



4 872729
UNIVERSIDAD "DON VASCO", A.C.
INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA
Universidad Nacional Autónoma De México

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"La Dinámica Familiar del Paciente
Diabético de la Clínica ISSSTE,
de Uruapan, Michoacán".
(Noviembre-Diciembre del 2000)

298675
TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

Gabriela Martínez Naranjo

ASESOR: LIC. MARTHA VIOLETA GÓMEZ ZAVALA



**UNIVERSIDAD
DON VASCO, A.C.**

Uruapan, Mich. Septiembre de 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de conocer la vida, de vivir este momento, y por darme la familia que tengo.

A mi Padre que se que me está viendo y que al igual que yo, sé que se siente satisfecho por este trabajo.

A mi Madre por darme la vida y brindarme todo su apoyo en el transcurso de mi carrera.

A mis Hermanos: Roberto, Ricardo, Maricela, Chelo, Mario, Lupita y Alejandro, por ayudarme y motivarme a seguir adelante.

A Toño, por haber estado a mi lado y por el apoyo que me ha brindado en todo momento ya que sin tu motivación y amor hubiera sido aun más difícil.

A mis Maestros, que a lo largo de la carrera me brindaron los conocimientos necesarios mismos que me permitieron aplicarlos tanto en el área personal, como en lo laboral.

A Martita mi asesora por orientarme con sus conocimientos y por brindarme la oportunidad de conocerla.

A la Clínica ISSSTE por brindarme su apoyo para la realización de éste trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

| | | |
|-------|--|----|
| 1.1 | Proceso Histórico de las Enfermedades Crónico Degenerativas..... | 2 |
| 1.2 | Conceptualizaciones..... | 4 |
| 1.3 | Impacto de las Enfermedades Crónico Degenerativas.... | 10 |
| 1.4 | La Diabetes Mellitus | |
| 1.4.1 | Génesis y evolución de la Enfermedad..... | 12 |
| 1.4.2 | Tipos de Diabetes Mellitus..... | 18 |
| 1.4.3 | Complicaciones de la Diabetes Mellitus..... | 23 |
| 1.5 | La Salud Biopsicosocial del Paciente Diabético..... | 27 |

CAPÍTULO 2

LA DINÁMICA FAMILIAR

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Conceptualizaciones..... | 30 |
| 2.2 | Antecedentes..... | 37 |
| 2.3 | Ciclo Vital de la Familia..... | 40 |
| 2.4 | Tipología Familiar..... | 45 |
| 2.5 | La Dinámica Familiar del Paciente Diabético..... | 50 |

| | |
|---|----|
| 2.5.1 La participación de la familia en el tratamiento del paciente diabético..... | 50 |
| 2.5.2 Apoyo familiar en las complicaciones del paciente diabético..... | 57 |

CAPITULO 3

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

| | |
|---|----|
| 3.1 Historia del Trabajo Social en la Salud..... | 62 |
| 3.2 Objetivos y funciones del Trabajador Social en el Área de la Salud..... | 68 |
| 3.3 Niveles de atención..... | 73 |
| 3.4 El Trabajador Social y el Equipo Interdisciplinario de la Salud..... | 76 |
| 3.5 El Trabajador Social en la Educación para la Salud..... | 78 |
| 3.6 El Trabajador Social en la Consejería Familiar del Paciente Diabético..... | 86 |

CAPÍTULO 4

EL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CLÍNICA DEL ISSSTE DE URUAPAN, MICHOACÁN

| | |
|---|----|
| 4.1 El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado..... | 91 |
| 4.2 Antecedentes Históricos de la Clínica..... | 94 |

| | |
|--|-----|
| 4.2.1 Misión Institucional..... | 97 |
| 4.2.2 Objetivos de la Institución..... | 98 |
| 4.2.3 Programas Institucionales..... | 99 |
| 4.2.4 Organigrama de la Institución..... | 100 |
| 4.3 El Departamento de Trabajo Social..... | 101 |
| 4.3.1 Objetivos del Departamento de Trabajo Social.... | 104 |
| 4.3.2 Funciones del Trabajador Social..... | 105 |

CAPÍTULO 5

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

| | |
|---|-----|
| 5.1 Definición del Universo de Trabajo..... | 110 |
| 5.2 Técnicas e Instrumentos..... | 110 |
| 5.3 Presentación de Resultados y Análisis de datos del Cuestionario dirigido a los pacientes diabéticos..... | 111 |
| 5.4 Presentación de Resultados y Análisis de datos del Cuestionario dirigido a los Familiares del Paciente Diabético..... | 158 |

CONCLUSIONES

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de México en las últimas décadas ha provocado cambios importantes en su estructura social. Entre los más significativos se encuentran los que tienen que ver con la situación de la salud y bienestar de la población.

Como producto del desarrollo social y, en particular, de los modernos sistemas de atención de la salud, el perfil epidemiológico de esta enfermedad se ha transformado notoriamente.

Por lo cual encontramos que la Diabetes Mellitus se ha consolidado como una de las enfermedades de mayor incremento en nuestro país, siendo considerada como un problema de salud pública, a tal grado que ha quedado incluida entre los padecimientos a combatir en el Plan Nacional de Salud.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades de mayor incidencia en el mundo, este padecimiento ha escalado en los últimos 5 años lugares de importancia, colocándose como la novena causa de muerte de la población en general. Dadas las características de cronicidad de ésta enfermedad, refleja un problema no sólo de tipo biológico sino también psicológico y social.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de gran relevancia medico-social ya que constituye un factor revolucionario en la vida, costumbre y hábitos del diabético, ya que se ve sometido a una constante vigilancia sobre la alimentación y el tratamiento médico.

La presente investigación tiene como objetivo general analizar la dinámica familiar del paciente diabético de la Clínica ISSSTE de Uruapan, en donde el Trabajador Social tiene una importante participación como miembro del equipo de salud, ya que se distingue como un profesional hábil y diestro en la sensibilización del paciente hacia el cumplimiento del tratamiento médico, siendo así un apoyo indispensable en las acciones médico sanitarias y los programas prioritarios de salud.

La Clínica Hospital ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado), brinda servicios a todos los trabajadores del Estado, a los familiares de éstos, a los pensionados y jubilados y a los de carácter ambulatorio que no son derechohabientes, pero que ingresan a la institución en caso de urgencia; proporcionando atención de consulta externa y hospitalización, dando tratamiento a los usuarios a través de los servicios de:

Medicina Interna, Urología, Cirugía Maxilofacial, Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Cirugía General, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cardiología, Oftalmología, Dermatología, Otorrinolaringología y Traumatología.

El grupo de estudio estuvo constituido por 35 pacientes diabéticos y un familiar por cada uno de ellos, siendo el universo total de la población atendida durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2000, por el Doctor Javier Pacheco, titular del Módulo de enfermedades Crónico Degenerativas, a los cuales se les aplicó un cuestionario tanto para el paciente diabético y otro para el familiar del mismo.

Esta investigación fue tanto documental como de campo, complementándose con la observación y las entrevistas informales realizadas a la población en estudio y se encuentra constituida por 4 capítulos, los cuales se encuentran desarrollados de la siguiente manera:

En el Capítulo 1 se abordan las Enfermedades Crónico Degenerativas, el proceso histórico de éstas, sus conceptualizaciones, el impacto en el desarrollo social y se enfoca específicamente a la Diabetes Mellitus, retomando su génesis y evolución, los diferentes tipos de ésta nosología, sus complicaciones y por último se abordará la salud biopsicosocial del paciente diabético.

El Capítulo 2 comprende lo relacionado a la Dinámica Familiar, retomándose las conceptualizaciones al respecto y la participación de la familia en el tratamiento del paciente diabético.

En el capítulo 3 se abordará el Trabajo Social en el área de la Salud, retomándose específicamente la historia, los objetivos y la participación del Trabajador Social con el equipo de Salud.

En el Capítulo 4 se tocará lo relacionado con el Trabajador Social en la Clínica ISSSTE, incluyendo antecedentes de la Clínica, el Cronograma Institucional y por último el Departamento de Trabajo Social y sus programas Institucionales.

El Capítulo 5 está constituido por la investigación de campo que comprende la definición del universo así como los instrumentos utilizados,

los objetivos, la hipótesis, la presentación de los resultados y el análisis de los datos.

Para concluir se presenta la propuesta de intervención de Trabajo Social, en donde se propone un proyecto específico para reforzar la atención de los pacientes diabéticos de la Clínica.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la Dinámica Familiar del Paciente Diabético de la Clínica ISSSTE, de Uruapan, con la finalidad de elevar la calidad de vida, disminuyendo las complicaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el ambiente socio-familiar en el que se desarrolla el paciente diabético.
- Identificar el papel que desempeña el Trabajador Social en el tratamiento del paciente diabético.
- Caracterizar al paciente diabético que asiste a la clínica ISSSTE, de Uruapan.

HIPÓTESIS

La dinámica Familiar del Paciente Diabético contribuye a elevar la calidad de vida, disminuyendo las complicaciones.

VARIABLES

Variable Independiente:

- La Dinámica Familiar

Variable Dependiente:

- Elevar la Calidad de Vida
- Disminución de Complicaciones

CAPÍTULO 1

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

1.1 Proceso histórico de las Enfermedades Crónico Degenerativas

El desarrollo industrial y científico de nuestra época ha contribuido a la aparición de nuevos fenómenos en el campo de la salud. Los progresos de la medicina en los últimos 50 años han traído un aumento espectacular en las posibilidades de vida, pero en forma paralela se han elevado las cifras de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas, de acuerdo a Natalio Kisnerman sobresalen cuatro grupos principales: “el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y enfermedades reumáticas”¹.

El aumento de la esperanza de vida y el dominio sobre las enfermedades transmisibles permitió que cobrasen relieve las afecciones no transmisibles, degenerativas, crónicas, que en general, afectan a grupos adultos y seniles, cuyo peso es significativo en razón precisamente de los cambios demográficos expresados por el envejecimiento de la población.

Existe la creencia de que las enfermedades crónicas son propias o inevitables de la vejez. Envejecimiento y enfermedad como lo menciona Hernán San Martín, son fenómenos que van muy relacionados, pero no tienen dependencia de causa-efecto, ya que las enfermedades crónico degenerativas, son procesos patológicos bien definidos que no deben confundirse con la senectud, la cual es un proceso normal del envejecimiento.

¹ (Kisnerman, 1983: 68)

Como estas enfermedades se producen por acumulación crónica de factores negativos que con lentitud van deteriorando determinados tejidos y funciones, lógicamente éstas, son más frecuentes en los grupos de mayor edad, sin embargo es importante mencionar que pueden ocurrir en cualquier período de la vida.

Un dato muy interesante es que *“más del 50% de los casos se producen después de los 30 años de edad; la mayor frecuencia está en el grupo de 35 a 44 años, donde se acumula alrededor de un 20% del total de casos”*². La prevalencia de estas enfermedades varía sobre todo con la edad, el sexo y el nivel de vida de la población.

La medicina, en este siglo ha tenido gran avance en el conocimiento de las enfermedades crónicas, dado que son insidiosas en su comienzo, el examen de salud facilita el diagnóstico temprano. Prueba de ello son las técnicas de la Medicina Preventiva que han sido aplicadas casi exclusivamente a través de los programas de Salud Pública y de los exámenes periódicos de salud a los grupos previamente seleccionados de la población, de ahí que el énfasis del control se centre en la prevención secundaria en lo que se refiere a lograr un diagnóstico temprano.

Como medidas generales se aconseja el reconocimiento médico periódico, los exámenes clínicos; otras medidas consisten en controlar la obesidad, el consumo excesivo de café, tabaco y alcohol, el sedentarismo y la escasa actividad física, llevar una buena alimentación, baja en grasas y azúcares, entre otras.

² (San Martín, 1998: 665)

1.2 Conceptualizaciones

En julio de 1946 se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la Salud.

En su declaración estableció:

“El goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o constitución económica y social”³, considerando que la salud depende de la cooperación entre los individuos o naciones.

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto por el que se adiciona al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a la protección a la salud, la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas, en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de ésta Constitución”⁴.

Con esta publicación se eleva a rango constitucional la protección de la salud y la asignación de los recursos necesarios para la acción sanitaria.

³ (Higashida, 1997: 5)

⁴ (Higashida, 1997: 5)

A este respecto se han dado innumerables definiciones para abordar el problema de la salud, entre las que encontramos:

La OMS define la salud como:

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez”⁵.

Por su parte Milton Terris, considera que la salud tiene dos aspectos a considerar: uno subjetivo que hace referencia a “sentirse bien” y el otro objetivo que implica “la capacidad para la función”, definiendo la Salud de la siguiente manera:

“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez”⁶.

Hernán San Martín contempla que el hablar de salud es hacer referencia a un concepto dinámico e histórico, el cual cambia de acuerdo a la época y conforme con las condiciones de vida de las poblaciones y de sus ideas de acuerdo a cada período, por lo que considera que la salud no logra ser un fin en sí misma considerando lo siguiente:

“Si no va acompañada de goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social. Es decir la salud requiere más que una definición

⁵ (Higashida, 1997: 5)

⁶ (San Martín, 1998: 8)

biológica: debe tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación (ecología, ambiente, sociedad y cultura")⁷.

Así la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social), aspectos objetivos (capacidad para la función), y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo.) Por lo tanto la salud no tiene sentido si no conduce al bienestar y a la alegría de vivir en sociedad.

Al referirnos a la salud, se hace necesario abordar la enfermedad, a la cual la podemos definir como:

"...aquél estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar"⁸, es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la estructura, composición o función del organismo.

Cuando hablamos de salud y enfermedad, hacemos referencia a aspectos relacionados con el ambiente de vida de la población, del individuo, con su cultura y educación, con los comportamientos sociales, y con el nivel de desarrollo social.

Se puede concluir que la Salud es un estado en que los organismos realizan normalmente todas sus funciones; en tal estado el hombre disfruta plenamente del deseado bienestar físico y moral, mientras que toda alteración de ese estado constituye lo que es la Enfermedad.

Una vez definidos estos términos podemos hacer alusión a lo que son las enfermedades crónicas, las cuales podemos concebirlas como *"un*

⁷ (San Martín, 1998: 7)

⁸ (Higashida, 1997: 6)

*trastorno orgánico y funcional que obliga a modificar el modo de vida normal del paciente*⁹.

Este trastorno deja incapacidad residual y es causada principalmente por alteraciones patológicas irreversibles, factores hereditarios y hábitos, que obligan a modificar el modo de vida del paciente.

Estas enfermedades plantean un problema especialmente difícil debido a su complicada etiología¹, su comienzo insidioso y su variada sintomatología. Los conocimientos actuales acerca de su frecuencia, su evolución natural y el grado de incapacidad que producen son insuficientes; pero es sabido que por su alta prevalencia ejercen un efecto negativo en la vida productiva del paciente.

Las enfermedades crónico degenerativas constituyen un problema cada vez más importante a medida que la esperanza de vida de la población humana aumenta; estas enfermedades constituyen el rubro más importante de la morbilidad² y mortalidad³, en los países más desarrollados.

Las enfermedades crónicas tienen varios caracteres particulares entre los que encontramos:

- **“Características epidemiológicas comunes:** una multicausalidad compleja e interrelacionada.

⁹ (San Martín, 1998: 665)

¹ Glosario

² Glosario

³ Glosario

- **La etiología**, en general, no es microbiana, por lo cual no son contagiosas,
- **Los factores causales** son de carácter físico, químico, social y psicosocial.
- **El periodo de incubación** de estas enfermedades es largo (necesitan un largo periodo de exposición al riesgo.)
- **La evolución es crónica**¹⁰.

Tomando en cuenta estas características, Hernán San Martín considera que “las enfermedades crónicas más frecuentes son:

- ❖ Reumatismo
- ❖ Cardiopatías
- ❖ Arteriosclerosis
- ❖ Hipertensión arterial
- ❖ Asma
- ❖ Hernias
- ❖ Hemorroides
- ❖ Varices
- ❖ Bronquitis crónica

¹⁰ (San Martín, 1998: 178)

- ❖ Nefritis
- ❖ Trastornos mentales y nerviosos
- ❖ Bocio
- ❖ Sinusitis
- ❖ Cáncer
- ❖ Enfermedades del aparato genital femenino
- ❖ Tuberculosis
- ❖ Diabetes
- ❖ Enfermedades del hígado, y
- ❖ Enfermedades de la vesícula biliar¹¹

¹¹ (San Martín, 1998: 178)

1.3 Impacto de las Enfermedades Crónico Degenerativas

Se considera que cuando el individuo termina sus estudios la escuela entra en una nueva etapa en su vida que es la edad adulta, que significa entre otras cosas, una vida de mayor relación y de exposición permanente a los riesgos del ambiente total.

“Si consideramos la edad adulta desde los 20 a los 64 años, alrededor del 50% de la población se agrupa en estas edades”¹², la cual es de suma importancia ya que es considerada como una etapa de mayor trascendencia social, porque es el periodo productivo del hombre. Siendo esta la etapa de retribución que se prolonga durante toda la vida activa del hombre.

Debido a que el balance económico positivo es el motor del progreso nacional, es por esta razón que a la sociedad le importa proteger y fomentar la salud del hombre adulto para que su actividad rinda al máximo así como sus posibilidades orgánicas.

Es importante destacar que la salud se fundamenta en el desarrollo normal y sano del niño, desde el momento de su fecundación, y hasta que el organismo alcanza su desarrollo total. Se dice que cuando el individuo se encuentra sometido a influencias favorables durante todo este período, alcanzará la edad adulta en buenas condiciones, de lo contrario se inicia en él la acción de factores múltiples que actúan acumulativamente por

¹² (San Martín, 1998: 663)

períodos muy largos hasta producir el trastorno que se conoce como enfermedad crónica.

Toda enfermedad es un fenómeno social porque trae consecuencias no sólo para el individuo, sino para la sociedad en general, es por esto que este tipo de enfermedades generan un impacto social muy peculiar ya que ejercen un control negativo muy intenso en lo que respecta a la productividad, ya que obligan a modificar el modo de vida normal del individuo, advirtiendo una disminución en la capacidad física.

También se encuentra ligada al hecho de que en el caso de que el individuo no reciba o siga el tratamiento adecuado, puede llegar a la incapacidad parcial o total, permanente o definitiva y hasta la muerte. Estas enfermedades plantean no sólo problemas médicos, sino también psicológicos y sociales que afectan no sólo al individuo, sino a la familia y por consecuencia a la sociedad. Entre los sistemas de mayor claridad orgánica afectados, encontramos los siguientes: el aparato circulatorio, el metabolismo, el aparato locomotor y el cerebro.

Otro de los problemas de carácter social que se generan a raíz de estas enfermedades, se encuentran condicionados por complejos psicológicos: desadaptación por cuestiones económicas generadas por el decaimiento paulatino de la capacidad física y mental, llevando al individuo a un estado de dependencia que puede llegar hasta la inhabilidad completa, ya que se comienza por depender en el aspecto económico de la familia o de la sociedad hasta el requerimiento de ayuda permanente para la satisfacción de sus necesidades básicas

1.4 LA DIABETES MELLITUS

1.4.1 Génesis y evolución de la enfermedad

La Diabetes Mellitus constituye un problema de salud pública por ser una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo. Su incidencia va en aumento debido a la mayor esperanza de vida, registrado como resultado del avance científico.

Con base en los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no transmisibles, que se maneja en Fundamentos de Medicina Familiar, encontramos que:

“El 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus, ocupando el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas”¹³.

“La diabetes mellitus actualmente se considera un problema de salud pública en México, ya que actualmente se encuentra entre los 10 primeros lugares de mortalidad”¹⁴.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Esta enfermedad ha ido en incremento no respetando raza, sexo, edad, ni área geográfica.

Dado que existen un sinnúmero de definiciones respecto a esta

¹³ (Fundamentos de Medicina Familiar, 2000: 37)

¹⁴ (Fundamentos de Medicina Familiar, 2000: 134)

enfermedad, para nuestro estudio consideraremos a la diabetes como una:

“Enfermedad crónica que se caracteriza por la elevación en la sangre de un azúcar llamado glucosa, esto se debe a la falla en la producción o en la calidad y función de una hormona llamada insulina, la cual se produce en el páncreas”¹⁵; siendo su función asimilar el azúcar que se consume y transformarla en energía.

A manera de ejemplo podemos resumirlo de la siguiente manera: el cuerpo humano se parece en muchos aspectos a una máquina de combustión interna y necesita de la glucosa para obtener energía y poder funcionar, si falla la insulina no es posible la utilización de la glucosa y como consecuencia no hay combustible necesario para su funcionamiento, como sucede con un automóvil cuando no tiene gasolina.

Una persona se considera diabética, cuando la insulina que produce su páncreas es insuficiente para utilizar la glucosa o azúcar, la cual no entra en las células en donde debe ser convertida en energía, por lo general queda circulando en la sangre ocasionando múltiples y graves daños en todo el organismo, pero principalmente en las arterias, el corazón, los riñones y el cerebro llegando inclusive a ocasionar la muerte.

Al hablar de ésta enfermedad es necesario remontarnos a sus orígenes, por lo que se dice que:

¹⁵ (Fundamentos de Medicina Familiar, 2000: 134)

“...la diabetes es tan antigua en la faz de la tierra como la propia presencia de la humanidad, como tendremos ocasión de ver, es muy posible que sea fruto de errores dietéticos, de un régimen de vida excesivamente sedentario, del agotamiento y las tensiones nerviosas, factores todos ellos conocidos por nuestros antepasados, cuyos problemas se limitaban a asegurar la supervivencia”¹⁶.

Sin embargo en el Egipto faraónico encontramos la primera descripción de una enfermedad que presenta una marcada semejanza con lo que hoy conocemos como diabetes.

En el siglo I de nuestra era, Aulo Cornelio Celso habla ampliamente de la enfermedad, dándole como signo principal una gran abundancia en la emisión de orina, añadiendo que el proceso es peligroso provocando un marcado adelgazamiento del paciente, una intensa sensación de fatiga tanto física como mental.

En el siglo II, se ocupa de la enfermedad Areteo de Capadocia, quién se piensa le dio el nombre de diabetes, del griego diabanein, que significa “pasar a través o atravesar” referido sin duda a la rapidez con que los líquidos ingeridos se eliminan del organismo enfermo.

Por el período del Celeste Imperio la medicina oriental la llamó enfermedad de la sed. Aunque muy incompletos se iban sumando lentamente las características definidoras de la enfermedad:

- aumento de la cantidad de orina,

¹⁶ (Rossi, 1987: 10)

- adelgazamiento y fatiga física e intelectual,
- casos de gangrena y,
- la presencia de un residuo sólido en la evaporación de la orina.

A finales del siglo XVII, el médico inglés Tomas Willis (1621-1675) tuvo la rara ocurrencia de comprobar el sabor de la orina de los diabéticos, así mismo la experiencia de Willis fue repetida y comprobada un siglo más tarde por Dobson (1775); ello le hizo creer en la presencia en la orina de los enfermos de miel o azúcar por su sabor y la denominó Diabetes Mellitus, pocos años después.

A finales del siglo XVIII se aportaron numerosos conocimientos entre los que encontramos los siguientes: el médico Juan Rollo, describió la catarata diabética en 1796; y Marshallen en 1798 señala el olor a manzanas podridas en el aliento de algunos pacientes de diabetes.

El siglo XIX es también pródigo en descubrimientos. En 1815 Chevreul identifica el azúcar contenido en la orina de los enfermos como glucosa o azúcar de uva; Trumer y Feling en 1850 dan a conocer sus reactivos químicos que permiten ya reconocer cualitativa y cuantitativamente la glucosa en la orina.

Lanceraux en 1877 y su discípulo Lapierre en 1879 establecieron la existencia de dos tipos de diabetes: el primero es de la forma grave y aguda con un marcado adelgazamiento, y el segundo, la forma crónica, más leve y generalmente concomitante con la obesidad.

A principios de nuestro siglo, en 1901, el médico norteamericano Eugenio Lindsay Opie, dedicado desde muy joven al estudio de la anatomía y fisiología del páncreas, fue el primero que estableció la estrecha relación entre un deficitario funcionamiento del páncreas y la diabetes.

La diabetes como entidad clínica fue establecida en 1905 por el médico alemán Bernard Naunyn, quién demostró la importancia de la herencia en la propensión diabética; estableció la división de las tres formas principales en que se manifiesta la enfermedad: la juvenil, del adulto y la orgánica.

Finalmente en 1921, Frederick G. Banting, un médico canadiense con la ayuda de Charles H. Best, un estudiante de medicina, extrajo insulina del páncreas por primera vez y en enero de 1922, el primer ser humano recibió un extracto crudo de insulina.

Hacia 1923, se disponía masivamente de soluciones de insulina, iniciando la investigación sobre formas de purificarla a fin de usarla en el tratamiento de los pacientes diabéticos.

Actualmente se conocen la mayoría de los factores que causan la diabetes, entre los que se encuentran los siguientes: el factor hereditario, el factor nutricional, el factor infeccioso y el factor emocional.

En cuanto al factor hereditario se sabe que la herencia juega un papel muy importante en esta enfermedad ya que es transmitida de padres a hijos, se ha observado que cuando ambos padres son diabéticos "el 90%

*de sus hijos también lo son y, cuando solamente uno de sus padres padece la enfermedad, el 25% de los hijos la padecen*¹⁷.

El factor nutricional también juega un papel muy importante, ya que el exceso en el consumo de alimentos conduce a la obesidad la cual constituye un factor de riesgo que predispone la aparición de la enfermedad.

El factor infeccioso también es importante ya que algunos estudios han reportado la existencia de algunos tipos de virus, que son capaces de dañar a las células productoras de insulina en el páncreas, lo cual posibilita para que se desarrolle ésta enfermedad.

En cuanto al factor emocional encontramos que las personas que tienen predisposición a la diabetes y que en forma frecuente sufren alteraciones emocionales intensas, como puede ser la ansiedad, la angustia, el nerviosismo, corajes, sustos, etc., pueden presentar en algún momento síntomas de diabetes, ya que estas alteraciones favorecen su manifestación.

La diabetes como se vio anteriormente es una enfermedad crónica de gran importancia medico-social, ya que se manifiesta por una alteración del metabolismo, llevando al paciente diabético a cambiar todo un estilo de vida y, sobre todo de integración frente al medio en el que se encuentra inserto.

¹⁷ (Rossi, 1987: 34)

1.4.2 Tipos de Diabetes Mellitus

La clasificación que presentamos, se anunció durante el Congreso Anual del 1997 de la Asociación Americana de Diabetes y se publicó en una de sus revistas oficiales en Julio de 1997, hasta el momento ha tenido gran aceptación y aplicación a nivel mundial; cabe señalar que esta clasificación es resultado del consenso de expertos internacionales relacionados con el área de la salud; siendo aceptada por la OMS (Organismo Mundial de la Salud), en el comunicado emitido en el año de 1998 en que se considera aceptable esta clasificación:

I.- Diabetes Tipo 1

II.- Diabetes Tipo 2

III.- Otros tipos específicos de Diabetes

A) Defectos genéticos en función de la Célula Beta

B) Defectos genéticos en la acción de la insulina

C) Enfermedades del páncreas exócrino

D) Endocrinopatías

E) Inducida por fármacos o químicos

F) Infecciones

G) Formas no comunes de diabetes medida inmunemente

H) Otros síndromes genéticos algunas veces asociados con diabetes

IV.- Diabetes Mellitus Gestacional

La Diabetes Tipo 1 conocida también como *diabetes insípida o inestable*, hace referencia a aquellos enfermos que no tienen azúcar, pues habitualmente la tienen dentro de los límites normales en la sangre y no existe en la orina; es decir se trata de una enfermedad totalmente diferente en la que el paciente toma más agua de lo normal (20 o 30 litros diarios), y la excreta por la orina ya que, por alguna razón no se produce la hormona antidiurética que impide que el riñón elimine el exceso de líquidos. Aparece normalmente en cualquier edad, en personas muy delgadas o muy nerviosas.

Es la diabetes grave considerada así ya que en estos casos resulta indispensable inyectarles insulina diariamente para que puedan sobrevivir; independientemente el enfermo tiene un compromiso más serio en el cumplimiento de su dieta.

Son pacientes cuya diabetes se descompensa fácilmente por cualquier motivo (una gripe, un susto o una desvelada), así el azúcar en la sangre se eleva rápidamente, aparecen ácidos en la misma, cuyos cuerpos químicos fácilmente conducen al paciente al terrible estado de coma diabético.

La forma más grave de la diabetes es la que inicia en la infancia, dependiente de insulina por lo cual se le conoce también como

insulinodependiente, se considera que es más grave conforme aparece en etapas más tempranas de la vida, ya que los adultos diabéticos pueden ser controlados en su mayoría mediante dieta, complementando esto con tabletas destinadas a disminuir el exceso de azúcar en la sangre.

Sin embargo los niños diabéticos tienen que ser controlados forzosamente a base de insulina (hormona pancreática que se emplea en el tratamiento de la diabetes para reducir las cifras de azúcar), que reciben desde el inicio de su enfermedad y a lo largo de toda su vida, de forma inyectable, en ocasiones hasta 2 o 3 veces al día.

La inestabilidad de la diabetes de los niños los conduce frecuentemente al estado de coma diabético, lo cual implica la necesidad de hospitalizarlo al menor para suministrarle sueros de insulina cada 4 horas como mínimo.

Cada episodio de descompensación diabética surge con el menor pretexto, (un catarro, una infección, un ligero exceso de ejercicio físico o la ingestión de alguna golosina) y son relativamente frecuentes.

Además de soportar las inyecciones de insulina todos los días, los niños diabéticos tienen prohibido comer golosinas (dulces, chocolates, refrescos azucarados, pasteles, pan dulce, entre otros), jugar en exceso, desvelarse, y muchas otras limitaciones que es necesario imponerles como medidas de protección para la salud tanto a niños como a los jóvenes diabéticos, afectando esto su desarrollo tanto físico, psicológico y social.

La Diabetes Tipo 2 conocida también como *diabetes estable del adulto*, es aquella que se presenta en los adultos, y es el tipo de diabetes susceptible de controlar, en un 80%, por medio de la dieta, y de los hipoglucemiantes^{*} orales.

Se trata de una enfermedad en donde el nivel de azúcar en la sangre se encuentra elevado y también se identifica en la orina. Cuando sufren ésta enfermedad los pacientes, tienen mucha sed, toman más agua de lo normal y orinan mucho.

