



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Experiencias compartidas en el Hospital General
de México “Dr. Eduardo Liceaga”

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Trabajo Social

PRESENTA

Adriana Coronel Sánchez

DIRECTORA DE TESIS

Lic. Maribel Maldonado Pérez



Ciudad de México,
Octubre - 2020



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

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO 1..... | 4 |
| TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD | 4 |
| 1.1 Definición del Trabajo Social en la Salud..... | 4 |
| 1.2 La evolución de la intervención del Trabajo Social en el área de la Salud..... | 5 |
| 1.3 La importancia del Trabajo Social Contemporáneo | 12 |
| CAPÍTULO 2..... | 15 |
| HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” | 15 |
| 2.1 Antecedentes..... | 15 |
| 2.2 Misión y visión | 16 |
| 2.3 Especialidades | 17 |
| 2.4 Requisitos de atención | 17 |
| CAPÍTULO 3..... | 19 |
| TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO..... | 19 |
| 3.1 Misión y Visión del departamento de Trabajo Social | 19 |
| 3.2 Áreas de atención y funciones..... | 20 |
| 3.3 La intervención de Trabajo Social en la Clínica de Atención Integral al paciente con Diabetes y Obesidad (CAIDO)..... | 26 |
| CAPITULO 4..... | 28 |
| LA DIABETES MELLITUS, UN PROBLEMA DE SALUD NACIONAL | 28 |
| 4.1 Historia de la diabetes | 28 |
| 4.2 El panorama de la diabetes | 29 |
| 4.3 Características de la enfermedad | 31 |
| 4.4 La diabetes mellitus en el contexto cultural y social..... | 43 |
| 4.5 Acciones y estrategias de atención a la enfermedad | 47 |
| 4.6 El paciente como sujeto vulnerable | 54 |
| CAPÍTULO 5..... | 57 |
| EL PACIENTE Y LOS ESTILOS DE VIDA | 57 |
| 5.1 ¿Qué son los estilos de vida?..... | 57 |
| 5.2 Estilos de vida saludables | 62 |
| 5.3 Estilos de vida no saludables | 64 |
| CAPÍTULO 6..... | 66 |
| INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA..... | 66 |
| 6.1 Físico | 69 |
| 6.2 Psicológica | 70 |

| | |
|---|-----|
| 6.3 Social | 71 |
| 6.4 Material | 74 |
| CAPÍTULO 7..... | 75 |
| ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO | 75 |
| 7.1 Metodología de la investigación | 75 |
| 7.2 Análisis de datos | 87 |
| CONCLUSIONES | 132 |
| PROPUESTAS | 135 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 137 |
| Bibliografía complementaria | 145 |
| ANEXOS..... | 146 |
| Familiogramas, mapa de redes, ecomapa y descripción familiar..... | 146 |
| Infografías | 183 |
| Trípticos | 186 |
| Instrumento de valoración | 188 |

INTRODUCCIÓN

Actualmente el tema de Diabetes Mellitus se oye con gran frecuencia en la radio, televisión, periódicos e internet, se discute en foros, congresos, simposios, etc, con diversos profesionales de la salud; debido a la incidencia de la enfermedad en la población mexicana.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Diabetes Mellitus como una enfermedad crónico-degenerativa que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial. En la última publicación (OMS, 2016) indica que 422 millones de personas mayores de 18 años padecen diabetes mellitus, la prevalencia de diabetes en el mundo ha subido del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.

En el año 2016 en México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) menciona que actualmente 6.4 millones de mexicanos tienen un diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II), es decir, 9.2% de la población adulta (20 años y más). Sin embargo, esta cifra no incluye a quienes no han sido diagnosticados o están en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

La DM II es la segunda causa de muerte en México únicamente por debajo de las enfermedades cardiovasculares y está entre las cinco principales causas de años de vida vividos con discapacidad.

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), refieren que las causas de la diabetes son la herencia genética, sobrepeso, obesidad, una dieta inadecuada (malnutrición) y la inactividad física.

La Federación Internacional de Diabetes (FID) refiere que; la piedra angular del tratamiento de la diabetes tipo 2 es una vida saludable (estilos de vida saludables), lo cual incluye la adopción de una dieta sana, el aumento de la

actividad física, un plan para dejar de fumar y mantener un peso corporal saludable y el seguimiento de la medicación.

Las consecuencias de no apegarse al tratamiento y mantener estilos de vida no saludables pueden desencadenar enfermedades como lo señala la OMS; infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, neuropatía de los pies como infecciones o úlceras y en el peor de los casos amputaciones, también pueden presentar retinopatía diabética esta es una causa importante de ceguera.

Por ello es fundamental conocer la situación actual de las personas que viven con DM II e identificar los recursos con los que cuentan, para crear propuestas que generen el autocuidado y el apego a un tratamiento integral a través de estilos de vida saludables que permitan disminuir el riesgo de desarrollar otras enfermedades derivadas de la diabetes, además de mantener una mejor calidad de vida. Por otra parte es importante crear estrategias que disminuyan el riesgo de desarrollar diabetes en familiares sanos de pacientes con DM2.

La investigación deriva de un trabajo realizado en el periodo del servicio social en el Hospital General de México, en la Clínica de Atención Integral para el Paciente con Diabetes y Obesidad (CAIDO).

La investigación se compone de dos momentos:

El primero en el año 2017, en el cual se identificó como los factores sociales influyen en el tratamiento de los pacientes que viven con Diabetes Mellitus (DM).

El segundo en el año 2018, aquí se dio continuidad a la investigación considerando que cambios realiza el paciente en los estilos de vida en los factores sociales y cómo influyen en el tratamiento.

Para ello se elaboró un estudio comparativo en el cual se identificaron los cambios en los estilos de vida en los años 2017 y 2018.

Los temas que aborda la investigación son los siguientes:

Primer capítulo “Trabajo Social En el Área De La Salud”, aquí se define el Trabajo Social en la Salud, se describe el contexto de la intervención del Trabajo Social en el área de la salud y la importancia del Trabajo Social Contemporáneo.

Segundo capítulo Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, se habla de sobre los antecedentes, misión y visión, especialidades y requisitos de atención.

Tercer capítulo “Trabajo Social en el Hospital General De México”, aquí se detalla la misión y visión, áreas de atención y funciones y la intervención de Trabajo Social en la Clínica de Atención Integral al paciente con diabetes y obesidad.

Cuarto capítulo “La Diabetes Mellitus, un problema de Salud Nacional”, se aborda la historia de la diabetes, el panorama de la diabetes, características de la enfermedad, la diabetes mellitus en el contexto, acciones y estrategias de atención a la enfermedad y el paciente como sujeto vulnerable.

Quinto capítulo “El paciente y los estilos de vida”, aquí se explica que son los estilos de vida, estilos de vida saludables y estilos de vida no saludables.

Sexto capítulo “Indicadores de calidad de vida”, se describen los indicadores; físico, psicológico, social y material.

Séptimo capítulo “Estilos de vida de pacientes que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital General de México”, aquí se desarrolla la metodología de la investigación y el análisis de datos.

CAPÍTULO 1

TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

1.1 Definición del Trabajo Social en la Salud

Para definir al Trabajo Social en el área de la salud, se mencionaran conceptos del Trabajo Social sus funciones, propósitos y la importancia en la sociedad.

Para ello se retoman cuatro definiciones en orden cronológico y con elementos que hacen del Trabajo Social una disciplina de las Ciencias Sociales. Cabe mencionar que estos conceptos institucionales y de autores abarcan elementos tales como; el objeto de estudio, necesidades y/o problemáticas de la población y la intervención a través de metodologías y teorías para transformar procesos sociales.

Las definiciones son las siguientes:

Es una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social. El objeto de estudio y de intervención profesional lo constituyen las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales (ENTS, 2009).

Trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas (FITS, 2014).

Disciplina de las ciencias sociales, una acción social dirigida a la situación – problema y cuyo objetivo profesional es intervenir para generar intencionalmente procesos de cambio en lo social. Consideramos los modos de intervención de trabajo social, su epistemología, las teorías que los sustentan, las metodologías que utilizamos, los resultados que alcanzamos como el objeto de estudio de la disciplina (Tello N. , 2016).

Es una filosofía de la acción y como un arte – científico cuyos propósitos son promover, diseñar, gestionar, articular y desarrollar procesos de: investigación, diagnóstico, planeación, gestión, desarrollo, evaluación, sistematización y

comunicación de planes, programas y proyectos, modelos o iniciativas sociales (Ciclo de vida del Trabajo Social)... (Evangelista, 2018)

Las características que sobresalen de las definiciones son; la investigación e intervención de las problemáticas y necesidades de los sujetos a través de metodologías que aporten cambios en los procesos sociales. Generalmente estas acciones se llevan a cabo por medio de instituciones públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales, instituciones de asistencia privada, etc.

1.2 La evolución de la intervención del Trabajo Social en el área de la Salud

El campo de la salud es uno de los sectores más antiguos y de mayor intervención del profesional en Trabajo Social; según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), actualmente más de una tercera parte de estos de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población.

Además el Trabajo Social sanitario se caracterizó por facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares debido a los cambios sufridos, consecuencia de la enfermedad o la muerte; Osler 2013, citado por (Rodríguez, Loo, & Anchundia, 2017).

La función del Trabajador Social en salud es una pieza clave para el equipo de trabajo y para la institución, debido a que desempeña un acompañamiento desde el ingreso hasta el egreso, esto permite tener la información de la situación social (económico, emocional, familiar, laboral, vivienda) del paciente y su familia, y con ello realizar una intervención dependiendo las necesidades y/o problemática.

En México, el tema de la salud forma parte de las políticas públicas y con el tiempo el derecho al acceso a la salud se ha transformado y ha evolucionado a

través de diversas instituciones que prestan este servicio. Por otra parte, la profesión de Trabajo Social tiene gran incidencia en las diversas instituciones de salud desde sus inicios y se ha adaptado dependiendo el momento histórico, las necesidades y demandas de la población.

A continuación se desarrollará una brevemente semblanza de la evolución e incorporación del Trabajo Social en el área hospitalaria en México.

De la beneficencia a la medicina asistencial, en 1917 se establecieron las bases para el sistema jurídico mexicano de salud mediante la ley de organización Política del Gobierno Federal en el cual se crea el departamento de Salubridad Pública.

Fue hasta 1920 cuando se recuperaron algunas instancias de asistencia social que se habían perdido o deteriorado durante la década anterior y se crearon nuevas dependencias gubernamentales. Dado que los principales problemas eran la falta de atención en materia de salud y alimentación, en este periodo se crean entidades encargadas de diseñar programas de atención sanitaria y médico social en el país y para 1925 es promovida y legislada la federalización de la salubridad.

La concepción médica y/o jurídica para (Trabajo Social) a principios de la década de los 20's se les consideraba profesional como un auxiliar técnico-instrumental intermedio, útil para ayudar al médico y al abogado, pero sin tener una tarea específica y se les denominaba como "visitadoras sociales", quienes cumplen las funciones de "ojos prolongados " y "brazos extendidos " a los domicilios de los pacientes.

En 1929 la Escuela de salubridad del Departamento de Salubridad Pública impartió un curso para auxiliares de Trabajo Social, con fundamento en la normatividad vigente, que señalaba; "es 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".

En los años 40's dentro de la Dirección General de Asistencia Médica, el Trabajo Social era definido 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 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”.

En 1943 el Hospital Infantil de México fue la primera en establecer de manera oficial el Departamento de Trabajo Social.

En 1944 el Instituto Nacional de Cardiología contó desde su origen con personal empírico que hacía las labores de trabajo social encargado de realizar visitas a los enfermos, proporcionar ayuda espiritual o asignar cuotas de recuperación. No es hasta 1964, cuando se contó con cinco trabajadoras sociales, quienes se abocaron a la investigación de la situación económica y social de los pacientes a fin de integrar los diagnósticos médico sociales.

Entre 1948 y 1949 al Hospital General de México se incorporan dos trabajadores sociales a fin de atender los servicios de admisión, consulta externa, urgencia médica, medicina preventiva, oncología y relaciones públicas. Para 1951 había 32 trabajadoras sociales y en 1954, se organiza el Departamento de Trabajo Social, gracias al esfuerzo de la TS Martha Miüler.

En 1948 el Instituto Nacional de Cancerología inicia oficialmente las labores de trabajo social. Las labores iniciales fueron la realización de estudios socioeconómicos, orientación a población abierta, actividades administrativas y contables en el servicio de hospitalización, coordinación con otros servicios y la solución de necesidades urgentes de la población.

En 1959 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inicialmente Trabajo Social se incorpora a la Oficina de Estudios Económicos y Sociales, contratando a trabajadores sociales que provenían del Hospital Infantil de México.

En 1960 en el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Trabajo Social se incorpora cuando se crean los Servicios Médicos del Área Metropolitana. Sus funciones eran visitas domiciliarias, estudios y tratamientos sociales de pacientes ambulatorios,

orientación a los derechohabientes y el fomento de actividades sociales y culturales dentro de las propias clínicas.

En 1962 el Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas al crearse la Dirección de Seguridad Social para la Armada de México se incorporan a trabajadores sociales, en el Centro Médico Naval.

En 1964 se inauguran el Hospital de Balbuena, Xoco y La Villa, contando desde el principio con la invaluable labor de las trabajadoras sociales.

En 1972 en el Hospital "Manuel Gea González el primer personal con funciones de trabajo social fue empírico, y solo al cabo de los años cuando este personal se jubilaba, hasta entonces se incorporaba a personal preparado profesionalmente para ello. En 1986 se elaboran los primeros manuales de actividades, centrándose en la metodología de trabajo social de casos.

En 1976 el Instituto Nacional de Salud Mental incorpora la función del trabajador social dentro del equipo de salud, siendo una característica esencial el que el personal cuente con la especialidad de Trabajo Social Psiquiátrico.

En 1976 el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se designa una persona como trabajadora social (empírica). Para 1980 ya se contaba con personal profesionalmente preparado lo que las puso al frente de actividades de asistencia, administración, educación e investigación.

En 1979 el Hospital del Niño del IMAN se convierte Instituto Nacional de Pediatría (INP), desde su creación el Hospital y posteriormente el INP contó con trabajadoras sociales abocadas a colaborar con el médico en la atención del menor. En esta institución se impartió la especialidad de trabajo social médico con una gran calidad y prestigio latinoamericano.

En 1983 el Instituto Nacional de Perinatología, desde su creación ha contado con la participación de profesionales en trabajo social quienes han desarrollado importantes acciones tanto de carácter médico-asistencial, como de enseñanza e investigación. La metodología subyacente en las actividades es la de casos y grupos.

Hay funciones que sigue desempeñando el área de Trabajo Social en las instituciones de salud tales como la orientación, visitas domiciliarias y estudios

socioeconómicos. Actualmente Trabajo Social requiere y contempla otros elementos como la intervención y la transdisciplina más adelante se desarrollará estos puntos.

Como se ha mencionado anteriormente las funciones que ha desempeñado el Trabajador Social en el área de la salud han evolucionado y cambiado con el tiempo, además se le ha dado la importancia que tiene como profesión y disciplina de las Ciencias Sociales. Ya que son los Trabajadores Sociales quienes tienen el primer contacto con el paciente, conocen la situación socioeconómica en la que llegan, son quienes investigan, analizan e intervienen en las necesidades, carencias, problemáticas. Además identifican y hacen uso de los recursos con las que cuenta el paciente.

Así lo menciona la siguiente autora: desde el ingreso hasta el egreso del usuario en la institución, el trabajador social es la figura presente constantemente para la solución de cualquier conflicto que surja (Tello N. , 2013).

A continuación se mencionan conceptos y funciones que desempeña el Trabajador Social en la institución de salud y como profesional dentro del equipo médico multidisciplinario.

Trabajo Social en el ámbito de la salud es definido como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad”. Es así que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones familia, institución, situación de marginación o exclusión; Ituarte, 1992, citado por (Rodríguez, Loor, & Anchundia, 2017).

Otro concepto menciona lo siguiente:

El trabajador social en salud es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, en el que promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de funciones de investigación,

planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones de salud. Colegios Oficiales de Trabajo Social de Valencia, 2012, citado por (Rodríguez, Loor, & Anchundia, 2017).

El primer contacto que tiene el paciente en la institución de salud es con el Trabajador Social, este profesional realiza la primera entrevista y realiza un diagnóstico social.

El trabajador social es la escucha, es con quien se establece el diálogo, es con quien se descarga toda la tensión acumulada por el problema que se vive, es quien realiza diversas entrevistas, es el apoyo, es quien imagina y lleva a cabo la estrategia de intervención (Tello N. , 2013).

Tener el primer acercamiento a la información permite vincular la investigación y la intervención de los factores sociales que influyen en las condiciones de salud del paciente, a través de procesos metodológicos.

El Trabajador Social es la figura que conoce el entorno psicosocial y socioeconómico del paciente, esta información que recaba a través de diferentes técnicas e instrumentos permite identificar las debilidades y las fortalezas de cada paciente y con ello generar estrategias de intervención.

Por lo que una de las fortalezas que aporta al cumplimiento de este propósito es que las competencias del trabajador social le permita manejar metodologías propias de la profesión a través de la investigación y el diseño de planes de intervención que propicie la autonomía y empoderamiento del usuario en la necesidad de mejorar sus condiciones de salud, pasando de su perspectiva de víctima a mirarse como un sujeto de derechos (Tello N. , 2013)

Por otro lado los siguientes autores (Arroyo, y otros, 2012) señalan que el objetivo del trabajo social en esta área es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción,

protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades.

Desde la mirada del Trabajador Social el paciente es el sujeto de su propio cambio, con derechos y responsabilidades de su propia salud, es quien debe involucrarse en el seguimiento de su tratamiento usando los recursos económicos, familiares, emocionales con los que cuenta.

Algunas de las funciones que realiza el trabajador social es brindar motivación a los pacientes y familiares, facilita la información y sensibiliza sobre la realidad del paciente preparándolos para las tomas de decisiones, educación a la comunidad para el cuidado y alimentación adecuada, participa en programas que cada clínica u hospital implementa y en los procesos de la atención, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derechohabiente, aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud (Arroyo, y otros, 2012).

La participación del trabajador social en el área hospitalaria como parte del equipo multidisciplinario es sumamente importante, debido a que conoce y tiene información de los factores sociales (redes familiares y sociales, situación laboral, económica, salud y vivienda) de los pacientes, que inciden en su estado de salud. Esta información que se obtiene a través técnicas e instrumentos permite identificar las necesidades, carencias y/o problemas de los pacientes de forma individual o grupal.

Con ello se crean propuestas que permitan al paciente en primer lugar; ser responsable de su cuidado y bienestar físico y en segundo lugar hacer uso de los recursos con los que cuenta, cabe señalar que es importante que sea el propio paciente el participe y responsable del seguimiento de su tratamiento.

Entendemos, que con esto, el sujeto podría llegar a asumirse como constructor de su propia historia, no sólo como sujeto de derechos, no sólo como ciudadano, sino, más allá, como un sujeto en proceso colectivo de construcción histórica (Tello N. , 2013).

1.3 La importancia del Trabajo Social Contemporáneo

Para comenzar con este punto se definirá qué es lo contemporáneo, desde la perspectiva de diversos autores:

Lo contemporáneo tiene relación con aquella parte de la historia y de la vida cotidiana de nuestras sociedades que nos tocó y nos toca vivir; conocer, desarrollar, criticar, cuestionar o impulsar. Lo contemporáneo es aquello en lo que podemos intervenir, los procesos que podemos entender y las relaciones sociales que podemos construir (Evangelista, 2018).

Trabajo Social adquiere y construye elementos dependiendo el contexto, las necesidades, problemáticas y carencias de las personas. En el caso de la salud las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia, los factores sociales que inciden en la salud así como los recursos económicos, sociales y emocionales con las que cuentan los pacientes.

Entonces como se vincula lo contemporáneo y el Trabajo Social, las siguientes autoras menciona que el Trabajo Social contemporáneo se caracteriza por:

Se trata de un quehacer profesional fundado en el conocimiento, que si bien surge de la formación multidisciplinaria, aspira a la intervención desde una visión transdisciplinaria, en la que se conjuguen los diferentes conocimientos para actuar como y desde el trabajo social (Tello & Ornelas, 2015).

Otro concepto el Trabajo Social contemporáneo es aquel en el que podemos intervenir, ver y construir cuestionar, deconstruir, redefinir y rehacer. Por ello cuando se habla del Trabajo Social Contemporáneo debemos visualizar al Trabajo Social que forma parte de nuestra historia y de nuestra vida cotidiana, formativa o profesional, es aquel Trabajo Social que nos tocó vivir, conocer, desarrollar, criticar, cuestionar o impulsar, aportar o transformar (Evangelista, 2018).

El Trabajo Social contemporáneo debe ser capaz de comprender las necesidades sentidas en la identidad cultural para construir, con el sujeto y con otros actores, así como con otras profesiones, en relación inter y trans disciplinaria, proyectos de transformación propios sustentadas en la vida social

de los actores e inscritos en la auto-producción de la sociedad y desde su historicidad; Touraine, 1998 citado por (Flores & Martínez, 2006).

Los principales elementos que señalan los autores de Trabajo Social contemporáneo tienen que ver con lo que se vive, el aquí y el ahora (histórico – social) partiendo también de la experiencia previa lo que permitirá una intervención y una transdisciplina.

La intervención en lo social implica; una construcción del acontecimiento, en la medida en que hace ver esas dos características, es decir su carácter histórico-social y de analizador, y lograr actuar en base a ellas pudiendo generar una nueva disrupción (Carballeda, 2013).

La intervención se centra en el contexto, momento y situación del sujeto, se fundamenta a través de la investigación metodológica y teórica. Con las técnicas e instrumentos tiene los elementos para llevarla a cabo.

La intervención en Trabajo Social es movimiento, es giro, es ruptura, es cambio social; el sentido de esa intervención lo construimos cuando conocemos y reflexionamos sobre nuestra situación problema y desde esta mirada podemos, entonces, plantear el diagnóstico que sustente nuestra intervención (Tello N. , 2016).

Para Trabajo Social es importante potencializar, y fortalecer la vinculación entre teoría y práctica. Por ello se asume a la transdisciplina como parte fundamental del Trabajo Social Contemporáneo.

Lo transdisciplinario de trabajo social se concreta al integrar miradas, discursos e interpretaciones, desde la definición de la situación-problema hasta la construcción de la estrategia de intervención. La integración de conocimiento no se da en automático, es una habilidad cognitiva que se ejercita a lo largo de la formación de trabajo social – yendo y viendo – hasta integrar en una unidad lo aprendido, dejando de lado el lenguaje de las otras disciplinas y su significado original para crear nuevas categorías que estén acordes a su mirada y digan con mayor precisión aquello que implica una interpretación conceptual propia de trabajo social (Tello N. , 2016)

Otro autor define a la transdisciplina como “un multi-enfoque que permite mirar, entender, interpretar, pero también actuar en la realidad a partir de la intersección, visión y acciones de diferentes disciplinas,...siendo su objetivo lograr muchas visiones y acciones, pero en el marco de una gran cosmovisión, más amplia, general, integral, estratégica, visionaria” (Evangelista, 2018).

La transdisciplina en Trabajo Social es la construcción del conocimiento que se da a partir de la investigación desde un enfoque teórico y práctico transversal de diversas disciplinas.

A través del tiempo Trabajo Social en el área de la salud ha evolucionado y ha modificado algunas funciones como profesión, se acopla a las necesidades profesionales, dependiendo la situación (historicidad).

Uno de los retos como profesión es dejar de trabajar para otras profesiones y trabajar con ellas de forma transversal, por ello tiene el compromiso de incidir en la intervención y la transdisciplina a través de la metodología y teoría que permitan dar respuesta a las demandas y necesidades de la población hospitalaria.

CAPÍTULO 2

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

2.1 Antecedentes

El origen del Hospital General de México (HGM) se remonta al 5 de febrero de 1905, fecha en la que es inaugurado, dando inicio una etapa extraordinaria en el desarrollo de la medicina mexicana. El nosocomio contaba en ese entonces con una planta de 315 personas.

El 3 de octubre de 1906, la Dirección General de Beneficencia Pública, aprueba las bases generales para el establecimiento de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México y se inaugura formalmente el 9 de febrero de 1907. Poco tiempo después, se funda la primer Sociedad Médica del HGM el 7 de febrero de 1908, encabezada por los doctores Eduardo Liceaga y Fernando López como Presidentes honorarios.

La influencia que tuvo en la década de los 30's y 40's fue definitiva para el desarrollo de la atención médica, la docencia y la investigación. La Institución tuvo un gran crecimiento y fue cuna de un número importante de médicos ilustres que sentaron las bases de la medicina moderna, la conformación y desarrollo de las especialidades médicas.

Es durante la década de los 40's cuando se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad con base en el decreto del 18 de octubre de 1943, dependiendo el Hospital General de México de dicha Institución

En los 80's el Hospital se enfrenta a grandes retos tras suscitarse el terremoto del 19 de septiembre de 1985 que azotó a la Ciudad de México y derrumbó varios edificios entre ellos los de Ginecoobstetricia y la Residencia de médicos, contabilizando muchas pérdidas humanas entre pacientes, médicos, residentes y enfermeras.

El fortalecimiento de la estructura interna del Hospital, motiva que el 11 de Mayo de 1995, se creó el Hospital General de México como organismo Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, durante la gestión del Doctor Juan Ramón de la Fuente como Secretario de Salud y Presidente de la Junta de Gobierno de la Institución.

El 19 de julio de 2012, la Secretaría de Salud asignó al Hospital General de México el nombre de su fundador, “Dr. Eduardo Liceaga” en reconocimiento a su trayectoria como una de las grandes figuras de la Medicina del país.

Tras 110 años de historia, el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” es un pilar dentro del Sistema Nacional de Salud, manteniéndose a la vanguardia de los Hospitales Federales del país.

2.2 Misión y visión

Misión

Hospital Regional de la zona centro del país que proporciona servicio de salud de alta especialidad con gran calidad y calidez, en las especialidades médicas, quirúrgicas y de apoyo al diagnóstico y tratamiento, por lo que tiene el reconocimiento de la sociedad mexicana. Hospital formador de recursos humanos de excelencia para la salud del país y a nivel internacional. Realiza investigación de alto nivel cuyos resultados se difunden en publicaciones científicas de impacto internacional, se preocupa por sus recursos humanos capacitándolos, formando equipos como una necesidad de las actividades humanas.

Visión

Ser un centro hospitalario con reconocimiento nacional y de referencia internacional, generador de modelos de atención en las especialidades médicas, en la enseñanza de la medicina y en proyectos de investigación con alto rigor científico. Participante en las políticas sectoriales, principalmente en el Seguro Popular y del Fondo Directo de Gastos Catastróficos en Salud y apoyando la formación de recursos humanos de alta calidad y de modelos de atención a la salud, que impacte en los indicadores básicos de salud, con

aportaciones para la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores causales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia.

Los objetivos y proyectos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, se alinean, a la meta II. México Incluyente, que busca garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de los mexicanos, con estándares de calidad rigurosos que vayan más allá del asistencialismo, con el compromiso gubernamental de proporcionar una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos.

2.3 Especialidades

El Hospital General de México ofrece 44 servicios como; alergía e inmunología, endocrinología, gastroenterología, oncología, nefrología, gineco-obstetricia, neurología y neurocirugía por mencionar algunos.

2.4 Requisitos de atención

Para solicitar una cita por primera vez, se debe llamar al Call Center a los teléfonos: 52-69-50-54 ó 15-00-99-93 y al interior de la república 01-800-229-00-29 para obtener tu cita de primera vez para Medicina General o acudir al hospital al módulo de orientación e información.

La información que se requiere para una cita de primera vez para un adulto o menor de 18 es la siguiente:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha de nacimiento del paciente.
- Edad.
- Curp del paciente.
- Entidad de nacimiento.
- Número telefónico (celular o de casa).
- Dirección del paciente.
- Tipo de vialidad donde radica (calle, avenida, etc.)
- Grupo étnico.
- Dialecto del paciente.

Documentos que se deben presentar el día de la consulta de primera vez en el hospital.

- Número de referencia de consulta de primera vez obtenida en el Call Center del Hospital.
- Recibo de pago por la consulta (Original)
- Identificación del Instituto Nacional Electoral INE (Original)
- Clave Única de Registro de Población CURP (Original)
- En caso de que el paciente sea menor de 18 años, presentar el acta de nacimiento del paciente e Identificación del Instituto Nacional Electoral INE (copia) del padre o tutor.

CAPÍTULO 3

TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

3.1 Misión y Visión del departamento de Trabajo Social

Misión

Intervenir profesionalmente en la atención al usuario y su entorno social, para proponer alternativas de acción en el proceso salud y enfermedad, con integración al equipo interdisciplinario para coadyuvar en la satisfacción de la población que acude al Hospital General de México.

Visión

Ser un grupo de excelencia, actualizado a la vanguardia Institucional que participe en la investigación, asistencia y educación para la salud con impacto en la población demandante y que trascienda en la enseñanza y desarrollo profesional del Trabajador Social del Sector Salud Nacional.

Plantilla de trabajo social

La plantilla está conformada por 123 profesionales (nivel técnico, licenciatura, maestría), desarrollando su intervención los 365 días del año, las 24 horas del día y se conforma de la siguiente manera:

- 1 T.S. Jefa del Departamento:
- 1 T.S. Subjefa de Departamento
- 1 T.S Coordinadora de Enseñanza Capacitación e Investigación.
- 1 T.S. Coordinadora de Evaluación y Control.
- 1 T.S. Coordinadora de Información y Relaciones Públicas.
- 13 Supervisoras de T.S.
- 104 Trabajadoras Sociales en unidades médicas.
- 01 T.S. Comisión extra institucional.

El departamento de Trabajo Social tiene como principales actividades:

- Asignación de clasificación socioeconómica
- Visitas de trabajo social y con equipo de salud.
- Entrevistas y orientación a pacientes y/o familiares para seguimiento de caso.
- Coordinación intra y extra institucionales para la atención de los pacientes.
- Colaboración en pláticas, sesiones o cursos de educación para la salud a pacientes y familiares, así como asistencia y participación en eventos académicos o cursos de actualización en el área.
- Asesoría a estudiantes y pasantes de trabajo social.

A continuación se describen específicamente las áreas y sus funciones.

3.2 Áreas de atención y funciones

Jefatura de Trabajo Social

Objetivo

Administrar los recursos humanos, materiales y técnicos, para contribuir en el logro de los objetivos institucionales y así cumplir con las funciones de asistencia, educación, administración enseñanza, capacitación e investigación, para brindar atención social de alta calidad a pacientes y familiares.

Funciones

1. Planear, organizar y evaluar, las funciones de Trabajo Social, para colaborar en incumplimiento y logros de la misión, visión, políticas y objetivos del hospital y de la Dirección General Adjunta Médica.
2. Implementar lineamientos de trabajo para cumplir con las funciones departamentales y políticas institucionales.
3. Vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales, así como reglamentos, manuales y programas institucionales inherentes al departamento, para dar colaborar con los objetos institucionales.
4. Determinar la distribución de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades del departamento y con base al perfil de profesional.

5. Evaluar cuantitativa y cualitativamente el programa operativo y comunicar con oportunidad al jefe inmediato superior los resultados necesidades y logros del departamento.
6. Participar en sesiones periódicas para la toma de decisiones con jefe inmediato superior y jefes en otras áreas, para favorecer organización departamental y mejora de procesos.
7. Estar en constante coordinación con los comités institucionales y otras direcciones para coadyuvar en el otorgamiento de servicios socio-médico de alta calidad.

Subjefatura de Trabajo Social

Objetivo

Coordinar, asesorar y evaluar las funciones y actividades asistenciales, administrativas y de Educación para la Salud, del personal departamento a través del grupo de supervisión de Trabajo Social para garantizar el cumplimiento de objetivos y una atención integral a pacientes y familiares.

Funciones

1. Participar con la Jefatura de Trabajo Social, en la planeación, programación y organización y evaluación de funciones del Departamento.
2. Verificar la implementación de los programas de educación para la salud y de capacitación y adiestramiento servicio.
3. Colaborar en la actualización de los instrumentos técnicos - administrativos del departamento.
4. Atender los asuntos relacionados con el personal del departamento con base al reglamento interno.
5. Auxiliar Trabajo Social en la solución de problemas de pacientes, así como los casos médicos legales hasta su conclusión.
6. Participar en acciones de inducción al área y al puesto del personal de nuevo ingreso, para cumplir con las disposiciones en materia laboral y garantizar la calidad en el desempeño profesional.

Supervisión Del Trabajo Social

Objetivo

Supervisar, asesora y evaluar la ejecución de las actividades administrativas I asistenciales educativas y de enseñanza del personal a su cargo con base en los manuales del departamento, para atención integral a pacientes y familiares.

Funciones

1. Participar con el jefe inmediato superior de la organización y ejecución de actividades de acuerdo al programa operativo de trabajo.
2. Supervisar y evaluar la correcta utilización de manuales de organización y procedimientos.
3. Evaluar informes mensuales del personal a su cargo y determinar con oportunidad medidas correctivas a las desviaciones detectadas en la implementación de los procedimientos.
4. Auxiliar al Trabajador Social en la solución de problemas de pacientes, así como en la en los casos médicos legales hasta su conclusión.
5. Coordinar acciones con el equipo de salud para la solución de problemas de las áreas de trabajo social.
6. Llevar a cabo procesos inducción para el personal de nuevo ingreso, cambie de área y rotación de servicios.

Trabajo Social - Áreas de Consulta Externa

Objetivo

Dar asistencia social a pacientes y familiares, utilizando métodos y técnicas de trabajo social e instrumentos técnicos administrativos para cumplir con lo normado en las áreas de consulta externa y asegurar la satisfacción de los usuarios.

Funciones

1. Elaborar y ejecutar el programa operativo de trabajo específico del área y de educación para la salud que impacten en la prevención y preservación de la salud del usuario.
2. Elaborar estudios socioeconómicos para determinar el nivel de clasificación de los pacientes.

3. Concentrar, registrar y cuantificar mensualmente el total de clasificaciones socioeconómicas por nivel, así como actividades diarias en instrumentos específicos.
4. Informar a pacientes y familiares sobre los diversos trámites administrativos a realizar dentro y fuera del hospital.
5. Aplicar cédulas y recabar información sobre factores que influyen en la calidad de la atención del paciente.
6. Gestionar y tramitar intra y extra institucionalmente ayudas diversas para pacientes utilizando instrumentos procedimientos correspondientes.

Trabajo Social - Área de Exentos y Convenios

Objetivo

Atender a pacientes y familiares, utilizar instrumentos técnicos administrativos para cumplir con normado en el área de exento y convenios, para asegurar la satisfacción total del usuario.

Funciones

1. Recibir y registrar documentos para el trámite de exentos y convenios de los pacientes.
2. Elaborar órdenes de exentos con base en el documento denominado "resumen socioeconómico para exento de pago.
3. Elaborar estudios socioeconómicos para determinar el nivel de clasificación de pacientes.
4. Rotar y suplir otras áreas de Trabajo Social por necesidades departamentales, para asegurar la satisfacción de pacientes y familiares y dar cumplimiento a las condiciones generales de trabajo vigentes.
5. Aplicar cédulas y recabar información sobre factores que influyen en la calidad de atención del paciente.

Trabajo Social Áreas De Hospitalización

Objetivo

Dar asistencia social a pacientes y familiares, utilizando métodos y técnicas de trabajo social e instrumentos técnicos administrativos, para cumplir con lo

normado en área de hospitalización y asegurar la satisfacción total de los usuarios

Funciones

1. Elaborar estudio socioeconómico para determinar el nivel de clasificación del paciente.
2. Participar en la atención integral del usuario y familiar, aplicando la metodología de caso o grupo.
3. Implementar acciones para disminuir riesgos de abandono de persona.
4. Aplicar cédulas y recabar información sobre factores que influyen en la calidad de atención.
5. Elaborar o seleccionar material didáctico para apoyo del programa educativo.
6. Gestionar y tramitar intra y extra institucionalmente ayudas diversas para pacientes, utilizando instrumentos y procedimientos correspondientes

Trabajo Social - Área de Urgencias Médicas

Objetivo

Dar asistencia social a pacientes y familiares, utilizando métodos y técnicas de trabajo social instrumentos técnicos administrativos, para cumplir con lo normado en áreas de urgencias médicas y asegurar la satisfacción total de los usuarios.

Funciones

1. Elaborar estudio socioeconómico para determinar el nivel de clasificación de los pacientes.
2. Participar en la atención integral del usuario y familiar, aplicando la metodología de caso o grupo.
3. Asistir e informar sobre los trámites a realizar en caso de defunción del paciente.
4. Aplicar cédulas y recabar información sobre factores que influyen en la calidad de la atención.
5. Establecer coordinación con el área de enfermería y área de vigilancia, para el resguardo de valores de pacientes que ingresan sin familia.

6. Rotar en otras áreas de Trabajo Social para necesidades departamentales, para asegurar la satisfacción de pacientes y familiares y dar cumplimiento a las condiciones generales de trabajo vigentes.

Trabajo Social - Área de patología

Objetivo

Atender y dar asistencia social oportuna con alto sentido humano, utilizando métodos y técnicas de trabajo social e instrumentos técnicos administrativos para asegurar la satisfacción del usuario.

Funciones

1. Dar asistencia social a los familiares y/o responsables en relación a la defunción e informar sobre trámites a realizar para la inhumación del cuerpo y obtención del servicio funerario.
2. Auxiliar el equipo de salud dentro de su ámbito de trabajo, en caso de notificación de necropsias y casos médicos legales y para agilizar el egreso de función.
3. Informa a su jefe inmediato superior, la existencia de caso médico legal para asesoría necesario.
4. Establecer coordinación extra institucional en caso de solicitud de apoyos diversos y realizar trámites correspondientes.
5. Registrar con oportunidad al expediente clínico toda acción realizada para la salida del cuerpo.

Trabajo Social - Área de banco de sangre

Objetivo

Orientar sobre la importancia, beneficios y proceso de la donación de sangre y dar seguimiento a donadores con serología positiva, aplicando métodos y procedimientos de Trabajo Social, para cumplir con lo normado en áreas de Banco de sangre y asegurar la satisfacción total de los usuarios.

