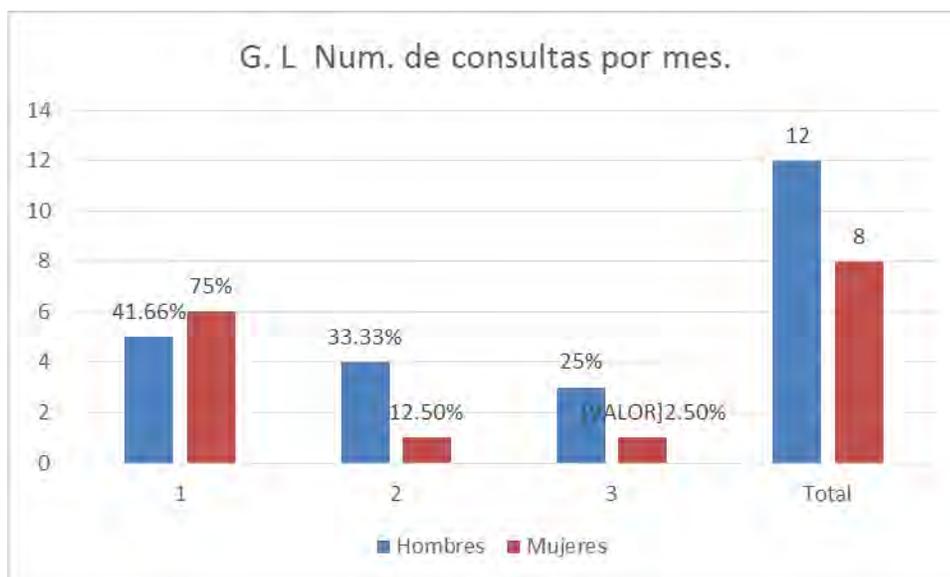
Lo referente a la atención médica la respuesta de los entrevistados fue la siguiente: 7 hombres tienen seguro popular, hace el 58.33.33%, tres tienen seguridad social ocupa el 25% y dos no contestaron son el 16.66%.

Las mujeres cinco cuentan con seguropopular, 62.50%, una tiene seguridad social, 12.20%, y el 25% (2)no contestó.



Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

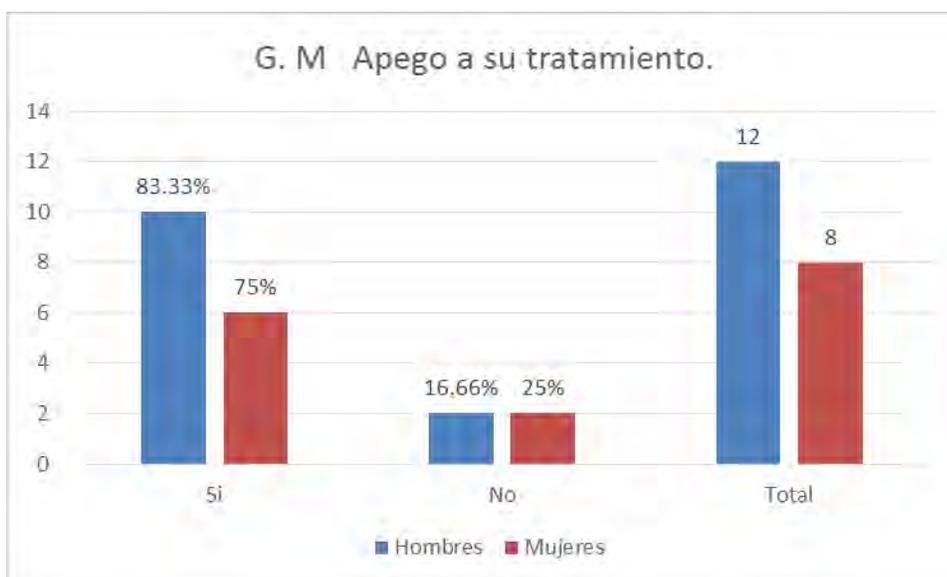
En la grafica K de acuerdo a la respuesta de los entrevistados en hombres dos hace dos años que se le detecto la enfermedad el porcentaje es el 16.66%, dos tienen cuatro años con ella el porcentaje es 16.66%, 5 años 4 hombres que hacen un porcentaje de 33.33%, 8 hacen el 16.66%, y dos hombres hace 25 años que conciben con ella 16.66%.



Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

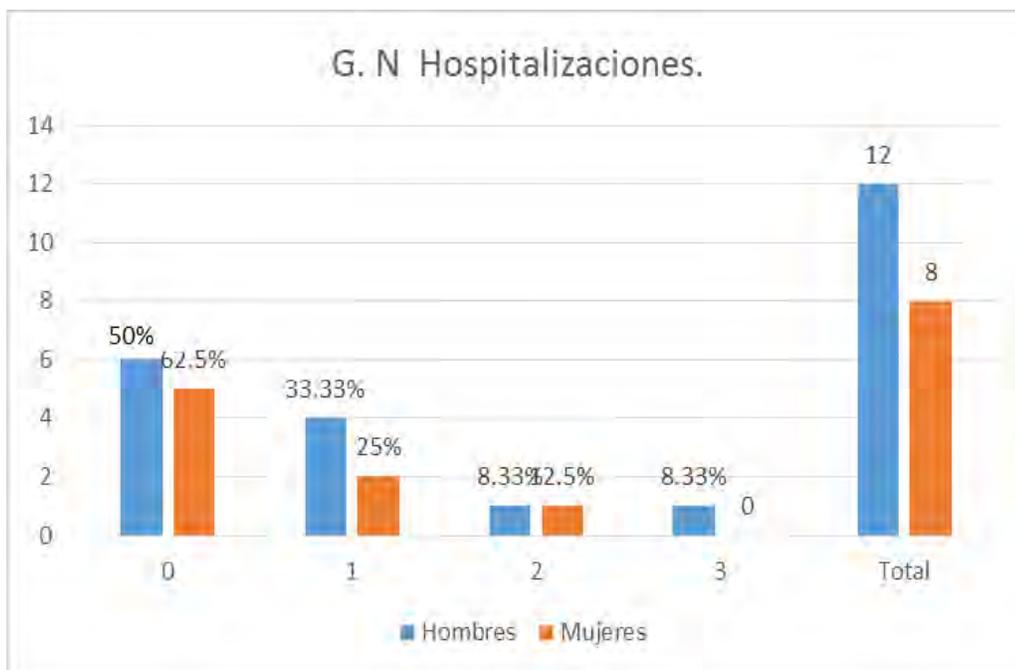
El número de consultas al mes a las que acudieron los pacientes entrevistados, el 41.66% (5), acudieron 1 vez al mes solamente, el 33.33% (2 veces), y el 25% (3) asisten 3 veces al mes.

En lo que respecta a las mujeres el 75 % (6) asistieron una vez a la consulta, una que hace el 12.50 %, dos veces y el 12.50 (1) tres veces, se puede apreciar que la mayoría acude una vez al mes como se les pide para llevar el control de su enfermedad.



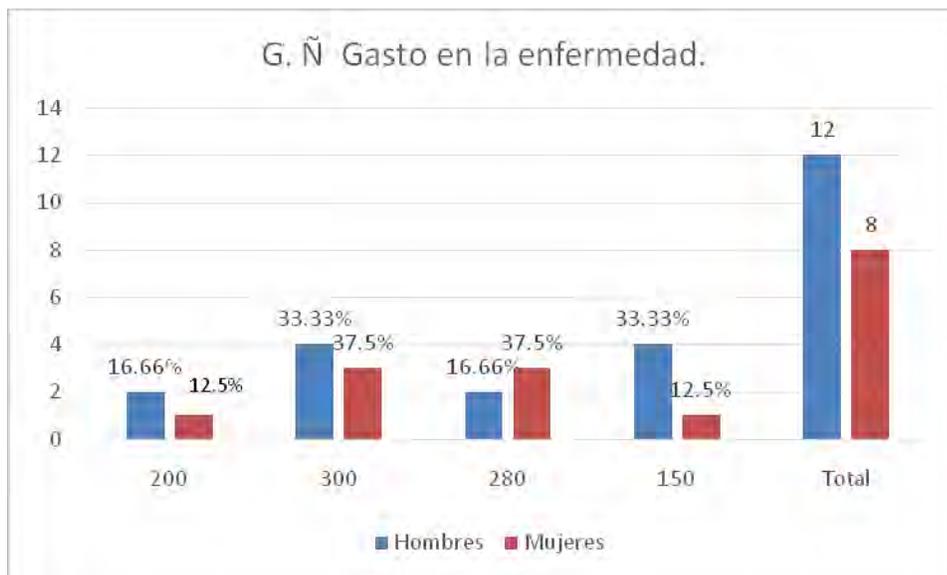
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