Es una diabetes relativamente benigna en cuanto a la elevación del nivel de azúcar en la sangre, en cuyo caso sólo se utiliza tabletas para bajar el azúcar.

Un tema diametralmente opuesto en la apreciación de la diabetes, en lo que concierne a esta enfermedad en los niños, es la diabetes que se inicia en los ancianos.

La diabetes que principia en la senectud se dice que es frecuentemente benigna, ya que involucra licencias relativas para transgredir la dieta, sin repercusiones en el cuadro clínico.

Las edades avanzadas fraguan episodios de ansiedad y angustia, lapsos de irritabilidad, cambios bruscos de carácter, también se presentan molestias articulares, mayor incontinencia urinaria, todo lo cual ocasiona mayores incomodidades y limita aun más la actividad de por sí ya reducida a esta edad.

^{*} Glosario

El tratamiento de la **diabetes senil** es esencialmente el mismo que el de la diabetes estable del adulto, modificado tan sólo por las limitaciones que ordena la vida.

El régimen alimenticio sufre cambios puesto que el aprovechamiento de los alimentos es menor que en la plenitud de la vida; el ejercicio físico debe ser moderado, aunque necesario y perfectamente orientado.

En el caso de la **diabetes que se presenta durante la gestación**, la mujer embarazada, enfrenta un riesgo mayor que las demás embarazadas, ya que aumenta la incidencia de complicaciones para la madre, poniendo en peligro la integridad y la vida del producto, el cual tiene mayores posibilidades de enfermarse o morir en cualquier etapa de la gestación a causa de un aborto, de la muerte dentro de la matriz, de un parto prematuro o bien de sufrir malformaciones congénitas.

Por lo anterior se requiere de un esfuerzo mayor durante toda la gestación para obtener y mantener un buen control metabólico que permita evitar la morbi-mortalidad materna y fetal, obligando a la madre diabética a ser vigilada por el equipo de salud, cuidando del producto desde los primeros días de embarazo, sometiéndose a un control riguroso sobre su alimentación y ejercicios, de acuerdo a la edad y evolución del embarazo; factores que son completamente distintos en cada diabética embarazada.

1.4.3. Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Son numerosas las complicaciones de la Diabetes Mellitus, que antaño resultaban raras o poco frecuentes. Como es lógico en una enfermedad que conocemos desde hace más de tres mil años, muchas de éstas complicaciones ya existían (aunque recibían nombres distintos), y su relativa escasez se debía a la corta supervivencia de los enfermos de diabetes.

Entre las complicaciones más frecuentes encontramos las siguientes:

La Hipoglucemia, es una de las complicaciones más frecuente en el tratamiento farmacológico de la diabetes, la cual se caracteriza por el descenso de la glucemia⁷, por debajo de los valores normales y la podemos clasificar en: hipoglucemia severa, hipoglucemia moderada e hipoglucemia leve, las causas más frecuentes de ésta complicación son:

- Exceso de insulina o hipoglucemiantes orales.
- Retraso en la ingesta de alimentos o consumo inadecuado.
- Ejercicio intenso o prolongado.
- Consumo de alcohol.

La Hiperglucemia prolongada, es decir el aumento anormal de la cantidad de azúcar en la sangre, es otra de las complicaciones que se presentan en la diabetes, afectando a la larga casi la totalidad de los tejidos

⁷ Glosario

orgánicos, siendo el origen de graves complicaciones que, en la actualidad, constituyen la causa fundamental de la muerte del enfermo diabético, algunas de ellas son: descarnación de los dientes, disminución de la agudeza visual, impotencia sexual, insuficiencia renal y tuberculosis pulmonar, entre otras.

Las causas más comunes son:

- Falta de inyección de insulina o hipoglucemiantes orales.
- Trasgresión alimentaria.
- Enfermedad intercurrente.
- Fármacos.

La complicación más terrible es el coma diabético, el cual es un estado que incluye pérdida del conocimiento, la sensibilidad y la movilidad y obedece a una intoxicación ácida, es una fase final de una acidosis progresiva (disminución de la reserva alcalina de la sangre), que se anuncia por signos respiratorios como: opresión y trastornos del ritmo respiratorio; signos digestivos, los más comunes son anorexia^{*}, diarrea, vómitos; signos nerviosos como la somnolencia progresiva y signos humorales que es la presencia de cuerpos cetónicos^{*} en la orina y disminución de la reserva alcalina de la sangre.

* Glosario
* Glosario

El coma se caracteriza por la pérdida total del conocimiento, de la sensibilidad y de la conciencia, continuando la actividad vegetativa del enfermo. El coma diabético no tratado es mortal en el lapso de 24 o 48 horas, conduciendo al colapso circulatorio y a la uremia* progresiva.

Otra de las complicaciones crónicas más graves de este padecimiento es la enfermedad renal, la cual se presenta con mayor frecuencia en pacientes con diabetes Tipo 1, generando un descontrol metabólico crónico.

Los tipos de complicaciones más leves pero que también pueden ser molestias y perturbadoras, sin llegar a constituir una amenaza vital, se pueden englobar en los siguientes tipos:

- Alteraciones en el sistema circulatorio.
- Alteraciones en el sistema nervioso.
- Alteraciones neuromusculares.
- Disminución de resistencia a las infecciones.

En los pacientes con diabetes coexisten otros padecimientos que favorecen la aparición de las complicaciones, entre las más comunes están: la hipertensión arterial, las alteraciones de los lípidos séricos y la obesidad.

* Glosario

El tratamiento de estas patologías ha demostrado ser eficaz para prevenir la progresión o aparición del daño renal, ocular o vascular, éste último llega a ocasionar infartos del miocardio, accidentes vasculares cerebrales o amputaciones de miembros inferiores por la aparición de gangrena debido a la falta de circulación siendo ésta manifiesta en los lugares más alejados del corazón como son las piernas y los pies.

Las manifestaciones de la diabetes mellitus a nivel ocular son también numerosas y complejas, pudiendo afectar a cualquier parte del aparato visual. La retina es la estructura afectada con mayor frecuencia e importancia, cuando esto sucede se le llama retinopatía diabética, siendo ésta la causa de que el paciente diabético pierda gradualmente la visión hasta llegar a la ceguera total.

Por ello la prevención de las complicaciones constituye uno de los objetivos prioritarios, la cual se alcanza mediante un tratamiento adecuado y un correcto adiestramiento del paciente.

1.5 La Salud biopsicosocial del paciente diabético

La diabetes plantea no sólo problemas médicos específicos, sino también psicológicos y sociales que afectan al individuo, a la familia y a la comunidad en general. Uno de los principales aspectos negativos que influyen en la salud del paciente diabético es la falta de inducción y sensibilización hacia un nuevo estilo de vida y una actitud participativa que mejore el control de la enfermedad.

Entre las etapas psicológicas de negación e ira por las que suele atravesar el diabético antes de aceptar la enfermedad, existen situaciones en las que permanece, a veces por años o de los que nunca sale, antes de pasar a la aceptación, en la que es capaz de lograr un mejor control.

Conforme el diabético adquiere mayor conciencia de su enfermedad se percata de la naturaleza crónica del padecimiento y que va a depender de él mismo la decisión de mantenerse sano.

El diabético, como cualquier otro paciente, tiene el derecho y el deber de conocer a fondo su enfermedad. Dado que se trata de un padecimiento crónico, ha de aprender a convivir con ella, a armonizar su vida con la presencia de este nuevo elemento que será tan perturbador como se quiera, pero al que se ha de soportar, aprender a corregir y dominar.

La diabetes en sí exige un elevado grado de autodominio, de fuerza de voluntad, de ansias de dominar la enfermedad, de reducirla a unos estrechos límites donde los daños que pueda producir sean los mínimos.

El diabético en su batalla contra la enfermedad cuenta con muy poderosos aliados: el primero es él mismo, su convencimiento de que una medicación adecuada y un régimen de vida sano, tanto en el aspecto alimenticio, como en el del ejercicio físico, llevados a cabo con rigor y exactitud evitará descompensaciones, crisis agudas y problemas tardíos siendo las primeras premisas para la conservación de un estado de equilibrio muy próximo a la salud.

El decaimiento paulatino de la capacidad física y mental conduce al individuo a un estado de dependencia que puede llegar hasta la inhabilidad completa: iniciando por depender del aspecto económico de la familia o de la sociedad hasta llegar a requerir ayuda permanente para satisfacer las necesidades cotidianas, agregándose por lo tanto problemas de salud, problemas de orden psicológico y social.

La cronicidad de ésta enfermedad tiene gran repercusión social, económica y psicológica en el diabético, especialmente por la desvalidez que le produce, el ausentismo al trabajo, la reducción en la producción, los gastos económicos prolongados derivados de las atenciones médicas, entre otros.

Como ya se mencionó anteriormente este tipo de aspectos sancionan al diabético, hasta el grado que se le imposibilita para el trabajo económicamente activo, por lo que tiene que adaptarse a las condiciones que la misma sociedad establece.

CAPÍTULO 2

LA DINÁMICA FAMILIAR

2.1 Conceptualizaciones

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; todo individuo para poder satisfacer sus necesidades tanto biológicas como psicológicas y sociales requiere siempre de participar en diferentes grupos en su vida diaria.

Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente se realizan las actividades dentro de conglomerados como la familia, la vecindad, el equipo deportivo, el trabajo o la escuela, entre otros ya que todas ellas requieren el complemento de la conducta de otros individuos, siendo por medio de esa permanente interrelación como se obtienen los satisfactores que permiten cubrir las necesidades que todo ser humano presenta.

En la sociedad existen una variedad de grupos, de los cuales se resalta por su importancia en este trabajo a la familia, de manera tal que es considerada como un grupo natural de adscripción primaria, la cual difiere de otros grupos en cuanto a la duración y la intensidad de los lazos afectivos que une a sus integrantes y las funciones que estos desempeñan.

Este grupo presenta características propias, ya que está integrado por un número restringido de personas, los cuales persiguen los mismos objetivos, existen relaciones afectivas intensas, se establecen roles diferenciados, poseen sus propias normas, creencias y lenguaje, y se da una comunicación frente a frente, manejándose un nosotros.

Las características de la familia son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros, para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, ya que las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en el mismo, de manera tal, que la familia desempeña un importante papel, ya que de las relaciones entre sus miembros, dependerá en gran medida, el desarrollo adecuado de sus miembros.

Dada su importancia se han realizado una serie de estudios sobre la familia, desde diferentes lecturas, por un lado los estudios antropológicos sobre el origen y la evolución de la familia de Morgan y Bachofen, y desde otro ángulo, la Psicología establece la influencia básica de la interacción familiar, en la estructura y desarrollo de la personalidad de cada integrante de la familia, es decir la orientación caracterológica de que define a cada ser humano como un ente individual.

Para tener un panorama general de lo que se entiende por familia y su dinámica, se mencionan a continuación algunos de los planteamientos para su estudio y comprensión.

La familia es la unidad primordial de la sociedad, siendo el ambiente más importante en el que se desarrollan las relaciones humanas, las cuales se ven modificadas o influenciadas por un sinnúmero de situaciones relacionadas con los problemas y dimensiones de la vida cotidiana.

El término familia incluye variadas definiciones, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es importante partir de la definición adecuada, con relación al tema de investigación.

“La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico”¹⁸.

La familia considerada como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para procrear y criar a los hijos es concebida como: “es el grupo familiar que gira en torno de la legitimación de la vida sexual, entre los padres y de la formación de los hijos”¹⁹.

Por su parte Cohn cita que la familia es:

“La unidad afectiva de padres e hijos que resulta de la reunión de elementos instintivos naturales con la resolución autónoma de la voluntad”²⁰

Para Ackerman, “La familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud”²¹, tomando en cuenta que *las relaciones que se establecen entre el individuo, los procesos de la dinámica del grupo y la vida de la familia, constituyen el eslabón esencial en la cadena de causalidad de los estados tanto de la enfermedad como de la salud.*

¹⁸ (Huerta, 1981: 21)

¹⁹ (Bottomore, 1968: 171)

²⁰ (Cohn, 1984: 254)

²¹ (Huerta, 1981: 23)

Como dinámica de grupo se entiende *el conjunto de interacciones y procesos que se generan al interior de la familia, y que le dan vida a la misma como consecuencia de su existencia; entre sus objetivos se encuentran los siguientes:*

- Lograr la mayor participación de cada miembro de la familia.
- Organizar y planificar las tareas para lograr los objetivos.
- Ayudar a cada individuo a ser más maduro.

Los aspectos que se deben considerar para lograr un buen funcionamiento y rendimiento grupal son los siguientes: comunicación, participación, formulación de metas y objetivos, cooperación, normas del grupo, control social, productividad y rendimiento grupal, tamaño del grupo, roles desempeñados, la adopción de decisiones y la atmósfera del grupo familiar.

Los elementos principales de la dinámica de grupo son los siguientes:

- Liderazgo
- Actividades colectivas
- Relaciones interpersonales
- Metas y Objetivos

En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar conciben a la familia como "una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la

consideran además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción²².

En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales, compartiendo sentimientos, aspiraciones, intereses y condiciones de vida, existiendo el compromiso de satisfacer necesidades comunes.

En el lenguaje cotidiano la palabra "familia" suele designar una forma de vinculación y convivencia, en la que la mayoría de las personas suelen vivir gran parte de su vida.

Tomando en cuenta estos aportes se puede concluir que la familia es un grupo social primario, con características propias, en donde sus miembros se encuentran unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, manteniendo una estrecha interacción a través de una convivencia permanente, teniendo como objetivo principal la satisfacción de sus necesidades comunes compartiendo factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, mismos que pueden favorecer o afectar su salud tanto individual, como colectiva.

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto.

²² (Huerta, 1981: 21)

Dentro del sistema familiar operan fuerzas tanto positivas como negativas, las cuales determinan el buen o mal funcionamiento del mismo. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de Dinámica Familiar y le atribuyó un papel primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Según Jackson:

“Consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que éste funcione bien o mal como unidad”²³.

Según Chagoya:

“Una dinámica familiar sana implica una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas, entre los miembros de una familia que permitan a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y le da al mismo tiempo un sentido de pertenencia familiar que le hace sentir que no está solo y que puede contar con el apoyo de todos”²⁴

Kolb, considera a la dinámica familiar cómo:

“Las motivaciones que originan las conductas y los procesos y mecanismos de adaptación que se utilizan para satisfacer necesidades a nivel biológico, psicológico y social durante toda la vida”²⁵.

²³ Foncerrada, 1981: 4)

²⁴ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 10)

²⁵ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 9)

Estas motivaciones están programadas en el individuo desde siempre y son moduladas con el paso del tiempo, por patrones conceptuales, culturales y por aquellas conductas dentro de la familia y la sociedad, a través de las experiencias que les permite a los miembros crear identidad, valores, personalidad y amor propio.

Por lo tanto el conjunto de esas fuerzas y sus relaciones constituyen lo que hoy en día es la dinámica familiar; y su buen o mal funcionamiento es un factor determinante en la conservación de la salud o en la misma aparición de la enfermedad.

2.2 Antecedentes

La familia, ha sufrido una serie de modificaciones, no siempre ha existido con las características actuales. Debido a los innumerables estudios sobre sus antecedentes se presenta un denominador común que considera las siguientes etapas:

1.- La etapa llamada **Promiscuidad Inicial**, la cual se caracteriza por la nula existencia de vínculos permanentes en el padre y la madre; no existe una reglamentación consuetudinaria de sus relaciones y de la responsabilidad que el padre pueda tener hacia los hijos y por tanto en relación a estos no aparece como una figura importante, siendo por lo tanto la madre la que mantiene un vínculo constante sobre el cuidado y la protección de los hijos.

2.- La etapa llamada **Cenogamia**, ésta etapa se caracteriza porque un grupo específico de mujeres mantiene relaciones sexuales con un grupo determinado de hombres. Diferenciándose de la etapa anterior, ya que en ésta etapa si existe una reglamentación de la relación de los diferentes esposos y del cuidado y crianza de los hijos.

3.- La tercera etapa llamada **Poligamia**, la cual para su estudio se divide en dos aspectos:

- a) La Poliandria, en la cual la mujer tiene varios maridos, siendo un tipo de familia que lleva el matriarcado, en donde la mujer se convierte en el centro de la familia, ejerciendo la

autoridad, fijando los derechos y obligaciones de los hijos, determinándose el parentesco por la línea femenina.

b) La **Poligenia** se da cuando un hombre tiene varias mujeres.

4.- La cuarta etapa en donde la familia es llamada **Familia Patriarcal Monogámica**, la cual es el antecedente de la familia moderna y se caracteriza porque la figura preponderante es la del padre, que representa el centro de las actividades económicas, religiosas, políticas y jurídicas.

La familia estaba formada por el padre, su mujer, sus hijos hasta que él moría, sus hijas hasta la boda, las esposas de sus hijos. Entre otros derechos, el padre tenía el de reconocer a los hijos o rechazarlos a su nacimiento, casar a los hijos y a las hijas, adoptar, designar al morir el tutor de su esposa y de sus hijos, ser el único propietario del patrimonio y el representante religioso en el culto doméstico, entre otros. La mujer por su parte debía tener un sometimiento absoluto a la autoridad del padre.

Al paso del tiempo, se fueron minando los rasgos característicos de la familia patriarcal, en principio su orden político interno se fue modificando; se crearon tribunales que decidían sobre los problemas dentro de la misma; ya no era el padre el único que tenía el poder de disposición dentro de la casa; el derecho de voto se le otorgó a la mujer, la que empezó a participar más activamente en la vida socioeconómica de la sociedad.

Aparece el principio de la libertad de selección de los cónyuges, en donde no es el padre propiamente el que va a venir a determinar el esposo

o la esposa de sus hijos, se va creando la idea sociocultural del amor romántico.

5.- Las modificaciones de la sociedad fueron haciendo que las actividades económicas y técnicas interiores de la familia fueran desapareciendo, surgiendo instituciones externas a la casa que vienen a suplir una serie de funciones antes inherentes, como por ejemplo, las de educación, las recreativas, las medico-asistenciales, entre otras; que son llevadas a cabo por agencias sociales.

Se va modificando el concepto tradicional de la familia patriarcal y vamos viendo aparecer las características que actualmente tiene la familia occidental moderna. Cambia su número de miembros, quedando circunscrita a la generación de los abuelos, los padres y los hijos, y aunque sostiene relaciones muy estrechas con los parientes colaterales, éstos quedan fuera del núcleo familiar.

A este tipo de familia se le denomina **Familia Conyugal Moderna**, que sigue siendo muy común sobre todo en las zonas rurales. Pero en las ciudades de los países que tienden a caracterizarse por su alto grado de industrialización, la familia conyugal extensa se ha reducido, quedando limitada a la institución del matrimonio, como un grupo en el cual se comprende sólo al marido, la esposa y los hijos solteros.

En estos casos el parentesco se establece a través de la línea masculina y femenina. La patria potestad ya no está exclusivamente en manos del padre, sino también de la madre, y en general las relaciones que se dan dentro de esta clase de familia tienden a democratizarse.

2.3 Ciclo Vital de la Familia

La familia en el curso de su desarrollo pasa ó atraviesa por etapas de transición, las cuales a su vez van acompañadas de diferentes necesidades y expectativas; su estudio permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde su formación hasta lo que es su disolución.

Se considera que una familia debe satisfacer o cumplir con las funciones básicas de:

1.- Socialización

2.- Cuidado

3.- Afecto

4.- Reproducción

5.- Status y nivel socioeconómico

Por otra parte los valores fundamentales que entran en juego para cumplir estas funciones son: la razón, el amor, la solidaridad, el respeto, el interés y el conocimiento, resultando básica la capacidad de comunicarse tanto verbal como analógicamente* entre los miembros de la familia para lograr el interjuego funcional de los valores mencionados.

* Glosario

De tal manera que los problemas de disfunción que suelen tener las familias se encuentran relacionados y son de una magnitud similar a su incapacidad para satisfacer estas necesidades básicas.

La investigación de la dinámica familiar no es tarea fácil, por lo que es necesario apoyarse en varios marcos teóricos, a continuación se describe en forma breve el ciclo vital de la familia, el cual nos proporciona los lineamientos para sustentar con mayor precisión la funcionalidad de los sistemas familiares.

Retomando los aportes de José Luis Huerta, encontramos que este Ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez, por varias fases que explican el desarrollo del grupo familiar, siendo las siguientes:

I.- Etapa Constitutiva de la Familia

1ª.Fase preliminar (noviazgo)

2ª.Fase de recién casados (sin hijos)

II.- Etapa Procreativa

3ª.Fase de expansión (crianza inicial de hijos)

3.1 Nacimiento del primer hijo

3.2 Familia con hijos pre-escolares

4ª.Fase de consolidación y apertura

4.1 Familia con hijos escolares

4.2 Familia con hijos adolescentes

III.- Etapa de Dispersión

5ª.Fase de Desprendimiento (separación del primero
al último de los hijos).

IV.- Etapa Familiar Final

6ª.Fase de Independencia (cónyuges nuevamente solos)

7ª.Fase de Disolución

7.1 Familia Anciana (hasta la muerte de uno de los
cónyuges).

7.2 Viudez (hasta la muerte del miembro restante).

La Etapa Constitutiva de la familia, se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos, siendo en el noviazgo en donde se sientan las bases de lo que será la vida futura en pareja.

Una de las tareas que enfrenta la nueva pareja es la negociación de su relación con la familia de origen del cónyuge, la cual a su vez debe adaptarse a la separación de uno de sus miembros o a la inserción de un integrante más. En esta etapa, la pareja debe lograr mayor estabilidad

personal, una unión matrimonial satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres.

La Etapa Procreativa, se inicia la expansión del grupo familiar, e incluye la crianza y el desarrollo de los hijos durante sus primeros años de vida. Durante este período los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres, dándose la consolidación de la familia e iniciándose la apertura hacia el exterior.

La Etapa de Dispersión, comienza con la separación del primero de los hijos y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges quedando nuevamente solos.

Etapa Familiar Final, esta etapa comprende dos fases que son la Independencia, en la cual la pareja que se encuentra nuevamente sola, debe llevar a cabo el ajuste final del rol de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia.

Mientras que la fase de Disolución está comprendida cuando la pareja anciana afronta diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, la limitación física, la aparición de enfermedades crónicas o las propias de la edad, la pérdida de sus habilidades, la dependencia de otros y el fallecimiento tanto de familiares como amigos.

Este lapso termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, enfrentándose el restante a diferentes situaciones como el de continuar viviendo sólo, recluirse en un asilo de ancianos, mudarse con alguno de los

hijos, cerrándose el ciclo vital de su familia cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.

Como puede observarse en cada uno de los periodos de desarrollo la familia necesita adaptarse y reestructurarse, lo mismo ocurre en la enfermedad la cual aún siendo la misma pero diagnosticada en diferentes periodos del ciclo de la vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que se refiere a su prevención, atención y tratamiento.

2.4 Tipología Familiar

De acuerdo a Luis Leñero, La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista, siendo posible tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que este pasando:

Tomando en cuenta sus *hábitos, costumbres y patrones de comportamiento* pueden ser **tradicionales o modernas**; en base al *enfoque demográfico* pueden ser **urbanas o rurales**; desde el punto de vista *psicosocial* y de acuerdo a *la dinámica en las relaciones intrafamiliares* se consideran **funcionales o disfuncionales**; y tomando en cuenta las *características ocupacionales* del jefe de familia se pueden clasificar en **campesinas, obreras, comerciantes, profesionistas**, entre otras.

En nuestro medio "Luis Leñero señala la significativa diversidad de tipos familiares y desarrolla una tipología de gran utilidad para la clasificación de las familias desde el punto de vista sociocultural, manejando una clasificación basándose en tres factores macroestructurales."²⁶

A) Cultura y Subcultura de las comunidades a que pertenecen:

1. Indígena
2. Rural Tradicional
3. Urbana

²⁶ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 45)

B) Estratificación Socioeconómica y de Clase según los niveles de subsistencia y actividad económica:

1. Estrato marginado y subproletaria
2. Estrato popular proletario
3. Estrato medio
4. Estrato elitista de dominio

C) Ubicación Geosocial de acuerdo a:

1. La región que habiten
2. Las redes de relación ecológica que mantengan
3. Su grado de sedentarismo o migración

Tomando en cuenta su conformación José Luis Huerta define los siguientes tipos de familia:

FAMILIA NUCLEAR llamada también familia “elemental”, “simple” o “básica”, es aquella constituida por el hombre, la mujer y los hijos socialmente reconocidos.

FAMILIA SEMINUCLEAR es la familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre o por el fallecimiento o separación de la pareja.

FAMILIA EXTENSA es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar dos o más generaciones.

FAMILIA COMPUESTA puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos anteriormente incluyendo a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (compadres ahijados, sobrinos, entre otros).

FAMILIA EXTENSA MODIFICADA se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. La estructura de esta unida se basa tanto en los lazos de afecto como en la selección, ya que la misma familia puede incluir ciertos mecanismo para incorporar a individuos a dicha red familiar por medio de parentescos tales como el compadrazgo.

Siguiendo al mismo autor y de acuerdo a las complicaciones del desarrollo familiar, tipifica a la familia según las siguientes categorías:

FAMILIA INTERRUMPIDA, es aquella que se ha afectado por la separación o divorcio de los padres.

FAMILIA CONTRAÍDA, se da por la muerte de uno de sus miembros.

FAMILIA RECONSTRUÍDA, es la que está conformada por una pareja en donde ambos o uno de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.

Tomando en cuenta la naturaleza compleja de los problemas familiares, clasifica a las familias según su disfunción bajo un sistema denominado *clasificación triaxial de la familia*, englobándola en tres dimensiones:

En el primer eje, se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente las situaciones difíciles relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la familia.

En el segundo eje, se registran aquellas relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. Es un enfoque de los problemas en los subsistemas familiares.

En el tercer eje, quedan comprendidas aquellas disfunciones que conciernen a toda la familia en cuanto a los aspectos estructurales, funcionales y sociales y que tienen relación con aquellos aspectos tales como la organización, integración, los roles, la comunicación, la atmósfera emocional y la manifestación del estilo de vida de la familia en relación a las demás, entre otros.

En el campo de estudio se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita distinguir aquellos factores que en un momento dado están incidiendo en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, entendiéndose por funcionalidad familiar:

“la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa”²⁷.

En base a que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones eficazmente se hace referencia a esta funcionalidad o disfuncionalidad.

²⁷ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 37)

Framo, ha delineado algunos principios ideales del funcionamiento familiar:

1.- Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen.

2.- Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.

3.- Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecido en todos los miembros de la familia.

4.- Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres e hijos.

5.- Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.

6.- Que exista una relación de respeto entre ambos.

7.- Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir el involucramiento con otras personas.

En todo proceso en el que hay expectativas por cumplir, se falla por acción o por omisión. Así la familia puede alcanzar satisfactoriamente o no las metas que le corresponden logrando cumplir o no sus funciones, de hacerlo facilitará el desarrollo sano de sus integrantes; pero de no ser así, va a interferir con este desarrollo, dañando directamente a sus miembros.

En la actualidad se le ha dado un énfasis primordial a la función afectiva, al parecer difícil de ser sustituida por otra institución social

2.5 LA DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE DIABÉTICO

2.5.1 La Participación de la Familia en el Tratamiento del Paciente Diabético

Como se señalaba en el capítulo anterior, el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en el tratamiento del paciente diabético considerando que la dinámica familiar de la misma favorecerá al logro del restablecimiento de su salud desde un concepto integral.

Las reacciones de la familia ante la presencia de un miembro diabético dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada uno de sus integrantes y de las ideas y conocimientos sobre la diabetes y su tratamiento, lo que va a influir en el paciente diabético.

Las actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos relacionados con la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones.

Tomando en cuenta que “los pacientes diabéticos no son simplemente personas que tiene una enfermedad, sino que se trata de individuos que “viven y sufren”, esta enfermedad y se distinguen de otros, porque en este padecimiento como en ninguno, es fundamental su

pertenencia a una familia el tipo de interacción que realice con sus elementos y la manera con que opere la misma²⁸.

La interacción familiar es potencialmente importante, ya que un individuo con diabetes se enfrenta todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que ésta le brinde influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de su padecimiento.

Siendo por esto indispensable analizar la dinámica que se juega en la familia del paciente diabético, ya que ésta influirá de manera decisiva en su padecimiento en forma favorable o desfavorable.

Cualquier cambio en la familia es sabido que produce crisis, que tienen que ser enfrentadas por aquellos familiares que cohabitan con un paciente diabético; estos estados de crisis se manifiestan de diferentes maneras: ansiedad, tensión, depresión, hasta miedo a la muerte en el caso del paciente.

Ciertamente la familia es la causante de muchos problemas relacionados con la salud, pero en este caso específico también es sabido que es un magnífico recurso para resolverlos y lo que es más importante para prevenirlos.

Por lo tanto es necesario considerar a la familia como el centro del manejo de los problemas de salud del paciente diabético, ya que muchos

²⁸ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 8)

de esos problemas fueron el resultado de su mal funcionamiento, y por la incapacidad que tiene o tuvo para manejar las implicaciones terapéuticas, que un padecimiento como la diabetes mellitus lleva implícitos.

“Está claro que varios niveles de la historia natural de la enfermedad, han sido rebasados pues su sola presencia implica nulas o escasas acciones en los siguientes niveles:

- En la prevención primaria, en los aspectos de dieta, estilo de vida, hábitos recreativos y ejercicio físico.
- En la prevención secundaria, concentración del bienestar del paciente con un manejo adecuado de sus problemas.
- En la prevención terciaria, el equilibrio entre las medidas de su tratamiento y su independencia, su adaptación a los cambios requeridos y la adecuada respuesta a la crisis de situaciones graves originadas por el padecimiento (comas, amputaciones, cegueras, mortinatos)²⁹.

Por lo que es probable que la incapacidad de la familia para la atención que requiere el paciente diabético tenga que ver con las tradicionales expectativas con las que ha funcionado, donde sus papeles han sido un tanto rígidos, fríos, apáticos, dando como resultado una deficiente comunicación.

²⁹ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 3)

Para evaluar la dinámica del grupo familiar, es decir, el resultado de la interacción entre sus miembros, existen diferentes escuelas de acuerdo a sus planteamientos teóricos.