Funciones

1. Promover la participación del usuario para donación de sangre.
2. Asesorar a los disponentes para la donación de sangre para asegurar el cumplimiento de la norma técnica.
3. Permanecer en coordinación con el equipo de salud para atención integral de donadores efectivos.
4. Realizar acciones individuales para la localización de donadores de serología positiva y reintegrarlos a tratamiento médico.
5. Aplicar cédulas y recabar información sobre factores que influyen en la calidad de la atención del paciente.

3.3 La intervención de Trabajo Social en la Clínica de Atención Integral al paciente con Diabetes y Obesidad (CAIDO)

El Hospital General de México tiene en funcionamiento un programa integral para tratar a niños y adultos con problemas de obesidad y diabetes, el cual se basa en la modificación de hábitos de alimentación, actividad física y atención médica.

Ante esta panorama y cumpliendo con lo establecido en el Plan Nacional de Salud, que establece a la diabetes y obesidad como enfermedades prioritarias, se decide crear esta clínica el cual tiene como objetivo principal brindar un adecuado control de la enfermedad a través de tres núcleos principales de atención médica, nutricional y psicológica.

Las funciones que desempeña la Trabajadora Social en la clínica son:

1. Elaborar y entregar con oportunidad informes mensuales de actividades diarias, concentrado, y niveles de clasificación, haciendo uso de instrumentos oficiales.
2. Elaborar estudios socioeconómicos para determinar el nivel de clasificación de pacientes.
3. Informar a pacientes y familiares sobre los diversos trámites administrativos a realizar.

4. Permanecer en coordinación con personal de Trabajo Social de otras áreas y con jefe inmediato superior, para dar solución a los problemas de pacientes y familiares.
5. Rotar y suplir otras áreas de Trabajo Social por necesidades departamentales, para asegurar la satisfacción de pacientes y familiares y dar cumplimiento a las condiciones generales de trabajo vigentes.
6. Participar en actividades de capacitación del departamento de Trabajo Social.
7. Asistir y participar en sesiones generales de Trabajo Social y de supervisión individual.
8. Además de atender a pacientes de CAIDO, realiza funciones del área de exentos y convenios.

Cabe mencionar que durante el proceso de la investigación en la Clínica de Atención Integral al paciente con diabetes y obesidad (CAIDO) en los años 2018 y 2019, había una Trabajadora Social de forma temporal la cual trabajaba desde el área de consulta externa. Por otra parte en estos dos años no había un área exclusiva para el área de Trabajo Social y tampoco era considerado como parte del equipo multidisciplinario.

CAPITULO 4

LA DIABETES MELLITUS, UN PROBLEMA DE SALUD NACIONAL

4.1 Historia de la diabetes

La diabetes mellitus es un problema de salud que se presenta con mayor incidencia, ante dicho escenario se han investigado diversos factores que propician el desarrollo del padecimiento.

Los primeros antecedentes de la diabetes hacen referencia al año 1552 antes de cristo por un médico egipcio Hesy-Ra de la 3ª dinastía se encuentra en el Papiro de Ebers, y enumera los remedios para combatir el "exceso de orina".

Mientras tanto en la India en el siglo IV, *Súshruta*, connotado médico hindú describe la enfermedad en sus compendios, en los textos básicos de AYUR-VEDA bajo el sistema holístico.

El médico griego Areteo de Cappodocia ofrece la primera descripción médica completa de la diabetes, que compara con el derretimiento de la carne y las extremidades en la orina.

En 1425 la diabetes aparece por primera vez en el idioma inglés como la palabra del inglés medio 'diabete'.

El término latino Mellitus que significa: "sabor a miel" (debido al dulzor de la orina), fue acuñado por primera vez en 1674 por Thomas Willis (1621-1675), medico inglés.

En 1696 Richard Morton destacó el factor hereditario como causa, en 1778 Thomas Cawley relacionó la orina con el páncreas, Langerhans describe los islotes pancreáticos en 1869, en tanto que Opie en 1902 relaciona la enfermedad con estos islotes, mientras que Bating y Best descubren la insulina que se aplica con éxito en la diabetes. Pero no fue sino hasta el año de 1942 cuando Loubatieres descubre drogas orales para el tratamiento de la enfermedad.

4.2 El panorama de la diabetes

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y es un reto de salud global, estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que a nivel mundial de 1995 al 2013 casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con una cifra estimada en más de 347 millones de personas con diabetes.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible de causas múltiples que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial. En la última publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016; menciona que se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en 2014, por comparación con 108 millones en 1980. Desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble del 4,7% al 8,5%, en la población adulta. Esto se corresponde con un aumento de sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad. En el último decenio, la prevalencia de diabetes ha aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos.

La Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2015 menciona que la diabetes y sus complicaciones son las principales causas de muerte en la mayoría de los países. Además menciona que la diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común, y ha aumentado junto a los cambios culturales y sociales.

La FID estima que 193 millones de personas con diabetes no están diagnosticadas y tienen, por tanto, un mayor riesgo de desarrollar complicaciones. Además, uno de cada 15 adultos tiene tolerancia a la glucosa alterada, y uno de cada siete nacimientos se ve afectado por la diabetes gestacional. Ambas condiciones están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar, más tarde en la vida, diabetes tipo 2.

El panorama en México

Durante las últimas décadas, se ha incrementado el número de personas que padecen diabetes y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en el país. Dentro de las complicaciones de la diabetes, se tiene que la diabetes es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores de tipo no traumático.

Cifras de la Federación Internacional de Diabetes (FID) señalan que 1 de cada 11 adultos presentó diabetes en el 2015 y se estima que en el 2040 1 de cada 10 tendrá diabetes. México continúa en sexto lugar con una estimación de 11.5 millones de casos de diabetes de todos los tipos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) indica que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, esto con base a un diagnóstico previo de la enfermedad. Se estima que el total de la población adulta que la padece podría ser incluso el doble, por la evidencia previa del porcentaje de la población adulta que no conoce su condición. Entre esta población las mujeres reportan mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%). Esta tendencia se observa tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres). La mayor prevalencia de diabetes se observa entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%).

La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición demográfica y epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado; empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país. En 1980 y en 1990, las tasas de mortalidad por diabetes mellitus se incrementaron de 21.8% a 31.7% defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente.

A partir del año 2000, la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte en las mujeres y en los hombres, la segunda después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado frecuentemente a la diabetes. En 2006, la diabetes

representó el 13.8% del total de defunciones ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años.

La Secretaría de Salud (SSA) notificó el 92.7% de los casos (n=30,606), seguida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 2.21% (n=729), en tercer lugar, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Programa de Inclusión Social (PROSPERA) con el 1.59% (n=526), en cuarto sitio los Servicios estatales con 1.55% (n=511), el resto de las instituciones notificaron en conjunto el 2% del total.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2 en 2018, señala que se registraron un total de 33,013 casos de diabetes tipo 2, el estado de Tabasco reportó el mayor número de casos notificados con un total de 4,028 casos (12.20%), seguido por el estado de Jalisco con 2,272 casos (6.88%). Por otra parte, el estado de Morelos reportó el menor número, con un total de 82 casos (0.24%).

En relación al sexo por entidad federativa se observa que en el 50% predomina el sexo femenino y en el otro 50% el masculino.

La mediana de edad fue de 58 años. El grupo de edad más afectado para el sexo femenino fue el de 60 a 64 años, en el caso del sexo masculino el grupo de 55 a 59 años reportó el mayor número de casos.

4.3 Características de la enfermedad

Existen tres tipos de diabetes:

La diabetes tipo 1, es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita. No se sabe muy bien por qué ocurre esto. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero generalmente se presenta en niños o adultos jóvenes.

Suele desarrollarse repentinamente y puede producir *síntomas* tales como: sed anormal y sequedad de boca, micción frecuente, falta de energía, cansancio

extremo, hambre constante, pérdida repentina de peso, heridas de cicatrización lenta, infecciones recurrentes y visión borrosa.

Las *causas* de esto aún no están claras, pero pueden deberse a cambios en los factores de riesgo ambientales y/o infecciones virales.

Con un *tratamiento* diario de insulina, monitorización regular de la glucosa en sangre, y una dieta y estilo de vida sana, las personas con diabetes tipo 1 pueden llevar una vida saludable y normal

Diabetes mellitus tipo 2

La Organización Mundial de la Salud define a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como, enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Por otro lado la American Diabetes Association (ADA) menciona que la DM2 es cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina, la insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía y cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes.

Con respecto a la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la DM2 es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por la glucosa elevada en la sangre (hiperglucemia), se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina.

Mientras tanto para la Federación Internacional de Diabetes (FID) es una condición crónica, la hiperglucemia es el resultado de una producción inadecuada de insulina y la incapacidad del organismo de responder plenamente a dicha hormona, que se define como resistencia a la insulina.

Las definiciones antes mencionadas coinciden que la DM2 es una enfermedad crónica que se caracteriza por la glucosa elevada en la sangre (hiperglucemia),

el cuerpo no produce suficiente insulina o el organismo no la utiliza eficazmente.

Signos y síntomas

La DM2 es la forma más frecuente de diabetes, y representa alrededor del 90% del total de casos de dicha afección. La diabetes mellitus tipo 2 se ve con mayor frecuencia en adultos, pero aparece cada vez con más persistencia en niños, adolescentes y jóvenes adultos debido al aumento de los niveles de obesidad, a la falta de actividad física y a las deficiencias de la dieta.

La FID y la OMS refieren los mismos síntomas de un paciente con DM2 que son; micción frecuente (orinar con frecuencia), sed excesiva, pérdida de peso, visión borrosa, fatiga y lentitud en la curación de heridas.

A ello se sumaría los síntomas que menciona la FMD infecciones en la encía, vejiga o vagina que se repiten o curan lentamente.

Muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su condición durante mucho tiempo porque los síntomas suelen ser menos marcados que en la diabetes tipo 1 y pueden tardar años en ser reconocidos. Sin embargo, durante este tiempo el cuerpo ya está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre (Diabetes, 2017).

Causas

La Diabetes Mellitus (DM) es un síndrome heterogéneo con etiología compleja donde influyen tanto factores genéticos como ambientales. La interacción de éstos determina una hiperglicemia crónica, acompañada de trastornos del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que originan complicaciones agudas y/o crónicas (Lemus, Llanos, & Lardoeyt, 2015).

Una de las causas de la DM2 es la resistencia a la insulina (la insulina es una hormona producida en el páncreas por células especiales, llamadas beta. El páncreas está por debajo y detrás del estómago. La insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre “glucosa” hasta las células. Dentro de las células, esta se almacena y se utiliza posteriormente como fuente de energía.

Con diabetes tipo 2, los adipocitos, los hepatocitos y las células musculares no responden de manera correcta a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina. Como resultado de esto, el azúcar de la sangre no entra en estas células con el fin de ser almacenado como fuente de energía.

Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumula un nivel alto de este en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia. El cuerpo es incapaz de usar la glucosa como energía. Esto lleva a los síntomas de la diabetes tipo 2.

Tanto la OMS como la OPS refieren que las causas de la diabetes son la herencia genética, sobrepeso, obesidad, una dieta inadecuada (malnutrición) y la inactividad física.

La Federación Internacional de Diabetes en su 8^o edición de Diabetes Atlas en (2017), menciona que las causas de la diabetes tipo 2 no se entienden plenamente, pero existe un fuerte vínculo con el *sobrepeso* –peso por encima de lo que se considera saludable, a menudo el peso se mide mediante el índice de masa corporal IMC.

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros kg/m^2 –, y la *obesidad* -acumulación excesiva de grasa corporal, la unidad de medida es el IMC- (Cuevas, Vela, & Carrada, 2005).

Cuanto más elevado es el sobrepeso, más elevada es la cantidad de grasa en el organismo. El tejido adiposo, que contiene a las células grasas, llamadas “adipocitos” cumple tres funciones; almacenar grasa, remover las grasas de la sangre para impedir que se almacenen en otros órganos y tejidos y sintetizar hormonas y compuestos que cumplen diversas funciones en el cuerpo. En personas con sobrepeso u obesidad todas estas funciones están alteradas, por lo que se incrementa la concentración de grasas en la sangre (ácidos grasos) las cuales pueden depositarse en otros tejidos y órganos. Esto ocasiona que principalmente las células de los músculos, reduzcan su capacidad para captar la glucosa (principal fuente de energía). Ante esta situación, el páncreas

incrementa la producción y la secreción de insulina (hormona que favorece la captación de glucosa). (MEDIX, 2018).

De forma paralela se observa un aumento de glucemia, efectivamente la grasa proporciona energía al músculo en detrimento de la glucosa, lo que provoca un aumento de la glucemia. El páncreas secreta insulina en exceso para intentar reducir la elevada cantidad de glucemia, lo que conlleva un estancamiento de este último, que no es capaz de producir suficiente insulina. De este modo, la insulina ya no puede regular la glucemia. Entonces se produce la hiperglucemia y también se desarrolla la diabetes. Por tanto, en el caso de las personas obesas, la diabetes es consecuencia del exceso de peso.

Otra causa es una malnutrición “se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona” (OMS, 2016).

El cálculo de la dieta en los pacientes con diabetes debe considerar el aporte energético de la dieta en relación con el requerimiento energético del individuo influye en el control metabólico a largo plazo (Socarrás, Bolet, & Licea , 2002).

La dietoterapia es muy importante en el tratamiento de la diabetes mellitus para lograr una regulación óptima del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Debe ser de carácter individual de acuerdo con el sexo, la edad, el estado fisiológico, el nivel cultural, la procedencia, el nivel socioeconómico, el tipo de diabetes, el estado nutricional, el grado de actividad física, la duración y el tipo de trabajo, el horario que se administró la insulina, los valores de glucemia en los diferentes momentos del día, la presencia o no de trastornos del metabolismo lipídico y las complicaciones dependientes de la propia diabetes.

(Socarrás, Bolet, & Licea , 2002)

Entre los factores dietéticos, las pruebas recientes también sugieren que existe una asociación entre el elevado consumo de bebidas azucaradas y el riesgo de

diabetes tipo 2. La fructosa, edulcorante proveniente de frutas utilizado en bebidas azucaradas, inhibe la producción de leptina e insulina, hormonas relacionadas con la regulación de azúcar en sangre y obesidad. Además el alto consumo de fructosa es precursor de la resistencia a la insulina, también favorece el desarrollo de diabetes tipo 2 (Rivera, Velasco, & Carriedo, 2018).

La inactividad física “el no cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de la actividad física para la salud de la población (≥ 150 min de actividad física de intensidad moderada o vigorosa por semana, o bien, lograr un gasto energético ≥ 600 MET/min/ semana” o el sedentarismo “persona con hábitos inactivos, sin actividad física, habitualmente sentada” (Cuevas, Vela, & Carrada, 2005) son algunas de las causas para desarrollar diabetes. “El ejercicio físico mejora la sensibilidad a la insulina, lo que es beneficioso para el cuerpo, ya que este tipo de diabetes se caracteriza, en muchas ocasiones, por una resistencia a la insulina” (Federación Mexicana de Diabetes A.C., 2016).

También el tabaquismo y el alcoholismo son causas para el desarrollo de la diabetes debido a que el consumo de tabaco puede aumentar el nivel de azúcar en sangre y crear resistencia a la insulina y el alcohol provoca inflamación crónica en el páncreas (pancreatitis), lo que puede afectar su capacidad para secretar insulina.

Consecuencias

Las consecuencias de no apegarse al tratamiento y mantener estilos de vida no saludables pueden desencadenar enfermedades como lo señala la OMS; infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, neuropatía de los pies como infecciones o úlceras y en el peor de los casos amputaciones, también pueden presentar retinopatía diabética esta es una causa importante de ceguera.

La FID en 2017 indica que los niveles de glucosa en sangre consistentemente altos pueden llevar a enfermedades serias que afectan el corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, riñones y los nervios. Unos niveles de glucemia persistentemente altos causan lesiones vasculares generalizadas, que afectan al corazón, la vista, los riñones y los nervios. La diabetes es una de las

principales causas de enfermedad cardiovascular (ECV), ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores, para disminuir las posibilidades de desarrollar complicaciones se debe controlar eficazmente los niveles de glucemia, lípidos, presión arterial y colesterol; acceder a y usar correctamente los medicamentos, además de asistir regularmente a exámenes para la detección de complicaciones. (p. 19, 85)

Tratamiento

La FID a través de Diabetes Atlas 2017, refiere que:

La piedra angular del tratamiento de la diabetes tipo 2 es una vida saludable, lo cual incluye la adopción de una dieta sana, el aumento de la actividad física, un plan para dejar de fumar y mantener un peso corporal saludable. Si los intentos de cambiar el estilo de vida no son adecuados para controlar los niveles de glucemia, normalmente se iniciará la medicación oral para el tratamiento de la hiperglucemia siendo la metformina el tratamiento inicial más utilizado en todo el mundo. (p.19)

Tratamiento farmacológico y automonitoreo

Tomar medicamentos para la diabetes tales como píldoras, medicinas inyectables o hasta insulina.

En 2015 la Federación Mexicana de Diabetes A.C. señala que se debe realizar un automonitoreo del azúcar (y cetonas) en sangre regular como parte de la vida cotidiana: al menos dos veces al día, llevar un registro de tus resultados para compartirlo con el médico, nutriólogo y educador en diabetes.

Las ventajas del automonitoreo son:

- Conocer el nivel de glucosa en sangre en el momento y lugar que se desee, sin necesidad de ir a un laboratorio clínico.
- Facilitar ajustes en el tratamiento integral (medicamento, alimentación, ejercicio).
- Atender casos de hiperglucemia (elevación de azúcar en sangre) que propicia complicaciones a largo plazo de la diabetes.

- Al llevar un registro de estos resultados se podrá identificar las variaciones de glucosa: en qué momento está más elevada, en rangos normales, o muy baja.
- Ayuda a saber cómo responde el cuerpo a la insulina, a los medicamentos, a determinados alimentos, al ejercicio o a las enfermedades.

Disminución de los factores de riesgo (prevención)

Factores como la dieta, sobrepeso y/u obesidad, la inactividad física son modificables, mediante estrategias de intervención. Las conductas que más influyen y que hacen difícil la labor de modificación de hábitos saludables están asociados a la urbanización y a los estilos de vida actuales como la exposición de venta y consumo de alimentos con poco valor nutricional, el ritmo de vida (largas jornadas labores), poca actividad física frecuente, economía la cual limita el consumo de alimentos (diversos y balanceados), así como medicamentos y falta o escaso acceso a servicios de salud.

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar numerosos problemas de salud incapacitantes y potencialmente mortales que las personas sin diabetes. Las complicaciones de la diabetes se pueden disminuir el riesgo de desarrollar o retrasar la enfermedad manteniendo los niveles de azúcar en sangre, presión arterial y colesterol tan cerca de lo normal como sea posible.

La OMS advierte que se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones, para ello se debe tener una dieta saludable, actividad física regular, mantener un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco.

Por otro lado indica que se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) la DM2 o retrasar su aparición. Para ello se debe; mantener un peso corporal saludable, mantenerse activo físicamente al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana, para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa, consumir una dieta saludable que evite el azúcar y las grasas

saturadas, evitar el consumo de tabaco, ya que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares.

- *Alimentación*

El cálculo de la dieta en los pacientes con diabetes debe considerar el aporte energético de la dieta en relación con el requerimiento energético del individuo influye en el control metabólico a largo plazo. Para obtener el total de la energía requerida se deben consumir: (Socarrás, Bolet, & Licea , 2002)

- *Hidratos de carbono*

De la distribución de los hidratos de carbono, al menos 66 % debe ser de lenta absorción, como vegetales, viandas, cereales y leguminosas. Estos hidratos de carbono no dan lugar a elevaciones bruscas de la glucemia después de su ingestión.

La Asociación Británica de Diabetes (BDA) recomienda el consumo de 25 g de azúcar al día (alrededor de 5 cucharaditas rasas), que son aproximadamente 5 % del total de los hidratos de carbono.

- *Proteínas*

La distribución recomendada por la *American Diabetes Association* es de 0,8 g/kg/d, con el propósito de disminuir la morbilidad de la nefropatía (se refiere al daño, enfermedad o patología del riñón). El porcentaje de proteínas puede alcanzar 20 % en dietas de 1 200 calorías o menos y puede descender a 12 % a niveles energéticos superiores. El pescado, el pollo, y los productos derivados de la leche, bajos en grasas, están entre las fuentes proteicas preferidas

- *Grasas*

La ingesta de grasas saturadas y colesterol debe ser limitada por la predisposición de los pacientes diabéticos a las hiperlipoproteinemias y la enfermedad vascular aterosclerótica. Se recomienda la ingestión de ácidos grasos polinsaturados y ácidos grasos monoinsaturados de 6-7 % y de 13-15 % respectivamente, y menor que 10 % de grasas saturadas.

- *Fibra*

Una dieta alta en fibra mejora el control de la glucemia. Dentro de las fuentes de fibra soluble están las frutas, las leguminosas, la avena, las judías, las lentejas y los vegetales. Se recomienda consumir de 35 a 40 g de fibra soluble. Hoy día se sabe que las sustancias intercambiables no son necesariamente equivalentes, es decir, que muchos de los alimentos que contienen hidratos de carbono pueden elevar la glucemia.

Es importante mencionar que el tratamiento dietético debe considerar diversos aspectos o características del paciente con diabetes tipo 2 ya que cada paciente es diferente y requiere de un tratamiento específico.

Alimentación saludable: significa elegir una alimentación que aporte todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Los nutrientes esenciales son: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. “Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer” (OMS, 2018)

Nutrición sana: el plan de alimentación para personas sanas es el que permite conservar la salud (bienestar pleno biopsicosocial) y aporta los nutrimentos necesarios para el crecimiento, el desarrollo y el funcionamiento adecuado. La nutrición es un satisfactor emocional gracias a la combinación de colores, sabores, texturas y olores gratos; se efectúa sin tensiones, en un ambiente agradable, tiene tiempos específicos y favorece la convivencia humana, poniendo en práctica los principios básicos de combinación, variación e higiene de los alimentos, en el marco de la cultura alimentaria regional (Cuevas, Vela, & Carrada, 2005).

Alimentación sana: llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada

persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios.

La organización Mundial de la Salud en 2018 menciona lo siguiente:

Una dieta sana incluye: frutas, verduras, legumbres (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz moreno no procesados). Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva). Menos de 5 gramos (aproximadamente una cucharadita) al día, la sal debería ser yodada.

Según la Federación Internacional de Diabetes en Atlas del 2017

Una dieta sana se compone: por agua, café o té en vez de zumo de frutas, refrescos u otras bebidas azucaradas, comer al menos tres raciones de verdura al día, incluyendo verdura de hojas verdes, optar por frutos secos, una pieza de fruta fresca o un yogur natural no azucarado a la hora de picar entre horas, limitar la ingesta de alcohol, optar por cortes magros de carne blanca, aves o pescado/marisco en vez de carnes rojas o procesadas.

Dieta malsana: es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes. Las recomendaciones, tanto poblacionales como individuales, son: lograr un equilibrio calórico y un peso saludables; reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans; aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta de azúcares libres; reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada (OMS, 2020).

Para ello es fundamental el acceso de alimentos nutritivos a toda la población, de manera que todas las personas, y en especial los grupos físicamente vulnerables que no pueden allegarse de los alimentos por sus propios medios,

tengan también acceso a estos (niños, adultos mayores, personas con discapacidad y población que padece alguna enfermedad incapacitante).

La accesibilidad física a alimentos saludables y nutritivos (así como su precio) depende tanto de la oferta (disponibilidad) como de la demanda de los consumidores. Esta dimensión es, por lo general, dejada en un segundo plano, ya que requiere como condición necesaria el acceso económico y su medición plantea varias aristas (CONEVAL, 2018).

Alimentos de calidad: la disponibilidad se refiere a que los alimentos estén presentes en el medio en que las personas desarrollan sus actividades y la accesibilidad, a que tengan los recursos económicos suficientes para obtenerlos y que, además, puedan hacerse de ellos físicamente. (CONEVAL, 2018).

Como medida recurrente ante diversas instituciones de salud para la prevención y el tratamiento de la DM2: es mantener un estilo de vida saludable a través de la alimentación sana, ejercicio recurrente, evitar el consumo de tabaco, alcohol y apego al tratamiento (automonitoreo).

- *El ejercicio físico*

El ejercicio físico mejorará la sensibilidad a la insulina, lo que es beneficioso, ya que este tipo de diabetes se caracteriza, en muchas ocasiones, por una resistencia a la insulina. Al realizar deporte, disminuirán tus niveles de glucosa; la diferencia dependerá de su duración e intensidad y de tus niveles de glucosa previos. De esta manera, realizar ejercicio físico de manera continuada producirá efectos positivos en el cuerpo: mejorará el control glucémico a largo plazo, especialmente si predomina la resistencia a la insulina (Federación Mexicana de Diabetes A.C., 2016).

Entre los ejercicios más recomendables, se incluyen actividades de carácter aeróbico como caminar, ir en bicicleta, correr o nadar, realizadas entre tres y cinco veces por semana, durante 20- 60 minutos. Lo mejor es que el paciente comience con actividades de una intensidad constante moderada o baja, pues son las que ofrecen un mejor balance entre los beneficios a obtener y los riesgos posibles (Federación Mexicana de Diabetes A.C., 2016).

Es importante que el equipo médico recomiende una rutina de ejercicio adecuada, valorando la existencia o no de complicaciones de la diabetes y otras enfermedades.

Diabetes Mellitus Gestacional

La Federación Internacional de Diabetes en 2017 menciona que:

La hiperglucemia (alto nivel de glucosa en sangre) que se detecta por primera vez durante el embarazo se clasifica como diabetes mellitus gestacional (DMG) o bien diabetes mellitus en el embarazo. Las mujeres con niveles ligeramente elevados de glucemia se clasifican como DMG y las mujeres con un nivel de glucemia bastante elevado se clasifican como diabetes en el embarazo.

Causas: surge porque la acción de la insulina se ve disminuida (resistencia a la insulina) debido a la producción de hormonas en la placenta. Entre otros factores de riesgo de DMG se incluye la edad avanzada, el sobrepeso o la obesidad, el aumento excesivo de peso durante el embarazo, antecedentes familiares de diabetes y antecedentes de partos de bebés muertos o de bebés con anomalías congénitas.

Tratamiento: las mujeres con hiperglucemia durante el embarazo pueden controlar sus niveles de glucemia mediante una dieta sana, ejercicio suave y monitorización de la glucemia. En algunos casos, podría ser necesario prescribir insulina o medicación oral.

4.4 La diabetes mellitus en el contexto cultural y social

El hombre es un ser social por naturaleza así lo menciona una frase del pensador Aristóteles (384 a. C.-322 a. C.), para constatar que necesitamos relacionarnos y convivir con los otros, conforme el hombre se desarrolla y crece pertenece a algún grupo social con el cual se siente identificado y comparte características similares.

El primer grupo al que pertenece el ser humano es el primario (la familia), es donde la persona nace, crece, se desarrolla y educa, en él se enseñan valores, creencias y costumbres. También se encuentran el grupo secundario estos se observan en las escuelas, el trabajo, en las relaciones vecinales o amistades

en las cuales las personas se conforman como sujetos o individuos que forman parte de algo.

En la familia se adquieren y aprenden costumbres las cuales se llevan a cabo en la vida cotidiana tal es el caso de la alimentación, que forma parte de los estilos de vida y es una parte integral de la cultura mexicana. “La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH) señala que entre 2008-2010 el gasto en alimentos, azúcar y bebidas fuera del hogar ha aumentado; en frutas y pescados se ha mantenido pero sigue siendo bajo y el de verduras, leguminosas y semillas sigue por debajo del gasto en carnes y cereales.

“La cocina mexicana y los hábitos alimentarios es un sistema cultural que rebasa con mucho a los aspectos meramente gastronómicos, ya que está involucrada en religiosidad, rituales y tradiciones de siglos atrás a veces milenios, que continúan vigentes en pleno siglo XXI” (Iturriaga, 2007).

“Sí debe advertirse que la globalización trae consigo una invasión de alimentos chatarra apoyados con agresiva mercadotecnia, insípidas hamburguesas, pizzas y hot dogs inundan las ciudades” (Torres, 2018)

Actualmente se han modificado y transformado los hábitos alimenticios, anteriormente se consumían alimentos en su mayoría altos en nutrientes como (el maíz, amaranto, quelites, nopales, frutas y verduras variadas), ahora se observa una ingesta de alimentos fast-food (comida rápida), como pizzas, hamburguesas, hotdogs o alimentos procesados, altos en grasas y azúcares tales el caso de enlatados, congelados, comida frita, harinas refinadas, jugos y refrescos, la diabetes es una enfermedad de la comida. “Las comidas que se digieren muy rápido (harina refinada de trigo, el arroz, la papa) suben los niveles de glucosa en la sangre rápidamente, esto provoca que el cuerpo produzca y libere mucha insulina que sirve para regular los niveles de glucosa en la sangre” (Torres, 2018)

Estos cambios han repercutido en la salud de las personas, se observan altos índices de personas con sobrepeso u obesidad, así como una tendencia a desarrollar diabetes mellitus, principalmente DM2.

Cabe señalar que la sociedad mexicana tiende a tener diversas celebraciones durante el año y es común que las personas se reúnan con la familia y/o amigos, en dichas reuniones la comida es un elemento principal, para las personas que viven con diabetes resulta complicado ya que el origen de estos alimentos suelen estar hechos a base de carbohidratos y suelen ser grandes cantidades (hot dogs, pizzas, comidas empanizadas, fritas, bebidas azucaradas (refrescos y jugos), postres (pasteles, gelatinas, chocolates, galletas).

Nuestra cocina es un conjunto cultural que deviene de ejes de usos, prácticas comunitarias y familiares. La cocina mexicana es un factor de cohesión social entre todos los estratos de la población (Iturriaga, 2007). Si la persona que vive con diabetes intenta mantener una dieta balanceada y apegada a las recomendaciones del nutriólogo en dichas reuniones suele romper la dieta dado a la sensación de antojo, por presión familiar, laboral y de amistad o la persona en tales casos suele sentirse excluido ya que no hay alimentos que consideren su condición, a esto se le suma la falta de sensibilidad o poca información con respecto a la DM2 en la población.

La DM2 no solo afecta al paciente, también modifica la forma en cómo se relacionan y viven los integrantes de la familia ya que la enfermedad tiene un impacto físico, psicológico, económico y que modifica los roles de la familia; se pueden presentar preguntas y sentimientos relacionados a las repercusiones de la enfermedad y es mayor la preocupación cuando a quien se diagnostica es el proveedor principal de la familia. Por ello la importancia del apoyo y acompañamiento de la familia, amigos y personas que rodean al paciente así como el conocimiento y la información de la condición de la persona.

Apegarse al tratamiento es fundamental para tener una mejor calidad de vida, para ello la persona debe mantener una dieta saludable, la cual tiende a ser totalmente diferente a lo que acostumbra a consumir en su vida cotidiana, por ejemplo la tortilla (harina de maíz) como parte fundamental de la comida y alimento que suele ser el más difícil de dejar de consumir, ya que sin ella dicen algunas personas se sienten insatisfechos.

La Secretaría de Salud en 2014 menciona que los actuales patrones de consumo distan de una cultura alimentaria tradicional mexicana caracterizada por autosuficiencia y el consumo de alimentos frescos.

La dieta es uno de los elementos fundamentales en el desarrollo y tratamiento de la diabetes, una alimentación saludable y adecuada ayuda a mantener un nivel óptimo de glucosa en la sangre (glucemia), lo que ayuda a prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) las complicaciones de esta enfermedad (Gálvez, 2011).

Henry E. Sigerist historiador de medicina, plantea en sus escritos que para el individuo la enfermedad no es solo un proceso biológico, sino una experiencia que puede afectar su vida y sus actos. Igualmente hay predisposición hereditaria, adquirida con gran influencia en el modo de vivir, donde la religión, la educación, las condiciones sociales y económicas, son factores que determinan la actitud del hombre hacia la vida y afectan la forma individual de enfermar (López & Ávalos, 2013).

Por otro lado el ejercicio ha sido parte fundamental en los estos estilos de vida de las familias, antes se observaba que salían a caminar, o se ejercitaban con frecuencia en los diversos espacios públicos como jardines, plazas y centros deportivos, se podía notar a los niños jugar con pelotas, andar en bicicleta, jugar a las escondidillas o atrapadas.

El ejemplo que le dan los padres a los hijos es fundamental. Si en casa no se les enseña a los niños la importancia del ejercicio, no lo harán o lo dejarán pronto (Montiel, 2018). Actualmente uno de los mayores problemas a los que está expuesta la sociedad es el sedentarismo, no realizar ejercicio o no hacerlo con regularidad es un factor que propicia el desarrollo de diabetes, así como complicaciones de la misma.

Algunas de las enfermedades no transmisibles tienen una estrecha relación con el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad), situación que es reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo dada su magnitud y la rapidez de su incremento, el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta

significativamente el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. (Gallardo, 2014).

Cuanto más elevado es el sobrepeso, más elevada es la cantidad de grasa en el organismo. El tejido adiposo, que contiene a las células grasas, llamadas “adipocitos” cumple tres funciones; almacenar grasa, remover las grasas de la sangre para impedir que se almacenen en otros órganos y tejidos y sintetizar hormonas y compuestos que cumplen diversas funciones en el cuerpo.

En 2013, la Secretaría de Salud en la Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes en 2013 menciona lo siguiente:

Algunas de las enfermedades no transmisibles tienen una estrecha relación con el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad), situación que es reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo dada su magnitud y la rapidez de su incremento, el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (p. 13).

El apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Procurar una relación estrecha con los familiares, coadyuva al bienestar emocional y físico de las personas que viven con DM2.

4.5 Acciones y estrategias de atención a la enfermedad

La DM2 es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en el mundo y en México, por ello la importancia que los gobiernos y las instituciones correspondientes establezcan programas o estrategias que prevengan y controlen el aumento de casos relacionados con la enfermedad.

Las acciones que realiza el gobierno mexicano a través de (programas, estrategias y planes), provienen de parámetros que utilizan instituciones como la OMS, OPS y la FID.

No obstante y a pesar de que México cuenta con un programa de acción de prevención y control, aún existen limitaciones que impiden la contención efectiva de este padecimiento (Secretaría de Salud, 2008)

Pese a la multiplicidad de los proveedores de servicios, la capacidad instalada de los sistemas de salud tiene limitaciones para la atención de las enfermedades crónicas. De las localidades rurales, entre 1 500 y 2 500 habitantes, 30.9% carece de algún establecimiento médico en la comunidad. Por cada mil habitantes, las instituciones públicas cuentan con 0.45 médicos generales, 1.2 médicos especialistas, 0.45 enfermeras y 0.71 camas censables. Estos indicadores están por debajo de los promedios de la OCDE (médicos generales 0.8, especialistas 1.7 por 1 000 habitantes), (Salinas, Hernández, Hernández, & Hernández, 2015).

A continuación se mencionaran acciones que realizan instituciones internacionales para prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) y controlar la DM2, tal es el caso de la OMS cuyo objetivo consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios.

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial, ya que estos son dos aspectos que influyen en la prevención y control de la DM2.

La OMS considera como factor importante en la sociedad los estilos de vida saludables, ya que de ello depende la prevención, control y complicaciones en las personas que ya tienen carga genética de DM2.

Habría que decir también que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha propuesto acciones clave como la promoción al acceso universal y a la atención médica para garantizar programas de prevención y control de la

diabetes tipo 2, a través de actividades como promoción de la salud, creación de políticas públicas saludables focalizadas en alimentación, dieta y actividad física. Y que los programas de detección y prevención de la diabetes estén disponibles en el primer nivel de atención.

Además recomienda el uso de diversas fuentes de información para la vigilancia de la diabetes y la obesidad en las poblaciones, incluidas encuestas periódicas basadas en la población utilizando el método de la OMS Steps (se refiere a la herramienta utilizada para recopilar datos y medir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas), estadísticas de servicios de salud, encuestas escolares y estadísticas vitales recopiladas de forma rutinaria.

Con relación a políticas de salud propone que se use el presupuesto, los poderes reguladores y otros poderes del gobierno para crear entornos favorables. Esto incluye por ejemplo, aumentar los impuestos para reducir el consumo de refrescos azucarados; prohibir la publicidad de alimentos no saludables a los niños junto con la venta de estos alimentos en las escuelas.

Con respecto a estas políticas, México implemento en Enero de 2014 un impuesto del 10% a los refresco un peso por litro, es el primer país en Latinoamérica en realizar dicha acción con el fin de reducir el consumo de dichas bebidas. Pero la OPS/OMS considera “que, para que el impuesto sea realmente efectivo y logre el impacto deseado en términos de la disminución de los problemas de sobrepeso, obesidad y diabetes, es necesario que éste sea establecido en al menos 2 pesos por litro, o como mínimo el 20% del precio de venta” (OPS & OMS, 2014).

México se enfrenta a un gran desafío debido a que en el 2014 fue el “primer consumidor de refrescos a nivel mundial con 163 litros por persona al año, consumo 40% mayor que el de un estadounidense promedio con 118 litros al año” (OPS & OMS, 2014).

La OPS ha elogiado la acción que ha tomado México con respecto al impuesto a refrescos como una estrategia en el combate a la diabetes, así mismo otros países tienen en la mira a México ya que esperan que dicha acción sea eficiente y se reduzca el consumo de refrescos en la población mexicana.

Por otra parte la Federación Internacional de Diabetes (FID) emite iniciativas en educación y prevención la cual tiene como objetivo fomentar el desarrollo de profesionales sanitarios de modo que estén preparados para prestar una atención diabética de alta calidad, y promover modelos específicos de atención a fin de lograr el control óptimo de todos los tipos de diabetes. Así mismo promueve la investigación de alta calidad sobre epidemiología de la diabetes y recomienda fortalecer las encuestas nacionales de detección y los sistemas de vigilancia regulares en todos los países.

La FID recomienda que para mejorar la accesibilidad y los resultados de la prevención y la atención diabética, se deben implementar planes y estrategias nacionales para reducir la carga de la diabetes. Además anima a que se utilicen los resultados de la investigación de manera estratégica y a que se adopte un enfoque ético y eficaz que abarque a toda la sociedad en la asociación público-privada, para promover el consumo de una dieta saludable y la actividad física a través de la educación y las adaptaciones locales de programas integrales de estilo de vida.

Se observa que la FID hace hincapié en promover el consumo de una dieta saludable y actividad física a través de estrategias en los países y en los diversos sectores de la sociedad.

