



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

SALUD

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE SE
RECONOCEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PUEBLO DE SAN
LUCAS HUITZILHUACAN CHIAUTLA, EN EL ESTADO DE MÉXICO.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

AMANDA AYALA CORTEZ

TUTOR

MTRO. ARNULFO EMANUEL IRIGOYEN CORIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. JUNIO 2017.

~ a ~



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.

DEDICATORIA:.....	VIII
AGRADECIMIENTOS:	IX
CAPITULO I	1
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
I MARCO TEÓRICO	5
1.1 DEFINICIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN	5
1.1.1 AUTOPERCEPCIÓN.....	5
1.2 CALIDAD DE VIDA.....	6
1.2.1 AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	8
1.2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).....	9
1.2.3 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	11
1.2.4 SITUACIÓN DE LA DIABETES COMO ENFERMEDAD CRÓNICA ...	13
1.2.5 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	14
1.3 DIABETES.....	15
1.3.1 PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	16
1.3.2 COMPLICACIONES	16
1.3.2.1 COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DM TIPO 2	17
1.3.2.2 COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DM TIPO 2	17
1.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.....	19
1.4.1 ESTADÍSTICA INTERNACIONAL.....	20
1.4.2 ESTADÍSTICAS NACIONALES EN MÉXICO	25
1.4.3 ESTADÍSTICA REGIONAL ESTADO DE MÉXICO	29

1.4.4	CONTEXTO LOCAL (MUNICIPIO CHIAUTLA).....	30
1.5	CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS	35
1.5.1	DIABETES MELLITUS TIPO 2	36
1.5.2	LA DIABETES MELLITUS COMO UN PROBLEMA SOCIAL Y ECONÓMICO	37
1.5.3	LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PERSONAS QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO 2	41
1.6	PUEBLO DE SAN LUCAS HUITZILHUACAN	43
1.6.1	UBICACIÓN	43
1.6.2	COTIDIANIDAD	43
1.6.3	SERVICIOS	46
1.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD	48
CAPITULO II		51
2.	MÉTODO.....	51
2.1	PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
2.2	OBJETIVO GENERAL	51
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
2.4	HIPÓTESIS.....	52
2.4.1	HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	52
2.4.2	HIPÓTESIS ALTERNA.....	52
2.5	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
2.6	VARIABLES	53
2.7	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	54
2.7.1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	54
2.7.2	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	55

2.8 POBLACIÓN.....	57
2.9 MUESTRA	57
2.9.1 TIPO DE MUESTREO	57
2.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	57
2.11 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	58
2.11.1 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	58
2.11.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	58
2.12 MODELO ESTADÍSTICO.....	58
2.13 PROCEDIMIENTO.....	59
CAPITULO III.....	60
RESULTADOS.....	60
3.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	60
Género.....	60
Edad.	61
Estado Civil.	62
Ocupación.....	63
Nivel Educativo.	64
CAPITULO IV.....	65
4. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	65
4.1 DIMENSIÓN FÍSICA (control del padecimiento, energía, movilidad, autonomía, complicaciones y alimentación).	65
Edad y toma de medicamentos.....	65
Edad y Plan médico indicado.	66
Edad y descontrol de glucosa en sangre.	67

Género y la realización de análisis para comprobar sus niveles de glucosa.	68
Género y adecuado control de la diabetes.	69
Género y el tiempo requerido para controlar su diabetes.....	70
Género y el tener que anotar sus niveles de glucosa en sangre.	71
ENERGÍA.....	72
Edad y limitación en el nivel de “energía”.	72
Edad y sensación de debilidad.	73
Edad y caminar más despacio que otras personas.....	74
Restricciones sobre la distancia que tiene que caminar.	75
Género y menor interés en su vida sexual.....	76
MOVILIDAD.....	77
Edad y los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes.....	77
Edad y problemas al subir escaleras.....	78
Edad y caminar más despacio que otras personas.....	79
AUTONOMÍA.	80
Género y no poder hacer lo que se quisiera.	80
Género y no poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa.....	81
Edad y tener que descansar a menudo.	82
Dificultades para efectuar los cuidados personales (bañarse, vestirse o utilizar el sanitario).	83
Edad y presentar problemas de salud además de la DM.....	84
Visión borrosa o pérdida de la visión.	85
Padecer otras enfermedades además de la DM.....	86
Complicaciones debidas a la DM.	87

Tener el sueño intranquilo.....	88
ALIMENTACIÓN.....	89
No comer ciertos alimentos para poder controlar la DM.....	89
La necesidad de comer a intervalos regulares.....	90
4.2 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.....	91
Preocupaciones por problemas económicos	91
Estar preocupados por su futuro.....	92
Tensiones o presiones en su vida.	93
Tener diabetes.....	94
La vergüenza producida por tener diabetes.	95
Sentirse triste o deprimido.....	96
Ser identificado como persona con diabetes.	97
La diabetes en general.....	98
4.3 DIMENSIÓN SOCIAL.....	99
Hacer cosas que su familia y amigos no hacen.....	100
Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes.	101
Interferencia de la diabetes con su vida familiar.....	102
¿Cuánto tiempo tiene usted con la diabetes?	103
¿Cómo se controla usted su diabetes?.....	104
¿Qué piensa usted de su diabetes?.....	105
¿Considera que su familia lo apoya?	106
¿Usted qué les diría a las personas que tienen diabetes?	107
¿Usted que les recomendaría a las personas que no tienen diabetes para prevenirlas?	108

¿Usted acude o ha acudido a un grupo o taller donde se hable el tema de la diabetes?	109
¿Le gustaría acudir a un grupo donde se trate el tema de la diabetes?.....	110
CONCLUSIONES.....	111
SUGERENCIAS.....	116
Buscar el empoderamiento del paciente y su familia.....	116
Implementación de un taller educativo sobre diabetes	118
PROPUESTA EJECUTIVA DEL TALLER PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN PERSONAS QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO 2	119
BIBLIOGRAFÍA	124
ANEXOS	131
ANEXO 1	131
ANEXO 2	140
ANEXO 3	141
ANEXO 4	142

“Un hombre no está bien, hasta que sea feliz, sano y próspero; y la felicidad, la salud y la prosperidad son el resultado de un ajuste armonioso del interior con el exterior del hombre”

James Allen.

DEDICATORIA:

A mi alma máter, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en especial a mi Escuela Nacional de Trabajo Social, por la formación de gran calidad con la que fui beneficiada.

A mi director de tesis, el Mtro. Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria, por todos los conocimientos que ha compartido conmigo, además de su tiempo y dedicación en la planeación y revisión de esta tesis.

A todas y cada una de las personas del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan que aceptaron participar en este proyecto de investigación.

Al Lic. Juan Carlos Guzmán Serafín, Oficial del Registro Civil del Municipio de Chiautla y C. María Teresa Montaña Ramos 1ra Delegada de la Comunidad de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla Estado de México por brindarme acceso a la información.

.

Al Dr. Pánfilo García Monroy, por que confió en mí y gracias a ello me permitió llegar a este gran sueño de ser universitaria al brindarme su apoyo constante y al cual le tengo un gran cariño.

A mis sinodales:

Dra. María del Rosario Silva Arciniega

Dr. José Rubén Quiroz Pérez

Mtro. Alejandro Chirino Sierra

Mtro. Omar Fernando Ramírez de la Roche

Por el tiempo dedicado en leer este trabajo y enriquecerlo con sus aportaciones.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por su infinita misericordia, al permitirme despertar cada día, ya que es una oportunidad que me brinda para ser mejor persona y tener una gran familia la cual siempre me arroja con su cariño y me brinda la fuerza suficiente para afrontar cualquier evento que se presente en mi vida por muy difícil que este sea.

A mi madre que es una mujer admirable a quien quiero mucho por tener un gran corazón.

A mi padre el cual ya no está con nosotros, él me enseñó a ser valiente.

A mis hermanos a los cuales admiro por ser hombres de trabajo constante, responsables, solidarios siempre mejorando su entorno para brindar una vida mejor a sus familias.

A mis hermanas que siempre han cuidado de mí, y en especial a mi hermana Vero quien ha estado a mi lado acompañando mi vida.

A mis sobrinos y sobrinas que con su alegría reconfortan mi vida, en especial a mi sobrino Jonathan Díaz Ayala, quien me ha acompañado en el proceso de este proyecto de investigación en los diferentes escenarios al desarrollar, su trabajo constante ha contribuido para llegar a la meta final de esta tesis.

A la pareja que ha acompañado mi vida por su paciencia.

A mi hijo Nahui Atl, por ser un gran guerrero en la vida, a mi hija Ameyalzin por su ternura y ambos son el motor de mi vida con amor.

A grandes amigas a quienes quiero como mis hermanas Clarita, Amalia y Lorena las cuales siempre están apoyando mis proyectos, y son un ejemplo de responsabilidad, trabajo y superación constante.

A mis compañeros y compañeras de maestría por acompañarme a lo largo de mi formación profesional que compartieron momentos de alegría y tristeza, gracias por estar ahí en las buenas y en las malas siempre tendrán un lugar en mi corazón.

CAPITULO I

RESUMEN

El panorama epidemiológico de México indica que se ha incrementado la esperanza de vida de hombres y mujeres; las personas se enferman y mueren - con mayor frecuencia- de padecimientos no transmisibles como son las enfermedades crónico-degenerativas.

La presente investigación explora aspectos relevantes de las personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2 y de cómo esta enfermedad interfiere con su calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es identificar la autopercepción de su calidad de vida en personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) del Pueblo de San Lucas Huizilthucan, Chiautla en el Estado de México; el mencionado estado ocupa el primer lugar en incidencia de DM 2 a nivel nacional. Debido a que se han estudiado muy poco los efectos de la DM2 sobre la calidad de vida a nivel de pequeñas comunidades rurales y/o semirurales; se consideró importante realizar la presente investigación que esperamos arroje elementos que permitan establecer el diseño de estrategias de prevención y tratamiento de la DM2.

Palabras Claves: Autopercepción, calidad de vida y diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

En el Informe Mundial sobre la Diabetes que publicó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016 ((WHO 2016, p.1), se afirma que la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o bien cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado tanto el número de casos como la prevalencia de la enfermedad. Según las estimaciones de la OMS (WHO 2016, p.1) un total de 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en el año 2014, frente a los 108 millones que la padecían en 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4.7% al 8.5% en la población adulta. Lo cual supone un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad.

En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. Lo cual significa un grave riesgo para países como México. En 2012, la DM 2 provocó 1.5 millones de muertes. Un 43% de estos 1.5 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. El porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la diabetes en menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos comparado con las naciones desarrolladas. La OMS afirma que debido a la necesidad de efectuar pruebas de laboratorio para distinguir entre la diabetes de tipo 1 (que exige inyecciones de insulina para la supervivencia del paciente) y la DM 2 (en la que el organismo no puede utilizar adecuadamente la insulina que produce), no se dispone de estimaciones

mundiales separadas sobre la prevalencia de la diabetes de tipo 1 y de tipo 2. La mayoría de las personas afectadas tienen DM 2, solían ser adultos, pero que también ocurre en niños. (WHO 2016, p.2,3)

La justificación del presente estudio parte del hecho de poder aplicar un instrumento llamado *Diabetes 39*, el cual ya fue adaptado y validado para población mexicana con DM 2. Un panel de expertos realizó una investigación donde el objetivo fue adaptar y validar la versión al español del cuestionario *Diabetes 39*. Dicho instrumento mide la calidad de vida de las personas con diabetes desde un aspecto multidimensional (físico, psicológico y social). (López Carmona 2006, p. 201)

Aun cuando existe una gran cantidad de estudios sobre la DM 2 -en concreto cuando se aborda esta patología desde la óptica psicosocial en particular en pequeñas comunidades rurales y/o semirurales- la cantidad de investigaciones se encuentra evidentemente limitada.

El concepto denominado calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores y personalidad) así como en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que estas requieren. La calidad de vida relacionada con la salud incluye las dimensiones física, psicológica y social de la salud vistas como aéreas diferentes que se encuentran influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. (López Carmona 2006, p. 201)

Esta investigación tiene como finalidad identificar los factores que interfieren en la calidad de vida de las personas que tienen DM 2, desde la percepción de quienes

padecen dicha enfermedad. En el primer capítulo concerniente al **Marco Teórico**, se abordan definiciones y conceptos de la autopercepción, calidad de vida, sus dimensiones, la diabetes, manifestaciones, complicaciones, el panorama epidemiológico de la enfermedad –internacional, nacional, regional y local- clasificación de la diabetes, así como el lugar donde se desarrolló la investigación.

En el segundo capítulo se hace referencia al **proceso metodológico** que se ha desarrollado en la presente investigación. Desde el planteamiento de la pregunta de investigación, los objetivos que se pretenden alcanzar, el tipo de estudio que se realizó, las variables estudiadas, el procedimiento para definir la muestra y la aplicación del instrumento de medición.

En el tercer capítulo se presentan los **resultados** estadísticos de las variables sociodemográficas a través de gráficos y tablas. El cuarto capítulo corresponde al análisis respectivo de cada una de las variables estudiadas (entre otras la calidad de vida en sus tres dimensiones -física, psicológica y social-) con la finalidad de presentar los resultados de forma gráfica.

Por último en el apartado correspondiente a las **conclusiones** se plantea una propuesta de intervención educativa denominada: “Taller de orientación para fomentar el autocuidado” dirigido a personas con DM T 2.

I MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIÓN DE AUTOPERCEPCIÓN

Proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos, en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento (López de Tkachenko 2008, p. 254).

La autopercepción influye en relaciones sociales y afectivas estables y los cambios de actitud ocasionados por crítica a la autoimagen, afectan positiva o negativamente las relaciones interpersonales. La autopercepción es determinante para el éxito personal y profesional del individuo; puede ser un factor de perturbación o equilibrio de la personalidad, según sea ésta positiva o negativa, el individuo se examina en sus actos, en sus capacidades y atributos, para enunciar sus criterios y valores personales que emanan de su interior (López de Tkachenko 2008, p. 254).

1.1.1 AUTOPERCEPCIÓN

La autopercepción es un concepto complejo que se ha abordado desde los distintos campos del saber, por esta razón, se han desarrollado diversas interpretaciones y significados del mismo. Se han utilizados términos como: *Conciencia de sí mismo, Autoimagen, Representación de sí mismo, Autoconcepto, Autoestima o el Yo*. Sin embargo, todos resultarían ser sinónimos debido a que comparten dos elementos básicos: los aspectos cognitivo-descriptivos de sí mismo, así como los factores evaluativo-afectivos que se manifiestan a través de la autoestima. (López de Tkachenko 2008, p. 251).

En la autopercepción no existe una autoimagen unificada y total, lo único que tenemos son imágenes parciales y momentáneas de nosotros mismos. Es decir, considerado como un constructo, el yo es variado y fragmentado, por presentarse diferente en función de cada experiencia o momento. (López de Tkachenko 2008, p. 253).

1.2 CALIDAD DE VIDA

En cuanto al concepto de calidad de vida, Aristóteles, argumenta que la mayoría de las personas conciben la “buena vida” como lo mismo que “ser feliz”. Destaca que la felicidad significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos distintos, por ejemplo: cuando una persona se enferma, la salud es la felicidad; cuando se es pobre, la felicidad es la riqueza. Por lo tanto la calidad de vida en salud está manifestada como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida -en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales- y los efectos que pudiera generar la enfermedad. (Fayers y Machin 2000, p.120)

El concepto de calidad de vida fue utilizado por el presidente Lyndon B. Johnson en 1964 al declarar acerca de las políticas de salud en los Estados Unidos de América. Se había popularizado en los años cincuenta debido a de los estudios de opinión pública -relacionados con el análisis de los consumidores- impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial. Se hizo popular entre investigadores de la salud en las décadas de los setenta y ochenta; así la calidad de vida fue conceptualizada como bienestar objetivo o social. (Quinceno y Vinaccia. 2008. p. 23).

La calidad de vida es un concepto que se compone de múltiples y variadas dimensiones, interrelacionadas de manera compleja para conformar un constructo global, siendo deseables aproximaciones multidimensionales y multidisciplinarias. Se ha recomendado que la calidad de vida se valore -desde la complementariedad- de los enfoques objetivo y subjetivo. Teniendo en cuenta las condiciones y circunstancias objetivas en que se desarrolla la vida de los individuos y grupos sociales, así como la evaluación subjetiva que los sujetos realizan sobre ellas. (Fernández-Mayorales 2005, p. 117).

El concepto de calidad de vida surgió como una alternativa a la cuestionada “sociedad de la opulencia” el cual se interpretó desde el significado de bienestar material de las poblaciones, hasta un constructo más complejo que incluiría aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales y la propia salud (Noll 2002, p. 121).

Se considera que la percepción de calidad de vida hace mención al discernimiento que tienen los pacientes sobre los efectos de una enfermedad determinada y las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. De acuerdo con este concepto desde la práctica del Trabajo Social es necesario abordar a las personas en situación de enfermedad para minimizar los efectos que los padecimientos generan. (Lugones 2002, p. 361).

La calidad de vida hace referencia a la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien. Es necesario considerar que la atención que ofrece -el profesional del Trabajo Social- le exige además de intervenir en los procesos sociales identificar al paciente como una persona integral que se encuentra en un proceso de vulnerabilidad existencial. (Velarde 2002, p.349).

Una buena calidad de vida en el adulto y en el adulto mayor se considera como una vida satisfactoria, acompañada de bienestar físico, psicológico y social, con un adecuado desarrollo personal. Diversas representaciones de lo que constituye una buena calidad de vida sugiere que se debe indagar preguntando al adulto y al adulto mayor: ¿Como dar sentido a su propia existencia desde un contexto cultural que incluya sus valores y objetivos de vida? (Eamon 2003, p.34). En efecto, la Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como la percepción que tiene el individuo sobre su vida desde un contexto cultural que incluya el sistema de valores en que vive así como sus objetivos, expectativas y preocupaciones. Para medir la calidad de vida es importante considerar la autoestima, la salud, la funcionalidad, la vivienda, las aspiraciones o en su defecto las frustraciones ante la situación de cronicidad que padezcan las personas, dado que estos aspectos dan cuenta de sus sentimientos y emociones. Entonces la calidad de vida refleja lo que el paciente conoce, cree y valora de su propia vida. (Informe de la Organización Mundial de la Salud, 2005. p.1).

1.2.1 AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

El concepto denominado *autopercepción de la calidad de vida* implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (socio-culturales y de personalidad) así como factores externos -entre los que se encuentran- las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. (López Carmona 2006, p. 201)

1.2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

Botero y Pico 2007 (p 5). Conciben a la calidad de vida como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciados por la percepción subjetiva. La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) incorpora esencialmente la percepción del paciente, y puede decirse que es como una necesidad en la evaluación de resultados en salud; (Testa M. citado en Botero y Pico 2007. p 4). La CVRS se refiere a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (Bradburn- Dupuy) citado en Fernández- Fernández y Alarcos. 2010. p 3.

Así mismo la CVRS puede definirse como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, M. Alfonso 2010. p 359)

Tabla 1. Propuesta de definiciones en calidad de vida relacionada con la salud

Echteld, van Elderen, van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencia satisfacción con la vida y aspectos positivos y la ausencia de efectos negativos.
Awad	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y el nivel de desarrollo psicosocial.
Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo en particular.
Schipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.
Schipper, Clinch & Powell	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente.
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
Shumaker & Naughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.
Patrick & Erickson	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño o en su caso el tratamiento.
Wu	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.
O' Boyle	Expresión de un modo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.

Fuente: Urzúa, M. Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud. Elementos conceptuales, Chile 2010.

La CVRS es una noción que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Se considera entonces que la CVRS es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. Shwartzman, plantea que la calidad de vida está relacionada con el grado de bienestar físico, psíquico, y social: estas son las tres dimensiones que deberían considerarse para realizar una evaluación de la calidad de vida de las personas. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida de una persona enferma es el resultado de la interacción del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en la vida, el apoyo familiar y social que se haya recibido así como la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. (Shwartzman, L. 2003, p. 14)

1.2.3 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Es importante tomar en cuenta que cuando se aborda el tema de la calidad de vida en pacientes con diabetes; el funcionamiento social del sujeto, está relacionado con los síntomas de la enfermedad y/o tratamiento. La mayoría de los expertos ven a la calidad de vida como una estructura multidimensional que incluye a las siguientes:

- a) *Dimensión Física*, se circunscribe a la habilidad funcional, la salud física en general; control o alivio de los síntomas, la fatiga o agotamiento, cambios de apetito, dolor, cambios en el dormir y la forma como estos impactan, en la salud física de las personas (Ferrell, citado en Segura Barrios 2012. p.35).
- b) *Dimensión psicológica*, incluye las emociones y preocupaciones, desde el control, felicidad y satisfacción con las cosas de la vida, capacidad de

recordación, el significado de la enfermedad, el afrontamiento, evaluación cognitiva, depresión, ansiedad y temor; este es el proceso de la persona en una situación de enfermedad, el mantener un sentido de control frente a la enfermedad potencialmente mortal caracterizada por estrés emocional, las expectativas alteradas en la vida, y el miedo a lo desconocido, así como cambios que se presentan continuamente en la vida (Ferrell, citado en Segura Barrios 2012. P.36).

- c) Dimensión social, hace referencia a la interacción del individuo con otras personas, incluye el apoyo familiar y social percibido, funcionalidad familiar, desempeño laboral y financiero (Ferrell, citado en Segura Barrios 2012. P.36).

Dimensiones de la calidad de vida

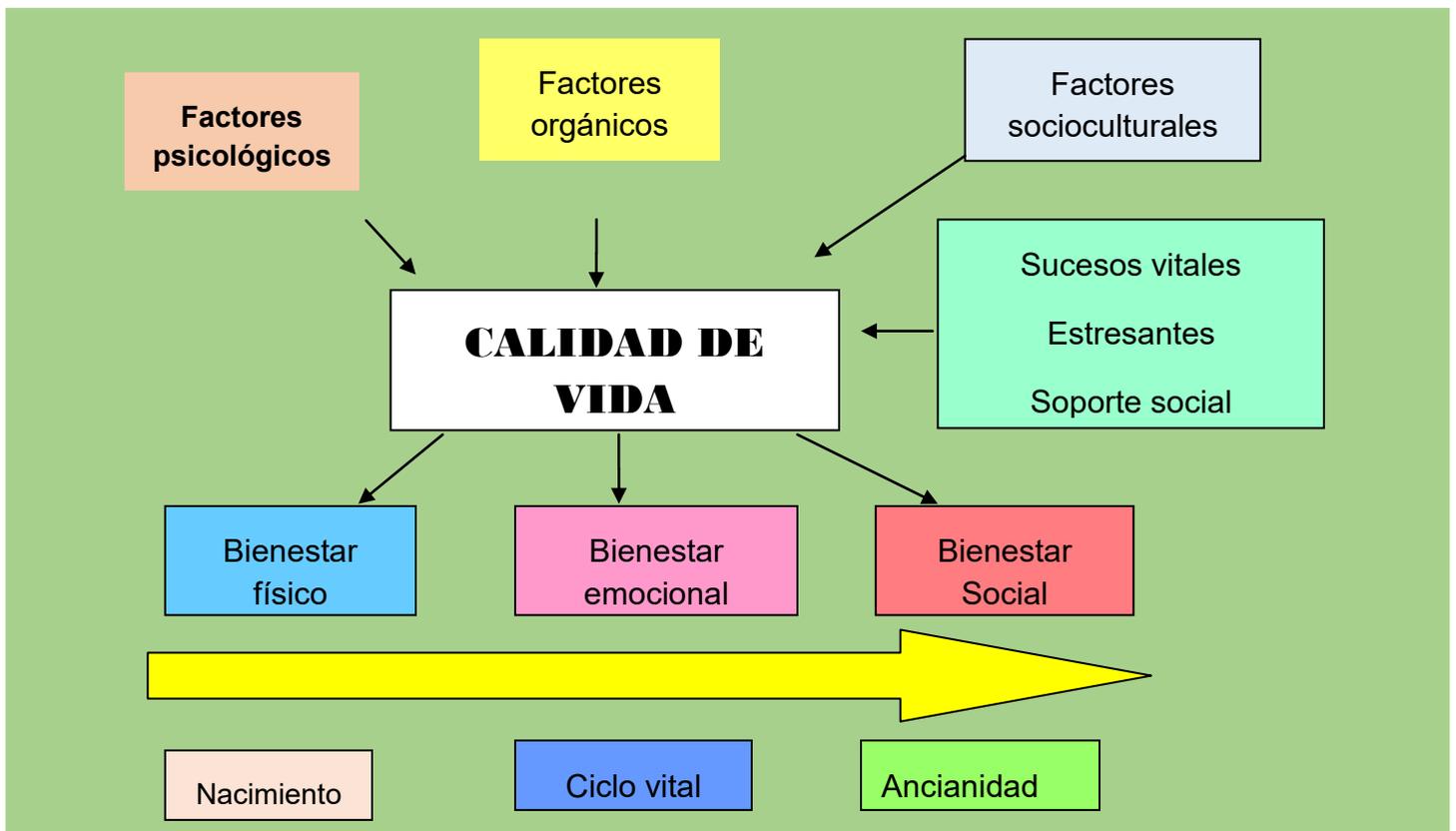


Figura 1.- Schwartzmann, Laura. Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. (CVRS) 2003.

1.2.4 SITUACIÓN DE LA DIABETES COMO ENFERMEDAD CRÓNICA

La DM es considerada como una enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), caracterizada por un trastorno metabólico, producida por la utilización ineficaz de la insulina. Por su alta morbilidad y mortalidad es considerada un problema de salud pública, que genera un impacto a nivel emocional y físico en las personas que la padecen y en consecuencia una alteración en el bienestar personal y familiar. Así mismo, por la cronicidad de la enfermedad y su difícil control, la DM puede afectar el humor y la autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Las restricciones dietéticas y sexuales pueden llevar a conflictos, pueden contribuir negativamente en la calidad de vida del paciente. De igual manera, puede afectar el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y las exigencias del tratamiento (OMS, 2009, p. 27).

La DM se encuentra dentro de los principales problemas de salud a nivel mundial, se consideró que en el año 1995 la población de diabéticos adultos, era de 135 millones y se prevé que para el año 2025, esta enfermedad se incrementará llegando a los 300 millones, con un aumento aproximado del 120% de las personas con diabetes vivirán en los países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo veintiuno Los países desarrollados aportaran el 40% de la población con DM y los países en vías de desarrollo el 60%. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en sus estadísticas del año 2010 indicaron que en América Latina y el Caribe, la DM era responsable de unas 340,000 muertes anualmente y ocasionaba graves complicaciones como cardiopatías, nefropatías, ceguera y amputaciones. De la misma manera, calcula que el costo de la DM se diversificará en diversos aspecto de la vida de los personas (OPS-OMS 2012 p.213).

1.2.5 CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

La persona con una enfermedad crónica y la evolución de la misma genera un proceso discapacitante afectando la calidad de vida de quien la padece. La enfermedad crónica por ser permanente requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control, que afecta profundamente la calidad de vida, al dificultar el desempeño, funcionalidad de las actividades laborales y sociales, lo cual lleva al paciente al aislamiento social y a la dependencia (Sánchez H. Beatriz, citado en Segura Barrios 2012. P. 36).

Vivir con una enfermedad crónica discapacitante, hace referencia a la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional, que produce incapacidad permanente y exige cuidados por largo tiempo, así como el tratamiento y control continuo. Por tal motivo, la persona que la padece debe hacer modificaciones en su estilo de vida. Además, las recaídas y el deterioro progresivo, llevan al paciente a experimentar cambios a nivel emocional y social, como también sentimientos de desesperanza e impotencia, lo cual reduce su calidad de vida (Barrera y Cols. 2006. Pp. 36,37).

Los pacientes con DM tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes con DM no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones. Las cuales se puede expresar a través de la percepción de la calidad de vida (Árcega 2005, p. 677).

Las ECNT afectan la calidad de vida de la persona que la padece, al igual que su núcleo familiar, debido a que por su impacto generan cambios en las dimensiones físicas y psicológicas, caracterizados por la pérdida de la independencia,

manifestación de sentimientos de desesperanza, incertidumbre ante lo desconocido o por el futuro incierto de la enfermedad (Chaparro L. citado en Segura Barrios P. 37).

1.3 DIABETES

El conocimiento de la DM es importante por su gran frecuencia, la sociedad se encuentra en una transición epidemiológica importante, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS), pronostica que en el año 2030 la diabetes afectará a 370 millones de personas. La frecuencia de diabetes ha aumentado dramáticamente en los últimos 40 años sin considerar que en los países desarrollados como en los subdesarrollados existe un subregistro.

La DM está caracterizada por deficiencia en la producción de insulina, deficiencia en la acción de la misma, o una combinación de ambas deficiencias, la cual provoca hiperglucemia. La hiperglucemia crónica es la vía final común que provoca las complicaciones microvasculares que a largo plazo afectan: ojos, sistema nervioso, riñones y sistema inmunitario. Estas complicaciones son las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputación de extremidades inferiores. La DM es considerada un problema de salud pública a nivel mundial que ocasiona no sólo daño a la salud física, sino que afecta los diferentes ámbitos en los cuales se desarrolla el individuo. El paciente con DM enfrenta no sólo una expectativa de vida menor sino que, además afronta una constante posibilidad de desarrollar complicaciones incapacitantes (Micheal 2000, p. 253).

1.3.1 PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La DM tipo 2 puede evolucionar de manera silenciosa durante un largo tiempo (5 a 10 años), porque la hiperglucemia se desarrolla gradualmente, sin síntomas clásicos por lo que tres de cada 10 enfermos desconocen que la padecen (García y Suarez 2005, p. 19). Los síntomas que se identifican comúnmente en las personas que padecen diabetes son las siguientes:

Excesiva sed y abundante orina; el riñón, que actúa como un filtro a la glucosa, se torna incapaz para concentrarla toda, y se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo, lo cual conduce a una cierta deshidratación percibida por el diabético como un aumento de la sensación de sed (polidipsia). La eliminación de agua hace que las personas con DM no controlada tiendan a orinar más de lo normal (poliuria), lo anterior trae como consecuencia una piel caliente y seca. Otra de las manifestaciones es la somnolencia que disminuye el nivel de conciencia llegando incluso a un estado de coma (García y Suarez 2005, p. 20).

1.3.2 COMPLICACIONES

La DM mal controlada puede producir graves daños como infarto al miocardio o infarto cerebral, ceguera, amputación de pies e insuficiencia renal. En consecuencia, las personas con DM deben tener un control adecuado de su enfermedad para evitar las complicaciones agudas y crónicas (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 20).

1.3.2.1 COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DM TIPO 2

a) *Hipoglucemia* es la complicación más frecuentemente asociada al tratamiento farmacológico de la DM puede definirse como la aparición de cifras de glucemia; por debajo de 60 mg/dl. Aparecerán síntomas asociados a la respuesta adrenérgica (ansiedad, inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, etc.); junto a los derivados de la afectación del Sistema Nervioso Central como consecuencia del bajo aporte de glucosa: cefalea, lentitud, dificultad en el habla, somnolencia, confusión mental, etc. Generalmente, los síntomas asociados a los episodios de hipoglucemia suelen ser moderados, secundarios a la liberación de catecolaminas, y pueden ser fácilmente tratados por el propio paciente (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 20).

b) *Hiperoglucemias* se trata de la descompensación de la DM, secundaria a un déficit absoluto o relativo de insulina, que aparecen como consecuencia de diversas circunstancias: incumplimiento del tratamiento, enfermedades intercurrentes, administración de medicamentos, situaciones de estrés, etc. Suele manifestarse en forma de síntomas de poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, que a veces se acompañan de prurito. En caso de no tratarse puede evolucionar a una descompensación hiperglucémica, como la cetoacidosis o la descompensación hiperosmolar (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 20).

1.3.2.2 COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DM TIPO 2

Los pacientes con DM tipo 2, al igual que ocurre con otras formas de diabetes, presentan un riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo.

Las complicaciones crónicas de la DM, pueden subdividirse en dos categorías: complicaciones microvasculares (oftalmopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovasculares: enfermedad cardíaca coronaria, cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 21).

Oftalmopatía diabética, la retina es la estructura más frecuentemente afectada aunque tanto la cámara anterior del ojo (córnea, cristalino, iris) como el nervio óptico y otros nervios oculomotores también pueden verse dañados. Estudios recientes indican que mediante un control adecuado de la glucemia y de la presión arterial en los pacientes con DM, puede prevenirse o retrasarse la aparición de edema macular y retinopatía diabética proliferativa (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 21).

Nefropatía diabética, el deterioro de la función renal en los sujetos con DM es un proceso continuado y progresivo que va desde las alteraciones funcionales renales hasta la insuficiencia renal terminal (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 21).

Enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial se presenta frecuentemente asociada a la DM tipo 2. La presencia de hipertensión aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad coronaria, choque, enfermedad vascular periférica e insuficiencia renal (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 21).

Neuropatía, en principio puede afectar a cualquier parte del sistema nervioso, con la posible excepción del cerebro. Con frecuencia es asintomática, si se presenta sintomatología, ésta es predominantemente de carácter sensorial: dolor, hiperestésias, parestesias, alteración de la sensibilidad superficial y profunda con

afectación de los reflejos tendinosos y de la marcha. La neuropatía diabética también puede afectar al sistema nervioso autónomo, siendo de especial importancia aquellas que afectan a los reflejos cardiovasculares (taquicardia, arritmia sinusal, hipotensión ortostática) y a la función gastrointestinal (atonía, retraso en las evacuaciones, diarreas, estreñimiento e incontinencia fecal) y genitourinaria: atonía, dificultad en la micción, vaciamiento vesical incompleto, incontinencia por rebosamiento, eyaculación retrógrada, disfunción eréctil, etc. (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 21).

Pie diabético, los pacientes con DM presentan un riesgo especial de desarrollar úlceras en los pies; como consecuencia de la pérdida de las sensaciones protectoras secundarias a la neuropatía grave o a la afectación vascular. El riesgo de desarrollo de úlceras aumenta en pacientes, con: una evolución de la DM superior a los 10 años, de sexo masculino, con un inadecuado control metabólico y que presentan complicaciones cardiovasculares, oculares o renales. Los pacientes deben ser advertidos de la necesidad de examinar diariamente sus pies y de mantener medidas de higiene que permitan mantenerlos secos y limpios (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria 2007, p. 22).