Satir utiliza los siguientes criterios para determinar el grado de funcionalidad de la dinámica dada en una familia:

- Comunicación
- Individualidad
- Toma de decisiones
- Respuesta ante las demandas del cambio

Considerando la importancia que tiene la comunicación en la dinámica familiar del paciente diabético, estudiosos en el tema han llegado a la conclusión que existen algunos modelos de comunicación al “parecer universales”, que se aplican siempre que existe una situación de tensión, en una familia con la presencia de ésta nosología.

Ante la situación de tensión y ante esa amenaza consciente o inconsciente que significa la diabetes, Anzo, Mora y Yescas consideran que:

“los elementos de la familia se comunican o experimentan cuatro modelos de respuesta”³⁰

³⁰ (Anzo, Mora y Yescas, 1986: 4)

- **Aplacando**, quienes adoptan este modelo, siempre hablan tratando de complacer, de disculparse, nunca están en desacuerdo, hablan como si no pudieran hacer algo por sí mismos, siempre necesitando la aprobación de otros.
- **Culpando**, quienes adoptan este modelo, lo hacen para que otras personas las crean fuertes, siempre encuentra fallas, es un dictador, es el que manda, se siente superior y parece decir “si no fuera por ti, todo andaría bien”.
- **Superrazonando**, este modelo significa corrección y razón, quién lo adopta es calmado frío e imperturbable.
- **Distrayendo**, quienes adoptan este modelo dicen y hacen cosas que tienen poca relación con lo que digan y hagan los demás, dan la sensación de confusión y su voz, frecuentemente en desacuerdo con las palabras suenan como un sonsonete

Se dice que cuando la comunicación familiar no es realizada en niveles claros, sencillos y directos, no se genera en el diabético la confianza y el cariño tan necesarios en el transcurso de su padecimiento.

Lo conveniente es que las familias que se encuentran sometidas a la tensión que trae consigo la presencia de la diabetes mellitus en alguno de sus integrantes, puedan afrontar exitosamente los problemas que ésta enfermedad lleva implícitos.

En este sentido la comunicación será importante en cuanto a la interrelación e interacción personal para el logro del equilibrio en la funcionalidad de la familia.

Mientras más rápido se establezca la comunicación abierta, fluida, clara, congruente, específica y franca, más pronto se iniciarán relaciones libres y honestas, mismas que influirán en la autoestima del paciente diabético, floreciendo el afecto y el cariño en su cuidado, elementos importantes en la atención y el tratamiento.

Otro de los elementos que es necesario retomar en cuanto a la participación de la familia en el tratamiento del paciente diabético y retomando los criterios señalados con anterioridad de acuerdo a Satir encontramos:

La Individualidad, la cual no es más que la autonomía de los miembros de la familia del paciente diabético. Mientras esta sea respetada, la familia se desenvolverá de una manera funcional, aquí las diferencias individuales no sólo son toleradas, sino estimuladas para favorecer el crecimiento individual de cada uno y del grupo como totalidad.

Toma de decisiones es otro elemento a retomar el cual hace referencia a la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema. En las familias disfuncionales importa más ver quien va a salirse con la suya y consecuentemente, los problemas tienden a no ser resueltos porque nadie quiere perder.

Respuesta ante las demandas del cambio un sistema familiar funcional es lo suficientemente flexible como para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis^{*} sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio en una familia disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología^{*} (angustia, depresión, trastornos de conducta, etc.) cuando las demandas o crisis amenazan con romper el equilibrio.

De acuerdo con este enfoque se considera que el paciente diabético ha sido llevado por su familia a asumir el papel de enfermo, y su enfermedad cumple una función en el grupo familiar, por lo que es importante dar énfasis en la función afectiva de la familia como parte esencial en el tratamiento del paciente diabético.

* Glosario
* Glosario

2.5.2 Apoyo Familiar en las Complicaciones del Paciente Diabético

Considerando que una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar **apoyo** a los miembros que la integran.

En el caso de la presencia de la diabetes, ésta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional ya que gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.

Uno de los **acontecimientos vitales estresantes** que obligan a una readaptación de la homeostasis^{*} familiar es la aparición de una enfermedad crónica como la diabetes en uno de sus miembros.

Ante el diagnóstico de una enfermedad como lo es la diabetes, con su condición de cronicidad y que exige la modificación en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada.

El factor común en todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de a familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles y roles a desempeñar.

Con los cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al enfermo, el cual puede desencadenar sentimientos de culpabilidad.

^{*} Glosario

La aparición de la diabetes sitúa al *sistema familiar* ante una situación nueva e inesperada. Conlleva la carga emocional de una enfermedad que no se cura; que precisa de tratamiento continuo y permanente; que exige medidas terapéuticas basadas en cambios de hábitos de vida, tanto en el sentido dietético como en el del ejercicio físico con las dificultades reales de adaptación que ello exige para el resto de los miembros de la familia.

Con las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, la familia procesará y reaccionará de acuerdo a su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado que este padecimiento requiere, sobre todo en relación con acontecimientos dramáticos e impactantes como ceguera, amputaciones, hospitalizaciones frecuentes, nefropatías^{*}, entre otras.

El impacto que genera la diabetes sobre la familia va a depender de la fase del ciclo vital en el que se establezca el diagnóstico.

En cualquiera de éstas fases, el paciente frente a la enfermedad experimentará, de acuerdo con sus creencias previas y expectativas, un sufrimiento relacionado con la diabetes o más aún con la pérdida de la salud que el mismo padecimiento conlleva.

En el caso de las parejas sin hijos se plantearán la cuestión de tenerlos o no. Ya que a los padres les preocupa que sus hijos puedan “heredar” la diabetes.

* Glosario

Si la paciente es mujer, le preocupará el posible impacto del embarazo sobre su salud y la de su bebé, y su capacidad para cuidar un lactante.

En el caso de la diabetes gestacional nos encontramos con el impacto emocional que para una familia supone una enfermedad que entienden “provocada” por el embarazo y el miedo a sus posibles consecuencias.

El diagnóstico de diabetes en un hijo provoca un clima de drama y abatimiento, de rechazo y agresividad. Genera en los padres reacciones emocionales intensas, incluyendo ansiedad, depresión y culpa, que pueden llevar a una importante disfunción familiar.

El diagnóstico de diabetes en la edad adulta o la aparición de sus complicaciones, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital familiar en el que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional.

Como en otras familias en la que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica, es posible que se culpe a la diabetes de todos los problemas, achacando a ésta la existencia de una disfunción familiar lo cual dificultará, el correcto control de la enfermedad, generándose un círculo vicioso en donde la disfunción familiar va a generar el inadecuado manejo de la enfermedad y viceversa.

Por lo que la familia tendrá que poner en marcha todos los recursos con los que cuenta, su cohesión, su capacidad de adaptación y de apoyo y su capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar, mismo que le permita enfrentarse a las situaciones estresantes.

Convirtiéndose la familia en una auténtica **Unidad de Cuidados** que facilitará el correcto control integral y no sólo metabólico de la persona diabética, por otro lado le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que pueden ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones.

CAPÍTULO 3

EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

3.1 Historia del Trabajo Social en la Salud

En este capítulo se presenta una breve descripción histórica del desarrollo y la práctica del Trabajo Social para comprender la labor que desarrolla en el área de la salud, por lo que se requiere remontarnos a los orígenes de éste, para lo cual se retomará los aportes de la Maestra Aída Valero Chávez.

Desde sus comienzos hasta lo que actualmente es, el Trabajo Social ha pasado por diferente etapas, relacionadas a su vez con diferentes periodos de la historia social de los países.

Aún antes de la creación de Escuelas de Trabajo Social, en nuestro país existían personas que dentro de los hospitales se dedicaban a ayudar a los enfermos cuya pobreza les impedía proveerse de medicamento, prótesis, etc.

En América Latina, la primera Escuela de Trabajo Social se fundó en Chile en 1925, iniciándose el Trabajo Social como una actividad técnica de colaboración preferentemente para-médica.

Su actividad principal se desarrollaba en los hospitales usando de preferencia el método de caso individual, en donde el Trabajador Social se desempeñaba como una especie de asistente médico, para desarrollar un mejor tratamiento de las enfermedades; fungiendo como auxiliar contralor, desempeñando a veces otros roles más amplios, pero girando siempre en torno al problema dominante en el logro de la recuperación de la salud.

Es a partir de 1943, cuando se empiezan a contratar Trabajadores Sociales para desempeñar ciertas funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada.

Al principio se ocupaban de lo que era la asignación de cuotas, promoviendo a su vez la ayuda material para aquellos enfermos que presentaban mayores carencias. Posteriormente a medida que fue destacando el papel del Trabajador Social, se le empezó a ubicar como el profesional capaz de mantener la conexión entre el paciente y su hogar, cuando éste se encuentra fuera de su medio familiar.

A partir de ésta fecha se fueron ampliando paulatinamente los servicios médico-asistenciales: dormitorios, centros de salud, hospitales, entre otros.

Siendo significativa la intervención de los Trabajadores Sociales egresados de las escuelas existentes en esa época, las cuales tuvieron una participación importante ya que proyectaron la acción de los centros a través del trabajo en grupo, con el objeto de preparar a los individuos para una labor realizada en beneficio de la comunidad.

Formando parte del equipo técnico de dichos centros, le correspondía sensibilizar a los individuos o grupos para que conocieran, aceptaran y desarrollaran hábitos y actitudes que les permitieran alcanzar un mejor nivel de vida y una convivencia armónica y sana.

En 1954 se establece en forma más organizada el departamento de Trabajo Social, siendo el Hospital Infantil de México considerado como la

institución de mayor prestigio y relevancia en torno al Trabajo Médico Social; considerándose a éste como la cuna del ejercicio y aprendizaje del Trabajo Social en nuestro país.

La función que desempeñaba el Trabajador Social consistía en realizar estudios de caso en el hogar del menor, ayudando a la adaptación del niño al hospital, ambientándolo y manteniéndolo vinculado con su familia, así como en las labores de recuperación hospitalaria; también fijaba las cuotas, en relación con los ingresos de la familia.

En cuanto a las instituciones de seguridad social en las que incursionó el Trabajador Social se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se incorporó a Trabajadoras Sociales, las cuales se dedicaban al estudio de las inconformidades, tales como el exceso de trámites en la atención médica, extemporaneidad de los servicios, dilación en el pago de subsidios, entre otras.

Durante el régimen del presidente Adolfo López Mateos, se promovió la Reforma Legislativa para incorporar los derechos de los trabajadores del Estado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lográndose a través de la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales y su Ley respectiva.

Es así como poco a poco se fueron ampliando las funciones del Trabajo Social, entre las que encontramos: las visitas domiciliarias, el estudio y tratamiento social de pacientes ambulatorios; orientación a los derechohabientes y el fomento de actividades sociales y culturales dentro de las clínicas.

En el área de la salud mental el Trabajo Social incursionó, específicamente en el ámbito de la Psiquiatría Infantil contribuyendo en la integración del diagnóstico médico social del paciente.

En lo que respecta a la metodología empleada por los Trabajadores Sociales en estas instituciones encontramos que originalmente se utilizó el **Trabajo Social de Casos**, el cual se inició con las llamadas inspectoras sociales que realizaban visitas a domicilio, para completar el diagnóstico clínico, a través del cual se estudiaba más profundamente la enfermedad y la situación económica del paciente, para ejecutar un tratamiento ordenado y adecuado a su realidad social.

Actualmente se le considera al Trabajo Social como parte importante en el proceso salud enfermedad ya que es el encargado de estar frente a la persona que manifiesta alguna disfunción bio-psico-social y que requiere de ayuda especializada.

El objetivo del Trabajo Social de Casos es investigar las causas del problema, emitir un diagnóstico socioeconómico, dar un pronóstico y establecer un plan de acción para iniciar el tratamiento, en el cual el sujeto en estudio tendrá una participación activa en la superación de su problemática.

Posteriormente y a partir de la década de los 70's se fue incorporando el **Trabajo Social con Grupos**, el cual consistía básicamente en el tratamiento de ciertos padecimientos, para la rehabilitación física y mental y posteriormente se observó una nueva tendencia orientada hacia

la prevención y cuidado de la salud, mediante la educación para la salud, incorporándose poco a poco al trabajo Inter. y multidisciplinario.

Con este panorama el Trabajo Social en la Salud ha tenido varios logros tales como:

- Las Instituciones públicas y privadas en el área de la salud implementaron la participación del Trabajador Social.
- Se tomó en cuenta la investigación como base de la solución de los problemas.
- Se incluye en la estructura orgánica de las instituciones los niveles jerárquicos del Trabajo Social en base a las funciones que desempeña.
- Se incrementa el Trabajo Social con grupos con fines terapéuticos y sociales con los derechohabientes y familiares que asisten a los servicios.
- Se logra la especialización del Trabajo Social Hospitalario, en rehabilitación, planificación familiar, y salud mental, enfocado en acciones específicas de los programas prioritarios de cada una de las instituciones.

Como se puede ver en un primer momento las actividades que el Trabajador Social realizaba se limitaban a la fijación de cuotas para los enfermos que presentaban mayor carestía, pero a medida que la intervención del Trabajador Social se fue desarrollando, se convirtió en el

profesional capaz de establecer el vínculo entre la familia, el paciente y el médico contribuyendo en la modificación del medio familiar del enfermo, así como en su educación y rehabilitación.

3.2 Objetivos y Funciones del Trabajador Social en el área de Salud

Es común definir al Trabajo Social por su función, es decir por lo que hace. Evidentemente para que el Trabajador Social pueda ejercer su papel es necesaria la presencia de un individuo, un grupo o una comunidad que demande sus servicios frente a una situación vivida como problemática.

El Trabajador Social no restituye la salud, el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y de apoyo en las acciones medico sanitarias a través de programas integrados.

Por tanto los objetivos de éste se insertan en los objetivos generales de la institución de salud de la que forma parte, enfocados éstos desde el punto de vista de las necesidades y de los problemas sociales, los cuales como son tan complejos, deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, debiendo tener necesariamente relación entre ellos para poder cumplir los generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud.

A medida que se avanza en la práctica profesional en ésta área se ha ido conceptualizando su quehacer profesional; sin embargo se debe reconocer la tendencia reciente entre el sector que va hacia una concepción social de la medicina y que percibe el proceso de salud-enfermedad como un proceso inherente a unas determinadas condiciones histórico-sociales.

Por lo que se incluyen las siguientes definiciones:

“El trabajador social en el área de la salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencias y necesidades inciden en la salud, por lo que requiere de identificar las formas y medios para preservarlo y recuperarlo, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos”³¹.

O bien, considerar “al Trabajo Social del Área de la Salud como la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades”³².

Finalmente todas las orientaciones citadas anteriormente reconocen la intervención de factores biológicos, sociales y psicológicos, mismos que nos llevan a la configuración de las funciones que el Trabajador Social realiza en dicha área.

Se puede decir que el Trabajador Social es aquel profesional del equipo de salud que mediante el conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en aquellas acciones metodológicas, tendientes a la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo, grupo o comunidad.

³¹ (Terán, 1983: 23)

³² (Terán, 1983: 23)

Desde esta perspectiva el Trabajador Social Médico requiere de la formación especializada misma que le permita la conjugación de aquellos elementos de administración, educación e investigación para el conocimiento y la intervención en éste ámbito, participando activamente con el equipo de salud.

Por lo que su formación está orientada a la investigación socio-médica, la cual le permite conocer los aspectos sociales que participan en el proceso de salud-enfermedad, promoviendo la organización de la población a fin de que participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, generando modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados.

El Trabajador Social por lo tanto tiene como Objetivo General en el área de la salud, el siguiente:

“Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud”³³.

Y como Objetivos específicos:

1. “Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas de Estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.

³³ (Terán, 1983: 44)

3. Participar en la planeación, la ejecución, el control y la evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.
4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen, consciente y activamente, en los programas de salud.
5. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de ésta área, generando modelos de intervención para la acción social³⁴

Tomando en cuenta estos objetivos, podemos considerar "las funciones particulares que corresponden al perfil profesional son:

- a) Investigación
- b) Administración
- c) Educación
- d) Asistencia
- e) Enseñanza
- f) Promoción Social o comunitaria
- g) Orientación legal y de Medicina del Trabajo
- h) Sistematización (Teorización de T.S.)

³⁴ (Terán, 1983: 25)

“Las cuatro primeras pueden ser consideradas como funciones básicas en el área, tanto por su amplitud como por la regularidad de sus acciones, mientras que las funciones de promoción social o comunitaria y las de orientación médico legal (en aspectos penal y del trabajo), están condicionadas a programas generales o bien al nivel de atención de la instancia operativa”³⁵.

³⁵ (Terán, 1983: 45)

3.3 Niveles de Atención

La definición de los niveles de atención en los que participa Trabajo Social se hace necesario, ya que la atención a los usuarios y a sus familiares debe ser integral, por tanto el Trabajador Social, durante la atención de un individuo o de un grupo, parte de la visualización de sus necesidades, en lo particular, en lo familiar y como grupo específico para planear e integrar acciones según sea el caso.

“El Estado ha propiciado la creación de organismos financiados tripartitamente, que brinda atención médica a los sectores de trabajadores organizados del país, tales como el ISSSTE, que protege al trabajador del Estado; el IMSS, que proporciona servicios médicos a los trabajadores asalariados principalmente; y la S.S.A., que se encarga de atender a la población que no está incluida en los dos organismos anteriores”³⁶.

La reestructuración de los servicios de salud, ha marcado una importante cobertura para el trabajo que han venido desarrollando los Trabajadores Sociales en ésta área.

Margarita Terán maneja que en dicha reestructuración la atención primaria ha sido dividida en tres subniveles:

- a) **SUBNIVEL DE AUTOATENCIÓN:** Consiste en promover la participación de la población de áreas geográficas bien delimitadas. Se inicia con un diagnóstico de necesidades y recursos para la salud, a través de la observación de los

³⁶ (Terán, 1983: 88)

cuidados de la familia, su práctica de medicina tradicional, hábitos cotidianos de alimentación, higiene y abrigo, educación, formas de integración, organización y solidaridad social.

Una vez integrado este diagnóstico, se procede a establecer un programa de proyectos específicos para finalmente evaluar los resultados. Dichos programas requieren de la puesta en marcha de diferentes modelos de intervención de Trabajo Social.

- b) **SUBNIVEL DE APOYO TÉCNICO O AUXILIAR:** Incorpora personal de la comunidad, capacitado en educación para la salud, en prevención de las enfermedades, en cuidado materno infantil, higiene y saneamiento ambiental. Participando el Trabajador Social en la identificación de las personas aptas en este subnivel, así como en su capacitación, promoviendo el fortalecimiento de los grupos existentes o formando grupos para la atención de los problemas de salud.
- c) **SUBNIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA:** Se apoya en personal no médico que se incorpora a los programas a fin de promover la educación para la salud y la atención de los problemas de salud más comunes, también implica la actividad de enlace y canalización de enfermos a unidades médicas.

En cuanto a los niveles secundario y terciario, estos implican la estructura de equipos interdisciplinarios compuestos por médicos y enfermeras, con instalaciones equipadas específicamente, cuyo nivel de intervención requiere de la especialización del

personal. En lo que respecta al Trabajo Social, implica realizar acciones con tendencia a reforzar el tratamiento médico, mediante la participación del enfermo y sus familiares, a través de procesos de atención individualizada o con grupos de atención para la conservación de la salud.

3.4 El Trabajador Social y el Equipo Interdisciplinario de la Salud

Cualquiera que sea el sistema de atención médica y de organización de Salud adoptado por la sociedad, el estudio científico de la salud y enfermedad, debe analizar las interrelaciones y correlaciones de estos dos estados con las cambiantes condiciones sociales.

Una medicina así concebida rebasa las posibilidades de la acción individual y pasa a ser responsabilidad conjunta del personal médico, paramédico y de la sociedad en general.

Esto implica un trabajo integrado, en equipo, mismo que permite concretar el concepto social de la salud-enfermedad, y superar el aislamiento profesional frente al caso individual.

Es evidente que ésta práctica de equipo potencializa el trabajo de salud y mejora enormemente la calidad de los servicios ofrecidos.

En este sentido se puede definir al Equipo de Salud como:

“Es el conjunto de técnicos y administrativos trabajando armónicamente en un programa de salud con objetivos precisos y en el que cada cual tiene una responsabilidad determinada”³⁷.

En este equipo participan médicos clínicos, enfermeras, trabajadores sociales, laboratoristas, higienistas, epidemiólogos, entre otros.

³⁷ (San Martín, 1988: 868)

Hernán San Martín maneja que las ventajas del Trabajo en Equipo, en los programas de salud son evidentes ya que por un lado:

- Se enfrenta el problema de salud en su multicausalidad, pero con unidad.
- Se evita la duplicación de esfuerzos.
- Se da cohesión a los programas de Salud.
- Se unifican conceptos y técnicas.
- Se fomenta la solidaridad y las buenas relaciones entre los componentes del equipo y de éste con la comunidad.

Esta práctica conjunta permite concretar el concepto de salud-enfermedad, superando el aislamiento profesional, potenciando el trabajo en el área de la salud.

3.5 El Trabajador Social en la Educación para la Salud

En la práctica, todo el personal de salud tiene la responsabilidad de realizar actividades educativas aprovechando el contacto que por diversas circunstancias tiene con la población y en forma especial cuando el individuo así lo requiera.

“La educación para la salud se constituye formalmente como disciplina en 1921, cuando el Instituto de tecnología de Massachussets impartió el primer programa de educación para la salud”³⁸.

Siendo hasta 1977, cuando se edita un importante documento por parte de la Society for public health education, el cual consiste en esclarecer el papel y las funciones de los educadores de la salud pública.

“Por educación para la salud se entiende, siguiendo a Green (1976), cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”³⁹.

La educación para la salud implica un nuevo conocimiento que se dirige básicamente a la formación y adquisición de habilidades que contribuyan a que el individuo tome sus propias decisiones en cuanto a la adopción de nuevos hábitos en materia de salud.

Tomando en cuenta la evolución conceptual que se ha venido dando en la educación para la salud actualmente se le concibe como:

³⁸ (Polaino, 1987: 55)

³⁹ (Polaino, 1987: 56)

“La educación para la salud, anteriormente denominada educación higiénica y también designada como educación sanitaria, comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva”⁴⁰.

Se puede decir que la finalidad de la educación para la salud consiste en ayudar a los individuos a promover, proteger y restaurar la salud mediante su comportamiento y esfuerzo.

Por lo tanto es fundamental el conocimiento y las experiencias que tenga la población en relación a la promoción, protección y restauración de la salud, ya que son factores que condicionan en buena medida el comportamiento de la misma en cuanto a la salud y a la enfermedad.

Por tanto la medicina actual debe ser esencialmente preventiva, por lo que se requiere dar mayor énfasis a la educación para la salud de la población, tanto para lograr el efectivo cuidado de la misma, cambiando su ideas, actitudes y comportamientos, de esperar enfermarse, para pensar en prevenir, como para favorecer el uso adecuado de los servicios existentes.

Dicho cambio depende de muchos factores, entre otros, de la edad, estructura económica, valores culturales, vivencias, interés, recursos y técnicas empleadas.

⁴⁰ (Sánchez, 1994: 139)

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Esto implica un esfuerzo propio, siendo necesario que el propio individuo tenga o se le motive ese interés y esa necesidad de cambio, ya que sólo cambiará su conducta si comprende lo que debe hacer y si esta convencido de que el hacerlo es un medio para alcanzar el fin deseado.

Por la importancia que guarda la salud en las condiciones generales de vida de la población y por la propia función humanística de sustentar sus acciones en la organización y fomento de la participación efectiva del individuo, podemos deducir la importancia de la participación del Trabajador Social en estos programas.

El Trabajador Social tiene un campo de acción muy amplio, tanto en aquellos programas de atención individual, como grupal y colectivos, considerándolo como un elemento que promueve el cambio de actitudes que inciden de manera desfavorable en la salud, remplazándolo por conductas que favorecen su fomento, conservación y restauración a través de:

- “El desarrollo de hábitos y costumbres saludables en la población.
- El cambio de factores sociales que inciden negativamente sobre la salud.
- La promoción de cambios comportamentales en aquellos sujetos en que ciertas conductas generan consecuencias que van en detrimento de la salud.

- La modificación de los estilos de vida a cuyo término, de una u otra forma, aparece siempre la enfermedad.
- La promoción de que la salud es un valor que cada persona tiene la responsabilidad de custodiar y acrecer, en lugar de transferirla a la comunidad, etc.⁴¹

Por lo tanto las funciones del Trabajo Social se llevan a cabo tanto a nivel local, regional como nacional, contribuyendo al conocimiento de los problemas y los recursos en materia de salud pública, promoviendo la coordinación de esos recursos, y participando en la elaboración y ejecución de programas, organizando y fortaleciendo los grupos, concientizando a la población sobre sus problemas de salud y las posibles alternativas de solución, fomentando una participación activa y efectiva en la resolución de dichos problemas.

Hablando específicamente de la Educación para a Salud, en el abordaje terapéutico del diabético, encontramos que es parte esencial de éste. Considerando que la diabetes es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo.

Desde su diagnóstico, el diabético debe realizar un laborioso cuidado que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, el manejo de técnicas de autoinyección hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene, entre otros.

⁴¹ (Polaino, 1987: 57)

No se puede introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiriera un papel protagónico en el control de su enfermedad, tomando en cuenta que el manejo de la diabetes está en manos del propio diabético principalmente.

El conocimiento por parte del paciente acerca de la diabetes y sus implicaciones amplía el interés en el tratamiento y propicia su cooperación en el mismo.

El Trabajador Social se enfrenta a una ardua tarea, que es la de educar, ya que sólo se alcanza el éxito si todos los implicados en la atención de las personas con diabetes reconocen la necesidad del componente educacional, que se asume en alguna forma de aprendizaje y entrenamiento en métodos.

Tomando en cuenta que uno de los campos de acción de la educación para la salud se circunscribe al paciente diabético, ya sea a nivel hospitalario, ambulatorio o en el hogar, se hace necesario a efecto de lograr su participación activa, la cooperación de la familia.

Por lo que es importante destacar que el Trabajador Social como educador en salud, debe fomentar la participación de la familia en el cuidado del diabético, ya que las interacciones familiares son las que sostienen o perjudican la conducta terapéutica del paciente y éstas en cierta forma son el reflejo de algunas características en la familia.

Educación no es informar, ya que cuando informamos, simplemente transmitimos conocimientos, por lo que el proceso educativo es algo más complejo, en el influyen múltiples factores como son:

- El conocimiento,
- Factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencia de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.),
- Factores ambientales (familia, amigos, recursos, trabajo, entre otros.),
- El aprendizaje se realiza en tres niveles que son:
 - El cognitivo (conocimiento),
 - El afectivo (creencias, experiencias, actitudes),
 - El psicomotor (habilidades y destrezas).

Por lo tanto la metodología del Trabajo Social y las actividades en Educación para la Salud deben contemplar el conocimiento de todos estos factores mencionados.

La educación se puede realizar en forma individual, la cual al adaptarse a las características del paciente, puede ser muy efectiva. Está indicada siempre al inicio de la enfermedad, o cuando se comienza tratamiento con insulina o en periodos de descompensación o de stress en la vida del paciente.

La educación grupal está indicada en fases posteriores, después de la educación individual, el grupo puede actuar como importante motivador y reforzador.

La educación individual es el pilar fundamental del proceso educativo, ya que es la más adecuada como primer acercamiento al paciente, en el momento del diagnóstico médico, o en el primer contacto con el equipo de salud.

Este proceso debe ser continuado en el tiempo; de aquí la importancia de establecer un plan educativo individualizado adaptado a las circunstancias personales, sociales, culturales y económicas de cada paciente, así como al tipo y momento evolutivo de la enfermedad y de graduar en el tiempo los objetivos a alcanzar, reforzando periódicamente el entrenamiento conductual a través de la relación entre los profesionales del área de salud y las personas con diabetes.

Por tanto para educar previamente hay que valorar toda una serie de factores que nos van a influir sobre el proceso educativo y que determinan directamente cómo se va a hacer, qué problemas se van a encontrar, y que soluciones se les va a dar.

En definitiva la labor del Trabajador Social consistirá en ayudar en el “saber”, que el diabético sepa lo que es bueno y aconsejable para la salud; en el “querer”, de que el paciente decida adoptar determinados comportamientos de salud; y por último el “poder”, de que tenga a su alcance los medios necesarios para realizar dicho comportamiento.

No se puede dejar de lado la evaluación, la cual debe ser considerada como un proceso continuo desde que se inicia con la educación, evaluando el conocimiento, las destrezas adquiridas por el paciente y su traducción en comportamientos y nuevos hábitos de salud.

Es indispensable hacer énfasis en la especial importancia de la educación del paciente diabético, que implica enseñar los aspectos básicos de la diabetes, promover la modificación del comportamiento, con cambios en los marcos psicológicos de referencia para que el paciente acepte su enfermedad y aprenda a vivir con ella, haciendo hincapié en su control.

La influencia del Trabajador Social en la conducta del diabético frente a esta enfermedad constituye un punto cardinal muy importante. La calidad de la relación entre el Trabajador Social y el diabético, la calidez en la atención y su acercamiento tanto con el y su familia son elementos vitales en este proceso.

Desde luego, el Trabajador Social debe funcionar como un componente del equipo de salud, y no como un elemento aislado; por lo tanto, sus actividades forman parte del conjunto de acciones que se realizan en el campo de la salud pública, creando conciencia en la población, de su padecimiento, formando una conducta crítica y fomentando la intervención comprometida para un cambio a través de la Educación para la Salud.

3.6 El Trabajador Social en la Consejería Familiar del Paciente Diabético

Desde el inicio de las actividades de promoción a la salud el personal de Trabajo Social ha asumido en forma relevante la responsabilidad de informar y de orientar a la población asistente a las Unidades de Atención Médica acerca de los programas prioritarios, utilizando diversas técnicas de comunicación educativa interpersonal y grupal.

Variadas son las formas de comunicación que se emplean en la promoción para la salud, así es frecuente referirse a la motivación, promoción, información, educación y consejería, como las opciones utilizadas para intervenir en el proceso de comunicación educativa.

En este caso se aborda específicamente la Consejería, la cual se ha definido como:

“Es el proceso de comunicación interpersonal que tiene como propósito ayudar a los usuarios de los servicios a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su salud, partiendo de un análisis conjunto de sus circunstancias individuales, de sus expectativas, así como de sus necesidades de información”⁴².