Las propuestas de intervención que sugieren las instituciones antes mencionadas se llevan a cabo en México por medio de planes, estrategias y programas. La Secretaría de Salud (SSA), a través del Programa de Acción Específico (PAE) – Prevención y control de la diabetes mellitus 2013-2018 la cual se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, tiene por objetivo prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes), controlar y, en su caso, retrasar la aparición de la diabetes mellitus y sus complicaciones en la población mexicana, así como elevar la calidad de vida y el número de años de vida saludable de las personas que presentan este padecimiento.

Mientras tanto el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), pretende consolidar las acciones de protección y promoción de la salud así como la prevención de enfermedades, además de cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, a través de líneas de

acción como la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo, además promueve la creación de espacios para la realización de actividad física el fin es reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables.

Otro programa que lleva a cabo la Secretaria de Salud es alimentación y actividad física, sus estrategias son promover la alimentación correcta y el consumo de agua simple potable en toda la población, actividad física en diferentes entornos e implementación de campañas educativas para, promover estilos de vida saludables dirigida a la población en general.

Una de las acciones que establece la SSA es el monitoreo y supervisión de lineamientos escolares en ellos se retoma el tema de las tiendas o cooperativas las cuales venden productos autorizados que cumplen con criterios nutrimentales, así mismo ofrece desayunos o comidas escolares para ello deben existir condiciones de infraestructura necesarias y platillos que cumplan con criterios de higiene, alimentación correcta y se han instalado bebederos considerando que la población infantil debe consumir menos bebidas azucaradas.

Del mismo modo la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes ha sido de gran relevancia ya que engloba características de todos los programas antes mencionados, promueve la construcción de una política pública nacional que genera hábitos de consumo alimenticios saludables y la realización de actividad física en la población, involucrando a los sectores público y privado, así como la sociedad civil. De esta se desprende la campaña “chécate, cuídate y muévete” permanente en radio, televisión, medios impresos y digitales la cual fomenta un estilo de vida saludable así como sus beneficios individuales, familiares y sociales a través de la promoción de activación física y alimentación saludable.

Se destaca que todas las acciones, estrategias y planes coinciden en aspectos fundamentales e importantes si se considera que el objetivo de todas ellas es prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes), controlar y monitorear la incidencia de la DM2 en la población.

Tales aspectos recurrentes y fundamentales para garantizar una buena calidad de vida en la población son la sensibilización y concientización de mantener una dieta saludable, evitar bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutricional, además de fomentar el ejercicio con regularidad.

Cabe señalar que dichas estrategias deben considerar la realidad económica, familiar, acceso a los servicios de salud y el lugar de residencia de la persona que vive con diabetes, ya que no todos cuentan con la posibilidad de apearse al tratamiento recomendado.

Otro aspecto es que las personas que tengan sobrepeso, obesidad y diabetes tengan acceso a servicios de salud, desafortunadamente en muchas comunidades no tienen la infraestructura y el personal para prestar dicha atención, en ocasiones las personas tienen que trasladarse a las ciudades para poder atenderse, aunado a esto la situación económica no les permite asistir a un hospital por que no tienen como solventar el pasaje del camión o no pueden cubrir el costo de las consultas y/o medicamentos y los gastos de alimentación.

Así mismo instan a implementar políticas públicas que contribuyan a la reducción de enfermedades no transmisibles como la DM2, no basta con que implementen impuestos simbólicos a los alimentos y bebidas con bajo valor nutrimental, es importante que las personas cuenten con los recursos (económicos, familiares y servicios) para poder prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) y tratar la DM2.

Y algo imprescindible que se ha recalcado durante todas las estrategias internacionales y nacionales y con las cuales se pueden notar cambios en la salud de la población es la promoción y fomento de estilos de vida saludables, alimentación saludable, ejercicio frecuente y evitar el consumo de tabaco, ya que son estos aspectos que modifican la calidad de vida de la persona que vive con DM2.

En relación con el costo de la DM2, “se estima que la diabetes representa un costo anual de 65 mil millones de dólares para América Latina y el Caribe, de los cuales 15 mil millones corresponden a México, 44 mil millones a América del Sur y 3 mil millones a América Central y el Caribe respectivamente” (Federación Mexicana de Diabetes , 2015).

La Federación Mexicana de Diabetes menciona que el tratamiento de la diabetes tipo 2 debe considerar no sólo los gastos realizados por los pacientes, sino también aquellos gastos que realizan indirectamente sus familiares, así como los sistemas de salud de cada país. Así mismo indica que existen dos tipos de gastos los directos e indirectos. Los gastos directos en América Latina, los pacientes y sus familiares pagan entre el 40% y el 60% de su propio bolsillo y en ocasiones, en algunos de los países más pobres asumen casi el 100% de los costos de atención médica. Se estima que un paciente con diabetes tipo 2 puede gastar un promedio de 700 dólares al año, dependiendo del acceso a medicamentos y programas de salud disponibles en cada país.

Y dentro de los gastos indirectos, se encuentran la incapacidad temporal, incapacidad permanente, jubilación anticipada y el costo de mortalidad prematura que la enfermedad implica. Para 25 países en América Latina los gastos indirectos resultan cinco veces más caros que los gastos directos, representando el 83% del costo total anual para la atención de la diabetes (54 mil millones de los 65 mil millones de dólares totales destinados para esta enfermedad).

Así mismo indica que para los gobiernos, los principales gastos en sus sistemas de salud destinados a la atención de la diabetes son los servicios hospitalarios, médicos, pruebas de laboratorio, acceso a medicamentos y productos como la insulina, jeringas, hipoglucemiantes orales y equipos para análisis de sangre. En general, los costos de salud directos de la diabetes van desde 2.5% al 15% de los presupuestos anuales de atención de salud.

De manera aproximada, el gasto de bolsillo dentro sistema nacional de salud en México es aproximadamente de 50 % (de los más altos entre los países de la OCDE), por lo que padecer diabetes se puede convertir en una fuerte presión financiera si el sistema público de salud no satisface las necesidades básicas de detección oportuna, diagnóstico completo y tratamiento integral.

Estos gastos se pueden reducir a través de acciones de prevención y control de la diabetes en los pacientes mediante políticas públicas que favorezcan e inciten la alimentación saludable, fomenten el ejercicio y promuevan ambientes sanos.

La Fundación Mexicana para la Salud indica que “la pérdida de ingresos y el deterioro del desempeño laboral derivado de la diabetes adquiere la misma relevancia que otros temas centrales para promover un mejor desempeño económico como son el empleo, la productividad, la educación y la seguridad nacional” (Encarnación, 2016).

La economía es un elemento importante en la vida cotidiana de las personas que viven con diabetes, sin una economía estable que les permita adquirir los insumos necesarios para mantener un control de su padecimiento difícilmente podrían llevar todas las recomendaciones médicas aunque tenga las mejores intenciones para tener un apego a su tratamiento.

4. 6 El paciente como sujeto vulnerable

El artículo 4º de la constitución mexicana menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, pero no basta con hacer mención de dicho derecho sino que éste sea efectivo en cualquier zona del país.

Un factor que limita a las personas que viven con DM2 a tratar la enfermedad es no tener acceso a los servicios de salud, en primer instancia por que en sus lugares de origen no cuentan con la infraestructura y el personal médico especializado para tratar dicho padecimiento y en algunos casos tienen que desplazarse con ciertas limitaciones a las zonas urbanas tales como; el idioma, las creencias religiosas, el costo económico que representa la movilidad hacia estos lugares, así como el costo de consultas, exámenes médicos, medicamentos, y malos estilos de vida.

El acceso a las unidades de salud es heterogéneo en la población. Solo 82% de los mexicanos que residen en 14 178 poblaciones tiene uno o más centros de salud y/o unidades de hospitalización. Sin embargo, 10,3 millones de mexicanos se encuentran a más de 2.5 km de una carretera que los comunica con una población con servicios de salud (Salinas, Hernández, Hernández, & Hernández, 2015).

La Secretaría de Salud en su documento sobre la calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones en 2015 indica que:

El primer elemento en el proceso de atención con calidad, es la oportunidad de la atención. Sin embargo, antes de pretender una atención oportuna, es necesario tener en cuenta la accesibilidad a los servicios, determinado por distancias geográficas, vías de comunicación, medios de transporte, limitantes culturales, limitantes económicas, la disponibilidad o no de aseguramiento social por el paciente, o simplemente la disponibilidad de los documentos necesarios para que se le otorgue la atención (p 247).

Es importante que las personas vivan en un entorno y medio ambiente limpio, la importancia de tener servicios intradomiciliarios como drenaje, pavimentación y agua potable evita infecciones cutáneas, oftalmológicas, gastrointestinales y con ello previene complicaciones de la DM2.

Así mismo los determinantes sociales de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

Cabe mencionar que una mayor cobertura en las campañas de salud (prevención y control), de la DM2 así como el fomento de una alimentación saludable y ejercicio deberían llegar a todos los lugares del país y no solo en las zonas urbanas o capitales de los estados del país.

Las condiciones laborales en las que se encuentran las personas son sumamente importantes ya que de ello depende la disposición de consumir y adquirir los elementos para apegarse al tratamiento tal como (alimentos, espacios para realizar alguna actividad como ejercicios o algún tipo de actividad cultural), aunado a ello las horas que trabajan así como los tiempos que tengan para comer, se debe considerar si la persona tiene el mismo rendimiento antes de ser diagnosticado con diabetes y si la enfermedad lo ha imposibilitado para trabajar.

Es primordial promover el ejercicio físico mediante programas que contribuyan a la disminución del desarrollo de la diabetes en centros culturales, centros

deportivos, así como de espacios libres donde puedan realizar ejercicio de forma gratuita.

También es fundamental combatir la inseguridad a través de políticas públicas que garanticen la seguridad en los lugares públicos y los pacientes se sientan con la libertad y seguridad de realizar ejercicio en espacios abiertos.

Además el artículo 4º indica que toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, el Estado lo garantizará.

El Foro Nacional para la Construcción de la Política Alimentaria y Nutricional en 2012 dice lo siguiente:

El negocio de la comida es altamente rentable, existe un control minoritario de este sector y se manipula por un poder ejercido por la industria alimentaria, en particular de bebidas, y la mercadotecnia alrededor de este poder. La acumulación del negocio comida profundiza la desigualdad social.

La responsabilidad de cuidar, prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) y controlar la salud debe ser compartida, primero el gobierno tiene que garantizar accesibilidad a calidad en salud y segundo las personas deben ser responsables del cuidado, prevención y control de la DM2 considerando que cuenta con los elementos para realizar dichas acciones. El estado a través sus programas debe asegurar que todas las personas tengan la oportunidad de atenderse en sus diversas instituciones de salud y que todas estas estrategias y planteamientos que se realizan se aterricen a la cotidianidad y realidad de las personas, considerando que la población necesita empleo, y un salario que le permita adquirir medicamentos, alimentos para una dieta saludable y espacios para realizar alguna actividad física con el fin de mantener un control, cuidado y para evitar complicaciones derivadas de la DM2.

CAPÍTULO 5

EL PACIENTE Y LOS ESTILOS DE VIDA

5.1 ¿Qué son los estilos de vida?

Los estilos de vida son aquellos hábitos que se realizan día con día como; la práctica deportiva o cultural, el tipo de alimentación, el esparcimiento que práctica, las actividades laborales que realizan, las relaciones personales, la higiene personal, entre otras. Dichas actividades pueden ser beneficiosas o dañinas para la salud física y emocional, además estos estilos de vida pueden estar condicionados por el lugar de residencia, las costumbres y tradiciones, la situación laboral, económica, así como el acceso a servicios y a instituciones.

En 2006 la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) describe a los estilos de vida saludables como; el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio ya que influye en la salud. Analiza la importancia de tener un buen estado físico y de realizar actividad física en forma regular, para mantener el peso corporal adecuado y tener una buena salud.

Mientras tanto en el 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Cabe señalar que la OMS refiere la importancia de reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas, debido a que la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.

Se pueden generalizar o categorizar los estilos de vida recomendables para mantener un estado de salud físico saludable, pero esto no se puede llevar a

cabo si la persona que vive con diabetes no tiene condiciones sociales favorables que faciliten la adherencia al tratamiento.

“La calidad de vida resulta entonces condicionada por la estructura social, que puede ser considerada en términos de características demográficas, pautas culturales, características psicosociales de la comunidad, así como de las características de las instituciones, tanto del ámbito estatal como privado” (Tonon, 2010).

Miguel Ángel Gómez Arqués doctor en Psicología evolutiva menciona que desde el aspecto del campo de la salud el estilo de vida está influenciado por tres tipos de factores; el primero de carácter individual, el cual está conformado por características genéticas, capacidad intelectual, tendencias cognitivas, formas de comportamiento, es decir la suma de los rasgos biológicos, psicosociales y sociales que le otorgan particularidad al ser humano, el segundo factor incluye aspectos sociales, económicos y culturales y por último el macrosistema social en el que se desenvuelve una persona, se consideran aspectos tan variados como la polución, industrialización, recursos de salubridad, urbanismo entre otros (Gómez M. , 2005).

Las características que menciona Arqués son de suma importancia para entender los diversos factores a los que se encuentran expuestas las personas que tienen diabetes, mantener una calidad de vida saludable no depende solamente de los hábitos que puedan tener, sino de los recursos que les brinda el estado a través de instituciones y políticas públicas, así como del contexto social y cultural en el cual se desenvuelva.

Desde la perspectiva sociológica Karl Marx consideró el estilo de vida como económicamente determinado. Según Marx las formas de vida que se desarrollan dentro de una comunidad dependen de la división del trabajo en una sociedad y de la correspondiente sujeción de los individuos a una profesión concreta la posición salarial y ocupacional en un sistema de producción eran considerados como determinantes del estilo de vida experimentado por los grupos sociales (Coreil, Levin, & Gartly, 2012).

Por otro parte el sociólogo Max Weber utiliza la noción de estilos de vida para caracterizar el estatus social del grupo, asumiendo que los factores económicos son fundamentales pero no determinantes para definir los grupos sociales. Weber subraya la importancia que tienen o pueden tener los factores culturales en la definición de la clase social y hace una distinción de los conceptos de clase y estatus social (Pérez & Solanas, 2006).

Existen factores externos que pueden influir en los estilos de vida tales como: problemas económicos, tener un limitado o nulo acceso a servicios de salud, así como a servicios básicos, problemas laborales, problemas familiares, problemas emocionales, alguna condición física que limite la movilidad, carecer de redes institucionales y por ende no tener apego al tratamiento y/o complicaciones derivadas de la enfermedad.

Para la OMS las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde viven, como actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, lo cual puede ejercer un impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

Pierre Bourdieu señala, los individuos con el habitus que le es propio dada su posición social, y con los recursos que disponen, “juegan” en los distintos campos sociales, y en este juego contribuyen a reproducir y transformar la estructura social, así como también los estilos de vida (Guerrero & León, 2010).

Comúnmente traducido por hábito o costumbre, para Bourdieu el habitus o los diferentes habitus, son por tanto el sistema de disposiciones que es a su vez producto de la práctica y el principio, esquema o matriz generadora de prácticas, percepciones, apreciaciones y acciones de los agentes (García, 2000).

Los recursos con los que se cuentan son importantes para prevenir disminuir el riesgo de desarrollar diabetes y tratar la enfermedad, estos recursos pueden estar limitados por factores externos del agente social (paciente).

Dice Bourdieu que el habitus se conforma por; un campo social, agentes, posición social, luchas, conflictos y capital simbólico, es un modo de acción el cual está originado por la posición que ocupa un agente en la sociedad (García, 2000).

El habitus es un producto social: es decir, no se trata de una serie de disposiciones adquiridas en forma innata o "natural", sino socialmente, que predisponen a actuar, sentir, pensar y percibir conforme al contexto y a la posición social que ocupan los actores (Castro M. , 2011).

El habitus es una estructura interna permanente en vías de reestructuración, considerando los factores interpersonales y externos del agente.

El habitus es duradero pero no inmutable: “siendo el producto de la historia, es un sistema de disposiciones abierto, que está continuamente enfrentado a experiencias nuevas y por lo tanto continuamente afectado por ellas”... el habitus funciona en relación al campo social y produce o genera prácticas diferentes según lo que acontece en el campo (Bernuz, García, González, & Oliver, 2000).

Los estilos de vida están sujetos a cambios y dependen de varios factores como los sociales, económicos, de salud, laborales, lugar de residencia, educación, familiares, medios de comunicación, entre otros. La sociedad adapta su organización a las posibilidades que percibe.

Los estilos de vida se pueden observar desde dos aspectos, el médico en el cual se describen aquellos comportamientos que pueden ser saludables o no saludables y desde el aspecto social en el cual se observan las relaciones interpersonales, actitudes, comportamientos, costumbres, tradiciones, condiciones sociales, etc, ambos tienen una gran influencia para un apego a las recomendaciones dadas por los diversos especialistas.

Con respecto a la psicología Alfred Adler menciona lo siguiente:

Cada individuo desarrolla una forma única de luchar por la superioridad, y esto se llama estilo de vida. El estilo de vida es influido por factores como la constelación familiar, por ejemplo el orden de nacimiento: primogénito, etc, y la atmósfera familiar calidad de las relaciones emocionales entre los miembros de la familia Adler, citado por (Engler, 1996).

Las relaciones de amistad son de gran importancia ya que brinda un apoyo emocional al paciente lo cual genera un estado de bienestar y confianza. Así como el sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales; de manera que lo que ocurre a un miembro, de inmediato tiene sus repercusiones en todos los demás y viceversa.

Desde Trabajo social; la familia es un gran apoyo para que el paciente tenga una mayor adherencia al tratamiento, “cuando un miembro de la familia tiene dificultades personales o sociales, toda la familia se ve implicada. De ahí la importancia del trabajo familiar, de tal forma que no se trata sólo de eliminar las dificultades del individuo, sino de corregir, restaurar y reforzar las capacidades familiares para modificar las dificultades de sus miembros” (Escartin, 1992).

La perspectiva de las ciencias biomédicas, según Menéndez se produce un uso conflictivo del concepto estilo de vida, con respecto a los hábitos (nocivos o saludables) o riesgos. “Su tesis argumenta que desde la epidemiología clásica se ha tendido a la eliminación de la perspectiva holística del concepto, reduciéndolo a las prácticas riesgosas, potenciales de causar un cierto daño o malestar a la salud como respuesta negativa a unos hábitos nocivos determinados” (Dumont & Clua, 2015)

Para tener un estilo de vida saludable es necesario contar con un ambiente saludable, empleos bien remunerados que permitan comprar alimentos y medicamentos, así mismo se necesitan los servicios básicos como el agua potable ya que es un líquido vital para mantener una higiene personal, por otro

lado el acceso a drenaje y alcantarillado evita el desarrollo de otros problemas de salud. Tener espacios de esparcimiento y recreación influye, para que las personas puedan practicar algún tipo de actividad deportiva o cultural, ya que éstas contribuyen al bienestar físico y mental. El acceso a educación, vivienda y salud son factores que tienen un impacto en el estado físico y emocional.

5.2 Estilos de vida saludables

Los estilos de vida saludables son todos aquellos hábitos que se llevan a cabo en la vida cotidiana, estas son la forma de alimentación, realizar ejercicio, evitar el consumo de alcohol y tabaco, dormir entre 6 y 8 horas diarias, estos estilos de vida previenen el desarrollo de otras enfermedades y mantienen al paciente con diabetes estable.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), describe los estilos de vida saludables como el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio ya que influyen en nuestra salud. Explora lo que es un peso corporal saludable y como lograrlo, analiza la importancia de tener un buen estado físico a través de actividad física, explica cómo protegernos de los agentes que causan enfermedades para mantener un buen estado de salud y bienestar.

La Secretaría de Salud lo define como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

La Federación Mexicana de Diabetes, A.C., refiere que un estilo de vida saludable se lleva a cabo a través de actividades como practicar meditación, realizar alguna actividad deportiva o cultural 30 minutos como mínimo al día, tomar como mínimo 2 litros de agua, tener una alimentación sana y balanceada, dormir bien aproximadamente 7 horas diarias y pasar tiempo con la familia y amigos.

Llamamos hábitos saludables a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de la actividad física correctamente planificada (Cortés, 2013).

Por mucho tiempo, la salud se ha asociado al no estar enfermo, o a no tener síntomas visibles, pero la realidad es que la salud es mucho más que eso. Ser saludable está vinculado a tener una buena calidad de vida y un bienestar integral, tanto a nivel físico, como social y mental.

Se debe considerar que para lograr tener una buena salud y un adecuado estilo de vida, se debe comenzar con el autocuidado, se debe asumir conscientemente el cuidado de la salud.

Así mismo la Secretaría de Salud propone una lista de hábitos saludables; alimentación sana, sugiere que se deben consumir alimentos con baja densidad energética, un bajo contenido de grasa animal y sales, además de procurar llevar una dieta balanceada. Además de mantener una higiene personal (cepillarnos los dientes después de cada alimento, lavarnos las manos frecuentemente, etc.). También señala la importancia de realizar ejercicio con ello se mejora la oxigenación, la circulación y los músculos de nuestro cuerpo, cabe señalar que especifica la definición de ejercicio como movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo, la actividad física es cualquier movimiento corporal, desde sentarse, caminar, subir por las escaleras, etc. Los factores psicosociales como la familia, el trabajo o la escuela también son de vital importancia para poder desarrollarnos saludablemente, recordemos que nuestra salud no solo debe ser física; es primordial mantenernos en armonía por dentro.

5.3 Estilos de vida no saludables

Los estilos de vida no saludables son aquellas acciones que afectan o dañan nuestra salud y merman la calidad de vida. La Secretaría de Salud indica que se debe evitar el consumo de tabaco, así como moderar el consumo de bebidas alcohólicas y evitar el consumo de drogas.

Así mismo en la medida de lo posible, se debe equilibrar el consumo de las comidas ya que estas deben tener una combinación, frutas y vegetales, proteínas y grasas. Evita el consumo de bebidas azucaradas como las endulzadas con jarabe de maíz con alto contenido de fructosa o con sacarosa que suelen tener muchas calorías y aportan muy poco a nivel nutritivo.

Cuando un estilo de vida se convierte en un elemento perjudicial para nuestra salud estamos ante un factor de riesgo. Las dietas poco saludables; la inactividad física; el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; el estrés psico-social; y otras conductas de riesgo son algunos factores que forman parte del estilo de vida de nuestras sociedades. (Salud, 2018)

De alguna forma, estos hábitos y actitudes están vinculados con estilos de vida no saludables y se consideran riesgos para la salud, (Sedentarismo, Tabaquismo, alimentación inadecuada y estrés), (Gómez, 2011).

En México la Diabetes mellitus se constituye en un desafío para las instituciones del sector salud del país, debido a que este padecimiento, como otras afecciones crónicas, son consecuencia de estilos de vida poco saludables, entre cuyos determinantes sociales, además de la predisposición genética, se encuentran las costumbres de alimentación, sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco, como promotoras de su desarrollo (Cantú, 2014).

Cabe señalar que un alto presupuesto destinado al área de salud es sumamente importante ya que esto influye en la atención integral y de calidad ante dicha enfermedad sin embargo los cambios en los estilos de vida tienen una gran influencia en la calidad de vida de las personas, es por ello que se deben fomentar estilos de vida saludables a través de la promoción y educación para la salud y con ello impulsando mayores posibilidad laborales,

proporcionando accesos a instituciones de salud, implementar políticas públicas que mejoren las condiciones de vida en la población.

El 28 de diciembre del 2018, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el presupuesto aprobado de Egresos de la Federación para el ejercicio 2019, mismo que se presentó el 15 de diciembre del año pasado. Dicho documento contempla un gasto neto total de \$5,838 mil millones de pesos, los que representan \$23,768 mdp más, que el propuesto inicial.

El Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2019 establece para la Función Salud una asignación de \$596,090 mdp, cifra 5.5% superior a la aprobada para 2018, en términos nominales, y de igual magnitud de crecimiento durante el periodo 2017-2018.

Es importante considerar que a este crecimiento habría que descontarle la inflación, la cual fue estimada en 4.83% para 2018 por el INEGI y de 3.85% para 2019 en la Encuesta de Banxico citada en los Criterios Generales de Política Económica 2019.

CAPÍTULO 6

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un término que se escucha a menudo en el área de la salud, cuando las personas se refieren a este término, lo relacionan con las situaciones que permiten vivir por un tiempo prolongado y en condiciones favorables.

Los orígenes del término calidad de vida se remontan a la década del 30 cuando el economista Pigou, pionero de la economía del bienestar, se refirió a cuantificar los servicios o costos sociales de las decisiones de gobierno, para poder calcular un producto social neto (Tonon, 2010).

Se define calidad de vida a “las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales Casas 1996, citado por (Tonon, 2010).

(Palomba, 2002) señala que:

La calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (p.2).

Cabe mencionar que es de gran importancia que las personas gocen de acceso a educación, alimentación, áreas de esparcimiento, trabajo, instituciones de salud, vivienda, un salario que permita adquirir necesidades primordiales, así como servicios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación, seguridad pública, transporte público) pero, tener acceso a estos satisfactores básicos son solo una parte de las condiciones necesarias para mantener una buena calidad de vida, otros elementos importantes a considerar son las relaciones sociales (la familia, amistades, vecinos, relaciones laborales o

grupos por afinidad), así como el estado emocional, la independencia de desplazamiento y en la toma de decisiones, el lugar de origen y la religión.

Para la Trabajadora Social (Barranco C. , 2009), considera que la calidad de vida es un concepto multidimensional en el cual se integran distintos componentes objetivos como la salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, medio ambiente, derechos, así como el juicio subjetivo individual y colectivo, acerca del grado en el que se ha alcanzado la satisfacción de necesidades, expectativas, siendo necesario disponer de políticas de bienestar social, basadas en los Derechos Humanos Universales para garantizar la igualdad de oportunidades, concretadas en leyes, planes, programas, servicios y prestaciones, como derechos universales.

La calidad de vida es consecuencia de los buenos o malos estilos de vida en un paciente, estos se ven permeados por la cultura y las costumbres de las personas los cuales son aprendidos primordialmente en el núcleo familiar.

La calidad de vida resulta entonces condicionada por la estructura social, que puede ser considerada en términos de características demográficas, pautas culturales, características psicosociales de la comunidad, así como de las características de las instituciones, tanto del ámbito estatal como privado, que desarrollan su accionar en ese contexto Ferris, 2006, citado por (Tonon, 2010).

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (2013), define el concepto de calidad de vida como una combinación de componentes subjetivos y objetivos en el cual el punto en común es el bienestar individual, para ello agrupa 5 dominios principales el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión).

Por otro lado la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2011, realiza una medición de calidad de vida la cual denomino como Índice para una vida mejor. En el informe se evalúan 11 aspectos específicos del bienestar, la vivienda, los ingresos, el empleo, la comunidad, la educación, el medio ambiente, el compromiso cívico, la salud, la satisfacción ante la vida, la seguridad y el balance entre la vida y el trabajo.

También la Organización Mundial de la Salud hizo una propuesta de definición de calidad de vida basada en aspectos subjetivos; según la OMS, “la calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses (Botero & Pico, 2007).

La OMS creo una escala de medición de la calidad de vida, la cual retoma seis ítems para medir, los ítems que retoma la OMS son: la esfera pública, la esfera psicológica, el nivel de independencia, la relación social del sujeto, el medio ambiente, espiritualidad o religión, creencias personales.

Dichas esferas las describe de la siguiente manera: la esfera física en él se propone que se tomen en cuenta y se exploren las manifestaciones físicas molestas y la forma en que interfieren en la vida cotidiana de una persona, la esfera psicológica en el cual se exploran sentimientos, el nivel de dependencia en esta se evalúa la posibilidad de autonomía que pueda tener un sujeto, la posibilidad de trasladarse por sí mismo y la capacidad de decidir, las relaciones sociales la cual se estudia el nivel en que la persona siente compañía, amor y apoyo en su vida íntima, medio ambiente se evalúan los recursos financieros para el desarrollo de una vida confortable, explorándose los sentimientos de satisfacción e insatisfacción que dichos recursos pueden aportar, la espiritualidad, la religión se toma en cuenta ya que en algunos casos suele ser un medio para lograr bienestar, seguridad, pertenencia, consuelo o fortaleza.

6.1 Físico

La OMS menciona que en la esfera física se deben tomar en cuenta y explorar las manifestaciones físicas molestas y la forma en que interfieren en la vida cotidiana de una persona. Si se pone énfasis en el dolor, en las posibilidades que el sujeto tiene para controlarlo, se parte de la idea de que, cuanto más factible sea su manejo, menor será el temor del dolor.

Se debe considerar que las molestias y dolores de la DM2 son resultado de estilos de vida inadecuados, esto se puede tratar a través de una alimentación que cumpla con requerimientos nutricionales adecuados a cada paciente, para ello se necesita contar con los medios para prepararlos y consumirlos. Otro elemento necesario es mantener un peso adecuado a través de la realización de actividades físicas frecuentes, así mismo es importante tener acceso a servicios de salud adecuados y especializados cercanos, los cuales doten de medicamentos, doctores y enfermeras suficientes para la atención apropiada.

(Barranco A. , 2007) “los estilos de vida son el eje central de la salud, todos los problemas se derivan de las prácticas comunes de la vida cotidiana: en la casa, en el trabajo, en la escuela, en las reuniones sociales. Cuando el estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro” (p. 28).

Los pacientes deben tener una participación activa con respecto a su salud, en el autocuidado y el correcto control de su tratamiento, ya que esto con lleva a una mejor calidad de vida, siempre siguiendo las recomendaciones de los diversos especialistas, así mismo es importante mencionar que entre el paciente y los diversos especialistas debe existir una comunicación directa y abierta que le permita informar su sentir sobre el tratamiento así como las problemáticas que se presentan para seguir con el tratamiento adecuado.

Si hay descontrol en la enfermedad se produce deterioro físico, constante y progresivo. En ciertos casos esto puede generar dificultad para que el paciente realice sus actividades cotidianas, esto a su vez, puede contribuir a exacerbar factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares. (Arizmendi & Patiño, 2015).

6.2 Psicológica

Factor psicológico: se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud. Estos criterios se relacionarán con optimismo, afecto, estrés, sucesos vitales y comportamientos de riesgo (Núñez , Tobón , Arias, Serna, Rodríguez , & Muñoz, 2010).

Habría que decir también que se deben considerar aquellos sentimientos negativos a los cuales se enfrenta el paciente, como la asimilación de la enfermedad, de qué forma ha modificado sus relaciones personales (familia, trabajo, amistades), así como los cambios que le ha generado en sus proyectos y planes de vida, si a partir de la enfermedad depende de alguien para moverse o tomar decisiones.

La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión. (Arizmendi & Patiño, 2015)

Por ello, resulta vital reflexionar sobre los impactos psicológicos y sociales que puede generar la enfermedad, y sobre los significados que los fundamentan, utilizando para ello como aproximación metodológica el punto de vista del actor .Algunos aspectos involucrados en dichos impactos son: su carácter crónico, las modificaciones que suscita en áreas significativas de la vida (trabajo, familia, pareja, sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad), los cambios corporales y funcionales que puede producir, y la significación (estigmatizante) de estos cambios (Ledón, 2012).

Mencionado lo anterior, el paciente que vive con DM2 debe tener apoyo psicológico, ya que esto permitiría la disminución de factores de riesgo como la depresión, adaptación a la enfermedad, también disminuiría el miedo, la

tristeza, y por ende generaría en los pacientes elementos para una mejor comunicación con la familia, pareja, amigos o compañeros de trabajo y ayudaría a controlar el estrés.

También es importante que el paciente afronte y maneje los cambios que pueden suceder con respecto a su independencia, ya que debido a la enfermedad pueda depender de alguien más para trasladarse o pierda la capacidad de decir y necesite el apoyo de otra persona.

6.3 Social

En lo Social, la apreciación del sujeto en interacción con sus roles sociales y las relaciones interpersonales que se presentan en su vida cotidiana desde una perspectiva familiar y laboral, así como de sus diversas necesidades (Salazar, Pando, Arana, & Heredia, 2005).

(Ponce, 2006), menciona lo siguiente:

La adherencia al tratamiento de la diabetes debe entenderse como un constructo complejo, multidimensional y variable, que determinan diferentes niveles de autocuidado en las personas diabéticas. Existen muchas variables personales y situacionales que influyen en la adherencia al tratamiento, entre las que destaca: conocimientos y destrezas, habilidades de afrontamiento, apoyo social y familiar, variables del personal sanitario (calidad de la interacción pacientes/sanitarios), etc. (p. 52)

Cuando una persona es diagnosticada con DM2 genera en principio un impacto emocional como; tristeza, ansiedad, enojo, depresión, en ocasiones son emociones que son complicadas manejarlas. Pero si se cuenta con el apoyo familiar, facilita la aceptación y adherencia al tratamiento del paciente, otras redes de apoyo a considerar son los amigos, compañeros de trabajo, vecinos y grupos de apoyo afines a la diabetes mellitus tipo 2, estos juegan un papel primordial ya que son motivadores en el estado de ánimo y pueden incidir en los estilos de vida saludables como la alimentación balanceada, y el ejercicio frecuente, así mismo son un acompañamiento para que el paciente no se

sienta solo y aislado. Además es importante incluir al paciente a las actividades de la vida cotidiana considerando las indicaciones de su tratamiento.

La relación con familiares y amigos (cuidadores primarios) se puede ver afectada por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional. “Por ejemplo, los cambios en la alimentación y otras modificaciones en el estilo de vida del paciente pueden generar una resistencia al cambio en el resto de los integrantes de la familia y afectar su apego a tratamiento. Eventualmente, esto se atribuye a una falta de empatía y a la poca conciencia sobre la enfermedad que tiene tanto el paciente como su familia” (Arizmendi & Patiño, 2015)

La familia es el grupo social más importante para el individuo pues es un recurso para el mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. Una falta o insuficiente apoyo del núcleo más cercano puede favorecer el descontrol metabólico limitando u obstruyendo el adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles, principalmente para prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar, a su vez, al familiar enfermo (Hernández, Rodríguez, & Sierra, 2014).

La adaptación de la familia al diagnóstico de diabetes es extremadamente importante. “El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación, esto implica un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y, a veces, de enfermedad de otros miembros si el equipo de salud no está atento a ello” (Hernández, Rodríguez, & Sierra, 2014).

En ocasiones la DM2 genera en la familia un cambio de roles, la familia tiene que adaptarse a los nuevos cambios y deben adaptarse a estilos de vida

saludables, deben cambiar hábitos que aporten que el paciente se apegue a su tratamiento.

La aparición de la diabetes sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada (Hidalgo, Vera, & Del Río, 2005), mencionan que:

Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se "cura"; que precisa tratamiento para siempre; que exige medidas terapéuticas basadas en los cambios en los hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia; con las complicaciones físicas (disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, etc.) que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que sobrecarga aún más el sistema. La familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes diabéticos, sobretudo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como; ceguera, amputaciones, úlceras, etc.

Por otro lado el tema de la espiritualidad o la creencia religiosa es de suma importancia en algunos pacientes, ya que es un recurso con el cual se sienten confortables, o se refugian de todos los sentimientos negativos, consideran que creer en algo los hace sentirse mejor consigo mismos y es algo que practican habitualmente a través de rezos o con la asistencia continua a la iglesia.

Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud (Schwartzmann, 2003).

La seguridad es otro elemento que debe considerarse desde aquella que le permite acceder a instituciones que satisfagan las necesidades básicas, así como la seguridad pública con la cual los pacientes se sientan en la libertad de salir a cualquier hora a realizar actividades físicas a (parques, espacios públicos de esparcimiento), así mismo que le permitan salir de sus hogares a realizar sus actividades cotidianas.

La recreación y cultura es vital para el ser humano, y sobre todo para los pacientes que viven con diabetes ya que una de las condiciones con las cuales viven es el sobrepeso u obesidad por ello es necesario no solo el acceso a instalaciones o espacios que posibiliten las actividades físicas, deportivas o culturales, sino también de la disponibilidad de tiempo para realizarlas.

6.4 Material

La OMS menciona el medio ambiente en la cual se evalúan los recursos financieros para el desarrollo de una vida confortable, explorándose los sentimientos de satisfacción que dichos recursos pueden aportar.

(Castro, Aguillón, & Piña, 2010) Mencionan lo siguiente:

La vivienda con espacios adecuados al tamaño de la familia, construida con materiales idóneas y en buen estado de conservación (que aseguren su protección y privacidad), que cuenta en su interior con los servicios de agua potable, drenaje, electricidad y este dotada con mobiliario y equipos básicos para la vida familiar. (p.21)

El acceder a servicios como agua potable, electricidad, drenaje y alcantarillado, permiten mantener mejores condiciones de higiene evitando enfermedades infecto- contagiosas, o enfermedades que puedan derivar complicaciones a los pacientes que viven con DM2.

CAPÍTULO 7

ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

7.1 Metodología de la investigación

Antecedentes

Se han escrito diversas investigaciones enfocadas al tema de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) desde perspectivas del Trabajo Social entre las que se encuentran; factores psicosociales y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de difícil control, la Diabetes mellitus tipo dos, un análisis desde los determinantes sociales de la salud y habitus, dinámica familiar y capital social de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2, por otro lado se hallan desde la medicina; nivel socioeconómico y su relación con el control de diabetes mellitus tipo 2 y desde la perspectiva de psicología diabetes mellitus: una aproximación psicológica y Diabetes mellitus : ¿la dulzura de la vida?.

Planteamiento del problema

Se trata de una enfermedad que es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una amenaza mundial y uno de los retos más importantes de salud pública, debido a que provoca un deterioro significativo de la calidad de vida y muerte prematura (SSA, 2015)

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y al deterioro de la calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias. Cabe destacar que existen otros elementos que son de gran incidencia como; el impacto social que tiene la enfermedad en la sociedad, cómo se lleva a cabo (atención, prevención y control) y los resultados que tiene en la calidad de vida de las personas.

Para prevenir (disminuir el riesgo de desarrollar diabetes) o tratar la diabetes, la persona deberá; tener una alimentación balanceada, reducir el consumo de alimentos altos en grasas saturadas así como bebidas azucaradas, realizar con

frecuencia algún tipo de actividad física y evitar el consumo de alcohol y cigarros.

Por ello se deben tener un estilo de vida saludable (entendiéndose como a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social⁹).