1.4 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Las formas de cómo vive, se enferma y mueren las personas se han ido transformando, los procesos de industrialización han impactado a las poblaciones y a su vez en sus estilos de vida. Otro elemento importante es la investigación científica y su contribución al desarrollo de diferentes alternativas para enfrentar las enfermedades.

Actualmente las estadísticas de los principales organismos internacionales de salud (OMS, OPS, FAO) permiten visualizar el comportamiento de incidencia y prevalencia de los padecimientos más recurrentes en la población, donde se puede observar que las ECNT tienen un alto índice en la población aunado a otro factor como lo es el incremento en la esperanza de vida de la población a nivel mundial (Hernández, Gutierrez y Reynoso 2013, p. 22).

1.4.1 ESTADÍSTICA INTERNACIONAL

La Federación Internacional de Diabetes en su 7ta publicación refiere que existen aproximadamente 415 millones de personas con diabetes en el mundo y se estima que habrá 642 millones de personas con diabetes a nivel mundial para el año 2040, dichas estimaciones se dan en función de la incidencia y prevalencia de dicho padecimiento. (Federación Internacional de Diabetes Atlas 7ta Edición. 2013. FID.p.1).

Los siguientes datos epidemiológicos, están tomados del informe de la FID, debido a que en el 2013 en todo el mundo, 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años se diagnosticaron portadoras de diabetes mellitus, de las cuales el 80% vivía en países con mayores condiciones de pobreza. Los cálculos indican que en menos de 25 años, el total de personas afectadas aumentará a 592 millones. En Norteamérica, incluyendo Puerto Rico y México, la cifra actual de personas con esta enfermedad es de 37 millones. En Centroamérica, el resto del Caribe, centro y toda Sudamérica, la cantidad es de 24 millones. (Mora-Morales Eric. 2014. p. 44)

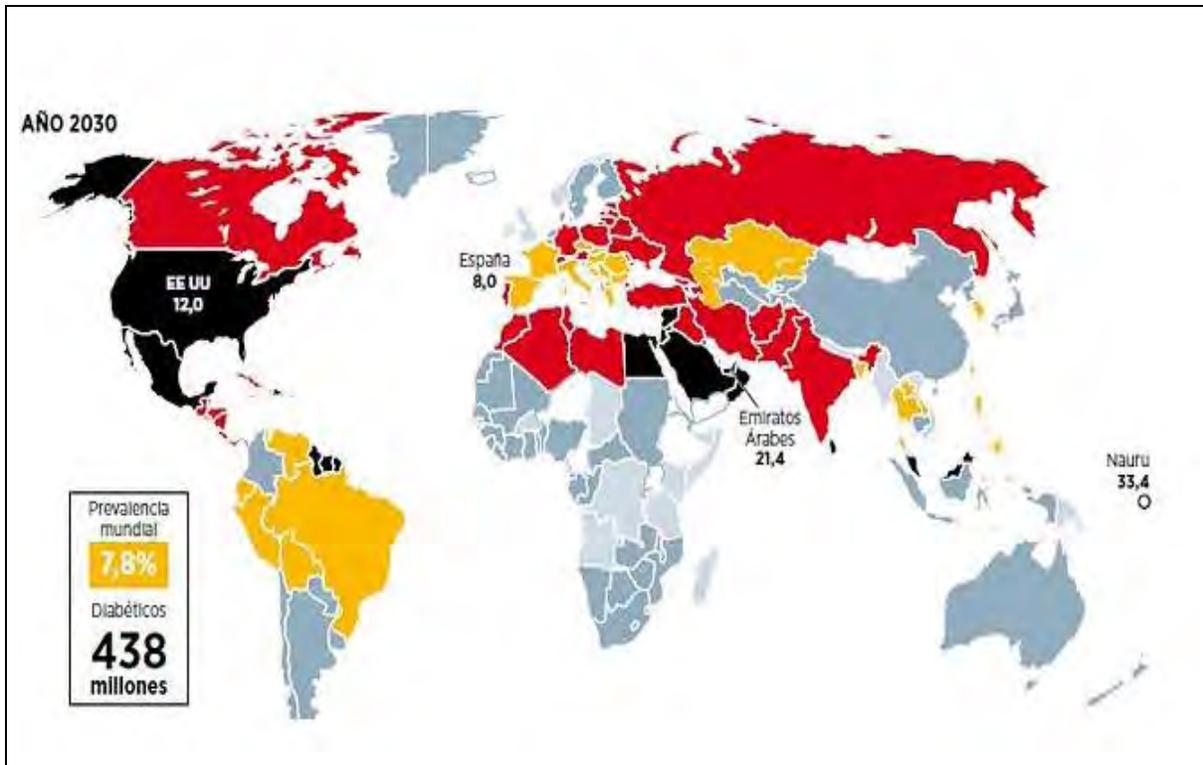


Figura 2. Fuente: actualidad/salud/Federación Internacional de Diabetes 2013.

La DM es, una enfermedad conocida desde hace mucho tiempo, el conocimiento de su etiología, historia natural y epidemiología es aún incompleta. Las investigaciones continúan y estarán ubicadas dentro del contexto histórico donde se originen. La epidemiología de la DM es una disciplina joven que ha hecho importantes aportaciones, además del análisis sobre la frecuencia y distribución del padecimiento. En 1980, la OMS estandarizó los criterios de clasificación para la diabetes 1 y 2 (Moreno, Altamirano. Laura 2001 P.35).

Las estadísticas reportan que la frecuencia de la diabetes ha aumentado dramáticamente en los últimos 40 años sin considerar que se tiene. Motivo por el cual la OMS y el Banco Mundial consideran a la diabetes como problema de salud pública.

En el año de 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, las estimaciones presentadas por los organismos internacionales reportan que se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Sin embargo pareciera que las estadísticas recientes valoran que la estimación valorada será rebasada por el aumento de casos. Entre 1995–2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia; predomina en el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años. Se observa que la prevalencia es mayor en los países con una industria más desarrollada, sin embargo en los países con economía dependiente también van en aumento, así mismo se reporta se ha incremento más en mujeres que en hombres (Moreno Altamirano. 2001, p. 35).

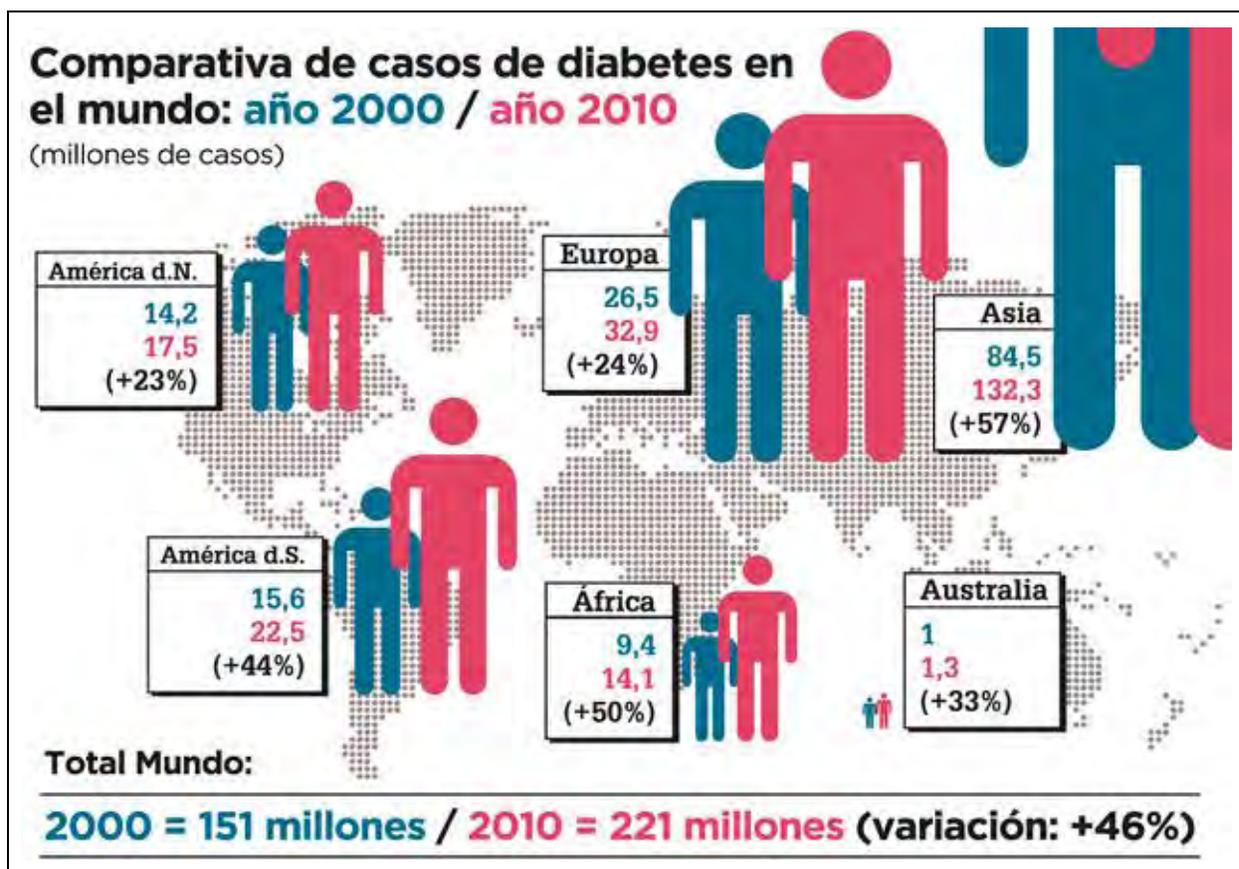


Figura 3. Fuente: Comparativa de los casos de diabetes en el mundo del año 2000 al 2010. www.dicyt.com.

Los principales países que presentan mayor prevalencia a 5.5% son aquellos de industrias desarrolladas como son: Suecia (9.3%), Noruega (8.6%), Dinamarca (8.3%), y Finlandia (7.4%). Los países de prevalencia menor a 3% son: (Alemania, Austria, Australia, Bélgica, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Nueva Zelanda y Suiza) (Moreno Altamirano. 2001 p.35).

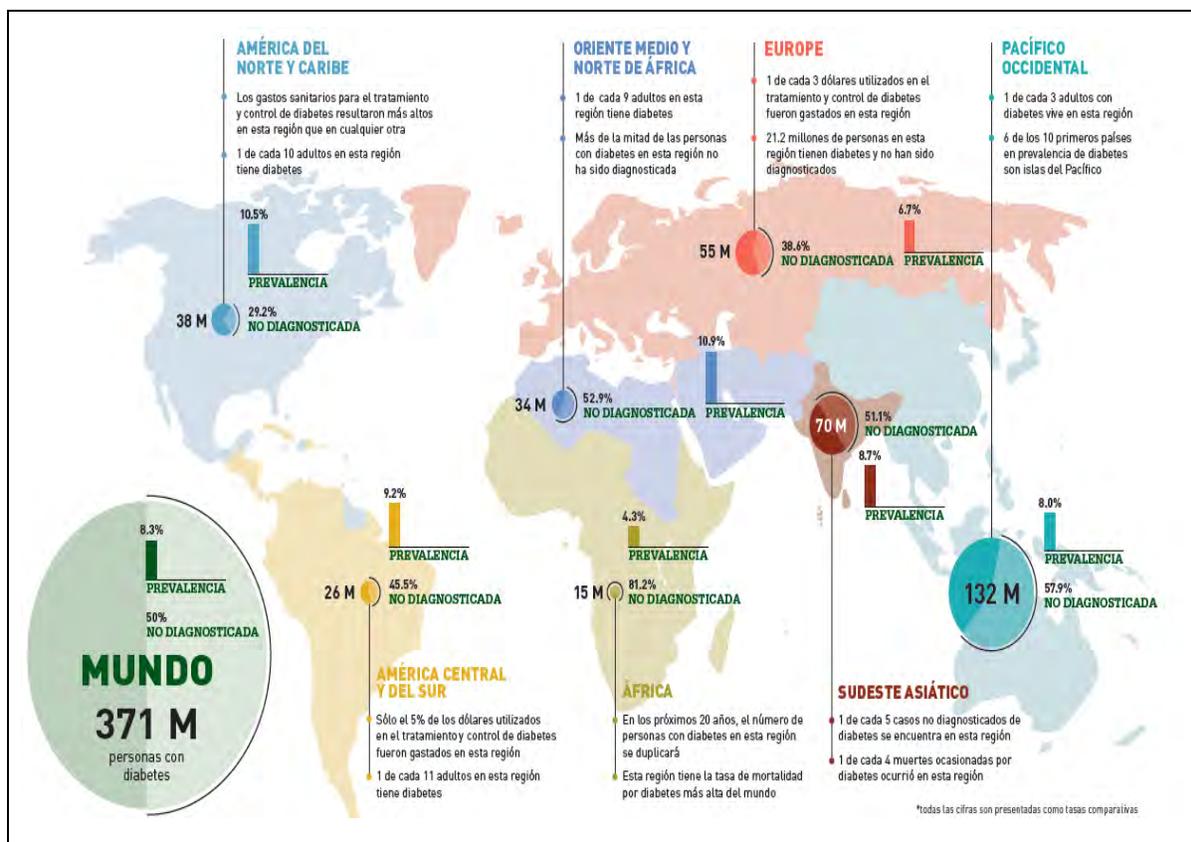


Figura 4. Fuente: Atlas de la diabetes actualizado al 2012. Federación Internacional de Diabetes <http://www.idf.org/>

Las prevalencias más altas del mundo se han observado en el Medio Oriente, principalmente en Chipre (13%) y Líbano (13.7%), el incremento global esperado en estos países para el 2025 es de 38%. El incremento mayor en la prevalencia se observa en China (68%) e India (59%). En Fiji (10.1%) se observó la prevalencia

más alta en el grupo de Islas y otros países asiáticos, el resto mostró prevalencias menores de 7% (Moreno 2001, p. 36).

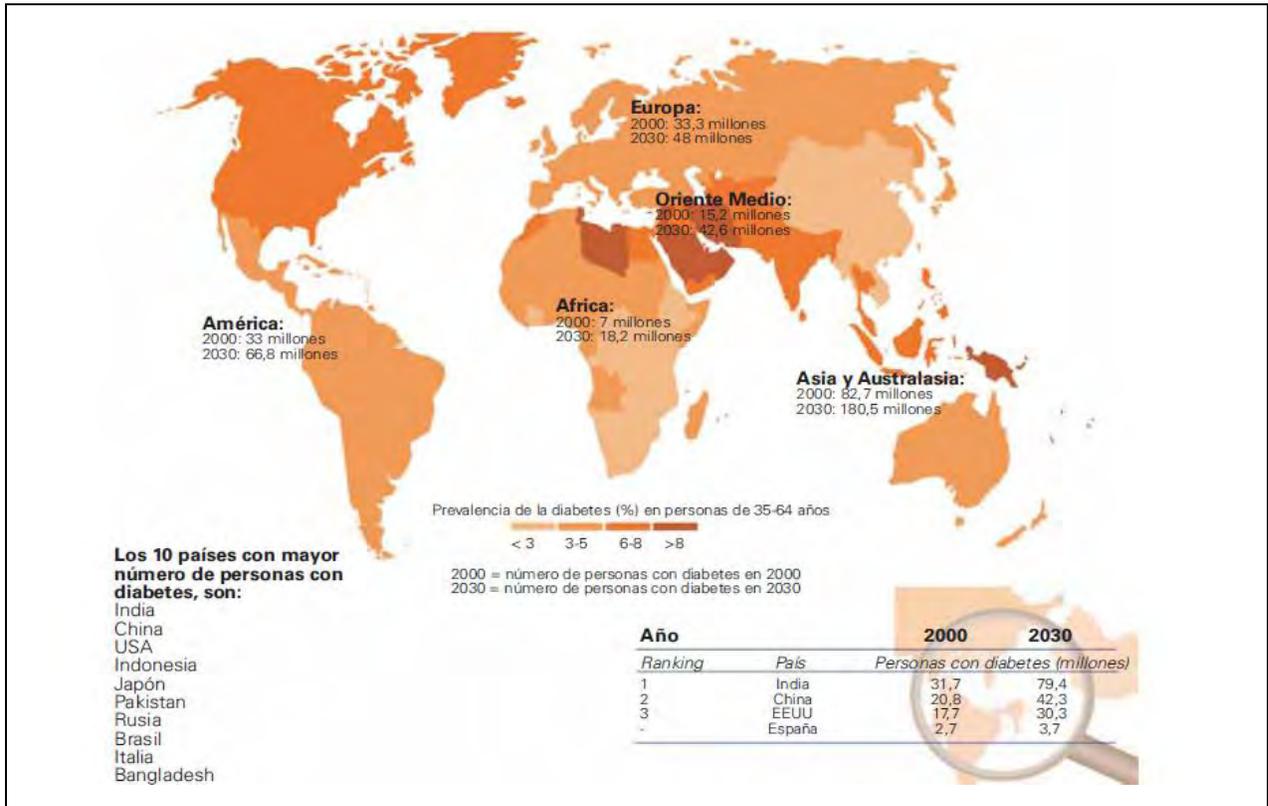


Figura 5. Fuente: Incidencia de la diabetes en el año 2000 y las cifras esperadas para el 2030. Federación Internacional de Diabetes.

En Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia global es de 5.7%; para el año 2025 se espera de 8.1%. La prevalencia más alta se encuentra en Uruguay con 8.1%. Los reportes actuales indican que el país con mayor incremento de prevalencia es México de 7.7% a 12.3% y en el mundo se puede determinar el incremento en la India en 59%. En general, las poblaciones más afectadas son aquellas en donde el estilo de vida tradicional se ha modificado adoptando el estilo de vida occidental, o bien se ha industrializado rápidamente en un período de tiempo relativamente corto (Moreno., Altamirano 2001. p. 36).

Existen muchas razones que explican la variabilidad encontrada en la prevalencia de la diabetes mellitus:

Clínicos.- Alta ingesta de grasa, particularmente saturadas (más 30% del aporte calórico/día), elevada ingesta alcohólica, sedentarismo, grupos étnicos de alto riesgo: afroamericanos, latinos y afroasiáticos, mayores de edad de 45 años con IMC mayor de 25kg/m, obesidad visceral, hipertensión arterial, síndrome de ovario poliquísticos, diabetes gestacional, madre de hijo con peso mayor a 4 kg al nacer, hipogonadismo masculino, acantosis nigricans, macrosomia, multiparidad, bajo peso al nacer entre otros. (Palacios, Duran y Obregón 2012. P. 1)

Metabólicos.- Glucemia alterada en ayunas, intolerancia en el test a la glucosa, dislipidemia, particularmente triglicéridos mayor de 150 g/Dl, prueba de tolerancia anormal a las grasas, niveles elevados de insulina basal, entre otras (Palacios, Duran y Obregón 2012. P. 1)

1.4.2 ESTADÍSTICAS NACIONALES EN MÉXICO

El perfil epidemiológico por el cual transitan diversos países y en particular México (Cordova 2007, p. 9) definió que las enfermedades crónicas-degenerativas y lesiones, corresponden a determinantes complejas, asociadas tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. El retraso en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado el proceso de complicaciones y discapacidad en personas que viven más años, y por el otro generan un costo aún mayor en su tratamiento.

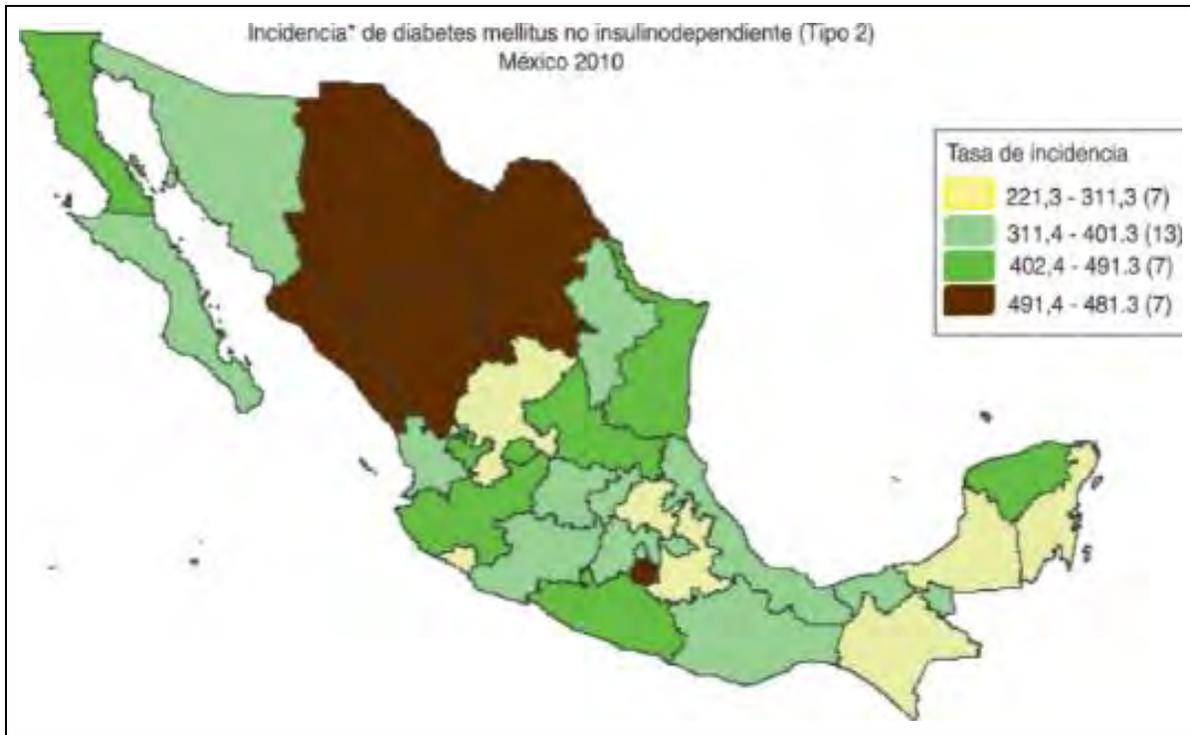


Figura 6. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2010. INEGI. Secretaría de Salud /mexrisc.cs.buap.mx

México.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reporta que la DM es un reto de salud global lo cual obliga a generar estrategias en dos aspectos relevantes como lo son la asignación de recursos que requieren los prestadores de servicios de salud para su atención y por el otro el gran costo económico y emocional para las personas con DM y sus familias.

Para el año 2012 se identificaban a 6.4 millones de adultos mexicanos con DM. Es decir, 9.2% de los adultos en México habían recibido un diagnóstico de DM. El total de personas adultas con DM podría ser incluso el doble, de acuerdo a la evidencia sobre el porcentaje de diabéticos que no conocen su condición. Del total de personas que se identificaron como diabéticas en la ENSANUT2012, el 16% (poco más de un millón) eran del grupo que reportaba no contar con protección en salud, en tanto que el 42% (2.7 millones) fueron derechohabientes del IMSS. El 12% (800 mil) corresponderían a otras instituciones de seguridad social, y 30%

(1.9 millones) referían estar afiliados al Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) (Secretaría de Salud. Resultados Nacionales. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 -ENSANUT2012- p. 108).

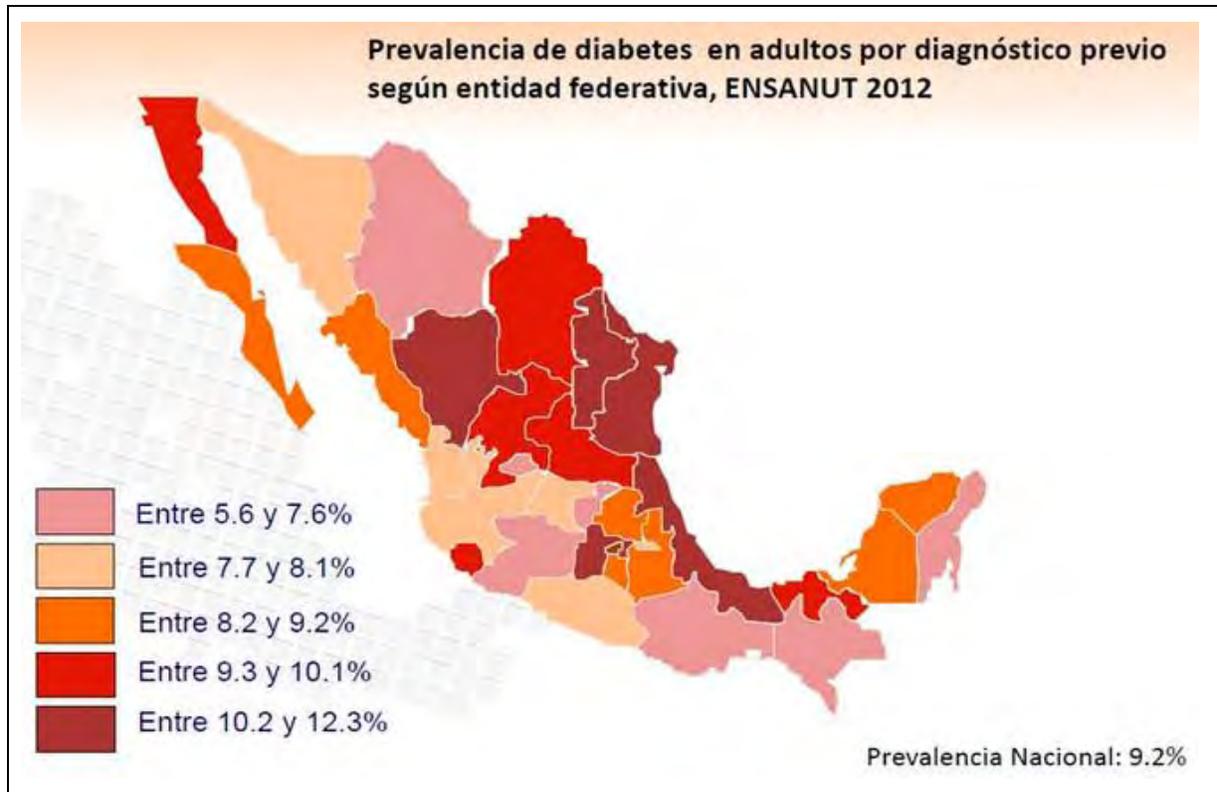


Figura 7. Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. INEGI. Secretaría de Salud /mexrisc.cs.buap.mx

Del total de diabéticos diagnosticados la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, establece que 14.2% (poco más de 900 mil), manifestaron no haber acudido al médico para el control de la DM en los 12 meses previos a la entrevista, es decir, se puede considerar que no se encontraban en tratamiento y por lo tanto estaban retrasando acciones de prevención de complicaciones. Este porcentaje presenta una importante variación por condición de aseguramiento: en tanto que únicamente el 4% de los que reportaron contaban con aseguramiento privado. No se habían atendido el 27.5% de los diabéticos que no cuentan con protección en salud (cerca de 280 mil individuos) no habían acudido para atenderse de este padecimiento durante al menos un año (ENSANUT 2012, p. 108).

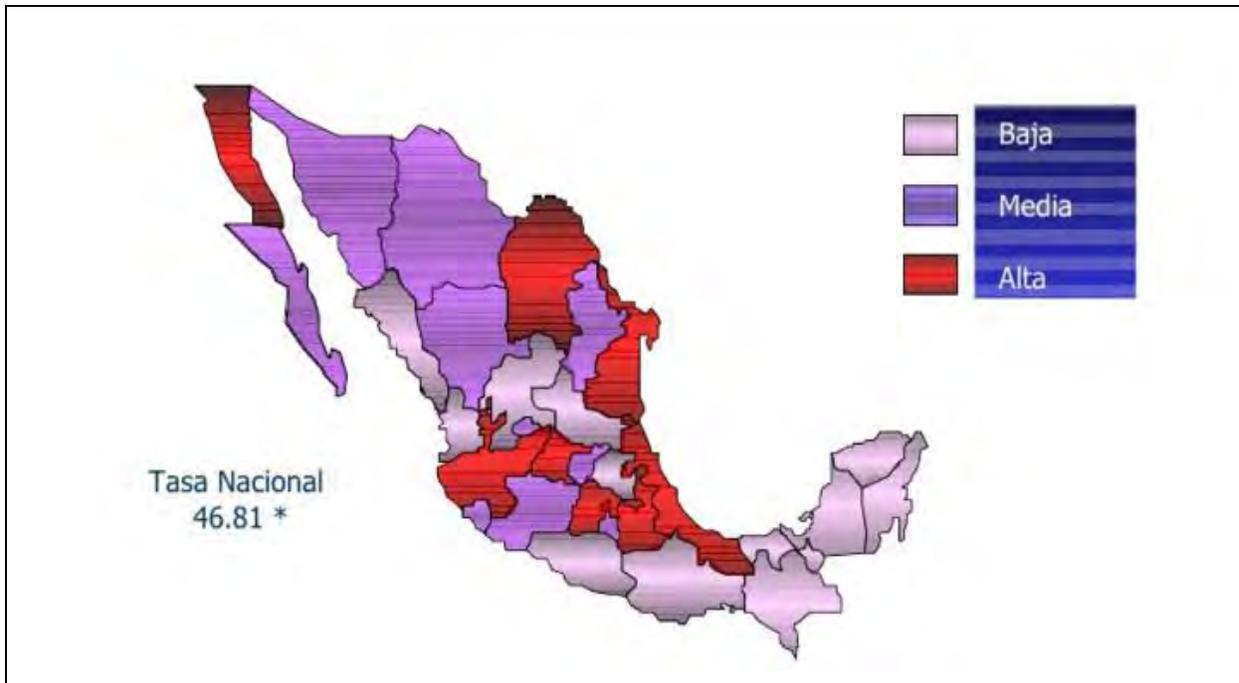


Figura 8. Fuente: Mortalidad por diabetes mellitus, según Entidad Federativa. México 2000. SSA/SEED 2000/DGE *Tasa Nacional / es.slideshare.net

Considerando las estimaciones hechas para México (sobre el costo anual de la atención de la diabetes) se sitúa el costo de atención por parte de los proveedores en: 707 dólares por persona por año. Así para el año 2012 se requirieron aproximadamente 3 872 millones de dólares para el manejo de la DM, lo que representa un incremento de 13% con relación a la cifra estimada para el 2011.

Para contextualizar tal monto; resultó superior a los 3 790 millones asignados al Seguro Popular en 2010 (ENSANUT 2012. Pág. 109).

Las principales causas de mortalidad en México son: Enfermedades del corazón, DM y tumores malignos. La Subdirección de Epidemiología del Estado de México 2010 estableció que de acuerdo a la distribución de casos hospitalizados con diagnóstico de DMT2 por entidad federativa, el Estado que reportó mayor porcentaje para este año fue el Estado de México con el 9.1% donde se ubica como primera causa de muerte a la DM (Instituto Nacional de Salud del Estado de México 2010, p. 234).

1.4.3 ESTADÍSTICA REGIONAL ESTADO DE MÉXICO

El Estado de México se localiza al centro-sur de la República Mexicana. Su superficie territorial es de 21,461 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1.1% del territorio nacional. Su capital es la ciudad de Toluca. Es uno de los estados con mayor población de las 32 entidades federativas que conforman el país, se encuentra integrado por 128 municipios. Su población total es de 15,176, 862 de los cuales 7, 396,986 son hombres y 7, 778,876 son mujeres (INEGI 2010, p. 180).

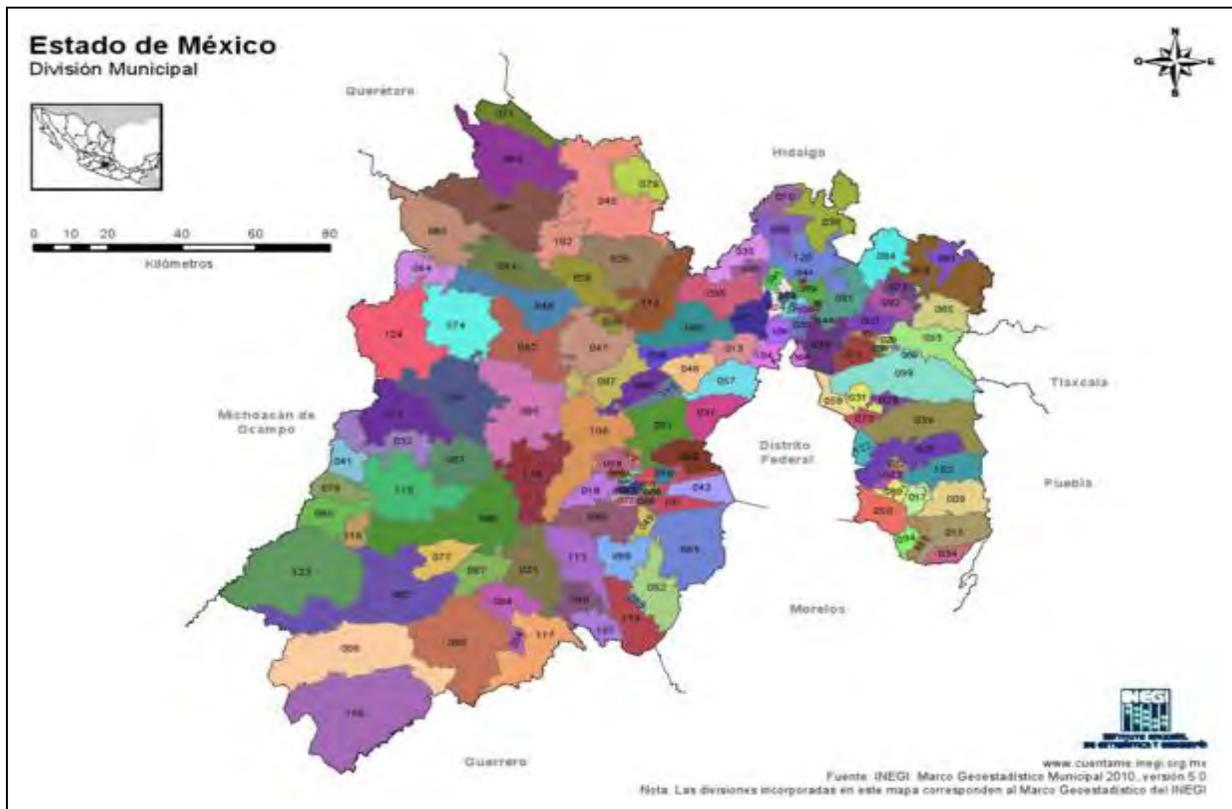


Figura 9. Fuente: División Política del Estado de México. INEGI. Marco Geoestadístico Municipal 2010. Versión 5.0

El boletín estadístico epidemiológico reporta que el Estado de México tiene como primera causa de mortalidad a la DM, estadísticas que revelan la importancia de indagar sobre los factores que contribuyen al incremento de tal padecimiento, así como a la aceleración de las complicaciones de la DM en su población (Instituto Nacional de Salud del Estado de México 2010, p. 234).