La Consejería es retomada *...”como un recurso que contribuye a elevar la calidad de la comunicación educativa interpersonal”⁴³*, en la medida en que propicia que tanto el diabético como la familia que utiliza los

⁴² (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995: 29)

⁴³ (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995: 31)

servicios de salud tomen decisiones de manera informada y voluntaria en torno a su padecimiento.

Dichas técnicas de comunicación a la vez de que permiten la transmisión de información, también permiten expresar los sentimientos y creencias, he identificar aquellos problemas relacionados con su padecimiento, que los analice, y que encuentre las posibles soluciones.

La consejería es un proceso de reflexión que, con el apoyo del consejero, permite al individuo revisar aquellos factores (biológicos, psicológicos y sociales) que inciden en su enfermedad y condicionan su comportamiento, así como la toma de decisiones más adecuadas para el manejo y control de su padecimiento.

“Los elementos técnicos y metodológicos de la Consejería constituyen el “que” y el “cómo” para que este proceso de comunicación interpersonal facilite al consejero su tarea de orientar al usuario de los servicios en la toma de decisiones sobre su salud”⁴⁴.

Las decisiones voluntarias que se toman deberán basarse en una orientación profesional y en el análisis conjunto de las circunstancias particulares tanto del paciente diabético como de la propia familia.

Cabe señalar que el consejero en este caso el Trabajador Social es el que escucha, transformándose en receptor, por lo tanto, la importancia de la Consejería en la Promoción para la salud estriba en permitir una

⁴⁴ (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995: 31)

comunicación directa y privada, con la familia en este caso del paciente diabético, más allá de la simple información como se mencionó anteriormente, y con un carácter más profundo.

De acuerdo a los propósitos que presenta la Consejería, se retoman aquellos que presenta el Instituto Mexicano del Seguro Social en su publicación sobre Contenidos de apoyo para la capacitación sobre consejería, destacando los siguientes:

- Favorecer un papel activo y responsable en el usuario.
- Contribuir a que el usuario tome decisiones informadas y voluntarias acerca de su padecimiento.
- Ayudar al usuario a considerar sus necesidades y sentimientos particulares.
- Permitir al usuario que valore los beneficios y riesgos de la adopción de otras conductas de protección a la salud.

“Las técnicas esenciales que maneja el Consejero son:”⁴⁵

- Escuchar atentamente- Comunicación no verbal
- Parafrasear
- Formular preguntas significativas
- Identificar y reflejar sentimientos

⁴⁵ (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995: 33-35)

- Dar validez al usuario
- Proveer información
- Resumir
- Llegar a un acuerdo

De aquí la importancia de que el Consejero sea una persona con capacidad y habilidad para proporcionar ayuda a las personas de acuerdo a su problemática y en la toma de decisiones en relación a la adopción de aquellas medidas de mayor eficacia y continuidad, clarificando aquellas dudas e inquietudes, disminuyendo temores, despejando aquellos mitos y conflictos relacionados con su padecimiento.

Por lo tanto *“la labor del consejero no es una tarea que pueda realizarse con facilidad si se analiza en toda su magnitud y su alcance. El ser consejero es una profesión exigente y obviamente la preparación debe ser igualmente exigente; el consejero debe estar comprometido con su propio crecimiento físico, intelectual, emocional, social y ciertamente debe aprender a tratar con la problemática de su propia vida, no de una vez por todas, ya que es una persona en proceso, sino en forma constante”*⁴⁶.

⁴⁶ (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995: 40)

CAPÍTULO 4

EL TRABAJO SOCIAL EN LA CLÍNICA ISSSTE DE URUAPAN, MICHOACÁN

4.1 El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), es una Institución médica para la atención pública descentralizada, que cuenta con personal jurídico y patrimonio propio, creada para elaborar programas de Seguridad Social encaminados al beneficio de los trabajadores al servicio del Estado, de organismos públicos que por ley del ejecutivo federal se han adherido a su régimen.

La Clínica ISSSTE, brinda servicios a todos los trabajadores del Estado, a los familiares de éstos, a los pensionados y jubilados y a los de carácter ambulatorio que no son derechohabientes, pero que ingresan a la institución en caso de urgencia.

La Clínica ISSSTE, presta sus servicios de salud siendo proporcionados principal y directamente por el estado; coordinándose con instituciones del sector salud y recibiendo apoyo de instituciones como: IMSS, Secretaría de Salubridad y Asistencia y DIF, los cuales brindan sus servicios de salud y tienen programas de salud en todo el estado.

En aquellos casos en que los pacientes requieren un tercer nivel de atención son enviados a las clínicas de Morelia, Guadalajara, y México, las cuales cuentan con las especialidades de Cirugía reconstructiva, neumología, alergología, entre otras.

La Clínica del ISSSTE de ésta Ciudad de Uruapan, cuenta con el conjunto de recursos técnicos médicos necesarios para dar solución a

problemas de salud específicos, de regular complejidad en su diagnóstico, manejo y resolución.

Proporciona atención de consultas externas y hospitalización, dando tratamiento a los padecimientos de los usuarios que requieren de los servicios de:

- Medicina Interna
- Urología
- Cirugía Maxilofacial
- Medicina Familiar
- Medicina Preventiva
- Cirugía General
- Pediatría
- Gineco-obstetricia
- Cardiología
- Oftalmología
- Dermatología
- Otorrinolaringología
- Traumatología

Para llevar a cabo esto la institución cuenta con un edificio propio, el cual consta de dos pisos, con una planta alta y una planta baja.

En la planta baja se encuentran los siguientes departamentos: Farmacia, Trabajo Social, Vigencia de Derechos, Relaciones Públicas, Coordinación, Consultorios Familiares, Patología, Dermatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Odontología, Medicina Preventiva, Planificación Familia, Ginecología, Urología, Oftalmología, Consultorio exclusivo para el servicio de los jubilados y pensionados, Rayos X, Laboratorio, Traslados, Banco de Sangre, Urgencias, y Hospital.

En la planta alta se encuentra el departamento de Estadística, Investigación y Enseñanza, Enfermería, Recursos Materiales y de Personal, Administración, Subdirección y Dirección.

4.2 Antecedentes Históricos de la Institución

La Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, fundada por Ley en 1925, es el antecedente institucional más remoto del ISSSTE.

Fue creada para proteger a todos aquellos que percibieran sueldo con cargo del Estado y estaba facultada para otorgar pensiones por vejez, inhabilitación, muerte o retiro y, posteriormente, se le autorizó para otorgar préstamos a los trabajadores afiliados para diversos fines, como una manera de invertir los excedentes del fondo de pensiones.

Sin embargo la atención médica no quedó comprendida entre sus atribuciones legales y el trabajador al servicio del Estado o bien hacía uso de los servicios médicos privados o pugnaba en cada institución porque ésta subrogara^{*} la atención médica o dispusiera de Clínicas y Hospitales que proporcionaran estos servicios a sus respectivos trabajadores.

Lo anterior determinó que varias dependencias federales crearan unidades propias para dar servicios médicos, así la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció diversas Clínicas y un Hospital para sus trabajadores; la Secretaría de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas estableció un hospital y servicios foráneos, entre otros.

Sin embargo este sistema de atención resultaba limitado y heterogéneo. La situación no cambió sustancialmente cuando se aprobó la nueva Ley de Pensiones Civiles en 1947, que sustituyó a la de 1925, pues

^{*} Glosario

sólo dio un paso inicial al garantizar los servicios de atención médica limitados y exclusivamente a los accidentes laborales y de trabajo.

Para la atención de estos casos la Dirección de Pensiones Civiles no dispuso la creación de unidades propias sino que se limitó a cubrir los gastos médicos en que los trabajadores incurrieran por este concepto, además de otorgarles pensiones o indemnizaciones que les correspondían.

Al paso del tiempo algunos de los servicios de atención médica a cargo de las dependencias se fueron haciendo cada vez más importantes, como en el caso de la Secretaría de Educación Pública la cual, organizó un servicio médico con aportación de los Trabajadores y del Estado que permitió ampliar el número de unidades y extender su cobertura a otras entidades.

Lo anterior dio origen a un patronato que administraba la atención médico-asistencial para los trabajadores de la SEP y para sus familias. La infraestructura resultante posteriormente fue uno de los principales apoyos del nuevo sistema de servicios para los empleados públicos que quedó a cargo del ISSSTE a partir de su creación en 1960.

Fue en esta fecha cuando el Instituto emprendió la construcción de las primeras clínicas en el D.F. y algunas en diversas entidades federativas como son: Tampico, Puebla, Culiacán, los Mochis y Mazatlán, etc.

Así, con el fin de mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención a la salud y para proporcionar servicios médicos que requerían los empleados públicos del Estado de Michoacán se inauguró en la Ciudad de

Uruapan la Clínica ISSSTE, en Mayo de 1961, iniciando a funcionar en la calle de Morelos No. 141, siendo su primer Director el Doctor Enrique Zárraga Muñóz, considerado como uno de los fundadores de ésta clínica en coordinación con el Doctor Edmundo González.

Brindándose una atención en forma oportuna y eficiente a todos y cada uno de sus afiliados, posteriormente se unieron los municipios de Nueva Italia, Paracho, Lombardía, Coalcomán y pueblos de sus alrededores.

La forma de atención al derechohabiente por parte de esta clínica era muy limitada ya que no se contaba con los recursos necesarios para que se otorgara un servicio de calidad además de que no contaba con un edificio propio, por ello después de 22 años se presentó la oportunidad de construirse un inmueble que permitiera proporcionar atención a más de 20,000 derechohabientes que en ese entonces se logró su afiliación al servicio médico del ISSSTE.

Cinco años después la Clínica cambia su ubicación estableciéndose en la calle Acapulco No. 22, continuando como Director el Doctor Enrique Zárraga, ofreciéndose los servicios de laboratorio, hospitalización y rayos X.

Con el fin de mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención a la salud el 17 de Junio de 1983 se unifican esfuerzos y se inaugura en esta fecha la Unidad Médica Hospitalaria ubicada en la calle Estocolmo No. 658, en la zona habitacional Fovissste, siendo nombrado como nuevo Director al Doctor Jesús Adolfo Rubio, iniciándose las labores con las especialidades

básicas como son: Ginecobstetricia, Pediatría, Ortopedia, Cirugía General y Medicina Interna, además de contar con el apoyo de Anestesiología, Radiología, Análisis Clínicos, Odontología, Medicina General y Medicina Familiar.

Actualmente la dirección de la Clínica se encuentra a cargo del Doctor Juan José Maldonado Calderón, el cual se desempeña en éste puesto a partir del mes de Mayo del 2000.

El Instituto ha emprendido reformas en este servicio, adoptándose un modelo de atención a la salud por niveles, regionalizando y dando prioridad a la medicina preventiva, este modelo tiene los siguientes propósitos:

- a) Establecer claramente tres niveles de atención y dar prioridad al fortalecimiento del primer nivel.
- b) Incrementar los recursos y acciones en el campo de la medicina preventiva.
- c) Lograr el aprovechamiento óptimo de la capacidad instalada.
- d) Modernizar la estructura administrativa.
- e) Homologar los salarios del personal médico con los del resto del Sector Salud.

4.2.1 Misión Institucional

“Dar atención con calidad y calidez”

4.2.2 Objetivos de la Institución

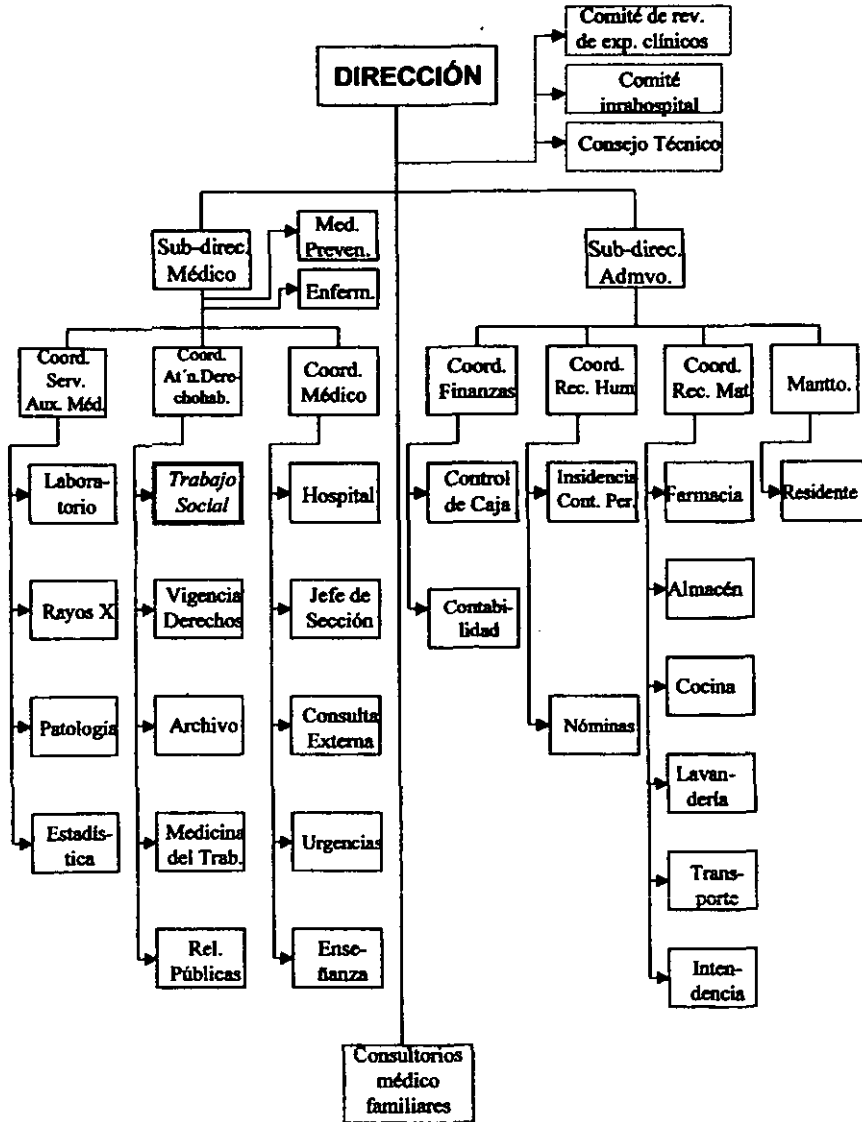
- Lograr el bienestar social en el área de salud.
- Mejorar el nivel de salud de los derechohabientes de la institución a través de aumentar la cobertura, calidad, humanitarismo y oportunidad de los servicios.
- Organizar regularmente los servicios de salud.
- Abatir la oportunidad de los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia, brindando atención médica oportuna e integral al derechohabiente, coordinándose con las demás unidades de su organización y delegación.
- Fortalecer el sistema de medicina familiar.

4.2.3 Programas Institucionales

- ◆ Inmunizaciones
- ◆ Detección y control de enfermedades transmisibles (tuberculosis, sífilis, gonorrea, fiebre reumática, paludismo, sarna)
- ◆ Detección y control de enfermedades no transmisibles (cáncer cervico-uterino y mamario, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, cardiopatías).
- ◆ Planificación Familiar

- ◆ **Odontología Preventiva**
- ◆ **Atención Materno Infantil**
- ◆ **Investigación epidemiológica**
- ◆ **Capacitación en salud para la población**
- ◆ **Actualización y adiestramiento en medicina preventiva**
- ◆ **Atención primaria para la salud**

4.2.4 Organigrama de la Institución



4.3 El Departamento de Trabajo Social

Con el establecimiento de la Clínica ISSSTE el 17 de Julio de 1983, se incluye al Trabajador Social como miembro del equipo de salud, por lo que se crea el Departamento de Trabajo Social, cuya función primordial fue *coordinar e integrar las acciones de éste profesionista al sistema de salud, insertándose los objetivos del Trabajo Social en los objetivos generales de la Clínica, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales.*

Entre los Objetivos Generales se encuentran los siguientes:

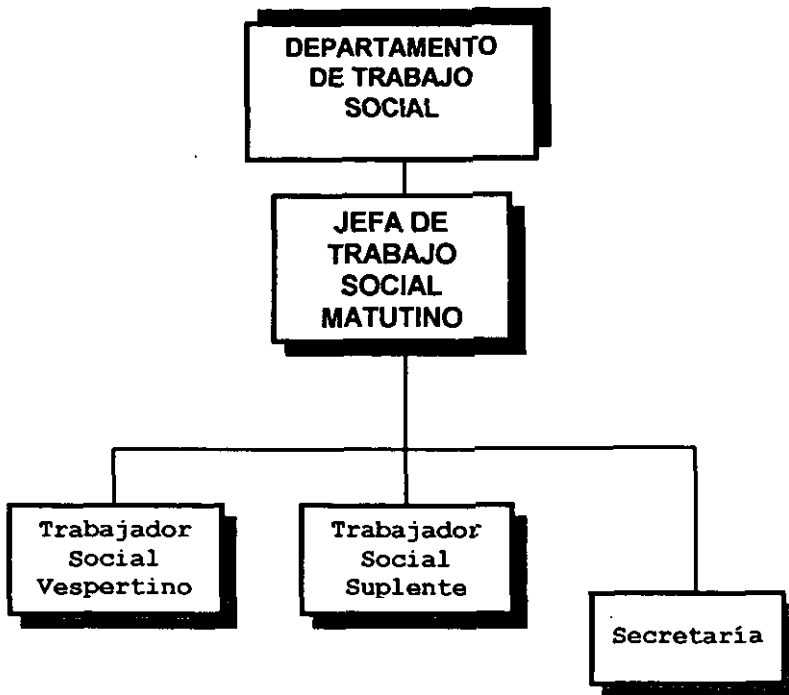
- a) Participar interdisciplinariamente con el equipo de salud en la promoción, educación, protección y restauración del bienestar biológico, psicológico y social de la salud del individuo.
- b) Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales.
- c) Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

Actualmente el Trabajador Social juega un papel muy importante al ser un profesionalista que promueve acciones concretas reflejadas en programas de salud, mediante el estudio y conocimiento de los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad proponiendo alternativas de solución en los problemas detectados que presentan los derechohabientes.

Los Servicios que brinda el departamento de Trabajo Social son:

- Participar con el equipo de salud, en la atención médica integral de los derechohabientes y sus familiares.
- Brindar apoyo técnico para que todo derechohabiente reciba atención médica integral.
- Colaborar en las recuperaciones de los pacientes con dificultades personales o ambientales relacionadas con la preservación de la salud, la convalecencia y la readaptación.
- Se ocupa de la problemática social que presenta el individuo enfermo y su familia.
- Colaborar en las orientaciones médico-sociales.
- Colaborar en el campo de la medicina preventiva a través de la educación para la salud.

El Departamento de Trabajo Social se encuentra organizado de la siguiente manera:



De acuerdo al organigrama, las Trabajadoras Sociales tanto del turno vespertino, como la suplente se encuentran dirigidas por la Jefa de Trabajo Social, la cual se encuentra en el turno Matutino, y tiene como función primordial:

Coordinar las actividades de cada una de ellas y asignar las tareas correspondientes, para que éstas se lleven a cabo contribuyendo así en el logro de los objetivos de la institución.

Funciones Específicas:

- a) Velar porque las funciones administrativas y técnicas del departamento sean ejecutadas en forma adecuada.
- b) Participar en la elaboración del presupuesto anual en lo que se refiere a su departamento.
- c) Participar en la selección del personal que deba incorporarse al Departamento.
- d) Efectuar los estudios sobre las necesidades de su personal, de acuerdo con los programas de la institución, y decidir todo lo concerniente a la promoción del personal que trabaja bajo su dependencia.

4.3.1 Objetivos del Departamento de Trabajo Social

- *Investigar las necesidades y problemática de la población derechohabiente, con la finalidad de que permita disponer de información para proponer alternativas de solución.*
- *Participar con el equipo de salud en la planeación, ejecución y evaluación de los programas que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.*
- *Lograr la participación del derechohabiente en los programas de salud.*

- *Participar en investigaciones que permitan identificar los factores y variables socio-culturales y económicas que afectan la salud.*
- *Coordinarse con el médico familiar en la problemática que presenta el núcleo familiar tratante y servir como apoyo para el diagnóstico y tratamiento del paciente.*
- *Lograr que el derechohabiente conozca su padecimiento en cuanto a enfermedades patológicas.*
- *Capacitar a la población para que haga uso adecuado y oportuno de los servicios de atención integral a la salud que ofrece la clínica ISSSTE.*

4.3.2 Funciones del Trabajador Social

Las funciones que el Trabajador Social realiza dentro del departamento de Trabajo Social se dirigen hacia la promoción educación, protección y restauración de la salud, así como al conocimiento de los factores que influyen en la aparición de la enfermedad, dichas funciones son las siguientes:

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| ⇨ Investigación | ⇨ Educación |
| ⇨ Coordinación | ⇨ Administración |
| ⇨ Capacitación | ⇨ Asistencia |

A partir de estas funciones las actividades desarrolladas son las siguientes:

- Planeación de programas de Trabajo Social.
- Elaboración de informes mensuales.
- Elaboración de los estados de salud.
- Recolección de datos acerca de los pacientes, su situación familiar y socioeconómica, y aquellos elementos que conforman la historia social del enfermo, proporcionándolos al equipo de salud para una mejor comprensión de la enfermedad.
- Orientación médico social, aclarando las dudas de los procedimientos realizados en el hospital que suscitan en el paciente y su familia.
- Administración, organización y coordinación de los recursos humanos y materiales para el buen funcionamiento del departamento.
- Elaboración de periódicos murales y pláticas informativas a la población derechohabiente, así como participación en campañas y programas específicos de medicina preventiva.
- Prestar seguridad y apoyo emocional, facilitando la integración de los enfermos a la institución.

- Elaboración de estudios iniciales y seguimiento de caso, así como realización de visitas domiciliarias, entrevistas y estudios socio-económicos.
- Formación de grupos de patología común y grupos informales para promover, controlar y capacitar a sus integrantes de tal forma que se facilite el control de éstos padecimientos.
- Participación en coordinación con el equipo de salud en la investigación medico-social tendiente a la detección de la problemática a fin de plantear alternativas de solución.
- Información del estado de salud de los enfermos de hospital o urgencias a los familiares y canalización de pacientes cuyos requerimientos de atención no corresponden a la institución.
- Coordinación con la Unidad y las Unidades del ISSSTE de otras Ciudades para el traslado de pacientes a las mismas.
- Trámites administrativos para préstamo de ambulancia, traslado de pacientes, así como para la elaboración de justificantes y dotación de material de curación.
- Canalización de pacientes cuyos requerimientos de atención no corresponden a la institución.

En cuanto a la participación del Trabajador Social con el paciente diabético específicamente, actualmente se está trabajando un proyecto a nivel de grupo, mismo que es coordinado por la Jefa del Departamento de

Trabajo Social, cuyas actividades son: Integración grupal, Registro de participantes, Coordinación y Motivación, dicho proyecto tiene como *Objetivo General sensibilizar y orientar al paciente diabético sobre la importancia de tener un control para mejorar su estado de salud y darle un seguimiento a su tratamiento.*

Entre los Objetivos Específicos se encuentran los siguientes:

- Promover la integración del grupo de diabéticos.
- Establecer coordinación con el departamento de investigación y enseñanza para coordinar la participación de los médicos capacitados en los temas a impartir en cada una de las sesiones.
- Brindar orientación a los pacientes diabéticos sobre su enfermedad para que tengan un control sobre su padecimiento.

Cabe señalar que para el desarrollo de éste proyecto se tiene un programa de actividades para el control y seguimiento a los pacientes diabéticos, mismo que se desarrolla a través de las sesiones quincenales, las cuales tienen una duración de 1 hora, tratándose los temas relacionados con la Diabetes Mellitus, entre los que se encuentran los siguientes: Generalidades de la Diabetes Mellitus, Tratamiento Farmacológico, Medidas y Requerimientos Higienico Dietéticos, y Complicaciones de la Diabetes, siendo la responsable del proyecto la Jefa del Departamento de Trabajo Social.

CAPÍTULO 5

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

5.1 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

La investigación de campo que se presenta a continuación fue realizada con 35 pacientes diabéticos atendidos en la clínica ISSSTE de Uruapan, Michoacán, durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2000, mismos que fueron el 100% de la población, siendo el universo total de la población atendida durante los dos meses antes señalados por el Doctor Javier Pacheco, titular del Módulo de Enfermedades Crónico Degenerativas.

Así mismo se consideró a un familiar por cada uno de ellos, para la aplicación del cuestionario; cabe señalar que en 3 casos no se aplicó el cuestionario al familiar ya que dos de los familiares se encontraban fuera de la ciudad, y en el otro caso el paciente vive solo.

5.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

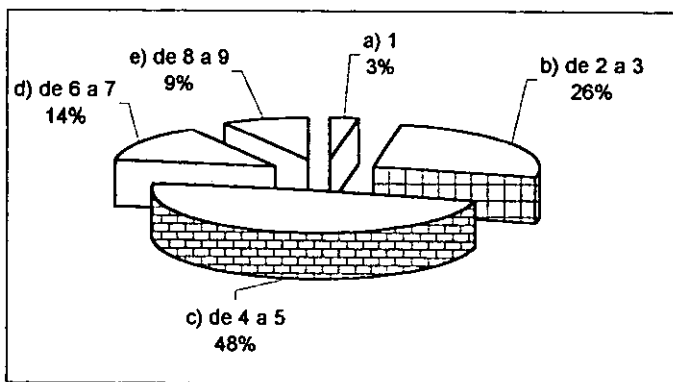
Las Técnicas fueron seleccionadas tomando en cuenta las características de la población, haciendo uso de la Entrevista dirigida y abierta, utilizando el instrumento del Cuestionario, diseñándose éste a través de preguntas cerradas, abiertas, y opcionales; diseñándose uno para los pacientes diabéticos y otro distinto para los familiares del mismo, el cual fue aplicado en la vivienda del paciente diabético.

5.3 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS

GRÁFICA 1

PREGUNTA No. 1

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|-------|
| 1.- ¿No. De Integrantes de la familia? | a) 1 | 1 | 3.00 |
| | b) de 2 a 3 | 9 | 26.00 |
| | c) de 4 a 5 | 17 | 48.00 |
| | d) de 6 a 7 | 5 | 14.00 |
| | e) de 8 a 9 | 3 | 9.00 |
| | | | 35 |



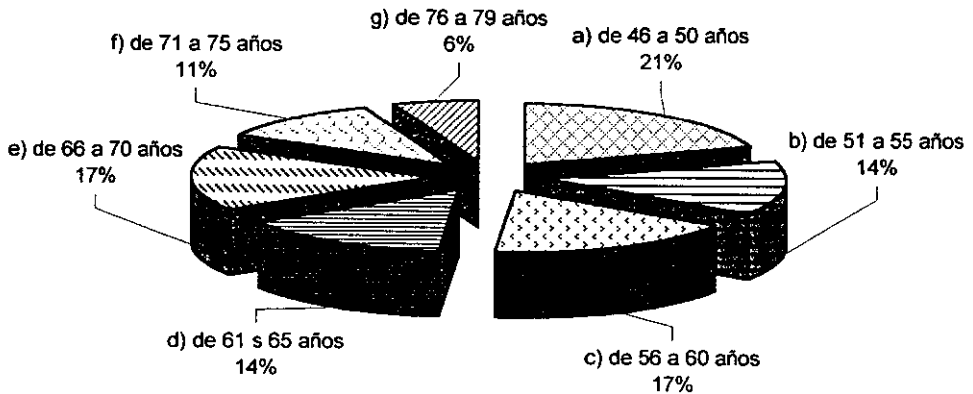
INTERPRETACION:

Es importante destacar que el 77% de las familias de los diabéticos entrevistados son familias pequeñas destacando las familias integradas por 4 a 5 integrantes, seguidas de aquellas que se encuentran integradas por 2 o 3 integrantes.

GRÁFICA 2

EDAD

| Texto de la Pregunta | Alternativa de | Cifras | % |
|----------------------|--------------------|-----------|--------|
| | Respuesta | Absolutas | |
| Edad | a) de 46 a 50 años | 7 | 21.00 |
| | b) de 51 a 55 años | 5 | 14.00 |
| | c) de 56 a 60 años | 6 | 17.00 |
| | d) de 61 s 65 años | 5 | 14.00 |
| | e) de 66 a 70 años | 6 | 17.00 |
| | f) de 71 a 75 años | 4 | 11.00 |
| | g) de 76 a 80 años | 2 | 6.00 |
| | | 35 | 100.00 |

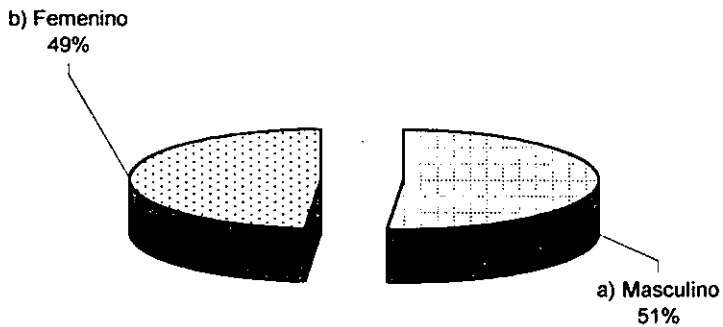


INTERPRETACION:

Como se puede apreciar en la gráfica, la edad de la población diabética entrevistada fluctúa entre los 40 y los 80 años; encontramos que tiene gran relación con la edad de aparición de la diabetes, ya que este padecimiento se presenta con más frecuencia a partir de los 40 años de edad.

SEXO

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------|
| Sexo | | | |
| | a) Masculino | 18 | 51.00 |
| | b) Femenino | 17 | 49.00 |
| | | 35 | 100.00 |



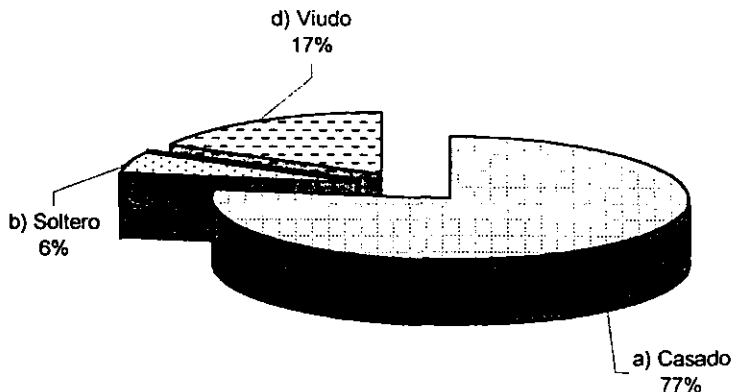
INTERPRETACION:

Como se puede apreciar en la gráfica, del total de pacientes diabéticos entrevistados, el 51% de dicha población pertenece al sexo masculino, mientras que el 49% restante es femenino.