Ante este escenario presentado surge el interés y la necesidad de estudiar más sobre el tema para dar respuesta a interrogantes y con ello proponer estrategias que aporten al paciente un mayor apego a dichas recomendaciones con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

Preguntas de investigación

1. ¿Cómo y de qué forma han ajustado los pacientes sus estilos de vida a su cotidianidad ante las recomendaciones médicas establecidas?
2. ¿Qué factores intervienen en los estilos de vida de los pacientes?
3. ¿Cómo contribuye el paciente, cuidador primario y/o grupo familiar en su cuidado y en su calidad de vida?
4. ¿Existe una relación estrecha entre médico – paciente?

Objetivo general

Analizar los cambios que realiza el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en los estilos de vida, ante las recomendaciones de los especialistas para una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográfico, familiar y de salud que inciden en el tratamiento de la enfermedad y en la atención de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.
- Explorar las contribuciones a la atención de la enfermedad y a la calidad de vida por parte del paciente, cuidador primario y/o grupo familiar.
- Valorar la relación médico-paciente ante las recomendaciones que el personal de salud indique.

Supuesto hipotético

Mantener estilos de vida saludables cuando se vive con diabetes mellitus tipo 2, contribuye a la estabilidad de la salud y propicia una menor incidencia de complicaciones derivadas de la enfermedad. Aunado a ello es importante el apego a un tratamiento integral (médico, nutricional, psicológico y social) lo cual favorece la calidad de vida del paciente.

Además del apego a un tratamiento médico integral es importante contar con redes de apoyo (familia, amigos, vecinos, trabajo, instituciones de salud, creencias) debido a que genera fortaleza y motiva el interés del cuidado de la salud del paciente.

Metodología

La presente investigación *“ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”* parte de dos momentos. El primero deriva de un estudio realizado, durante el período de servicio social en la Clínica de Atención Integral para pacientes con Diabetes y Obesidad (CAIDO) del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” durante el segundo semestre de 2017.

El segundo momento busca dar continuidad a la investigación considerando la importancia del seguimiento de los estilos de vida en los pacientes y el seguimiento al apego del tratamiento. Un año después se lleva a cabo el segundo momento y la información recabada permite conocer el escenario actual de los pacientes con el cual se pueden visualizar los cambios que tuvieron en sus estilos de vida con relación a la DM2.

Resumen del primer momento

Tema investigado: Diabetes Mellitus.

Propósito de la investigación; identificar los factores sociales que influyen en el tratamiento de la diabetes.

Sujetos de investigación

El contacto con los pacientes se llevó de manera aleatoria mediante un sondeo en la Clínica de Atención Integral para Pacientes con Diabetes y Obesidad, lográndose captar a 15 pacientes con DM2 quienes se encontraban en diferentes etapas de la enfermedad.

Metodología: método de investigación cualitativa, se describieron las costumbres (estilos de vida) y se recogieron todas aquellas vivencias, actitudes y acciones que tienen los pacientes en su vida cotidiana para seguir las recomendaciones médicas.

Se hizo uso de la investigación descriptiva y se empleó el modelo histórico social del proceso salud- enfermedad.

Técnicas e instrumentos:

Observación: durante las entrevistas se observó la relación de las respuestas que daban los pacientes y las gesticulaciones o movimientos corporales, estas podrían ser consistentes lo cual confirmaba que los pacientes estaban seguros de sus respuestas.

Entrevista semiestructurada: presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados.

Guía de entrevista: hábitos y estilo de vida, aspecto emocional, familia, economía, y sociedad.

Grabadora: apoyo, permite una comunicación visual con los pacientes y facilita el estudio a través de la reproducción de voz de las entrevista las veces necesarias, para desmenuzar la información si así lo requiere la investigación.

Criterios de inclusión: ser pacientes de la Clínica de Atención Integral para Pacientes con Diabetes y Obesidad (CAIDO), *tener* mayoría de edad, participación voluntaria, estar acompañado por un familiar y firmar un consentimiento informado.

Criterios de exclusión: ser menor de edad, negarse a participar de forma voluntaria en el estudio, no estar acompañados por un familiar y negarse a firmar el consentimiento informado.

Sujetos de estudio: 15 pacientes de CAIDO (12 mujeres y 3 hombres).

Resultados

Salud

- Los pacientes mencionan tener conocimiento de antecedentes familiares con diabetes, y con dicha referencia familiar no se presentaron al médico para una revisión y con ello disminuir el riesgo de desarrollar DM2.
- Las circunstancias por las cuales se enteran del padecimiento son; síntomas, examen de rutina y manifestación de otra enfermedad.
- El plan de salud que tienen los pacientes son; seguir con un estilo de vida saludable, equilibrada, así como con las recomendaciones del equipo integral médico.
- Refieren estar satisfechos con la atención que brinda el equipo integral médico de la clínica.

Alimentación

- El cambio más significativo que han tenido en su estilo de vida es la alimentación.
- Los pacientes mencionan que antes de conocer su diagnóstico no cuidaban su alimentación y no tenían estilo de vida saludable en general.

Ejercicio

- Los pacientes que realizan ejercicio lo hacen de forma frecuente.

Aspecto emocional

- La reacción de los pacientes al conocer el diagnóstico fue de negación, tristeza, y frustración.
- Hubo un gran impacto emocional al conocer el diagnóstico ya que pudieron disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad (prevenir).
- Por lo que se refiere a la atención integral y al tratamiento, mencionan sentirse con ánimo y con una mejoría física, lo que los estimula a seguir con las recomendaciones de los diversos especialistas.
- Los pacientes que asisten a consultas con el psicólogo indican tener una mejoría anímica, lo cual influye en la relación con las personas que los rodean esencialmente con la familiar.
- Las aspiraciones que tienen los pacientes se relacionan específicamente con una mejor calidad de vida, reintegrarse a sus actividades laborales y cotidianas.

Redes de apoyo

- El diagnóstico del paciente influye en las relaciones familiares de dos formas; la primera existe distanciamiento, el paciente oculta información para no preocupar a la familia y genera preocupación por depender físicamente de alguien.
- Refieren que sus amistades y vecinos están enterados de su condición médica y el principal apoyo brindado es el emocional.

- Ninguno de los pacientes pertenece a un grupo de apoyo de personas que viven con diabetes, aunque más de la mitad de los entrevistados dicen querer participar en algún grupo para compartir experiencias.

Laboral

Vivir con diabetes ha afectado el rendimiento o desempeño laboral, algunos han dejado de trabajar por su condición física lo que repercutió en el ingreso familiar.

Conclusiones

Los pacientes han tenido que adaptar sus estilos de vida y las indicaciones médicas a sus condiciones reales y cotidianas de su entorno. Cabe señalar que esto no significa el abandono o desapego de las recomendaciones médicas, sino una adaptación de éstas a la cotidianidad.

El principal plan de salud de los pacientes es seguir con las recomendaciones de los diversos especialistas, con el fin de sentirse mejor y tener una mejor calidad de vida que les permita incorporarse a las actividades sociales de manera normal.

Segundo momento de investigación

Tipo de investigación empleada; la investigación cualitativa utiliza el texto como material empírico en lugar de números, parte de la noción de la construcción social de las realidades sometidas a estudio y se interesa en las perspectivas de los participantes, en las prácticas cotidianas y el conocimiento cotidiano que hace referencia a la cuestión estudiada (Uwe, 2007).

Para ello se hizo uso del *método fenomenológico* en el cual el objeto, es detallar el significado de la experiencia, vivencia, percepción y recuerdos a partir de lo que vive el paciente en su vida cotidiana. Cabe mencionar que el investigador lo que hace es anular sus propias emociones y percepciones e investigar e interpretar las del sujeto de estudio.

Según de la Cuesta (2006), citado por (Monje, 2011) la fenomenología:

Se distinguen dos escuelas de pensamiento que implican distintas metodologías; la eidética o descriptiva y la hermenéutica o interpretada. La fenomenología eidética tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia. Aquí el investigador pone entre paréntesis sus presuposiciones, se reflejan en las experiencias e incluyen o describen las estructuras de las experiencias. La fenomenología hermenéutica su objetivo es comprender una vivencia (Monje, 2011).

Investigación de estudio comparativo

Esta investigación abarco dos momentos; el primero de ellos fue en el año 2017 y el segundo en el año 2018.

Para Sartori (1984) el método comparativo tiene como objetivo la búsqueda de similitudes y disimilitudes. Dado que la comparación se basa en el criterio de homogeneidad; siendo la identidad de clase el elemento que legitima la comparación, se compara entonces lo que pertenece al mismo género o especie (Tonon, Revista Kairos, 2011).

Según Fideli (1998) el método comparativo es un método para confrontar dos o varias propiedades enunciadas en dos o más objetos, en un momento preciso o en un arco de tiempo más o menos amplio. De esta manera se comparan unidades geopolíticas, procesos, e instituciones, en un tiempo igual o que se lo considera igual (sincronismo histórico) (Tonon, Revista Kairos, 2011).

Categorías de análisis

Las categorías de análisis se hicieron con base en cuatro indicadores de calidad de vida el físico, psicológico, social y material.

Con respecto al indicador físico, la Organización Mundial de la Salud menciona que en dicha esfera se deben tomar en cuenta y explorar las manifestaciones físicas molestas y la forma en que interfieren en la vida cotidiana de una persona. Si se pone énfasis en el dolor, en las posibilidades que el sujeto tiene para controlarlo, se parte de la idea de que, cuanto más factible sea su manejo, menor será el temor del dolor.

En el psicológico la Organización Mundial de la Salud menciona que se exploran sentimientos positivos como paz, felicidad, alegría, esperanza y la posibilidad de disfrutar lo que la vida ofrece.

En el social la Organización Mundial de la Salud menciona que en las relaciones sociales se estudia el nivel en que la persona siente compañía, amor y apoyo en su vida íntima.

En el material la Organización Mundial de la Salud menciona el medio ambiente en la cual se evalúan los recursos financieros para el desarrollo de una vida confortable, explorándose los sentimientos de satisfacción que dichos recursos pueden aportar.

Técnicas y sus instrumentos

Observación

La observación tiene como propósito obtener información directa del contexto y del comportamiento de los pacientes en cuanto a gestos, acciones y movimientos corporales.

La observación debe aparecer unida a la aplicación de la entrevista, ya que mientras la primera recaba comportamientos, la segunda recoge actitudes expresadas; de modo que no siempre existe una relación entre las palabras y los hechos Schwartz y Jacobs, citado por (Izcara S. , 2014).

Durante las entrevistas se observó la relación de las respuestas que daban los pacientes y las gesticulaciones o movimientos corporales, estas podían ser consistentes lo cual confirmaba que los pacientes estaban seguros de sus respuestas, mientras que en otros casos se observaron respuestas contrarias a su actitud o movimiento corporal lo cual indicaba inseguridad o temor de las respuestas.

Visitas domiciliarias

En las visitas domiciliarias se obtuvo mayor información a través de la observación debido a que los pacientes se encontraban en su entorno cotidiano y había una mayor interacción con otros integrantes de la familia.

Grabadora

El uso de la grabadora es un apoyo significativo ya que permite mantener una comunicación visual con los pacientes y facilita el estudio a través de la reproducción de voz de las entrevista las veces necesarias, para desmenuzar la información si así lo requiere la investigación.

La utilización de una grabadora garantiza una reproducción fiel y exacta del contenido de la entrevista; y además permite al entrevistador concentrar toda su atención en el relato verbal expresado por el entrevistado Rodríguez, 1992, citado por (Izcara S. , 2014).

Entrevista

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial (Díaz , Torruco, Martínez, & Varela, 2013).

La entrevista semiestructurada: presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz , Torruco, Martínez, & Varela, 2013).

La entrevista permite hurgar más allá de lo que es directamente observable, hasta desenterrar motivaciones escondidas, mientras que la observación únicamente posibilita acceder a aquellos fenómenos que son directamente observables (Izcarra S. , 2014).

Se aplicó una entrevista semiestructurada, esta técnica toma la forma de un diálogo con un propósito pero, a diferencia de la conversación cotidiana, constituye un acto de interacción verbal asimétrico; Chambliss y Shutt, 2010, citado por (Izcarra S. , 2014).

La mayor participación durante las entrevistas fue de los pacientes, fueron pocas las intervenciones que tuvo el entrevistador ya que el principal protagonista es el entrevistado.

Se estableció un clima cordial y de confianza por parte de los pacientes debido a que conocían la dinámica de la entrevista, cabe señalar que el hecho de conocer a la persona que los entrevistó creó libertad y una mayor apertura de comunicación.

Aunque la entrevista fue conducida con un fin siempre se dio la apertura al paciente de comunicar y expresar sus sentimientos y emociones con respecto a lo preguntado, en ocasiones el paciente se sentía con tal confianza que expresaba sentimientos, emociones personales que no tenían relación con lo que se le preguntaba.

Guía de entrevista

Para emplear esta técnica se realizó una guía de entrevista, la cual sirvió de apoyo para tener un orden en cuanto a temáticas y preguntas establecidas, aunque en ocasiones la entrevista semiestructurada no llevó una secuencia

ordenada como la guía, pero cabe señalar que se realizaron las mismas preguntas a todos los pacientes.

Como anteriormente se mencionó se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, (Izcarra & Andrade, 2003), señala que “el propósito de la entrevista aparece reflejado en una guía que es una herramienta donde están anotados y ordenados los puntos temáticos y áreas generales que el investigador pretende indagar durante la conversación”.

La guía tenía las siguientes categorías; datos de vivienda, hábitos y estilo de vida, situación emocional, independencia, relaciones sociales, economía y espiritualidad.

Cada entrevista generaba una dinámica diferente, en algunos casos no se seguían las preguntas de manera ordenada como estaban escritas en la guía, pero en todos los seguimientos de casos se realizaron las mismas preguntas.

La guía de entrevista tiene reactivos que dan como resultado gráficas y cuadros.

Sujetos de estudio

Doce pacientes entrevistados en el primer momento de la investigación y que aceptaron participar en el segundo momento (se les asignó un número a los pacientes, mismo que se usó en el segundo momento de la investigación).

Se realizó una localización de pacientes vía telefónica para confirmar la participación

Total de pacientes doce, nueve mujeres y tres hombres de los cuales dos fallecieron pero sus cuidadores primarios aceptaron dar una entrevista.

Límite espacial

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” – Clínica de Atención Integral para Pacientes con Diabetes y Obesidad.

Criterios de inclusión

- Haber participado en la primera fase de la investigación.
- Participación voluntaria.

Criterios de exclusión

- No haber participado en la primera fase de la investigación.
- Negarse a participar de forma voluntaria.

7.2 Análisis de datos

Perfil de los pacientes entrevistados

Se describirá el perfil de los pacientes entrevistados con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), los factores a detallar son los siguientes; vivienda, familia, economía, salud y redes de apoyo.

Por el tipo de características que presentaron los pacientes se consideró importante clasificar la información en tres tipos de pacientes los cuales fueron denominados a) Pacientes tipo 1, b) pacientes tipo 2 y c) pacientes tipo 3.

Paciente tipo 1: este grupo se caracteriza por mantener un apego al tratamiento integral (médico, nutrición, psicológico) como; seguir un plan alimenticio, seguir las recomendaciones médicas, tomar medicamentos, evitar el consumo de alcohol y tabaco, asistir a consultas periódicamente y realizar revisiones médicas para disminuir el riesgo de otras complicaciones.

Paciente tipo 2: se caracterizan por seguir el tratamiento dependiendo sus recursos económicos, familiares y emocionales. Siguen un plan de alimentación y/o consumen los alimentos recomendados cuando pueden adquirirlos, toman medicamentos cuando pueden adquirirlos, asisten a sus consultas (médicas, nutrición y psicológicas) esporádicamente o cuando pueden pagar consultas y transportes, ocasionalmente consumen alcohol y tabaco.

Paciente tipo 3: se caracteriza por no seguir las recomendaciones médicas (médicas, nutrición y psicológicas).

Cabe señalar que dicha clasificación fue construida a partir de la información de la Secretaría de Salud cuando se refiere a hábitos saludables y hábitos no saludables (información desarrollada en el capítulo 3). Los conceptos usados se sustentan de dicha referencia y la construcción de estos se elaboran a partir de las entrevistas.

El análisis que se presenta implica dos periodos de estudio en las cuales se recupera información con el propósito de indagar sobre los estilos de vida y cambios significativos que haya tenido el paciente durante su tratamiento médico ante la DM2.

El total la población entrevistada se conformó por doce pacientes de los cuales solo diez viven.

7.2 Pacientes tipo 1

Datos personales

Este grupo se integra por cuatro pacientes de sexo femenino, con edades que oscilan de los 39 años a los 64 años de edad, la escolaridad promedio es media superior, cuatro profesan la religión católica las cuales son apegadas a sus creencias, consideran la religión como refugio ante las adversidades familiares y de salud, señalan que la religión les da fuerza para seguir adelante (véase cuadro 4.1).

| Cuadro 4.1 | | | | | |
|------------------|----------|------|----------------------|----------|--------------|
| Datos personales | | | | | |
| Paciente | Sexo | Edad | Escolaridad | Religión | Estado civil |
| 1 | Femenino | 39 | Media superior | Católica | Casada |
| 4 | Femenino | 64 | Sabe leer y escribir | Católica | Soltera |
| 10 | Femenino | 55 | Media superior | Católica | Viuda |
| 13 | Femenino | 60 | Media superior | Creyente | Divorciada |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Ocupación

La ocupación más recurrente entre las pacientes en 2017 y 2018 son las labores domésticas y el empleo más predominante es el comercio. En el año 2018 dos pacientes se incorporaron al ámbito laboral debido a que dejaron de recibir apoyo económico por parte de algún familiar o por parte del gobierno y necesitaban un ingreso que les permitiera cubrir sus gastos para las necesidades básicas y los gastos del tratamiento (véase cuadro 4.2).

| Cuadro 4.2 | | |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Ocupación 2017 / 2018 | | |
| Paciente | Ocupación 2017 | Ocupación 2018 |
| 1 | Labores domésticas y oficinista | Labores domésticas y oficinista |
| 4 | Labores domésticas | Comerciante |
| 10 | Labores domésticas | Labores domésticas y comerciante |
| 13 | Labores domésticas y cantante | Labores domésticas |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

7.3 Datos familiares

Total de hijos y su ocupación

Los hijos lo representan 5 mujeres y 8 hombres con un total de 13 hijos.

En 2017 y 2018 las ocupaciones más recurrentes son el estudio, las labores domésticas y el empleo, para el 2018 solo un hijo se encuentra desempleado por problemas de salud (operación), (véase cuadro 4.3).

| Cuadro 4.3 | | | | |
|---|-------|-------|--|--|
| Total de hijos y su ocupación 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | Hijas | Hijos | Ocupación 2017 | Ocupación 2018 |
| 1 | 1 | 1 | Estudiantes (2) | Estudiantes (2) |
| 4 | 0 | 6 | Estudiante (1) y empleados (5) | Empleados (5) y Desempleado (1) |
| 10 | 2 | 1 | Estudiante, labores del hogar y empleado | Estudiante, labores del hogar y empleado |
| 13 | 2 | 0 | Músicos (2) | Músicos (2) |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Con quienes habitan

En el 2017 las pacientes formaban parte de familias (nuclear, extensa y unipersonal), conformadas por un máximo de 6 habitantes por hogar. Para el 2018 predominó la familia monoparental en este año se observa una disminución en el número de habitantes, lo que repercutió en la contribución de los gastos familiares y a su vez en la asignación económica en el tratamiento médico de la paciente (véase cuadro 4.4).

| Cuadro 4.4 | | | | |
|--|---------------------------|------|-------------------------|------|
| Con quienes viven y cuántos son incluyendo el paciente 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | 2017 | 2017 | 2018 | 2018 |
| 1 | Esposo e hijos | 4 | Esposo, hijos y suegros | 6 |
| 4 | Hijos y nietos | 6 | Hijos | 4 |
| 10 | Hermanos, hijos y sobrino | 6 | Hija | 2 |
| 13 | Sola | 1 | Sola | 1 |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Modelo familiar

La descripción del modelo familiar (funcional o disfuncional) que aquí se presenta corresponde al año 2018.

| Cuadro 4.5 | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|--|
| Modelo familiar 2018 | | | | | | | | |
| Pac | Tipo de familia por su composición | Tipo de familia por su desarrollo | Limites | Roles | Comunicación | Ciclo vital de la familia | Acontecimientos familiares (Crisis) | Diagramas y descripción familiar (Anexo) |
| 1 | Extensa | Moderna | Claros | Definidos | Abierta y cercana | Infancia de los hijos | Deterioro de la salud del paciente | (véase pg. 148) |
| 4 | Monoparental | Moderna | Rígidos | Disfuncional | Distante y escasa | Vejez | Ruptura en la relación con sus hijos | (véase pg.157) |
| 10 | Monoparental | Moderna | Claros | Definidos | Abierta y cercana | Reencuentro | Ninguno | (véase pg. 169) |
| 13 | Unipersonal | Moderna | Claros | Definidos | Abierta y cercana | Reencuentro | Ninguno | (véase pg.178) |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

En el modelo familiar funcional, el tipo de familia por su desarrollo es moderna¹, en donde ambos cónyuges trabajan o incluso las mujeres son el principal sustento económico, las familias tienen límites claros, comparten información, existe colaboración, hay un sentido de pertenencia, las normas son claras. Los roles son definidos cada miembro de la familia tiene responsabilidades, derechos y contribuyen al funcionamiento familiar. Por otro lado la comunicación es abierta y cercana.

El acontecimiento familiar que influyó en el tratamiento en el modelo familiar funcional se debió a (operación del corazón) paciente uno.

Se observa que las pacientes que tienen una relación sana con su familia influyen en los ánimos y en el apego de las recomendaciones de los especialistas, mencionan que el apoyo de la familia las motiva a cuidarse.

En el modelo familiar disfuncional el tipo de familia por su desarrollo es moderna, la mujer es el principal sustento económico, los límites son rígidos

¹ La familia por el tipo de su desarrollo "moderna": predetermina elementos económicos, escolar e intelectual, rol económicamente activo de la mujer, así como el nivel de vida. La familia por el tipo de su desarrollo "tradicional": predetermina las características socioculturales que presenta, que tiene como punto o rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son, las tradiciones familiares, los valores sociales. Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., & Rodríguez, J. (2008). Familia Introducción al estudio de sus elementos. Ciudad de México: Editores de Textos Mexicanos.

existen barreras en la comunicación (distante, escasa), no hay un sentido de colaboración, las normas no son claras, los roles son disfuncionales, los integrantes no tienen responsabilidades claras y no contribuyen al trabajo familiar.

El acontecimiento familiar sobresaliente que influyó en el tratamiento en el modelo familiar disfuncional fue la ruptura de la relación con la familia.

7.4 Redes de apoyo

Entre las principales redes de apoyo se ubican (familia, amigos y vecinos) y el tipo de apoyo que brindan es económico y moral.

En el 2018 se identificó que se da un distanciamiento por parte de (pareja e hijos) por falta de apoyo, responsabilidad y obligación en las actividades del hogar (véase cuadro 4.6 y gráfica 1).

| Cuadro 4.6 | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|-----------|---|--------------------|
| Redes de apoyo familiar y externas 2017 - 2018 | | | | | | | | |
| Paciente | Principal apoyo familiar 2017 Tipo de apoyo 2017 | | Principal apoyo familiar 2018 Tipo de apoyo 2018 | | Otras redes de apoyo 2017 Tipo de apoyo 2017 | | Otras redes de apoyo 2018 Tipo de apoyo 2018 | |
| 1 | Esposo | Económico y emocional | Madre | Emocional y acompañamiento | Amistades | Moral | Amigos | Moral |
| 4 | Hijos | Económico y emocional | Sin apoyo | Ninguno | Amistades | Moral | Amiga, otros familiares y ex jefa | Moral y en especie |
| 10 | Hermanos e hijo | Económico y emocional | Hermano e hija | Emocional y acompañamiento | Hermanos y amistades | Económico | Familia | Moral |
| 13 | Hijas | Económico, emocional y acompañamiento | Hija | Económico, emocional y acompañamiento | Ninguno | Ninguno | Familia | Moralmente |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Apoyo espiritual

Esta red de apoyo está vinculada a la fe y a las imágenes religiosas que se encuentran en las iglesias. Aunque este factor no es determinante en el tratamiento, si está implicado en el comportamiento de los pacientes en cuanto a su atención médica. Para algunos pacientes es muy relevante la religión o creencia en su diagnóstico y vida cotidiana tal como se describe en el siguiente cuadro (véase cuadro 4.7).

| Cuadro 4.7 | | |
|------------|----------|--|
| Religión | | |
| Paciente | Religión | La importancia de la creencia en su diagnóstico y vida cotidiana |
| 1 | Católica | Comenta que es creyente de Dios (católica), que no va a la iglesia seguido pero todos los días pide por su salud y el de su familia. |
| 4 | Católica | Menciona que lo único que le da fuerza es creer y rezar a la Virgen de Juquila, de hecho menciona que ahorra dinero para poder ir a visitarla cada año a Oaxaca, esto le reconforta y la alienta a cuidarse para sentirse bien. La religión es su principal apoyo emocional en su enfermedad y en su vida cotidiana. |
| 10 | Creyente | Menciona ser muy católica y que creer en dios le hace sentirse comfortable en su salud y vida cotidiana, también menciona rezar a la virgen María esto le hace sentirse bien. |
| 13 | Católica | Menciona ser creyente de Dios, reza por su bienestar y el de su familia. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.5 Datos de salud

| Cuadro 4.8 | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------|---|
| Diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2 | | | | | | |
| Pac. | Tiempo de diagnóstico | Diagnóstico DM2 | Asistencia a consultas en 2017 | Atención del personal médico 2017 | Asistencia a consultas en 2018 | Atención del personal médico 2018 |
| 1 | 4 años | Tiene antecedentes familiares con diabetes, presentó síntomas (sed, orinar frecuentemente) le realizaron una prueba de glucosa y ahí la diagnosticaron. | Cada mes | Muy buena, excelente con mucha humanidad sobre todo de los bariatras | Cada mes | Es buena, excelente porque me atienden de todo |
| 4 | 7 años | Menciona no tener conocimiento de antecedentes familiares, no presentó síntomas, al asistir a una consulta de rutina en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) le dijeron de su diagnóstico. | Cada mes | Muy bueno es que todos me han atendido muy bien | Dejó de asistir hace un año | Las consultas son rápidas, tuve un problema porque no me pusieron la atención que requería con un estudio y solo te revisan por encima. |
| 10 | 11 años | Indicó tener antecedentes familiares con diabetes, presentó síntomas como; resequedad en la boca, orinar frecuentemente y sed. Al asistir al médico le diagnosticaron diabetes. | Cada dos meses | Bien, excelente como me atienden. | Cada tres meses | Bien es buena. |
| 13 | 3 años | Comenta tener antecedentes familiares con diabetes, se enteró de su diagnóstico debido a síntomas (sed, orinar frecuentemente) y al realizar una prueba de glucosa le confirmaron tener diabetes. | Cada dos meses | Muy buena, excelente la atención. | Cada dos meses | No hay una empatía de los médicos hacia nosotros los pacientes, a veces los médicos parecen estar de malas. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018

Otra característica importante de estas pacientes es la constancia a sus consultas a CAIDO – HGM las cuales se dan en un periodo de uno a tres meses.

Solo una paciente dejó de asistir a sus consultas en el 2018, debido a que tuvo una inadecuada atención médica (no le pudieron diagnosticar un dolor), (véase cuadro 4.8).

Con relación a la percepción de la atención del equipo médico del año 2017 responden que la atención es muy buena, es más diciendo que es excelente. Para el año 2018 para la mitad de ellos sigue siendo buena y el resto menciona que la atención de los médicos es rápida y no hay empatía hacia ellos.

Otros problemas de salud

Además de la DM2 se suman padecimientos como hipertensión, sobrepeso, obesidad, problemas del corazón y problemas musculares (véase cuadro 4.9).

| Cuadro 4.9 | | |
|--------------------------|--|--|
| Otros problemas de salud | | |
| Paciente | 2017 | 2018 |
| 1 | Sobrepeso e hipertensión | Hipertensión y problemas en el corazón |
| 4 | Obesidad e hipertensión | Musculares e hipertensión |
| 10 | Obesidad | Hipertensión |
| 13 | Sobrepeso, lipodermoesclerosis y desgaste en la cadera | Hipertensión y lipodermoesclerosis |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.
Información proporcionada por el paciente (enfermedades señaladas)

Consumo de alcohol y tabaco

Se identifica que en el año 2017 no habían consumo de alcohol ni tabaco, para el 2018 el consumo de alcohol y tabaco se da en algunos pacientes de manera esporádica (véase cuadro 4.10).

| Cuadro 4.10 | | | | |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Alcohol y tabaco 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | Consumo de alcohol 2017 | Consumo de tabaco 2017 | Consumo de alcohol 2018 | Consumo de tabaco 2018 |
| 1 | No | No | Sí, esporádicamente | Sí, cinco veces a la semana |
| 4 | No | No | Sí, esporádicamente | No |
| 10 | No | No | No | No |
| 13 | No | No | Sí, esporádicamente | No |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Consumo de alimentos

Los alimentos que consumen en 2017 las pacientes, se caracterizan por ser nutritivos, bajos en grasas y azúcares (verduras, frutas, pocos cereales y alimentos de origen animal), ajustándose a la dieta recomendada por el nutriólogo. Sin embargo el principal inconveniente al que se han enfrentado es comer en pocas cantidades y los beneficios que han tenido es la pérdida de peso y el control de la enfermedad (véase cuadro 4.11 - A).

| Cuadro 4.11 -A | | | | |
|-------------------|-----------|--|---|--|
| Alimentación 2017 | | | | |
| Paciente | Dieta | Alimentos que consume | Lo que espera del tratamiento | Problemas para la alimentación |
| 1 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas y alimentos de origen animal (pollo y pescado) | Mejorar la calidad de vida | Comer en pequeñas cantidades. |
| 4 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas y alimentos de origen animal (pollo y pescado) | Bajar de peso y sentirme mejor. | Evitar los alimentos que venden en la calle (alimentos altos en grasas). |
| 10 | Con dieta | Proteína, frutas y verduras. | Tener control de la enfermedad | Apegarme al tipo de alimentos porque comía de todo. |
| 13 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas y alimentos de origen animal (pollo y pescado) | Controlar el azúcar para evitar complicaciones. | Comer en pequeñas cantidades. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Los alimentos que consumen en 2018 las pacientes se caracterizan por ser nutritivos, bajos en grasas y azúcares (verduras, frutas, pocos cereales y alimentos de origen animal), ajustándose a la dieta recomendada por el nutriólogo. Sin embargo los inconvenientes a los que se han enfrentado son apetito constante, a la cantidad de porciones y los beneficios que han tenido es la pérdida de peso (véase cuadro 4.11 - B).

| Cuadro 4.11 -B | | | | |
|-------------------|-----------|--|---|---|
| Alimentación 2018 | | | | |
| Paciente | Dieta | Alimentos que consume | Beneficios de la alimentación | Problemas para la alimentación |
| 1 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas, pocos cereales y alimentos de origen animal | Bajar de peso, controlar la presión me siento diferente | He comenzado a tener hambre y antojos de dulces |
| 4 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas, pocos cereales y alimentos de origen animal | Bajar de peso | Ninguno |
| 10 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas, leguminosas y alimentos de origen animal. | Bajar de peso | Ninguno |
| 13 | Con dieta | Principalmente verduras, frutas y alimentos de origen animal | Baje de peso | Las porciones de comida |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

Actividad física

La actividad física se ha venido dando en algunas pacientes desde 2017, para el 2018 el ejercicio sigue siendo importante y recurrente. Realizan caminatas de manera regular en áreas comunes en su comunidad (parques, calle), así como dentro de su casa. Los problemas más habituales para no hacer ejercicio es la condición de salud, falta de tiempo e inseguridad (véase cuadro 4.12).

| Cuadro 4.12 | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|
| Actividad física 2017 / 2018 | | | | | | | |
| Paciente | 2017 | | 2018 | | | | |
| | Realiza ejercicio y frecuencia | | Realiza ejercicio y frecuencia | | Tipo de ejercicio | Dónde hace ejercicio | Problemas para hacer ejercicio |
| 1 | No | No | No | No hago | No hago | No hago | Condición de salud |
| 4 | No | No | Sí | 40 minutos diarios | Camino | Parque | Tiempo |
| 10 | Sí | 40 minutos diarios | Sí | 40 minutos diarios | Camino | Calle | Inseguridad de la colonia |
| 13 | Sí | 3 veces a la semana | Sí | Todos los días | Camino | En casa | Condición de salud |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Medidas preventivas de vista, boca y pies

Con respecto del cuidado bucal, los pacientes asisten al dentista cuando tienen alguna incomodidad o dolor, todas indicaron no tener problemas visuales y con respecto a la atención de los pies todas señalan tener cuidados como; lavado, secado, humectación y corte de uñas (véase cuadro 4.13).

| Cuadro 4.13 | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| Medidas preventivas 2018 | | | |
| Paciente | Problemas bucales y su asistencia al dentista | Problemas de vista | Cuidado en sus pies |
| 1 | No tengo problemas y asisto si me siento muy mal. | No. | Pues nada más con mi corte normal de uñas, limpieza, lavado y humectación todo muy controlado ya no se me entierran las uñas. |
| 4 | Se me cayeron algunos dientes pero me los pusieron y voy al dentista cuando me duele. | Uso lentes desde hace 15 años y voy cada dos años con el oftalmólogo. | Pues los lavó, me los cuido bien solo tengo problemas de varices. |
| 10 | Yo voy al dentista fui a que me hicieran limpieza hace poco y poco a poco me voy arreglando mi boca porque me faltan algunas piezas, voy cada mes. | No, ya me hice examen entrando al hospital y cada año me revisa el oftalmólogo. | Tengo bien mis pies mi hija me revisa las plantas de los pies parece que en eso estoy bien. |
| 13 | Pues por lo menos cada medio año sí, porque tiene que revisar que mi placa esté bien porque no tengo los dientes de enfrente. | Pues vista cansada. | Me lavo muy bien los pies con algo largo me secó entre los dedos. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.6 Datos de la vivienda

Residencia

Actualmente tres pacientes viven en la Zona Metropolitana del Valle de México y una en el interior de la República. A ninguna se le dificultó asistir a sus consultas al Hospital General de México independientemente de las distancias y los traslados al nosocomio (véase cuadro 4.14).

| Cuadro 4.14 | | | |
|-------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| Residencia | | | |
| Paciente | Lugar de origen | Residencia actual | Municipio |
| 1 | Ciudad de México | Ciudad de México | Iztacalco |
| 4 | Hidalgo | Ciudad de México | Venustiano Carranza |
| 10 | Guerrero | Guerrero | Ajuchitlán del progreso |
| 13 | Estado de México | Estado de México | Cuautitlán Izcalli |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Vivienda

Todas las pacientes viven en casas propias e independientes, cuentan con los servicios de agua, luz y drenaje. Los problemas más comunes en sus comunidades son; inseguridad mencionan que influye en sus actividades al aire libre, limita las salidas para realizar sus caminatas o hacer ejercicio, escasez de agua por lo que tienen que racionarla principalmente para la higiene personal, y la falta de recolección de basura ya que esto genera fauna nociva (véase cuadro 4.15).

| Cuadro 4.15 | | | | |
|-------------|-------------------------|--------------------|------------------------------------|--|
| Vivienda | | | | |
| Paciente | Tenencia de la vivienda | Tipo de vivienda | Servicios con los que cuenta | Problemas en su comunidad |
| 1 | Propia | Casa independiente | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Inseguridad y escasez de agua |
| 4 | Propia | Casa independiente | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Inseguridad y falta de recolección de basura |
| 10 | Propia | Casa independiente | Agua, luz, y drenaje | Inseguridad |
| 13 | Propia | Casa independiente | Agua, luz y pavimentación | Drenaje Insalubre |

Fuente: Elaboración propia con base en el tipo y clase de vivienda INEGI (2010), <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/164/vargrp/VG1>
Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

Características de la vivienda

Las viviendas que se ubican en el Valle de México están construidas de materiales resistentes como; loza de concreto, ladrillo, pisos firmes, éstas tienen un espacio exclusivo para cocinar, dormir y un sanitario conectado a la red pública. La única vivienda rural ubicada en el interior de la República (Guerrero) tiene techo de teja, paredes de ladrillo, piso de tierra, en un solo cuarto se ubica la cocina, cama, comedor y tiene una letrina afuera de su casa (véase cuadro 4.16).

| Cuadro 4.16 | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|----------------------|
| Características de la vivienda | | | | | | |
| Paciente | Cuartos para dormir | Cocina | Instalación sanitaria | Tipo de techo | Tipo de paredes | Tipo de piso |
| 1 | 2 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 4 | 3 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 10 | 0 | Cocina en el dormitorio | Letrina | Teja | Tabique o ladrillo | Tierra |
| 13 | 1 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |

Fuente: Elaboración propia con base en el tipo y clase de vivienda de INEGI (2010), <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/164/vargrp/VG1>
Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.7 Datos de la economía

Contribución al hogar

Los principales proveedores del hogar son; pacientes, pareja, hijos y/o hermanos (véase cuadro 4.17).

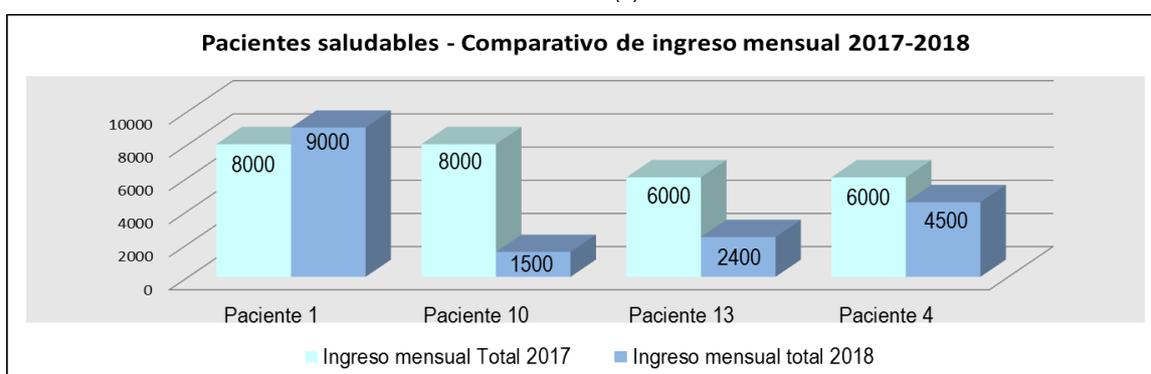
| Cuadro 4.17 | | |
|-------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Economía | | |
| Paciente | Contribución económica al hogar 2017 | Contribución económica al hogar 2018 |
| 1 | Paciente y esposo | Paciente y esposo |
| 4 | Paciente | Paciente |
| 10 | Hermanos e hijos | Paciente |
| 13 | Paciente e hija | Hija |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Ingreso mensual

Se aprecia en la gráfica que en el año 2018 se redujo el ingreso mensual en la mayoría de las pacientes debido a; en el caso de la paciente 10 los familiares dejaron de vivir con la paciente por intereses personales lo cual disminuyó el ingreso y la paciente tuvo que integrarse al empleo, la paciente 13 dejó de trabajar por problemas de salud (cadera y rodillas) su proveedor económico es la hija y la paciente 4 comentó que han bajado ventas en el empleo informal (véase gráfica 1).