En la representación se puede apreciar que 10 hombres que hace un 83,33% demuestran responsabilidad al cuidar el control de la glucosa y su dieta, el 16,66% desgraciadamente no lo llevan al pie de la letra como lo marca el tratamiento, las mujeres el 75% (6) están controladas y llevan su tratamiento con responsabilidad, el 25% (2) declaró no seguirlo al pie de la letra. Para las personas que contestaron que no llevan su tratamiento la responsabilidad del tratamiento es personal.



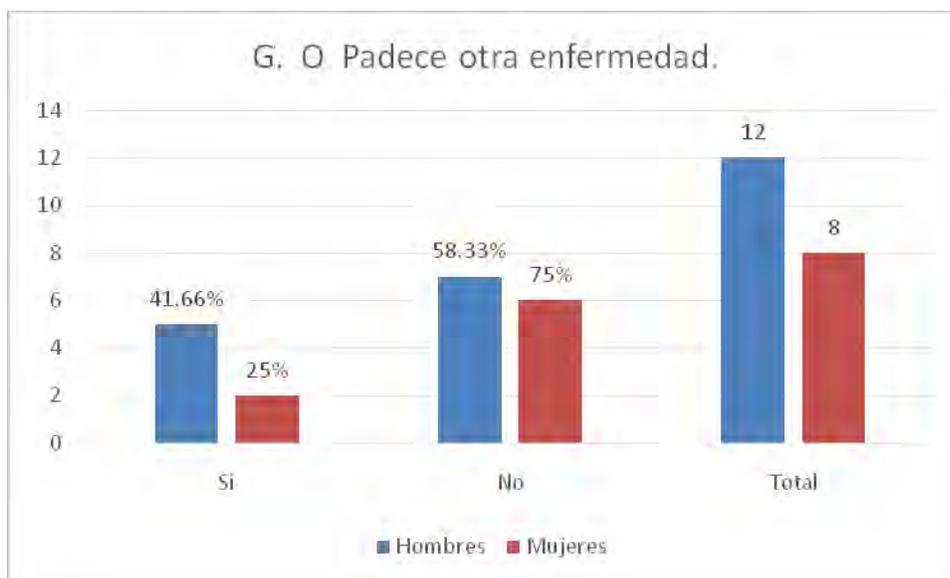
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

El 50 % no han sido hospitalizados (6), el 33.33% a sido hospitalizado solo 1 vez. 8.33% dos veces y 8.33% tres veces. De doce 6 han sido hospitalizados, lo que muestra que las personas que llevan su tratamiento pueden evitarse esta situación en lo respecta a las mujeres que en total fueron 8, 5 que hace el 62.5% no a sido hospitalizado nunca, el 25% solo una vez y una mujer 2 veces que hace el 12.5%.