GRÁFICA 3

ESTADO CIVIL

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------|
| Estado Civil | a) Casado | 27 | 77.00 |
| | b) Soltero | 2 | 6.00 |
| | c) Viudo | 6 | 17.00 |
| | | 35 | 100.00 |



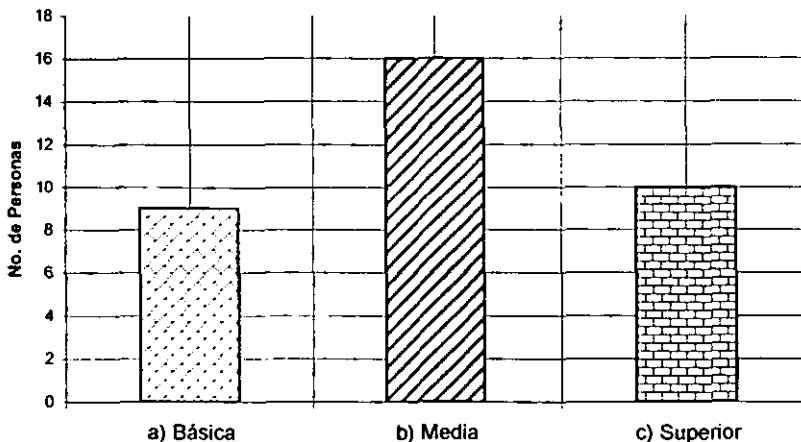
INTERPRETACION:

Como se puede apreciar la mayor parte de los diabéticos entrevistados se encuentran casados, y esto se puede atribuir a que en su mayoría rebasan los 46 años de edad, mientras que sólo un 17% son viudos y un 6% permanecen solteros.

GRÁFICA 3A

ESCOLARIDAD

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------|
| Escolaridad | | | |
| | a) Básica | 9 | 26.00 |
| | b) Media | 16 | 45.00 |
| | c) Superior | 10 | 29.00 |
| | | 35 | 100.00 |

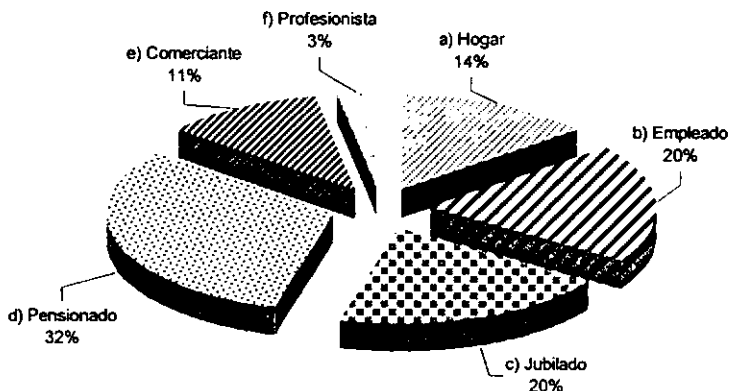


INTERPRETACION:

El grado de escolaridad de secundaria y preparatoria es el que alcanza mayor representatividad constituido por un 71%, mientras que un 29% corresponde a la educación superior, lo cual lleva consigo a un mayor grado cognocitivo de comprensión de los contenidos educativos que le permitan al paciente diabético acceder a un mejor control sobre su padecimiento.

OCUPACIÓN

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--------------------------|------------------|-------|
| Ocupación | a) Hogar | 5 | 14.00 |
| | b) Empleado | 7 | 20.00 |
| | c) Jubilado | 7 | 20.00 |
| | d) Pensionado | 11 | 32.00 |
| | e) Comerciante | 4 | 11.00 |
| | d) Profesionista | 1 | 3.00 |
| | | | 35 |



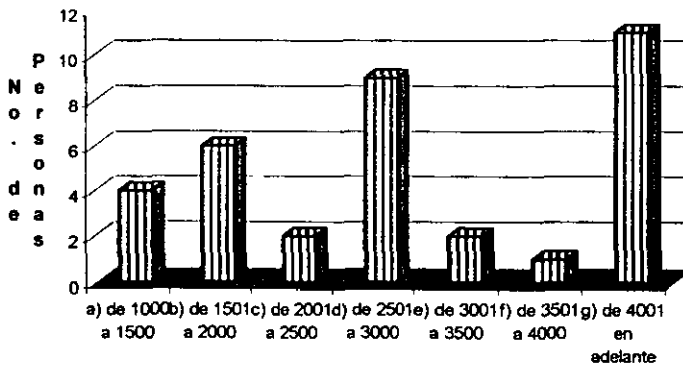
INTERPRETACION:

Parte considerable de los diabéticos tienen una vida económicamente inactiva, como se puede apreciar en la gráfica ya que el 66% se encuentra constituido por aquellos diabéticos pensionados, jubilados, y aquellos (as) que desempeñan labores del hogar; es importante señalar que esta situación repercute tanto en la economía familiar, como en su estado anímico y emocional; por otro lado el 34% restante si desempeña actividades económicamente productivas, mismas que contribuyen en su desempeño individual y en su desarrollo social con una mejor condición de vida.

GRÁFICA 5

INGRESOS

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--------------------------|------------------|-------|
| Ingreso | a) de 1000 a 1500 | 4 | 11.00 |
| | b) de 1501 a 2000 | 6 | 17.00 |
| | c) de 2001 a 2500 | 2 | 6.00 |
| | d) de 2501 a 3000 | 9 | 26.00 |
| | e) de 3001 a 3500 | 2 | 6.00 |
| | f) de 3501 a 4000 | 1 | 3.00 |
| | g) de 4001 en adelante | 11 | 31.00 |
| | | | 35 |



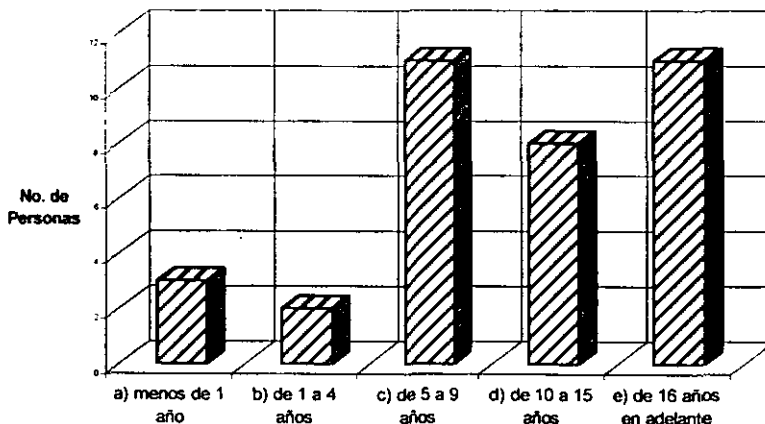
INTERPRETACION:

El ingreso más representativo es el que rebasa los \$4,000.00 mensuales, los cuales guardan relación con la pregunta No. 11 referida a los egresos, ya que se observa que los egresos están en función de los ingresos, lo cual se traduce a una oportunidad para cumplir tanto con los gastos de casa, así como con el requerimiento dietético de este tipo de pacientes, reflejándose también esto último en los resultados a la pregunta 26 en donde el 65% manifiesta no tener problema para cumplir con su dieta.

No deja de ser preocupante que existan personas con ingresos mensuales hasta de \$1000.00 situación que se agrava ante un padecimiento como la Diabetes Mellitus, en la cual el cumplir con una dieta significa el 50% del control del padecimiento.

PREGUNTA No. 2

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---------------------------|------------------|-------|
| 2.- Tiempo que tiene de habersele detectado la diabetes | a) Menos de 1 año | 3 | 9.00 |
| | b) de 1 a 4 años | 2 | 6.00 |
| | c) de 5 a 9 años | 11 | 31.00 |
| | d) de 10 a 15 años | 8 | 23.00 |
| | e) de 16 años en adelante | 11 | 31.00 |
| | | | 35 |

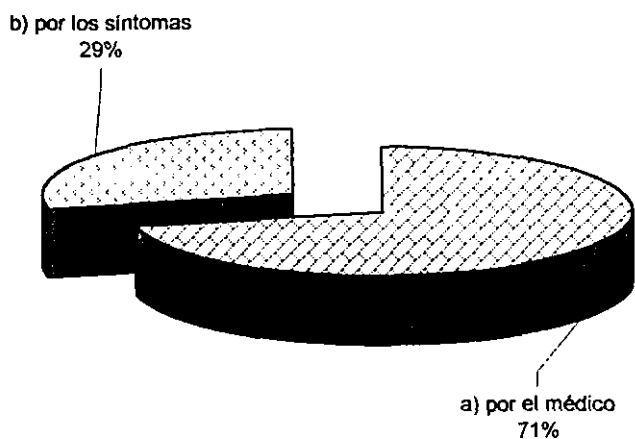


INTERPRETACION:

Destaca la población que tiene más de 5 años de padecer la Diabetes Mellitus, siendo el 54%, considerándola como una cifra acumulativa que día a día va en aumento, requiriendo estas personas de una atención integral tendiente a prevenir y evitar las complicaciones de esta enfermedad, ya que es importante el tiempo en la evolución de la misma.

PREGUNTA No. 3

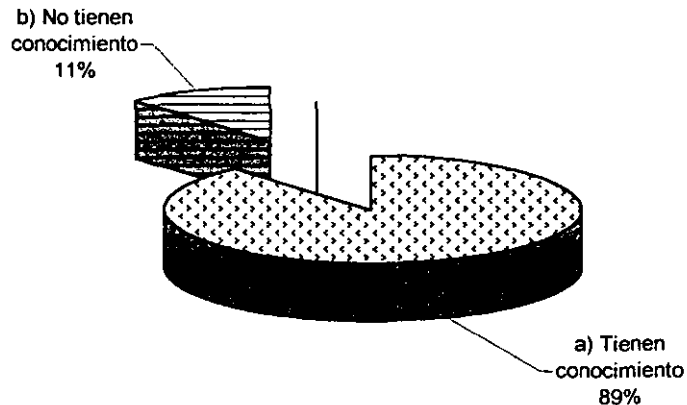
| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|-------|
| 3.- Cómo se le detectó que era diabético | a) Por el médico | 25 | 71.00 |
| | b) Por los síntomas | 10 | 29.00 |
| | | 35 | 100 |

**INTERPRETACION:**

El 71% de los diabéticos entrevistados se enteraron de su padecimiento por parte del médico, mientras que el 29% restante fue a raíz de los síntomas presentados, lo que habla del desconocimiento en general que existe sobre esta enfermedad y su sintomatología.

PREGUNTA No. 4

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-------------------------------|---------------------------|------------------|--------|
| 4.- ¿Sabe que es la diabetes? | a) Tienen conocimiento | 31 | 89.00 |
| | b) No tienen conocimiento | 4 | 11.00 |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |

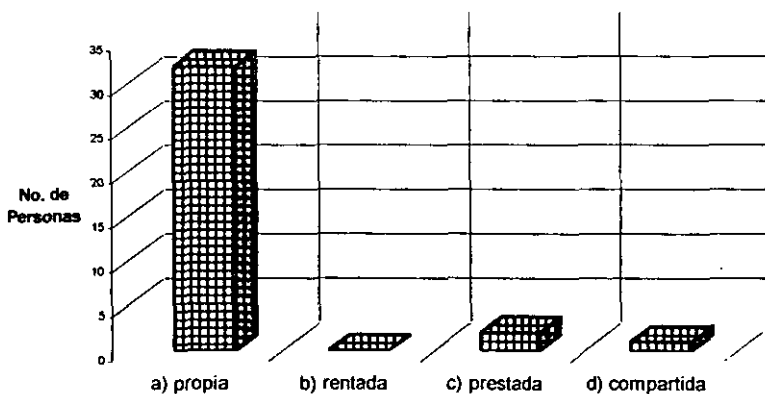


INTERPRETACION:

Es significativo el resultado obtenido ya que el 89% de los diabéticos entrevistados tienen conocimientos sobre lo que es la diabetes, sin embargo aun existe un 11% que no tiene ese conocimiento por lo que el resultado obtenido pone de manifiesto la urgente necesidad de educar a esta población a través de aprendizajes significativos ya que será a través de conocer las características de la misma y desarrollar habilidades y destrezas como el paciente diabético presente menos complicaciones.

PREGUNTA No. 5

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|------------------------|--------------------------|------------------|-------|
| 5.- ¿Tipo de vivienda? | a) Propia | 32 | 91.00 |
| | b) Rentada | 0 | 0.00 |
| | c) Prestada | 2 | 6.00 |
| | d) Compartida | 1 | 3.00 |
| | e) Otros | 0 | 0.00 |
| | | | 35 |

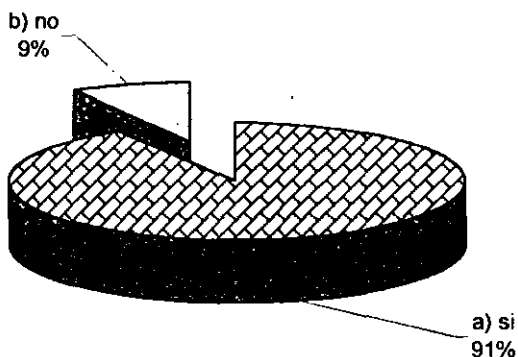


INTERPRETACION:

El 91% de los diabéticos investigados manifestaron contar con una vivienda propia, situación que se traduce en tranquilidad para el paciente diabético, ya que se ve reflejado en favor de su economía familiar, hecho que además es importante debido a que el contar con un patrimonio propio es una de las necesidades básicas con las que el individuo debe contar,

PREGUNTA No. 6

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 6.- ¿Considera que la vivienda es funcional para su buen desenvolvimiento? | a) Si | 32 | 91.00 |
| | b) No | 3 | 9.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |

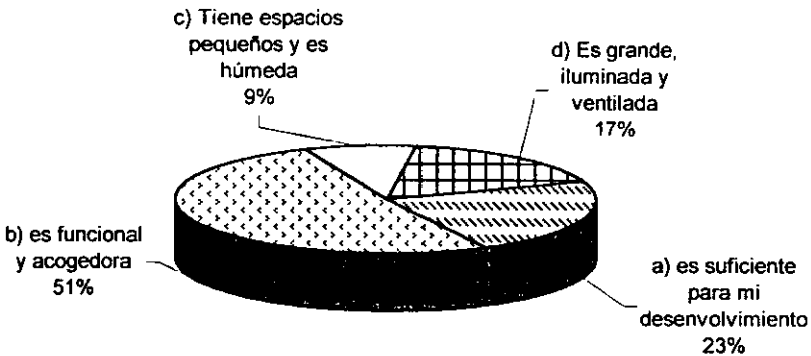


INTERPRETACION:

El contar con una vivienda funcional es importante para que el paciente diabético tenga un desenvolvimiento satisfactorio dentro de la misma, por lo que es importante destacar que el 91% de los pacientes diabéticos entrevistados refieren contar con una vivienda funcional, mientras que el 9% refiere lo contrario.

¿Por qué?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|---|------------------|--------|
| ¿Por qué? | a) Es suficiente para mi desenvolvimiento | 8 | 23.00 |
| | b) Es funcional y acogedora | 18 | 51.00 |
| | c) Tiene espacios pequeños y es húmeda | 3 | 9.00 |
| | d) Es grande, iluminada y ventilada | 6 | 17.00 |
| | | 35 | 100.00 |

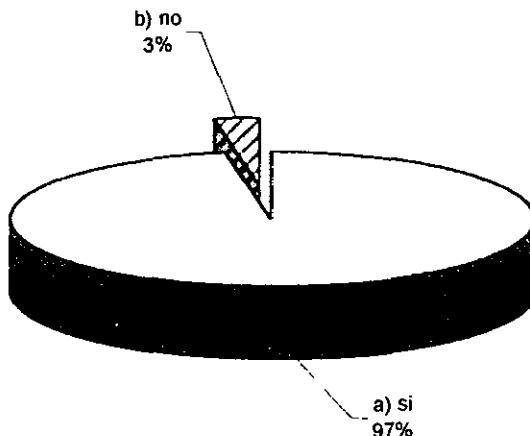


INTERPRETACION:

Esta gráfica tiene relación con la gráfica anterior (gráfica 10), ya que el 91% de las personas entrevistadas concuerdan y manifiestan tener una vivienda funcional considerándola por un lado funcional, acogedora, suficiente para su desenvolvimiento, grande, iluminada y ventilada, factores que contribuyen considerablemente en la satisfacción del paciente diabético y por tanto en su estado de salud.

PREGUNTA No. 7

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 7.- ¿Considera que el mobiliario es adecuado para su desenvolvimiento? | a) Si | 32 | 91.00 |
| | b) No | 3 | 9.00 |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |



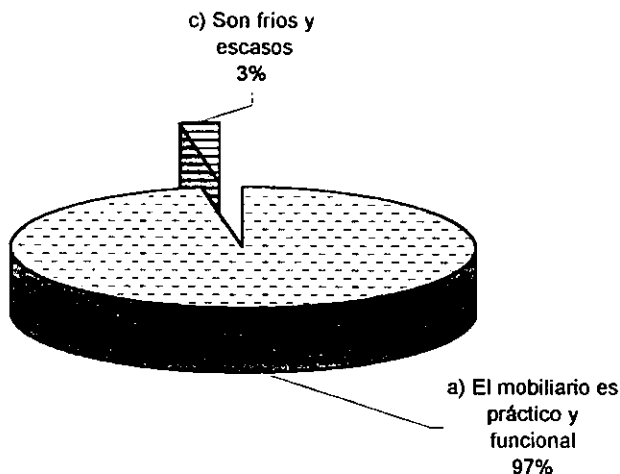
INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes diabéticos entrevistados el 97% considera a igual que en la pregunta 6 referida a la vivienda, que el mobiliario es adecuado para su buen desenvolvimiento ya que cuentan con los muebles necesarios, mismos que son prácticos y funcionales para el desarrollo de sus actividades diarias. Por el contrario el 3% considera que no son adecuados ya que no cuenta con el mobiliario adecuado.

GRÁFICA 13

¿Por qué?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--|------------------|--------|
| ¿Por qué? | a) El mobiliario es práctico y funcional | 34 | 97.00 |
| | b) Son fríos y escasos | 1 | 3.00 |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |



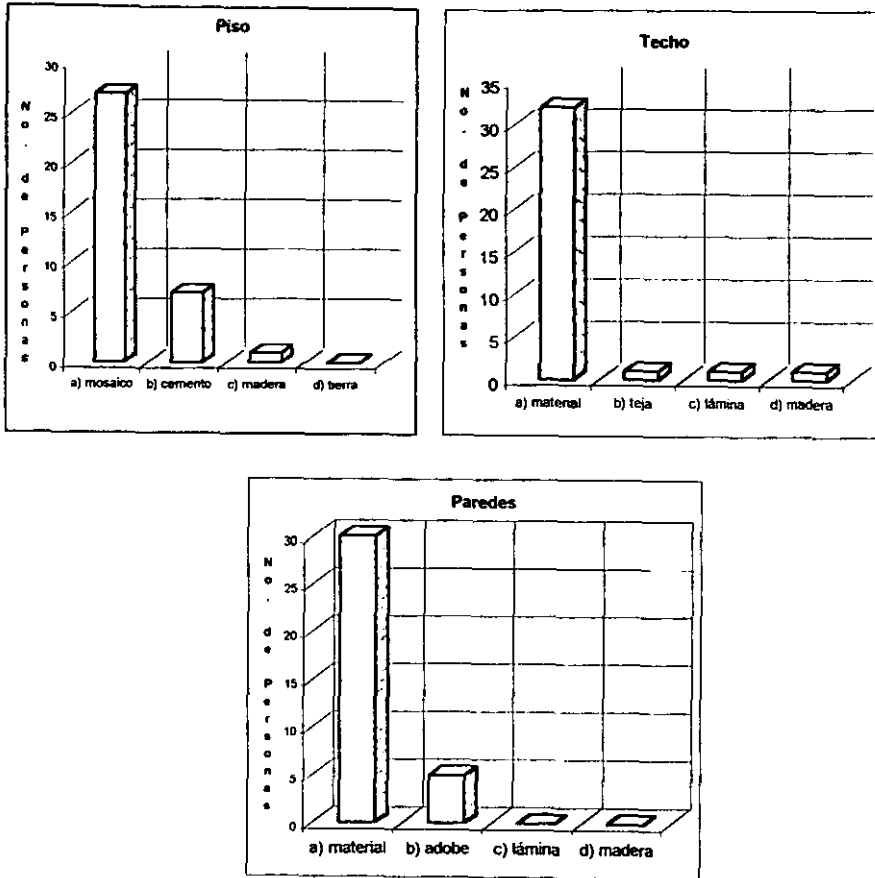
INTERPRETACIÓN:

Esta gráfica se complementa con la gráfica anterior (gráfica 12), ya que el 97% de los pacientes diabéticos considera que tiene los muebles adecuados tanto para desarrollar sus actividades diarias como para su desenvolvimiento, considerándolos prácticos y funcionales; mientras que el 3% considera que no son adecuados ya que no cuenta con el mobiliario necesario, además de que son fríos y por lo tanto no logran tener un descanso que le permita un mejor desenvolvimiento y por tanto un mejor estado de salud.

PREGUNTA No. 8

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 8.- ¿Tipo de Construcción? Piso | | | |
| | a) Mosaico | 27 | 77.00 |
| | b) Cemento | 7 | 20.00 |
| | c) Madera | 1 | 3.00 |
| | d) Tierra | 0 | 0.00 |
| | | 35 | 100.00 |
| Techo | | | |
| | a) Material | 32 | 91.00 |
| | b) Teja | 1 | 3.00 |
| | c) Lámina | 1 | 3.00 |
| | d) Madera | 1 | 3.00 |
| | | 35 | 100.00 |
| Paredes | | | |
| | a) Material | 31 | 88.00 |
| | b) Adobe | 4 | 9.00 |
| | c) Lámina | 0 | 0.00 |
| | d) Madera | 0 | 3.00 |
| | | 35 | 100.00 |

8.- ¿Tipo de Construcción?



INTERPRETACIÓN:

Es importante destacar que la vivienda del total de pacientes diabéticos en su mayoría como muestra la gráfica, son casas construidas a base de material, esto guarda relación con la pregunta No. 7 referida al mobiliario, ya que el contar con una vivienda y mobiliario funcional es importante traduciendo en seguridad para el paciente diabético y su familia; mientras que una minoría refieren tener una vivienda construida a base de adobe.

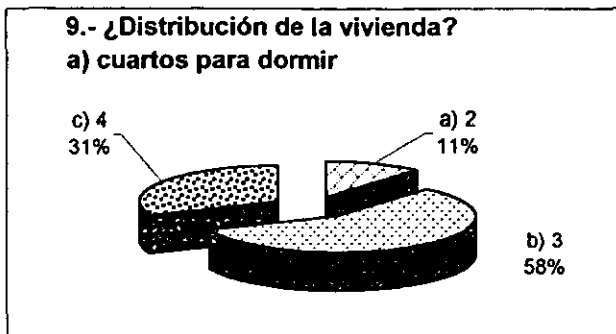
PREGUNTA No. 9

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % | |
|---|---------------------------------|-------------------------|----------|--------|
| 9.- ¿Distribución de la vivienda? | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | a) cuartos para dormir | a) 2 | 4 | 11.00 |
| | | b) 3 | 20 | 58.00 |
| | c) 4 | 11 | 31.00 | |
| | | 35 | 100.00 | |
| b) cocina c) comedor d) sala e) baño f) patio | b) 1 | 35 | 100.00 | |
| | c) 1 | 35 | 100.00 | |
| | d) 1 | 35 | 100.00 | |
| | e) 1 | 35 | 100.00 | |
| | f) 1 | 35 | 100.00 | |
| | | | 35 | 100.00 |

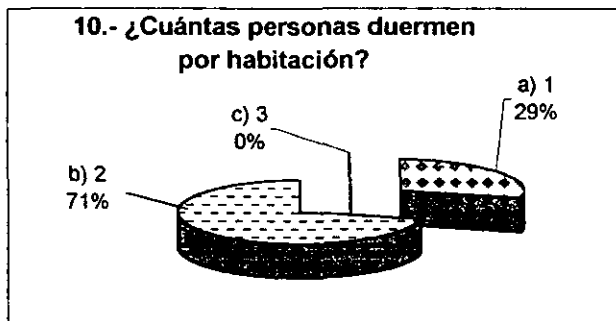
PREGUNTA No. 10

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 10.- ¿cuántas personas duermen por habitación? | | | |
| | | | |
| | a) 1 | 10 | 29.00 |
| | b) 2 | 25 | 71.00 |
| | c) 3 | 0 | 0.00 |
| | | 35 | 100 |

GRÁFICA 15



GRÁFICA 16

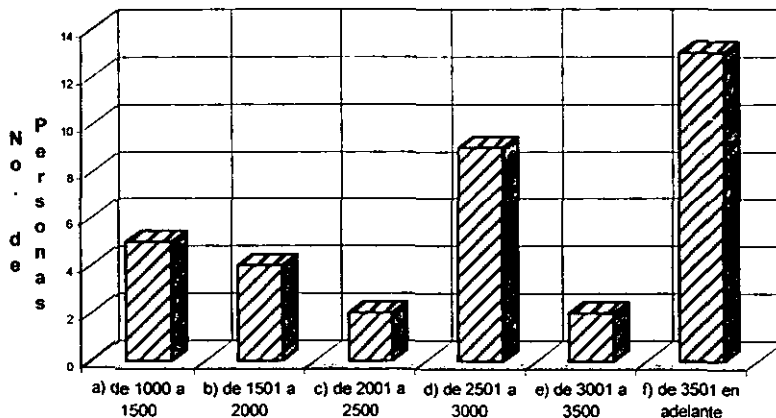


INTERPRETACIÓN:

Se puede decir que los resultados obtenidos son satisfactorios ya que los pacientes diabéticos cuentan con una distribución funcional de la vivienda, contando con los espacios necesarios para su desenvolvimiento diario, como son: habitaciones para dormir, cocina, comedor, sala, baño y patio, tal y como se señala en el cuadro relativo a la pregunta No. 9. Es muy importante destacar en cuanto a la pregunta No. 10, que del total de pacientes entrevistados, cada quién tiene su propia recámara, la cual comparten con su cónyuge esto en el caso de los pacientes que se encuentran casados, lo cual es de suma importancia ya que la relación de pareja requiere de su propia privacidad.

PREGUNTA No. 11

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--------------------------|------------------|--------|
| 11.- ¿A cuanto ascienden sus egresos mensuales? | a) de 1000 a 1500 | 5 | 14.00 |
| | b) de 1501 a 2000 | 4 | 11.00 |
| | c) de 2001 a 2500 | 2 | 6.00 |
| | d) de 2501 a 3000 | 9 | 26.00 |
| | e) de 3001 a 3500 | 2 | 6.00 |
| | f) de 3501 a 4000 | 13 | 37.00 |
| | | 35 | 100.00 |

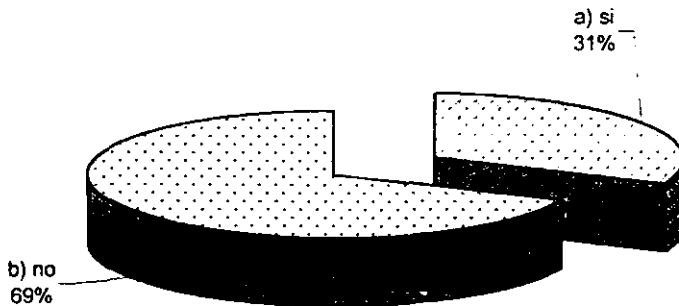


INTERPRETACIÓN:

El egreso más representativo es el que rebasa los \$3,500.00 mensuales, lo cual tiene gran relación en base a los ingresos que perciben, ya que están en función de los mismos, lo que nos habla de los requerimientos que representa el mismo padecimiento en cuanto a dieta, medicamentos, y gastos extras, aparte de los gastos comunes o afines como alimentación, educación, renta, agua, luz, transporte, entre otros. Sin embargo no deja de ser preocupante el hecho de que existen personas con ingresos mensuales de hasta \$1000.00 que tiene que ajustarse y por lo tanto depender de esa cantidad para su sostenimiento, situación que se agrava ante un padecimiento como la diabetes.

PREGUNTA No. 12

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 12.- ¿Su situación económica se ha visto afectada desde que padece diabetes? | a) Si | 11 | 31.00 |
| | b) No | 24 | 69.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |

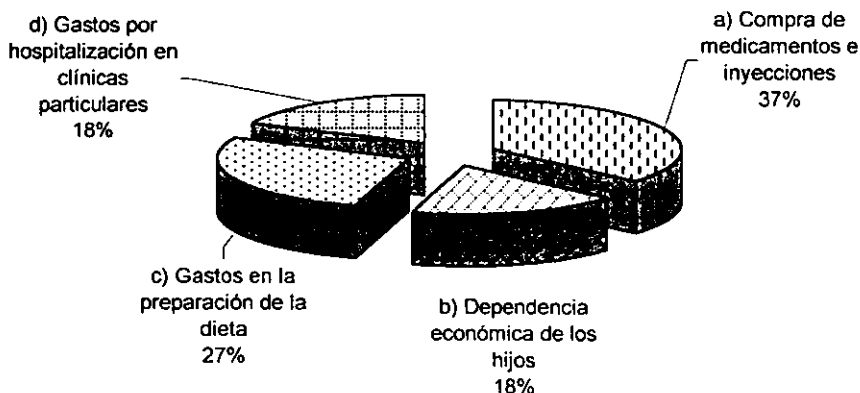


INTERPRETACIÓN:

Aún cuando fue mas representativo el No. de personas 69%, que consideran que su padecimiento no ha afectado su situación económica, no deja de ser preocupante el 31% restante que considera que su situación económica sí se ha visto afectada desde que padece diabetes, resultado que se relaciona tanto con la gráfica No. 5 en relación a los ingresos percibidos, como con la gráfica anterior relacionada con los egresos, ya que aparte de los gastos comunes como alimentación, renta, servicios, entre otros, también el mismo padecimiento representa gastos en cuanto a dieta, medicamentos y gastos extras.