Gráfica (1)



Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Porcentaje de gastos en el tratamiento 2017 – 2018

Entre los factores identificados o implicados en el incremento o decremento del gasto en la atención médica de las pacientes del 2017 para el 2018 fueron; complicaciones de salud (problemas del corazón), buen control del tratamiento y ajuste del gasto del tratamiento a los ingresos percibidos y atención médica particular (véase gráfica 2).

Gráfica (2)



Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Con respecto al porcentaje de gasto mensual en el tratamiento, los pacientes 1 y 4 han gastado más en 2018 con respecto al año 2017 debido a que; la paciente 1 ha tenido otros problemas de salud, la paciente 4 asiste con especialistas privados, por otra parte la paciente 10 disminuyó su gasto en el tratamiento debido a que dejó de recibir ingresos por parte de sus familiares y tiene un buen control de la enfermedad y la paciente 13 ha mantenido casi el mismo gasto en su tratamiento pero su ingreso disminuyó porque dejó de trabajar. Cabe mencionar que los pacientes en 2018 gastan en la compra de algunos medicamentos que les proveía anteriormente el Centro de Salud (véase gráfica 2).

7.8 Pacientes tipo 2

Datos personales

Este grupo se integró por 5 pacientes, 3 mujeres y 2 hombres uno de ellos falleció en 2018, las edades oscilan de los 37 años a los 65 años. La escolaridad promedio es primaria completa, la religión que predomina es la católica (véase cuadro 4.18).

| Cuadro 4.18 | | | | | |
|------------------|-----------|------|---------------------|----------|--------------|
| Datos personales | | | | | |
| Paciente | Sexo | Edad | Escolaridad | Religión | Estado civil |
| 3 | Femenino | 37 | Primaria completa | Católica | Casada |
| 8 | Masculino | 65 | Primaria completa | Católica | Finado |
| 9 | Femenino | 58 | Primaria completa | Católica | Soltera |
| 12 | Femenino | 58 | Secundaria completa | Creyente | Casada |
| 14 | Masculino | 37 | Media superior | Católica | Casado |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Ocupación

Las principales actividades se centraron en el comercio, labores del campo y labores domésticas. En 2018 el único cambio fue el paciente que dejó de laborar en el campo debido a problemas de columna y rodillas, refiere que no puede mantenerse mucho tiempo de pie, algunos movimientos son limitados y esto le ha dificultado encontrar empleo (véase cuadro 4.19).

| Cuadro 4.19 | | |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Ocupación 2017 / 2018 | | |
| Paciente | Ocupación 2017 | Ocupación 2018 |
| 3 | Labores domésticas | Labores domésticas |
| 8 | Labores domésticas | Labores domésticas |
| 9 | Labores domésticas y comerciante | Labores domésticas y comerciante |
| 12 | Labores domésticas | Labores domésticas |
| 14 | Labores del campo | Labores domésticas |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

7.9 Datos familiares

Total de hijos y su ocupación

Los hijos lo representan 5 hijas y 9 hijos con un total de 14 hijos.

En el año 2017 y 2018 la ocupación más recurrente entre los hijos son el estudio y el trabajo remunerado. En el 2018 solo un hijo se encuentra sin ocupación debido a que salió de la penitenciaría y no ha conseguido trabajo (véase cuadro 4.20).

| Cuadro 4.20 | | | | |
|--|-------|-------|---------------------------------|--|
| Total de hijos y su ocupación 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | Hijas | Hijos | Ocupación 2017 | Ocupación 2018 |
| 3 | 1 | 2 | Estudiantes (1) y empleados (3) | Estudiantes (1) y empleados (3) |
| 8 | 0 | 3 | Comerciante (1) y empleado (2) | Comerciante (1) y empleado (2) |
| 9 | 2 | 2 | Labores domésticas (1) | Labores domésticas (1), empleado (2) y desempleado (1) |
| 12 | 0 | 2 | Empleado (1) | Comerciante (1 y empleado (1) |
| 14 | 2 | 0 | Estudiantes (2) | Estudiantes (2) |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Con quienes habitan

En el año 2017 los pacientes formaban parte de familias (extensas y nucleares), conformadas por un máximo de 7 habitantes por hogar. Para el año 2018 predominó la familia nuclear en este año se observa una disminución en el número de habitantes con un máximo de 4 personas por hogar (véase cuadro 4.21).

| Cuadro 4.21 | | | | |
|---|-----------------------|------|----------------|------|
| Con quienes viven y cuántos son incluyendo el paciente 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | 2017 | 2017 | 2018 | 2018 |
| 3 | Hijos, yerno y nietos | 7 | Esposo e hijos | 4 |
| 8 | Esposa e hijos | 5 | Esposa | 2 |
| 9 | Hija y nietos | 3 | Hijos y nietos | 4 |
| 12 | Esposo e hijo | 3 | Esposo e hijo | 3 |
| 14 | Esposa e hijas | 4 | Esposa e hijas | 4 |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Modelo familiar

La descripción del modelo familiar (funcional o disfuncional) que aquí se presenta corresponde al año 2018.

| Cuadro 4.22 | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------|--------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|--|
| Modelo familiar 2018 | | | | | | | | |
| Paciente | Tipo de familia por su composición | Tipo de familiar por su desarrollo | Limites | Roles | Comunicación | Ciclo vital de la familia | Acontecimientos familiares (Crisis) | Diagramas y descripción familiar (Anexo) |
| 3 | Nuclear | Tradicional | Claros | Definidos | Abierta y cercana | Adolescencia | Secuestro de familiar | (véase pg. 152) |
| 8 | Extensa | Moderna | Claros | Disfuncional | Abierta y cercana | Vejez | Deterioro de la salud del paciente | (véase pg. 163) |
| 9 | Extensa | Moderna | Difusos | Disfuncional | Problemática | Reencuentro | Ruptura en la relación con sus hijos | (véase pg. 164) |
| 12 | Nuclear | Tradicional | Claros | Definidos | Ocasional | Reencuentro | Ninguno | (véase pg. 173) |
| 14 | Nuclear | Moderna | Claros | Definidos | Abierta y cercana | Infancia de los hijos | Deterioro de la salud del paciente | (véase pg. 179) |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

En el modelo familiar funcional se encuentran dos tipos de familia (extensa y nuclear), por su desarrollo es moderna en donde ambos cónyuges trabajan o incluso las mujeres son el principal sustento económico y tradicional donde el hombre es el principal sustento económico y la mujer realiza labores domésticas. Las familias tienen límites claros, comparten información, existe colaboración, hay un sentido de pertenencia, las normas son claras. Los roles son definidos cada miembro de la familia tiene responsabilidades, derechos y contribuyen al funcionamiento familiar. Por otro lado la comunicación es abierta y cercana (véase 4.22).

Los acontecimientos familiares que influyeron en el tratamiento en el modelo familiar funcional fueron; secuestro de familiar y deterioro de la salud del paciente.

En el modelo familiar disfuncional el tipo de familia por su desarrollo es moderna, la mujer es el principal sustento económico, los límites son rígidos existen barreras en la comunicación (distante, escasa), las normas no son claras, los roles son disfuncionales; se identifica (alcoholismo y el roll rebelde

en el hijo), los integrantes no tienen responsabilidades claras, no hay un sentido de colaboración en las actividades en casa y en el aporte económico (véase 4.22).

Los acontecimientos familiares que influyeron en el tratamiento en el modelo familiar disfuncional fueron; deterioro de la salud del paciente y la ruptura en la relación con los hijos.

7.10 Redes de apoyo

Entre las principales redes de apoyo se ubican (familia, amigos, vecinos) y el apoyo que brindan es el económico y moral.

En el 2018 se identificó que se da un distanciamiento por parte de (pareja e hijos) por falta de apoyo, responsabilidad y obligación en las actividades del hogar (véase cuadro 4.23, gráfica 3).

| Cuadro 4.23 | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| Redes de apoyo familiar y externas 2017 - 2018 | | | | | | | | |
| Pac | Principal apoyo familiar 2017 | Tipo de apoyo 2017 | Principal apoyo familiar 2018 | Tipo de apoyo 2018 | Otras redes de apoyo 2017 | Tipo de apoyo 2017 | Otras redes de apoyo 2018 | Tipo de apoyo 2018 |
| 3 | Hijos y esposo | Económico y emocional | Esposo, hijos y hermana | Económica y emocional | Hermanos y amistades | En especie | Amigos y vecinos | Compañía |
| 8 | Esposa e hijos | Económica y emocional | Esposa e hijos | Económica y emocional | Amistades | Moral | Amistades | Moral |
| 9 | Hija | Emocional | Hija | Emocional | Amistades | Moral | Amistades | Moral |
| 12 | Esposo e hijo | Económico y emocional | Sin apoyo | Económico | Ninguno | Ninguno | Ninguno | Ninguno |
| 14 | Esposa | Emocional | Padre y esposa | Económico, emocional y acompañamiento | Amistades | Moral y económico | Amistades | Moral y en especie |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Apoyo espiritual

Esta red de apoyo está vinculada a la fe y a las imágenes religiosas que se encuentran en las iglesias. Aunque este factor no es determinante en el tratamiento, si está implicado en el comportamiento de los pacientes en cuanto a su atención médica, ya que mencionan que la religión y/o creencia es importante en su vida ya que piden porque mejore su salud y recurren a ella ante algún problema. Para algunos pacientes es muy relevante la religión o

creencia en su diagnóstico y vida cotidiana tal como se describe en el siguiente cuadro (véase cuadro 4.24).

| Cuadro 4.24 | | |
|----------------------------------|----------|---|
| Pacientes intermedios - Religión | | |
| Paciente | Religión | La importancia de la espiritualidad en su diagnóstico y vida cotidiana |
| 3 | Católica | La paciente señala que aunque ha pasado situaciones difíciles esta agradecida con todo lo que tiene y le agradece a Dios ya que nunca les ha faltado alimento. Menciona que se enfoca en Dios y agradece todo lo que tiene, dice que nunca se ha quejado con Dios por las enfermedades ya que ha aprendido mucho de ellas como tener mejores hábitos. |
| 8 | Católica | El paciente no era muy cercano a la religión, menciona su esposa que al final de su vida decía tener temor de confesarse y nunca quiso tener una relación enfocada o apegada a la religión y al final le pidió a su esposa rezar por él. |
| 9 | Católica | Es una paciente apegada a la religión menciona que para ella representa seguridad, se sienta protegida en su vida cotidiana. |
| 12 | Creyente | Menciona ser creyente, no asiste seguido a la iglesia pero menciona que reza por su salud y para sentirse mejor. |
| 14 | Católica | El paciente refiere que la religión le ha dado fe en que las cosas pueden mejorar como su salud, encontrar trabajo para no desesperarse, además también considera y está consiente que con rezos no se va a curar que la decisión está en el de cuidarse y seguir las recomendaciones de los médicos. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.11 Datos de salud

| Cuadro 4.25 | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---|--------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| Diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2 | | | | | | |
| Pac. | Tiempo de diagnóstico | Diagnóstico DM2 | Asistencia a consultas en 2017 | Atención del personal médico 2017 | Asistencia a consultas en 2018 | Atención del personal médico 2018 |
| 3 | 2 años | Tiene antecedentes por parte de la familia materna, le diagnosticaron al tener síntomas como cansancio, sed, sueño, debilidad y cansancio. | Cada mes | Muy bueno por parte de los médicos internistas la nutrióloga y la psicóloga es muy bueno por parte de los tres | Hace menos de un año | Dejó de asistir |
| 8 | 25 años | Tiene antecedentes familiares, menciona que a partir de un susto que tuvo comenzó a sentir sed y ganas de orinar frecuentemente. | Cada mes | Estupenda la atención. | Hace menos de un año | Buena siempre lo atendieron muy bien. |
| 9 | 4 años | Comenta que tiene antecedentes de diabetes por parte de su familia materna, le diagnosticaron a partir de síntomas como; cansancio, sed y malestares generales. | Cada mes | Buena | Hace menos de un año | Dejó de asistir al hospital. |

Sigue en la página siguiente

| Cuadro 4.25 | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2 | | | | | | |
| Pac. | Tiempo de diagnóstico | Diagnóstico DM2 | Asistencia a consultas en 2017 | Atención del personal médico 2017 | Asistencia a consultas en 2018 | Atención del personal médico 2018 |
| 12 | 7 años | Tiene antecedentes por ambos padres y le diagnosticaron al realizarse una operación de vesícula. | Cada mes | Una atención buena | Cada tres meses | Buena atención. |
| 14 | 2 años | Señala que tiene antecedentes por parte de su madre y presentaba síntomas como visión borrosa, ganas frecuentes de orinar y sed. | Cada mes | Buena | Hace medio año | Dejó de asistir al hospital. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Los pacientes no han sido constantes en sus consultas a CAIDO – HGM debido a problemas familiares, económicos e inseguridad (véase cuadro 4.25). La percepción de la atención del equipo médico en 2017 y 2018 sigue siendo la misma, con excepción de los pacientes que dejaron de asistir al hospital.

Otros problemas de salud

Además de la DM2 se suman padecimientos como hipertensión, sobrepeso, obesidad, hipotiroidismo, anemia, insuficiencia renal, problemas de columna, rodillas, talón (véase cuadro 4.26).

| Cuadro 4.26 | | |
|--------------------------|--|---|
| Otros problemas de salud | | |
| Paciente | 2017 | 2018 |
| 3 | Sobrepeso, hipotiroidismo y divertículos en el colon | Sobrepeso, tiroides e hipertensión |
| 8 | Insuficiencia renal e hipertensión | Insuficiencia renal e hipertensión |
| 9 | Anemia | Columna, rodillas y talón |
| 12 | Sobrepeso e hipertensión | Sobrepeso, hipertensión y problemas en las rodillas |
| 14 | Sobrepeso, problemas de columna | Columna y rodillas |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.
Información proporcionada por el paciente (enfermedades señaladas)

Consumo de alcohol y tabaco

Se identifica que en el año 2017 no habían consumo de alcohol ni tabaco, para el 2018 el consumo de alcohol y tabaco se da en algunos pacientes de manera esporádica (véase cuadro 4.27).

| Cuadro 4.27 | | | | |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Alcohol y tabaco 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | Consumo de alcohol 2017 | Consumo de tabaco 2017 | Consumo de alcohol 2018 | Consumo de tabaco 2018 |
| 3 | No | No | No | No |
| 8 | No | No | No | Sí, diario |
| 9 | No | No | Sí, esporádicamente | No |
| 12 | No | No | No | No |
| 14 | No | No | No | No |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Consumo de alimentos

Los alimentos que consumían en 2017 los pacientes, se caracterizaban por ser nutritivos (verduras, frutas, y alimentos de origen animal). Los principales inconvenientes a los que se enfrentaron fue no poder comer todos los alimentos y no tener acceso a algunas frutas y verduras. Y el principal beneficio que tuvieron fue mantener una estabilidad en la salud (véase cuadro 4.28 - A).

| Cuadro 4.28 -A | | | | |
|-------------------|-----------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Alimentación 2017 | | | | |
| Paciente | Dieta | Alimentos que consume | Que beneficios espera | Problemas para la alimentación |
| 3 | Con dieta | Verduras, frutas, y alimentos de origen animal (pollo y pescado). | Una vida tranquila | No poder comer todo tipo de alimentos |
| 8 | Sin dieta | Verduras, frutas, y alimentos de origen animal (pollo y pescado). | Mantener una estabilidad en la salud | Ninguno |
| 9 | Con dieta | Pocas verduras, frutas y alimentos de origen animal (pollo y pescado) | Mantener una estabilidad en la salud | Ansiedad de no poder comer todo. |
| 12 | Con dieta | Verduras, frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal (pollo, res y pescado). | Mejorar la calidad de vida. | Ninguno |
| 14 | Sin dieta | Verduras, frutas, y alimentos de origen animal (pollo, res y pescado). | Evitar complicaciones | Sí el acceso de frutas y verduras |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Los alimentos que consumen en 2018 los pacientes se caracterizan por ser nutritivos, bajos en grasas y azúcares (verduras, frutas, pocos cereales y alimentos de origen animal) aunque generalmente se ajustan a los alimentos que tienen en casa o que pueden comprar. El principal inconveniente al que se enfrentan es no poder comprar alimentos sugeridos por el médico o nutriólogo. Y los beneficios que han tenido es sentirse mejor físicamente y la pérdida de peso cuando se apegan a una dieta rigurosa (véase cuadro 4.28 - B).

| Cuadro 4.28 - B | | | | |
|-------------------|-----------|---|---|---|
| Alimentación 2018 | | | | |
| Paciente | Dieta | Alimentos que consume | Beneficios de la alimentación | Problemas para la alimentación |
| 3 | Sin dieta | Los alimentos que tiene a su alcance, verduras, fruta, alimentos de origen animal | He tenido pocos ya que no siempre puedo seguir las recomendaciones de los médicos | Comprar alimentos recomendados por mi economía, mi esposo estaba desempleado |
| 8 | Con dieta | Verduras y pocos alimentos de origen animal | Se sentía mejor | Ninguno |
| 9 | Sin dieta | Verduras, frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal. | Ningún beneficio por que no voy con el nutriólogo | No tengo dinero para comprar los alimentos que me gustaría |
| 12 | Con dieta | Pocos cereales, bastantes verduras, frutas, así como leguminosas y alimentos de origen animal | He bajado poco de peso | No he podido bajar de peso como quisiera, y a veces no tengo para comprar los alimentos que debería comer |
| 14 | Sin dieta | Verduras, frutas, leguminosas pocos alimentos de origen animal. | En su momento baje de peso y me mantuve | No poder comprar los alimentos recomendados por mi economía. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

Actividad física

La actividad física se ha venido dando en algunas pacientes desde 2017, para el 2018 el ejercicio sigue siendo importante y recurrente. Realizan caminatas de manera regular en áreas comunes en su comunidad (parques, calle). Los problemas más habituales para no hacer ejercicio es la condición de salud e inseguridad (véase cuadro 4.29).

| Cuadro 4.29 | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Actividad física 2017 / 2018 | | | | | | | |
| Paciente | Realiza ejercicio 2017 | Frecuencia 2017 | Realiza ejercicio 2018 | Frecuencia 2018 | Ejercicio que realiza | Donde realiza ejercicio | Problemas para hacer ejercicio |
| 3 | No | No | Sí | Cuando puedo | Camino | Calle | Inseguridad de la colonia |
| 8 | No | No | Sí | Dos veces por semana | Fútbol | Deportivo o calle | Condición de salud |
| 9 | Sí | Diario 10 minutos | Sí | Dos veces por semana 30 minutos | Camino | Calle | Condición de salud |
| 12 | Sí | Diario 20 minutos | No | No hago | No hago | No hago | Flojera |
| 14 | No | No | Sí | Diario 40 minutos | Camino | Calle o parque | Condición de salud |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Medidas preventivas de vista, boca y pies

En 2018 los principales problemas bucales fueron; la pérdida de piezas dentales, periodontitis, caries, sensibilidad en las encías y asisten al dentista cuando tienen dolor. Mencionan asistir con el oftalmólogo cuando los necesitan y señalan tener cuidados con sus pies (véase cuadro 4.30).

| Cuadro 4.30 | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| Medidas preventivas 2018 | | | |
| Paciente | Problemas bucales y su asistencia al dentista | ¿Presenta algún problema de la vista? | ¿Qué tipo de cuidado tiene con sus pies? |
| 3 | Me sangran los dientes (periodontitis) Hace más de un año que fui al dentista. | No. | Trato de comprar zapatos que no me lastimen, que no se me reseque la piel me pongo mi crema. |
| 8 | Perdidas de algunos dientes pero se los pusieron iba cuando tenía molestias. | Tuvo operaciones láser, pero al final. | No tuvo los cuidados necesarios (Pie diabético). |
| 9 | Pues he ido al dentista porque me han dolido los dientes ahorita me ha dolido de este lado (izquierdo), se me han picado. | Ocupo lentes para ver porque no veo, el doctor me dijo que fue por la anemia. | No tengo ningún cuidado y me pongo una crema en los pies pero hasta ahí. |
| 12 | Caries y voy de vez en cuando. | No, veo bien. | Sí los lavo y seco. |
| 14 | A veces me duele una de las muelas cuando como frío o algo dulce me han revisado me dicen que no tengo nada. Ya tiene rato que no voy. | Tuve problemas cuando me diagnosticaron con diabetes acudí al doctor porque empecé a ver muy empañado pero me trataron y ya se normalizó la vista. | Pues si me los lavó me los aseo, únicamente tengo un problema un hongo en una uña. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.12 Datos de la vivienda

Residencia

Actualmente cuatro pacientes viven en la Zona Metropolitana del Valle de México, solo uno reside en el interior de la República (Guerrero). En el caso específico del paciente 14 le resulta difícil trasladarse a sus consultas al Hospital General de México en la Ciudad de México, aunque cuenta con familia en la CDMX su estancia y traslado representan mayores gastos (véase cuadro 4.31).

| Cuadro 4.31 | | | |
|-------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| Residencia | | | |
| Paciente | Lugar de origen | Residencia actual | Municipio |
| 3 | Puebla | Ciudad de México | Iztapalapa |
| 8 | Ciudad de México | Ciudad de México | Gustavo A. Madero |
| 9 | San Luis Potosí | Ciudad de México | Iztapalapa |
| 12 | Ciudad de México | Estado de México | Nezahualcóyotl |
| 14 | Guerrero | Guerrero | Ajuchitlán del progreso |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Vivienda

La mayoría de los pacientes habita en casas propias e independientes, cuentan con todos los servicios agua, luz, drenaje y pavimentación. Los principales problemas que tienen en sus colonias son la inseguridad y la escasez de agua (véase cuadro 4.32).

| Cuadro 4.32 | | | | |
|-------------|-------------------------|--------------------|------------------------------------|--|
| Vivienda | | | | |
| Paciente | Tenencia de la vivienda | Tipo de vivienda | Servicios con los que cuenta | Problemas en su comunidad |
| 3 | Renta | Casa independiente | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Inseguridad y escasez de agua |
| 8 | En otra situación | Casa independiente | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Falta de alumbrado, drogadicción e inseguridad |
| 9 | Propia | Casa independiente | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Drogadicción y escasez de agua |
| 12 | Propia | Casa independiente | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Inseguridad y escasez de agua |
| 14 | Propia | Casa independiente | Agua y luz | Inseguridad y escasez de agua |

Fuente: Elaboración propia con base en el tipo y clase de vivienda de INEGI (2010), <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/164/vargrp/VG1>
Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

Características de la vivienda

Las viviendas de la mayoría de los pacientes cuentan con cocina, cuartos para dormir, sanitarios conectados a la red pública y los materiales de construcción son; loza de concreto, paredes de ladrillo o tabique, pisos de cemento o algún otro piso firme. La única vivienda rural ubicada en el interior de la República (Guerrero), tiene techo de lámina, paredes de ladrillo, piso de tierra, en un solo cuarto se ubica la cocina, cama, comedor y tiene una letrina afuera de su casa (véase cuadro 4.33).

| Cuadro 4.33 | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|----------------------|
| Características de la vivienda | | | | | | |
| Paciente | Cuartos para dormir | Cocina | Instalación sanitaria | Tipo de techo | Tipo de paredes | Tipo de piso |
| 3 | 2 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 8 | 1 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 9 | 2 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 12 | 3 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 14 | 0 | Cocina en el dormitorio | Letrina | Lámina | Tabique o ladrillo | Tierra |

Fuente: Elaboración propia con base en el tipo y clase de vivienda de INEGI (2010), <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/164/vargrp/VG1>
Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.13 Datos de la economía

Contribución al hogar

Los principales proveedores del hogar son; pacientes, pareja, hijos y del gobierno (véase cuadro 4.34).

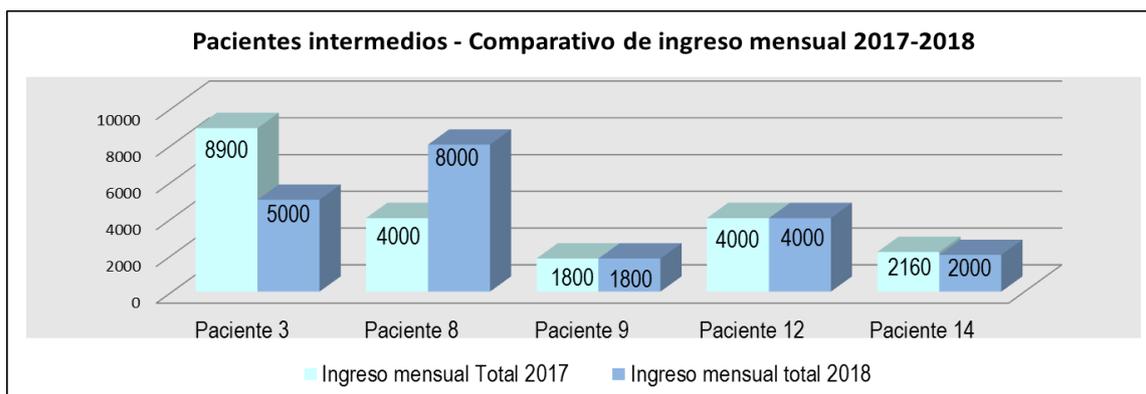
| Cuadro 4.34 | | |
|-------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Economía | | |
| Paciente | Contribución económica al hogar 2017 | Contribución económica al hogar 2018 |
| 3 | Esposo / SEDESOL | Esposo |
| 8 | Paciente y esposa | Paciente e hijos |
| 9 | Paciente | Paciente |
| 12 | Esposo | Esposo |
| 14 | Esposa, padre del paciente y SEDESOL | Esposa |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Ingreso mensual

En la gráfica se aprecia que en el año 2018 en la mayoría de los pacientes se mantuvo su ingreso mensual. Y en el caso en el que disminuyó el ingreso económico fue porque dejó de recibir ingresos del gobierno, por otro lado el único caso en el que aumento el ingreso mensual se dio debido a que los hijos apoyaron económicamente a su tratamiento (véase gráfica 3).

Gráfica 3



Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Porcentaje de gastos en el tratamiento 2017 – 2018

Gráfica 4



Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Entre los factores identificados o implicados en el incremento o decremento del gasto en la atención médica de las pacientes del 2017 para el 2018 fueron; ajuste del gasto del tratamiento a los ingresos percibidos, compra de más medicamentos y deterioro de salud física (véase gráfica 4).

El porcentaje mensual del gasto que destinan los pacientes al tratamiento en 2017 y 2018 del total de sus ingresos son los siguientes; los pacientes 3 y 14 en el 2018 gastaron menos en su tratamiento debido a que su ingreso disminuyó, mientras que la paciente 9 gasta más en comparación del 2017 debido a que compra medicamentos que antes le proporcionaba el Centro de Salud, por otra parte la paciente 8 gastó más en 2018 debido a que su salud empeoró y necesitaba mayor atención médica y por último la paciente 12 fue la única que mantuvo el mismo gasto en ambos años (véase gráfica 4).

7.14 Pacientes tipo 3

Datos personales

Este grupo se conformó por dos pacientes femeninos y un paciente masculino el cual falleció a finales del 2017 unos meses después de ser entrevistado, su estado de salud se deterioró muy rápido, hubo cambios en su vida cotidiana por ello se considera el aspecto económico y familiar en la segunda entrevista. El rango de edades es de 53 a 70 años, la escolaridad promedio es primaria incompleta, la religión que profesan es la católica, todos son apegados a la religión mencionan que la religión es parte de su vida y los alienta a sentirse mejor (véase cuadro 4.35).

| Cuadro 4.35 | | | | | |
|------------------|-----------|------|---------------------|----------|--------------|
| Datos personales | | | | | |
| Paciente | Sexo | Edad | Escolaridad | Religión | Estado civil |
| 2 | Masculino | 66 | Primaria incompleta | Católica | Finado |
| 5 | Femenino | 70 | Primaria incompleta | Católica | Viuda |
| 11 | Femenino | 53 | Media superior | Católica | Viuda |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Ocupación

Los pacientes en el año 2017 se dedicaban a las labores domésticas y una de ellas obtenía un ingreso de la venta de pasteles y pan. Para el año 2018 un paciente se incorporó al mercado laboral informal debido a que dejó de percibir ingresos de su hijo y del gobierno y otra paciente dejó de trabajar por problemas de salud (depresión, diagnóstico médico a partir del deceso de su esposo), (véase cuadro 4.36).

| Cuadro 4.36 | | |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Ocupación 2017 / 2018 | | |
| Paciente | Ocupación 2017 | Ocupación 2018 |
| 2 | Labores domésticas | Finado |
| 5 | Labores domésticas | Labores domésticas y comerciante |
| 11 | Labores domésticas y empresaria | Labores domésticas |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Los padecimientos que se mencionan fueron proporcionados por los pacientes.

7.15 Datos familiares

Total de hijos y su ocupación

Los hijos lo representan 7 mujeres y 7 hombres con un total de 14 hijos.

En 2017 y 2018 las ocupaciones más recurrentes son el estudio, empleo, labores domésticas y se desconoce la ocupación de los demás (véase cuadro 4.37).

| Cuadro 4.37 | | | | |
|---|-------|-------|--|---|
| Total de hijos y su ocupación 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | Hijas | Hijos | Ocupación 2017 | Ocupación 2018 |
| 2 | 2 | 1 | Labores domésticas (1) y comerciante (1) | Labores domésticas (1) y empleado(1) |
| 5 | 5 | 3 | Labores domésticas (2) y empleado (1) | Labores domésticas (1) comerciantes (1) y empleados (3) |
| 11 | 0 | 3 | Estudiantes (3) | Estudiantes (3) |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Con quienes habitan

En el 2017 las pacientes formaban parte de familias (extensa y unipersonal), conformadas por un máximo de 9 habitantes por hogar. Para el 2018 se identifican el tipo de familia extensa, monoparental extensa y monoparental.

En este año se observa una disminución en el número de habitantes (véase cuadro 4.38).

| Cuadro 4.38 | | | | |
|--|-------------------------------|------|------------------------|------|
| Con quienes viven y cuántos son incluyendo el paciente 2017 / 2018 | | | | |
| Paciente | 2017 | 2017 | 2018 | 2018 |
| 2 | Esposa, hijos, nuera y nietos | 9 | Esposa, hijos y nietos | 7 |
| 5 | Hija, yerno y nietos | 6 | Hija, yerno y nietos | 6 |
| 11 | Hijos | 4 | Hijos | 4 |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Modelo familiar

La descripción del modelo familiar (funcional o disfuncional) que aquí se presenta corresponde al año 2018.

En el modelo familiar funcional el tipo de familia por su desarrollo es moderna, en donde ambos cónyuges trabajan o incluso las mujeres son el principal sustento económico, las familias tienen límites claros, comparten información, existe colaboración, hay un sentido de pertenencia, las normas son claras. Los

roles son definidos cada miembro de la familia tiene responsabilidades, derechos y contribuyen al funcionamiento familiar. Por otro lado la comunicación es abierta y cercana.

El acontecimiento familiar que influyó en el tratamiento en el modelo familiar funcional fue la pérdida de la pareja.

En el modelo familiar disfuncional el tipo de familia por su desarrollo es moderna, en donde la mujer es el principal sustento económico, los límites son rígidos existen barreras en la comunicación (distante, escasa), no hay un sentido de colaboración, las normas no son claras, los roles son disfuncionales (alcoholismo y codependiente emocional), los integrantes no tienen responsabilidades claras, no contribuyen al trabajo familiar y a la economía (véase cuadro 4.39).

| Cuadro 4.39 | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------|--------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------|---|
| Modelo familiar 2018 | | | | | | | | |
| Pac | Tipo de familia por su composición | Tipo de familiar por su desarrollo | Limites | Roles | Comunicación | Ciclo vital de la familia | Acontecimientos familiares (Crisis) | Diagramas y descripción familiar (Anexos) |
| 2 | Extensa | Moderna | Claros | Disfuncional | Ocasional | Reencuentro | Deterioro de la salud del paciente | (véase pg. 151) |
| 5 | Monoparental Extensa | Moderna | Claros | Definidos | Abierta y cercana | Vejez | Fallecimiento de la pareja | (véase pg. 160) |
| 11 | Monoparental | Moderna | Rígidos | Disfuncional | Problemática | Adolescencia | Fallecimiento de la pareja | (véase pg. 170) |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Los acontecimientos familiares que influyeron en el tratamiento en el modelo familiar disfuncional fueron; deterioro de la salud y fallecimiento de la pareja.

7.16 Redes de apoyo

Entre las principales redes de apoyo se ubican la familia (hijos), amigos y vecinos y el apoyo que brindan es el económico y moral.

En el 2018 se identificó un distanciamiento por parte de los hijos debido a que no hay apoyo, responsabilidad y obligación en las actividades del hogar (véase cuadro 4.40, gráfica 5).

| Cuadro 4.40 | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| Redes de apoyo 2017 - 2018 | | | | | | | | |
| Paciente | Principal apoyo familiar 2017 | Tipo de apoyo 2017 | Principal apoyo familiar 2018 | Tipo de apoyo 2018 | Otras redes de apoyo 2017 | Tipo de apoyo 2017 | Otras redes de apoyo 2018 | Tipo de apoyo 2018 |
| 2 | Hija | Económico y emocional | Finado | Finado | Amistades | Apoyo moral | Finado | Finado |
| 5 | Hija | Económico y emocional | Hijas | Económica y emocional | Hermanas y amistades | Apoyo moral y en especie | Amiga y vecina | Moral y en especie |
| 11 | Hijos | Emocional | Sin apoyo | Ninguno | Hermanos y amistades | Apoyo moral | De nadie | Ninguno |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Apoyo espiritual

Esta red de apoyo está vinculada a la fe y a las imágenes religiosas que se encuentran en las iglesias. Aunque este factor no es determinante en el tratamiento, si está implicado en el comportamiento de los pacientes en cuanto a su atención médica. Para algunos pacientes es muy relevante la religión o creencia en su diagnóstico y vida cotidiana, como se describe en el siguiente cuadro (véase cuadro 4.41).

| Cuadro 4.41 | | |
|-------------|----------|---|
| Religión | | |
| Paciente | Religión | La importancia de la creencia en su diagnóstico y vida cotidiana |
| 2 | Católica | La salud del paciente se había deteriorado bastante, menciona su hija que él iba a misa cada ocho días era muy cercano a la iglesia, le generaba una sensación de bienestar. |
| 5 | Católica | La paciente asiste constantemente a la iglesia menciona ser muy católica, reza constantemente pide por ella y que considere sus peticiones, menciona que su fe es el mejor psicólogo que tiene. Cuando tiene problemas muy graves asiste a la iglesia para desahogarse y platicar con Dios para que le ayude. Así mismo pide por su salud todos los días. |
| 11 | Católica | Menciona que Dios es muy importante para ella, siempre reza y le pide a Dios todos los días por sus hijos y por su salud. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.17 Datos de salud

| Cuadro 4.42 | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| Diagnóstico Diabetes Mellitus Tipo 2 | | | | | | |
| Pac. | Tiempo de diagnóstico | Diagnóstico DM2 | Asistencia a consultas en 2017 | Atención del personal médico 2017 | Asistencia a consultas en 2018 | Atención del personal médico 2018 |
| 2 | 21 años | Tiene antecedentes de diabetes por parte de su padre, tuvo síntomas (sed y hambre intensa, cansancio) menciona que nunca se cuidó aunque en las instituciones de salud le hicieron recomendaciones. | Cada dos meses | Buena atención. | Finado | Finado |
| 5 | 9 años | Indica que tiene hermanas con diabetes y se enteró por una prueba de glucosa, en algún momento intentó seguir las recomendaciones de los especialistas, aunque menciona que por su edad perdió el desinterés. | Primera vez | Me trataron muy bien. | Dejó de asistir hace un año | Dejó de asistir. |
| 11 | 19 años | Señala tener antecedentes por ambos padres y que le diagnosticaron al asistir a endocrinología. | Cada mes | Pues está bien. | Hace menos de un año | Dejó de asistir, aunque mencionó que le gustaría que los médicos fueran más observadores, les dedicaran más tiempo y los trataran con mayor calidez. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Dos pacientes dejaron de asistir a sus consultas en el 2018, una debido a la inadecuada atención médica y otra por depresión después del fallecimiento de la pareja (diagnostica por un psiquiatra del IMSS), (véase cuadro 4.42).

Respecto a la percepción de la atención del equipo médico de los pacientes en el año 2017 señalan que la atención está bien. En el año 2018 los pacientes dejaron de asistir y solo una comento que le gustaría que los médicos dedicaran más tiempo a cada paciente y que los trataran con mayor calidez.