Incremento de la DM tipo 2 durante los últimos cinco años. Instituto de Salud del Estado de México mortalidad (informe anual).

2008	2009	2010	2011	2012
10,324	10,875	11,080	11,654	12,289

Tabla 2. Fuente: Boletín Epidemiológico del Instituto de Salud del Estado de México 2010.

El Estado de México está dividido en 19 Jurisdicciones Sanitarias el lugar en donde se desarrolló esta investigación pertenece a la jurisdicción sanitaria número 19 de Texcoco, la cual está integrada por los siguientes municipios: Atenco, **Chiautla**, Chicoloapan Chiconcuac, Chimalhuacán, Papalotla, Tepletaoxtoc, Texcoco y Tezoyuca (Instituto Nacional de Salud del Estado de México 2010, p. 234).

1.4.4 CONTEXTO LOCAL (MUNICIPIO CHIAUTLA)

La fundación de Chiautla ocurrió en el siglo XII, por asentamientos toltecas-chichimecas. En la época prehispánica Chiautla fue señorío de Texcoco, el Códice Xólotl está estructurado de diez planchas, Chiautla aparece en cinco de ellas, los vestigios arqueológicos descubiertos en los años recientes en la zona central del país datan del pleistoceno, esto es de hace 20,000 años aproximadamente. Los descubrimientos de Helmont en 1946, actualmente conocidos como hombre de Tepexpan y los restos de mamut encontrados en Atenco, municipio cercano a Tepexpan, indican la presencia de pobladores en el Estado de México desde hace por lo menos 12,000 años. La información más antigua de quienes fueron nuestros antecesores, es acerca de los otomíes, primeros pobladores del Valle de Anáhuac; esta tribu se caracterizó por ser recolectora y cazadora nómada, se asentaron después de lo que hoy es el

Popocatepetl y el Iztaccíhuatl. (De la Cruz Rojas Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México “Sistema Nacional de Información Municipal- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal” INAFED. 2008. p. 1)

En el año de 1431 se generaron grandes cambios en la estructura política de los pueblos de la cuenca de México y sus alrededores, pues Netzahualcóyotl inició su gobierno en Texcoco y junto con los gobernantes de Tenochtitlán y Tlacopan crearon la triple alianza de Anáhuac e iniciaron la fusión étnica y cultural del llamado pueblo del Sol, que les permitió extender su dominio e influencia a toda Mesoamérica. Bajo el gobierno de Netzahualcóyotl, la ciudad de Texcoco llegó a ser el modelo para los demás pueblos mesoamericanos, su economía, estructura política y organización social permitieron el establecimiento de un gobierno de sacerdotes, guerreros y sabios ancianos, que dio origen y forma a un estado fuerte con un gran desarrollo artístico y cultural . (De la Cruz Rojas Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México-Sistema Nacional de Información Municipal INAFED. 2008. p. 2)

El pueblo de Chiautla por su cercanía con la ciudad de Texcoco vivió cada uno de los acontecimientos de México. En 1519 Hernán Cortés da a Alonso de Grado la encomienda de Chiautla y en 1541 por órdenes del Virrey Antonio de Mendoza, Texcoco y sus cuatro provincias quedaron encomendadas al monasterio de los Agustinos de México, quedando Chiautla sin encomendero. (De la Cruz Rojas Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México-Sistema Nacional de Información Municipal INAFED. 2008. p. 2)

Al culminarse la Independencia de México, el Estado de México se erigió como tal el 2 de marzo de 1824, y Toluca fue nombrada residencia de los supremos poderes del Estado de México en 1830. Chiautla obtuvo el carácter de municipio

con ayuntamiento propio el 15 de julio de 1820. (De la Cruz Rojas Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México-Sistema Nacional de Información Municipal INAFED. 2008. p. 2).

El Municipio de Chiautla se localiza en la porción lacustre de la cuenca hidrológica del valle de México, colinda al norte con el municipio de Acolman; al sur con los municipios de Texcoco y Chiconcuac, al este con Papalotla y Tepetlaoxtoc, al oeste con Chiconcuac, Atenco y Tezoyuca. Cuenta con una superficie de 20.70 kilómetros cuadrados que corresponde al 0.9% del territorio del Estado de México. La altitud que alcanza la cabecera municipal es de 2,260 metros sobre el nivel del mar. (Cazares 2005, p. 29).

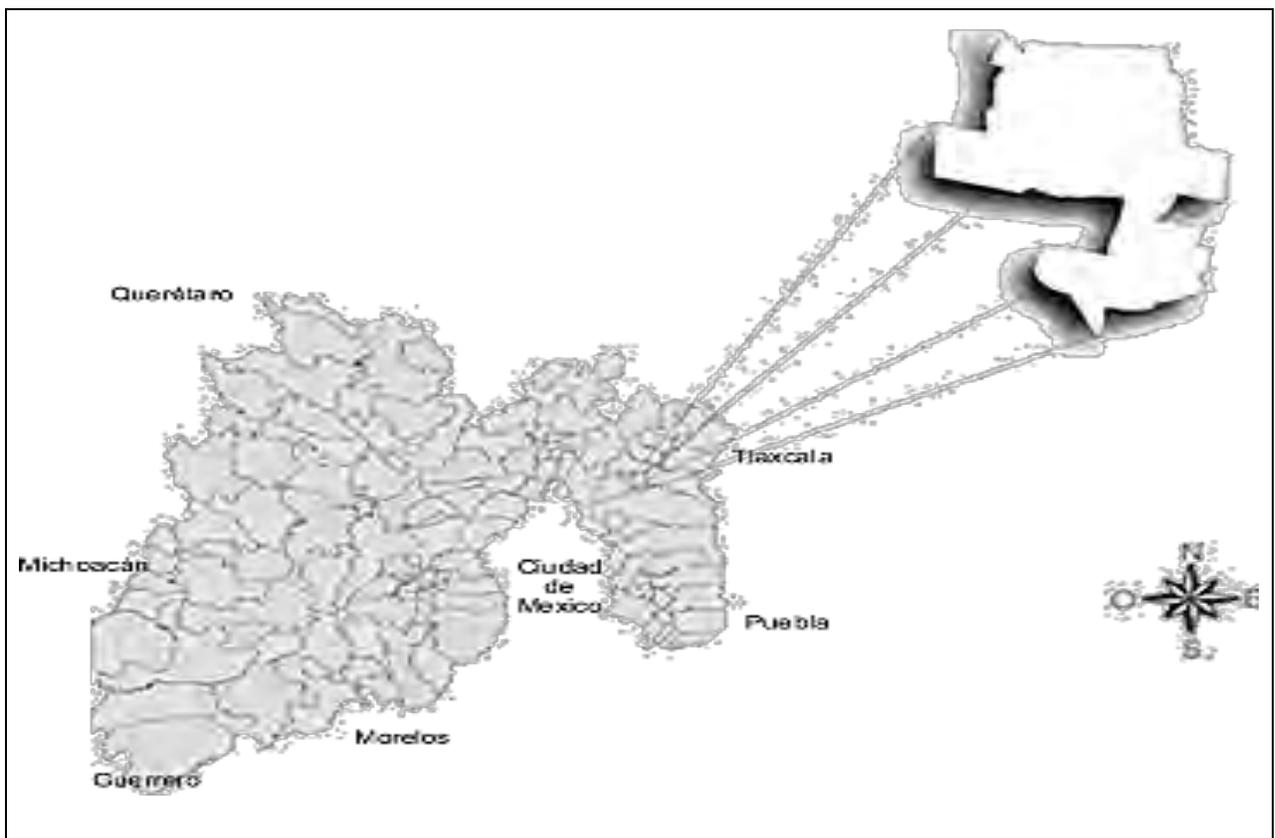


Figura 10. Fuente: División política del Estado de México y sus 128 Municipios y la Proyección del Municipio de Chiautla.

El municipio de Chiautla en el año 2005, estaba distribuido en pueblos, colonias y barrios y su población correspondía a un total de 26, 191 habitantes de los cuales 12, 759 eran hombres y 13,432 fueron mujeres (Cazares 2005, p. 29)..

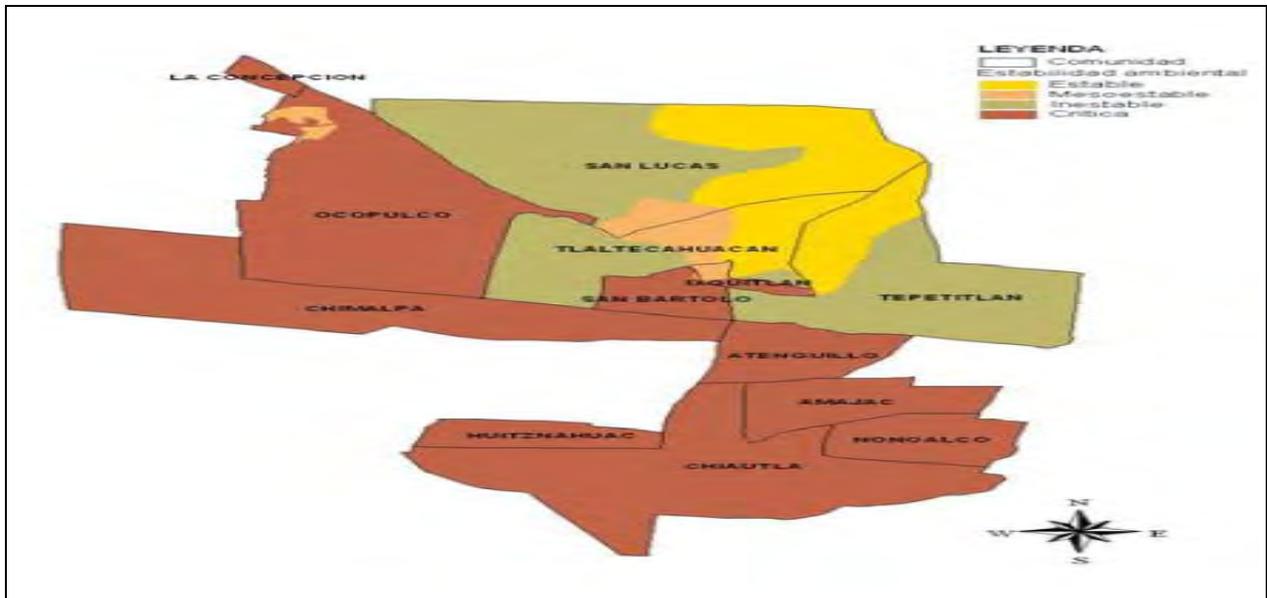


Figura 1. Fuente: División política del Municipio de Chiautla pueblos, colonias y barrios que lo conforman

Distribución de la población del municipio de Chiautla

Pueblos	Colonias	Barrios
Atenguillo	La Concepción	San Francisco
Chimalpa	Xalapango	Santa Catarina
Huitznahuac	La Guadalupe	Amajac
Ocopulco		Ixquitlan
<u>San Lucas Huitzilhuacan</u>		San Bartolo
Tepetitlan		
Tlaltecahuacan		
Nonoalco		
San Juan		
San Sebastián		

Tabla 3. Clasificación de las comunidades que conforman el Municipio de Chiautla. Fuente: Elaboración propia basada en la información del municipio de Chiautla en el Estado de México.

Las estadísticas y datos recabados por el INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, en Chiautla sólo el 23.67% de la población tiene acceso a algún servicio de salud pública otorgado por alguna institución (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEGURO POPULAR, ISSEMYN, entre otros) lo que significa que el 76.3% de la población del municipio carece de estos servicios, lo cual han contribuido al deterioro de su calidad de vida (Cazares 2005, p.48).

El Municipio de Chiautla pertenece a la jurisdicción 19 de Texcoco y cuenta con los siguientes servicios de atención médica.

Unidades Médicas de Consulta Externa	Unidades Médicas de Hospitalización
<p>Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud "Pedro Moreno" Bicentenario Chiautla.</p> <p>Centro de Salud NONOALCO</p> <p>Centro de Salud OCOPULCO</p> <p>Centro de Salud SAN ANTONIO TEPETITLAN</p> <p>Centro de Salud SANTIAGO CHIMALPA</p>	<p>Hospital General "CHIMALHUACAN"</p> <p>Hospital General TEXCOCO "GUADALUPE VICTORIA" BICENTENARIO</p>

Tabla 4. Unidades de Atención Médica de la Jurisdicción Sanitaria de Texcoco No.19. Fuente: Elaboración propia basada en la información de la Secretaría de Salud del Estado de México.

Estas unidades médicas tiene una capacidad resolutive sólo en el primer nivel de atención en donde se proporcionan 10 fichas para consulta por día, su horario de servicio es de 9 de la mañana a 3 de la tarde lo cual no es suficiente para atender las demandas de la población (Cazares 2005, p.48).

1.5 CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

Como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA". Es útil clasificar al paciente diabético no sólo por el tipo de diabetes sino también según su etapa de descompensación en el metabolismo de los hidratos de carbono. Esto último implica que la progresión o regresión de un estadio al siguiente ocurre muy pronto, en forma muy lenta, o no se presenta nunca. Con fines de diagnóstico y tratamiento, la Secretaría de Salud (2004) establece para las instituciones privadas y públicas la aplicación de la norma antes mencionada y su adecuada aplicación a la clasificación emitida para el tratamiento:

La siguiente clasificación se encuentra establecida en la norma oficial mexicana:

Diabetes Tipo 1: Destrucción de células beta, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

Diabetes Tipo 2: Es la forma de mayor prevalencia. Resulta de la combinación de dos defectos: resistencia a la insulina y la disminución en la secreción de la misma.

Otros Tipos Específicos: Defectos genéticos en la función de las células beta. Se reconocen 5 tipos *mody 1, mody 2, mody 3, mody 4, mody 5.*

Defectos genéticos en la acción de la insulina (resistencia a la insulina tipo A)

Enfermedades del páncreas (pancreatitis, tumores, fibrosis quística).

Diabetes asociada a enfermedades endocrinas (hormonales) como acromegalia, Síndrome de Cushing, hipotiroidismo, glucagonoma.

Diabetes inducida químicamente o por drogas (glucocorticoides, tiazidas).

Diabetes relacionada con infecciones (rubéola, citomegalovirus)

Diabetes asociada con inmunidad y diversos síndromes genéticos.

Otros síndromes genéticos algunos asociados con diabetes (Down, Klinefelter, Turner).

Diabetes Gestacional: Se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo (intolerancia a los carbohidratos). Generalmente esta condición desaparece con el nacimiento, pero se debe continuar alerta para evitar el desarrollo de la DM tipo 2 (Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA").

1.5.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2

La DM es una enfermedad crónica con grados diversos de predisposición hereditaria, que afecta al metabolismo intermedio y se asocia fisiopatológicamente con deficiencia en la producción o acción de la insulina, y que trae como consecuencia elevación anormal de la glucosa. Es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglucemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos; ello a su vez puede originar múltiples complicaciones microvasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias (Frías 2000, p.35).

La OMS 2012 establece que la DM tipo 2 se describe como una alteración del metabolismo en la que se registra un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia), relacionada con una deficiente secreción de insulina, o con una mala secreción en la calidad de ésta, en algunos casos pueden actuar los dos factores de manera simultánea. Aunque durante mucho tiempo se ha asociado el diagnóstico de la enfermedad a factores de naturaleza eminentemente genética, se ha comprobado que el régimen alimenticio y la vida sedentaria, pueden determinar la aparición y el desarrollo de la enfermedad con todas las implicaciones que se derivan a nivel tanto familiar como de tipo social (OMS. Nota Descriptiva No. 312. 2012 p.2).

1.5.2 LA DIABETES MELLITUS COMO UN PROBLEMA SOCIAL Y ECONÓMICO

La diabetes es un problema de salud que requiere un abordaje integral, ya que los esfuerzos y recursos económicos asignados para su resolución no han tenido impacto en su tendencia al incremento. Los altos costos en salud y el comportamiento demográfico de México, en el que se advierte un cambio en la pirámide poblacional, agregarán condiciones de riesgo para la población adulta y, sumada a los casos existentes, incrementarán la demanda de servicios de atención primaria y especializada en un futuro cercano (González 2000, p.16).

La DM se ha convertido en una epidemia mundial. México ocupa actualmente el noveno lugar mundial entre los países con mayor prevalencia. Las proyecciones para 2025 auguran que ocupará el séptimo lugar. Una tercera parte de los infartos de miocardio y la mitad de las insuficiencias renales crónicas son atribuibles a la DM. Frente a ello, las diversas instrucciones de salud en el país han reforzado sus campañas preventivas para evitar costos indirectos. Además, el costo en la calidad de vida es alto. Los momentos financieros que emplea el sector salud para controlar problemas asociados con la DM se desconocen en la mayoría de los países, lo que impide el uso y la asignación estratégica para enfrentar la demanda de servicios (González 2000, p.16).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2012, en términos absolutos la enfermedad se incrementó más de 30 veces en la segunda mitad del siglo. Por ejemplo, en 1955 se registraron 1500 muertes por esta causa, mientras que en el año 2000 se presentaron aproximadamente 47814 decesos. En términos relativos, su contribución proporcional a la mortalidad del país pasó de 0.4% a más de 10%. La perspectiva futura señala que se mantendrá el incremento en la cantidad de casos (Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, p. 108)

La DM tipo 2, no solo tiene afectaciones biológicas en las personas que viven y conviven con la enfermedad, sino trasciende a todas sus dimensiones de vida.

El abordaje de los procesos de salud/enfermedad, tiene diferentes escenarios; el primero corresponde al modelo epidemiológico clásico, que conceptualiza a la salud/enfermedad como un fenómeno biológico, y destaca el estudio de sus factores causales esencialmente de carácter natural. El segundo corresponde a un modelo epidemiológico social que interpreta a la salud/enfermedad como un fenómeno histórico-social, en donde los procesos sociales como los estilos de vida, influyen en los procesos biológicos. Un tercer modelo es el ecológico, el cual enfatiza la importancia de factores sociales, ambientales y políticos, que influyen sobre la conducta de los individuos a través de complejas interacciones de interdependencia que determinan los estilos de vida y la salud o enfermedad de los individuos (Parra 1999, p. 642).

Diversas investigaciones señalan al medio ambiente y a los estilos de vida como factores determinantes de la salud, dichos estudios responden al por qué algunas personas están sanas y otras no. La discusión destaca la importancia del medio social sobre la salud y la enfermedad así como sus vínculos con los factores biológicos, a través de los cuales los factores sociales influyen en la morbilidad y la mortalidad (Parra 1999, p. 642).

En los niveles nacionales, regionales y comunitarios, participan numerosos factores relacionados con las formas en cómo se producen y comercializan los alimentos, con las formas de cómo se mueven las personas, cómo se educan y cómo se cuida la salud de las mismas. Ya más cerca de lo que sería el estilo de vivir de las personas, aparecen estos factores en el trabajo, en la escuela y en el hogar. El resultado de estas complejas interacciones es el equilibrio o desequilibrio

entre la salud y la enfermedad de acuerdo a la realidad de cada contexto (Lamarche 1995, 232).

El impacto de la DM en la sociedad es tan grande que las estimaciones de incremento son rebasadas por los datos aportados por la OMS en el 2102. La magnitud de la DM se reporta en niveles preocupantes en todas las edades, con costos que consumirán buena parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Para controlar la epidemia de diabetes que afecta a todos los estratos sociales de la población, la acción clave es prevenir. Pero esta acción no puede depender exclusivamente de pautas dictadas al individuo, sino, que se deben crear las oportunidades para que los estilos de vida saludables estén al alcance de toda la población. De ahí que la promoción de la salud sea la estrategia de lucha fundamental, procurando abarcar al individuo y a todos los componentes de la sociedad; es decir; se requiere actuar en los espacios donde transcurre la vida individual y social (Frenk 2007, p. 647).

Los diversos estudios de investigación en DM tienen un punto de convergencia que sitúa al paciente diabético como una persona que no se responsabiliza de su padecimiento y por lo tanto tiene múltiples complicaciones. Los estilos de vida no se modifican fácilmente, aun existiendo diversos programas que tratan de incidir en los hábitos de los pacientes. Los investigadores emiten recomendaciones sobre la actuación a desarrollar por parte del paciente, sin embargo es importante considerar que existen diversos factores que rodean al sujeto que tiene el padecimiento (Academia Nacional de Medicina de México 1995, p. 644).

La diversidad cultural y los arraigos interfieren en la investigación y la práctica en el campo de la salud. Las personas enfrentan en las comunidades decisiones y retos que están condicionados por su integración en múltiples grupos sociales.

¿De qué forma se llega a la aceptación?, ¿cómo sobrellevar el tratamiento?, ¿cómo solicitar ayuda en caso de complicaciones?, usar o no insulina, ¿cómo desarrollar hábitos saludables? Las contradicciones y las prioridades que compiten entre sí pueden hacer difíciles las decisiones que en apariencia parecen triviales; gastar en medicamento o ahorrarlo para imprevistos, el hecho de que difieran las formas en que las personas interpretan las situaciones cotidianas y por consiguiente, su forma de actuar en ellas tiene profundas implicaciones (García 2005, p. 17).

1.5.3 LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PERSONAS QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y degenerativa que genera diversos problemas de adaptación social para quienes la padecen. Afecta la vida cotidiana de las personas y su entorno social (familia, ambiente laboral, amistades, etc.). Las enfermedades crónicas obligan a replantearse muchos aspectos de la vida presente y futura por lo que influyen – frecuentemente- de manera negativa en las expectativas de vida de los pacientes. Al confirmar el diagnóstico de diabetes surgen una serie de pensamientos, actitudes y sensaciones. La persona con diabetes no sólo se ve afectada en el aspecto físico, sino también se presentan cambios en su estado emocional, generalmente su primera reacción es de negación, enojo, depresión y tristeza, todo dependerá del ciclo de vida en que se presenta, la etapa en la que se encuentra la enfermedad, y el manejo que otorgue el personal de los servicios de salud. (Ayala Aguilar 2005. P.20).

Pocos son los profesionales (médico, enfermera, nutriólogo, psicólogo) que orientan detalladamente a las personas que tienen diabetes: ¿Qué es? y ¿En qué consiste el padecimiento?, ¿Cómo puede prevenirse? así como las formas de evitar o retardar sus complicaciones y de manera particular: las acciones que deberán emprenderse para contribuir a fomentar la calidad de vida de las personas (Ayala Aguilar 2005. P.25).

El trabajador social ocupa un papel importante en la atención de las personas que tienen diabetes, debido a que dentro de sus principales funciones se ubica el orientar sobre la historia natural de la enfermedad y elaborar proyectos educativos -con la finalidad de capacitar a las personas que tiene diabetes- así como a sus familiares. ¿Con qué propósito? Promover estilos de vida saludables controlando la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, desde un

enfoque biosicosocial, contribuyendo así a que la familia enfrente situaciones de carácter social que alteran la dinámica familiar ante la presencia de un padecimiento crónico degenerativo como es la diabetes (Ayala Aguilar 2005. P.25).

El trabajador social desarrollará un proyecto educativo basado en un conjunto de técnicas y procedimientos encaminados a investigar los componentes biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la salud. Así mismo establece un enlace entre las instituciones que puedan proporcionar dicha atención y los requerimientos de las personas dentro de su comunidad. El trabajador social procurará crear una cultura de crítica acerca de la causa-efecto de los problemas sociales, así como el análisis de los recursos disponibles, con la finalidad de que las personas afectadas por estos problemas tomen conciencia de su situación y participen de forma organizada en procesos educativos que les permita mejorar su calidad de vida (Torres Rodríguez. Citado en Atención individualizada con pacientes diabéticos. 2005).

El trabajador social deberá lograr que las personas desarrollen sus capacidades especialmente en aquellas áreas derivadas de sus condiciones de salud por medio de la educación. Al participar activamente en su tratamiento -el trabajador social- fomenta en los pacientes la conciencia de su papel como principal responsable de su autocontrol sobre determinado padecimiento. Con un trabajo profesional efectivo del trabajador social; se tendrán mayores expectativas de logro al mejorar las condiciones de vida de los pacientes. Sin olvidar que en dichos procesos educativos se tiene que incluir a la familia para que participe conjuntamente con la persona que tiene diabetes manteniendo en todo momento un apoyo solidario y respetuoso, fomentando motivación y apego al tratamiento (Ayala Aguilar 2005. P.41).

1.6 PUEBLO DE SAN LUCAS HUITZILHUACAN

El pueblo de San Lucas Huitzilhuacan es el lugar donde se desarrolló el presente trabajo de investigación; motivo por el cual se presentan datos relativos a su población, forma de organización política, servicios, estilos de vida y el proceso de transición de lo rural a lo semi-urbano y de cómo esta transición ha afectado sus formas de vivir y de enfermar o agudizar sus padecimientos de acuerdo a su perfil epidemiológico que presentan como comunidad.

1.6.1 UBICACIÓN

El pueblo de san Lucas Huitzilhuacan está situado en el Municipio de Chiautla (en el Estado de México) está a 2260 metros de altitud sobre el nivel del mar, sus colindancias son: al sureste ejido de Tlatecahuacan, al norte ejido de Chipiltepec, al oeste pueblo de Ocopulco. La etimología del poblado proviene del náhuatl San Lucas “Huitzilhuacan” lugar donde crece el colibrí. El pueblo está constituido por 1475 habitantes aproximadamente hay 685 hombres y 790 mujeres con 263 viviendas aproximadamente (Cazares 2005, p. 29).

1.6.2 COTIDIANIDAD

Su forma de organización política está supeditada por usos y costumbres constituidos por un consejo de participación ciudadana, se forman planillas con varias personas de la comunidad y se presentan en una asamblea donde se solicita a la comunidad que se reúna para elegir la planilla que los represente, a través de una votación. De esta forma quedan, designadas las autoridades del pueblo; un delegado, un tesorero y un secretario los cuales tienen las funciones de gestionar los requerimientos de la comunidad y sus habitantes ante la cabecera municipal. Lo anterior queda estipulado en el bando municipal Título Sexto de las autoridades auxiliares capítulo I, artículo 146 al 161, capítulo II de los consejos de participación ciudadana y organizaciones sociales establecido sus funciones en el

artículo 162, capítulo III de los consejos de participación ciudadana en los artículos del 163 al 169 donde establece sus funciones y atribuciones como autoridades auxiliares, (Bando municipal de Chiautla, Estado de México, proveniente de la Ley Orgánica del Gobierno del Estado de México, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2013, pp. 27-31).

Los estilos de vida que presentan las personas del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan en su mayoría están regidos por sus costumbres y tradiciones; en sus inicios se dedicaban a la actividad agrícola, actualmente el trabajo en el campo no es la actividad principal debido a que la gran mayoría son tierras de temporal, donde la producción está destinada al consumo interno de la familia. Se siembra maíz, frijol, calabaza, haba y en ocasiones trigo. Actualmente las personas se dedican a la fabricación de prendas de vestir de forma directa o indirecta (bajo la forma de maquilar prendas para otras empresas) teniendo pequeños talleres de costura donde están involucrados el total de los integrantes de la familia, otras familias obtienen su ingreso en empleos fuera del poblado.

Los habitantes de San Lucas practican la religión católica en su mayoría en un 80% de las personas. Existen tres celebraciones religiosas el 25 de julio en honor de Santiago Apóstol. El 18 de octubre festividad de gran importancia debido a la celebración del santo patrono de la comunidad: San Lucas Evangelista. También se realizan durante todo el año diversas misas entre las más significativas están 3 de mayo día de la Santa Cruz, fieles difuntos el 2 de noviembre y el 12 de diciembre se celebra a la Virgen de Guadalupe. Así mismo se realizan las tradicionales posadas donde toda la población está incluida para aportar su cooperación. En dichas celebraciones los pobladores preparan comida como son; barbacoa, moles, carnitas, tamales, tlacoyos, arroz, así como diversas bebidas.

El pueblo de San Lucas Huitzilhuacan se encuentra en un proceso de transición de una comunidad rural a una semi-urbana. La transición de una comunidad no sólo se observa por el crecimiento de su población o el desarrollo de la misma sino principalmente por la pérdida de solidaridad social entre sus habitantes, el aspecto individual se hace presente y las personas van quedando solas sin tener con quien compartir sus sentimientos y preocupaciones.

La palabra comunidad nos dice Bauman 2003 produce una buena sensación por los significados que trasmite; para empezar la comunidad es un lugar cálido un lugar acogedor y confortable. En una comunidad podemos contar con la buena voluntad mutua, si tropezamos y caemos, otros nos ayudarán a volvernos a levantar. Nadie se burlará de nosotros, nadie ridiculizaría nuestra torpeza ni se alegraría de nuestras desgracias. Si damos un mal paso nos queda el recurso de confesarlo, explicarlo y pedir disculpas, arrepentirnos si es necesario; la gente nos escuchará con simpatía y nos perdonará, así que nadie nos guardará rencor para siempre. Y siempre habrá alguien que estreche nuestra mano entre las suyas en un momento de tristeza. (Bauman 2003, p.8)

¿En qué consiste la transición de lo rural a lo urbano?, no sólo en adquirir nuevos productos, acceso a todas las vías de comunicación y transporte o tener grandes centros comerciales, sino radica también en desaparecer el concepto de comunidad desde lo social. La idea de comunidad, como la unidad fundamental de la vida social, está íntimamente vinculada al espíritu del pueblo, es decir la posesión colectiva a una lengua común y a ciertas manifestaciones culturales propias como canciones populares, tradiciones, costumbres y valores que definen a una comunidad en particular (Jaramillo 1987 p. 32).

El pueblo de San Lucas Huitzilhuacan aun conserva un poco del sentido de comunidad como lo expresa (Bauman 2003, p.8) al referirse a la fraternidad entre los individuos en momentos difíciles de la vida, no sólo en aspectos de las celebraciones religiosas, sino en las interrelaciones de sus integrantes; sin embargo estas formas de apoyo lamentablemente se están perdiendo.

1.6.3 SERVICIOS

El Pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, cuenta con servicios públicos como escuela primaria, casa del adulto mayor, auditorio, oficina delegacional, casa del pueblo, panteón comunal, pavimentación, alumbrado público, drenaje, servicios de agua potable entubada. El pueblo no tiene servicios de atención médica pública, sólo de tipo privada.

El pueblo de San Lucas Huitzilhuacan carece de varios servicios pero el más importante tiene que ver con la salud pública, el más cercano se encuentra a media hora “en otra comunidad”. Cuando se requiere atención médica tienen que acudir por la mañana a formarse para obtener una ficha, en un horario de nueve de la mañana a tres de la tarde, si necesitan servicios de atención hospitalaria se tienen que desplazar al Hospital Regional de Texcoco a 45 minutos de distancia en transporte público.

El registro civil proporcionó datos referentes a la mortalidad en el municipio al que pertenece el pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México:

2008	2009	2010	2011	2012
85	79	83	78	63
Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones

Tabla 5. Total de defunciones del 2008 al 2012, en el municipio de Chiautla. Fuente: Elaboración propia datos obtenidos de los libros del registro civil I del municipio de Chiautla.

Se identificaron en los libros del registro civil, las defunciones que correspondían al pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla.

AÑO 2008	AÑO 2010	AÑO 2012	AÑO 2014
1 Infarto al miocardio 1 Cáncer de colon 1 Fibrilación ventricular 1 DM tipo 2	3 Intoxicación de CO2 1 DM tipo 2	1 Infarto al miocardio 2 DM tipo 2 1 Hipertensión arterial	1 Hipertensión arterial 1 Hemorragia pulmonar 1 Cáncer cervicouterino 5 DM tipo 2
AÑO 2009	AÑO 2011	AÑO 2013	AÑO 2015
1 Acidosis metabólica 1 Infarto 1 Falla orgánica múltiple 1 Artropatía múltiple 1 DM tipo 2	2 DM tipo 2	2 DM tipo 2 1 Insuficiencia cardiaca	2 Traumatismos craneoencefálicos 1 Alzheimer 1 Hipertensión arterial 1 DM tipo 2

Tabla 6. Defunciones del 2008 al 2011, en el pueblo de San Lucas Huitzilhuacan. Fuente: Elaboración propia datos obtenidos de los libros del registro civil I del municipio de Chiautla.

En la tabla anterior se identificó que del 2008 al 2015 existieron 29 fallecimientos en el pueblo de San Lucas, de los cuales 15 de estos fallecimientos correspondieron a la causa de DM tipo 2.

1.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (7 de febrero de 1984), concerniente a los aspectos de investigación se determinan los siguientes principios y lineamientos los cuales deberán de ser considerados para la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, debiendo atender aspectos éticos que garanticen el bienestar y la dignidad de las personas sujetas a investigación. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el Art. 13 y 14 se manifiesta que se deberá de contar en cada estudio con un consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que será sometido, con las excepciones que este reglamento señala, se protegerá de la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

El Art. 15 y 16 hacen referencia a que se deberán emplear métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los representantes y se menciona una clasificación de las investigaciones en tres niveles, siendo el primer nivel el que corresponde por el tipo de estudio que se realizó en este trabajo de investigación. En el Art 18 y 113 se menciona que la conducción de una investigación deberá ser conducida por un profesional de la salud que tenga la formación académica y la experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar.

En el Art. 17 se considera como riesgo de la investigación a la posibilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Las investigaciones se clasifican las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgos: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

I.- Investigación con Riesgo Mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario, entre los que se consideran, medir el peso del sujeto de estudio, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml, en dos meses, excepto durante el embarazo. Ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el Art 65 de este Reglamento.