¿En qué aspecto?

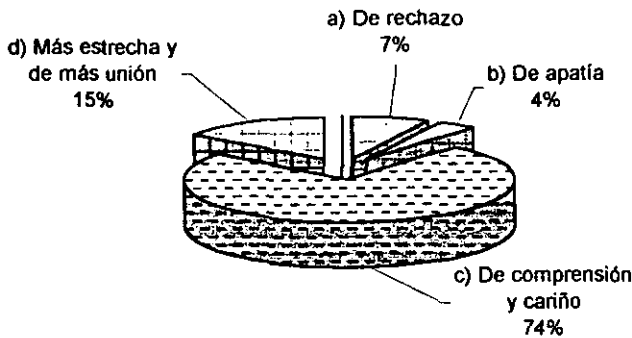
| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|--|------------------|--------|
| ¿En qué aspecto? | a) Compra de medicamentos e inyecciones | 4 | 37.00 |
| | b) Dependencia económica de los hijos | 2 | 18.00 |
| | c) Gastos en la preparación de la dieta | 3 | 27.00 |
| | d) Gastos por hospitalización en clínicas particulares | 2 | 18.00 |
| | | | |
| | | 11 | 100.00 |

**INTERPRETACION:**

La apreciación de la gráfica anterior (gráfica 18), queda reafirmada con estos datos ya que como se había manejado anteriormente una enfermedad como la diabetes representa ciertos requerimientos y por tanto gastos económicos extras, como se presenta en esta gráfica en donde el 82% considera que su situación económica se ha visto afectada principalmente en su mayoría en la compra de medicamentos e inyecciones, gastos en la preparación de la dieta y por último gastos por hospitalización en clínicas particulares.

PREGUNTA No. 13

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|----------------------------|------------------|-------|
| 13.- ¿Cómo es la relación de pareja a partir de la enfermedad | a) De rechazo | 2 | 7.00 |
| | b) De apatía | 1 | 4.00 |
| | c) De comprensión y cariño | 20 | 74.00 |
| | d) Más estrecha, más unión | 4 | 15.00 |
| | | | 27 |

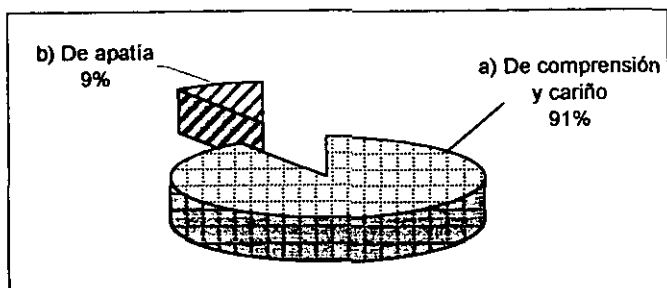


INTREPRETACION:

La tranquilidad y la satisfacción en la vida cotidiana del paciente diabético, así como el saberse aceptado por sus seres queridos son un gran contribuyente para mantener la compensación de la enfermedad; los resultados obtenidos en esta investigación no dejan de ser satisfactorios ya que el 89% manifiesta que su relación de pareja es llevada de una manera positiva; sin embargo no deja de ser preocupante el 11% restante que manifiestan que su relación de pareja a partir de su enfermedad es negativa tomando en cuenta los aspectos que se presentan en ésta gráfica; lo que habla de la importancia del tratamiento psicosocial del paciente y su entorno familiar.

PREGUNTA No. 14

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|----------------------------|------------------|--------|
| 14.- ¿Cómo es la relación con sus hijos a partir de su enfermedad? | a) De comprensión y cariño | 30 | 91.00 |
| | b) De apatía | 3 | 9.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 33 | 100.00 |

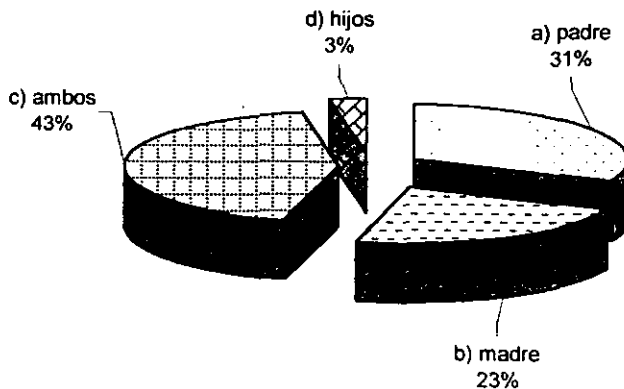


INTERPRETACION:

Complementando la pregunta de la gráfica anterior se encuentra que el 91% de los pacientes diabéticos entrevistados consideran que la relación con sus hijos es satisfactoria, por lo que se denota la importancia que tiene en la atención y tratamiento del paciente diabético, teniendo por lo tanto una mejor calidad de vida. Sin embargo hay que trabajar con las tres familias en las que su relación es de apatía, sensibilizándolos e involucrándolos en la importancia de la armonía familiar y del fomento de las buenas relaciones familiares y de que participen en el tratamiento del paciente diabético, para mejorar su calidad de vida.

PREGUNTA No. 15

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|-------|
| 15.- ¿Quién ejerce la autoridad en su hogar? | a) Padre | 11 | 31.00 |
| | b) Madre | 8 | 23.00 |
| | c) Ambos | 15 | 43.00 |
| | d) Hijos | 1 | 3.00 |
| | | | 35 |

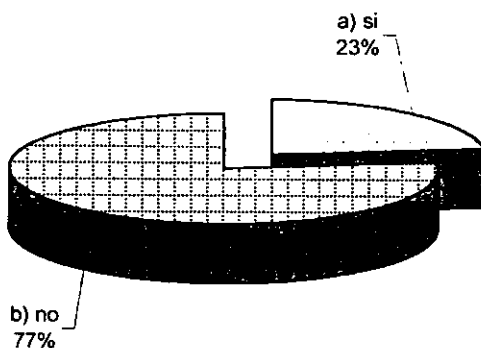


INTERPRETACION:

La autoridad como se puede observar es ejercida principalmente por el padre y madre, ambos toman las decisiones del hogar, lo que denota la importancia que tiene el que el paciente diabético sea partícipe en aquellas situaciones importantes dentro del núcleo familiar ya que es una manera de que se sienta útil y se le tome en cuenta, además es hacerlo sentir miembro activo dentro de la dinámica familiar.

PREGUNTA No. 16

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--------------------------|------------------|-------|
| 16.- ¿Se ha visto afectado su trabajo y/o actividades cotidianas por la diabetes? | a) Si | 8 | 23.00 |
| | b) No | 27 | 77.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | 35 |

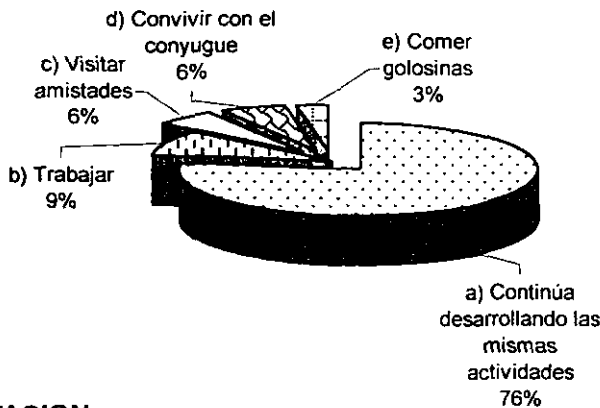


INTEPRETACION:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en esta gráfica es significativo el porcentaje de pacientes diabéticos que consideran que su trabajo y/o actividades cotidianas no se han visto afectados, por lo que encontramos que ante una diabetes controlada, los cambios tanto en el ámbito laboral como en la vida cotidiana no son tan significativos. Llama la atención que las 8 personas restantes que representan el 23% si se sienten afectados tanto en el área laboral como en sus actividades cotidianas, manifestando en la siguiente gráfica aquellos aspectos en los cuales se han visto afectados.

PREGUNTA No. 17

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--|------------------|-------|
| 17.- ¿En qué sentido se ha visto afectado? | a) Continúa desarrollando las mismas actividades | 27 | 76.00 |
| | b) Trabajar | 3 | 9.00 |
| | c) Visitar amistades | 2 | 6.00 |
| | d) Convivir con el cónyuge | 2 | 6.00 |
| | e) Comer golosinas | 1 | 3.00 |
| | | | 35 |

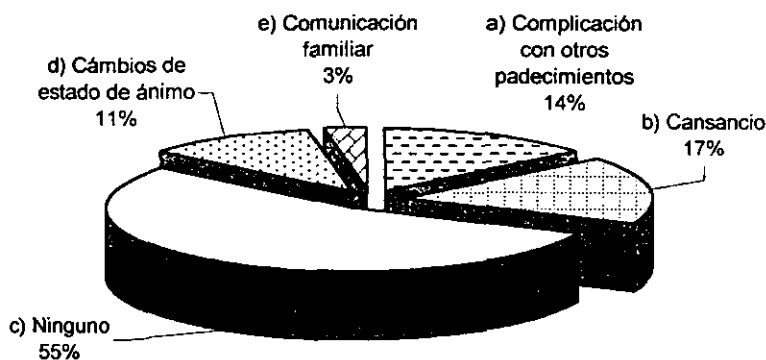


INTERPRETACION:

Como se puede observar es significativo los pacientes que tienen una diabetes bien controlada, el 76% continúan desarrollando las mismas actividades, las cuales no han sido afectadas por éste padecimiento, mientras que el 24% restante se ha visto afectado en el área laboral, en la convivencia con el cónyuge, en la convivencia con las amistades y en el área de la dieta, como el dejar de comer golosinas, situaciones que se ven reflejadas en el estado anímico del paciente diabético, por lo que es necesario que éste busque otro tipo de actividades en las que él pueda participar y se sienta satisfecho, para su mejor desenvolvimiento personal y familiar.

PREGUNTA No. 18

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---|------------------|-------|
| 18.- ¿Qué problemas se han generado a partir de la diabetes? | a) Complicación con otros padecimientos | 5 | 14.00 |
| | b) Cansancio | 6 | 17.00 |
| | c) Ninguno | 19 | 55.00 |
| | d) Cambios de estado de ánimo | 4 | 11.00 |
| | e) Comunicación familiar | 1 | 3.00 |
| | | | 35 |

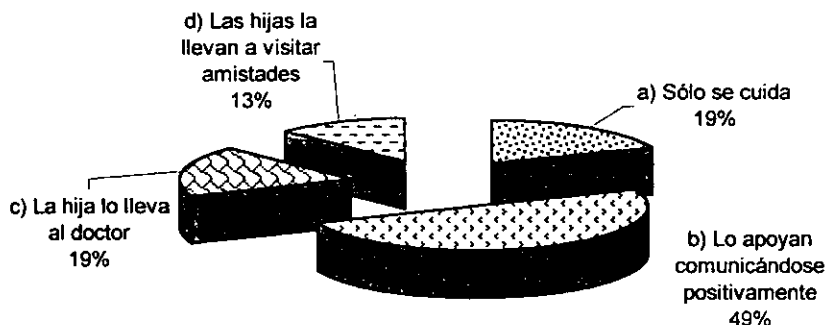


INTERPRETACION:

Es importante señalar que esta gráfica se encuentra relacionada con la gráfica 23 y 24, por lo que encontramos que ante una diabetes bien controlada, los problemas en la vida cotidiana del paciente no deben ser significativos, por lo que se hace necesaria la participación del equipo de salud de la clínica para la atención y orientación a estas familias que presentan este tipo de problemas como una manera de disminuir las situaciones que generan conflicto en el diabético, para elevar su calidad de vida en el mismo, disminuyendo las complicaciones en su tratamiento.

PREGUNTA No. 19

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % | |
|---|--|------------------|-------|--------|
| 19.- Cuándo se presenta alguno de estos problemas en la familia ¿cómo lo resuelven? | a) Solo se cuida | 3 | 19.00 | |
| | b) Lo apoyan comunicándose positivamente | 8 | 49.00 | |
| | c) La hija lo lleva al doctor | 3 | 19.00 | |
| | d) Las hijas la llevan a visitar a sus amistades | 2 | 13.00 | |
| | | | | |
| | | | 16 | 100.00 |



INTERPRETACION

Encontramos que el 81% de los pacientes diabéticos entrevistados cuentan con el apoyo de la familia para solucionar los problemas que se les presentan a causa de la diabetes, lo que habla de una relación familiar funcional, misma que a su vez repercute en el tratamiento del paciente diabético, contribuyendo en la disminución de las complicaciones del mismo.

Mientras que el 19% restante opta por resolver sus problemas, ya que son ellos mismos los que se cuidan, lo que podría traducirse a una disfuncionalidad familiar.

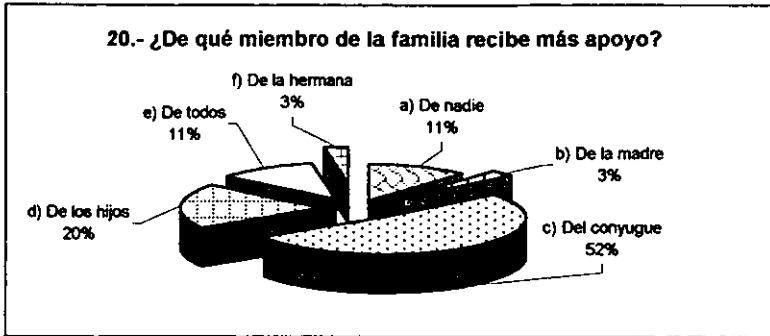
PREGUNTA No. 20

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 20.- ¿ De que miembro de la familia recibe más apoyo, y de que tipo? | a) De la madre | 1 | 3.00 |
| | b) Del cónyuge | 18 | 52.00 |
| | c) De los hijos | 7 | 20.00 |
| | d) De todos | 4 | 11.00 |
| | e) De la hermana | 1 | 3.00 |
| | f) De nadie | 4 | 11.00 |
| | | | 35 |

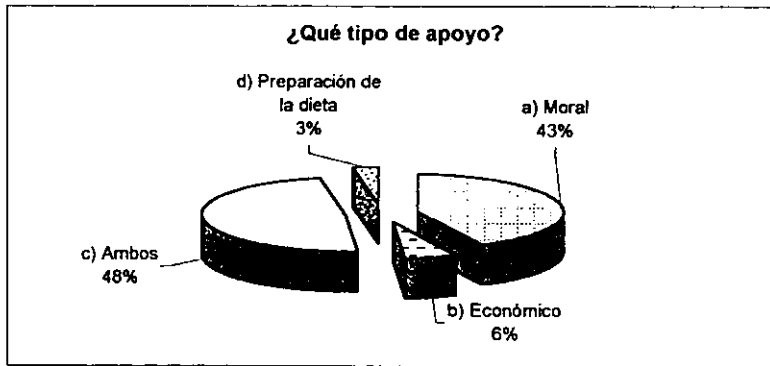
¿Qué tipo de apoyo?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| ¿Qué tipo de apoyo? | a) Moral | 15 | 43.00 |
| | b) Económico | 2 | 6.00 |
| | c) Moral y Económico | 17 | 48.00 |
| | d) Preparación de la dieta | 1 | 3.00 |
| | | | 35 |

GRÁFICA 27



GRÁFICA 28



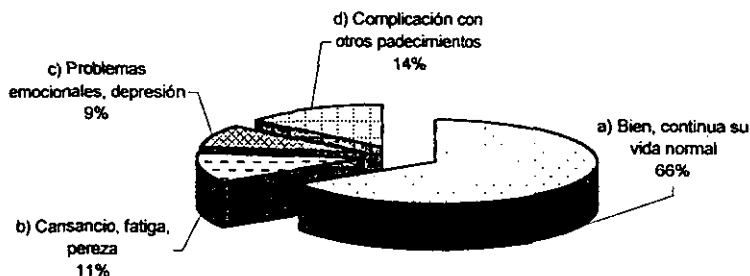
INTERPRETACION:

Es importante destacar en esta gráfica que el 89% de los pacientes diabéticos reciben apoyo por parte de los integrantes de su familia, especialmente un 52% reciben apoyo por parte del cónyuge, siendo un gran contribuyente en el tratamiento del mismo.

En cuanto al tipo de apoyo como se señala en la gráfica 28, ésta se relaciona con la gráfica No. 19 , en donde 2 de las personas manifiestan que el tipo de apoyo que se les brinda es económico, mientras que el 48% considera que el apoyo que reciben es tanto económico como moral lo que habla de una relación familiar funcional, seguido por un 43% refiriéndose al apoyo moral y un 3% manifiesta que el apoyo está encaminado hacia lo que es la preparación de la dieta.

PREGUNTA No. 21

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---|------------------|-------|
| 21.- ¿Cómo se ha sentido a partir de que padece diabetes? | a) Bien, continua realizando las su vida normal | 23 | 66.00 |
| | b) Cansancio, fatiga, pereza | 4 | 11.00 |
| | c) Problemas emocionales, depresión | 3 | 9.00 |
| | d) Complicación con otros padecimientos | 5 | 14.00 |
| | | | 35 |

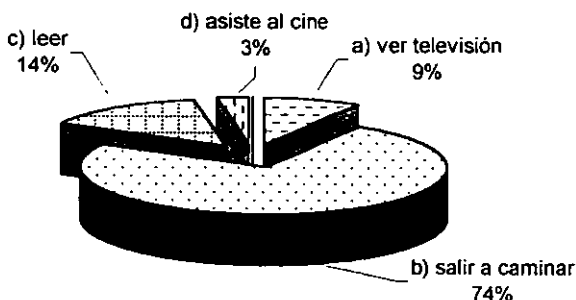


INTERPRETACION:

El 66% manifiesta que ha partir de que padece diabetes continúan con su vida normal, resultado que se relaciona con la Gráfica No. 25 en donde manifiestan que no se han generado problemas a raíz de su padecimiento, siendo muy importante la tranquilidad y la satisfacción en la vida cotidiana del paciente diabético, así como el saberse aceptado por sus seres queridos lo cual es un gran contribuyente para mantener la compensación de la enfermedad; sin embargo no deja de ser preocupante que exista un 34% que si ha presentado cambios que lo han afectado, como se señala en ésta gráfica, por lo que habrá que trabajar con esa población mediante su participación y la de su familia en el tratamiento del paciente para que los resultados en dicho tratamiento sean satisfactorios.

PREGUNTA No. 22

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % | |
|--|--------------------------|------------------|-------|--------|
| 22.- ¿A qué se dedica en los ratos libres? | a) Ver televisión | 3 | 9.00 | |
| | b) Salir a caminar | 26 | 74.00 | |
| | c) Leer | 5 | 14.00 | |
| | d) Asiste al cine | 1 | 3.00 | |
| | | | | |
| | | | 35 | 100.00 |



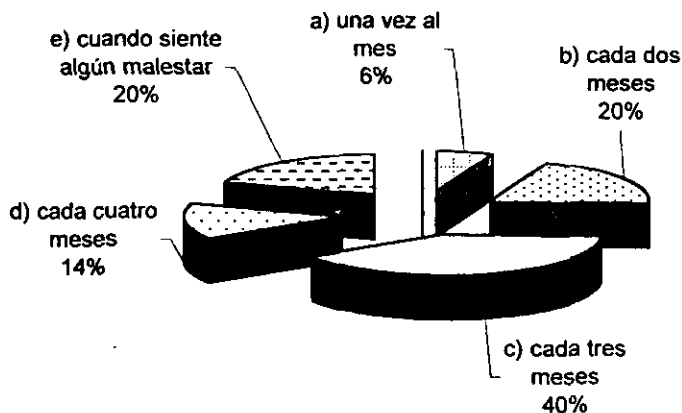
INTERPRETACION:

Los resultados obtenidos son satisfactorios ya que el 74% de la población diabética entrevistada permanece activa, el salir a caminar es una manera de hacer ejercicio y es parte esencial en el tratamiento del paciente diabético, lo que se ve reflejado en un estado de salud satisfactorio.

Por lo que es importante considerar aquel 26% restante que permanece inactiva, ya que el tener una vida sedentaria afecta el estado de salud del paciente diabético, además de que es sabido que el sedentarismo es un factor importante en el desarrollo de los padecimientos crónico degenerativos, tales como la Diabetes Mellitus.

PREGUNTA No. 23

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|----------------------------|------------------|-------|
| 23.- ¿Con que periodicidad asiste a consulta? | a) Una vez al mes | 2 | 6.00 |
| | b) cada dos meses | 7 | 20.00 |
| | c) Cada tres meses | 14 | 40.00 |
| | d) Cada cuatro meses | 5 | 14.00 |
| | e) Cuando siente molestias | 7 | 20.00 |
| | | | 35 |

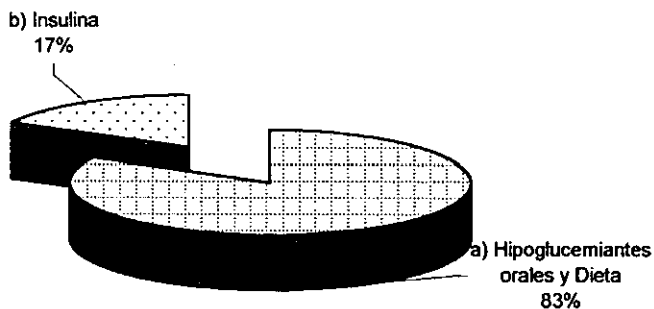


INTERPRETACION:

Como se puede observar es significativa la diferencia de periodicidad de consultas entre aquellos pacientes que asisten a consulta por un lapso de tiempo prolongados y aquellos que visitan al médico frecuentemente, ya que el 54% de la población diabética asiste a consulta cada tres o cuatro meses, lo que habla de un control satisfactorio sobre su padecimiento, mientras que el 46% de la población diabética asiste al médico frecuentemente en el caso de presentar alguna molestia que requiere atención, cada mes o cada dos meses.

PREGUNTA No. 24

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------|--------|
| 24.- ¿Qué tratamiento está llevando? | a) Hipoglucemiantes orales y dieta | 29 | 83.00 |
| | b) Insulina | 6 | 17.00 |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |



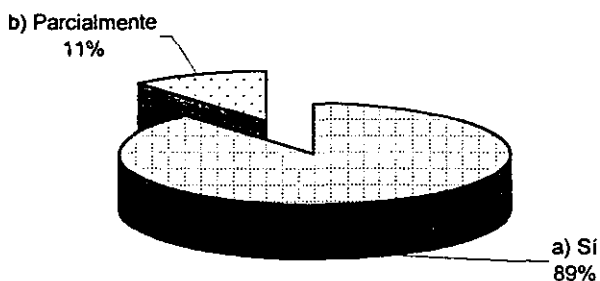
INTERPRETACION:

Es significativa la población que sigue como tratamiento médico los Hipoglucemiantes Orales, combinados con la Dieta, siendo importante ya que refleja el control satisfactorio de su padecimiento.

Mientras que sólo una minoría llevan su tratamiento a base de insulina.

PREGUNTA No. 25

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--------------------------|------------------|--------|
| 25.- ¿Cumple con el tratamiento indicado por el médico? | a) Si | 31 | 89.00 |
| | b) Parcialmente | 4 | 11.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |

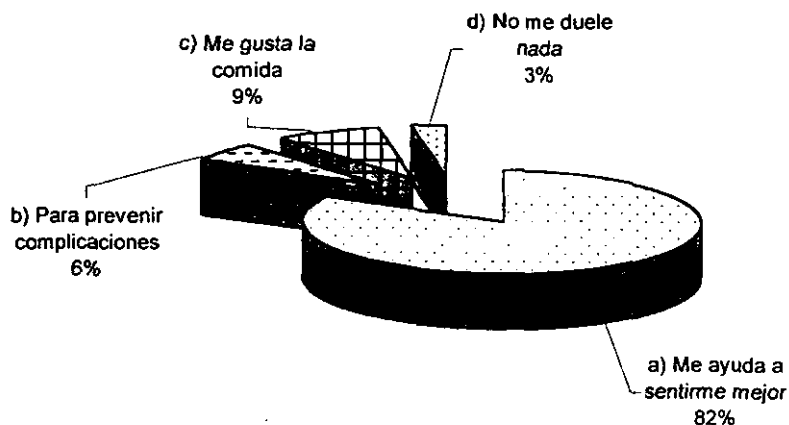


INTERPRETACION:

El cumplir con el tratamiento médico tal como se señala en esta gráfica es un contribuyente esencial para disminuir las complicaciones en el paciente diabético, los resultados obtenidos en esta gráfica se relacionan con los obtenidos en la gráfica No. 31 ya que el cumplir con dicho tratamiento está en función de la periodicidad de consultas; en el caso del 11% restante que cumple con el tratamiento médico parcialmente, es necesario que se les brinde una orientación sobre las posibles complicaciones al no seguir el tratamiento medico.

¿por qué?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|---------------------------------|------------------|--------|
| ¿Por qué? | a) Me ayuda a sentirme mejor | 29 | 82.00 |
| | b) Para prevenir complicaciones | 2 | 6.00 |
| | c) Me gusta la comida | 3 | 9.00 |
| | d) No me duele nada | 1 | 3.00 |
| | | | |
| | | 35 | 100.00 |



INTERPRETACION:

La mayor parte de la población entrevistada (88%) cumple con el tratamiento indicado por el médico porque está consciente sobre la importancia de cumplir con el mismo, ya que se ve reflejado en su estado de salud; mientras que el 12% restante lo cubre parcialmente, debido a que les gusta la comida y a que no han sentido molestia alguna, motivo por el cual lo siguen parcialmente, hecho que es importante tomar en cuenta ya que en un padecimiento como la Diabetes no hay que esperar hasta que surjan las molestias para cumplir con el tratamiento médico, debido a que las complicaciones causan severos daños en deterioro de su estado de salud.

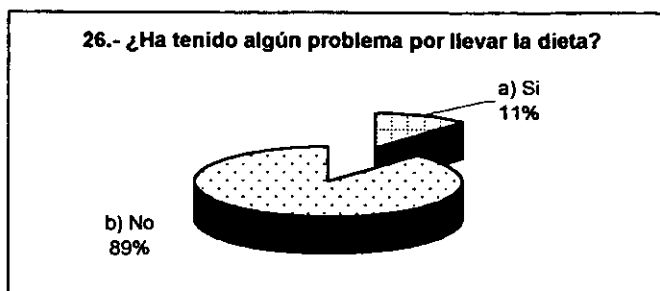
PREGUNTA No. 26

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 26.- ¿Ha tenido algún problema por llevar la dieta? | a) Si | 4 | 11.00 |
| | b) No | 31 | 89.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | 35 |

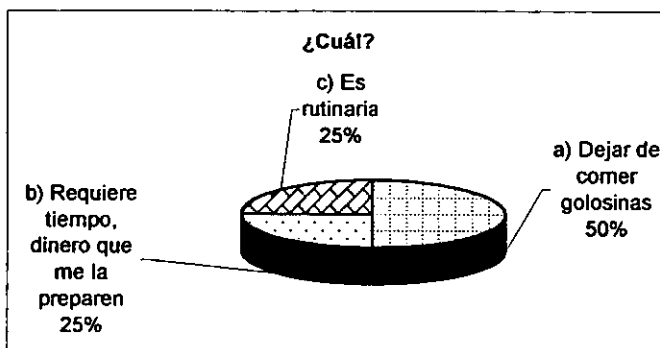
¿Cuál?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|--|-------------------------|----------|
| ¿Cuál? | a) Dejar de comer golosinas | 2 | 50.00 |
| | b) Requiere tiempo, dinero y que alguien me la prepare | 1 | 25.00 |
| | c) Es rutinaria | 1 | 25.00 |
| | | | |
| | | | 4 |

GRÁFICA 35



GRÁFICA 36



INTERPRETACION:

El 89% de los pacientes diabéticos siguen una dieta, como parte complementaria y esencial en su tratamiento mientras que el 11% manifiestan tener problemas para llevar una dieta debido a diversos factores mismos que se señalan en ésta gráfica. Dada la importancia que guarda la dieta en el tratamiento del paciente diabético es necesario que se les informe y oriente sobre la misma, así como sobre las diferentes modalidades de preparación de ésta, para que no se les haga rutinaria y la encuentren llamativa, y además para que no les afecte significativamente en su situación económica.

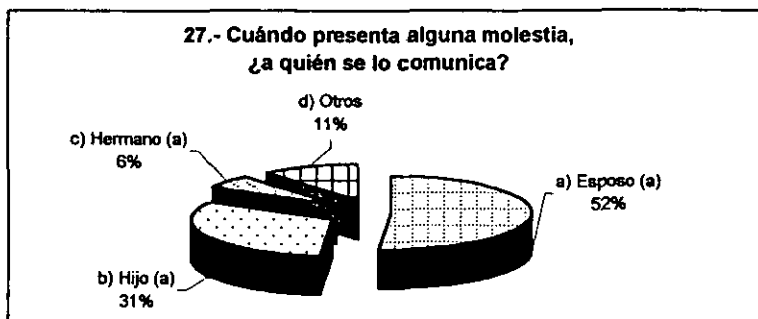
PREGUNTA No. 27

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 27.- Cuándo presenta alguna molestia ¿a quién se lo comunica? | a) Esposo (a) | 18 | 52.00 |
| | b) Hijo (a) | 11 | 31.00 |
| | c) Hermano (a) | 2 | 6.00 |
| | d) Otros | 4 | 11.00 |
| | | 35 | 100.00 |

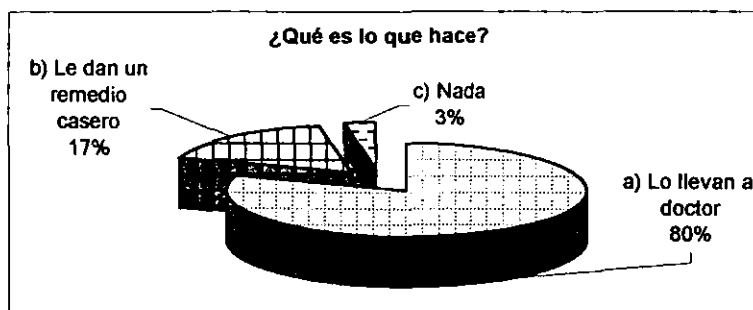
¿Qué es lo que hace?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| ¿Qué es lo que hace? | a) Lo llevan al doctor | 28 | 80.00 |
| | b) Le dan un remedio casero | 6 | 17.00 |
| | c) Nada | 1 | 3.00 |
| | | 35 | 100.00 |

GRÁFICA 37



GRÁFICA 38



INTERPRETACION:

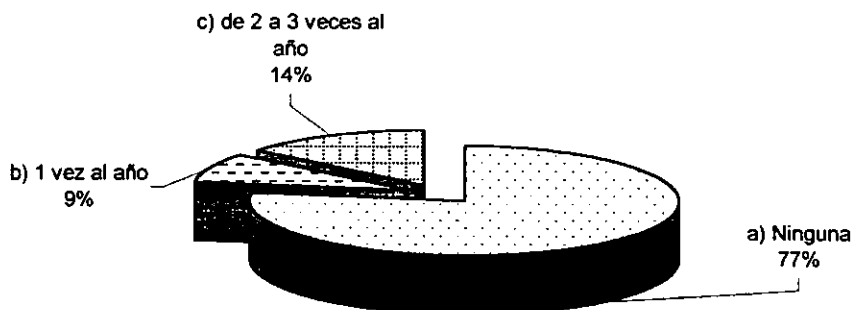
El 52% de los pacientes diabéticos entrevistados manifiestan el comentar en primer grado con su pareja cuando sienten alguna molestia, el 31% a los hijos, el 11% se lo comenta a otros miembros de la familia, mientras que el 6% se lo comenta a los hermanos. Como se puede observar es muy importante la relación familiar ya que el contar con el apoyo de los miembros de la familia contribuye en el estado emocional del del paciente diabético y por tanto en su estado de salud.