Otros problemas de salud

Además de la DM2 se suman padecimientos como insuficiencia renal, problemas en la vesícula, obesidad, hipertensión y depresión (véase cuadro 4.43).

| Cuadro 4.43 | | |
|--------------------------|---|-----------|
| Otros problemas de salud | | |
| Paciente | 2017 | 2018 |
| 2 | Insuficiencia renal | Finado |
| 5 | Obesidad, problemas de vesícula, hernia, y dolores en el estómago | Obesidad |
| 11 | Obesidad, hipertensión y depresión | Depresión |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.
 Información proporcionada por el paciente (enfermedades señaladas)

Consumo de alcohol y tabaco

Se identifica que en el año 2017 y 2018 los pacientes consumen esporádicamente alcohol y tabaco (véase cuadro 4.44).

| Cuadro 4.44 | | | | |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Alcohol y tabaco 2017 / 2018 | | | | |
| | Consumo de alcohol 2017 | Consumo de tabaco 2017 | Consumo de alcohol 2018 | Consumo de tabaco 2018 |
| 2 | Sí | Sí, diario | Finado | Finado |
| 5 | No | No | Sí, esporádicamente | No |
| 11 | Sí, esporádicamente | Sí, de vez en cuando | Sí, todas las semanas | Sí, diario |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Consumo de alimentos

Los alimentos que consumían en 2017 los pacientes se caracterizan por ser nutritivos (verduras, frutas, pocos cereales y alimentos de origen animal). Y los beneficios que han tenido son la pérdida de peso y una mejor calidad de vida (véase cuadro 4.45 -A).

| Cuadro 4.45 -A | | | | |
|-------------------|-----------|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Alimentación 2017 | | | | |
| Paciente | Dieta | Alimentos que consume | Que beneficios espera | Problemas para la alimentación |
| 5 | Sin dieta | Pocas frutas, verduras, cereales, y alimentos de origen animal (pollo, res y pescado). | Bajar de peso y estar mejor | Pues no voy con la nutrióloga |
| 11 | Con dieta | Verduras, frutas, cereales y alimentos de origen animal (pollo, res y pescado). | Una mejor calidad de vida | Ninguno |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Los alimentos que consumen en 2018 los pacientes se caracterizan por ser altos en grasas, azúcares, pocas frutas y verduras. Los inconvenientes a los que se enfrentado es no querer seguir una dieta balanceada. Y los beneficios que han tenido es la pérdida de peso cuando siguen las recomendaciones de un nutriólogo (véase cuadro 4.45 -B).

| Cuadro 4.45 - B | | | | |
|-------------------|-----------|---|--|---|
| Alimentación 2018 | | | | |
| Paciente | Dieta | Alimentos que consume | Beneficios de la alimentación | Problemas para la alimentación |
| 5 | Sin dieta | Todos los alimentos sin proporciones establecidas | Baje un poco de peso | Pues yo siento que a veces ya no quiero ciertas cosas |
| 11 | Sin dieta | Pocas frutas, verduras, cereales, también consumía leguminosas y alimentos de origen animal | Actualmente ninguno, porque deje de ir a mis consultas | A veces me siento muy triste, deprimida y con desánimo para hacer las cosas |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

Actividad física

La actividad física se da en una paciente desde 2017 para el 2018 el ejercicio se da esporádicamente (sale a caminar a la calle). El problema para no hacer ejercicio es no querer hacer ejercicio (véase cuadro 4.46).

| Cuadro 4.46 | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|---------|-----------------------------|
| Actividad física 2017 / 2018 | | | | | | | |
| Paciente | 2017 | | 2018 | | | | |
| | Realiza ejercicio y frecuencia | Realiza ejercicio y Frecuencia | Ejercicio que realiza | Donde realiza ejercicio | Problemas para hacer ejercicio | | |
| 2 | No | No | Finado | Finado | Finado | Finado | Finado |
| 5 | No | No | No | No hago | No hago | No hago | No me gusta hacer ejercicio |
| 11 | Sí | Diario 1 hora | Sí | Cuando puedo | Camino | Calle | Flojera |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Medidas preventivas de vista, boca y pies

Una paciente mencionó tener perdida de piezas dentales, las pacientes indican tener vista cansada y referente a la atención de los pies ambas tienen cuidados de lavado, secado y corte de uñas (véase cuadro 4.47).

| Cuadro 4.47 | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| Medidas preventivas 2018 | | | |
| Paciente | Problemas bucales y su asistencia al dentista | ¿Presenta algún problema de la vista? | ¿Qué tipo de cuidado tiene con sus pies? |
| 5 | No tengo muchos dientes y voy una vez cada año | A mi edad me falla un poco la vista, pero tengo mis lentes | Yo me pongo la goicochea para diabéticos cuando me baño me secó bien, me pongo en todas mis piernas hasta mis pies y tengo un hongos en una uña gruesa |
| 11 | No pues no, siempre me cuido mucho los dientes | Pues sólo para ver de cerca no veo muy bien pero es como vista cansada | Si me los cuido, me corto las uñas pero están bien. |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.18 Datos de la vivienda

Residencia

Los pacientes viven en el Zona Metropolitana del Valle de México en las siguientes alcaldías y municipio (Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero y Texcoco) (véase cuadro 4.48).

| Cuadro 4.48 | | | |
|-------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Residencia | | | |
| Paciente | Lugar de origen | Residencia actual | Municipio |
| 2 | Ciudad de México | Ciudad de México | Venustiano Carranza |
| 5 | Puebla | Ciudad de México | Gustavo A. Madero |
| 11 | Estado de México | Estado de México | Texcoco |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017.

Vivienda

Los pacientes viven en departamentos propios, cuentan con los servicios de agua, luz, drenaje y pavimentación. Entre los problemas más preocupantes en los pacientes es la inseguridad, salir a las calles a realizar sus actividades cotidianas, la drogadicción y la falta de recolección de basura (véase cuadro 4.49).

| Cuadro 4.49 | | | | |
|-------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| Vivienda | | | | |
| Paciente | Tenencia de la vivienda | Tipo de vivienda | Servicios con los que cuenta | Problemas en su comunidad |
| 2 | Propia | Departamento en edificio | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Delincuencia, drogadicción y falta de recolección de basura |
| 5 | Propia | Departamento en edificio | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Inseguridad |
| 11 | Propia | Departamento en edificio | Agua, luz, drenaje y pavimentación | Inseguridad |

Fuente: Elaboración propia con base en el tipo y clase de vivienda de INEGI (2010). <http://www3.inegi.org.mx/rmm/index.php/catalog/164/vargrp/VG1>
Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

Características de la vivienda

Los departamentos se conforman por cuartos para dormir, cocina, sanitarios conectados a la red pública, los materiales de construcción de las viviendas son de; loza de concreto, paredes de ladrillo y el piso de cemento o algún otro material firme (véase cuadro 4.50).

| Cuadro 4.50 | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|------------------|--------------------|----------------------|
| Características de la vivienda | | | | | | |
| Paciente | Cuartos para dormir | Cocina | Instalación sanitaria | Tipo de techo | Tipo de paredes | Tipo de piso |
| 2 | 2 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 5 | 2 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |
| 11 | 3 | Cuarto para cocinar | Sanitario | Loza de concreto | Tabique o ladrillo | Cemento o piso firme |

Fuente: Elaboración propia con base en el tipo y clase de vivienda de INEGI (2010). <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/164/vargrp/VG1>
Entrevistas realizadas en Agosto del 2018.

7.19 Datos de la economía

Contribución al hogar

Los principales proveedores son; el paciente, hijos y pareja (véase cuadro 4.51).

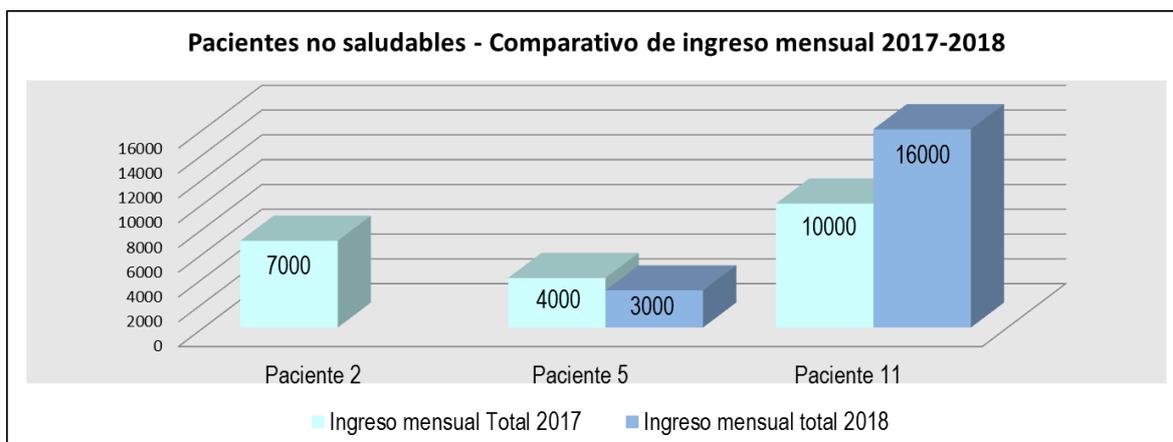
| Cuadro 4.51 | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Pacientes no saludables -Economía | | |
| Paciente | Contribución económica al hogar 2017 | Contribución económica al hogar 2018 |
| 2 | Esposa e hijo | Finado |
| 5 | Hija e hijo / SEDESOL | Hija |
| 11 | Paciente | Paciente |

Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Ingreso mensual

Se aprecia en la gráfica que en el año 2018 el ingreso mensual de la paciente cinco disminuyó debido a que dejó de recibir apoyo por parte de uno de sus hijos y del gobierno por lo cual tuvo que trabajar para compensar dichos ingresos. Aunque el ingreso de la otra paciente 11 aumentó esto no ha sido un factor para que se apegue al tratamiento (véase gráfica 5). Y con respecto al paciente 2 al empeorar su condición de salud necesitaba más diálisis pero a la familia se le dificultó pagar todas las diálisis que necesitaba.

Gráfica 5



Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

Porcentaje de gastos en el tratamiento 2017 – 2018

Entre los factores identificados o implicados en el incremento o decremento del gasto en la atención médica de las pacientes del 2017 para el 2018 fueron; mayor deterioro de la salud debido al alto costo del tratamiento, depresión lo que ocasionó abandono en el tratamiento, y ajuste del gasto del tratamiento a los ingresos percibidos (véase gráfica 6).

Gráfica 6



Entrevistas realizadas en Agosto del 2017 y 2018.

El gasto del tratamiento en los años 2017 y 2018 del total de sus ingresos son los siguientes:

En el paciente 2 el gasto en el tratamiento (alimentación, consultas médicas, estudios médicos, medicamentos) aumento en 2018 debido a que su estado de salud empeoró por la insuficiencia renal y necesitaba varias diálisis a la semana, en el caso 5 la paciente dejo de asistir a CAIDO–HGM y comenzó a asistir a consultas privadas ya que señala que la atención fue mala, por otra parte la paciente 11 disminuyo la cantidad que gastaba en su tratamiento ya que dejo de asistir a CAIDO – HGM y no lleva a cabo las recomendaciones de los especialistas uno de los motivos fue la pérdida de su esposo que le genero depresión y comenzó a desapegarse del tratamiento (véase gráfica 6).

DESCRIPCIÓN GENERAL POR GRUPO DE PACIENTES

| FACTORES | PACIENTE TIPO 1 | PACIENTE TIPO 2 | PACIENTE TIPO 3 |
|-------------------------------|--|---|--|
| DATOS PERSONALES | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuatro pacientes femeninos. 2. Edades entre los 39 -64 años. 3. Escolaridad promedio, media superior. 4. Predomina la religión católica. 5. Estado civil diverso. 6. Principal ocupación; labores domésticas y comercio. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tres pacientes femeninos, dos pacientes masculinos, uno de ellos finado. 2. Edades entre los 37 -65 años 3. Escolaridad promedio, primaria completa. 4. Predomina la religión católica. 5. Principal estado civil (casado). 6. Principal ocupación; labores domésticas, comercio y labores del campo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dos pacientes femeninos, un paciente masculino (finado). 2. Edades entre los 53 -70 años 3. Escolaridad promedio, primaria incompleta. 4. Predomina la religión católica 5. Principal estado civil (viuda). 6. Principal ocupación; labores domésticas y comercio. |
| TIPO Y MODELO FAMILIAR | Predomina el modelo familiar funcional y la familia monoparental. | Predomina el modelo familiar funcional y la familia nuclear. | No predomina ningún tipo de modelo. |
| REDES DE APOYO | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Familia, amigos y vecinos. 2.- Tipo de apoyo económico y moral. 3.- Apegados a la fe. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Familia, amigos y vecinos 2. Tipo de apoyo económico y moral. 3. Apegados a la fe y a la creencia de imágenes religiosas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Familia (hijos), amigos y vecinos 2. Tipo de apoyo económico y moral. 3. Apegados a la fe, así como a la creencia de imágenes religiosas y asisten a la iglesia. |
| SALUD (hábitos) | 1. Tiempo de diagnóstico es de tres a once años. | 1. Tiempo de diagnóstico es dos a 25 años. | 1. Tiempo de diagnóstico es dos a 25 años. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>saludables y no saludables)</p> | <p>2. Antecedentes familiares con diabetes.</p> <p>3. Asistencias a consultas al Hospital General de México son (cada dos meses).</p> <p>4. Otras enfermedades que padecen son; hipertensión, sobrepeso, obesidad, problemas del corazón y problemas musculares</p> <p>5. Consumo de alcohol es esporádico.</p> <p>6. Tienen una alimentación balanceada y nutritiva.</p> <p>7. Se ejercitan frecuentemente.</p> <p>8. Tienen una atención y cuidado bucal, vista y pies.</p> | <p>2. Antecedentes familiares con diabetes.</p> <p>3. Asistencias a sus consultas al Hospital General de México son (una vez cada medio año).</p> <p>4. Otras enfermedades que padecen son; hipertensión, sobrepeso, obesidad, hipotiroidismo, insuficiencia renal, problemas de columna, rodillas, talón.</p> <p>5. Consumo de alcohol es poco y esporádico.</p> <p>6. Intenta consumir alimentos nutritivos y balanceados, aunque se ajustan a los alimentos que pueden comprar.</p> <p>7. Se ejercitan frecuentemente.</p> <p>8. Asisten al odontólogo, oftalmólogo y podólogo cuando tienen alguna molestia.</p> | <p>2. Antecedentes familiares con diabetes.</p> <p>3. Dejaron de asistir en 2018 a sus consultas al Hospital General de México.</p> <p>4. Otras enfermedades que padecen son; insuficiencia renal, obesidad y depresión.</p> <p>5. Consumo de alcohol y tabaco frecuente.</p> <p>6. Consumen todo tipo de alimentos.</p> <p>7. Ejercicio no es frecuente.</p> <p>8. Asisten al odontólogo, oftalmólogo y podólogo cuando tienen alguna molestia.</p> |
| <p>RESIDENCIA Y TIPO DE VIVIENDA</p> | <p>1. Alcaldías y municipios donde habitan son: Iztacalco, Venustiano Carranza, Cuautitlán Izcalli y Ajuchitlán del progreso (Guerrero).</p> <p>2. Habitan casas propias con servicios (agua,</p> | <p>1. Alcaldías y municipios donde habitan son: Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Nezahualcóyotl y Ajuchitlán del progreso (Guerrero).</p> <p>2. Habitan casas propias, rentadas, prestadas y cuentan con servicios (agua, luz y drenaje).</p> | <p>1. Alcaldías y municipios donde habitan son: Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero y Texcoco.</p> <p>2. Habitan departamentos propios y cuentan con servicios (agua, luz, drenaje y pavimentación).</p> |

| | | | |
|-----------------|--|--|---|
| | <p>luz, drenaje).</p> <p>3. Construcción de las casas (loza de concreto, ladrillo, pisos firmes).</p> <p>4. Problemas más comunes en sus comunidades son; inseguridad, escasez de agua y falta de recolección de basura.</p> | <p>3. Construcción de las casas (loza de concreto, ladrillo, pisos firmes).</p> <p>4. Problemas más comunes en sus comunidades son; inseguridad, escases de agua y drogadicción.</p> | <p>3. Construcción de las casas (loza de concreto, ladrillo, pisos firmes).</p> <p>4. Problemas más comunes en sus comunidades son; inseguridad, falta de recolección de basura, drogadicción.</p> |
| ECONOMÍA | <p>1. Principales proveedores del hogar: pacientes, pareja, hijos.</p> <p>2. El ingreso mensual en 2018 se redujo en comparación al 2017.</p> <p>3. Factores implicados en el incremento o decremento del gasto en la atención médica; complicaciones de salud, atención médica particular y el ajuste al gasto del tratamiento a los ingresos percibidos.</p> | <p>1. Principales proveedores del hogar: pacientes, pareja, hijos.</p> <p>2. El ingreso mensual del 2018 se mantuvo con respecto al 2017.</p> <p>3. Factores implicados en el incremento o decremento del gasto en la atención médica; ajuste del gasto del tratamiento a los ingresos percibidos, compra de más medicamentos y deterioro de salud física.</p> | <p>1. Principales proveedores del hogar: paciente e hija.</p> <p>2. El ingreso mensual es variable, no hay un común entre los pacientes.</p> <p>3. Factores implicados en el incremento o decremento del gasto en la atención médica; deterioro de la salud debido al alto costo del tratamiento, depresión lo que ocasiono abandono en el tratamiento, y ajuste del gasto del tratamiento a los ingresos percibidos.</p> |

Fuente: Elaboración propia (análisis de datos de los tres grupos).

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

| PACIENTE TIPO 1 | PACIENTE TIPO 2 | PACIENTE TIPO 3 |
|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Son más apegados al tratamiento (alimentación, ejercicio, medicamentos, consultas médicas) y por ende su salud es más estable. 2. Tienen apoyo por parte de la familia (principalmente) y amigos. 3. El tiempo de diagnóstico es menor con respecto de los otros grupos. 4. La asistencia a sus consultas médicas es frecuente. 5. El consumo de alcohol es esporádico (reuniones sociales). 6. La economía no es un factor que impida seguir las recomendaciones médicas. 7. La distancia no es una limitante para que asistan a sus consultas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Los pacientes ajustan su tratamiento (alimentación, medicamentos, citas médicas) con los recursos que cuentan. 2. Buscan y toman el apoyo de la familia, amigos y vecinos. 3. El tiempo de diagnóstico es diverso. 4. La asistencia a sus consultas médicas son esporádicas y frecuentes. 5. El consumo de alcohol es esporádico y el consumo de tabaco es frecuente en un solo caso. 6. La economía ha sido un factor que afecta la asistencia a sus consultas y al acceso a los alimentos sugeridos por el nutriólogo o médico. 7. La distancia no es una limitante para que asistan a sus consultas. 8. Los pacientes han tenido problemas familiares que han afectado el tratamiento. | <ol style="list-style-type: none"> 1. No se apegan al tratamiento, no siguen las recomendaciones médicas. 2. El apoyo de la familia y amistades es esporádico. 3. El tiempo de diagnóstico es mayor a los nueve años. 4. No asisten a sus consultas. 5. El consumo de alcohol y tabaco es frecuente. 6. La economía no es un factor para que se apegue al tratamiento. 7. La distancia no es una limitante para que asistan a sus consultas médicas. |

Fuente: Elaboración propia (análisis de datos de los tres grupos).

ANÁLISIS GENERAL

Los elementos a resaltar de la investigación son:

- *Salud*

Los pacientes están conscientes de su estado de salud y principalmente de la DM2, así como de las consecuencias y/o complicaciones al no seguir con el tratamiento, también conocen los resultados al seguir con las recomendaciones de los diversos especialistas.

Los pacientes conocen la importancia de la participación activa con respecto a su salud, el autocuidado y el correcto control de su tratamiento, ya que esto con lleva a una mejor calidad de vida, siempre siguiendo las recomendaciones de los diversos especialistas, así mismo es importante mencionar que entre el paciente y los diversos especialistas debe existir una comunicación directa y abierta que les permita a los pacientes informar su sentir sobre el tratamiento así como las problemáticas que se presentan para seguir con el tratamiento adecuado.

Otros problemas de salud más persistentes en los entrevistados son la hipertensión, sobrepeso, obesidad y problemas de rodilla.

Actualmente los pacientes mantienen mejores condiciones de higiene personal en comparación al primer acercamiento de investigación, debido a que conocen las complicaciones al no tener una higiene adecuada.

- *Estilo de vida*

En la investigación es notable la decisión y el interés de las personas que quieren y/o mantienen un estilo de vida saludable y una mejor calidad de vida.

Distinguen características específicas en los entrevistados, como los estilos de vida saludables (aquellas conductas que aportan bienestar físico, emocional y social) y el seguimiento de las recomendaciones médicas, también se identifican estilos de vida no saludables (comportamientos que perjudican el

bienestar físico, emocional y social) y el desapego de las recomendaciones médicas.

Es muy visible que los pacientes que tienen un estilo de vida saludable se reflejan en su calidad de vida, ya que mencionan sentirse bien o mejor (físicamente y anímicamente) con los resultados obtenidos al seguir con las recomendaciones médicas y con mayores planes a futuro.

Con respecto al punto antes mencionado se identificó que la mayoría de pacientes mantuvo el mismo estilo de vida, también se observaron pacientes que dejaron de tener un estilo saludable debido a problemas financieros, emocionales y familiares.

- Redes de apoyo

Para los pacientes las redes de apoyo son vitales, principalmente el apoyo familiar y de amigos, ya que son el impulso para mantener un estilo de vida saludable y desear una mejor calidad de vida, ya que esto les permite compartir y vivir momentos de su vida con sus seres queridos. El apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado.

El modelo familiar que predomina es el funcional, el 58% de los entrevistados pertenece al modelo de familia funcional y el 41% pertenece a una familia disfuncional.

Se observó que los pacientes tienen más hijas y son ellas quienes apoyan (económicamente o moralmente) más a los pacientes en su tratamiento.

En los casos que no tienen apoyo de personas o instituciones se refugian en la religión o en la espiritualidad ya que les brinda fuerza y tranquilidad.

La religión, creencia y fe en el 91% de los pacientes representa un apoyo e incentivo para seguir con su tratamiento y en su vida cotidiana.

- Economía

El aspecto económico es un elemento primordial ya que con ello pueden adquirir medicamentos, acceder a consultas médicas (seguir con un tratamiento médico integral), consumir una dieta recomendada, que sin dicho

recurso limita el acceso a lo antes mencionado pero no es un factor que determine la adherencia al tratamiento.

Son pocos los pacientes que dependen económicamente de sus familias o que necesitan apoyo para trasladarse por problemas de salud, mencionan que su condición les afecta emocionalmente, ya que los hace sentirse improductivos. En 2018 el 41% de los pacientes realizaban algún tipo de trabajo remunerado

El ingreso mensual en 2018 disminuyó en un 42% de los pacientes, aumento en un 25% de los pacientes y se mantuvo en el 33% de los pacientes.

El gasto mensual que realizaban los pacientes en el tratamiento en 2018 disminuyó en un 42% de los pacientes, aumento en un 50% de los pacientes y se mantuvo en el 8% de los pacientes.

El grupo de pacientes tipo 1 gasta más en su tratamiento en comparación de los otros grupos.

En 2018 las personas con mayor contribución económica al hogar son el paciente, seguido por la pareja e hijos.

- Vivienda

La residencia no es una limitante para que los pacientes asistan a sus consultas a la institución de salud, debido a que la mayoría de los pacientes viven en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. El 83% de los pacientes viven en la Zona Metropolitana del Valle de México.

Para los pacientes que viven en el interior de la República la distancia no es una limitante para asistir a sus consultas al HGM. El 17% de los pacientes viven en el interior de la República (Guerrero).

El 75% de los entrevistados cuenta con los servicios (agua, drenaje, luz y pavimentación), mientras que el 25% de los entrevistados no cuenta con todos los servicios (agua, drenaje, luz y pavimentación).

El problema más recurrente en los tres grupos de pacientes es la inseguridad seguido por la escasez de agua.

Las causas por las que los pacientes no siguen con su tratamiento son; problemas familiares, económicos y emocionales.

Por último es importante mencionar que los pacientes en la segunda entrevista se mostraron más honestos, abiertos y con mayor confianza en las respuestas.

CONCLUSIONES

Con base en la investigación realizada, los estilos de vida en pacientes que viven con diabetes mellitus tipo 2 están relacionados con los factores físico, psicológico, social y material.

Por ello los pacientes necesitan acceso a servicios de salud donde les brinden atención integral de diversas profesiones (enfermería, medicina, nutrición, psicología, y trabajo social), además son necesarias las redes de apoyo (familia, amigos, vecinos, creencias) ya que son un soporte en su vida y en su condición de salud. Por otra parte es necesaria la fuente de un ingreso económico así como el acceso a servicios (agua potable, electricidad, alcantarillado, pavimentación). Además requieren de un seguimiento médico integral el cual les proporcionará una estabilidad en su salud.

Con base en esto en la investigación se planteó como hipótesis; que al mantener un estilo de vida saludable y tener una adherencia al tratamiento se disminuyen las complicaciones en el estado de salud. También se mencionó la importancia de las redes de apoyo ya que estos generan en los pacientes mayor apego al tratamiento, fortaleza e interés en su estado de salud.

Con los resultados obtenidos se confirma la hipótesis; ya que cuatro de los doce pacientes que participaron en el estudio mantienen un estilo de vida saludable entendiéndose a ésta como; apego al tratamiento médico integral (alimentación balanceada, ejercicio, asistencia a consultas, toma de medicamentos, evitar el consumo de alcohol, tabaco y el automonitoreo), por parte de diferentes especialistas (medicina, nutrición, psicología, trabajo social) mantienen una estabilidad en su condición de salud física y emocional.

Como consecuencia hay una disminución en la incidencia de desarrollar alguna complicación derivada de la diabetes mellitus tipo 2 tales como: pie diabético, retinopatía, nefropatía, enfermedades cardiovasculares, problemas bucales y neuropatía. Se han visto disminuidas las complicaciones que se derivan al vivir con diabetes mellitus tipo 2, afirman sentirse mejor física y emocionalmente, esto los motiva a seguir las recomendaciones médicas y ser responsables de

su cuidado, saben que apegarse al tratamiento integral les dará más tiempo de vida y una mejor calidad de vida para disfrutar con sus familias.

Las redes de apoyo (familia, amigos, vecinos, trabajo, creencias) fortalecen y estimulan a los pacientes para afrontar problemas familiares y de salud. Las redes con mayor presencia en los pacientes son la familia, amigos, la religión o creencias, todo esto genera apego al tratamiento y motivación para cuidar de su propia salud ya que saben que con ello, vivirán más tiempo en condiciones estables y podrán estar más tiempo con sus seres queridos, además consideran retomar o llevar a cabo proyectos laborales o de la vida cotidiana. Una red de apoyo fundamental para los pacientes en momentos de soledad, tristeza, enojo y desesperación es la religión y sus creencias ya que esto les aporta fortaleza.

Existen otros factores que influyen en los estilos de vida como los recursos económicos aunque en los pacientes con estilos de vida saludables no ha sido determinante para seguir con las recomendaciones del tratamiento, ya que ante la falta o escases de recursos económicos, han creado estrategias (priorizan su tratamiento y/o se han integrado a algún empleo) para no dejar su tratamiento.

Los pacientes con estilos de vida saludables están conscientes de las repercusiones de no apegarse al tratamiento y las complicaciones que trae con ello en su estado de salud, es por eso que para ellos lo más importante es el autocuidado y el interés por sí mismos, saben que si ellos no se interesan por seguir su tratamiento nadie más lo va hacer, ante esto y a pesar de las diversas problemáticas que puedan tener (familiares, emocionales o económicos, etc) le dan prioridad al tratamiento en su vida cotidiana.

Todo esto confirma que al mantener un estilo de vida saludable y un apego al tratamiento médico integral contribuye a la estabilidad de la salud y por ende propicia menor incidencia de complicaciones, además tener redes de apoyo generan fortaleza y motiva el interés por parte de los pacientes en su estado de salud.

No así en los pacientes que no tienen un estilo de vida saludable o que intenta llevarla; son diversos los motivos por las cuales los pacientes no se apegan al tratamiento y como resultado no tienen una estabilidad en su estado de salud y

tienen mayor incidencia a presentar problemas derivada de la diabetes mellitus tipo 2.

Los motivos por los cuales no se apegan al tratamiento son: problemas familiares (relaciones y dinámicas conflictivas) lo que afectó el seguimiento del tratamiento médico, por otra parte su estado de ánimo (tristeza, desgano, depresión) lo que provoca desinterés en su salud y desapego en el tratamiento (mala alimentación, no hacer ejercicio, consumir bebidas alcohólicas y tabaco, no asistir al médico, no tomar medicamentos y no auto monitorearse).

Por otra parte tampoco asisten a las consultas con los diversos especialistas (medicina, nutrición, psicología, trabajo social). Así que presentan consecuencias derivadas de la diabetes mellitus tipo 2 (pie diabético, retinopatía, nefropatía diabética) y esto influye de forma negativa en el paciente notándose más tristes y con desánimo.

Existen factores externos que también influyen y que hacen difícil tener hábitos saludables están asociados a la urbanización y a los estilos de vida actuales como la exposición de venta y consumo de alimentos con poco valor nutricional, el ritmo de vida (largas jornadas labores), poca actividad física frecuente y los bajos ingresos económicos.

Esta investigación es una pequeña muestra de la importancia que tienen los factores sociales en el proceso salud-enfermedad, específicamente en la Diabetes Mellitus tipo 2. Ya que permitió identificar los cambios que realizan los pacientes en sus estilos de vida ante las recomendaciones médicas, así como conocer e identificar las necesidades y problemáticas que tienen.

PROPUESTAS

- ❖ El área de Trabajo Social debe mantener una coordinación con los integrantes del equipo de salud, para exponer los factores socioculturales y económicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad de los pacientes, así como los elementos que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud en el ámbito, grupal e individual y poder crear estrategias para que se apeguen al tratamiento empleando los recursos con los que cuentan.

- ❖ Promover la educación para la salud de forma transdisciplinaria con las áreas de medicina, enfermería y nutrición, dirigida a pacientes y familiares a través de pláticas informativas y material didáctico. Con el propósito de brindar información adecuada que sensibilice y motive al paciente en el autocuidado y en el familiar apoyar al paciente con el seguimiento del tratamiento, y con ello prevenir complicaciones derivadas de la diabetes y disminuir el riesgo de la enfermedad en los familiares; ejemplo de material didáctico (véase anexo pg.183-187).

- ❖ Aunque los pacientes tienen una atención integral en el proceso salud – enfermedad, es necesario estudiar los factores sociales que intervienen en el tratamiento y la condición de vida (hábitos y costumbres). Por eso, el uso de la técnica (entrevista) en el cual se integren elementos de; psicología, nutrición y medicina, permitirá conocer la situación social actual del paciente, identificado las principales necesidades y así realizar estrategias para que tengan un mayor apego al tratamiento; propuesta de instrumento para aplicar en la entrevista (véase anexo pg.188-190).

- ❖ Crear con el área de psicología grupos focalizados de pacientes y familiares, para que compartan aprendizajes de vivencias y experiencias que mejoren su condición de salud y bienestar familiar, creando un espacio de confianza donde puedan hablar de sus problemas y las dificultades emocionales que han tenido con la familia, amigos, individualmente y como lo han solucionado.

- ❖ Elaborar un plan de metas y estrategias personalizadas en conjunto con las áreas de medicina, psicología y nutrición con cada paciente haciendo uso de los recursos (físicos, emocionales, social y material), con los que cuenta para evitar el abandono del tratamiento integral.

- ❖ Formar e impartir con el área de psicología talleres donde se le enseñé al paciente a desarrollar estrategias personales para manejar temas psicosociales y evitar que dejen el tratamiento.

- ❖ Impartir con el área de enfermería talleres que incentiven la responsabilidad del autocuidado, aumente su autonomía, su confianza, lleve a cabo el auto monitoreo y registro regular de la glucosa.

- ❖ Implementar talleres con el área de nutrición para crear estrategias que se adecuen con los recursos que tienen y puedan apegarse a la dieta.

- ❖ Promover la adquisición de medicamentos por medio de convenios con laboratorios, farmacéuticas, asociaciones civiles, instituciones de asistencia privada, etc, para que los pacientes puedan adquirir medicamentos a bajos costos.

- ❖ Es importante la participación e integración de Trabajo Social en el grupo multidisciplinario de la Clínica de Atención Integral para el paciente con Diabetes y Obesidad (CAIDO), ya que la elaboración de diagnósticos sociales y seguimiento de casos aportan información desde el aspecto social al trabajo transdisciplinario lo que favorecerá para que la intervención se realice, se implemente y se imparta en conjunto con los diversos especialistas considerando las necesidades de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. (2013). *Asociación Americana de Diabetes*. Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de Asociación Americana de Diabetes: <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/condicion-fisica/empezar-de-forma-segura/el-ejercicio-y-el-control-de.html>
- Arizmendi, R., & Patiño, E. (2015). *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2018, de INCMNSZ: <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/boletines/bol-etinSeptiembre2015.html>
- Arroyo, E., García, R., Pineda, G., Velazquez, D., Peña, A., Hidalgo, I., y otros. (Junio de 2012). *Universidad Veracruzana*. Recuperado el 5 de Febrero de 2020, de Facultad de Trabajo Social: <https://www.uv.mx/personal/eperry/files/2011/05/EVIDENCIAS-INVEST.-CUANTITATIVA-FUNCIONES-DEL-TRABAJADOR-SOCIAL-EN-EL-AMBITO-LABORAL.pdf>
- Asociación Diabetes Madrid. (10 de Agosto de 2018). *Diabetes Madrid*. Recuperado el 20 de Mayo de 2018, de Asociación Diabetes Madrid: <https://diabetesmadrid.org/historia-la-diabetes/>
- Barranco, A. (2007). *Estilos de vida y barreras ambientales en el apego al tratamiento de personas con diabetes mellitus tipo 2 (Tesis de maestría)*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barranco, C. (2009). *Redalyc*. Recuperado el 9 de Julio de 2018, de Sistema de Información Científica Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161013165009>
- Bernuz, García, González, & Oliver. (2000). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de brouwer.
- Botero, B., & Pico, M. (31 de Agosto de 2007). *Scielo org*. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de Scielo org: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Cantú, P. (2014). *Redalyc*. Recuperado el 28 de Julio de 2018, de REVENF Costa Rica: <https://www.redalyc.org/pdf/448/44832162002.pdf>
- Carballeda, A. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación como proceso*. Argentina: Espacio Editorial.
- Castro, M. (2011). *SCIELO*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2018, de Scielo México:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032011000200002&lng=es&tlng=es.

Castro, M. d. (2011). *SCIELO*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2018, de Scielo México: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032011000200002&lng=es&tlng=es.

Castro, M., Aguillón, I., & Piña, M. (2010). *Desarrollo social y calidad de vida. Una aproximación desde el Trabajo Social*. México: Miguel Ángel Porrúa.

CONEVAL. (2018). *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Recuperado el 25 de Enero de 2020, de Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Alim_2018.pdf

Coreil, J., Levin, J., & Gartly, J. (2012). *Journals Madrid*. Recuperado el 5 de Septiembre de 2018, de <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1992/vol3/arti1.htm>

Cortés, V. S. (2013). *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. Recuperado el 25 de Abril de 2019, de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/14882>

Cuevas, N., Vela, Y., & Carrada, T. (19 de Diciembre de 2005). *Medigraphic*. Recuperado el 16 de Enero de 2020, de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im064e.pdf>

Diabetes, F. I. (2017). *Atlas de la diabetes 2016*. Recuperado el 15 de Junio de 2019, de International Federation Diabetes: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>

Díaz , L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (7 de Julio de 2013). *Redalyc*. Recuperado el 10 de Febrero de 2018, de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Dumont, G., & Clua, R. (Agosto de 2015). *Apostal digital*. Recuperado el 7 de Julio de 2018, de Revista de Ciencias Sociales: <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/dumont1.pdf>

Encarnación, L. (2016). *La Fundación Mexicana para la Salud*. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de Fundación Mexicana para la Salud: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf

Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw- Hill.

- ENTS. (2009). *Escuela Nacional de Trabajo Social*. Recuperado el Febrero de 2020, de Escuela Nacional de Trabajo Social: <http://www.trabajosocial.unam.mx/queestsocial.html>
- Escartin, M. (1992). *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*. Recuperado el 25 de Julio de 2018, de Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5898/1/ALT_01_05.pdf
- Evangelista, E. (2018). *Aproximaciones al Trabajo Social contemporáneo*. México: Entorno Social.
- F.M.D.AC. (2017). *Federacion Mexicana de diabtes A.C*. Recuperado el 9 de Febrero de 2018, de Federacion Mexicana de diabtes A.C.: <http://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-medio-camino-2016/>
- Federación Mexicana de Diabetes . (2015). *Federación Mexicana de Diabetes*. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de Federación Mexicana de Diabetes: <http://fmdiabetes.org/impacto-economico-de-la-diabetes-tipo-2-en-america-latina/>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2016). *Federación Mexicana de Diabetes A.C*. Recuperado el 14 de Enero de 2020, de Federación Mexicana de Diabetes A.C.: <http://fmdiabetes.org/ejercicio-y-diabetes-tipo-2/>
- Fernández , T., & Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con familias*. España: Ediciones Académicas.
- FITS. (2014). *Federación Internacional de Trabajadores Sociales*. Recuperado el 3 de Febrero de 2020, de Federación Internacional de Trabajadores Sociales: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Flores, C., & Martínez, G. (2006). *Redalyc*. Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Redalyc.org: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179613963012>
- FONAN. (2012). *Nutrición en México*. Recuperado el 23 de Junio de 2018, de Foro Nacional para la construccion de la política alimentaria y nutricional 2012: http://www.nutricionenmexico.com/documentos/Foro%20Nacional%20Nutrici%F3n%20y%20Alimentacion%2016_OCT_2012.pdf
- Gallardo, A. (2014). *CENAPRECE*. Recuperado el 2020 de Enero de 20 , de CENAPRECE: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODDistritoFederal.pdf>

- Gálvez, A. (2011). *DGCS UNAM*. Recuperado el Junio de 2018, de DGCS UNAM: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_610.html
- Gamboa, J. (2004). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis de Maestría)*. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de León.
- García, A. (2000). *Reader digital books*. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de <http://reader.digitalbooks.pro/book/preview/2143/html10>
- Gómez. (2011). *Ingeniería UNAM*. Recuperado el 5 de Julio de 2018, de Instituto de Ingeniería UNAM: : <http://www.iingen.unam.mx/es-mx/bancodeinformacion/memoriasdeeventos/jornadassalud/estilosdevidasaludable.pdf>
- Gómez, M. (2005). *Universidad de Granada*. Recuperado el 14 de Junio de 2018, de Facultad de Psicología: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15519119.pdf>
- Guerrero, L., & León, A. (2010). *Redalyc*. Recuperado el 12 de Mayo de 2018, de Educere: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
- Hernández, Rodríguez, & Sierra. (2014). *Sx Cardiometabólico diabetes*. Recuperado el 18 de Mayo de 2018, de Nieto editores: <http://nietoeditores.com.mx/nieto/Diabetes/Diabetes1small.pdf>
- HGM. (2015). *Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"*. Recuperado el Noviembre de 2019, de Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga": https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/programa_2015.pdf
- HGM. (2018). *Hospital General de México* . Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga": <http://192.168.0.25/pdf/manuales/organi/diradjmed/ManOrgDptoTrabajoSocial.pdf>
- Hidalgo, C., Vera, A., & Del Río, A. (Marzo de 2005). *DOCPLAYER*. Recuperado el 9 de Abril de 2018, de DOCPLAYER: <https://docplayer.es/18870775-Introduccion-modulo-i-tendencias-en-salud-publica-salud-familiar-y-comunitaria-y-promocion-osorno-marzo-abril-del-2005.html>
- Iturriaga, J. (2007). *UNAM*. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de UNAM: revistas.unam.mx/index.php/archipielago/article/download/19941/18932
- Izcara, S. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Ciudad de México: Editorial Fontamara.
- Izcara, S., & Andrade, K. (2003). *La entrevista en profundidad: teoría y práctica*. Tamaulipas México: Universidad Autónoma de Tamaulipas .