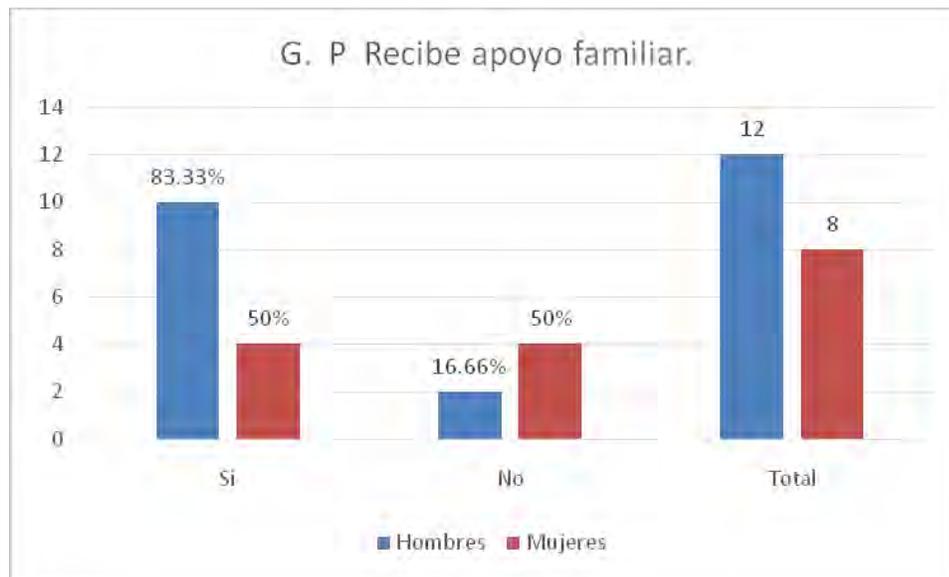
Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

Los gastos mensualmente generados por la diabetes en hombres el 33.33% (4), \$150 aportación extra, el 16.66% (2) \$200, \$280(2) 16.66(2) y \$300 el 33.33(4). Las mujeres también realizan gastos extras por su enfermedad el 12.5, \$150 gasta (1), el 12.5(1) \$200, \$280 (3) el 37.50 y \$ 300 (2) también hacen el 37.5%. Aunque el seguro popular entrega medicamento, este no cubre algunos y el paciente tiene que invertir en ellos.



Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

Quienes tienen diabetes sufren otros padecimientos producidos por esta enfermedad o es posible que antes de se les detectara la diabetes ya tenían otras afecciones. EL 41.66% de los entrevistados hombres sufren de hipertensión. En el caso de las mujeres el 25 % (2) sufren artritis, y afección respiratoria y el restante de los pacientes no tiene alguna otra enfermedad.



Fuente: Encuesta aplicada en la Clínica de Diabetes del hospital General Zona Norte de Puebla.

El 83.33 % de los pacientes hombres acepto recibir ayuda de sus familiares (10) y consecuentemente sólo 16.66% de los casos menciona no recibir ayuda de su familia. En las mujeres el 50% si recibe apoyo de sus familiares (4), y el 50 refirió no recibir apoyo familiar (4).

3.5 conclusión.

De acuerdo, a las entrevistas aplicadas en la clínica de diabetes del Hospital General Zona Norte de Puebla, donde refleja que la mayoría de los pacientes tanto hombres, como mujeres, son responsables de su padecimiento y lo controlan, por eso se sugiere que en todos los hospitales del sector salud, exista un área de orientación y atención a pacientes diabéticos ya que es una enfermedad, si no se tiene un control de hábitos alimenticios y por supuesto el medicamento y el ejercicio las personas se van deteriorando y los reingresos al hospital son frecuentes, aumentando las cifras de atención de pacientes diabéticos.

Estas clínicas aparte de la orientación y seguimiento del padecimiento imparten diferentes talleres, donde se invita a los familiares para que entiendan los cambios que sufren con este padecimiento y los comprendan y pongan esmero en sus hábitos de higiene, y alimenticios, y ejercicio. También se dan talleres de manualidades, apoyo espiritual y recreación, este tratamiento integral hace la vida más fácil y agradable a los enfermos y familiares.

Bibliografía

Ariza González, Darlyn Andrea. Trabajo Social: Origen, Métodos Tradicionales, Procesos y Etapas Históricas, Bogotá, 2013, Corporación Universitaria, P. 280

Galeana de la O, Silvia. Campos de acción del Trabajo Social. Manual de Trabajo Social. Metodología y Práctica del trabajo Social. UNAM y Plaza y Valdés, México 2004, P. 473.