El 80% de los pacientes diabéticos entrevistados son llevados al medico cuando presentan molestias, mientras que el 17%, le preparan un remedio casero y el 3% no hace nada esperando a que pase el malestar.

Es significativo rescatar la importancia de acudir con el médico ante cualquier molestia evitando los remedios caseros o la automedicación, ya que pueden agravar su estado de salud.

PREGUNTA No. 28

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 28.- ¿ Número de veces por las que ha requerido hospitalización? | a) Ninguna | 27 | 77.00 |
| | b) 1 vez al año | 3 | 9.00 |
| | c) De 2 a 3 veces al año | 5 | 14.00 |
| | | 35 | 100.00 |

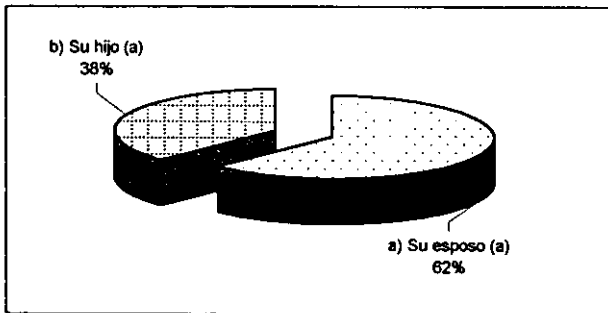


INTERPRETACION:

Es significativo que el 77% de la población entrevistada no ha requerido hospitalización alguna, debido a que llevan un tratamiento tal y como se maneja en la Gráfica 32, y además tienen una relación funcional con la familia, lo que trae consigo que tengan un buen control de su padecimiento, mientras que el 14% ha sido hospitalizado de 2 a 3 veces por año y el 9% restante se ha hospitalizado una vez al año, por lo que es importante que la familia se involucre y conozca el motivo por sus hospitalizaciones frecuentes, con la finalidad de disminuirlas.

PREGUNTA No. 29

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--------------------------|------------------|--------|
| 29.- ¿ Cuando ha estado hospitalizado, quién lo acompaña? | a) Su esposo (a) | 5 | 62.00 |
| | b) Su hijo (a) | 3 | 38.00 |
| | | | |
| | | 8 | 100.00 |

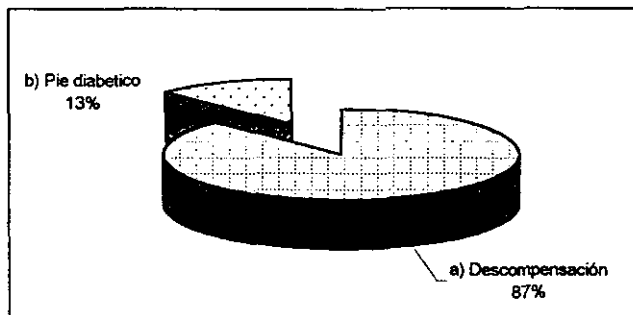


INTERPRETACION:

El 62% de los pacientes diabéticos son acompañados por su pareja, mientras que un 38% son acompañados por los hijos, reflejándose la importancia de contar con la familia para afrontar las complicaciones que se presentan por la diabetes. Además de que es una manera de estar al pendiente de su estado de salud y de involucrarse en el tratamiento médico para prevenir nuevas complicaciones.

PREGUNTA No. 30

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 30.- ¿Qué tipo de complicaciones ha presentado por las que ha requerido hospitalización? | a) Descompensación | 7 | 87.00 |
| | b) Pie diabético | 1 | 13.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 8 | 100.00 |



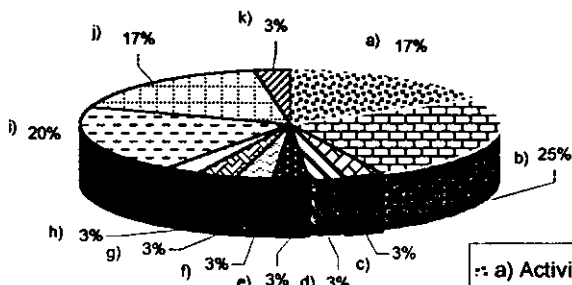
INTERPRETACION:

De las 8 personas que han estado hospitalizada el 87% de éstos han estado hospitalizados por descompensación por lo que es importante orientarlos sobre las causas y las formas de prevenir la aparición de las mismas; mientras que el 13% ha estado hospitalizado debido a complicaciones con el pie diabético, motivo por el cual es importante que se les oriente sobre la importancia del ejercicio, para activar la circulación y disminuir este tipo de complicaciones.

PREGUNTA No. 31

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % | |
|---|--|-------------------------|----------|--------|
| 31.- ¿Qué actividades le gustaría que la Clínica ISSSTE implementara para la atención del paciente diabético | a) Actividades de fomento a la salud | 6 | 17.14 | |
| | b) Grupos recreativos de Diabéticos | 9 | 25.71 | |
| | c) Pláticas informativas los diabéticos y familiares | 1 | 2.86 | |
| | d) Nada | 1 | 2.86 | |
| | e) Implementación de cursos de manualidades | 1 | 2.86 | |
| | f) Implementación de actividades deportivas | 1 | 2.86 | |
| | g) Curso de sensibilización al personal médico | 1 | 2.86 | |
| | h) Realización de visitas domiciliarias a los diabéticos | 1 | 2.86 | |
| | i) Contar con una nutrióloga | 7 | 20.00 | |
| | j) Que se cuente con un médico especial para la atención de los pacientes diabéticos | 6 | 17.14 | |
| | k) Difusión de las actividades de la Clínica. | 1 | 2.86 | |
| | | | | |
| | | | 35 | 100.00 |

31.- ¿Qué actividades le gustaría que la Clínica ISSSTE implementara para la atención del paciente diabético?



INTERPRETACION:

Destacan en un 60% las actividades de fomento a la salud, en especial la formación del grupo de diabéticos, mediante las pláticas informativas tanto a diabéticos como a familiares de los mismos, siendo muy importante ya que mediante éste se refuerza el tratamiento médico, como una estrategia para mantener informada a la población sobre éste padecimiento y como una medida para disminuir las complicaciones en beneficio de su estado de salud y por ende elevar el nivel de vida del mismo.

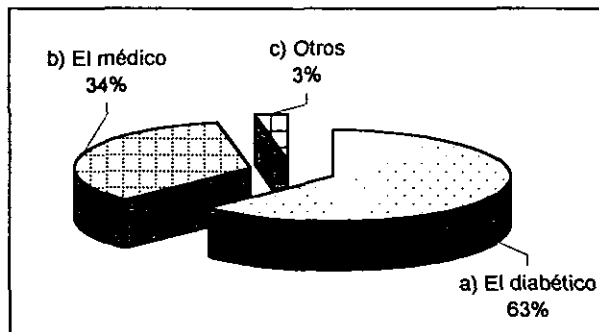
Es importante destacar que serán las necesidades sentidas a partir de las cuales se parta para la programación de las mismas.

- a) Actividades de fomento a la salud
- b) Grupos recreativos de diabéticos
- c) Pláticas informativas a los diabéticos y familiares
- d) Nada
- e) Implementación de cursos de manualidades
- f) Implementación de actividades deportivas
- g) Curso de sensibilización a los médicos
- h) Que se realizaran visitas domiciliarias a los diabéticos
- i) Que se cuente con una nutrióloga
- j) Que se tenga un médico especial para la atención del diabético
- k) Difusión de las actividades de la Clínica

5.4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS

PREGUNTA No. 1

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 1.- ¿Quién le informó a usted que su familiar padece diabetes? | a) El diabético | 20 | 63.00 |
| | b) El médico | 11 | 34.00 |
| | c) Otros | 1 | 3.00 |
| | | 32 | 100.00 |



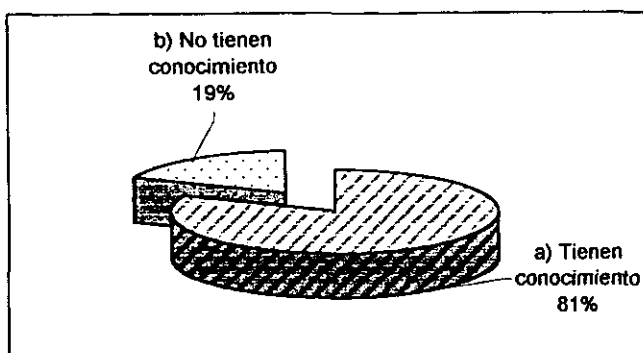
INTERPRETACIÓN:

Es significativo los resultados que arrojan esta gráfica, ya que denota que en su mayoría es por parte del paciente diabético que se enteran de su padecimiento, al no ser acompañados por algún miembro de la familia a consulta, y debido al gran desconocimiento que existe sobre este padecimiento, es hasta que el diabético informa a su familia sobre su padecimiento, por lo que en ocasiones se enteran hasta después de evolucionada la enfermedad.

Lo que nos habla de la importancia de que los familiares acompañen al paciente a consulta para estar informados sobre su estado de salud y tener una mayor orientación de como atender al mismo para contribuir a un tratamiento eficaz.

PREGUNTA No. 2

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------|--------|
| 2.- ¿Que sabe usted de la diabetes? | | | |
| | a) Tiene conocimiento | 26 | 81.00 |
| | b) No tienen conocimiento | 6 | 19.00 |
| | | 32 | 100.00 |

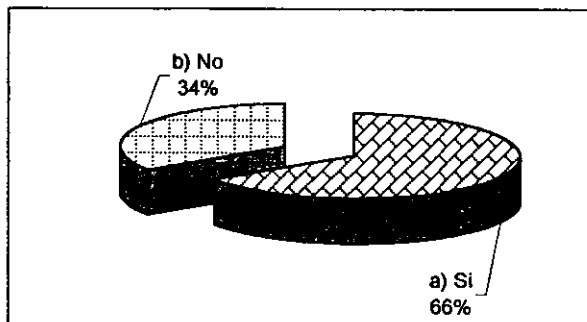
**INTERPRETACIÓN:**

Son significativos los resultados obtenidos en esta gráfica ya que el 81% de la población entrevistada manifiesta tener conocimientos sobre la enfermedad, lo que contribuye para un mejor entendimiento de la misma y permite que la familia participe de una manera más eficaz en el tratamiento del familiar diabético.

Es importante educar a la población que manifiesta no tener conocimiento sobre este padecimiento, en el conocimiento de los signos, síntomas de la Diabetes para una detección oportuna y sobre todo para que tengan una participación eficaz en el tratamiento del paciente, mismo que permita la disminución de las posibles complicaciones.

PREGUNTA No. 3

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--------------------------|------------------|--------|
| 3.- ¿Tiene algún otro familiar diabético? | a) Sí | 21 | 66.00 |
| | b) No | 11 | 34.00 |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |



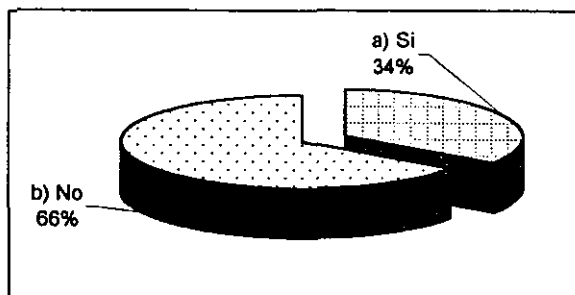
INTERPRETACIÓN:

Los datos que arrojan esta gráfica, nos muestran que la diabetes por ser un padecimiento en el que la herencia juega un papel muy importante afecta con mayor frecuencia a las personas con antecedentes de familiares diabéticos, sin descartar aquellos que no los tienen, pero con menor frecuencia.

Por lo que es importante informar a la población sobre este padecimiento, para que acudan a realizarse los chequeos a la Clínica periódicamente, para una detección oportuna.

PREGUNTA No. 4

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|--------------------------|------------------|--------|
| 4.- ¿Considera usted que el padecimiento del paciente diabético ha repercutido en la dinámica familiar | a) Si | 11 | 34.00 |
| | b) No | 21 | 66.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |



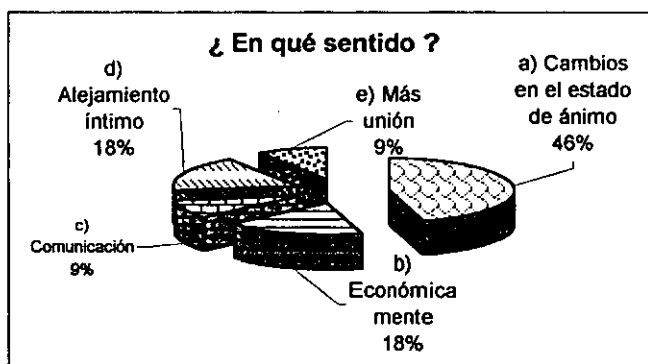
INTERPRETACIÓN:

Como se puede apreciar es significativo el número de personas 66%, que consideran que la relación familiar no se ha alterado por la presencia del paciente diabético. Si bien es sabido que la enfermedad por sí misma trae consigo cambios, es importante la tranquilidad y la satisfacción en la vida cotidiana del diabético ya que es un gran contribuyente para mantener tanto la compensación de la enfermedad, como para mantener una relación familiar funcional.

Sin embargo no deja de ser preocupante que exista un 34% que considera que la diabetes ha repercutido en la dinámica familiar por lo que es importante que se trabaje con esta población en aquellos aspectos que consideran se han visto afectados, ya que la armonía familiar como se señaló anteriormente es un factor primordial en el tratamiento del paciente diabético.

¿EN QUÉ SENTIDO?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|----------------------------------|------------------|-------|
| ¿En que sentido? | a) Cambios en el estado de ánimo | 5 | 46.00 |
| | b) Económicamente | 2 | 18.00 |
| | c) Comunicación | 1 | 9.00 |
| | d) Alejamiento íntimo | 2 | 18.00 |
| | e) Más unión | 1 | 9.00 |
| | | | 11 |



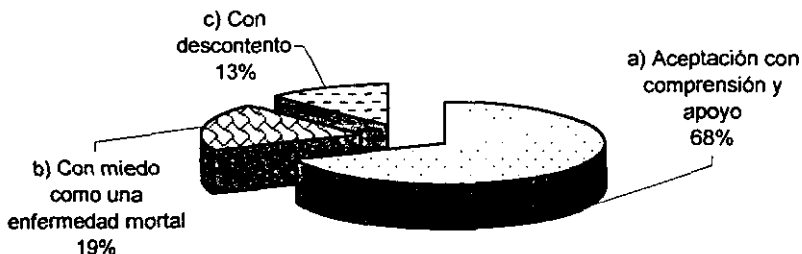
INTERPRETACIÓN:

El 73% de los familiares de los pacientes diabéticos considera que los aspectos que han influido en la dinámica familiar a raíz de su padecimiento son debidos a cambios en el estado de ánimo, seguidos de alejamiento íntimo y comunicación. Un 18% lo atribuye al aspecto económico; Por otro lado es interesante que un 9% considera que la dinámica familiar ha cambiado pero de una manera positiva ya que se ha dado más unión entre ambos.

Los resultados que representan esta gráfica muestran la importancia de que los familiares se involucren en el tratamiento del paciente diabético para que el personal médico les oriente sobre los cambios que sufren a raíz de este padecimiento y así puedan comprenderlo y apoyarlo, sensibilizándolos sobre la importancia que tiene su participación en el tratamiento de éste; para disminuir y/o prever estas situaciones que afectan la dinámica familiar, ya que la tranquilidad del paciente diabético, así como el saberse aceptado por sus seres queridos son un gran contribuyente para mantener la compensación de esta enfermedad.

PREGUNTA No. 5

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---|------------------|--------|
| 5.- ¿Cómo ha tomado la familia la enfermedad del paciente diabético? | a) Aceptación con comprensión y apoyo | 22 | 68.00 |
| | b) Con miedo como una enfermedad mortal | 6 | 19.00 |
| | c) Con descontento | 4 | 13.00 |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |



INTERPRETACIÓN:

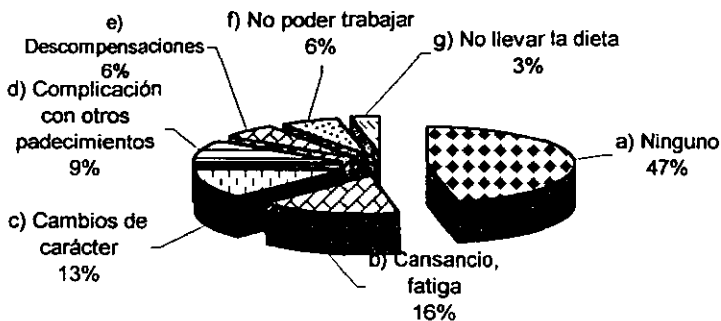
Son significativos los resultados obtenidos en esta gráfica, la cual muestra la importancia de brindar comprensión, apoyo y aceptación al paciente diabético, lo que contribuye para que éste a su vez se sienta tranquilo y por lo tanto éste mantenga un estado de salud estable, al no tener tensiones, y/o problemas que generen complicaciones en el mismo.

Es importante destacar la importancia de educar a aquellos familiares que consideran la enfermedad como un padecimiento mortal para que se les oriente sobre la forma de evitar complicaciones serias, y la manera de participar en el tratamiento del paciente diabético.

Así mismo es importante trabajar con aquellas personas que han tomado la enfermedad con descontento, sensibilizándolos sobre la importancia de mantener relaciones funcionales dentro de la dinámica familiar tanto en beneficio de la salud del paciente diabético como de ellos mismos.

PREGUNTA No. 6

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---|------------------|-------|
| 6.- ¿Qué problemas ha presentado su familiar diabético? | a) Ninguno | 15 | 47.00 |
| | b) Cansancio, fatiga | 5 | 16.00 |
| | c) Cambios de carácter | 4 | 13.00 |
| | d) Complicación con otros padecimientos | 3 | 9.00 |
| | e) Descompensaciones | 2 | 6.00 |
| | f) No poder trabajar | 2 | 6.00 |
| | g) No llevar la dieta | 1 | 3.00 |
| | | | 32 |



INTERPRETACIÓN:

Es importante señalar que ante una diabetes bien controlada los problemas en la vida cotidiana del paciente diabético no deben ser significativos, como en el caso de ésta gráfica en donde el 47% de los familiares entrevistados consideran que el paciente diabético no ha presentado problemas.

Por otro lado en aquellos pacientes que si han presentado cambios como es el 53% restante requiere la participación de la familia, ya que es sabido que la Diabetes Mellitus genera cambios, entre ellos los descritos en esta gráfica, en los cuales se requiere de su cooperación.

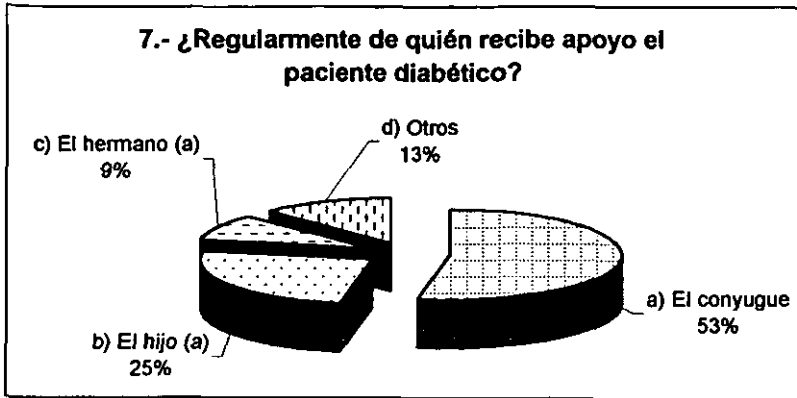
PREGUNTA No. 7

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % | |
|---|---------------------------------|-------------------------|----------|--------|
| 7.- ¿Regularmente de quién recibe apoyo su familiar diabético? | a) El cónyuge | 17 | 53.00 | |
| | b) El hijo (a) | 8 | 25.00 | |
| | c) El hermano (a) | 3 | 9.00 | |
| | d) Otros | 4 | 13.00 | |
| | | | | |
| | | | 32 | 100.00 |

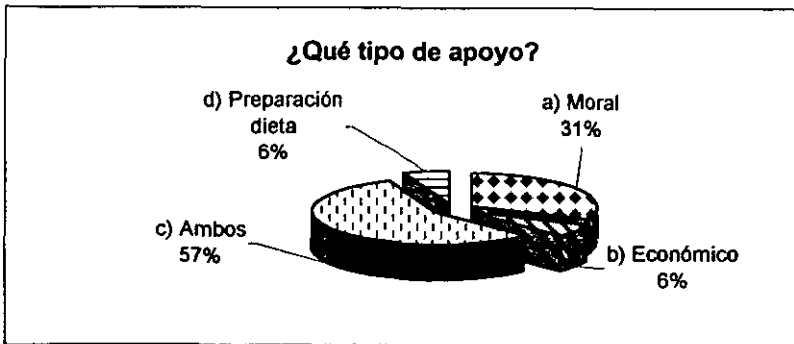
PREGUNTA No. 8

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 8.- ¿Qué tipo de apoyo? | a) Moral | 10 | 31.00 |
| | b) Económico | 2 | 6.00 |
| | c) Ambos | 18 | 57.00 |
| | d) Preparación Dieta | 2 | 6.00 |
| | | | 32 |

GRÁFICA 50



GRÁFICA 51



INTERPRETACIÓN:

Tal como señala la gráfica en su mayoría es por parte del cónyuge de quien el paciente diabético recibe más apoyo, siendo un gran contribuyente en la atención del paciente diabético.

En cuanto al tipo de apoyo son significativos los resultados obtenidos y tienen gran relación con los obtenidos en la gráfica No. 28, ya que el tipo de apoyo que brindan los familiares del paciente diabético no sólo es económico sino que va acompañado del apoyo moral lo que habla de una relación familiar funcional, la cual al a su vez como ya se ha manejado anteriormente es un gran contribuyente en el tratamiento del mismo.

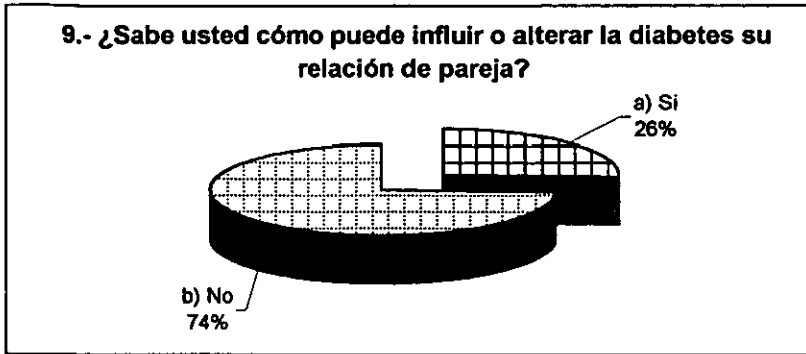
PREGUNTA No. 9

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 9.- ¿Sabe usted cómo puede influir o alterar la diabetes su relación de pareja? | a) Si | 7 | 26.00 |
| | b) No | 20 | 74.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 27 | 100.00 |

¿EN QUÉ SENTIDO?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| ¿En qué sentido? | a) En su estado de ánimo | 3 | 43.00 |
| | b) En las relaciones sexuales | 3 | 43.00 |
| | c) En la comunicación | 1 | 14.00 |
| | | | |
| | | 7 | 100.00 |

GRÁFICA 52



GRÁFICA 53



INTERPRETACIÓN:

Un aspecto significativo que es necesario señalar es que del total de parejas de los pacientes diabéticos entrevistados, el 74% no sabe como puede influir la diabetes en su relación de pareja, por lo que es importante que tanto el Trabajador Social como el Equipo de Salud les oriente en cuanto a este aspecto ya que la estabilidad emocional que brinda la pareja es un contribuyente indispensable en la salud del paciente diabético, así como en la dinámica familiar del mismo.

Mientras que 7 de las parejas entrevistadas refieren tener conocimiento de como puede influir la diabetes en su relación de pareja, hecho que contribuye para tener una mejor comprensión y por tanto brindar apoyo en beneficio de la pareja.

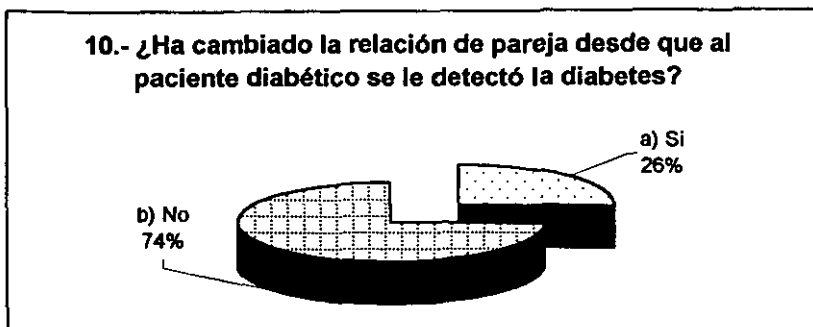
PREGUNTA No. 10

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 10.- ¿ Ha cambiado la relación de pareja desde que al paciente diabético se le detectó la diabetes? | | | |
| | a) Si | 7 | 26.00 |
| | b) No | 20 | 74.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 27 | 100.00 |

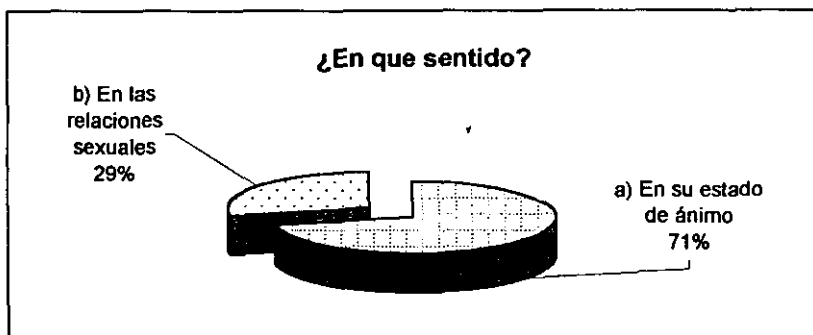
¿EN QUÉ SENTIDO?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| ¿En qué sentido? | | | |
| | a) En su estado de ánimo | 5 | 71.00 |
| | b) En las relaciones sexuales | 2 | 29.00 |
| | | | |
| | | 7 | 100.00 |

GRÁFICA 54



GRÁFICA 55



INTERPRETACIÓN:

Es significativo destacar que el porcentaje de la población entrevistada en su mayoría (74%), considera que su relación de pareja no ha cambiado a partir de que se le diagnosticó diabetes, ésta gráfica tiene relación con la gráfica 50, en donde también en su mayoría es del cónyuge de quien el paciente diabético recibe apoyo, lo que permite mantener una mejor comunicación familiar, y por lo tanto se refleja en una dinámica familiar funcional.

Es importante por otro lado trabajar conjuntamente el Trabajador Social y el Equipo de Salud con las 7 personas que manifiestan haber sufrido cambios en su relación de pareja, para orientarlos y disminuir los aspectos aquí reflejados, mejorando con esto su relación de pareja, lo cual repercutirá en beneficio de la misma.

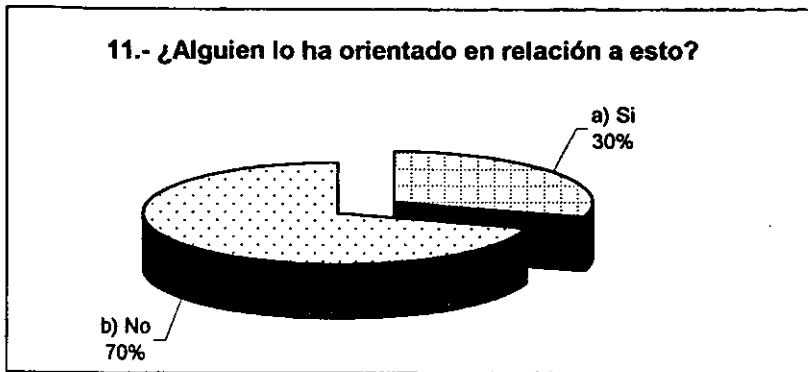
PREGUNTA No. 11

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 11.- ¿Alguien lo ha orientado en relación a esto? | | | |
| | a) Si | 8 | 30.00 |
| | b) No | 19 | 70.00 |
| | | 27 | 100.00 |

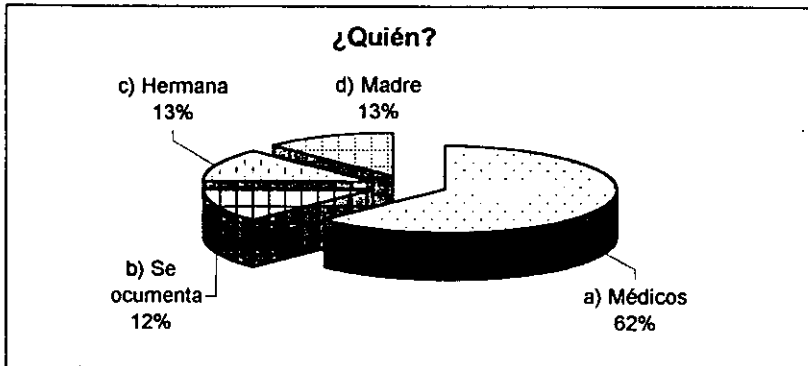
¿QUIÉN?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|----------|
| ¿Quién? | | | |
| | a) Médicos | 5 | 62.00 |
| | b) Se documenta | 1 | 12.00 |
| | c) Hermana | 1 | 13.00 |
| | d) Madre | 1 | 13.00 |
| | | 8 | 100.00 |

GRÁFICA 56



GRAFICA 57



INTERPRETACIÓN:

Es significativo el porcentaje de familiares que no han recibido la orientación sobre como puede afectar o influir la diabetes en la relación de pareja, y dada su importancia en la salud del paciente diabético, es necesario que el Equipo de Salud y el Trabajador Social trabajen en este aspecto conjuntamente con la pareja, ya que la estabilidad emocional es un gran contribuyente en el tratamiento y control del paciente diabético, por lo que es importante que la fuente de información sea proporcionada por personal capacitado para una mejor orientación y seguimiento al respecto, tal y como lo señala la gráfica 57 donde las 8 personas que si han recibido información ha sido en su mayoría por parte del personal médico, misma que permite ser más certera que por otro tipo de fuentes.