Art 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su primer punto manifiesta que es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación Médica en seres humanos (Juárez Montoya. 2014).

En el punto 10 y 15 hace referencia que en la investigación médica es deber del médico proteger la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. En sus puntos 21 y 22, se manifiesta que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad y que deben de tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. Como medida de seguridad para los pacientes que ingresen al estudio estará el mantener el anonimato de los datos obtenidos de cada sujeto con lo que se garantiza la confidencialidad de los mismos, así como el consentimiento informado por escrito firmado por cada paciente, como medida de aceptación de su participación en el estudio y conocimiento de riesgos. Como medida de seguridad para el investigador se cuenta con el consentimiento informado por escrito con la firma de aceptación de cada paciente donde se especifican los posibles riesgos de su participación en el estudio De acuerdo con la información descrita, la presente investigación se considera sin riesgos (Juárez Montoya. 2014).

CAPITULO II

Autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2 del pueblo de san Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

2. MÉTODO

Una vez revisado el marco teórico en el que se apoya el proyecto se presenta la metodología que rigió el estudio.

2.1 PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta que guió la investigación fue ¿Es posible identificar la “Autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocen con DM tipo 2 del pueblo de san Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México”?

2.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar la autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocieron con DM tipo 2 del Pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar un instrumento validado para medir la calidad de vida, adaptado para población mexicana en personas que se reconocen con DM tipo 2 del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan Chiautla Estado de México.

- Identificar los factores que deterioran la calidad de vida en personas que se reconocen con DM tipo 2 del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan Chiautla Estado de México.
- Elaborar una propuesta educativa que fomente hábitos saludables para una calidad de vida en personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2 del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan Chiautla Estado de México.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Es posible identificar la autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocieron con DM tipo 2 del Pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

2.4.2 HIPÓTESIS ALTERNA

No es posible identificar la autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocieron con DM tipo 2 del Pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

2.5 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio exploratorio, de campo y transversal

- Exploratorio: debido a que es la primera aproximación al problema en este pueblo.
- De campo: el estudio se realizó en el medio natural que rodea a los individuos, donde conocimos su estructura y sus relaciones sociales debido

a que el instrumento se aplicó en el domicilio de la persona que se reconoció con DM tipo 2.

- Transversal: Por su relación con el número de aplicaciones ya que se realizó un corte en el tiempo y el instrumento se aplicó en una sola ocasión sin dar seguimiento al entrevistado.

Se aplicó el instrumento diabetes 39 dicho instrumento ya estaba adaptado y validado para personas con diabetes tipo 2, específicamente en población mexicana; en un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar Núm 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ubicada en Coacalco, Estado de México por el Maestro en Investigación Clínica, Juan Manuel López- Carmona, Módulo de Investigación, Hospital General, Regional 72 Lic. Vicente Santos Guajardo, Delegación Estado de México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. 10 de Enero de 2006.

2.6 VARIABLES

Independiente: Diabetes mellitus tipo 2

Dependiente: Calidad de vida

Sociodemográficas: 1) Edad
 2) Sexo
 3) Estado Civil
 4) Ocupación
 5) Escolaridad

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

2.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable Independiente

Diabetes mellitus tipo 2: está constituida por un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por deficiencia en la producción de insulina, deficiencia en la acción de la misma, o una combinación de ambas deficiencias, la cual provoca hiperglucemia. La hiperglucemia crónica es la vía final común que provoca las complicaciones microvasculares que a largo plazo afectan ojos, sistema nervioso, riñones y sistema inmunitario.

Variable Dependiente

Calidad de Vida: está relacionada con el grado de bienestar físico, psíquico, y social estas son las tres dimensiones consideradas en esta tesis:

- a) *Dimensión Física*, se circunscribe a la habilidad funcional, la salud física en general; control o alivio de los síntomas, la fatiga o agotamiento, cambios de apetito, dolor, cambios en el dormir y la forma como estos impactan, en la salud física de las personas (Ferrell, citado en Segura Barrios 2012. p.35).

- b) *Dimensión psicológica*, incluye las emociones y preocupaciones, desde el control, felicidad y satisfacción con las cosas de la vida, capacidad de recordación, el significado de la enfermedad, el afrontamiento, evaluación cognitiva, depresión, ansiedad y temor. Puede decirse que estos factores se integran en el proceso de la persona en una situación de enfermedad, el mantener un sentido de control frente a la enfermedad potencialmente mortal caracterizada por estrés emocional, las expectativas alteradas en la vida, y el miedo a lo desconocido, así como cambios que se presentan continuamente en la vida (Ferrell, citado en Segura Barrios 2012. p.36).

- c) Dimensión social, hace referencia a la interacción del individuo con otras personas, incluye el apoyo familiar y social percibido, funcionalidad familiar, desempeño laboral y financiero (Ferrell, citado en Segura Barrios 2012. p.36).

Variables Sociodemográficas

Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta su último cumpleaños.

Sexo: Diferencia en la forma del cuerpo y en la constitución física de un ser vivo que distingue al hombre de la mujer.

Estado Civil: Situación de hecho de la población de 12 años y más en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país. La clasificación es; soltero (a), casado (a), unión libre, divorciado (a), separado (a) y viudo (a).

Ocupación: Tipo de trabajo, oficio u profesión específica desempeñada por la persona durante el periodo de referencia. Si las personas desempeñan varias, se refiere únicamente trabajo considerado por ellas como el principal.

Escolaridad: Número de años o grados que acreditan los estudios de los individuos, en cualquiera de los niveles del sistema de enseñanza.

2.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable independiente

El cuestionario Diabetes 39 se diseñó para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2. Este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar físico, psicológico y social; es un cuestionario que se centra en los

pacientes diabéticos y en cuya elaboración participaron expertos de diversas disciplinas, así como sujetos con esta enfermedad, además demostró tener elevada consistencia interna, así como validez de contenido y criterio (fue comparado con el cuestionario Short Form-36 Health Survey) [SF-36], que se considera el instrumento genérico de calidad de vida más relevante para los pacientes con diabetes. (López Carmona Juan Manuel. 2006. p. 6)

Variable Dependiente

Calidad de vida a través de sus tres dimensiones

Dimensión física (energía, movilidad, funcionamiento sexual y control de la diabetes) Dimensión Psicológica (ansiedad-preocupación) Dimensión Social (rol asignado, familia, redes de apoyo), donde las aseveraciones estuvieron ubicadas en una escala de tipo liker 1 (Nada afecta en absoluto) y 7 (Sumamente afectada).

Variables sociodemográficas

VARIABLES	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Politómica	Ordinal
Sexo	Dicotómica	Nominal
Estado civil	Politómica	Nominal
Ocupación	Politómica	Nominal
Escolaridad	Politómica	Ordinal

2.8 POBLACIÓN

Se realizó un recorrido por las diversas calles del Pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, visitando casa por casa y preguntado si había personas con DM tipo 2 y si estarían de acuerdo en responder una encuesta sobre diabetes, fue así como se ubicó a la población a la cual se le aplicó el instrumento teniendo un total de 47 personas que se reconocieron con DM tipo 2 y decidieran participar.

2.9 MUESTRA

Durante el recorrido por las diversas calles se localizaron personas que sus familiares o vecinos los reconocían con el padecimiento sin embargo no se reconocían como tal cuando se les preguntaba por la enfermedad de la DM. La muestra se estableció con 47 personas, las cuales se reconocían con el padecimiento de DM tipo 2.

2.9.1 TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional.

2.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El instrumento se aplicó a personas que vivían en el pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México, las cuales se reconocían que padecían DM tipo 2.

2.11 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento Diabetes 39, en su versión en idioma español hablado en España, fue proporcionado por G. Boyer, uno de los autores de su versión original en inglés. Esta versión en español, que no contaba con validación previa, fue adaptada al español hablado en México mediante modificaciones mínimas en la redacción de algunos ítems, por consenso de un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción, y validación de cuestionarios, con el fin de facilitar su comprensión en los pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. (López Carmona JM 2006. p. 200).

2.11.1 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento Diabetes 39, fue sometido a un proceso de adaptación y validación en la investigación realizada “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con DM tipo 2” López Carmona Juan Manuel 2006. p. 200.

2.11.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La versión en español del instrumento Diabetes 39, adaptada, tiene validez y consistencia adecuada para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con DM tipo 2.

2.12 MODELO ESTADÍSTICO

Para la realización de esta investigación fue necesario utilizar estadísticas No paramétricas. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para el análisis de las variables sociodemográficas.

2.13 PROCEDIMIENTO

El estudio se desarrolló en una sola etapa, con una estadía de siete meses, recorriendo las diversas calles del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México a partir de los meses de octubre 2014 abril 2015 los días sábado y domingo de 10:00 a 12:00 y de 17:00 a 19:00 hrs, lo cual permitió aplicar el instrumento y la cédula de consentimiento informado a las personas que se reconocían con DM tipo 2.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La población que participó en la investigación que se reconocían con DM tipo 2, quedó representada de la siguiente manera:

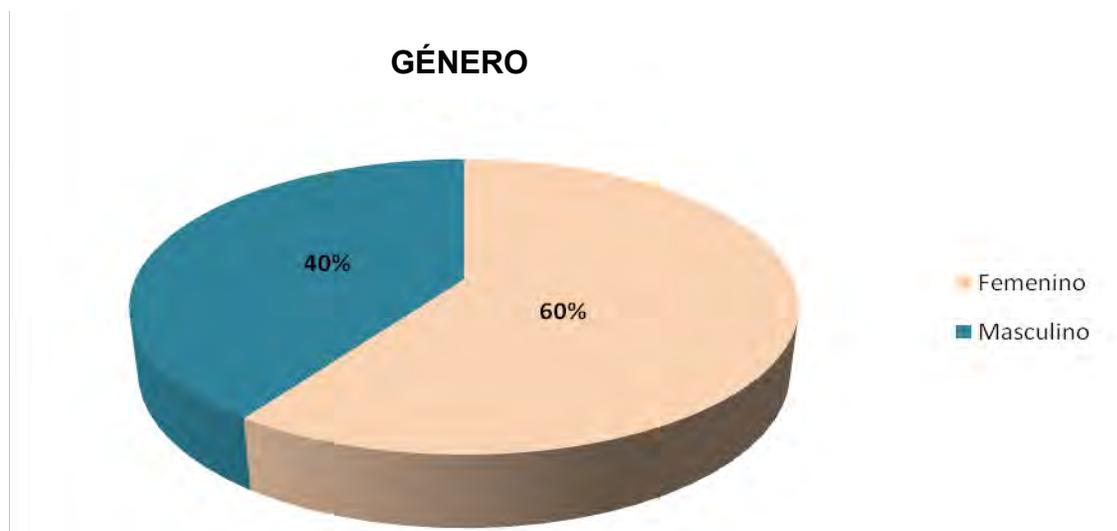
Género.

El 60% de los participantes eran mujeres y 40% hombres. También se observó durante la entrevista que las mujeres mostraron una gran necesidad de exteriorizar su padecimiento y compartir su sentir.

Tabla de Resultados 1 Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	60 %
Masculino	19	40 %
Total	47	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 1. Género. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

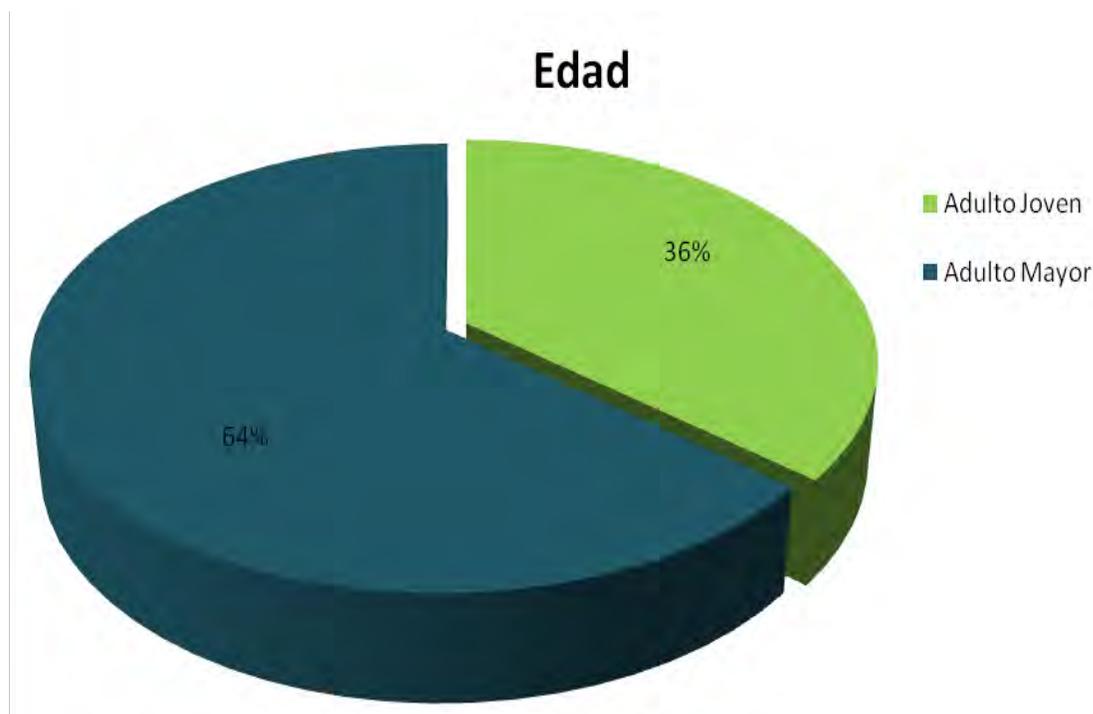
Edad.

Con referencia a la edad se agrupó en dos categorías la primera correspondió a la de adulto joven que abarcaba las edades de 25 a 59 años y la segunda a la de adulto mayor que cubrió las edades de 60 a 99 años. Las personas participantes se encontraban en los siguientes rangos de edad: población adulta 36% y adulta mayor 64%.

Tabla de Resultados 2. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto Joven	17	36 %
Adulto Mayor	30	64 %
Total	47	100 %

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 2. Edad. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Estado Civil.

El estado civil obtenido de las personas que participaron se ubicó de la siguiente manera; 45% casadas (os), 21% viudos (as), 17% solteros (as), y 15% unión libre.

Tabla de Resultados 3. Estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	17 %
Casado	21	45 %
Unión libre	7	15 %
Viudo	10	21 %
Otro	1	2 %
Total	47	100 %

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 3. Estado Civil. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Ocupación.

La principal ocupación de las personas entrevistadas fue diversa sin embargo se realizó una agrupación de oficios “albañil, artesano, costurero, tejedor, vidriero y panadero” en un 15%. La actividad que prevaleció más fue ama de casa con 55%, comerciante 9%, chofer 7% y 4% pensionado; es importante mencionar que las mayoría fueron personas que correspondían a la tercera edad en otras palabras eran adultos mayores y por consiguiente eran dependientes económicamente.

Tabla de Resultados 4. Ocupación.

Ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	26	55 %
Oficios “albañil, artesano, costurero, tejedor, vidriero, panadero	7	15 %
Campesino	1	2 %
Comerciante	4	9 %
Empleado- Obrero	2	4 %
Chofer	3	7 %
Docente	1	2 %
Pensionado	2	4 %
Desempleado	1	2 %
Total	47	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 4. Ocupación. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Nivel Educativo.

El nivel educativo que prevaleció en la población encuestada fue de primaria de 60%. Esto nos permitió identificar que los términos que debemos emplear para transmitir un programa educativo sobre su padecimiento debería estar considerado en un lenguaje sencillo sin tecnicismos. El 13% en nivel secundaria y en ese mismo porcentaje se ubicó a personas que no contaban con instrucción.

Tabla de Resultados 5. Nivel educativo.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	6	13 %
Primaria	28	60 %
Secundaria	6	13 %
Carrera Técnica	3	6 %
Licenciatura	2	4 %
Otros	2	4 %
Total	47	100 %

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 5. Nivel educativo. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

4.1 DIMENSIÓN FÍSICA (control del padecimiento, energía, movilidad, autonomía, complicaciones y alimentación).

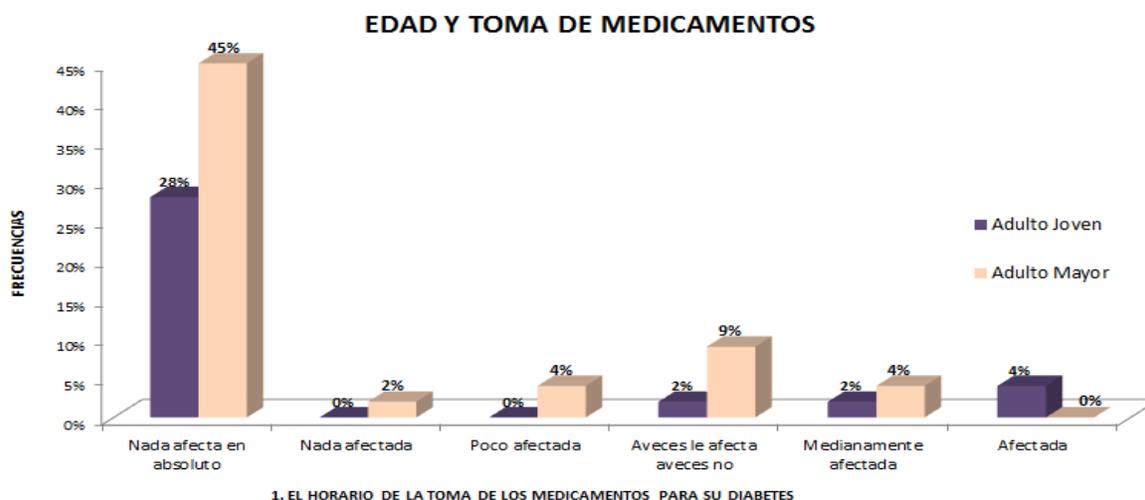
Edad y toma de medicamentos.

La tabla No. 6, muestra que el 28% de los adultos jóvenes refirieron no tener afectación por los horarios que tenían asignados para la ingesta de medicamentos, mientras que el 45% los adultos mayores mencionaron que tampoco les afectaba por encontrarse en un proceso de adaptación.

Tabla de Resultados 6.

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta, a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Adulto Joven	28%	0%	0%	2%	2%	4%	36%
Adulto Mayor	45%	2%	4%	9%	4%	0%	64%
Total	73%	2%	4%	11%	6%	4%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 6. Edad y toma de medicamentos. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Edad y Plan médico indicado.

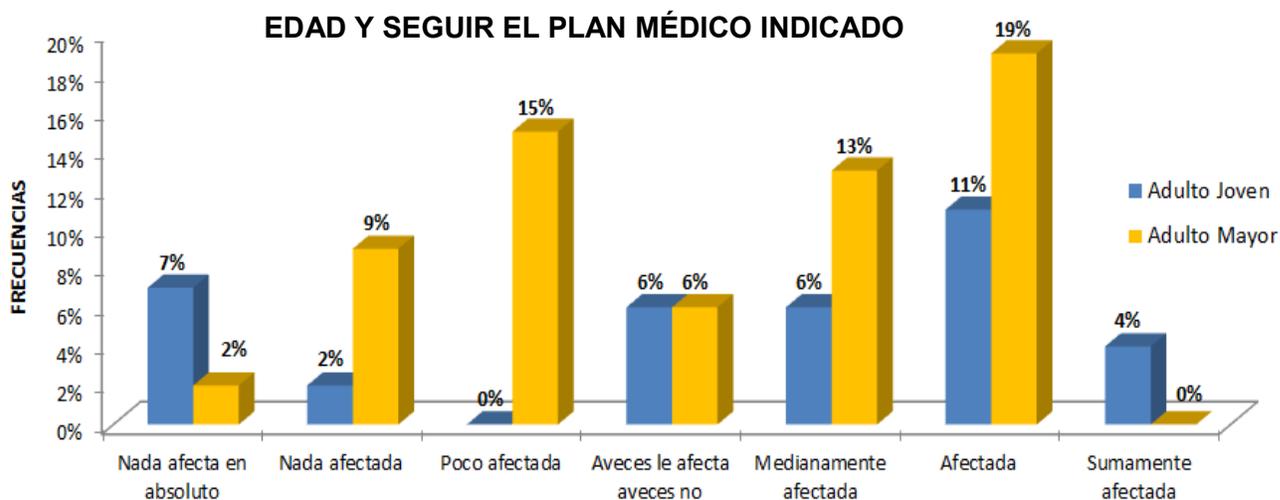
La esfera física no es posible mantenerla en forma adecuada si las personas con diagnóstico de DM no se adhieren a las indicaciones terapéuticas.

La tabla No.7, indica que los adultos mayores refirieron tener mayor grado de afectación en un 19% para seguir las indicaciones médicas que los adultos jóvenes en un 11%.

Tabla de Resultados 7.

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Sumamente afectada	Total
Adulto Joven	7%	2%	0%	6%	6%	11%	4%	36%
Adulto Mayor	2%	9%	15%	6%	13%	19%	0%	64%
Total	9%	11%	15%	12%	19%	30%	4%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 7. Edad y Seguir el plan médico indicado. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

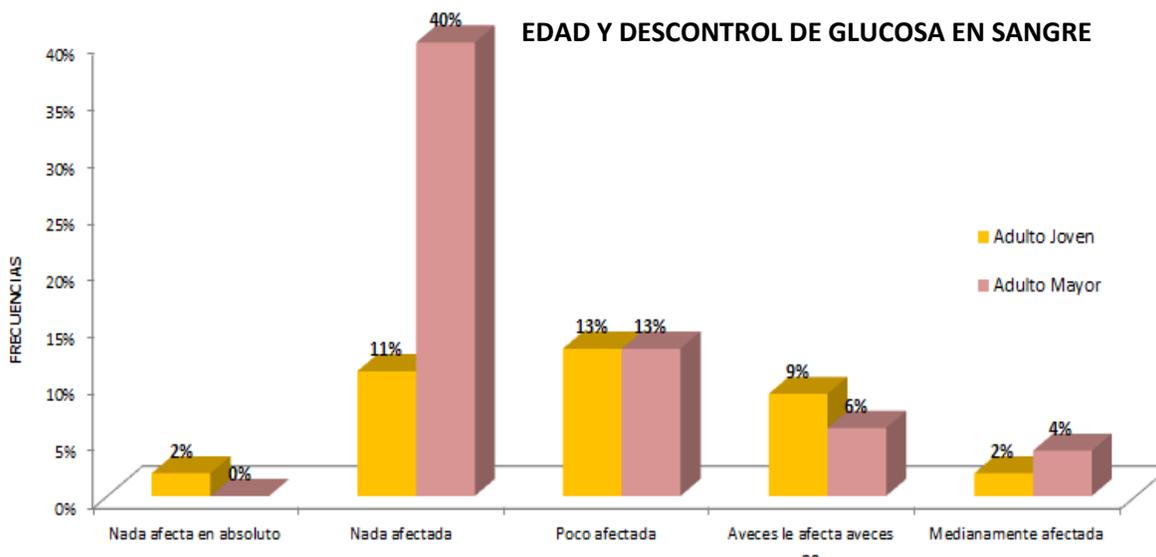
Edad y descontrol de glucosa en sangre.

Los niveles de glucosa en sangre indican el control que las personas mantienen de su enfermedad para evitar el riesgo de un descontrol que ponga en peligro su vida. La tabla No. 8, muestra que los adultos mayores presentaron menor grado de afectación en un 23% y, que los adultos jóvenes tenían un 24% de afectación en el control de la glucosa.

Tabla de Resultados 8.

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	2%	11%	13%	9%	2%	37%
Adulto Mayor	0%	40%	13%	6%	4%	63%
Total	2%	51%	26%	15%	6%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 8. Edad y descontrol de glucosa en sangre. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

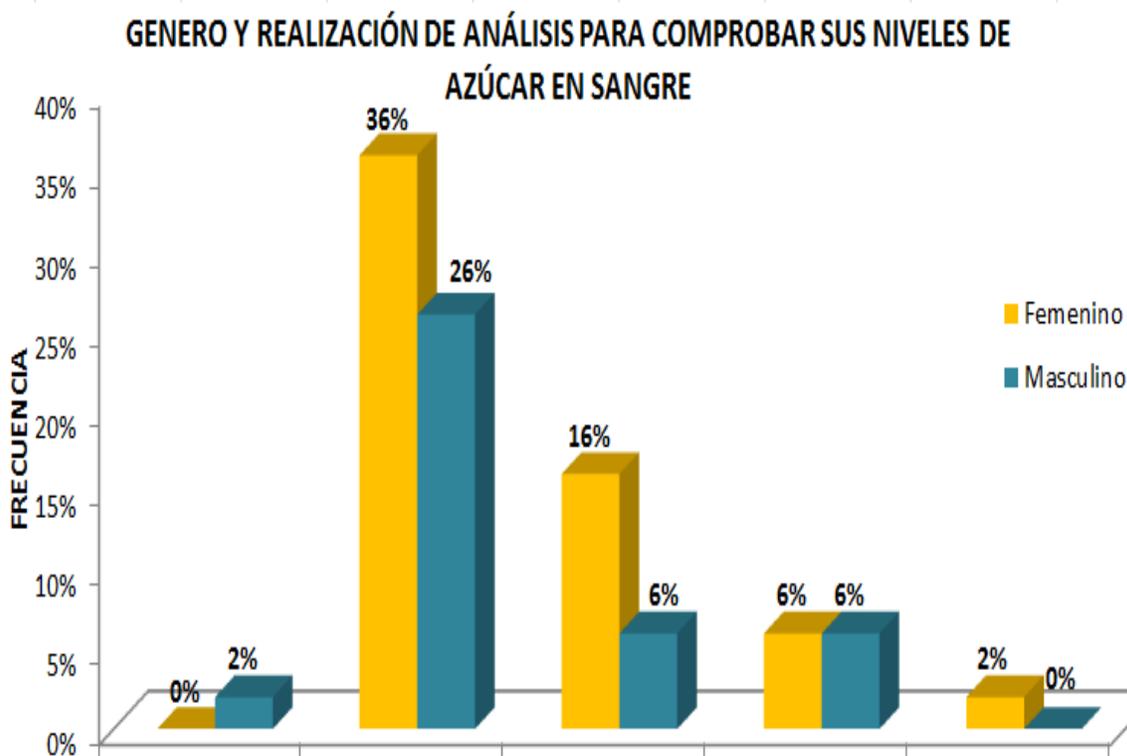
Género y la realización de análisis para comprobar sus niveles de glucosa.

Al realizarse análisis clínicos de forma continua en la tabla No. 9 se muestra que las mujeres dijeron que interfería con su vida en un 30%, mientras que a los hombres sólo les afectaba en un 12% acudir a la realización de sus estudios.

Tabla de Resultados 9

Genero	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Femenino	0%	36%	16%	6%	2%	60%
Masculino	2%	26%	6%	6%	0%	40%
Total	2%	62%	22%	12%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 9. Género y realización de análisis para comprobar sus niveles de glucosa en sangre. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

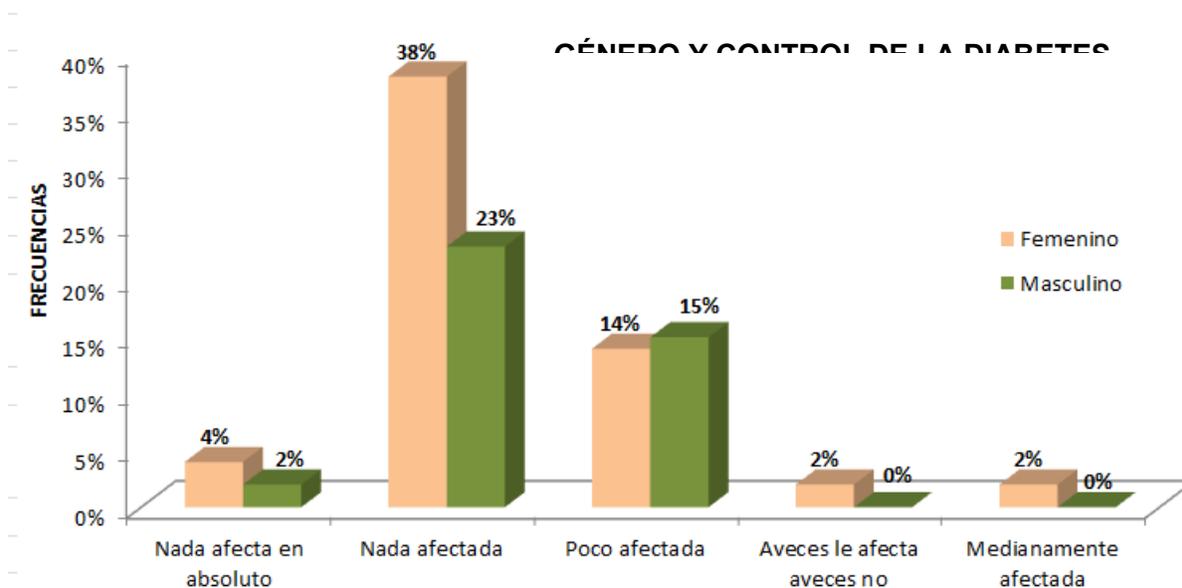
Género y adecuado control de la diabetes.

La percepción de tener un buen control de la diabetes, indica que las mujeres se percibieron afectadas en un 18%, mientras que los hombres se ubicaron en un 15% de afectación.

Tabla de Resultados 10.

Sexo	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Femenino	4%	38%	14%	2%	2%	60%
Masculino	2%	23%	15%	0%	0%	40%
Total	6%	61%	29%	2%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 10. Género y control de diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Género y el tiempo requerido para controlar su diabetes.

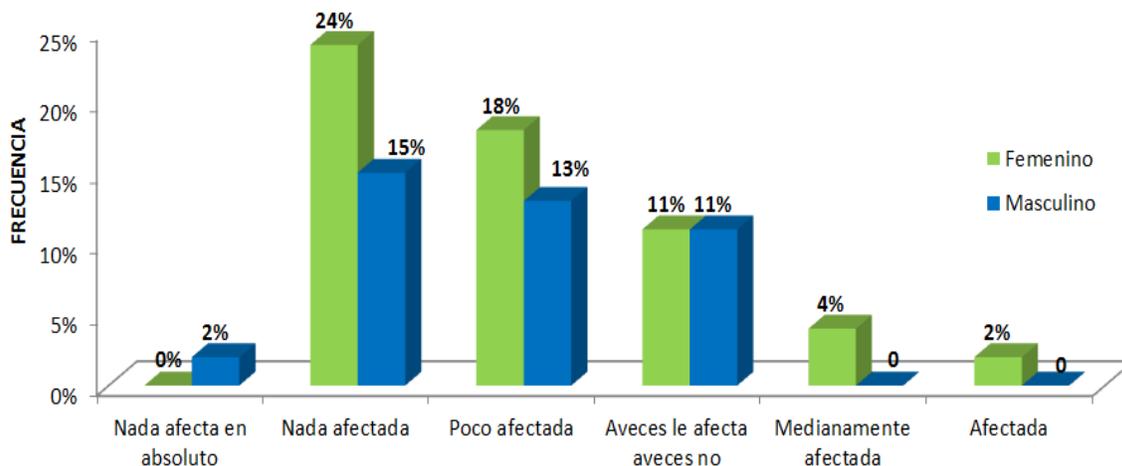
El control de la DM requiere de un proceso y la modificación de estilos de vida, en la tabla No. 11, se señala que para el 35% de las mujeres no ha sido tan fácil llevar a cabo su control, debido a que interferían diversos factores, así mismo en un 24% los hombres se sienten afectados.

Tabla de Resultados 11

Sexo	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Femenino	0%	24%	18%	11%	4%	2%	59%
Masculino	2%	15%	13%	11%	0%	0%	41%
	2	39%	31%	22%	4%	2%	47

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

GÉNERO Y TIEMPO REQUERIDO PARA CONTROLAR SU DIABETES



Gráfica. 11. Género y tiempo requerido para controlar su diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

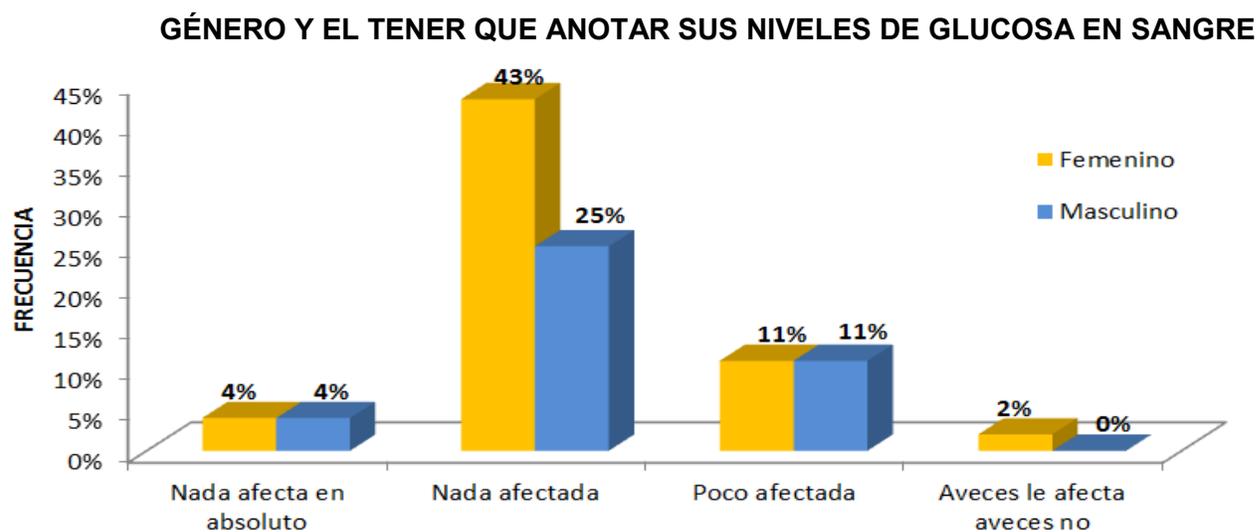
Género y el tener que anotar sus niveles de glucosa en sangre.

El solicitar que las personas se responsabilicen de su tratamiento requiere establecer nuevas rutinas que contribuyan a identificar en qué momento se encuentran en riesgo “por los niveles de glucosa” según el caso y como disminuirla. En la tabla No. 12 se muestra que las mujeres percibieron estar afectadas en un 13%, mientras que los hombres se ubicaron en un 11% para realizar esta actividad.