- Ledón, L. (2012). *Scielo*. Recuperado el 8 de Marzo de 2019, de Revista Cubana Endocrinol: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
- Lemus, M., Llanos, I., & Lardoeyt, R. (2015). *SCIELO*. Recuperado el 20 de ENERO de 2020, de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000400001
- López, C., & Ávalos, M. (2013). *SCIELO*. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de Revista Cubana de Salud Pública: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013
- Mandal, A. (2019). *News medical life sciences*. Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de News medical life sciences: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)
- MEDIX. (2018). *MEDIX*. Obtenido de MEDIX: <https://www.medix.com.mx/sobrepeso-obesidad/diabetes-mellitus/>
- Memebrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., & Rodríguez, J. (2008). *Familia Introducción al estudio de sus elementos*. Ciudad de México: Editores de Textos Mexicanos.
- Monje, C. Á. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa - Guía didáctica. En M. d.-G. didáctica, *Tipos de investigación cualitativa* (pág. 112). Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Montiel, M. (2018). *Facultad de Medicina*. Recuperado el 18 de Junio de 2018, de Gaceta Facultad de Medicina: <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/04/05/mexico-en-alerta-por-el-sedentarismo/>
- Novials, A. (2006). *Diabetes Madrid*. Recuperado el 15 de Junio de 2018, de Sociedad Española de Diabetes: <http://www.diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2015/07/Diabetes-y-Ejercicio-%C2%B7-SED.pdf>
- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Serna, J., Rodríguez, M., & Muñoz, A. (2010). *Redalyc*. Recuperado el 20 de Agosto de 2020, de Revista hacia la promoción de la salud: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126694009.pdf>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de Enero de 2020, de OMS: <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de Enero de 2018, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

- OMS. (2018). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- OMS. (2020). OMS. Recuperado el 20 de Enero de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/diet/es/>
- OPS & OMS. (2014). *Organización Panamericana de la Salud* . Recuperado el 22 de Junio de 2018, de PAHO: PS & OMS. (2014). Los Impuestos a los Refrescos y a las Bebidas Azucaradas como Medida de Salud Pública. 22 de Junio 2018, de OPS/OMS Sitio web: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=627:los-impuestos-refrescos-bebidas-azuc
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/diet/es/>
- Palomba, R. (2002). *Academia edu*. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de Academia edu: https://www.academia.edu/7127777/Calidad_de_Vida_Conceptos_y_medidas
- Pérez, P., & Solanas, I. (2006). *Revista Tripodos* . Recuperado el 5 de Diciembre de 2018, de <https://www.raco.cat/index.php/Tripodos/article/viewFile/40001/40076>
- Ponce, J. (2006). *SCIELO*. Recuperado el 11 de Enero de 2018, de Index de enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100013
- Quecedo, R., & Castaño , C. (2002). *Redalyc revista de psicodidáctica*. Recuperado el 15 de Enero de 2018, de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Rivera, J., Velasco, A., & Carriedo, A. (2018). *PAHO*. Obtenido de PAHO: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=849-vfinal-consumo-de-bebidas-azucaradas&Itemid=493
- Rodríguez, L., Loor, L., & Anchundia, V. (2017). *EUMED Revista CCCSS*. Recuperado el 20 de Enero de 2020, de Eumed.net: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Salazar, J., Pando, M., Arana, C., & Heredia, D. (2005). *Medigraphic*. Recuperado el 20 de Agosto de 2020, de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053d.pdf>
- Salinas, C., Hernández, S., Hernández, M., & Hernández, J. (2015). *Academia Nacional de Medicina - México*. Obtenido de Academia Nacional de Medicina - México: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L15-Acciones-para-enfrentar-a-la-diabetes.pdf>

- Salud, A. M. (2018). *Atlas de la salud* . Recuperado el 18 de Julio de 2018, de <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.aspx?idbloque=4>
- Schwartzmann, L. (2003). *Ciencia y enfermería*. Recuperado el 25 de Enero de 2020, de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325
- Secretaría de Salud. (2008). *PAHO*. Obtenido de PAHO: https://www.paho.org/mex/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26view%3Ddownload%26alias%3D421-programa-de-accion-especifico-2007-2012-diabetes%26category_slug%3Dprogramas-y-proyectos%26Itemid%3D493+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx
- Socarrás, M., Bolet, M., & Licea , M. (2002). *Scielo*. Recuperado el 15 de Enero de 2020, de Scielo: Socarrás Suárez, María Matilde, Bolet Astoviza, Miriam, & Licea Puig, Manuel. (2002). Diabetes mellitus: tratamiento dietético. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 21(2), 102-108. Recuperado en 31 de enero de 2020, de <http://scielo.sld.cu/scielo>
- SSA. (2015). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-diabetes-y-sus-complicaciones>
- Tello, N. (2010). *Nelia Tello*. Recuperado el 10 de Marzo de 2020, de Nelia Tello: <http://neliatello.com/docs/ires-y-venires-de-la-intervencion-de-trabajo-social.pdf>
- Tello, N. (2013). *Natalia Tello Articulos TS*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2019, de Natalia Tello: <http://neliatello.com/docs/pensando-el-trabajo-social-desde-el-trabajo-social.pdf>
- Tello, N. (2013). *Nelia Tello articulos TS*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2019, de Nelia Tello: <http://neliatello.com/docs/pensando-el-trabajo-social-desde-el-trabajo-social.pdf>
- Tello, N. (2016). *El Trabajo Social (Tesis de Maestría)*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tello, N., & Ornelas, A. (2015). *Nelia Tello*. Recuperado el 10 de Marzo de 2020, de Nelia Tello: <http://neliatello.com/docs/Historia-TS-en-Mexico.pdf>
- Tonon, G. (2010). *Redalyc*. Recuperado el 15 de Julio de 2018, de Polis Revista de la Universidad Bolivariana: <https://www.redalyc.org/pdf/305/30515373017.pdf>
- Tonon, G. (2011). *Revista Kairos*. Recuperado el 30 de Enero de 2020, de KARIOS Revista de temas sociales: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3702607.pdf>.
- Torres, B. (2018). *Sinfronteras*. Recuperado el 18 de Junio de 2018, de Nexos: <https://sinfronteras.nexos.com.mx/?p=106>

Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). *Scielo*. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de Scielo Chile: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

Uwe, F. (2007). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata S.L.

Valero, A. (2012). *Calameo*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2019, de Calameo: <https://es.calameo.com/read/005382398e5e0ee59d610>

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- F.M.D.AC. (5 de Enero de 2017). Federación Mexicana de diabetes A.C. Recuperado el 9 de Febrero de 2018, de Federación Mexicana de diabetes A.C.: <http://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-medio-camino-2016/>
- Fernández, T., & Ponce de León, L. (2011). Trabajo Social con familias. España: Ediciones Académicas.
- FONAN. (2012). Nutrición en México. Recuperado el 23 de Junio de 2018, de Foro Nacional para la construcción de la política alimentaria y nutricional 2012: http://www.nutricionenmexico.com/documentos/Foro%20Nacional%20Nutrici%F3n%20y%20Alimentacion%2016_OCT_2012.pdf
- Gamboa, J. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis de Maestría). Nuevo León, México: Universidad Autónoma de León.
- HGM. (2015). Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Recuperado el Noviembre de 2019, de Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga": https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/programa_2015.pdf
- HGM. (2018). Hospital General de México . Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga": <http://192.168.0.25/pdf/manuales/organi/diradjmed/ManOrgDptoTrabajoSocial.pdf>
- Mandal, A. (4 de junio de 2019). News medical life sciences. Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de News medical life sciences: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)
- OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de Enero de 2018, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Redalyc revista de psicodidáctica. Recuperado el 15 de Enero de 2018, de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (Abril de 2012). Scielo. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de Scielo Chile: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

ANEXOS

Familiogramas, mapa de redes, ecomapa y descripción familiar

Para la investigación se hizo uso de; familiograma, descripción familiar, ecomapa y mapa de redes por cada paciente.

Con ellos se puede entender de forma detallada la estructura y dinámica familiar, por quienes está conformada la familia, las relaciones que existe entre ellos, así como la identificación de las redes de apoyo y cómo influyen en los pacientes.

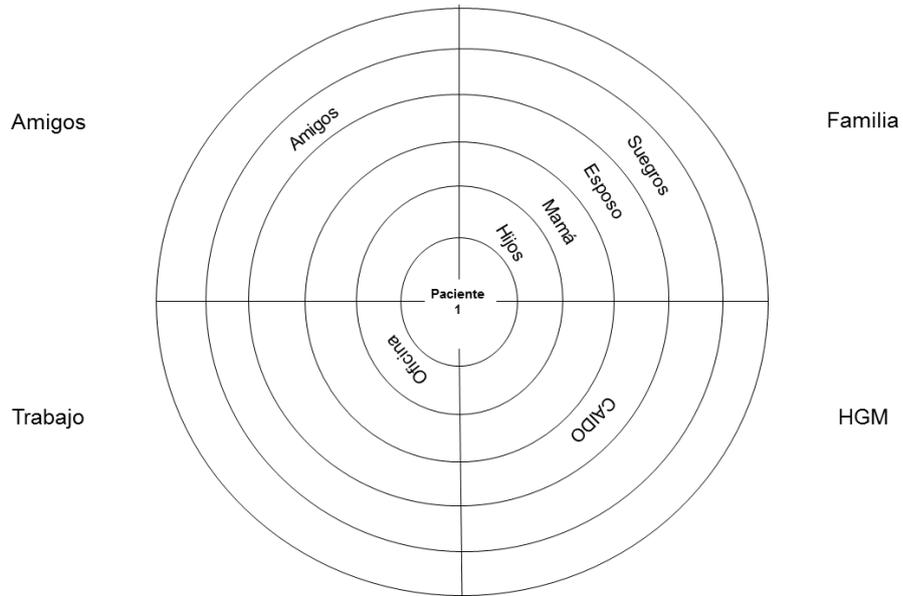
Esta información permite identificar los factores sociales (físico, psicológico, social y material) que influyen en los estilos de vida cotidiana en los pacientes.

Además nos proporciona conocer las fortalezas y oportunidades, con los que cuenta el paciente y con ello proponer estrategias, propuestas grupales y/o personales para que el paciente se apegue al tratamiento.

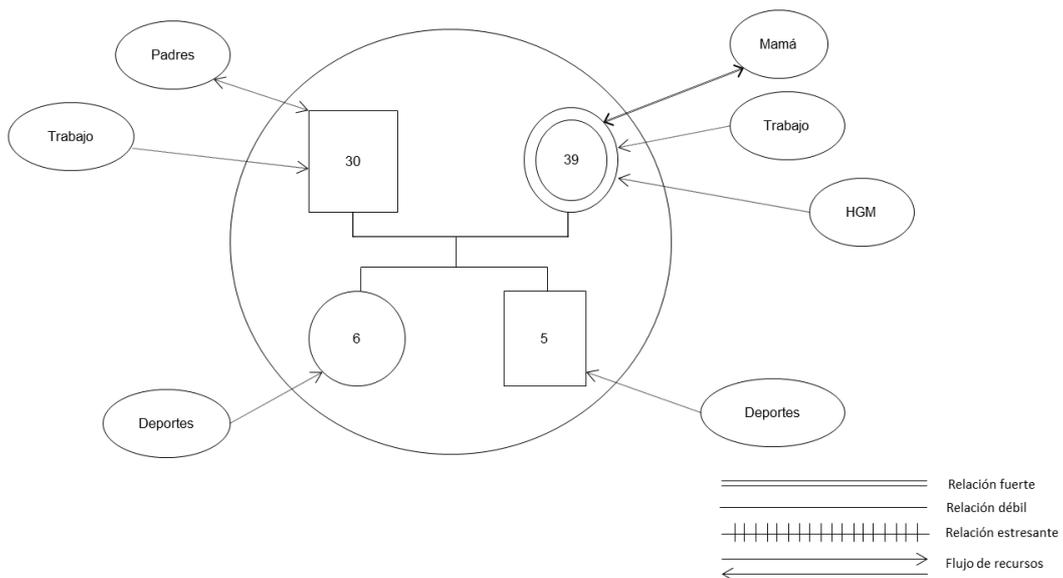
Por ello se integra a la investigación dicho instrumento y técnicas gráficas de diagnóstico de cada paciente, para que el lector pueda visualizar la situación real del entorno (familiar, económico, salud, emocional, relaciones sociales, vivienda) y con ello permita tener mayor claridad de cómo y de qué forma el paciente se apegue al tratamiento.



PACIENTE 1 - MAPA DE REDES



PACIENTE 1 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 39 años de edad, casada con preparatoria terminada, es empleada en oficinas de Policía bancaria, es la primera de dos hijas, la paciente vive con DM2, hipertensión, acaba de tener una operación del corazón.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: familia extensa.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde reside tiene todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación y recolección de basura), tiene acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderno, el esposo y la paciente trabajan el principal proveedor económico es el esposo, ambos comparten las tareas del hogar y la crianza de los hijos.

5.- Límites: claros cada integrante de la familia que responsabilidades debe realizar así como, además se intercambia información de forma discreta y reserva entre la familia.

6.- Roles: estos están definidos cada miembro tiene clara sus obligaciones y sus derechos, la paciente y su esposo contribuyen económicamente y emocionalmente a la familia, así como el reparto de las actividades en casa y con los hijos. Existe un acompañamiento en el diagnóstico de la paciente por parte del esposo, la madre y los suegros.

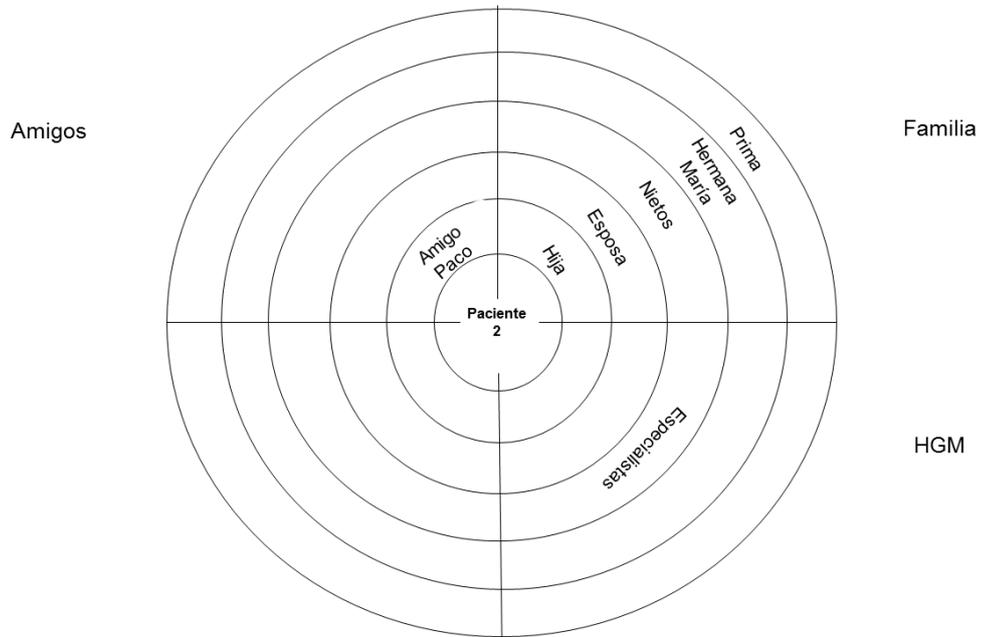
7.- Comunicación: hay una comunicación abierta y estrecha principalmente entre la paciente y su madre, la operación del corazón fue el detonante para que la paciente y su esposo tuvieran una mayor comunicación e interacción y con sus hijos la comunicación es cercana.

8.- Ciclo vital de la familia: infancia de los hijos, ambos hijos son menores a los 6 años de edad se encuentran en la etapa de la crianza de ambos padres los cuales conviven y se hacen cargo de su educación.

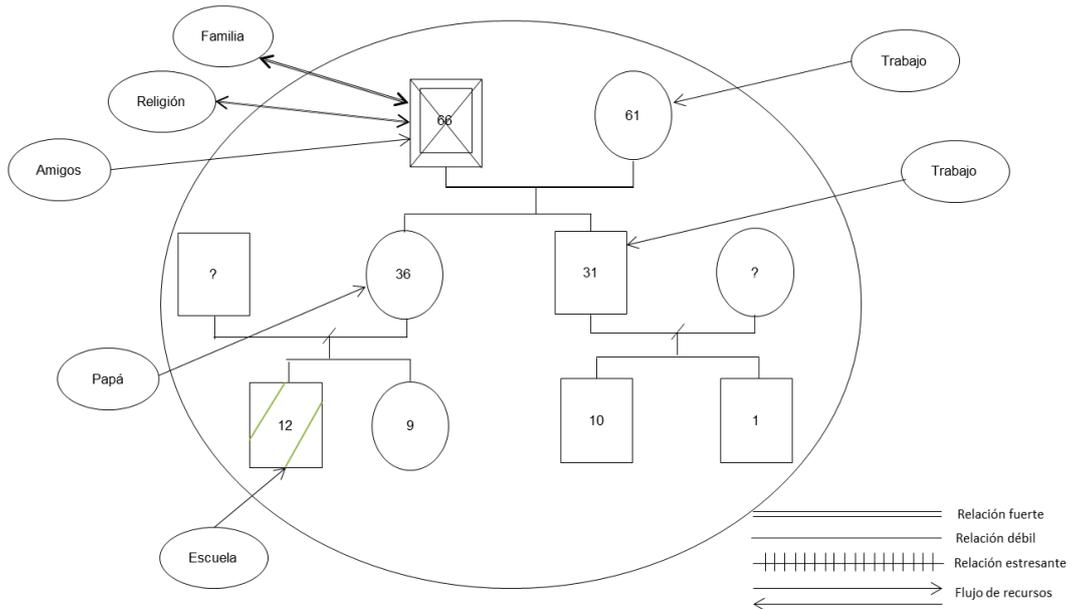
9.- Acontecimientos familiares (crisis): Deterioro de la salud del paciente.



PACIENTE 2 - MAPA DE REDES



PACIENTE 2 - ECOMAPA





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente masculino que falleció a los 66 años de edad, casado, estudio hasta 5to año de primaria, debido a su condición física dejó de trabajar y solo estaba en su casa, es el tercero de tres hermanos, falleció de insuficiencia renal e infarto vivió con DM2, bebía con frecuencia.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: familia extensa.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde residía cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación), tiene acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad, drogadicción y la recolección de basura.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderno, la esposa del paciente era la principal proveedora económica.

5.- Límites: claros hay información compartida entre los miembros, todos conocieron la situación de la enfermedad así como el desarrollo del paciente, los integrantes participaban de acuerdo a las posibilidades de cada uno en apoyar al paciente.

6.- Roles: el paciente tuvo un rol disfuncional debido al alcoholismo lo que provocó un mayor deterioro en su salud. Su familia cumplía con las actividades y tareas en la casa y en el apoyo del paciente.

7.- Comunicación: el paciente mantenía una comunicación muy cercana con su hija quien era la principal apoyo y compañía, también mantenía una comunicación abierta con su esposa y con el resto de los integrantes de la familia.

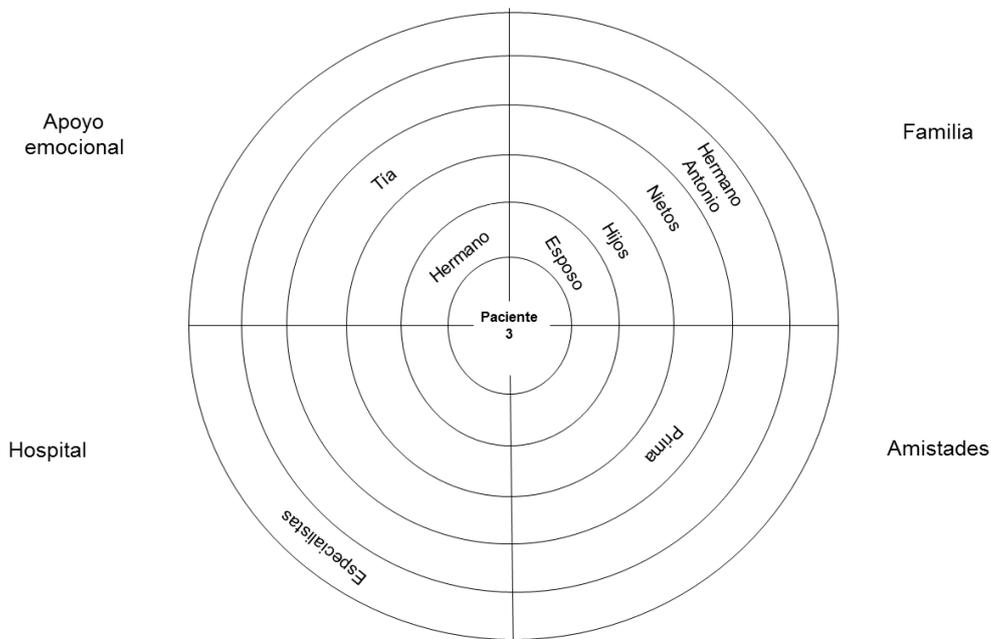
8.- Ciclo vital de la familia: el reencuentro, el paciente vivía con su esposa y nadie dependía del paciente, sus hijos ya habían confirmado sus propias familias.

9.- Acontecimientos familiares (crisis): deterioro de la salud del paciente.



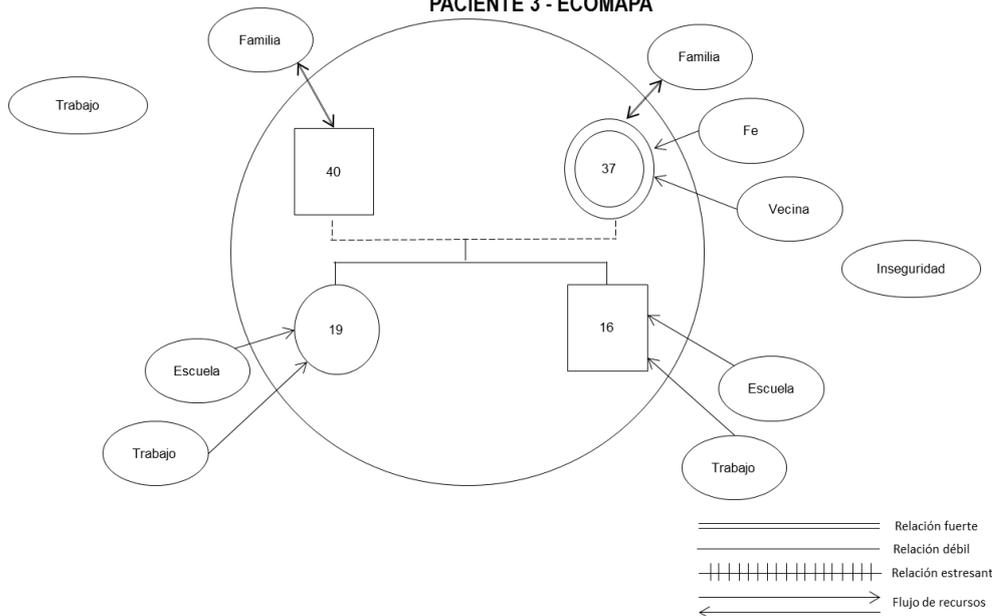
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PACIENTE 3 - MAPA DE REDES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PACIENTE 3 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 37 años de edad, vive en unión libre , estudio la primaria, ama de casa es la mayor de cinco hermanos, padece hipotiroidismo, DM2.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: familia nuclear, además es una familia acordeón debido a que el esposo de la paciente pasa mucho tiempo alejado de la familia debido a su trabajo (chofer de tráiler).

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde residía cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación), tiene acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad y que le han afectado de forma directa son la inseguridad, la inseguridad ha modificado su estilo de vida.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: arcaica, el esposo de la paciente es el principal proveedor económico, sus hijos le apoyan de vez en cuando y la paciente se dedica a las actividades del hogar.

5.- Límites: claros hay información compartida entre los miembros, el esposo y los hijos participan en el cuidado y apoyo de la paciente en su tratamiento.

6.- Roles: los roles son claros, cada miembro realiza las actividades que les corresponde, todos aportan de acuerdo a sus posibilidades

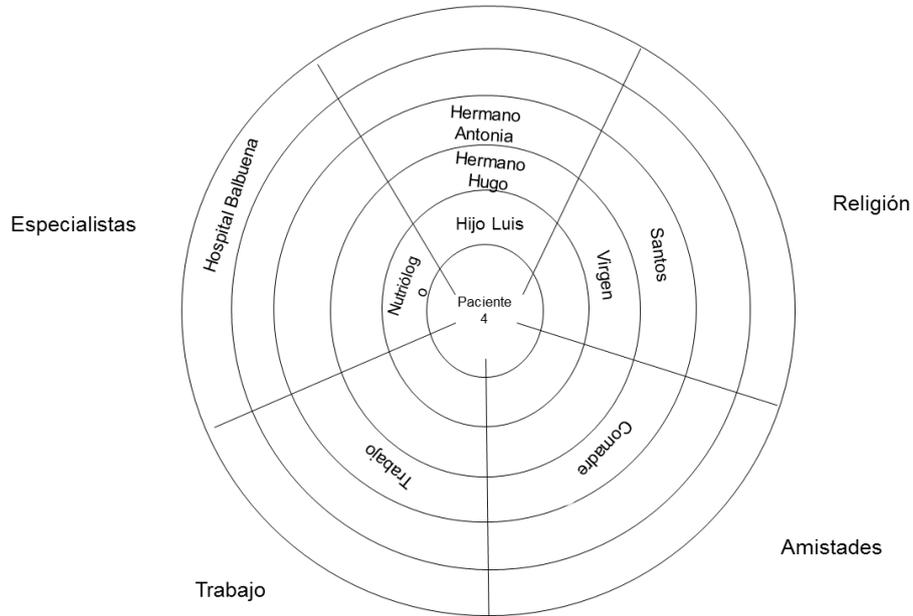
7.- Comunicación: la paciente tiene una comunicación abierta y clara con su familia, todos hablan sobre los problemas y necesidades de cada uno de los integrantes, la paciente cuenta con el apoyo de su esposo e hijos.

8.- Ciclo vital de la familia: la adolescencia, los padres siguen siendo el sostén principal de los adolescentes.

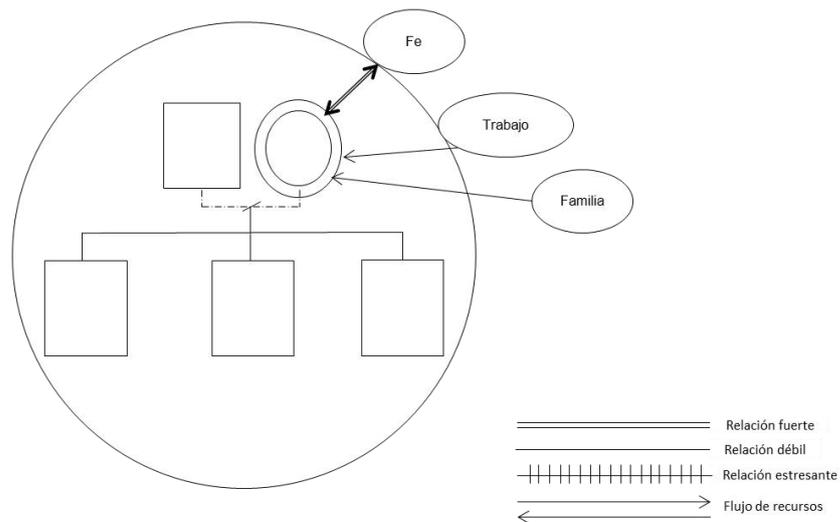
9.- Acontecimientos familiares (crisis): deterioro de la salud del paciente.



PACIENTE 4 - MAPA DE REDES



PACIENTE 4 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 63 años de edad, soltera, no fue a la escuela pero sabe leer y escribir, es ama de casa y comerciante, es la segunda de cinco hijos, vive con DM2, hipertensión y sobrepeso.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: familia monoparental

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde reside cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación), tiene acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad y la recolección de basura.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la paciente se separó de su esposo y ella es la principal proveedora económica en su casa, ya que tres de sus hijos viven con ella y no le aportan monetariamente.

5.- Límites: rígidos no se comparte la información entre los integrantes de la familia, existen barreras en la comunicación, no hay un sentido de colaboración.

6.- Roles: los roles no son claros ya que no hay participación por los miembros de la familia que viven con la paciente, solo existe la participación económica y emocional por parte de la paciente.

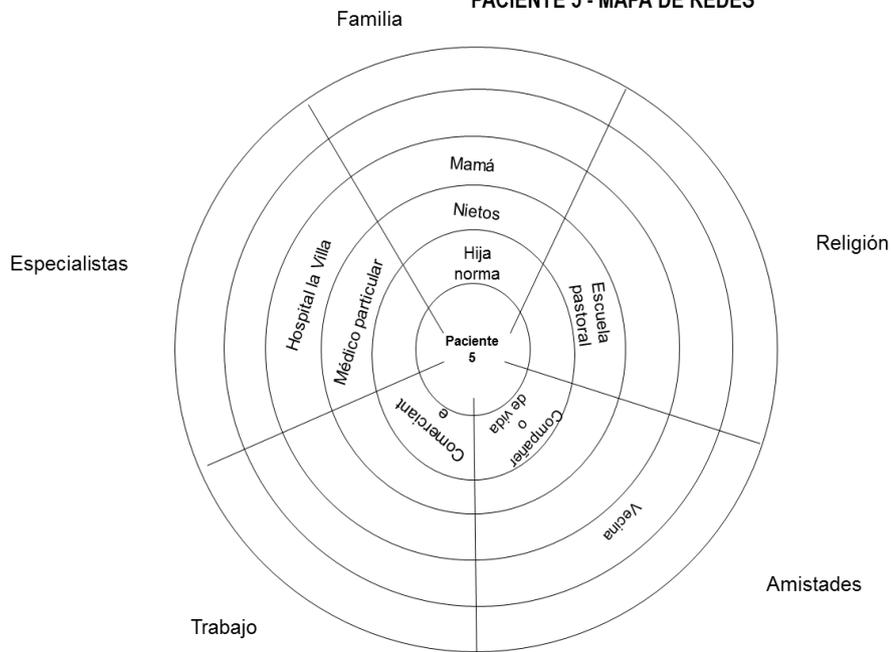
7.- Comunicación: No existe una comunicación abierta ni estrecha por parte de los hijos de la paciente que viven con ella, pero si el hijo mayor tiene una mayor interacción apoyo y comunicación con ella..

8.- Ciclo vital de la familia: la vejez. Aunque la paciente sigue siendo el principal sustento en vivienda, alimentación y salud de sus tres hijos.

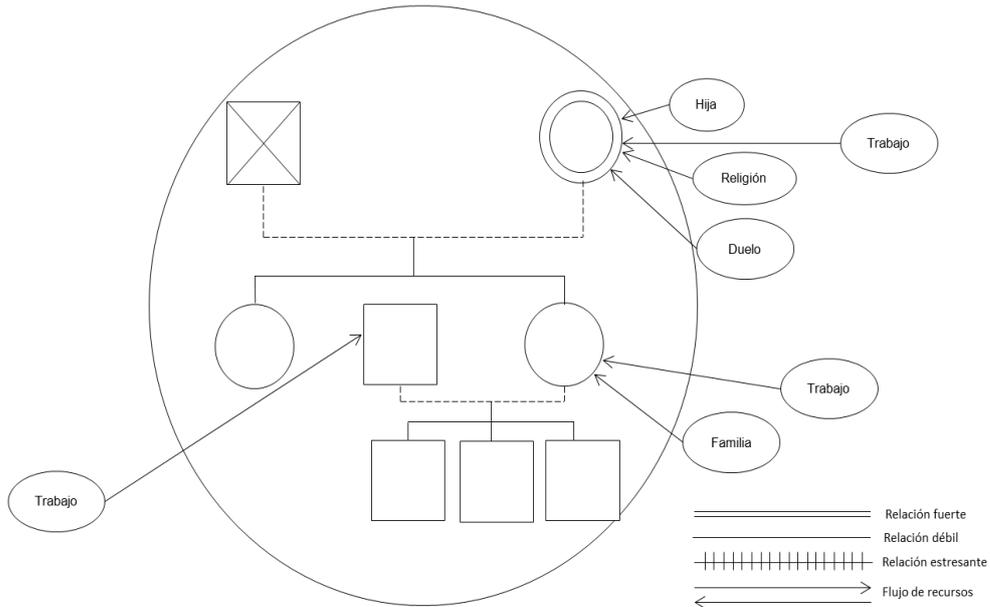
9.- Acontecimientos familiares (crisis): ruptura en la relación con sus hijos



PACIENTE 5 - MAPA DE REDES



PACIENTE 5 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 70 años de edad, viuda, curso el primer año de primaria, ama de casa y comerciante (vende gorditas, quesadillas), es la primera de 7 hijos y vive con DM2.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: uniparental extensa.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde reside cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación), tiene acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad y la falta de recolección de basura.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la paciente trabaja y aporta económicamente a la familia, la hija es la principal proveedora económica.

5.- Límites: claros cada integrante participa en las labores de la casa, así de forma económica y emocional.

6.- Roles: cada integrante tiene claro los roles que debe desempeñar para apoyar a la paciente en su diagnóstico y en las tareas del hogar.

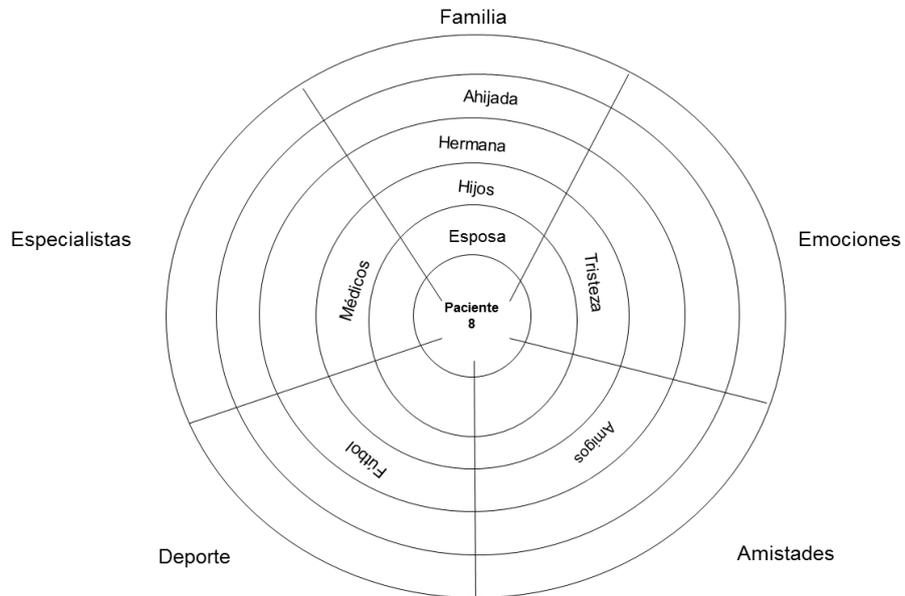
7.- Comunicación: La paciente tuvo 7 hijos de los cuales solo mantiene una relación y comunicación cercana y abierta con sus dos hijas menores y con quienes viven, tiene apoyo por parte de ellas para seguir con su tratamiento en la diabetes. Recientemente falleció su compañero de vida ya que así lo menciona y esto le ha afectado emocionalmente ya que era la persona con quien mantiene una mayor cercanía y apoyo emocional.

8.- Ciclo vital de la familia: la vejez.

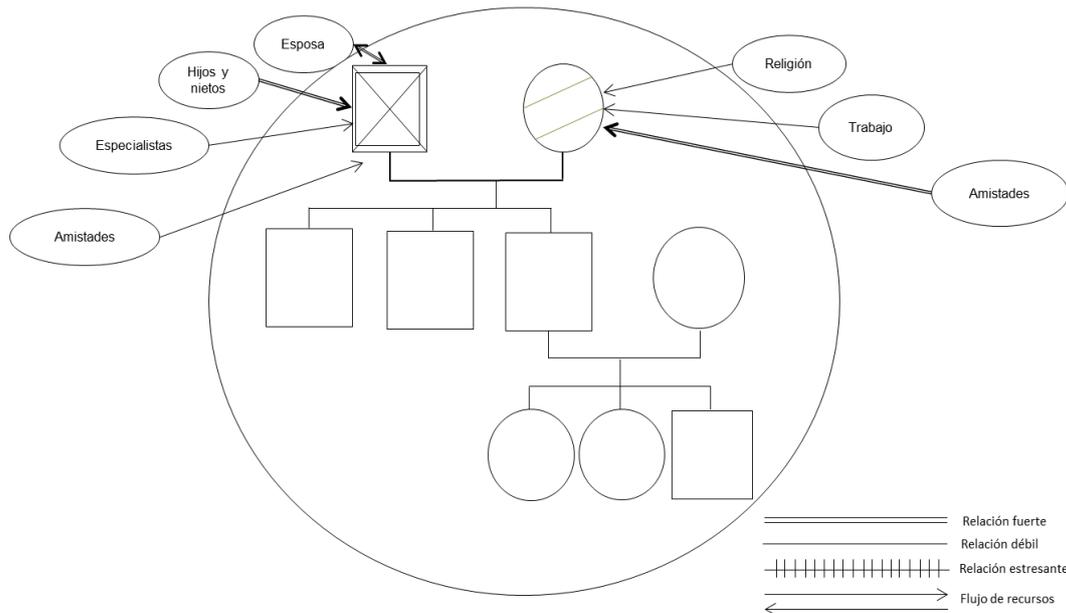
9.- Acontecimientos familiares (crisis): fallecimiento de su pareja.