Hernández Rodríguez, Manuel, Tratado de Nutrición, 1999, Madrid, Díaz de los Santos. 120.

Martínez Martínez, Brenda y Torres Velázquez Laura Evelia, Importancia de la Familia en el Paciente con Diabetes Mellitus Insulinodependiente. 2006, México, segunda Edición, P. 320.

Valero Chávez, Aída, Apuntes sobre la Génesis del Trabajo Social, 2000 México, P. 470.

Bibliografía

Artículo sobre la salud, Julio Frenk Mora, 2001-2011

Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) calculó la prevalencia.

Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993). P. 70.

Plan de prevención de la diabetes mellitus 2007-2012 P. 72.

Programa de acción Diabetes Mellitus 2001- 2011 P. 70.

Páginas web

<http://trabajosocialdarlyn.blogspot.mx/2013/03/historia-del-trabajo-social.html>. Recuperado 31/01/14.

<http://diariooficialdelanormaoficialmexicana,nom-015ssa2-2010.paralaprevención,tratamientoycontroldeladiabetesmellitus.html>. recuperado 01/02/2010.

Anexo

1.- Datos Generales del Paciente

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Religión: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Cp.: _____ Sabe leer: _____ Sabe escribir: _____

2.- ¿Cuántas personas integran sus familias? _____

3.- Ocupación del paciente: _____

4.- ¿Qué alimentos consume normalmente en el transcurso de la semana?

	1-2 Veces	3-4 Veces	5-6 Veces	7 Ó más veces
Leche				
Pollo				
Pescado				
Pan				
Café				
Verduras				
Pastas				
Tortillas				
Carne				
Huevo				
Frijol				
Frutas				
Golosinas				

5.- Numero de comidas que realiza al día

1 Vez	2 Veces	3 Veces	Más de 3 Veces
-------	---------	---------	----------------

6.- Condiciones Económicas.

Ingresos mensuales	Egresos	
Padre:	Casa:	Teléfono:
Madre:	Luz:	Agua:
Hijos:	Ser. Médicos:	Gas:
Otros:	Transporte:	Gastos Varios:
Total:	Alimentos.	Total:

¿Cuenta con seguridad social? Sí _____ No _____

¿Cuál? _____

7.- Además del tratamiento médico, usted recurre a otro tipo de servicio

Remedios caseros	Herbolaria
Homeopatía	Alopatía
Automedicación	Ninguno

8.- Condiciones de la vivienda

Propia	Prestada	Rentada	Otro
--------	----------	---------	------

Números de cuartos

1	2	3	4	5	6 0 mas
---	---	---	---	---	---------

Servicios con los que cuenta la vivienda

Cocina	Baño	Sala	Comedor	Recamaras	Otros
--------	------	------	---------	-----------	-------

Características de la construcción

Techo	Paredes	Pisos
Concreto	Ladrillo	Tierra
Lamina de Cartón	Tabicón	Loseta
Lamina de Asbesto	Madera	Cemento
Lámina Galvanizada	Lamina	Madera
Teja	Desecho	Mosaico
Otros	Otros	Otros

9.- Tiempo que tiene con la enfermedad. _____

10.- Controlada: _____ Descontrolada: _____

11.- Al mes ¿cuántas veces acude a consulta? _____

12.- ¿Toma su medicamento, a la hora y día indicado? _____

13.- ¿Al año cuántas veces es internado por su enfermedad? _____

14.- ¿Cuánto gasta al mes por su enfermedad? _____

15.- ¿Tiene otra enfermedad? _____ ¿Cuál? _____

16.- ¿Tiene problemas económicos, que afectan su alim su alimentación? _____

17.- ¿Recibe apoyo de su familia? Sí _____ No _____

¿De quién? _____ ¿Qué tipo de apoyo? _____

18.- ¿a qué otro tipo de apoyo recurre?

Institucional	Religioso	Grupos espontáneos
---------------	-----------	--------------------