Tabla de Resultados 12.

Sexo	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Total
Femenino	4%	43%	11%	2%	60%
Masculino	4%	25%	11%	0%	40%
Total	8%	68%	22%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 12. Género y tiempo requerido para anotar los niveles de glucosa en sangre. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

ENERGÍA.

Edad y limitación en el nivel de “energía”.

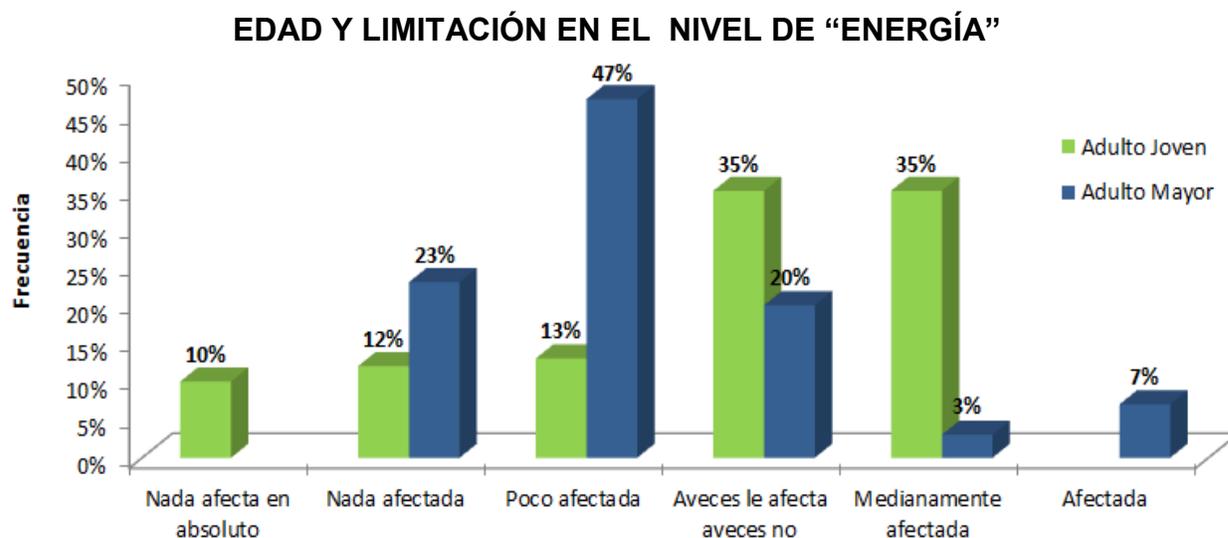
Entre los factores que contribuyen al mejor desarrollo de la esfera física es la “energía” que mantienen las personas y su grado de afectación con relación a la DM.

La tabla No. 13, indica que los adultos jóvenes fueron afectados en un 47%, mientras que los adultos mayores manifestaron un 53% de afectación.

Tabla de Resultados 13.

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta, a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Adulto Joven	10%	12%	7%	35%	5%	0%	100%
Adulto Mayor		23%	37%	6%	3%	7%	100%
Total	2%	19%	34%	26%	15%	4%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 13. Edad y limitación en niveles de energía. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Edad y sensación de debilidad.

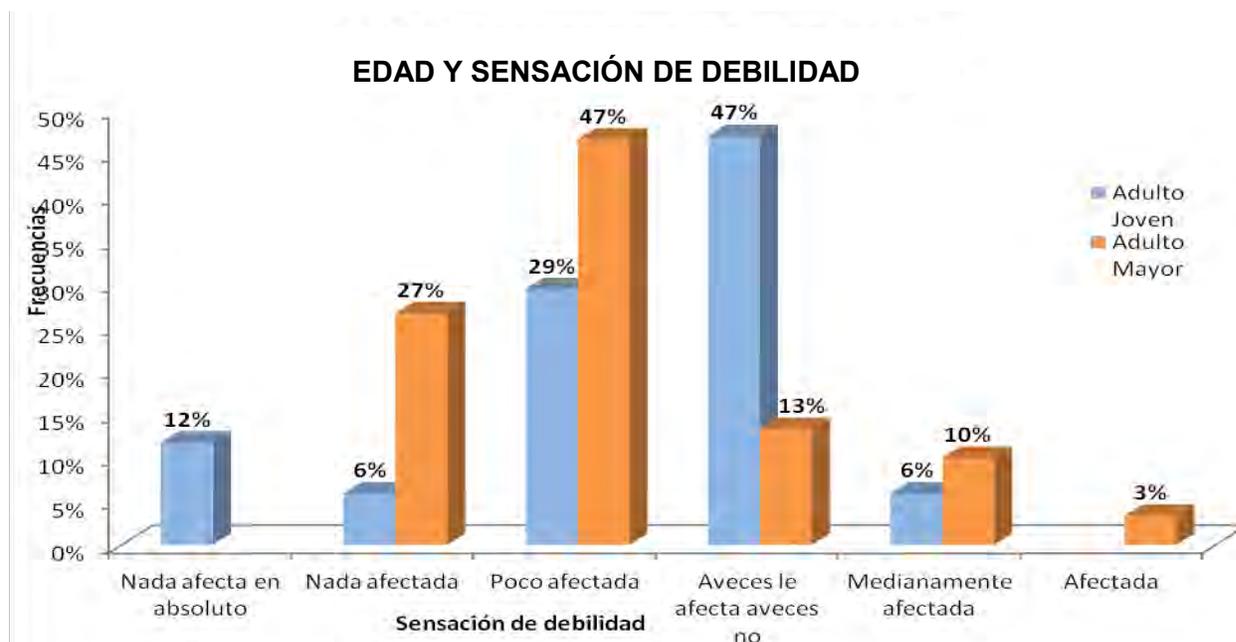
Los problemas más frecuentes a los cuales se enfrentan las personas con DM son el cansancio y la debilidad que interfieren con su vida cotidiana, la pérdida de autonomía de las personas va en detrimento de su calidad de vida debido a que refirieron que se volvían inútiles y su familia ya no les tenía confianza.

En la tabla No. 14 se indica que el 82% a los adultos jóvenes percibía sensación de debilidad y, en el caso de los adultos mayores correspondió al 73%.

Tabla de Resultados 14.

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Adulto Joven	12%	6%	29%	47%	6%	0%	100%
Adulto Mayor	0%	27%	47%	13%	10%	3%	100%
Total	4%	19%	40%	26%	9%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 14. Edad y sensación de debilidad. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

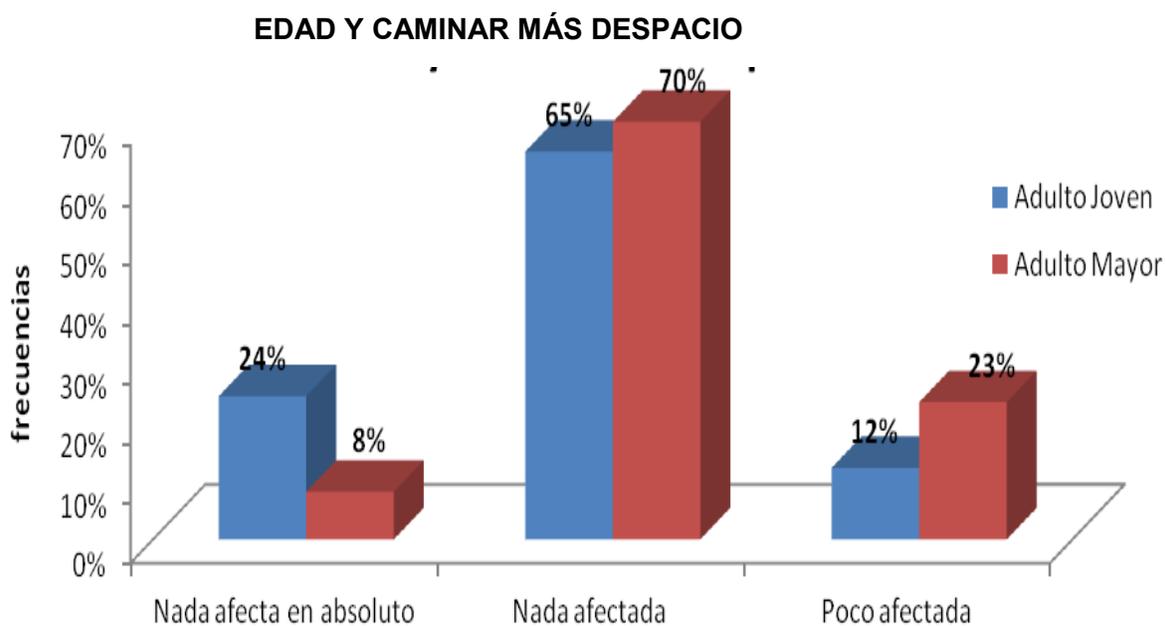
Edad y caminar más despacio que otras personas.

Manifiestan las personas con diabetes que su movilidad no ha sido afectada, en la tabla No. 15 , se muestra que un 23% los adultos mayores disminuye su movilidad y que solo en un 12% los adultos jóvenes se vieron afectados.

Tabla de Resultados 15

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	Total
Adulto Joven	24%	65%	12%	100%
Adulto Mayor	8%	70%	23%	100%
Total	13%	68%	19%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 15. Edad y caminar más despacio. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

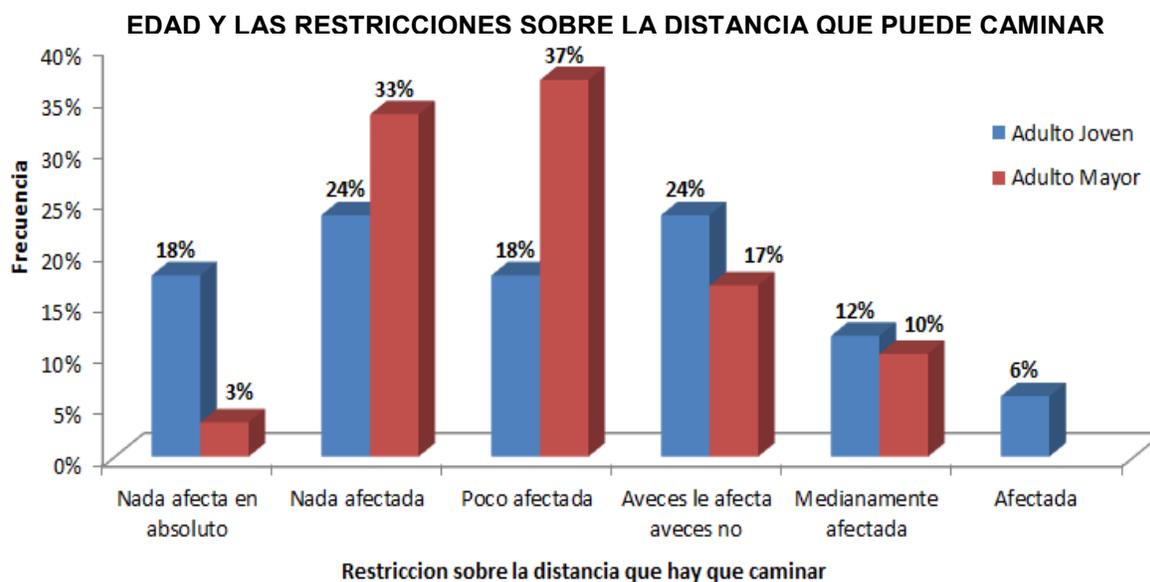
Restricciones sobre la distancia que tiene que caminar.

La tabla No. 16, indica que el 64% de adultos mayores presentó mayor grado de afectación para caminar. En cuanto a los adultos jóvenes se observó en un 60%.

Tabla de Resultados 16.

Edad	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta, a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Adulto Joven	18%	24%	18%	24%	12%	6%	100%
Adulto Mayor	3%	33%	37%	17%	10%		100%
Total	9%	30%	30%	19%	11%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 16. Edad y restricciones sobre la distancia que puede caminar. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

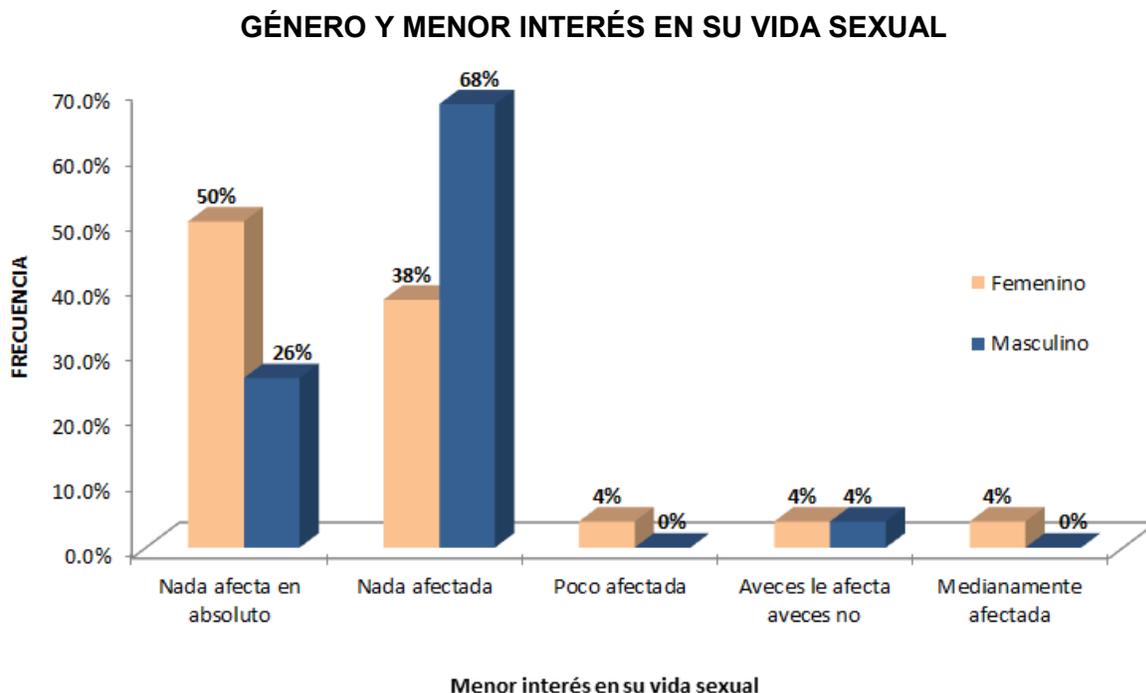
Género y menor interés en su vida sexual

La DM generó trastornos sexuales. En la tabla No. 17, se muestra que en el 12% de las mujeres entrevistadas les provocaba dificultad para la excitación y la lubricación. En los hombres el 4% habían tenido disfunción eréctil, en diversas ocasiones. Es importante destacar que las personas no asociaron estos problemas con la enfermedad.

Tabla de resultados 17.

Sexo	Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Femenino	50.0%	38.0%	4.0%	4.0%	4.0%	100.0%
Masculino	26.0%	68.0%	0%	4.0%	0%	100.0%
Total	40.0%	52.0%	2.0%	4.0%	2.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 17. Género y menor interés en su vida sexual. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

MOVILIDAD

Edad y los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes.

La tabla No. 18, muestra que también presentan afectaciones en 32% los adultos jóvenes y 26% los adultos mayores para llevar a cabo una rutina de ejercicio. Es importante mencionar que no han recibido inducción a cómo hacer ejercicio que no los ponga en riesgo de acuerdo a su edad, estatura y peso.

Tabla de resultados 18.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Sumamente afectada	Total
Adulto Joven	Frecuencia	3	5	5	7	3	0	23
	% del total	6%	11%	11%	15%	6%	0%	49%
Adulto Mayor	Frecuencia	1	11	6	4	1	1	24
	% del total	2%	23%	13%	9%	2%	2%	51%
Total	Frecuencia	4	16	11	11	4	1	47
	% del total	9%	34%	23%	23%	9%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 18. Edad y Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

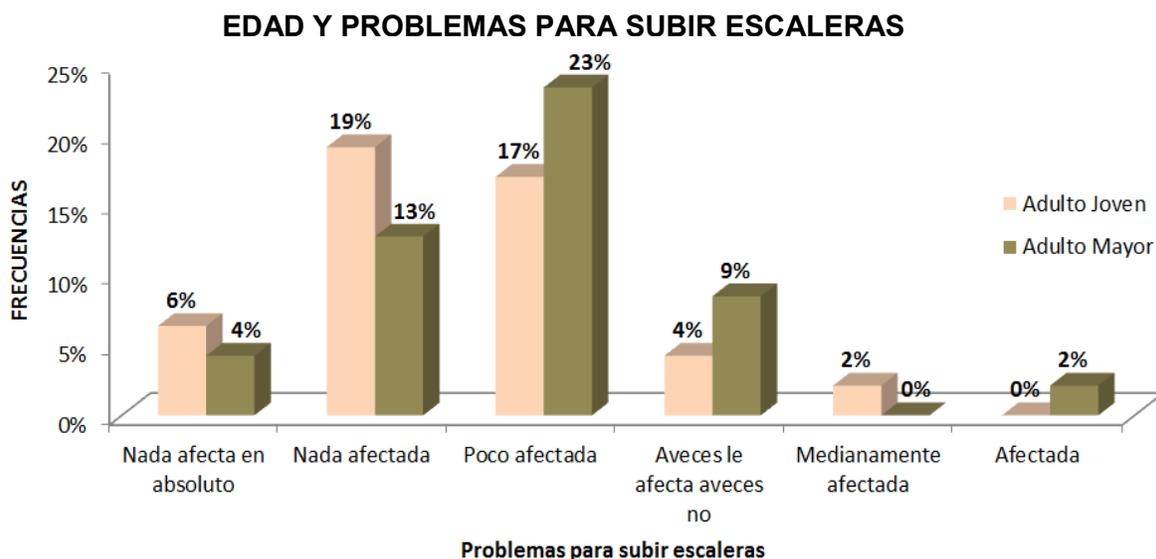
Edad y problemas al subir escaleras.

La tabla No. 19, indica que el 34% de adultos mayores habían presentado afectación, y los adultos jóvenes en un 23% establecieron su limitación para subir y bajar escaleras y valerse por ellos mismos.

Tabla de resultados 19.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	3	9	8	2	1	0	23
	% del total	6%	19%	17%	4%	2%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	2	6	11	4	0	1	24
	% del total	4%	13%	23%	9%	0%	2%	51%
Total	Recuento	5	15	19	6	1	1	47
	% del total	11%	32%	40%	13%	2%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 19. Edad y problemas para subir escaleras. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

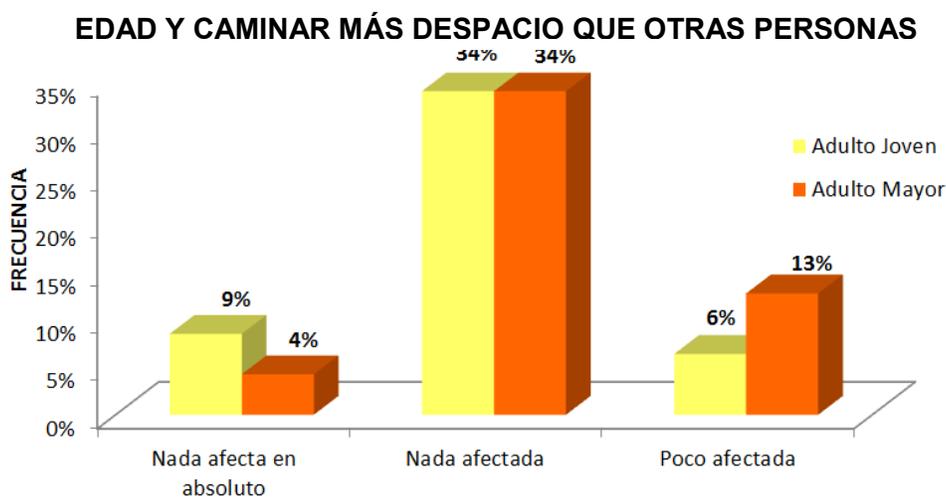
Edad y caminar más despacio que otras personas.

Manifiestan las personas con diabetes que su movilidad no ha sido afectada, en la tabla No. 20 se observa que el 13% de adultos mayores refirieron tener poca afectación y 6% de los adultos jóvenes se vieron afectados.

Tabla de resultados 20.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	4	16	3	23
	% del total	9%	34%	6%	49%
Adulto Mayor	Recuento	2	16	6	24
	% del total	4%	34%	13%	51%
Total	Recuento	6	32	9	47
	% del total	13%	68%	19%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 20. Edad y caminar más despacio que otras personas. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

AUTONOMÍA.

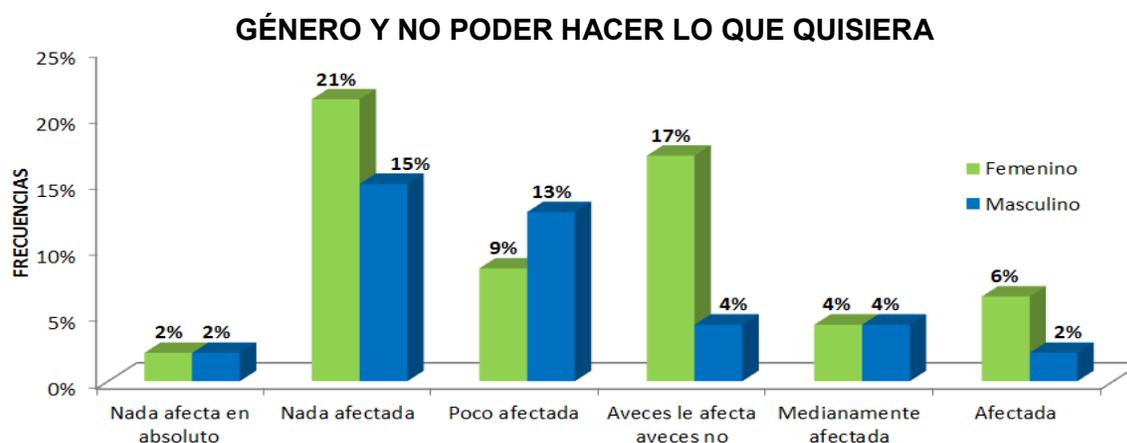
Género y no poder hacer lo que se quisiera.

La autonomía e independencia de las personas depende en gran medida de la esfera física para encontrarse en condiciones de hacer sus diferentes actividades, la tabla No. 21 indica que el 36% fueron mujeres afectadas en su autonomía y el 23% correspondió a hombres esta afectación.

Genero		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Femenino	Frecuencia	1	10	4	8	2	3	28
	% del total	2%	21%	9%	17%	4%	6%	60%
Masculino	Frecuencia	1	7	6	2	2	1	19
	% del total	2%	15%	13%	4%	4%	2%	40%
Total	Frecuencia	2	17	10	10	4	4	47
	% del total	4%	36%	21%	21%	9%	9%	100%

Tabla de resultados 21.

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 21. Género y no poder hacer lo que se quisiera. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

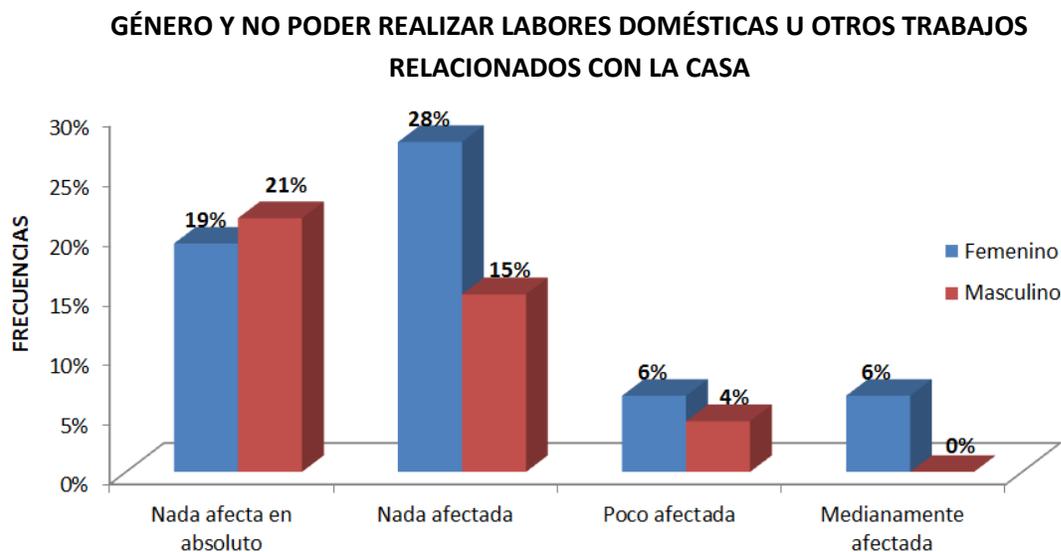
Género y no poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa.

Que las personas participen con las actividades de la casa les permite sentirse útiles, en la tabla No. 22, se señala que el 12% de las mujeres percibieron estar afectadas y el 4% en el caso de los hombres.

Tabla de resultados 22.

Género		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	Medianamente afectada	Total
Femenino	Recuento	9	13	3	3	28
	% del total	19%	28%	6%	6%	60%
Masculino	Recuento	10	7	2	0	19
	% del total	21%	15%	4%	0%	40%
Total	Recuento	19	20	5	3	47
	% del total	40%	43%	11%	6%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 22. Género y No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

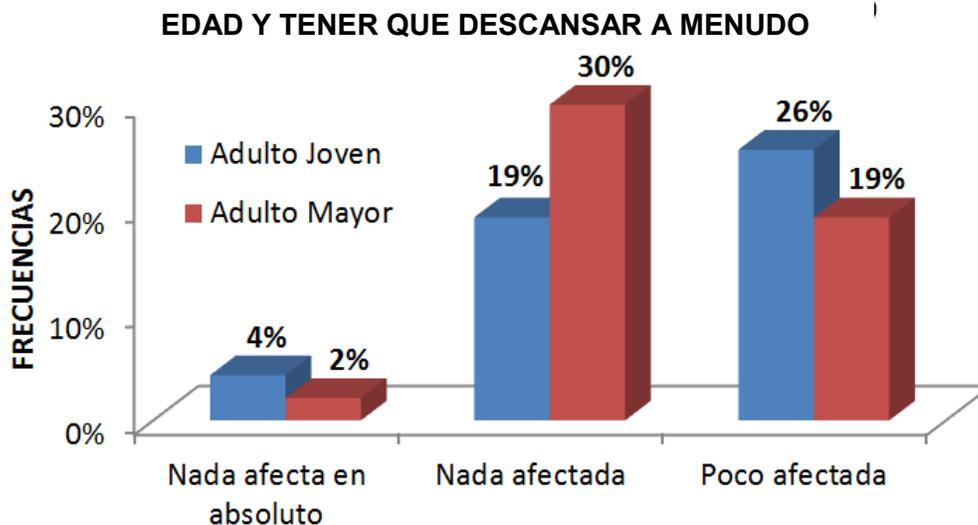
Edad y tener que descansar a menudo.

En la tabla No. 23, se indica que los adultos jóvenes manifestaron tener una afectación en 25% a diferencia de los adultos mayores que fue del 19%.

Tabla de resultados 23.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	2	9	12	23
	% del total	4%	19%	26%	49%
Adulto Mayor	Recuento	1	14	9	24
	% del total	2%	30%	19%	51%
Total	Recuento	3	23	21	47
	% del total	6%	49%	45%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 23. Edad y tener que descansar a menudo. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Dificultades para efectuar los cuidados personales (bañarse, vestirse o utilizar el sanitario).

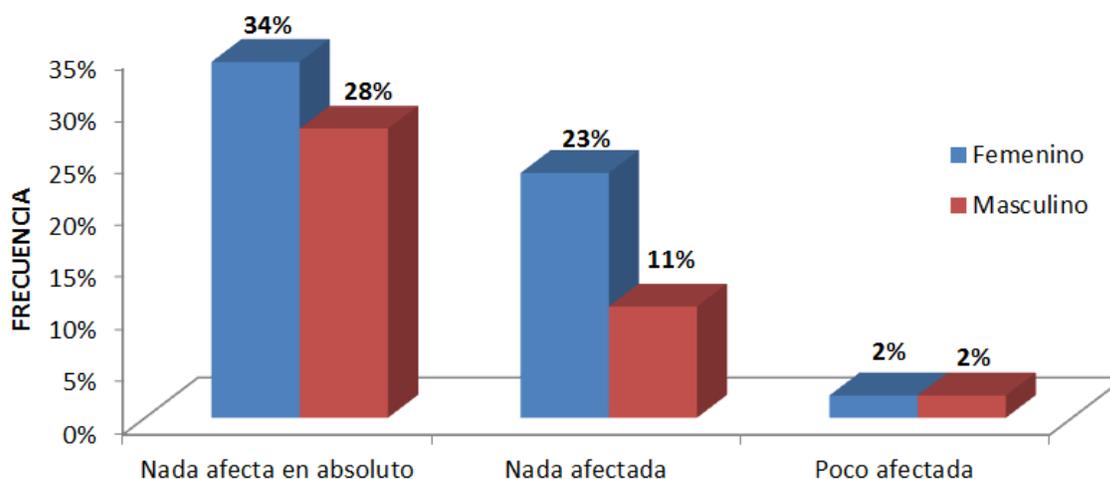
Las acciones que marca la autonomía de las personas son las actividades básicas de su vida, en la tabla No. 24 se puede observar que las mujeres manifestaron en 57% que sus actividades cotidianas no están afectadas. Los hombres en un 39% manifestaron que aun tienen total independencia.

Tabla de resultados 24.

Genero		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	Total
Femenino	Recuento	16	11	1	28
	% del total	34%	23%	2%	60%
Masculino	Recuento	13	5	1	19
	% del total	28%	11%	2%	40%
Total	Recuento	29	16	2	47
	% del total	62%	34%	4%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

GÉNERO Y DIFICULTADES PARA EFECTUAR LOS CUIDADOS PERSONALES (BAÑARSE, VESTIRSE O UTILIZAR EL SANITARIO)



Gráfica. 24. Género y dificultades para sus cuidados personales. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Edad y presentar problemas de salud además de la DM

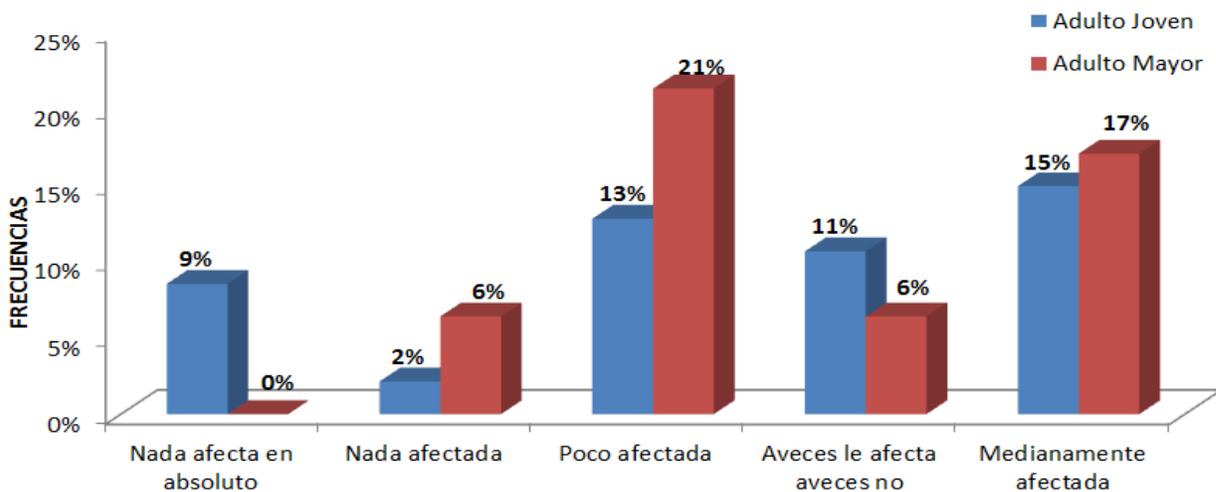
La tabla No. 25, muestra que el 44% de adultos mayores refirieron otros afectaciones, así como 39% de los adultos jóvenes mencionaron que habían empezado a tener otras enfermedades.

Tabla de resultados 25.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	4	1	6	5	7	23
	% del total	9%	2%	13%	11%	15%	49%
Adulto Mayor	Recuento	0	3	10	3	8	24
	% del total	0%	6%	21%	6%	17%	51%
Total	Recuento	4	4	16	8	15	47
	% del total	9%	9%	34%	17%	32%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

EDAD Y PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD ADEMÁS DE LA DM



Gráfica. 25. Edad y presentar problemas de salud aparte de la diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

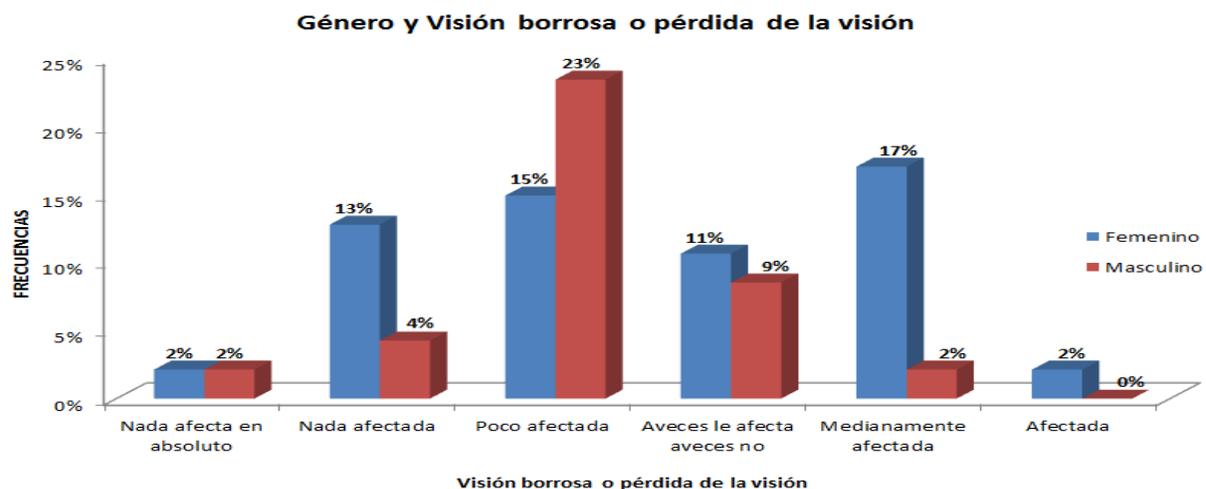
Visión borrosa o pérdida de la visión.