PACIENTE 8 - MAPA DE REDES



PACIENTE 8 - ECOMAPA



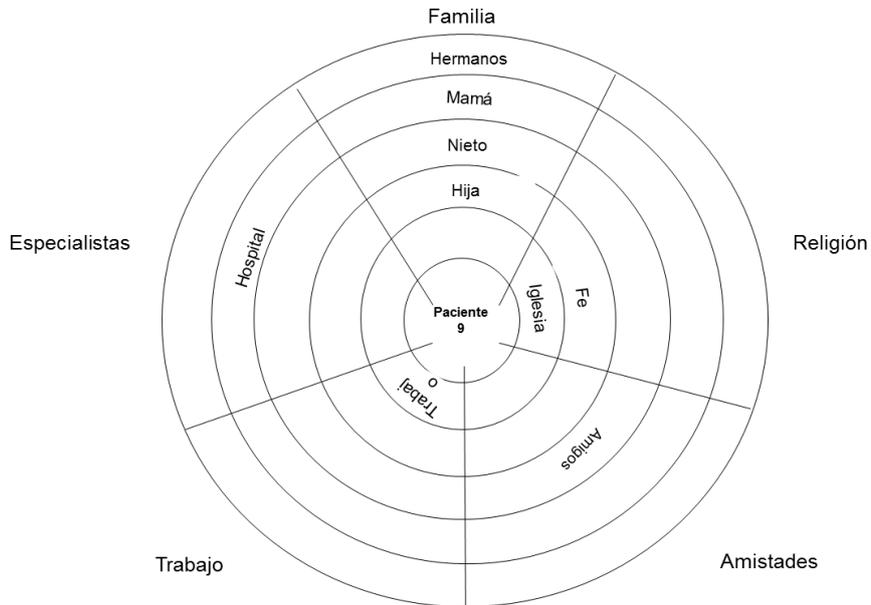


DESCRIPCIÓN FAMILIAR

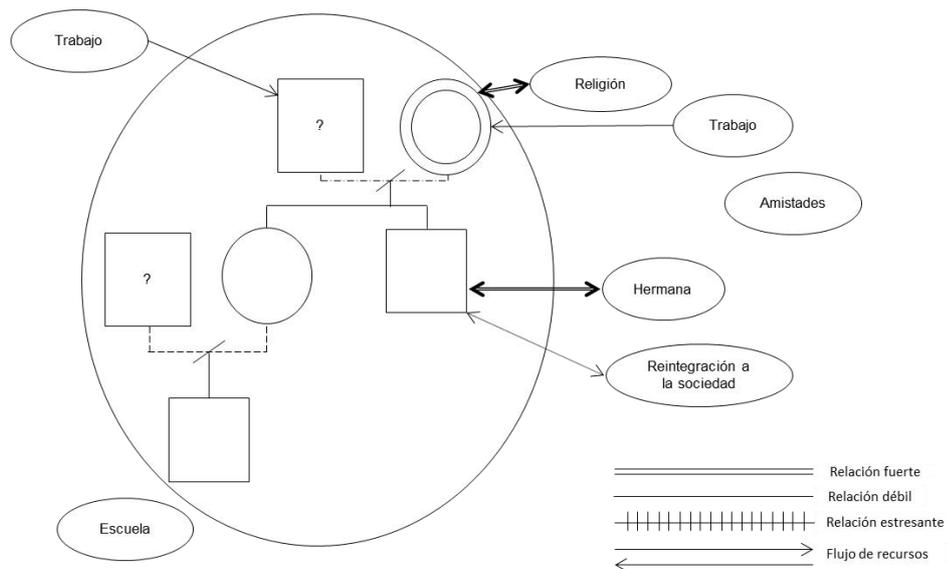
- 1.- **Descripción:** paciente masculino quien falleció a los 65 años de edad, casado, curso la primaria, era el mayor de cuatro hermanos y vivió con DM2.
- 2.- **Tipo de familia de acuerdo a su composición:** nuclear extensa.
- 3.- **Tipo de familia por su demografía:** urbana el lugar donde residía cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación, recolección de basura), acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad, alumbrado público, drogadicción.
- 4.- **Tipo de familia por su desarrollo:** moderna, el paciente dejó de trabajar debido a su deterioro físico, la esposa trabaja y apoya económicamente, el principal ingreso provenía del paciente debido a su jubilación.
- 5.- **Límites:** claros hay un intercambio de información, siempre de forma reservada cuidando la privacidad, existe una participación de todos los integrantes. Además las normas son claras cada uno sabe que tarea debe realizar en casa y en el cuidado del paciente.
- 6.- **Roles:** cada integrante sabe cuáles son sus obligaciones, derechos y como contribuir al funcionamiento familiar. La esposa trabaja y estaba al cuidado del paciente y los hijos apoyaban emocionalmente y en ocasiones en su cuidado. El paciente tuvo un rol disfuncional debido al alcoholismo lo que mermó y deterioró su salud.
- 7.- **Alianzas:** hubo una alianza entre el paciente y su esposa, ella le brindó su apoyo para realizar cualquier actividad.
- 8.- **Comunicación:** el paciente tuvo una comunicación abierta y estrecha con la esposa e hijos, todos conocían la condición del paciente y había apoyo emocionalmente y pasaban tiempo con él.
- 9.- **Ciclo vital de la familia:** la vejez.
- 10.- **Acontecimientos familiares (crisis):** insuficiencia renal y pie diabético del paciente.



PACIENTE 9 - MAPA DE REDES



PACIENTE 9 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 58 años de edad, madre soltera, curso la primaria, ama de casa y vende productos por catálogo, es la tercera de nueve hijos, vive con DM2 y padece lumbalgia.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: nuclear extensa.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde residía cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación), tiene acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad, drogadicción, escasez de agua y falta de recolección de basura.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la paciente trabaja y es la principal proveedora económica.

5.- Límites: difusos se comparte información pero no de forma discreta, no todos apoyan en las labores del hogar, en la economía, solo tiene el apoyo emocional de su segunda hija.

6.- Roles: la paciente es la principal proveedora económica y el apoyo emocional hacia su hija y nieto, no sucede lo mismo con su hijo mayor quien salió recientemente de la cárcel esto ha provocado tensión entre ellos. El hijo no ha encontrado empleo por dicha situación pero apoya a las labores de la casa, mientras tanto su hija solo brinda apoyo emocional a la familia y es la mediadora entre la relación de la paciente y su hermano.

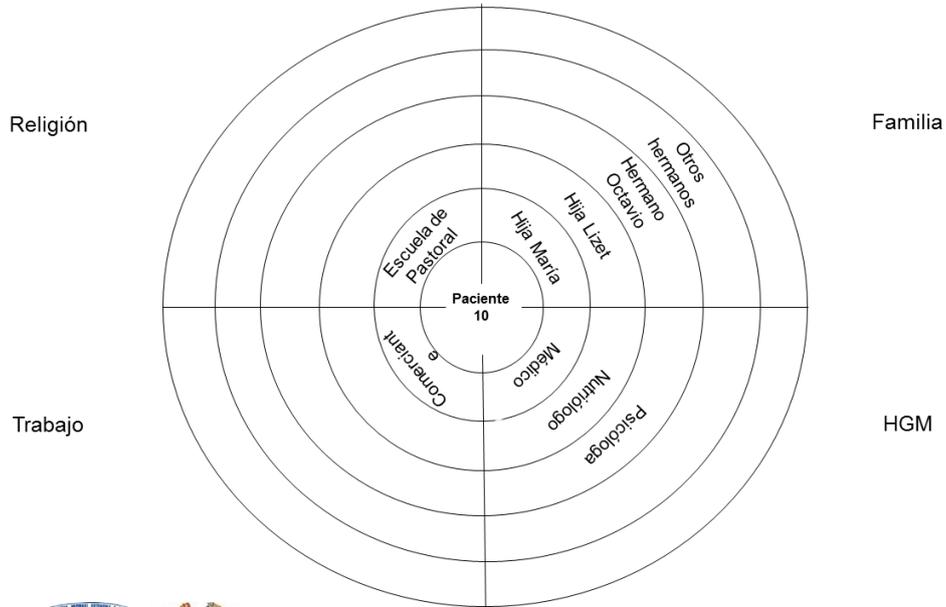
7.- Comunicación: no hay una comunicación abierta ni estrecha con nadie de la familia menciona ser reservada ya que no le gusta compartir sus pensamiento y sentimientos. La comunicación que tiene con su hijo mayor es agresiva cuando se refiere a él sus expresiones son ofensivas y violentas.

8.- Ciclo vital de la familia: reencuentro.

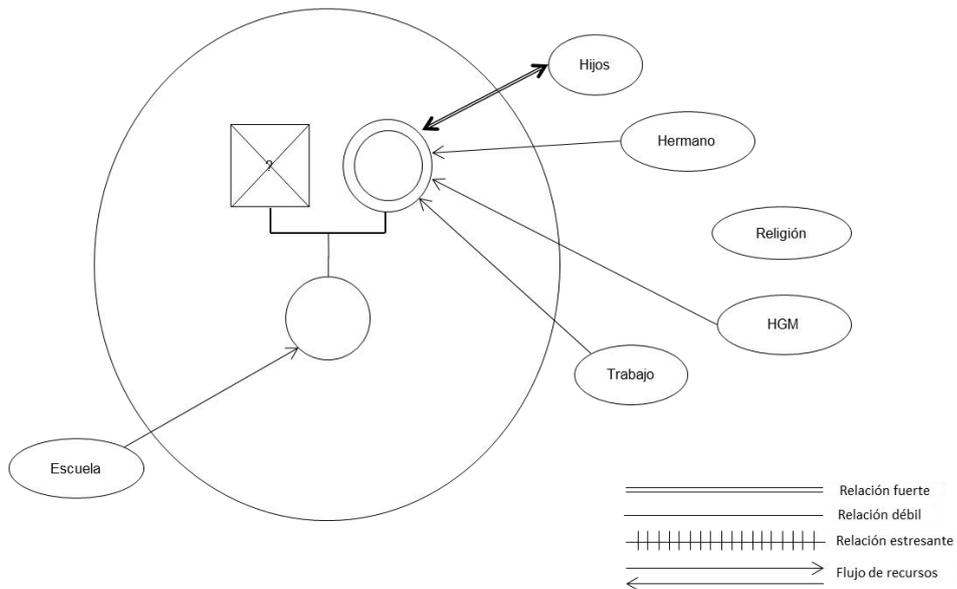
9.- Acontecimientos familiares (crisis): salida de su hijo de la cárcel.



PACIENTE 10 - MAPA DE REDES



PACIENTE 10 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenina de 55 años de edad, viuda , curso la preparatoria, es ama de casa y vende licuados a fuera de su casa, es la segunda de seis hijos, vive con DM2 e hipertensión.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: monoparental.

3.- Tipo de familia por su demografía: rural la construcción de su casa es de adobe y teja, cuenta con agua potable, luz, drenaje y solo las calles principales están pavimentadas, los problemas que existen en su pueblo son la inseguridad (esto le ha afectado para poder salir y hacer ejercicio, debido a la delincuencia que se da en la zona), el tipo de transporte es escaso (vagonetas y camiones).

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la paciente trabaja y es la principal proveedora económica en ocasiones recibe apoyo de sus hijos económicamente.

5.- Límites: existen límites claros, con ella vive su hija la mayor y solo fines de semana, así que entre semana vive sola.

6.- Roles: claros, debido a que la paciente vive de lunes a vieres sola organiza su propio tiempo y sus actividades, su hija vive con ella pero solo esta los fines de semana y tiene su apoyo de forma económica, emocionalmente y con el apoyo de algunas tareas domésticas.

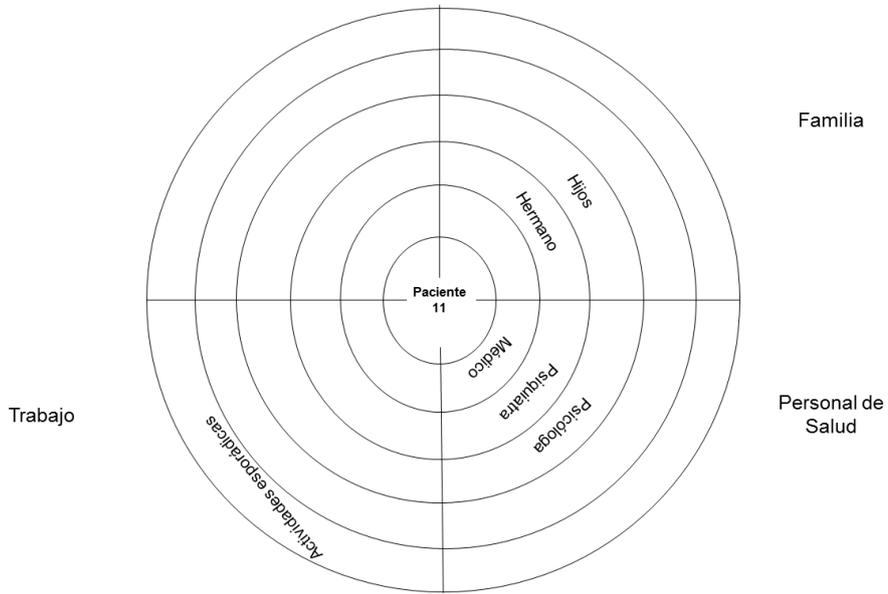
7.- Comunicación: a pesar de que la paciente tiene tres hijos con quien mayor tiempo convive es con la hija mayor con la cual tiene una comunicación abierta y cercana, y también está enterada de su tratamiento y cuidado con respecto a la DM2. Además tiene una relación comunicación frecuente con sus hermanos, principalmente el mayor ya que vive en el mismo terreno.

8.- Ciclo vital de la familia: reencuentro, ya nadie depende de ella realiza sus propias actividades.

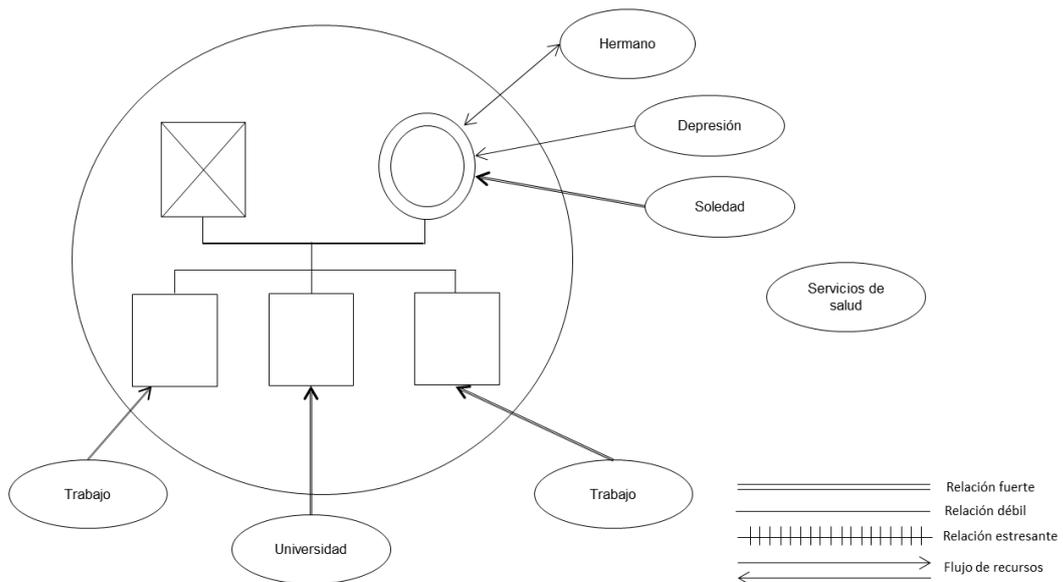
9.- Acontecimientos familiares (crisis): ninguno.



PACIENTE 11 - MAPA DE REDES



PACIENTE 11 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 53 años de edad, viuda, curso la preparatoria, es ama de casa y arrendadora de un departamento es la tercera de siete hijos, vive con DM2, hipertensión, depresión, alcoholismo y tabaquismo.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: monoparental, también se puede considerar una familia fantasma debido a que el esposo falleció y a partir de ello se han derivado problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde reside cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación, recolección de basura), acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que presentan en su comunidad son la inseguridad.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la paciente es la principal proveedora económica en ocasiones recibe apoyo de sus hijos económicamente.

5.- Límites: rígidos debido a que no se comparten la información y existen barreras en la comunicación y no hay sentido de colaboración.

6.- Roles: la paciente menciona no querer realizar actividades personales y domésticas, mientras que los hijos solo se dedican a actividades personales sin apoyar en las labores y tareas de la casa. No hay apoyo en el tratamiento de la paciente con respecto a la DM2.

7.- Comunicación: la paciente refiere tener problemas con sus hijos en la convivencia del día a día así como la comunicación a partir del fallecimiento de su esposo, además refiere no tener amistades cercana o algún otra red de apoyo en ocasiones con la única persona que la apoya emocionalmente o en compañía es su hermano quien también vive con DM2.

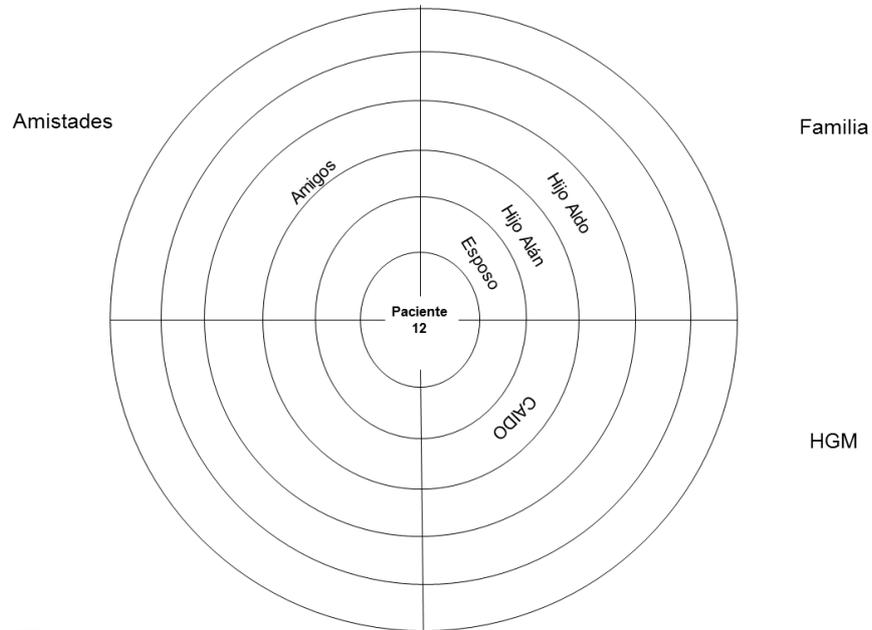
8.- Ciclo vital de la familia: adolescencia, los hijos aún depende de la paciente y existen problemas de comunicación y de relación con ella.

9.- Acontecimientos familiares (crisis): fallecimiento de su pareja.



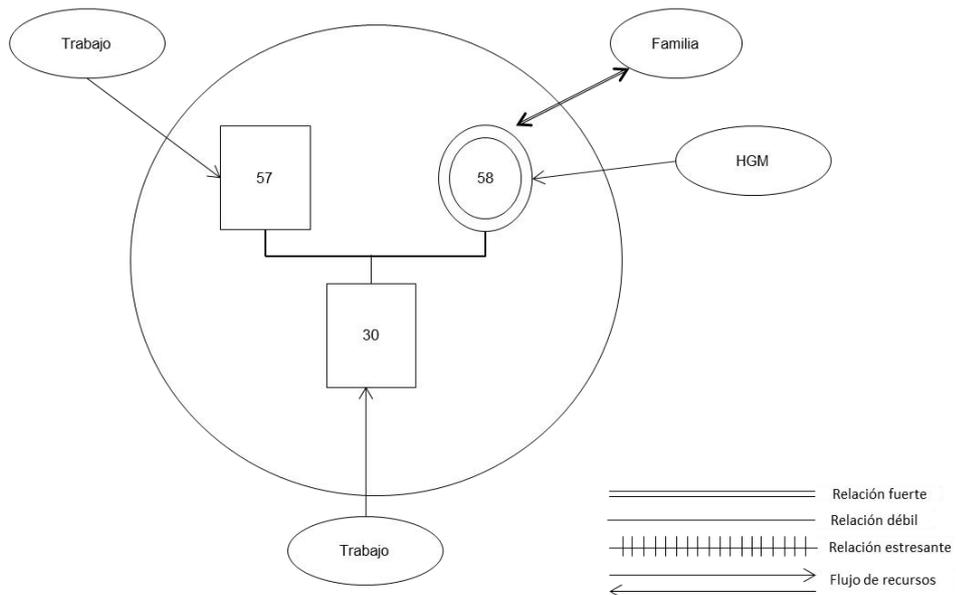
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PACIENTE 12 - MAPA DE REDES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PACIENTE 12 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 58 años de edad, casada, curso la secundaria, es ama de casa y es la segunda de cinco hermanos, vive con DM2 e hipertensión.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: nuclear.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde reside cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, drenaje, pavimentación, recolección de basura), acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que se presentan en su comunidad son la inseguridad y el abastecimiento de agua.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: arcaica, el principal proveedor económico es el esposo y la paciente se dedica a las labores del hogar.

5.- Límites: existen límites claros hay una participación en las actividades en casa, además hay apoyo económico y emocional.

6.- Roles: los roles son claros, todos tienen obligaciones y las cumplen, como el trabajo para aportar económicamente en el hogar así como el apoyo emocional, pero no hay un apoyo con respecto al estado de salud y tratamiento de DM2 en la paciente.

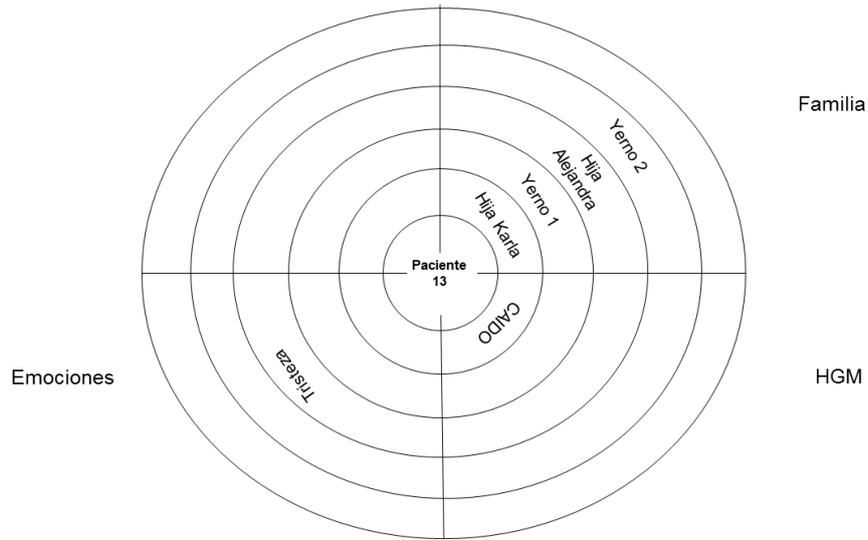
7.- Comunicación: hay una convivencia cordial y tienen apoyo emocional, la comunicación es abierta con su esposo e hijo excepto cuando se trata del estado de salud de la paciente.

8.- Ciclo vital de la familia: reencuentro.

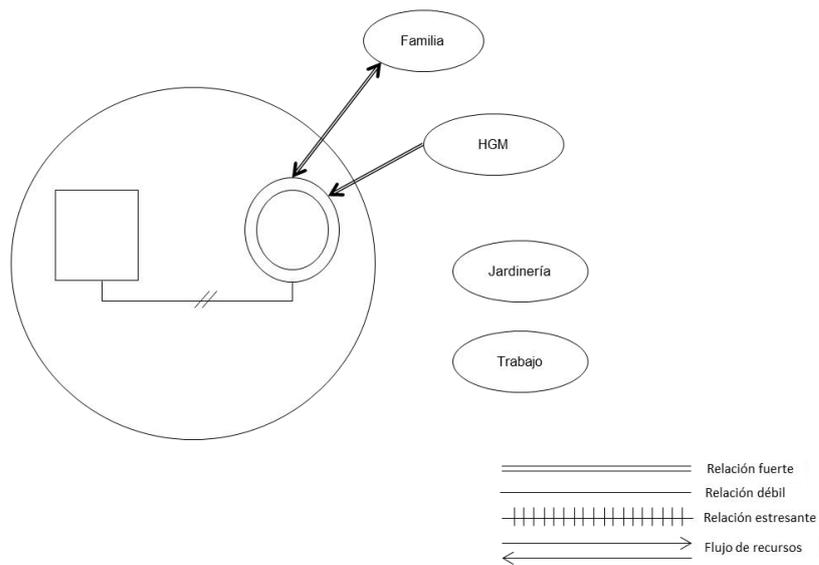
9.- Acontecimientos familiares (crisis): ninguno.



PACIENTE 13 - MAPA DE REDES



PACIENTE 13 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente femenino de 60 años de edad, casada, curso la preparatoria, es ama de casa, es la mayor de cinco hermanos, vive con DM2.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: unipersonal.

3.- Tipo de familia por su demografía: urbana el lugar donde reside cuenta con todo los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz, recolección de basura), acceso a diferentes tipos de transporte. Los problemas que se presentan en su comunidad son la insalubridad a la falta de drenaje, ya que las personas arrojan sus desechos a las barrancas y pequeños arroyos, además en ocasiones tienen escasez de agua.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la paciente trabaja ocasionalmente pero comenta que ha evitado trabajar debido a su condición de salud, siente cansancio y agotamiento, menciona que en cuanto se sienta mejor físicamente y de ánimo se reincorporará al trabajo (cantante), quién le apoya económicamente es su hija la mayor.

5.- Roles: dado que la paciente vive sola y tiene el apoyo de sus hijas los roles son claros, la paciente administra su tiempo en actividades como labores domésticas y la jardinería.

6.- Límites: la paciente mantiene una relación cercana y estrecha con sus hijas.

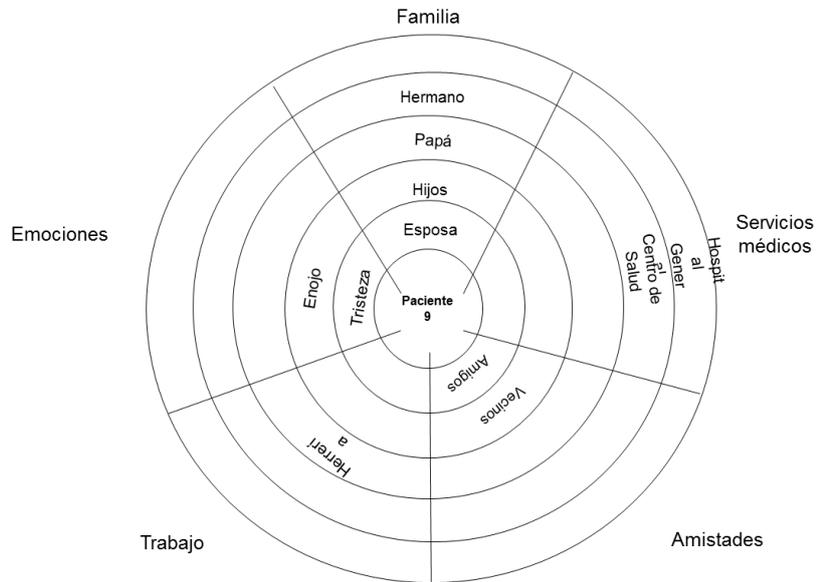
7.- Comunicación: la comunicación es abierta y clara con sus hijas y yernos pero principalmente mantiene una comunicación más estrecha con su hija la mayor, todos le apoyan para que siga con las recomendaciones médicas.

8.- Ciclo vital de la familia: reencuentro.

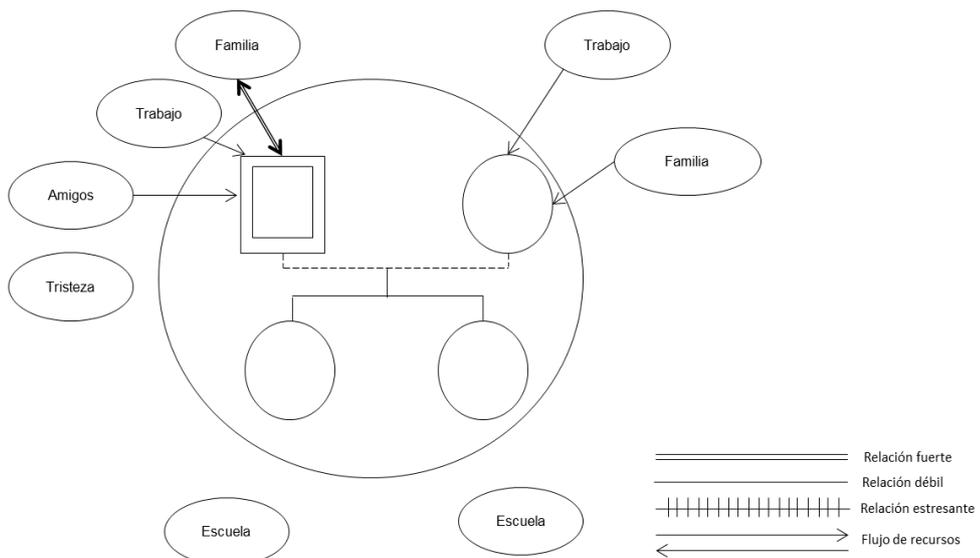
9.- Acontecimientos familiares (crisis): ninguno.



PACIENTE 14 - MAPA DE REDES



PACIENTE 14 - ECOMAPA





DESCRIPCIÓN FAMILIAR

1.- Descripción: paciente masculino de 37 años de edad, vive en unión libre, curso la preparatoria, se dedica a las labores del hogar en ocasiones trabaja en una herrería y atiende un puesto afuera de su casa , es el segundo de cinco hermanos, vive con DM2 y tiene problemas en rodilla y columna.

2.- Tipo de familia de acuerdo a su composición: nuclear.

3.- Tipo de familia por su demografía: rural la construcción de su casa es de adobe y teja, cuenta con agua potable, luz, solo las calles principales están pavimentadas y tienen drenaje, el tipo de transporte es escaso (vagonetas y camiones), el principal problema que se presenta en su comunidad es la inseguridad (tierra caliente), esta es una de las razones por las cuales el paciente dejo de asistir al HGM.

4.- Tipo de familia por su desarrollo: moderna, la esposa es la principal proveedora económica, el paciente trabaja esporádicamente debido a su condición física.

5.- Límites: existen límites claros, hay un intercambio de información así como un sentido de pertenencia entre todos los miembros.

6.- Roles: cada integrante de la familia conoce sus obligaciones y sus derechos, el paciente y su esposa trabajan para mantener la casa, todos se apoyan emocionalmente.

7.- Comunicación: la comunicación es abierta y muy cercana tiene apoyo de su esposa e hijas, todos conocen su condición e intenta apoyarlo para que siga con su tratamiento.

8.- Ciclo vital de la familia: Infancia de los hijos.

9.- Acontecimientos familiares (crisis): deterioro de la salud del paciente.

DIABETES Y ESTILO DE VIDA

Autocuidado

¿QUÉ ES UN ESTILO DE VIDA?

Es lo que se hace día con día un (hábito)



ESTILO DE VIDA SALUDABLE

- Consumir alimentos nutritivos
- Realizar ejercicio frecuente
- Buena higiene personal
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco
- Tener un pasatiempo (libera el estrés)

AUTOCUIDADO

- Asistir a las consultas con el médico, nutriólogo y psicólogo
- Cuidar la higiene bucal y visitar al dentista
- Cuidar y revisar los pies frecuentemente
- Asistir con el oftalmólogo si tiene problemas con los ojos
- Comer en los horarios recomendados
- Tomar los medicamentos
- Cuidar el peso corporal



BENEFICIOS

- Evitar complicaciones de la diabetes
- Tener el peso recomendado
- Sentirse motivada y con energía
- Favorece el tiempo de vida
- Pasar tiempo con familia y amigos



Aprovecha los recursos que tienes y ajústalos para seguir con el tratamiento

¡CUIDARTE ES VIDA!

PROPUESTA - INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Objetivo: Conocer el estilo de vida que lleva a cabo el paciente con DM2, el cual nos permitirá obtener información del apego que tiene en su tratamiento.

| FECHA | LUGAR | HORA DE INICIO | TIEMPO DE DX | |
|--|---|--|-------------------------------|---------------------------|
| TIPO DE DIABETES | | HORA FINALIZADA | | |
| I.- DATOS PERSONALES | | | | |
| Nombre | | Edad | Estado civil | Sexo |
| Escolaridad | Ocupación | Religión | Lugar de nacimiento | |
| Lugar de origen | | Domicilio actual | | |
| II.- DATOS DE VIVIENDA | | | | |
| Marque con una (x) la opción que desee | | | | |
| Agua | Luz | Drenaje | Pavimentación | Recolección de basura |
| Transporte | Gas | Parque | Centros deportivos | |
| Tipo de vivienda | Casa | Departamento | Vecindad | Una sola pieza |
| La vivienda es | Propia | Rentada | Prestada | Compartida con la familia |
| III.- ECONOMÍA | | | | |
| Marque con una X la opción que usted desee | | | | |
| Principales proveedores económicos | ¿Generalmente tiene dinero para su tratamiento? | Con su situación económica, ¿qué puede adquirir? | ¿A qué le da mayor prioridad? | |
| Paciente | Siempre | Medicamentos | Alimentación | |
| Pareja | A veces | Asistir al médico | Medicamentos | |
| Hijos | Nunca | Alimentos | Asistir al médico | |
| IV.-HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA | | | | |
| Marque con una (x) la opción que usted desee | | | | |
| Tiene antecedentes familiares con diabetes | | ¿Quién de tu familia vive con diabetes? | | |
| Si | | Padres | | |
| No | | Hermanos | | |
| No sé | | Hijos | | |
| ¿Cuándo consume estos alimentos? | | | | |
| Frutas y verduras | Todos los días | 1 – 3 días | No consume | |
| Pan, pastas y tortilla | Todos los días | 1 – 3 días | No consume | |
| Alimentos de origen animal | Todos los días | 1 – 3 días | No consume | |
| Bebidas azucaradas | Todos los días | 1 – 3 días | No consume | |
| Alimentos alto en grasas | Todos los días | 1 – 3 días | No consume | |
| ¿Qué beneficios de seguir una alimentación tiene? | | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Control del peso | Siempre | Algunas veces | Nunca |
| Presión controlada | Siempre | Algunas veces | Nunca |
| Otro (mencione) | | | |
| Razones por las que no lleva una alimentación balanceada | | | |
| No comer en cantidades pequeñas | Nunca compro alimentos recomendados | No me gustan los alimentos que me recomiendan | Siempre cumplo con las indicaciones del nutriólogo |
| | | | Mis ingresos no siempre me alcanzan para comprar la dieta recomendada |
| ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio? | Todos los días | 1 – 3 días | Nunca |
| ¿Con qué frecuencia consume alcohol? | Todos los días | 1 – 3 días | Nunca |
| ¿Con qué frecuencia consume tabaco? | Todos los días | 1 – 3 días | Nunca |
| Problemas para realizar ejercicios | Condición de salud | Animo | Inseguridad en el lugar de residencia |
| Problemas bucales que presenta | ¿Qué problemas visuales presenta derivado de la diabetes? | Indica cuál de estos cuidados tienes con tus pies | ¿Qué otros problemas de salud tiene? |
| Problemas en encías | Visión doble o borrosa | Corte de uñas | Sobrepeso y/u obesidad |
| Perdida de piezas dentales | Manchas en la vista | Lavado y secado | Hipertensión |
| Caries | Dolor o presión en uno o en ambos ojos | Hidratación | Problemas musculares |
| | | | Problemas en huesos |
| Ninguno | Dificultad para ver objetos ubicados a sus costados | Revisión constante de los pies | Insuficiencia renal |
| | | | Otros mencione: |
| Frecuencia que asiste a CAIDO | | | |
| Primera vez | Una vez cada mes | Una vez cada 2 o 3 meses | Una vez cada 6 meses |
| V.- EMOCIONAL | | | |
| Marque con una X la opción que usted desee | | | |
| ¿Qué beneficios tiene al asistir con el psicólogo? | ¿Qué le hace sentirse bien? | ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres? | ¿Qué lo motiva para seguir con su tratamiento? |
| Aceptar vivir con diabetes | Pasar tiempo con la familia y amigos | Pasar tiempo con mi familia | Bienestar físico |
| | | | Bienestar emocional |
| | | | Control de la enfermedad |
| Controlar mis emociones | Saber que si me cuido me sentiré con más energía | Principal actividad que te gusta hacer: | Familia y amigos |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Asumir la responsabilidad de mis salud | Nada | | Nada |
| VI.- LIMITACIONES | | | |
| Marque con una X la opción que usted desee | | | |
| De quién depende para realizar alguna actividad | ¿Cómo le ha afectado la diabetes en sus decisiones? | ¿Qué otras afectaciones le ha atraído la enfermedad en su vida personal? | |
| Del cuidado de un familiar | Otros toman las decisiones por mi | Dejar de trabajar | |
| Aparato (silla de ruedas, bastón, andadera). | Asumo mis propias decisiones | Alejarme de mi vida social | |
| Puedo realizar mis actividades por mi mismo | Las decisiones son compartidas | Otras: | |
| VII.- LAS REDES DE APOYO Y SUS RELACIONES SOCIALES | | | |
| Marque con una X la opción que usted desee | | | |
| ¿Por qué la familia es importante para seguir con su tratamiento? | ¿Qué tipo de convivencia tiene con quienes vive? | ¿Todos apoyan en las labores de la casa? | ¿La comunicación con su familia es? |
| Es mi incentivo de vida | Muy cercana y estrecha | Siempre | Abierta y cercana |
| Son mi apoyo y compañía | Convivencia ocasional | En ocasiones | Distante y ocasional |
| Para mí no es importante | No tengo convivencia | No hay apoyo | Mala comunicación |
| ¿Quién es su principal apoyo familiar? | Principal tipo de apoyo que recibe de su familia | ¿Otras redes de apoyo con que cuenta? | Principal tipo de apoyo que recibe de otras redes de apoyo |
| Pareja | Económico | Amigos | Económico |
| Hijos | Compañía | Vecinos | Compañía |
| Padres | Moral | Trabajo | Moral |
| Ninguno | Ninguno | Ninguno | Ninguno |
| Importancia de la religión es su vida | Muy importante | Poco importante | No es importante |

Fuente: elaboración propia; propuesta de instrumento.