Como consecuencia de padecer DM se genera daño visual. En la tabla No. 26 se observa que las mujeres manifestaron presentar una afectación de 45%, mientras que los hombres refirieron 34% de afectación.

Tabla de resultados 26.

Genero		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Femenino	Recuento	1	6	7	5	8	1	28
	% del total	2%	13%	15%	11%	17%	2%	60%
Masculino	Recuento	1	2	11	4	1	0	19
	% del total	2%	4%	23%	9%	2%	0%	40%
Total	Recuento	2	8	18	9	9	1	47
	% del total	4%	17%	38%	19%	19%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 26. Edad y visión borrosa o pérdida de la visión. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

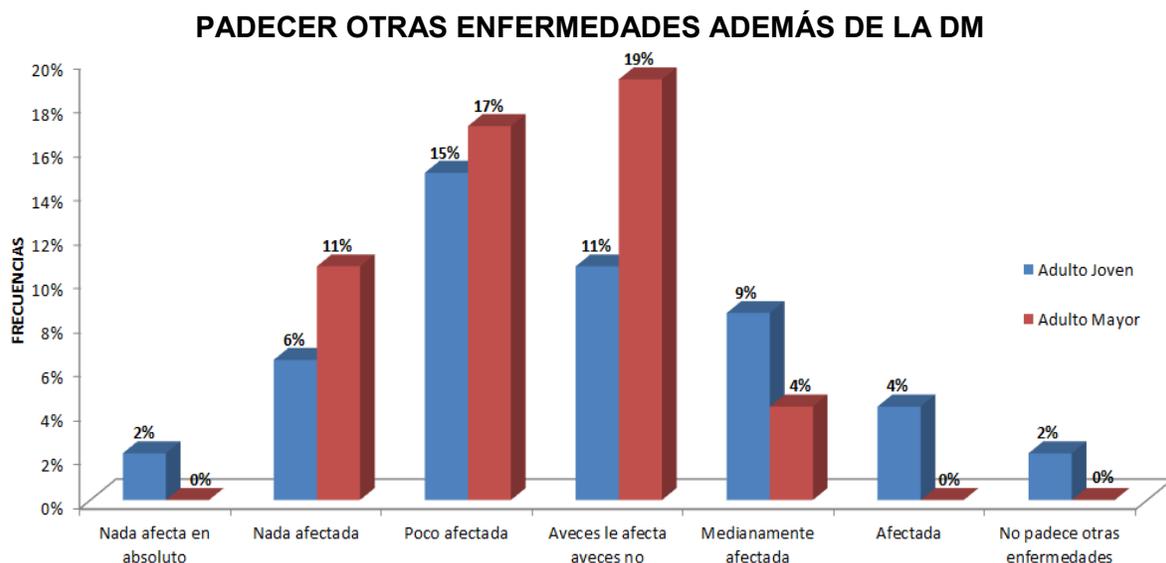
Padecer otras enfermedades además de la DM.

La manifestación de otra enfermedad está asociada a la diabetes. En la tabla No. 27, los adultos mayores externaron haber presentado afectación en 40%, y los adultos jóvenes en 39%.

Tabla de resultados 26.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	No padece otras enfermedades	Total
Adulto Joven	Recuento	1	3	7	5	4	2	1	23
	% del total	2%	6%	15%	11%	9%	4%	2%	49%
Adulto Mayor	Recuento	0	5	8	9	2	0	0	24
	% del total	0%	11%	17%	19%	4%	0%	0%	51%
Total	Recuento	1	8	15	14	6	2	1	47
	% del total	2%	17%	32%	30%	13%	4%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 27. Edad y padecer otras enfermedades aparte de la diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Complicaciones debidas a la DM.

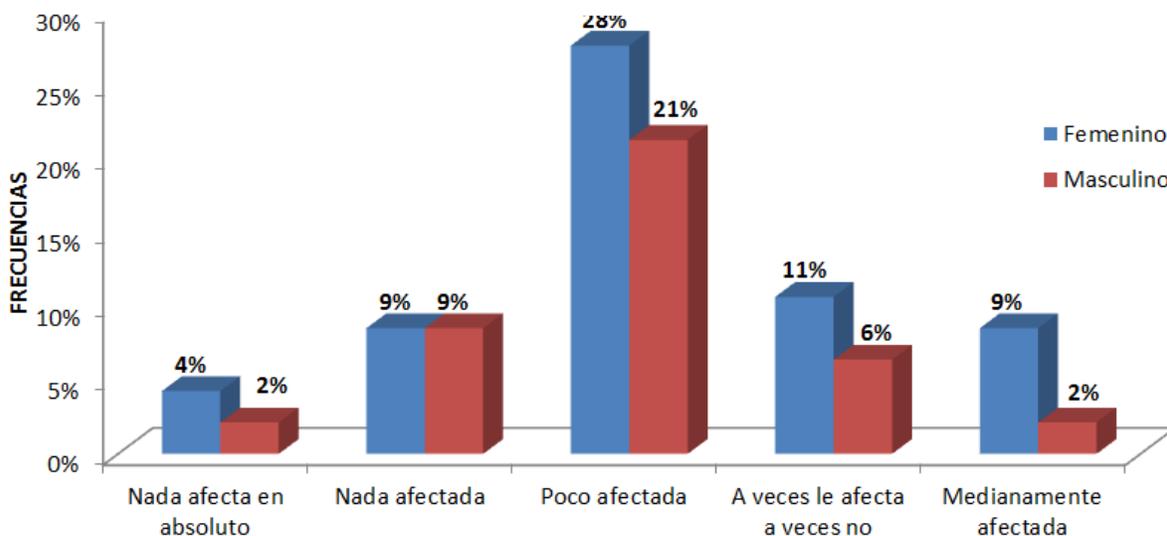
Cuando se preguntó sobre el grado de complicación que la diabetes había generado en sus vidas se encontró que las mujeres externaron estar afectadas en 48%, y los hombres en 29%.

Tabla de resultados 27.

Género		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Femenino	Recuento	2	4	13	5	4	28
	% del total	4%	9%	28%	11%	9%	60%
Masculino	Recuento	1	4	10	3	1	19
	% del total	2%	9%	21%	6%	2%	40%
Total	Recuento	3	8	23	8	5	47
	% del total	6%	17%	49%	17%	11%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

GÉNERO Y COMPLICACIONES DEBIDAS A LA DM



Gráfica. 28. Género y complicaciones debidas a la DM. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

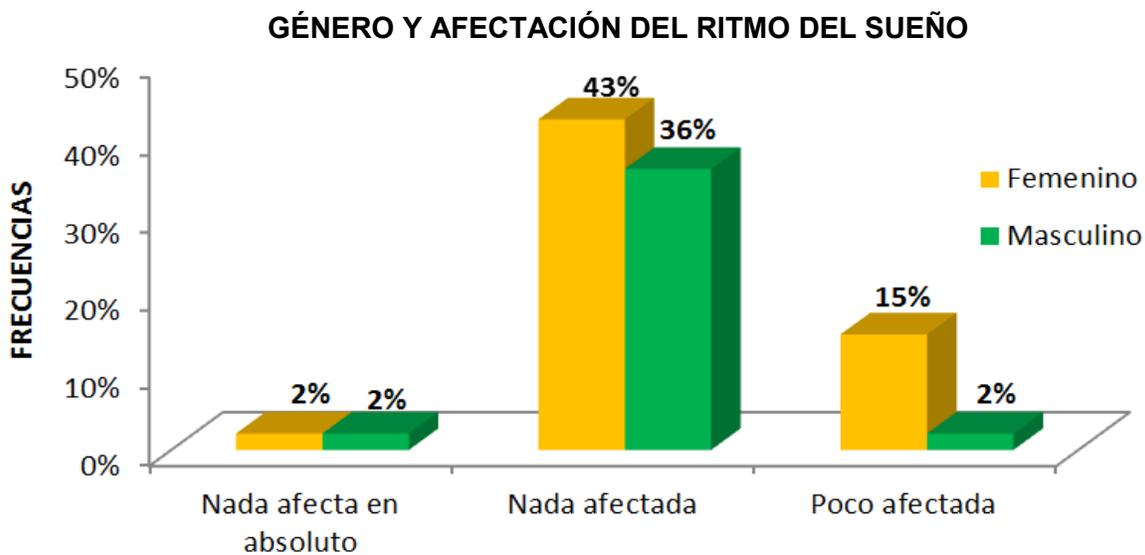
Tener el sueño intranquilo.

La tabla No. 29, indica que en cuanto a su ritmo de sueño han presentado una afectación del 15% las mujeres y los hombres en un 2% reportaron una leve afectación en su ritmo del sueño.

Tabla de resultados 28.

Género		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	Total
Femenino	Recuento	1	20	7	28
	% del total	2%	43%	15%	60%
Masculino	Recuento	1	17	1	19
	% del total	2%	36%	2%	40%
Total	Recuento	2	37	8	47
	% del total	4%	79%	17%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 29. Género y tener afectación en su ritmo del sueño. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

ALIMENTACIÓN.

No comer ciertos alimentos para poder controlar la DM

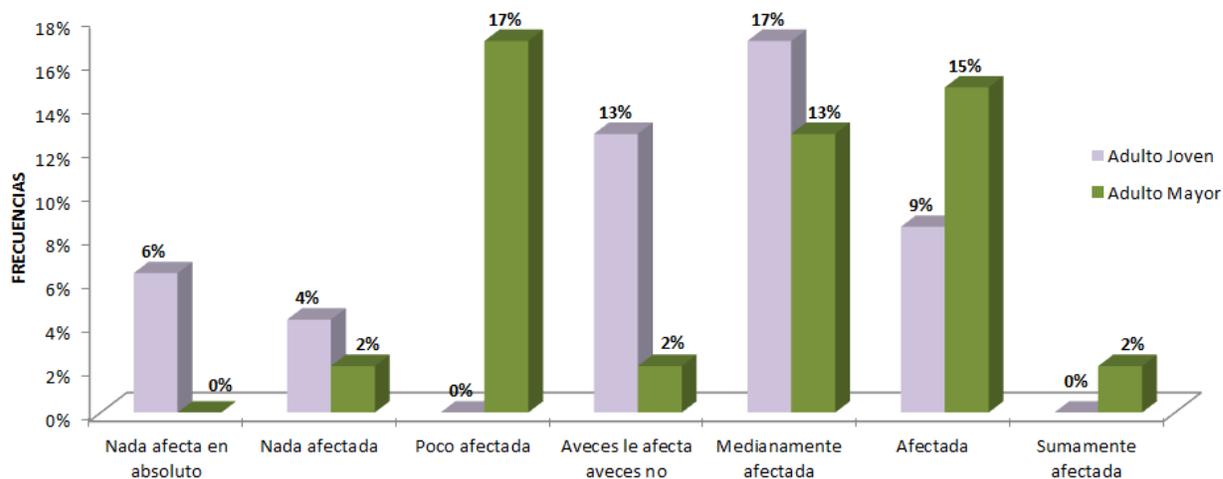
En la tabla No. 30 se indica que 49% de los adultos mayores se encontraban afectados y los adultos jóvenes en 39% al tratar de evitar los alimentos, que les hacían daño.

Tabla de resultados 29.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Sumamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	3	2	0	6	8	4	0	23
	% del total	6%	4%	0%	13%	17%	9%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	0	1	8	1	6	7	1	24
	% del total	0%	2%	17%	2%	13%	15%	2%	51%
Total	Recuento	3	3	8	7	14	11	1	47
	% del total	6%	6%	17%	15%	30%	23%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

EDAD Y NO COMER CIERTOS ALIMENTOS PARA PODER CONTROLAR LA DM



Gráfica. 30. Edad y no comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

La necesidad de comer a intervalos regulares.

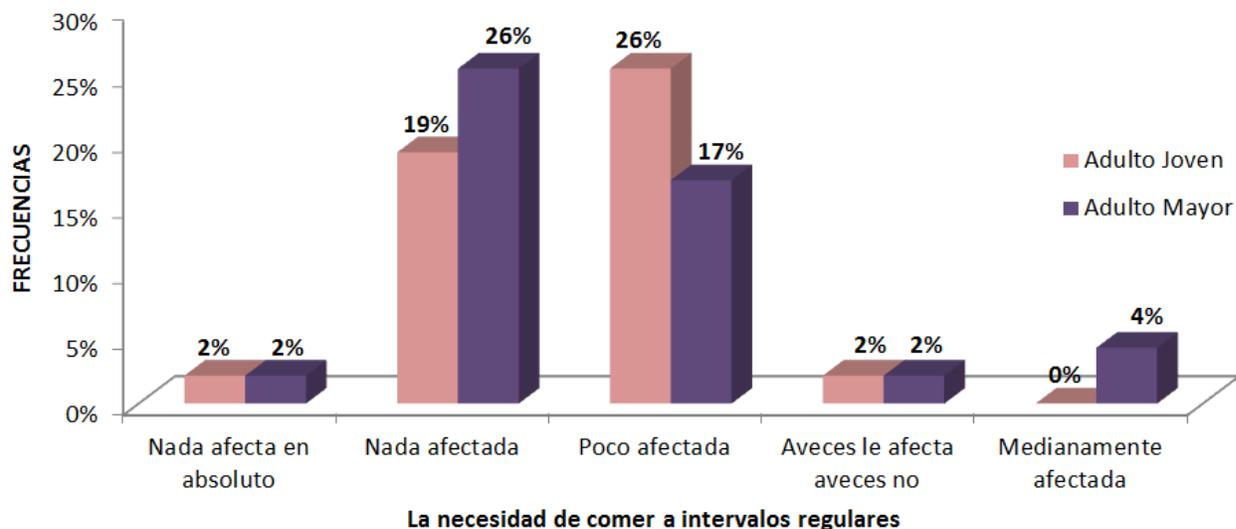
Implementar hábitos saludables es de suma importancia, así como fraccionar las raciones alimenticias. En la tabla No. 31 se indica que el 28% de los adultos jóvenes refirió tener afectación y los adultos mayores en 23%.

Tabla de resultados 30.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	1	9	12	1	0	23
	% del total	2%	19%	26%	2%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	1	12	8	1	2	24
	% del total	2%	26%	17%	2%	4%	51%
Total	Recuento	2	21	20	2	2	47
	% del total	4%	45%	43%	4%	4%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

EDAD Y LA NECESIDAD DE COMER A INTERVALOS REGULARES



Gráfica. 31. Edad y la necesidad de comer a intervalos regulares. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

4.2 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.

La dimensión psicológica permite conocer las sensaciones y emociones de las personas.

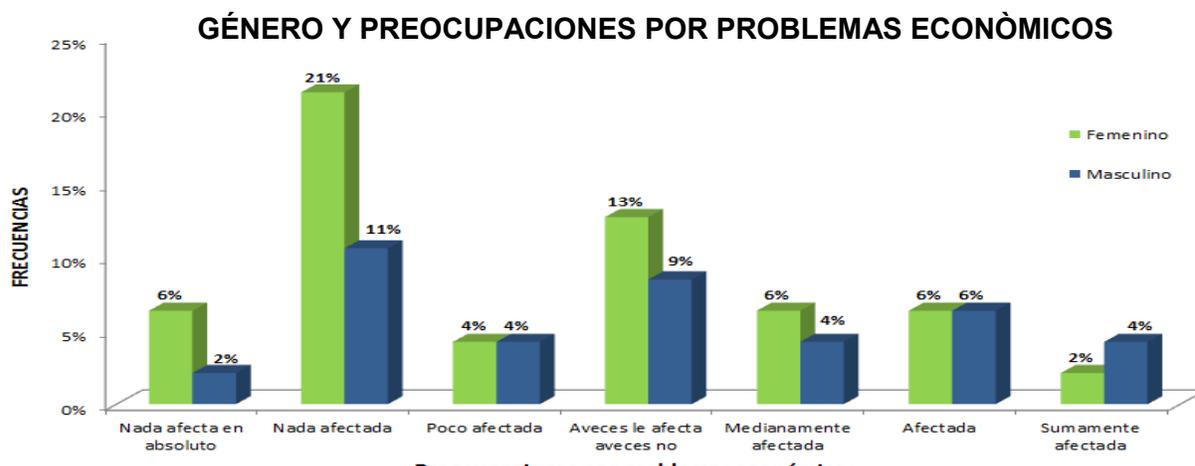
Preocupaciones por problemas económicos

En la tabla No. 32 se muestra, que las mujeres tuvieron una afectación del 31% y los hombres en 29% con referencia a las preocupaciones que generaron los problemas económicos.

Tabla de resultados 31

Género		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Sumamente afectada	Total
Femenino	Recuento	3	10	2	6	3	3	1	28
	% del total	6%	21%	4%	13%	6%	6%	2%	60%
Masculino	Recuento	1	5	2	4	2	3	2	19
	% del total	2%	11%	4%	9%	4%	6%	4%	40%
Total	Recuento	4	15	4	10	5	6	3	47
	% del total	9%	32%	9%	21%	11%	13%	6%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 32. Género y preocupaciones por problemas económicos. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

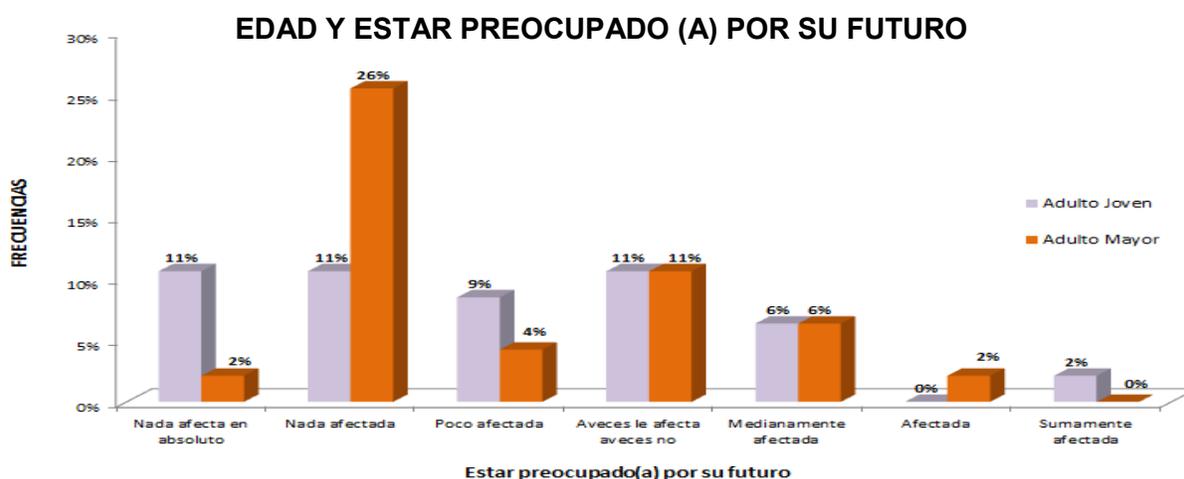
Estar preocupados por su futuro.

Que tanto los eventos que enfrentan diariamente les genera angustia, preocupación e incertidumbre. En la tabla No. 33, se indica que los adultos jóvenes manifestaron 28% estar preocupados por su futuro y los adultos mayores en 23%.

Tabla de resultados 32.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Sumamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	5	5	4	5	3	0	1	23
	% del total	11%	11%	9%	11%	6%	0%	2%	49%
Adulto Mayor	Recuento	1	12	2	5	3	1	0	24
	% del total	2%	26%	4%	11%	6%	2%	0%	51%
Total	Recuento	6	17	6	10	6	1	1	47
	% del total	13%	36%	13%	21%	13%	2%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 33. Edad y estar preocupado(a) por su futuro: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

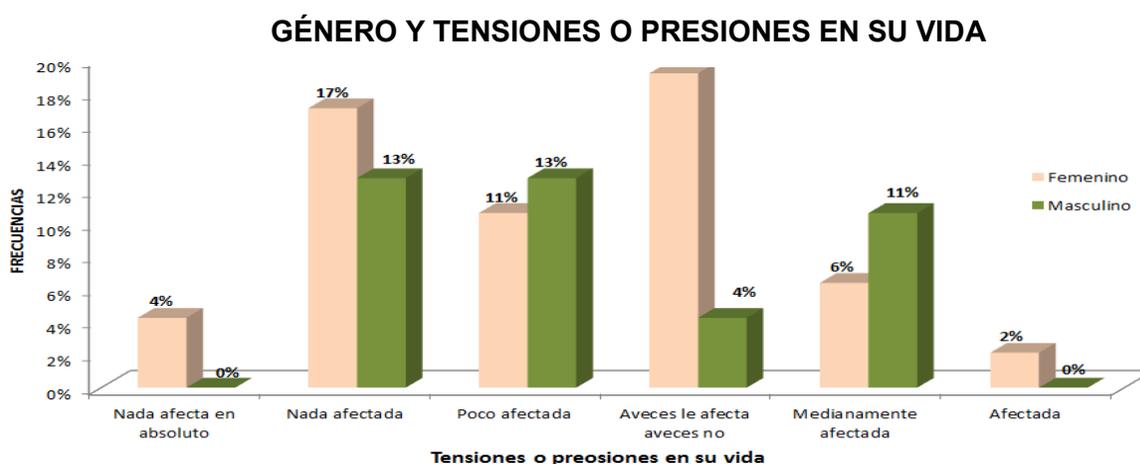
Tensiones o presiones en su vida.

Tener una enfermedad incurable les genera tensión y presión en su vida diaria, la tabla No. 34, muestra que las mujeres reportaron 38% de afectación y los hombres 28% de afectación, es una sensación que quisieran ignorar, sin embargo no les es posible.

Tabla de resultados 33.

Género		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Afectada	Total
Femenino	Recuento	2	8	5	9	3	1	28
	% del total	4%	17%	11%	19%	6%	2%	60%
Masculino	Recuento	0	6	6	2	5	0	19
	% del total	0%	13%	13%	4%	11%	0%	40%
Total	Recuento	2	14	11	11	8	1	47
	% del total	4%	30%	23%	23%	17%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 34. Género y Tensiones o presiones en su vida: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

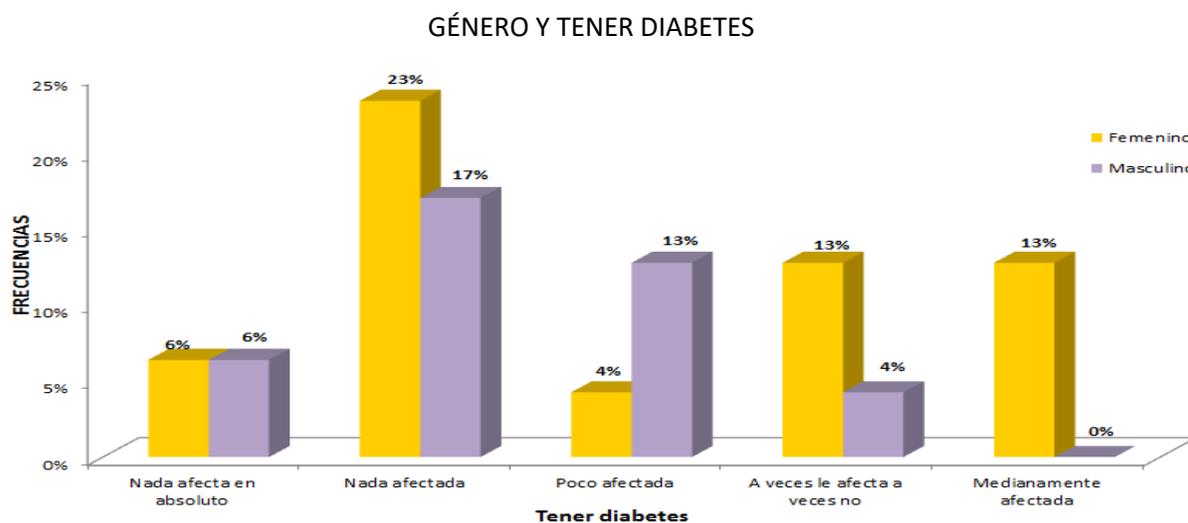
Tener diabetes.

La tabla No. 35, indica que 30% de las mujeres tuvieron afectación y los hombres 17% de afectación por tener DMT2.

Tabla de resultados 34.

Género		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Femenino	Recuento	3	11	2	6	6	28
	% del total	6%	23%	4%	13%	13%	60%
Masculino	Recuento	3	8	6	2	0	19
	% del total	6%	17%	13%	4%	0%	40%
Total	Recuento	6	19	8	8	6	47
	% del total	13%	40%	17%	17%	13%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 35. Género y tener diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

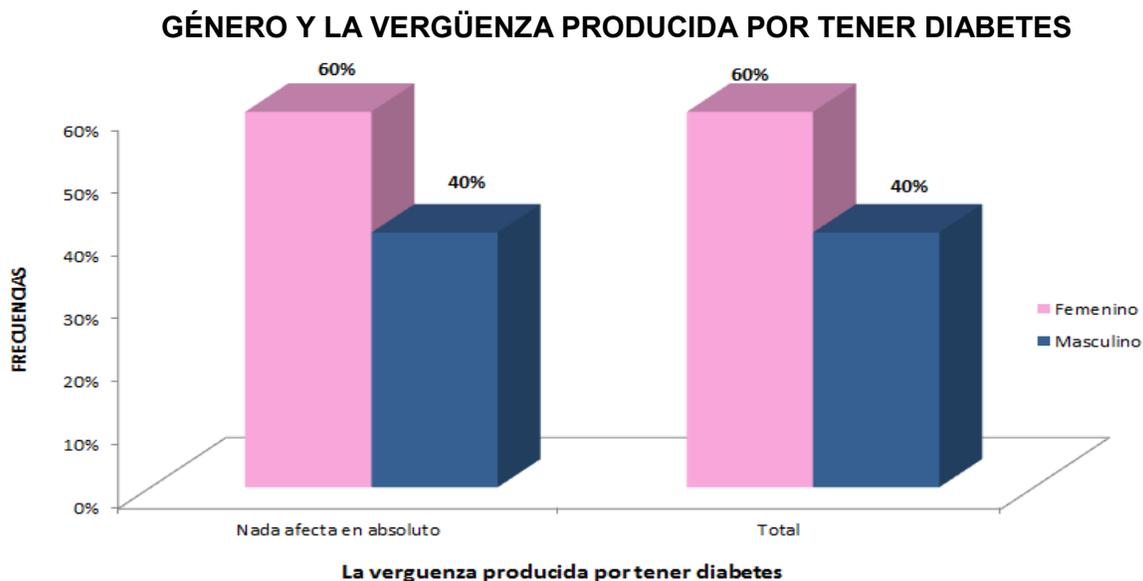
La vergüenza producida por tener diabetes.

En la tabla No. 36, se indica que las mujeres y hombres no presentaron afectación de sentir vergüenza, por tener diabetes.

Tabla de resultados 35.

Género		Nada afecta en absoluto	Total
Femenino	Recuento	28	28
	% del total	60%	60%
Masculino	Recuento	19	19
	% del total	40%	40%
Total	Recuento	47	47
	% del total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 36. Género y la vergüenza producida por tener diabetes. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

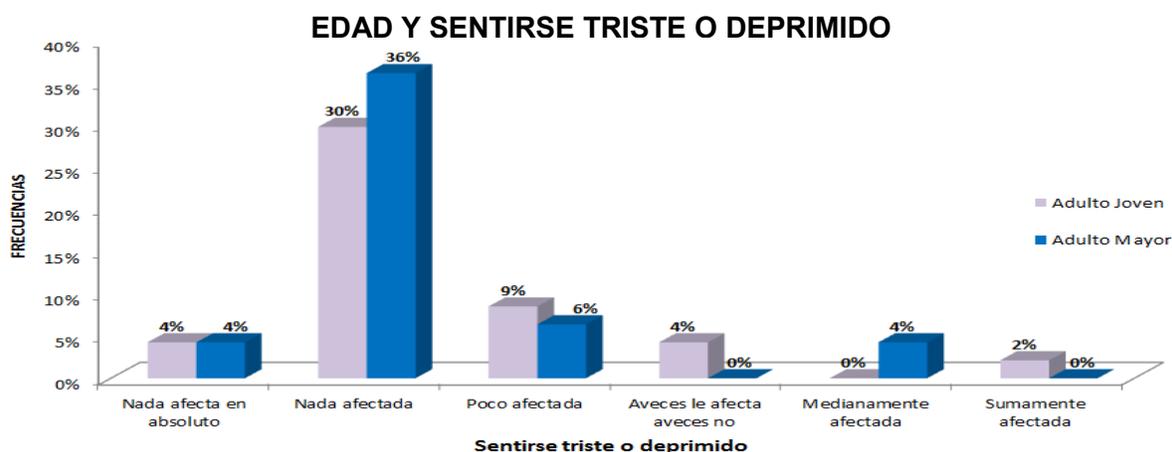
Sentirse triste o deprimido.

En tabla No. 37, el estado emocional de sentirse triste o deprimido por tener diabetes fue mínimo, refirieron los adultos jóvenes 15% y los adultos mayores 10%. En la mayoría describieron que tenían familiares cercanos como son padres o tíos y sabían que esta enfermedad es hereditaria.

Tabla de resultados 36.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Sumamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	2	14	4	2	0	1	23
	% del total	4%	30%	9%	4%	0%	2%	49%
Adulto Mayor	Recuento	2	17	3	0	2	0	24
	% del total	4%	36%	6%	0%	4%	0%	51%
Total	Recuento	4	31	7	2	2	1	47
	% del total	9%	66%	15%	4%	4%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 37. Edad y sentirse triste o deprimido. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

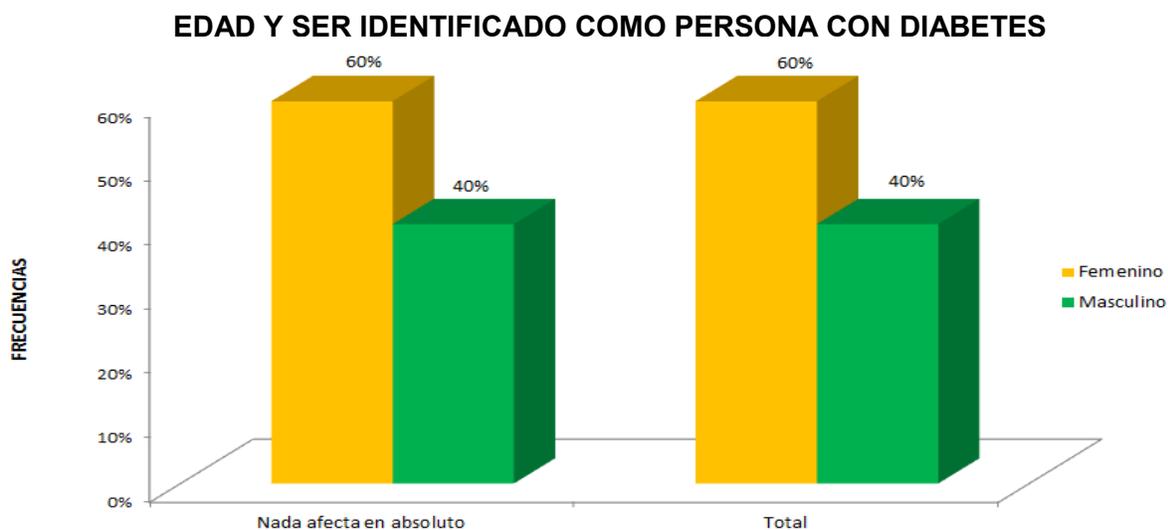
Ser identificado como persona con diabetes.

En la tabla No. 38 se indica que las mujeres y hombres no percibieron ninguna afectación si el resto de las personas supieron que padecían diabetes.

Tabla de resultados 37.

Género		Nada afecta en absoluto	Total
Femenino	Recuento	28	28
	% del total	60%	60%
Masculino	Recuento	19	19
	% del total	40%	40%
Total	Recuento	47	47
	% del total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 38. Género y ser identificado como diabético: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

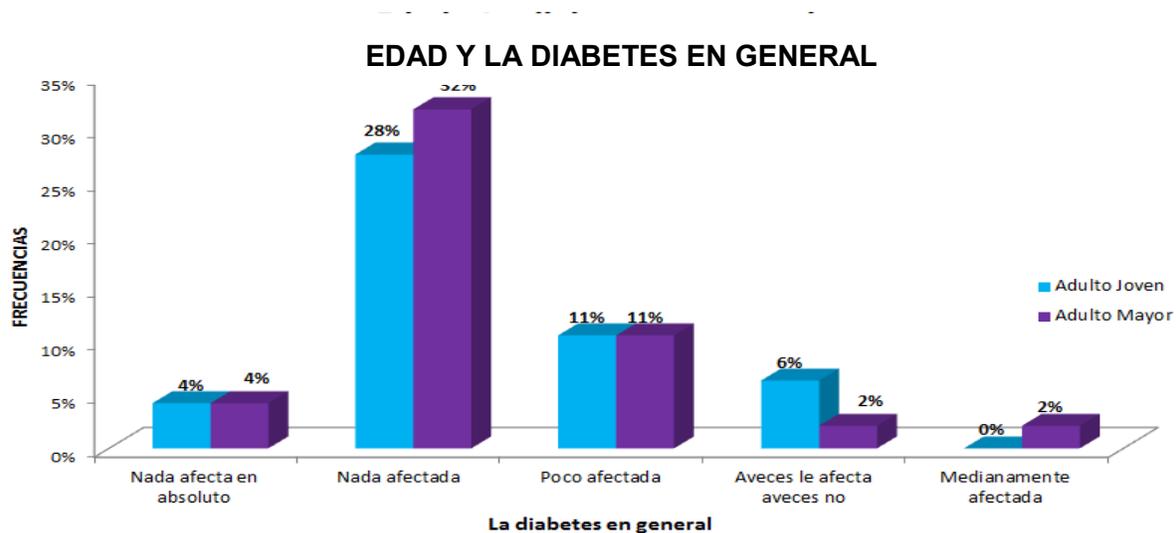
La diabetes en general.

En la tabla No. 39 se muestra que los adultos jóvenes presentaron una leve afectación de 18% y los adultos mayores 15%, en su mayoría consideraron que no les afecta la forma en que concebían a la DM.

Tabla de resultados 38.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	2	13	5	3	0	23
	% del total	4%	28%	11%	6%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	2	15	5	1	1	24
	% del total	4%	32%	11%	2%	2%	51%
Total	Recuento	4	28	10	4	1	47
	% del total	9%	60%	21%	9%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 39. Edad y la diabetes en general. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

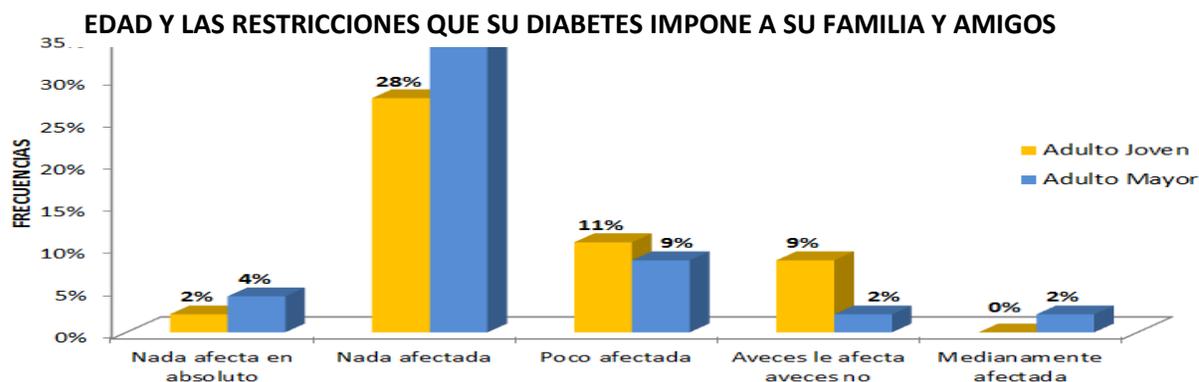
4.3 DIMENSIÓN SOCIAL

La interrelación que presenta el individuo en su vida cotidiana con otras personas, incluye el soporte social percibido, funcionamiento familiar el rol que desempeña en la familia, las coaliciones y alianzas que se gestan al interior de los núcleos familiares. En la tabla No. 40 se señala, que 20% de los adultos jóvenes y un 13% de los adultos mayores consideraban que no les habían generado restricciones su enfermedad.

Tabla de resultados 39.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	1	13	5	4	0	23
	% del total	2%	28%	11%	9%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	2	16	4	1	1	24
	% del total	4%	34%	9%	2%	2%	51%
Total	Recuento	3	29	9	5	1	47
	% del total	6%	62%	19%	11%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 40. Edad y Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

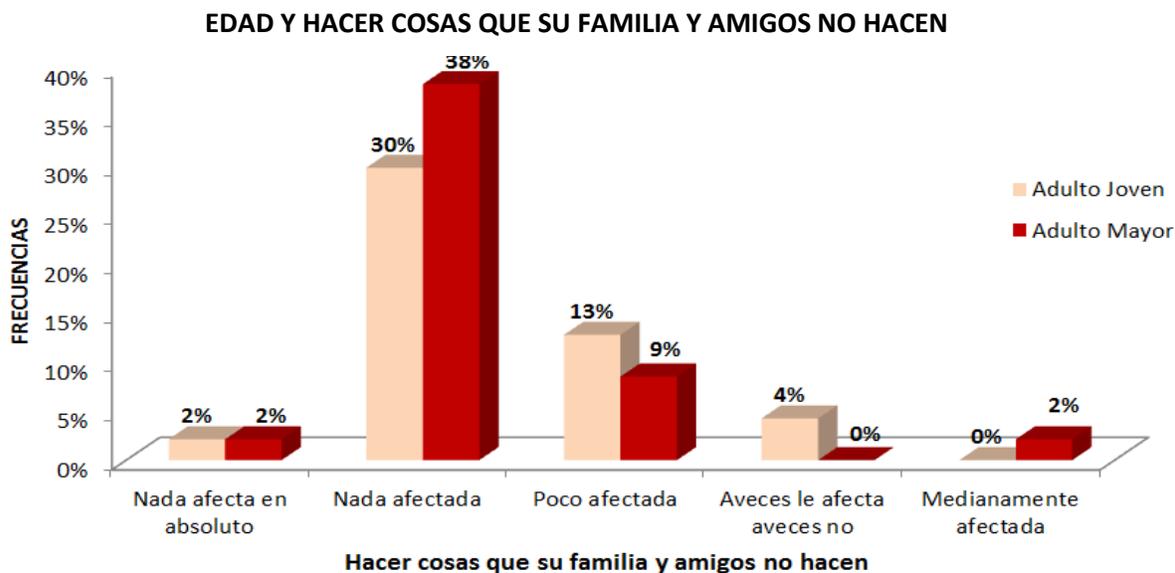
Hacer cosas que su familia y amigos no hacen.

En la tabla No. 41 se indica que tenían poca afectación los adultos mayores en un 17% y los adultos mayores en un 11%, la mayoría no refirieron limitaciones en su vida diaria.

Tabla de resultados 40.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	1	14	6	2	0	23
	% del total	2%	30%	13%	4%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	1	18	4	0	1	24
	% del total	2%	38%	9%	0%	2%	51%
Total	Recuento	2	32	10	2	1	47
	% del total	4%	68%	21%	4%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 41. Edad y Hacer cosas que su familia y amigos no hacen. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Edo Mex.

Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes.

La forma en que organizan su vida a consecuencia de la diabetes había presentado poca afectación. En la tabla No. 42 se indica que los adultos jóvenes refirieron 15% y los adultos mayores 13% de afectación.

Tabla de resultados 41.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Total
Adulto Joven	Recuento	1	15	7	0	23
	% del total	2%	32%	15%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	2	16	5	1	24
	% del total	4%	34%	11%	2%	51%
Total	Recuento	3	31	12	1	47
	% del total	6%	66%	26%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 42. Edad y hacer cosas que su familia y amigos no hacen. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

Interferencia de la diabetes con su vida familiar.

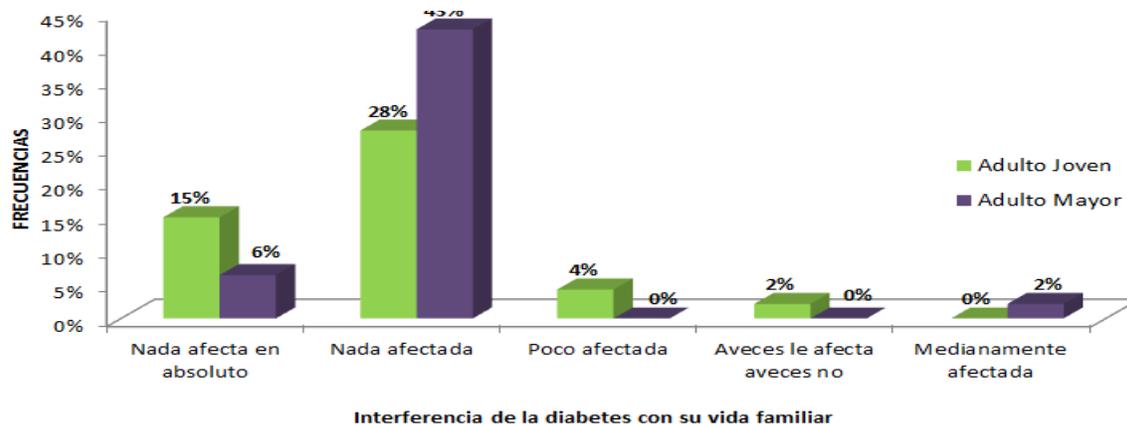
En la tabla No. 43 se muestra que la diabetes no había afectado su vida familiar en los adultos mayores 49% y los adultos jóvenes 43%.

Tabla de resultados 42.

Edad		Nada afecta en absoluto	Nada afectada	Poco afectada	A veces le afecta a veces no	Medianamente afectada	Total
Adulto Joven	Recuento	7	13	2	1	0	23
	% del total	15%	28%	4%	2%	0%	49%
Adulto Mayor	Recuento	3	20	0	0	1	24
	% del total	6%	43%	0%	0%	2%	51%
Total	Recuento	10	33	2	1	1	47
	% del total	21%	70%	4%	2%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

EDAD E INTERFERENCIA DE LA DIABETES CON SU VIDA FAMILIAR



Gráfica. 43. Edad e interferencia de la diabetes con su vida familiar. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Cuánto tiempo tiene usted con la diabetes?

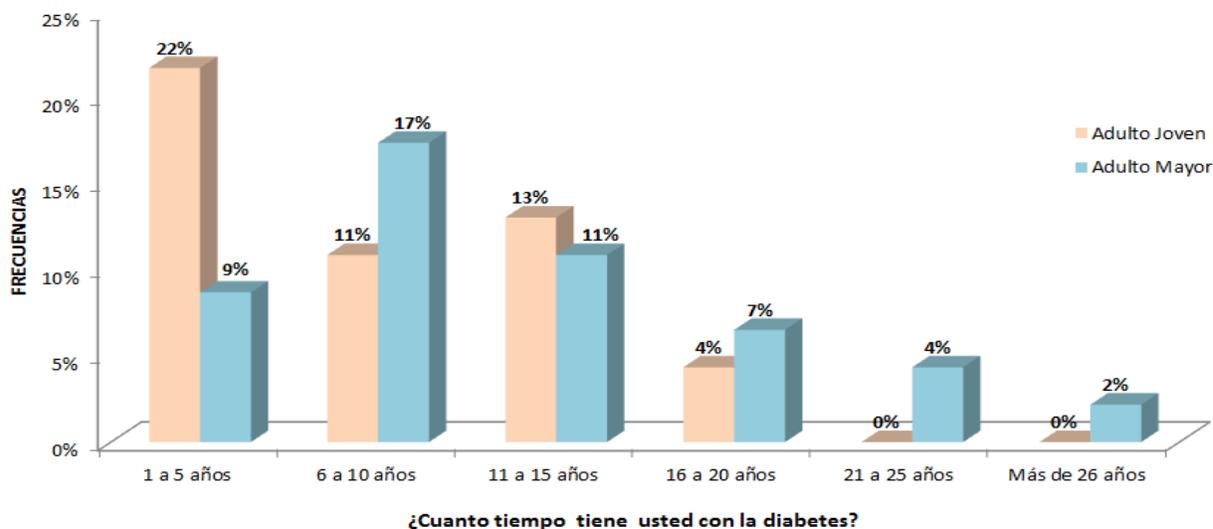
La tabla No. 44, muestra que los adultos jóvenes se ubicaron de 1 a 5 años 22% de padecer diabetes, los adultos mayores se encontró 6 a 10 años con 17% de diabetes.

Tabla de resultados 43.

Edad		1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	21 a 25 años	Más de 26 años	Total
Adulto Joven	Recuento	10	5	6	2	0	0	23
	% del total	22%	11%	13%	4%	0%	0%	50%
Adulto Mayor	Recuento	4	8	5	3	2	1	23
	% del total	9%	17%	11%	7%	4%	2%	50%
Total	Recuento	14	13	11	5	2	1	46
	% del total	30%	28%	24%	11%	4%	2%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

EDAD Y CUÁNTO TIEMPO TIENE USTED CON LA DIABETES



Gráfica. 44. Edad y ¿Cuánto tiempo tiene usted con la diabetes?: Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

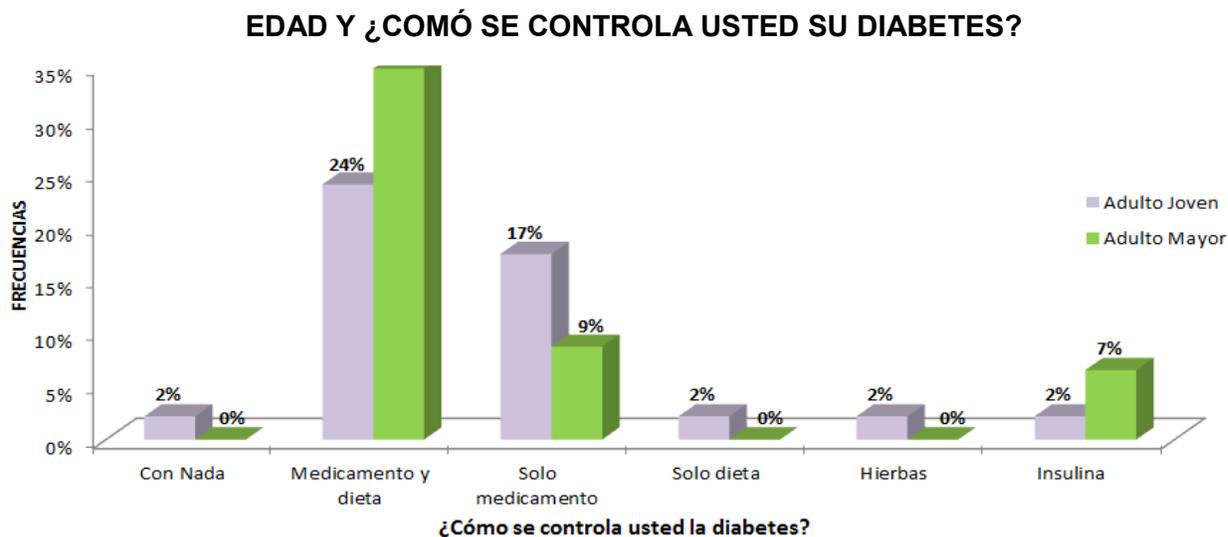
¿Cómo se controla usted su diabetes?

La tabla No. 45 indica que los adultos mayores controlaban la diabetes a través de medicamento y dieta en un 24% de ellos.

Tabla de resultados 44.

Edad		Con Nada	Medicamento y dieta	Solo medicamento	Solo dieta	Hierbas	Insulina	Total
Adulto Joven	Recuento	1	11	8	1	1	1	23
	% del total	2%	24%	17%	2%	2%	2%	50%
Adulto Mayor	Recuento	0	16	4	0	0	3	23
	% del total	0%	35%	9%	0%	0%	7%	50%
Total	Recuento	1	27	12	1	1	4	46
	% del total	2%	59%	26%	2%	2%	9%	100%

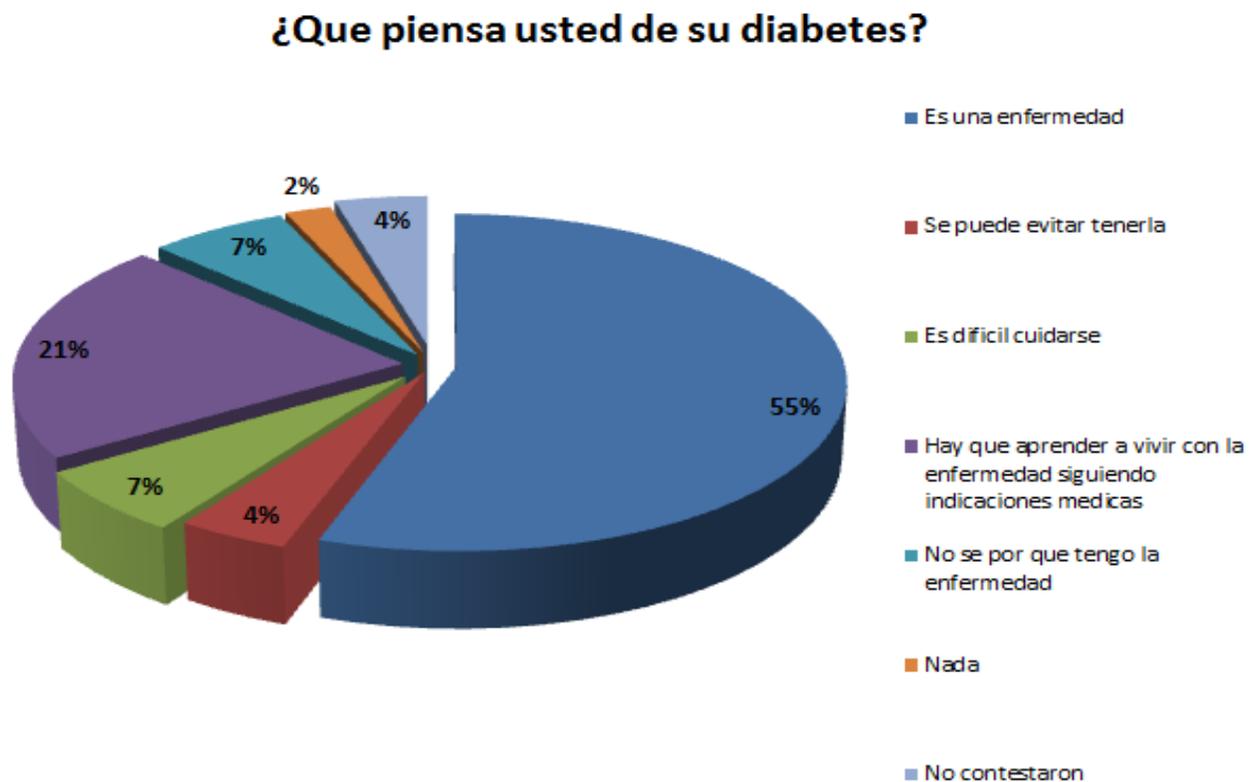
Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.



Gráfica. 45. Edad y ¿cómo se controla usted la diabetes? Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Qué piensa usted de su diabetes?

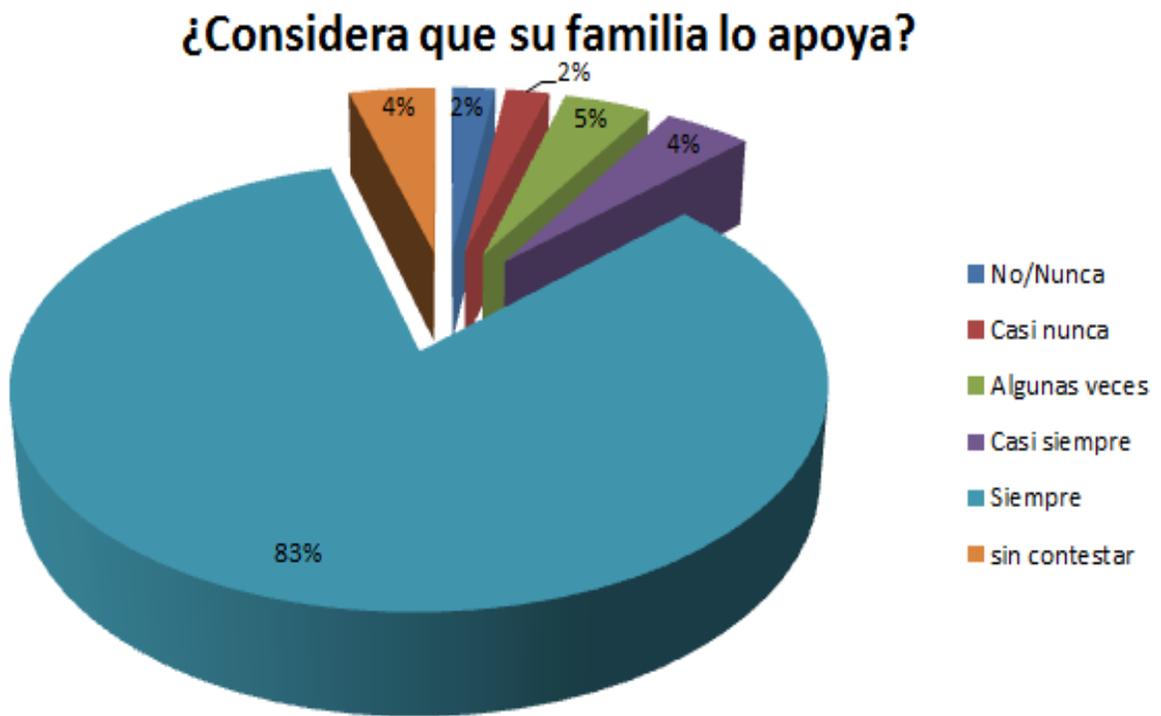
En la gráfica 46, las personas del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, perciben a la diabetes mellitus tipo 2: como una enfermedad en el 55%, el resto de los entrevistados la perciben como que no tiene cura, difícil de cuidarse pero sobre todo que se debe de aprender a vivir con ella siguiendo las indicaciones médicas y realizar cambios en sus hábitos alimenticios. El fomento del autocuidado en la diabetes mellitus implica un conjunto de acciones encaminadas para evitar las complicaciones de dicha enfermedad, asumidas por las personas que la padecen las cuales deben estar coordinadas, revisadas y adaptadas de forma periódica por el personal de salud (Díaz, Reyes 2008. P. 83 citado en Diabetes temas relevantes y trabajos de investigación).



Gráfica 46. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Considera que su familia lo apoya?

En la gráfica 47, las personas del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan que padecen diabetes percibieron tener 83% de apoyo familiar. Por tal motivo la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, la familia como recurso es la fuente principal de apoyo social que tiene el enfermo para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad. Es precisamente en este escenario en el que se ubica al papel del cuidador primario que es el que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional (Ponce y Cols. 2007. P. 3. Citado en Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009).

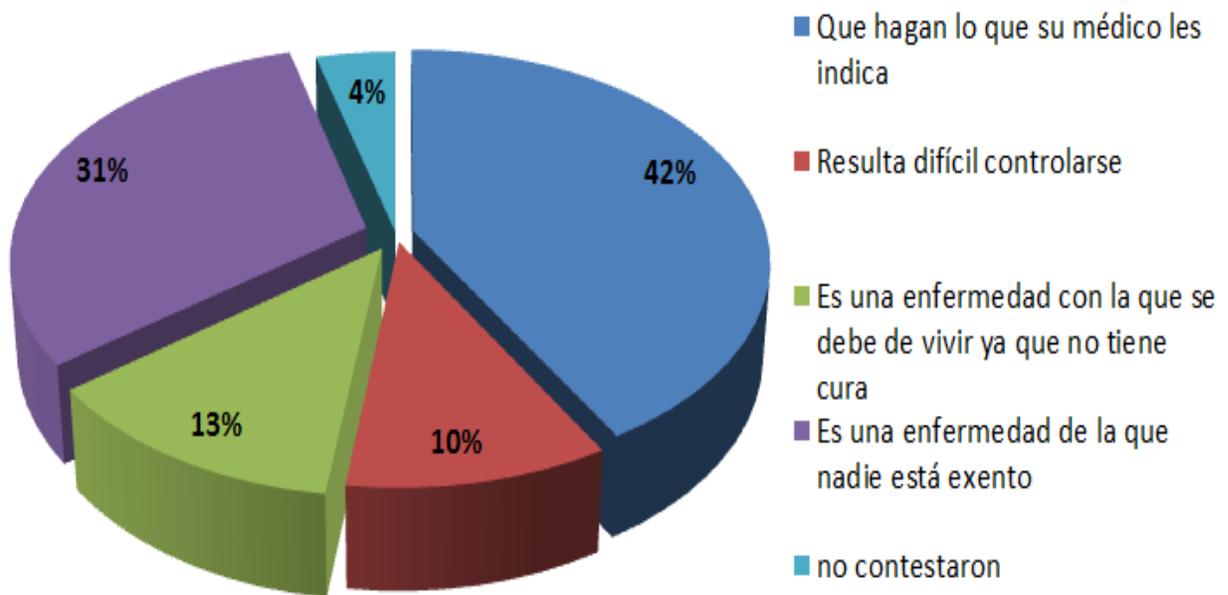


Gráfica 47. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Usted qué les diría a las personas que tienen diabetes?

Gráfica 48, las personas del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, refirieron en un 42% la trascendencia de acatar indicaciones del médico, para quienes tienen diabetes y aun no se reconocen como tal. Cuando se adquiere una enfermedad crónica, la concepción del yo puede cambiar, aunque no lo asuman, las personas van cambiando paulatinamente adquiriendo limitaciones, lo que les hace enfrentar de diversas manera la enfermedad (Ayala Aguilar 2005. P.19).

¿Usted qué les diría a las personas que tienen diabetes?

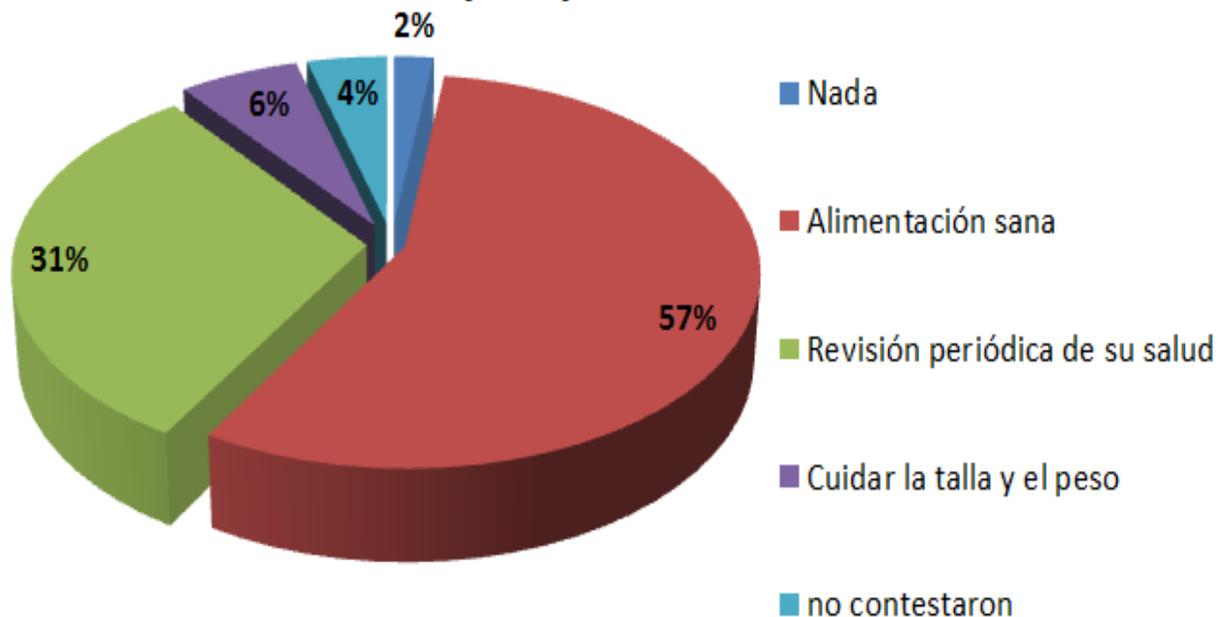


Gráfica 48. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Usted que les recomendaría a las personas que no tienen diabetes para prevenir las?

Gráfica 49, las personas del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, emitieron algunas recomendaciones para quienes aún no tienen diabetes: refirieron en 57% mantener una alimentación sana, para no padecer diabetes mellitus. Cuando se adquiere una enfermedad se limitan las funciones de la vida diaria pero cuando dicha enfermedad es crónica el proceso de adaptación es complicado debido a que las personas deberán de replantear su proyecto de vida (Ayala Aguilar 2005. P.19).

¿Usted que recomendaría a las personas que no tienen diabetes para prevenirla?



Gráfica 49. Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Usted acude o ha acudido a un grupo o taller donde se hable el tema de la diabetes?

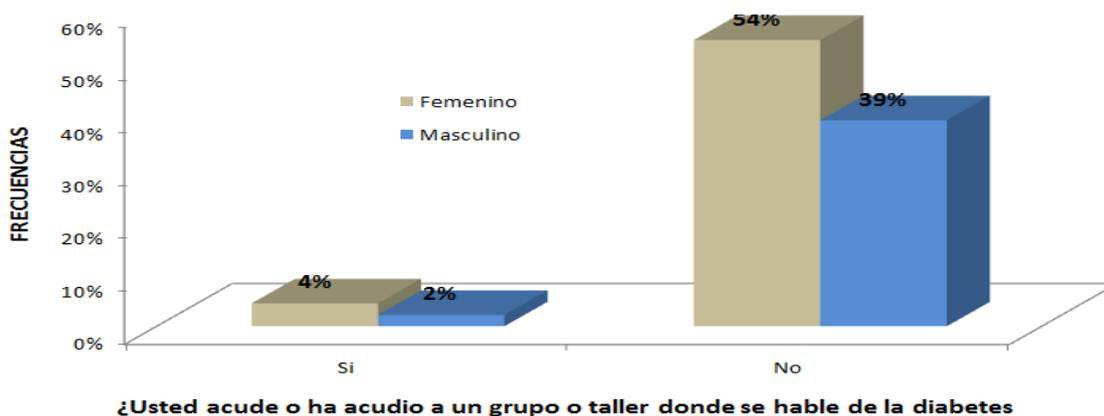
La tabla No. 50 indica que las mujeres en un 54% no se habían integrado a algún grupo educativo, y los hombres en un 39% no se habían integrado a un grupo educativo de diabetes.

Tabla de resultados 50.

¿Usted acude o ha acudido a un grupo o taller donde se hable el tema de la diabetes?				
Género		Si	No	Total
Femenino	Recuento	2	25	27
	% del total	4%	54%	59%
Masculino	Recuento	1	18	19
	% del total	2%	39%	41%
Total	Recuento	3	43	46
	% del total	7%	93%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

GÉNERO Y ¿USTED ACUDE O HA ACUDIDO A UN GRUPO O TALLER DONDE SE HABLE DE LA DIABETES?



Gráfica. 50. Género y ¿usted acude o ha acudido a un grupo o taller donde se hable de la diabetes?
Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

¿Le gustaría acudir a un grupo donde se trate el tema de la diabetes?

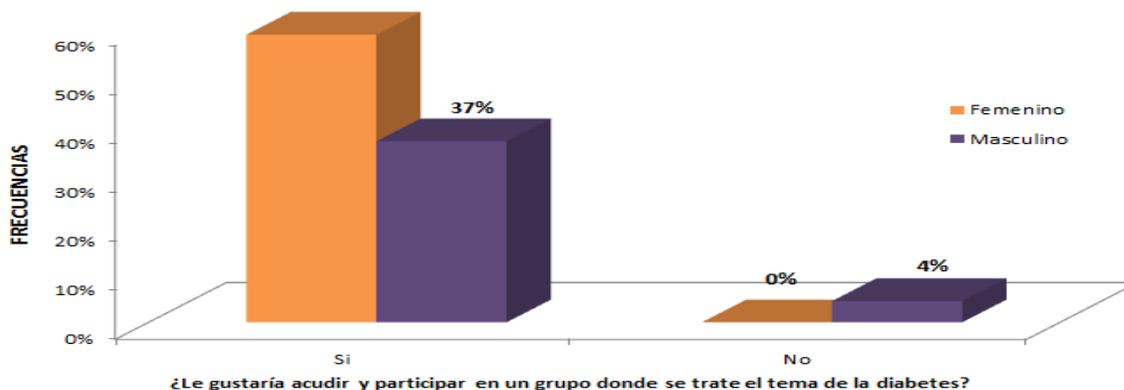
En la tabla No. 51 se muestra que mujeres y hombres están interesados en un 96% para integrarse a un grupo educativo de diabetes.

Tabla de resultados 51.

¿Le gustaría acudir y participar en un grupo donde se trate el tema de la diabetes?				
Género		Si	No	Total
Femenino	Recuento	27	0	27
	% del total	59%	0%	59%
Masculino	Recuento	17	2	19
	% del total	37%	4%	41%
Total	Recuento	44	2	46
	% del total	96%	4%	100%

Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

GÉNERO Y ¿LE GUSTARÍA ACUDIR Y PARTICIPAR EN UN GRUPO DONDE SE TRATE EL TEMA DE LA DIABETES?



Gráfica. 51. Género y ¿le gustaría acudir y participar en un grupo donde se hable de la diabetes?
Fuente: Elaboración propia basada en la población encuestada del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla en el Estado de México.

CONCLUSIONES

¿Cuáles son los aspectos más relevantes que esta investigación pretende aportar sobre la percepción de la calidad de vida en los pacientes con diabetes?

Se pudo corroborar que las dimensiones física, psicológica y social de los miembros de las familias del paciente con diabetes; se ven seriamente impactadas por las enfermedades crónicas degenerativas. Como se plantea en este estudio la DM2 es una enfermedad que se sitúa dentro de los principales padecimientos que provocan serios problemas de salud en la población mexicana.

Los resultados obtenidos en la dimensión física fueron: alta mortalidad a partir del diagnóstico de diabetes mellitus. Así mismo, la aceptación o negación de la enfermedad interfirieron en el involucramiento al proceso de auto cuidado; con la finalidad de retardar las complicaciones que dicha enfermedad presenta. Algunos autores refieren que la diabetes mellitus en sus inicios no es aceptada debido a que es una enfermedad silenciosa donde los daños que se generan no se aprecian por el paciente debido a que no presenta dolor, y esto hace que las personas no la consideren peligrosa. Cuando las personas están ante un evento de dolor es cuando toman en cuenta las medidas de atención médica. Generalmente los pacientes acuden a unidades médicas no al inicio del padecimiento sino cuando ya se han presentado una serie de daños y complicaciones ocasionados por la diabetes como son; disminución visual, problemas circulatorios, interferencia en su vida sexual, amputaciones o pérdida de piezas dentales, entre otras.

Durante las entrevistas las personas refirieron que se encontraban bien en lo concerniente al aspecto físico-biológico sin embargo cuando se preguntó si habían presentado algún otro problema de salud contestaron que tenían dificultad para moverse “aunque no lo quieran reconocer” y optaron por justificar sus afectaciones relacionándolas con la edad que representaban, y no asumiéndolas como efectos de la propia diabetes mellitus.

Se encontró la media en una edad de 60 a 70 años, las personas asumieron que el presentar sensación de debilidad era porque son “viejas” además que habían pasado por etapas en la vida de trabajo duro; como son actividades relacionadas con el campo, la albañilería, el trabajo doméstico y la crianza de muchos hijos que tuvieron y que todos estos factores habían contribuido a la actual limitación en su movilidad; tanto para caminar como para subir y bajar escaleras. Además que presentaban visión borrosa, pero no admitían la asociación de estas afectaciones como consecuencia de una diabetes mal cuidada. Las personas con diabetes refirieron que debían cuidarse pero no era posible ya que sus recursos económicos les impedían cumplir con las indicaciones médicas como lo sería el cambio de alimentación, debido a que tenían una prohibición total con lo que comúnmente se alimentaban. Ellos no contaban con dinero para cambiar sus alimentos, además que no era posible hacer dos comidas diferentes una especial para ellos y la que cotidianamente se hace para el resto de la familia.

Resulta necesario apoyar con una estrategia de educación integral a las personas con diabetes a fin de reaprender con sus propios recursos, por ejemplo, otra forma de preparar alimentos saludables incluso con los mismos insumos que tienen en la comunidad.

La dimensión psicológica fue difícil de ser percibida debido a que las personas con diabetes “en las comunidades rurales” no consideran importante su estado anímico, debido a que la mayoría de los participantes estaban ubicados dentro de una dinámica de vida ocupada, realizando actividades diversas. Ahora que eran personas adultas mayores apoyaban a sus hijos con el cuidado de los nietos, aunque durante las entrevistas ellos refirieron que ya no tenían obligaciones, cuando en realidad esto no era totalmente cierto debido a que la contribución que realizaban se debía a que deseaban seguir participando con las actividades del hogar para no sentirse totalmente dependientes. Estas fueron algunas de las razones por las que no manifestaban sus sentimientos ni emociones. Además refirieron que sus hijos estaban muy ocupados con el trabajo “no los quieren molestar con sus achaques de viejos y viejas”, “me siento ocasionalmente triste;

no tenemos con quien hablar” sin embargo no consideraban que fuera necesario decirlo, creían que era una situación pasajera, también admiten tener miedo porque algunos conocidos que tenían diabetes habían sufrido amputaciones o que incluso algunas personas habían “perdido la vista por usar insulina” y que cuando acudían al médico “se sienten angustiados” ante la posibilidad de que les indique el uso de insulina, debido a que lo asocian con una fase avanzada de la diabetes.

La mayoría de las personas entrevistadas se encontraban viviendo en su casa que ahora ya pertenece a alguno de sus hijos pero aun así, se sentían solos.

La dimensión social es la percepción del individuo sobre las relaciones interpersonales, así como las formas en que se desempeñan los roles sociales en la vida, por otra parte es la necesidad de recibir apoyo familiar y social cuando se enfrenta a un proceso de crisis por un problema de salud, ya sea momentáneo o de manera definitiva. Las personas necesitan que la familia sea solidaria con sus integrantes para tener un mejor afrontamiento del evento en el cual se encuentran. Cuando se preguntó a las personas con DMT2 si consideraban que su familia los apoyaban; más del 80 % refirieron tener el apoyo de sus familiares; sin embargo en ocasiones no tenían quien los acompañara al médico. Se encontraban solos debido a las rutinas de trabajo que tienen sus familiares por ser personas más jóvenes. También se preguntó si les afectaba que sus familiares, amigos y vecinos los identificaran con diabetes (por el hecho de sentirse relegados o señalados) y en algunos casos refirieron que al inicio de la enfermedad no querían decir que tenían diabetes pero consideraban que poco a poco lo han aceptado y ahora no les importa que los identifiquen con la enfermedad. Además que así es mejor porque saben que ahora tendrían consideraciones hacia ellos por su enfermedad.

La percepción sobre su familia es que han sido relegados un poco en cuanto a responsabilidades, consideran “que no les dejan tareas importantes”, quizá porque no se encuentran estables en su salud. Así mismo, ya no tienen tanta responsabilidad debido a que la mayoría son adultos mayores desempeñando el rol de abuelo/abuela y en un porcentaje menor aún tiene hijos (as) menores.

En cuanto a las respuestas emitidas sobre la calidad de vida en la esfera social; por tratarse de una comunidad con características semirurales “en una transición a lo urbano” se observa la solidaridad entre las personas. Aún se reúnen durante las festividades religiosas que imperan en el pueblo, y estos son espacios, que les permiten socializar su enfermedad y apoyarse entre sí. Durante estos eventos se sienten acompañados y fortalecidos, sin embargo, manifestaron su interés por conformar un grupo de autoayuda que les permita conocer información amplia y sencilla sobre su padecimiento. Su médico les da explicaciones sobre la enfermedad pero es muy breve y tienen muchas dudas. Les prohíben consumir una cantidad importante de alimentos “no saben que comer”. Consideran que “comen saludable” pero cuando acuden a consulta con el médico los regaña diciéndoles que tengan fuerza de voluntad para cambiar y, les gustaría que alguien los apoyara en conocer su enfermedad.

Cuando se preguntó: “Usted qué les diría a las personas que tienen diabetes y aún no lo aceptan” ellos refirieron que lo principal es seguir las indicaciones del médico; pero que esto no siempre es sencillo debido a que el gran reto es cambiar la forma de alimentarse y casi nunca se tiene suficiente dinero para hacer dietas saludables. Otro aspecto a considerar es que se trata de una enfermedad que no tiene curación sólo control y que “no debes de confiarte de esta enfermedad debido a que no presentó dolor” y te confías pero te produce muchos daños en todo el cuerpo.

En cierta información obtenida sobre la percepción de la calidad de vida de las personas que tienen diabetes en las diferentes esferas física, psicológica y social; refirieron que se encontraban bien sin embargo, el aspecto físico de las personas entrevistadas no coincide con su discurso. Se encontró en algunos entrevistados(as) abandono de sus familiares. Viven en una habitación y sus familiares que se han independizado los visitan muy poco, en otros casos las personas con diabetes dicen haber cambiado sus hábitos alimenticios; sin embargo siguen comiendo alimentos no permitidos de manera oculta a sus familiares. La cual había sido recomendada por el médico tratante como son;

(refrescos, panecillos y dulces) en el caso de la toma de medicamento no lo realizan con estricto apego en horarios establecidos, algunos utilizan el medicamento como un proceso emergente sólo si tienen algún malestar.

SUGERENCIAS

En todos los niveles de atención, la mayoría de los pacientes con diabetes son tratados bajo paradigmas de la medicalización de la atención, lo que hace que sean poco participativos y esperen que el medicamento por sí mismo les devuelva la salud, sin ser conscientes de su responsabilidad en el control y manejo de su enfermedad. Este enfoque también ha propiciado que el abordaje de las patologías predominantes en el actual panorama epidemiológico no haya tenido el impacto esperado y la tendencia sea más hacia el aumento que hacia la disminución de la incidencia y prevalencia de este trastorno. Asimismo, ha condicionado de muchas maneras que los planes y programas de formación de recursos humanos para la salud privilegien la formación en la atención curativa y fomenten la relación 'vertical' con el paciente, sin que este último cultive la corresponsabilidad con el equipo de salud en el manejo de la enfermedad.

Buscar el empoderamiento del paciente y su familia.

La educación es, por antonomasia, la actividad deliberada que pretende influir favorablemente en los demás; sin embargo, existen las más diversas concepciones y prácticas educativas. Se pretende generar una educación para la participación activa y consiente donde el paciente informando e involucrado en el proceso de atención adopta con mayor facilidad hábitos de vida saludables, está mejor dispuesto a controlar los riesgos y observa una adherencia permanente al tratamiento, lo cual redundará en una mayor calidad de vida, una menor disposición a desarrollar enfermedades y una mejor evolución en caso de enfermedad. Por estas razones el modelo de atención contempla por una parte la diseminación de información pertinente, suficiente, oportuna y confiable, y por otra, la estrategia de construcción e incorporación efectiva del conocimiento para la adaptación de una filosofía de vida saludable. (Viniedra- Velazquez. 2005)

En México se ha reflexionado sobre diversas estrategias para educar a los pacientes con diabetes, "Los procesos educativos son fundamentales para

efectuar intervenciones preventivas en el ámbito personal, familiar y comunitario. La educación sobre la DMT2 es importante porque permite no sólo al médico sino a todo el equipo de salud, motivar, informar y fortalecer a los propios pacientes con diabetes y a sus familiares; hacer más efectivas, eficaces y eficientes las acciones tendientes a controlar, prevenir o retardar las complicaciones de La DMT2". (Diez requisitos para iniciar una intervención educativa en DMT2 Irigoyen Coria, Ayala Cortez. 2010. p. 407).

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento; la educación es una de las armas más poderosas que tiene la sociedad en contra de las enfermedades crónicas. Debe involucrar a todos los participantes en el modelo de atención del enfermo crónico. Los programas han concentrado su atención en sólo dos de ellos: los profesionales de la salud y los pacientes. Existe evidencia suficiente para proponer e implementar acciones educativas costo- eficaces. El fin último es que cada integrante asuma su responsabilidad cumpla a diario con acciones que mantengan la salud propia y de quienes lo rodean. (García y Rolando Suárez. 2007. p.1)

La estrategia de una educación participativa basado en la reflexión- acción de los involucrados son inversiones educativas eficaces para obtener un trabajo colaborativo entre los profesionales, los pacientes y sus familias generando un trabajo interdisciplinario. Los profesionistas de la salud deben desarrollar habilidades de comunicación y la capacidad de generar la introspección en sus pacientes. Sin embargo, esto no es factible si no se emplea un modelo conceptual que genere interacciones positivas en el proceso de atención. La educación basada en la distribución debe ser sustituida por la generación de valores y el empoderamiento de los sujetos. (Cabrera, González, Vega y Arias. 2004 p. 2)

Implementación de un taller educativo sobre diabetes

El taller dirigido a personas que tienen diabetes surge de la necesidad de proporcionar información correcta y adecuada sobre la enfermedad y sus diversas complicaciones, fomentar en la población del pueblo de San Lucas Huitzilhuacan Chiautla, hábitos saludables para contribuir con la calidad de vida de las personas que tienen esta enfermedad y a su vez genere un impacto educativo al interior de sus familias; por lo que tomando como base lo que dice Rogers. (Lawrence, 1993, cit. en Pérez G. 2008 pág. 40) “los usuarios tienen la capacidad de auto-dirigirse y de abordar constructivamente sus problemas, ubicar la atención en los problemas prácticos de cómo pueden las personas cambiar su propio comportamiento para afrontar de una manera más efectiva las situaciones de la enfermedad en su vida diaria”.

Por lo tanto se considera que la modalidad de un taller grupal proporcionará a las personas con diabetes ayudarse entre sí, el compartir el mismo problema como un miembro más del grupo, es un proceso de contención; la sensación de tener síntomas en común con otras personas en el grupo puede reducir sentimientos de aislamiento y desesperación.

Por lo tanto se considera que la modalidad de un taller también proporcionaría oportunidades de aprendizaje y un foro para la modificación de actitudes y comportamientos.

Es importante mencionar que se pretende involucrar a profesionistas de la comunidad para que se sumen a este proyecto educativo en beneficio de nuestros amigos, vecinos y familiares.

El fomentar la calidad de vida no sólo depende de los servicios de salud a los que la población acude sino como ya fue abordado en este trabajo de investigación el ser humano esta interrelacionado en diferentes esferas y cada una deberá de estar cubierta en sus necesidades mínimas. Dichas esferas contribuirán a la conservación de un equilibrio dentro de las estructuras funcionales de toda la dinámica social.

PROPUESTA EJECUTIVA DEL TALLER PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN PERSONAS QUE PADECEN DIABETES MELLITUS TIPO 2

El presente taller tiene dos objetivos principales en primer lugar ayudar a lograr cambios permanentes en el estilo de vida y en segundo término adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2. Este taller manejará un lenguaje sencillo sin tecnicismos que pueda influir en la adquisición de los conocimientos de dicho tema, fomentando la participación continua de los asistentes. Asimismo, propiciará la integración entre las personas con la finalidad de retomar lazos de fraternidad y apoyo solidario a partir de compartir sus experiencias cotidianas (SS Programa de Acción DM 2006. p 7).

La estrategia educativa para -el logro del objetivo de esta investigación- es una enseñanza centrada en la persona y no tanto en el expositor. En las sesiones la atención deberá enfocarse en los intereses, dificultades y expectativas de las personas. Deberá estar orientada a resolver sus dudas, se pretende que las personas sean los principales responsables del control de su propia enfermedad (Contreras 2004, citado en SS Programa de Acción DM 2006. p 11).

Aprendizaje activo “aprender haciendo”, las personas no serán sometidas a largas sesiones; se abordarán conceptos básicos y se fomentará una amplia participación motivando su intervención.

Es importante estimular su creatividad. Cada uno de las personas tiene que ser capaz de expresar con sus propias palabras los conceptos más importantes de su vida.

Las técnicas para su autocuidado (monitoreo de la glucosa en sangre, presión arterial, peso deseable, conocimiento de los grupos de alimentos, etc.) serán abordados de manera práctica. Se pretende que las personas logren una mejor comprensión y adquieran las habilidades para que de una manera cotidiana

conozcan si la enfermedad está bajo control. ¿Qué deben hacer en su vida y como seguir las recomendaciones del médico?

El taller estará constituido por cinco módulos; cada sesión tendrá una duración de 45 minutos de exposición, un día a la semana.

La primera sesión tiene la finalidad de presentar el taller así como los temas que los conforman. El lugar donde se impartirá ("CASA DEL ADULTO MAYOR" los días miércoles de cada semana), los horarios de la sesiones (17:00 a 18:00 hrs), así como los materiales que se utilizarán para dichas exposiciones.

Se pretende trabajar en pequeños grupos con la finalidad de permitir la discusión de manera personal para ir aprendiendo a controlar la enfermedad.

El control de la diabetes requiere de la toma de decisiones en forma adecuada, las personas no van a calcular su alimentación en Kcal, serán guiadas en porciones de acuerdo a los alimentos disponibles para ellos. Al término de su participación en el taller la persona debe ser capaz de encontrar sus propias soluciones a partir de principios generales utilizando "el plato del buen comer" para preparar sus comidas o cuando comen fuera de su domicilio (Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes 2003. P7).

Para que una persona logre un verdadero aprendizaje, este tiene que ser de tipo significativo, esto es que el conocimiento se vincule con sus propias experiencias, vivencias e intereses. El aprendizaje significativo se apoya en la solución de problemas, por ejemplo, qué alimentos sí puedo comer y como prepararlos (Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes 2003. P7).

1er. Módulo temas y dinámica de presentación de grupo

Conocimientos básicos de la enfermedad

- ¿Qué es la diabetes?
- ¿Cómo evoluciona?
- ¿Cuáles son sus manifestaciones?
- ¿Cuáles son sus complicaciones?
- Cierre de sesión con preguntas y respuestas.
- Aplicación de dinámica grupal “Hola-Hola”

2do. Módulo

Componentes del tratamiento

- Plan de alimentación.
- Actividad Física.
- Medicamentos.
- Interacción de los componentes del tratamiento.
- Cierre con preguntas y respuestas.
- Aplicación de dinámica grupal “Emparejar las tarjetas”

3er. Módulo

Metas del tratamiento

- Niveles de glucosa.
- Presión Arterial.
- Peso corporal.
- Cierre con preguntas y respuestas.
- Aplicación de dinámica grupal “Me voy de viaje”

4to. Módulo

Desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades

- Elaboraciones de platillos sencillos y económicos con ingredientes que tengan a su alcance.
- Integrar un recetario con las propuestas de platillos elaborados.
- Información sobre la actividad física.
- Automonitoreo y autocontrol (metas del tratamiento).
- Utilización adecuada de medicamentos.
- Prevención de complicaciones.
- Identificación de riesgos.
- Cierre con preguntas y respuestas.
- Aplicación de dinámica grupal “Gráfico de cumpleaños”

5to. Módulo

Intercambio de experiencias y discusión de casos

- Se recomendará que cada uno de los participantes presente su propio caso (¿cuando se manifestó la enfermedad?, ¿Cómo ha sido manejada?, ¿Cuáles han sido las dificultades encontradas? etc.).
- Cierre sesión de preguntas y respuestas sobre los temas antes vistos y las expectativas de los participantes al taller.
- Aplicación de dinámica grupal “Pasar el paquete”

Evaluación del taller, revisión de contenidos.

BIBLIOGRAFÍA

Alianza internacional, apoyando a la acción comunitaria contra el SIDA en los países en desarrollo “100 formas de animar grupos”. Reino Unido. Junio 2002.

Alpizar M. (2001). Guía para el Manejo integral del paciente diabético. México. Manual Moderno.

Árcega, Domínguez. Arturo. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. México. 2005.

Ayala Aguilar Ruth. Pantoja Jasso Claudia Isela. Taller de intervención profesional Atención individualizada con pacientes diabéticos. México 2005.

Bando Municipal de Chiautla, Estado de México, proveniente de la Ley Orgánica del Gobierno del Estado de México, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2013.

Bárbara, Kosier. Fundamentos de Enfermería 5ta Edición. México 1999.

Bergner M. Quality of life, health status and clinical research. Med Care 1989;27 suppl 3:S148-S156.

Cabrera- Pivaral Carlos Enrique, González -Pérez Guillermo, Vega – López María Guadalupe, Arias – Merino Elva Dolores. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. Cuadernos de Salud Pública Rio de Janeiro. 2004.

Cardenal Hernández, Violeta. El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. Ediciones Aljibe. 1999.

Cazares, Quezada José. Plan de Desarrollo Municipal de 2005- 2009 Estado de México. Municipio de Chiautla. 2005.

Córdova V., José A. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México.

Cuadernos de Salud, Hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular Secretaría de Salud, México, D.F.1994.

De la Cruz Rojas Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México “Sistema Nacional de Información Municipal- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal” INAFED 2010.

Delgado. Elías. Estimaciones internacionales de prevalencia en diabetes. Economía de la Salud. Hospital General Universitario de Asturias. Oviedo.

Díaz Reyes Rosantina. Prevención y manejo nutricional del diabético. México 2008. Diabetes temas relevantes y trabajos de investigación.

Díaz, Martínez, C. Las expectativas de un grupo de escolares, en educación y sociedad 1. 1985. Akal, Madrid.

Eamon Oshea. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes (en línea). Grupo de expertos en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes, Galway: Universidad Nacional de Irlanda, 2003. Traducción: Mercedes Villegas Beguristain, enero 2003.

Escobedo-de la Peña J. Frecuencia de la diabetes mellitus. Morbilidad y Mortalidad En: Clínicas Médicas Mexicanas., D.F. Mc Graw-Hill-Interamericana, 1993.

Espinoza, Manuel de, Juan Luis Francisco García Rodríguez. Nuestra personalidad. Biblioteca Nueva. 2004.

Fayers y Machin Calidad de Vida 2000, citado en salud, demografía y sociedad en la población anciana. Rosa Gómez Redondo. Edit. Alianza. Madrid 2010.

Fernández- López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María y Alarcos Ciega. Los Conceptos de calidad de vida y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento. Rev. Esp. Salud Pública Vol.84. España 2010.

Fernández- Mayoral, Gloria y Rojo, Fermina. Calidad de Vida y Salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Universitat de les Illes, Balears 2005, Núm 5.

Fernández, Fernández Isabel. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Atención a la Diabetes Mellitus en Atención Primaria. Centro de Salud Axaquí Oeste. Málaga. España. 2007.

Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Pública México. 2007. Pág. 647.

García Castrol y García González. Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el centro de atención al diabético. Scielo. Rev. Cubana Endocrinol V.16 N.2. Ciudad de la Habana 2005. Pág. 17.

García R, Suárez R, La educación en diabetes en Cuba. Vivir con diabetes. Revista Boliviana para personas con diabetes. 2005.

García Rosario, Suárez Rolando, La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de la salud. Revista Cubana Endocrinol. 2007.

Goday. Alberto. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias.- Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario del Mar. Barcelona.- www.revespcardiol.org/site. Alberti. KGMM. Problemas relacionados con la definición y epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2. Estudios del mundo. Diabetología 1993.

González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana En: Acosta JR (ed.) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997;

González, Benítez .Idarmis. “Reflexiones acerca de la salud familiar” Revista Cubana de medicina general integral. Pág. 16. Cuba.2000.

Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. Secretaría de Salud. México 2003.

Hernández, Ávila. Mauricio, Gutiérrez Juan Pablo, Reynoso Naveron Nancy. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública México. 2013. Vol. 55 (sup 2).

INEGI 2010

Instituto Nacional de Salud del Estado de México. Subdirección de Epidemiología. 2010.

Irigoyen Coria Arnulfo, Ayala Cortez Amanda “Diez requisitos para iniciar una intervención educativa en DMT2” O Mundo da Saúde, Sao Paulo: 2010. Vol. 34.p.407-408.

Juárez Montoya, Carmen Lizzete. Estudio comparativo de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes obesos. México 2014. Pp. 52, 53.

Kálsh, R. (1993). La Vejez: Perspectiva sobre el Desarrollo Humano. España: Pirámide. Citado en: L. de Lameda, Belkis; López de Tkachenko, Gloria; (2008). ANÁLISIS DE LOS CONSTRUCTOS TEÓRICOS: VIDA COTIDIANA, FAMILIA, AUTOPERCEPCIÓN Y MOTIVACIÓN (Primera Entrega). *Laurus*, Enero-Abril, 243-261. Gloria López de Tkachenko Belkis L. de Lameda

Katz S. The science of quality of life. J Chronic Dis 1987;40:459-463.

L. de Lameda, B; López de Tkachenko, G; (2008). ANÁLISIS DE LOS CONSTRUCTOS TEÓRICOS: VIDA COTIDIANA, FAMILIA, AUTOPERCEPCIÓN Y MOTIVACIÓN (Primera Entrega). *Laurus*, 14() 243-261. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111491012>

Lamarche PA. Los sistemas de salud ante la globalización, retos y oportunidades para América del Norte, En: Freeman L, Gómez-Dantés H, Frenk J, editores.

Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Revista de Investigación Clínica* 1995;47:315-327.

López Carmona “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”. México. 2006.

López de Tkachenko, Gloria; L. de Lameda, Belkis ANÁLISIS DE LOS CONSTRUCTOS TEÓRICOS: VIDA COTIDIANA, FAMILIA, AUTOPERCEPCIÓN Y MOTIVACIÓN (Primera Entrega) *Laurus*, Revista de educación, año 14, numero 26. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. 2008.

López-Antuñano. *Salvador Salud pública Méx* vol.40 n.3 Cuernavaca May/June 1998. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341998000300010>

Lugones, Botell Miguel. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. (online). En: *Revista Cubana Med Gen Integr*.18 N.4 Ciudad de la Habana jul-agos 2002.

M.C.E. Frías, Reyna Barbarita. Beneficios y barreras percibidas para ejercicios en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Universidad Autónoma de Matamoros, Tamaulipas. Pág. 35. México 2008.

Mayer y Salovey .La inteligencia emocional y la educación de la emociones desde el modelo Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Málaga .1997.

Micheal D. Rush. Sonia Winslett y Kimberly Dawn Wisdom. *Diabetes Mellitus Sección 15 Urgencias Endocrinas*. 2000.

Mora-Morales Eric. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta Médica Costarricense*. Vol. 56. N. 2 Abril- Junio 2014.

Moreno Altamirano Laura. Medicina Actual. Epidemiología y diabetes. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. Febrero 2001.

Moreno. Altamirano, Laura. Epidemiología y Diabetes. Medicina Actual. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 44. No. 1. Enero-Febrero 2001.

Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ 1998;316(7130):542-545.

Núñez, J. C. (1998). Intervención sobre los Déficit Afectivos y Motivacionales de los Alumnos con dificultades de Aprendizajes. Madrid: Síntesis.

OPS-OMS. La epidemia de todos; enfermedades crónicas en las Américas (en línea) En: Revista electrónica de la organización panamericana de la salud. (Consultado en junio 21 2012). Disponible en internet: http://www.ops-oms.org/spanish/dd/pin/ePers001_box01.htm.

Organización Mundial de la Salud. Diabetes en: Nota descriptiva no. 312. Noviembre de 2009. Disponible en internet; <http://www.who.int/meidcacentre/factsheets/f312/es/>.

Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. 2005.

Palacios Anselmo, Durán Maritza, Obregón Oswaldo. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Revista Venezolana de Endocrinología y metabolismo. Octubre 2012.

Parra-Cabrera S, Hernández B, Durán-Arenas L. López Arellano O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. J Public Health México. 1999. Pág. 642.

Patrick, D. and Erickson, La política de salud, calidad de vida, cuidado de la salud y la asignación de recursos. Nueva York, Oxford. Año 1993.

Programa de acción. Diabetes mellitus. Secretaría de Salud. México 2006.

Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. Rev. Psicología y Salud: 18 (1), 378-44.

Retos de los Sistemas de Salud en América del Norte. México D.F. Academia Nacional de Medicina de México/Instituto de Medicina EUA; 1995. Pág. 644.

Schnitman, D. et al. (1975) Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Schwartzmann, Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. Vol. 9 núm. 2. Concepción. Diciembre 2003. Revista Médica de Uruguay.

Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA"

Secretaría de Salud. Resultados Nacionales. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 -ENSANUT2012- México.

Shen W, Kotsanos JG, Huster W, Mathias S, Andrejasich CM, Patrick DL. Development and validation of the Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire. Med Care 1999;37 suppl 4:AS45-AS66. Citado en: López-Carmona, Juan Manuel, & Rodríguez-Moctezuma, Raymundo. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48(3), 200-211. Recuperado en 29 de abril de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300004&lng=es&tlng=es.

Sociedad Andaluza de Endocrinología, diabetes y Nutrición. Manual Práctico de Diabetes Hospitalaria. 2007.

Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998;21 suppl 3:C44-C52.

Testa MA, Simonson DC. Current concepts: assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-840.

Torres Rodríguez, María Concepción. Los familiares de los pacientes con diabetes. Deben de vivir una cultura de la prevención. Revista Diabetes Hoy. Vol. 13, número 2 marzo-abril México. 2003.

Urzúa Alfonso. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte Antofagasta Chile. 2009. Rev. Med. Chile.

Vega Angarita, OM., González Escobar, DS. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. Colombia. 2009. Disponible en: www.um.es/eglobal

Velarde Jurado, Elizabeth y Ávila Figueroa, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. En: Salud Publica México. Jul-agos 2002, vol.44 no. 4,

Viniedra- Velázquez Leonardo. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. IMSS. 2005.

World Health Organization 2016. Informe Mundial sobre la Diabetes.(Resumen de Orientación). WHO/NMH/NVI/16.3. Aviable: www.who.int/diabetes/global-report.

Zimmet. P. Epidemiología de la diabetes como una herramienta desencadenante en la investigación y cuidado de la diabetes. 1999, España. Edit. Elsevier.

ANEXOS



ANEXO 1



FICHA TÉCNICA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO ____

Edad ____

Sexo Masculino () Femenino ()

Estado Civil Solter@ () Casad@ () Unión Libre () Divorciad@ ()

Viud@ () Otro ()

Ocupación _____

Escolaridad Ninguna () Primaria I () C () Secundaria I () C ()

Bachillerato I () C () Carrera Técnica I () C ()

Licenciatura I () C () Posgrados I () C () Otros ()

El instrumento Diabetes 39, en su versión en idioma español hablado en España, fue proporcionado por Boyer JG, Earp JAL. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes. Med Care 1997, 35.440-453.

Un panel de investigadores realizó la adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39, en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2

“López Carmona Juan Manuel – Maestro en Investigación Clínica y Rodríguez Moctezuma Raymundo Maestro en Investigación Clínica (Instituto Mexicano del Seguro Social Estado de México) enero de 2006.

La versión en español del instrumento Diabetes 39, adaptada tiene validez y consistencia adecuada para medir la calidad en los pacientes mexicanos con DM-2.

El cuestionario Diabetes 39 se diseñó para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo I y II. Este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social, entre otros, participaron expertos de diversas disciplinas.

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de las personas puede ser afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia, el trabajo.

El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes. Se le agradecerá escuche cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste la opción que refleje mejor el grado de afectación en su vida -respecto a cada una de las preguntas señaladas- tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema, si tiene alguna duda, con gusto se le proporcionará apoyo.

Se le solicita responder todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada su calidad de vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

3. Limitación en su nivel de energía

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

6. Estar preocupado(a) por su futuro

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

7. Presenta otros problemas de salud aparte de la diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

8. Tensiones o presiones en su vida

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

9. Sensación de debilidad

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

12. Visión borrosa o pérdida de la visión

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

13. No poder hacer lo que quisiera

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

14. Tener diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

15. El descontrol de su azúcar en sangre

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

16. Padecer otras enfermedades aparte de la diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

18.El tiempo requerido para controlar su diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

19.Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

20.La vergüenza producida por tener diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

21.La interferencia de su diabetes en su vida sexual

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

22.Sentirse triste o deprimido

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

23.Problemas con respecto a su capacidad sexual

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

24.Tener bien controlada su diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

25.Complicaciones debidas a su diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

26.Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

28. La necesidad de comer a intervalos regulares

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

30. Menor interés en su vida sexual

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

Calificación Global

1. Por favor, indique con una cruz(x) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Mínima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Máxima calidad

2. Por favor, indique con una cruz(x) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Mínima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Máxima calidad

ELEMENTOS PARA IDENTIFICAR EL APGAR SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DMT II.

Las siguientes preguntas tiene la finalidad de identificar las relaciones familiares a las cuales se enfrentan las personas que viven con DMTII.

¿Qué piensa usted de su diabetes?

¿Considera que su familia la apoya?

Nunca / No	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
------------	------------	---------------	--------------	---------

¿Su familia le deja responsabilidades a su cargo?

Nunca / No	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
------------	------------	---------------	--------------	---------

¿Qué roles desempeña dentro de su grupo familiar?

Abuel@	Padre/Madre	Hij@	Herman@	Otro
--------	-------------	------	---------	------

¿Existen personas que dependan de usted?

Si

No

¿Quiénes?

Abuel@	Padre/Madre	Hij@	Herman@	Otro
--------	-------------	------	---------	------

¿Cuánto tiempo tiene usted con la diabetes?

1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	21 a 25 años	Más de 26 años
------------	-------------	--------------	--------------	--------------	----------------

¿Cómo se controla usted su diabetes?

Nada	Medicamento y dieta	Solo Medicamento	Solo Dieta	Hierbas	Insulina
------	---------------------	------------------	------------	---------	----------

¿Con que frecuencia acude usted al médico?

No Acudo	1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 a 9 meses	10 a 12 meses
----------	-------------	-------------	-------------	---------------

¿Usted qué les diría a las personas que tienen diabetes?

Nada	Que hagan lo que su médico les indica.	Resulta difícil controlarse.	Es una enfermedad con la que se debe de vivir ya que no tiene	Es una enfermedad de la que nadie está
------	--	------------------------------	---	--

			cura.	exento
--	--	--	-------	--------

¿Usted que recomendaría a las personas que no tienen diabetes para prevenirla?

Nada	Alimentación sana	Revisión periódica de su salud	Cuidar la talla y el peso	Hacer ejercicio
------	-------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------

¿Usted acude o ha acudido a un grupo o taller donde se hable el tema de la diabetes?

Si

No

¿Le gustaría acudir y participar a un grupo donde se trate el tema de la diabetes?

Si

No

Gracias por su participación.

ANEXO 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto se le invita a participar en el proyecto de investigación: **“Autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad de San Lucas Chiautla Estado de México”**. El objetivo de este estudio es describir la autopercepción de calidad de vida en personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2.

Su participación consistirá en responder a una entrevista estructurada. Si usted acepta, su participación sería estrictamente voluntaria, no tendría ninguna remuneración económica. Así mismo le garantizo que esta información será utilizada únicamente con fines académicos y que se respetará la confidencialidad de la información obtenida.

La investigadora **Amanda Ayala Cortez**, con su autorización desarrollará la entrevista en su domicilio, a fin de garantizar un ambiente adecuado, tranquilo, en donde se pueda salvaguardar su privacidad. Se tendrá en cuenta su disponibilidad de tiempo para la realización de la entrevista.

Este estudio es parte de un proyecto universitario, de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, del programa de Maestría en Trabajo Social.

*Después de conocer el propósito de la investigación y que el estudio no representa riesgos de ninguna naturaleza para mi vida, manifiesto estar de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio **“Autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2, por lo tanto acepto participar libremente en la entrevista.***

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Firma Investigadora:

Fecha:

Amanda Ayala Cortez.

ANEXO 3



Estado de México a 22 de marzo de 2014.

Asunto: Solicitud de información.

Lic. Juan Carlos Guzmán Serafín
Oficial del Registro Civil de Chiautla
Estado de México
P R E S E N T E:

Por este conducto hago de su conocimiento que se realiza una investigación como parte de un proyecto universitario de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, del programa de Maestría en Trabajo Social; denominado “**Autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2**” en el pueblo de San Lucas el cual pertenece al municipio de Chiautla, motivo por el cual solicito su valioso apoyo para que nos permita conocer datos concernientes a las principales causas de fallecimiento de la población que conforma el municipio y, en específico del pueblo de San Lucas, dicha información es de suma importancia porque nos permitirá identificar la mortalidad de nuestra comunidad.

Así mismo se garantiza que la información será utilizada únicamente con fines académicos.

Sin más por el momento agradezco de antemano su valioso apoyo.

A T E N T A M E N T E

Lic. T.S. Amanda Ayala Cortez
Estudiante de Maestría en Trabajo Social

ANEXO 4



Estado de México a 06 de abril de 2016.

Asunto: Solicitud de información.

C. María Teresa Montaña Ramos
1ra Delegada de la Comunidad de
San Lucas Huitzilhuacan, Chiautla
Estado de México

P R E S E N T E:

Por este conducto hago de su conocimiento que se realiza una investigación como parte de un proyecto universitario de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, del programa de Maestría en Trabajo Social; denominado “**Autopercepción de la calidad de vida de las personas que se reconocen con diabetes mellitus tipo 2**” en el pueblo de San Lucas el cual pertenece al municipio de Chiautla, motivo por el cual solicito su valioso apoyo para que nos permita conocer datos concernientes a las principales causas de fallecimiento de la población de San Lucas, dicha información es de suma importancia porque nos permitirá identificar la mortalidad de nuestra comunidad.

Así mismo se garantiza que la información será utilizada únicamente con fines académicos.

Sin más por el momento agradezco de antemano su valioso apoyo.

A T E N T A M E N T E

Lic. T.S. Amanda Ayala Cortez

Estudiante de Maestría en Trabajo Social.