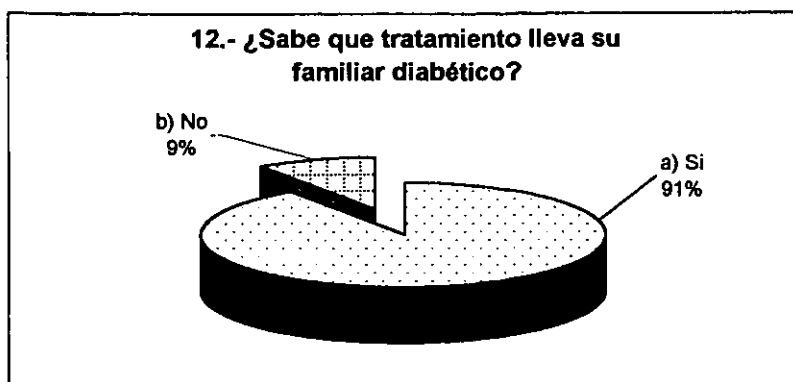
PREGUNTA No. 12

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 12.- ¿Sabe que tratamiento lleva su familiar diabético? | | | |
| | a) Si | 29 | 91.00 |
| | b) No | 3 | 9.00 |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |

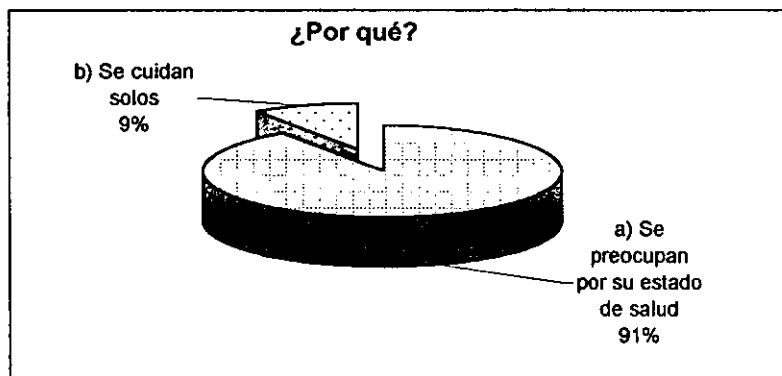
¿POR QUÉ?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|--|-------------------------|----------|
| ¿Por qué? | | | |
| | a) Se preocupan por su estado de salud | 29 | 91.00 |
| | b) Me cuido solo | 3 | 9.00 |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |

GRÁFICA 58



GRÁFICA 59



INTERPRETACIÓN:

En su mayoría el 91% de los familiares entrevistados conocen el tratamiento que lleva el paciente diabético, lo que habla del involucramiento en su salud lo que conlleva a estar más cerca en el seguimiento de la misma.

Mientras tres de las personas restantes reflejan su apatía en el tratamiento del paciente diabético, por lo que es muy importante que el Trabajador Social y el Equipo de Salud trabajen con estas familias, sensibilizándolas sobre la importancia que guarda el que se involucren en dicho tratamiento, para que tengan conocimiento sobre qué hacer en determinadas circunstancias, estando al pendiente de sus medicamentos, de su dieta, de sus ejercicios, llevando un seguimiento y de ésta manera evitar posibles complicaciones.

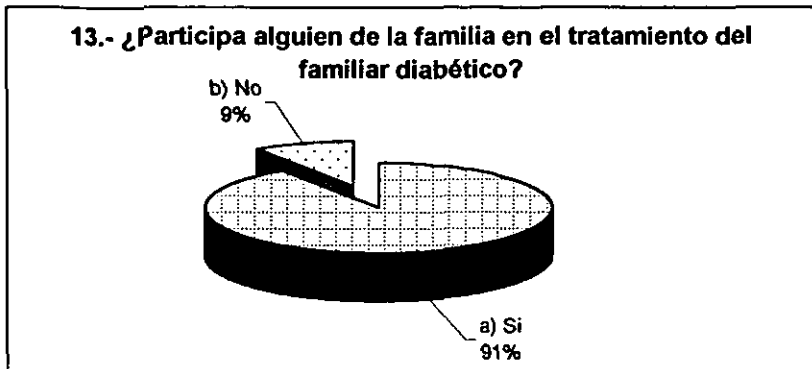
PREGUNTA No. 13

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 13.- ¿ Participa alguien de la familia en el tratamiento del familiar diabético? | | | |
| | a) Si | 29 | 91.00 |
| | b) No | 3 | 9.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |

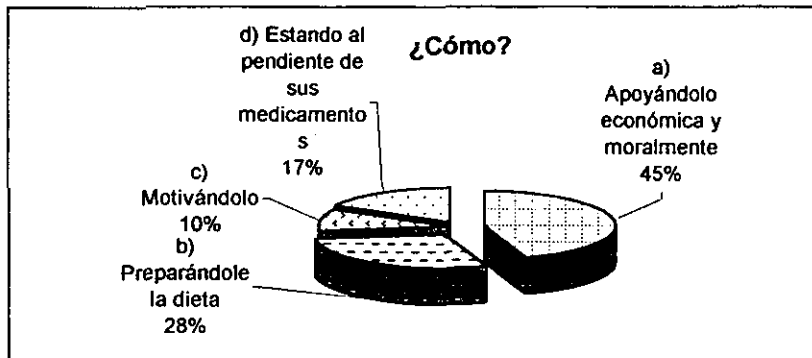
¿CÓMO?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|-----------------------------|---|-------------------------|----------|
| ¿Cómo? | | | |
| | a) Apoyándolo económica-mente y moralmente | 13 | 45.00 |
| | b) Preparándole la dieta | 8 | 28.00 |
| | c) Motivándolo | 3 | 10.00 |
| | d) Estando al pendiente de sus medicamentos | 5 | 17.00 |
| | | 29 | 100.00 |

GRÁFICA 60



GRÁFICA 61



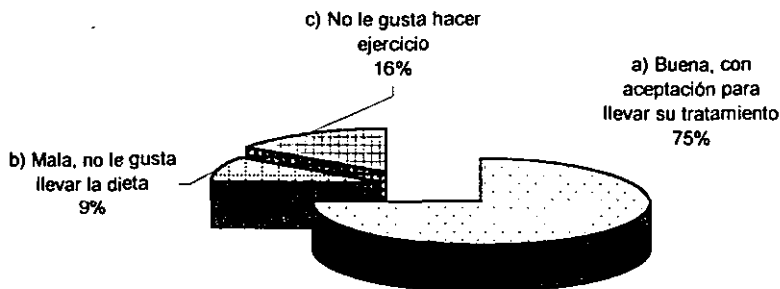
INTERPRETACIÓN:

Los datos de la gráfica anterior (58 y 59), se encuentran muy relacionados ya que del total de familiares entrevistados, el 91% participan en el tratamiento del paciente diabético debido a que tienen conocimiento sobre el mismo. el estar al pendiente de su dieta, de la aplicación de sus medicamentos, motivándolo para que siga el tratamiento médico y brindándole apoyo económico en los casos requeridos, son aspectos que influyen favorablemente en la estabilidad del paciente diabético mismos que le permiten tener un mayor control sobre su padecimiento.

Es importante rescatar aquellas familias que no participan en el tratamiento debido en parte al desconocimiento que tienen sobre el mismo, con ellos habrá que investigar el no involucramiento familiar, valorando una posible disfunción de la dinámica familiar.

PREGUNTA No. 14

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|---|------------------|--------|
| 14.- ¿qué disposición tiene o ha mostrado su familiar diabético en relación a su tratamiento? | a) Buena, con aceptación para llevar su tratamiento | 24 | 75.00 |
| | b) Mala, no le gusta llevar la dieta | 3 | 9.00 |
| | c) No le gusta hacer ejercicio | 5 | 16.00 |
| | | 32 | 100.00 |



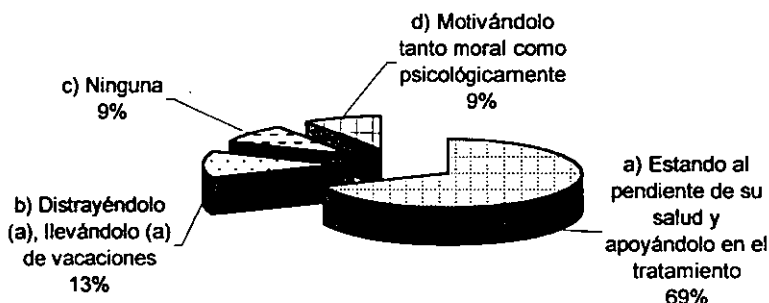
INTERPRETACIÓN:

Es significativo el porcentaje de población que considera que el paciente diabético ha mostrado una disposición buena y con aceptación para seguir su tratamiento, lo que trae consigo la disminución de complicaciones, propias de la enfermedad, y en su caso la aparición retardada de las mismas.

Es importante sensibilizar al paciente diabético y a su familia sobre la importancia de la administración de medicamentos, el ejercicio y la dieta ya que son definitivos en su tratamiento, por lo que el Equipo de Salud y el Trabajador Social conjuntamente deberán de participar en orientación sobre las diferentes modalidades de preparación para que lejos de ser rutinaria le encuentren interés y sea de su agrado, en aquellos familiares que manifestaron problemas en cuanto a la dieta, sensibilizándolos también de la importancia del ejercicio como parte del tratamiento.

PREGUNTA No. 15

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--|------------------|-------|
| 15.- ¿ Cómo participa la familia en la atención del paciente diabético? | a) Estando al pendiente de su salud y apoyándolo en el tratamiento | 22 | 69.00 |
| | b) Distrayéndolo, llevándolo (a) de vacaciones | 4 | 13.00 |
| | c) Ninguna | 3 | 9.00 |
| | d) Motivándolo tanto moral como psicológicamente | 3 | 9.00 |
| | | | 32 |



INTERPRETACIÓN:

El estar al pendiente de los medicamentos, de la dieta, de los ejercicios, entre otros, son aspectos fundamentales en el tratamiento del paciente diabético, ya que denotan una preocupación de los familiares por su salud, así como el integrarlo a actividades sociales, el llevarlo de vacaciones son situaciones que lo mantienen relajado y por lo tanto contribuyen para que se sienta integrado y participe dentro de la dinámica familiar.

En el caso de las familias que no participan en la atención del paciente diabético es conveniente investigar los motivos y sensibilizarlos para lograr su participación.

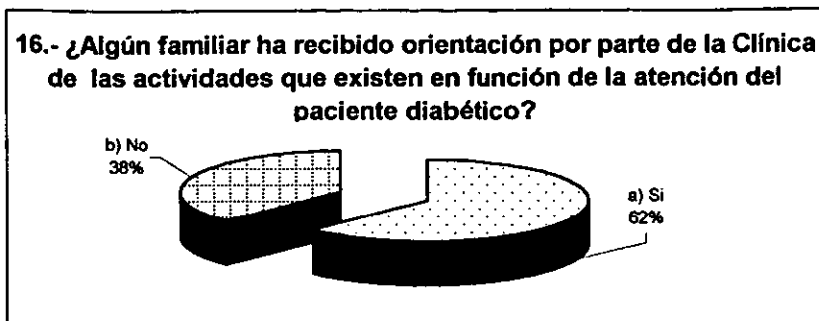
PREGUNTA No. 16

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|--|---------------------------------|-------------------------|----------|
| 16.- ¿Algún familiar ha recibido orientación por parte de la Clínica de las actividades que existen en función de la atención del familiar diabético? | | | |
| | a) Si | 20 | 62.00 |
| | b) No | 12 | 38.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |

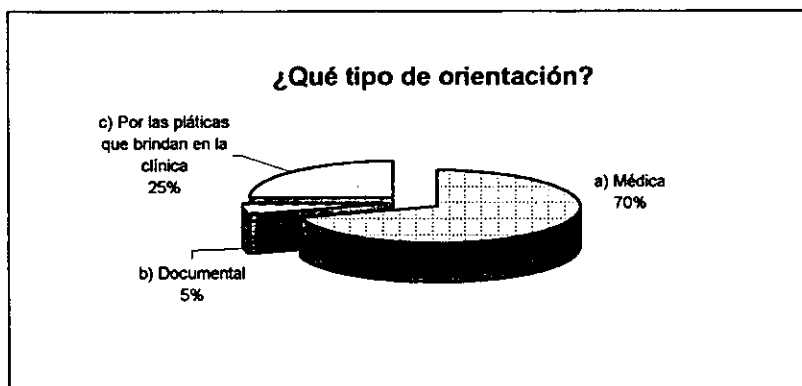
¿QUÉ TIPO DE ORIENTACIÓN?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------------------|---|-------------------------|----------|
| ¿Qué tipo de orientación? | | | |
| | a) Médica | 14 | 70.00 |
| | b) Documental | 1 | 5.00 |
| | c) Por las pláticas que brindan en la Clínica | 5 | 25.00 |
| | | | |
| | | 20 | 100.00 |

GRÁFICA 64



GRÁFICA 65

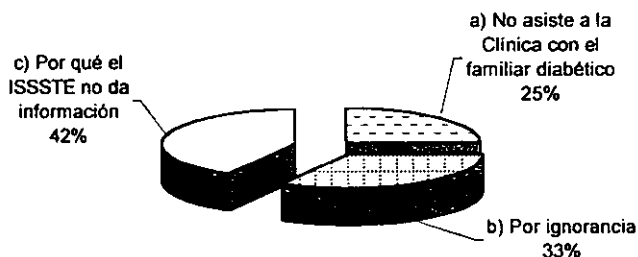


INTERPRETACIÓN:

Es importante el que los familiares del paciente diabético acompañen al paciente a consulta ya que es a través de ésta Clínica que el médico les brinda la orientación adecuada de como atenderlo, además de que permite estar más al pendiente de la salud del mismo, tal y como se señala en la gráfica 64 donde más de la mitad de los familiares si han recibido esa orientación debido a que lo acompañan a consulta, o participan involucrándose en las pláticas que la clínica ofrece sobre este padecimiento, o en su caso documentándose, lo que habla de un interés por el estado de salud del paciente diabético.

¿EN CASO DE CONTESTAR NO, SEÑALAR POR QUÉ?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|----------------------|---|------------------|--------|
| ¿Por qué? | a) No asiste a la Clínica con el familiar diabético | 3 | 25.00 |
| | b) Por ignorancia | 4 | 33.00 |
| | c) Por qué el ISSSTE no da la información | 5 | 42.00 |
| | | | |
| | | 12 | 100.00 |

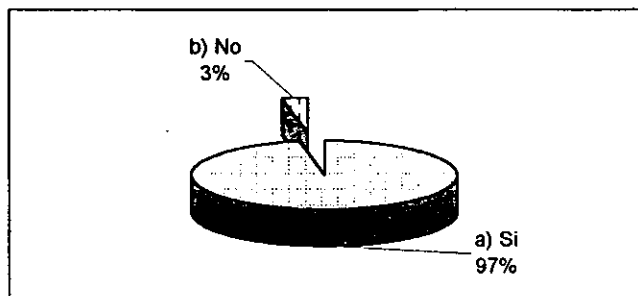


INTERPRETACIÓN:

Es importante destacar que del 38% de los familiares del paciente diabético no han recibido orientación por parte de la clínica como se señala en la gráfica 64, atribuido a que no asisten a consulta con el paciente diabético, lo que denota falta de interés y de involucramiento en el tratamiento del mismo, lo que habla de la necesidad de sensibilizar a aquellas familias que no tienen interés por acompañar al paciente a su consulta, sensibilizándolos de la importancia que tiene el acompañarlos al médico; un 33% manifiesta no haber recibido esa orientación por ignorancia ya que no tienen conocimiento de que la clínica les puede brindar esa información por lo que refiere la falta de interés e involucramiento en la atención del mismo; mientras que el 42% restante considera que la Clínica no brinda la información, por lo que es necesario trabajar con estas familias, dándoles a conocer el tipo de actividades y de orientación que la Clínica les puede ofrecer respecto a la atención del paciente diabético.

PREGUNTA No. 17

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---|--------------------------|------------------|--------|
| 17.- ¿Le gustaría que la Clínica desarrollara nuevas actividades para la atención y tratamiento del paciente diabético? | a) Si | 31 | 97.00 |
| | b) No | 1 | 3.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | 32 | 100.00 |



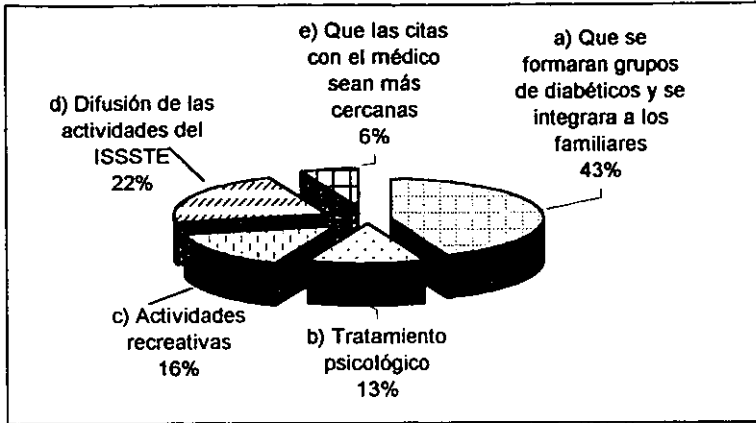
INTERPRETACIÓN:

Como se puede apreciar, es significativo el porcentaje de la población que considera importante el que la Clínica implementara nuevas actividades, las cuales contribuirían para que tanto ellos como el paciente diabético reciba una orientación y una mejor atención. Cabe señalar que esto es muy importante ya que el empleo en nuevas actividades que involucren tanto al diabético como a sus familiares implica ser más participativo en el tratamiento y control del mismo.

¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES?

| Texto de la Pregunta | Alternativa de Respuesta | Cifras Absolutas | % |
|---------------------------|---|------------------|--------|
| ¿Qué tipo de actividades? | | | |
| | a) Que se formaran grupos de diabéticos y se integrara a los familiares | 14 | 43.00 |
| | b) Tratamiento psicológico | 4 | 13.00 |
| | c) Actividades recreativas | 5 | 16.00 |
| | d) Difusión de las actividades de la Clínica | 7 | 22.00 |
| | e) Que las citas con el médico sean más cercanas | 2 | 6.00 |
| | | 32 | 100.00 |

¿Qué tipo de actividades?



INTERPRETACIÓN:

Entre las actividades de mayor relevancia se encuentran la formación de grupos de Diabéticos, seguidas por actividades recreativas, y la difusión de actividades de la Clínica principalmente.

Es importante señalar que estas necesidades sentidas deben de formar parte de la programación de las actividades, que la Clínica establezca a través del Trabajador Social y el Equipo de Salud de la misma, relacionándolas con las necesidades que el paciente diabético manifestó en los resultados arrojados en el cuestionario que se le aplicó y que tiene gran relación con las manifestadas por los familiares en esta gráfica.

CONCLUSIONES

Después de un análisis cuantitativo y apreciaciones cualitativas de los resultados obtenidos considero que se ha logrado el Objetivo General que me plantee relacionado con el análisis de la dinámica familiar del paciente diabético concluyendo que ésta es fundamental en la tranquilidad y la funcionalidad de la vida cotidiana del mismo, así como el saberse aceptado por sus seres queridos son un gran contribuyente para mantener la compensación de la enfermedad, tomando en cuenta que el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en el tratamiento del paciente diabético.

Debido a que la Diabetes es una enfermedad crónica de gran relevancia médico-social, constituye un factor revolucionario en la vida, costumbres y hábitos del diabético, obligándolo a una constante vigilancia sobre su alimentación, el tratamiento médico y sobre una nueva forma de vida y de empleo del tiempo. Por tanto es de suma importancia que la familia tenga un amplio conocimiento de la enfermedad, mismo que le permitirá participar activamente en el tratamiento del paciente diabético.

Por otro lado, existe la necesidad de unificar programas tendientes a profundizar en el conocimiento de la diabetes, por tanto en términos generales las acciones del Trabajador Social deberán de encaminarse primeramente a canalizar e integrar a aquellos pacientes que son diagnosticados con este padecimiento, al grupo de diabéticos, en donde

tanto ellos como sus familiares participen activamente en las actividades de educación para la salud.

Lo anterior se llevaría a cabo mediante acciones intencionadas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, hábitos y conductas del diabético y su familia. Estimulando su participación consciente para el cuidado de su salud, como una estrategia para reforzar el tratamiento médico y así se conviertan en difusores y cumplan satisfactoriamente con las indicaciones terapéuticas e higiénico dietéticas.

De acuerdo a la investigación realizada se puede concluir que una dinámica familiar funcional del paciente diabético es indispensable, considerando que la interacción familiar es potencialmente importante ya que contribuye a la elevación de la calidad de vida del paciente, al disminuirse las complicaciones de su padecimiento.

El Trabajador Social debe intervenir ofreciendo un panorama objetivo del marco ambiental y social del paciente diabético, de sus relaciones familiares, y, en suma, del conjunto de factores psicosociales que tienen relación con su padecimiento.

En relación al perfil del paciente diabético que es atendido en la Clínica ISSSTE, en base a los resultados obtenidos se puede concluir que sus principales características son:

Primeramente la edad de la población diabética entrevistada oscila entre los 46 y 80 años, el 51 por ciento son hombres y el 49 por ciento son mujeres, en cuanto al estado civil, un 77 por ciento se encuentran casados,

un 6 por ciento solteros y el 17 por ciento restante viudos; el grado de escolaridad que alcanzó mayor representatividad se encuentra constituido por la educación media en un 45 por ciento, seguida por la educación superior en un 28 por ciento y la básica por un 26%.

Así mismo en el aspecto laboral, destaca considerablemente la población de pacientes diabéticos que tienen una vida económicamente inactiva, encontrándose constituida por aquellos diabéticos pensionados y jubilados; destacando la población que percibe un ingreso mensual superior a los \$4000.00 pesos.

La población diabética sigue como tratamiento médico los hipoglucemiantes orales combinados con el uso de la dieta y en su minoría la insulina combinada también con la dieta.

Entre los problemas comunes que se han generado en la dinámica familiar a partir de este padecimiento se encuentran los relacionados con los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma enfermedad, los problemas relacionados con la comunicación familiar y en menor medida problemas de alejamiento íntimo en la pareja.

En su mayoría los problemas que se suscitan al interior de la familia a consecuencia de la diabetes los resuelven con el apoyo de los miembros de la misma, comunicándose positivamente, mediante una relación familiar funcional.

De los aspectos investigados sobre la familia encontramos que el 66 por ciento tiene antecedentes familiares de diabetes, mientras que un 34

por ciento no los tiene; el total de las familias tienen una estructura nuclear, integrada por 4 a 5 integrantes en un 40 por ciento, seguido de un 34 por ciento por aquellas familias constituidas por 1 a 3 integrantes, y en un 26 por ciento por 6 a 9 integrantes.

Los conocimientos que los familiares poseen sobre la diabetes mellitus en cuanto a sintomatología, complicaciones y medidas de control fueron satisfactorios ya que la mayor parte de las familias entrevistadas cuentan con los conocimientos sobre este padecimiento. Mientras que las actitudes en relación al paciente diabético, al tratamiento médico y a la dieta fueron favorables.

De acuerdo al ambiente sociofamiliar en el que se desarrolla el paciente diabético encontramos que la mayor parte de las familias de los pacientes diabéticos son funcionales, tomando en cuenta las fuerzas que operan al interior de ella en cuanto a la comunicación, toma de decisiones, relaciones interpersonales y manejo de problemas. Sin embargo existe una minoría de familias que se consideran disfuncionales tomando en cuenta los criterios señalados anteriormente, lo que hace necesaria la participación conjunta de la familia con el equipo de salud.

Con lo anterior se comprueba la hipótesis planteada en la investigación y se presenta una propuesta de intervención del Trabajador Social consistente en un programa educativo dirigido tanto al paciente diabético como a su núcleo familiar, con ello se pretende contribuir a una revaloración del padecimiento y del tratamiento mediante la dinámica familiar del paciente diabético.

En cuanto al apoyo brindado por parte de la Clínica, este fue satisfactorio, debido a que me proporcionaron los apoyos necesarios para el logro de los objetivos de esta investigación.

Por lo que los resultados obtenidos fueron satisfactorios y mi experiencia derivada de mi acción profesional fue y va a ser decisiva para mi ejercicio posterior, por todos los conocimientos que adquirí tanto de los pacientes diabéticos como de sus familiares.

***PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR
SOCIAL COMO EDUCADOR PARA LA SALUD EN
EL GRUPO DE DIABÉTICOS DE LA CLÍNICA DEL
ISSSTE DE URUAPAN, MICHOACÁN.***

1.- IDENTIFICACIÓN

El siguiente proyecto tiene como finalidad establecer acciones de educación para la salud en el grupo de diabéticos, haciendo una sensibilización en el paciente diabético que pertenece a éste grupo, así como a su familia, involucrándolos en el proceso del grupo, destacando la importancia que tiene su participación en el tratamiento del diabético, debido a que mediante la interacción de cada uno de ellos es posible que se refuerce o se debilite dicho tratamiento.

Considerando que ésta enfermedad provoca transformaciones en la vida de éste, alterándose no sólo su nivel económico, sino sus valores y costumbres, hábitos y relaciones familiares, ocasionando con esto notables cambios en las esferas físicas, psíquicas y sociales del mismo.

Cabe señalar que actualmente se encuentra formado el grupo de diabéticos en la Clínica del ISSSTE, dándose pláticas quincenales con la participación de personal médico de la misma, pero no hay un involucramiento ni una participación de la familia en dichas reuniones, por lo que en este proyecto se pretende reforzar las actividades del grupo ya existente e involucrar a la familia para que conozca la enfermedad, y apoye en el tratamiento del diabético.

Así mismo se pretende a través de ésta sensibilización e integración tanto de diabéticos como de sus familiares al grupo, ser un centro de prevención de ésta enfermedad en aquellos miembros de la familia que por su génesis se consideran susceptibles de desarrollar dicha enfermedad.

Este proyecto se encuentra enmarcado dentro del rubro de Desarrollo Social del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y el cual a su vez forma parte del Programa de Ampliación, Cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios básicos, en el área específica de Salud de la cual se desprenden los programas específicos de Medicina Preventiva en donde se ubica este proyecto particularmente en las acciones preventivas de las enfermedades crónico degenerativas a través de acciones tendientes a la prevención, control y de educación para la salud, retomando específicamente a la Diabetes Mellitus.

La Diabetes se ha consolidado como una de las enfermedades de mayor incremento en nuestro país, estando incluida entre los padecimientos a combatir en el Plan Nacional de Salud, en el cual las instituciones de salud implementan programas encaminados a controlarla y prevenirla.

Tal es el caso de la Clínica ISSSTE, que en su calidad de organismo público descentralizado tiene como objetivo principal el dar vigencia a la adición constitucional que eleva a garantía social el derecho a la protección de la salud, mediante la aplicación de la medicina preventiva además de fortalecer la integración familiar, prestando sus servicios directos de salud de atención a la población derechohabiente a través de las siguientes especialidades:

Medicina Preventiva, Cirugía General, Pediatría, Gineco-obstetricia, Cardiología, Oftalmología, Dermatología, Medicina Interna,

Otorrinolaringología, Traumatología, Urología, Cirugía Maxilofacial y Medicina Familiar.

Insertándose éste proyecto en los programas del Departamento de Trabajo Social en colaboración con Medicina Preventiva de ésta Institución, encaminados a realizar acciones preventivas y de control para hacer frente a las enfermedades crónico degenerativas, enfocándonos específicamente a la diabetes, a través de acciones tanto preventivas como de control.

2.- FUNDAMENTACIÓN

La Diabetes Mellitus se ha consolidado como una de las enfermedades crónicas más frecuentes en nuestro país, constituyendo un problema de salud pública por ser una enfermedad crónica, a veces incapacitante, que afecta a millones de personas en el mundo.

Su incidencia va en aumento debido a la mayor esperanza de vida, con base en los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, encontramos que el 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes, ocupando el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas, y colocándose entre los 10 primeros lugares de mortalidad en nuestro país.

Es una enfermedad crónica compleja de gran relevancia médico social, ya que constituye un factor revolucionario en la vida, costumbres y hábitos del diabético obligándolo a una constante vigilancia sobre la

alimentación, el tratamiento médico y posiblemente a una nueva forma de empleo del tiempo libre.

La Diabetes se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina. Esta enfermedad altera el metabolismo llevando al diabético a cambiar todo un estilo de vida y sobre todo de integración frente al medio en el que se encuentra inserto, así como a una modificación de su conducta y de su adaptación tanto al medio familiar como al social.

Es importante mencionar que la familia juega un papel muy importante en el control del paciente diabético considerando que la interacción familiar es decisiva en su tratamiento.

El Trabajador Social tiene una amplia participación en este rubro dentro de su quehacer profesional de complemento y apoyo en las acciones médico sanitarias, a través de programas integrados, con la colaboración del equipo de salud.

Tal es el caso de este proyecto, el cual pretende **crear una serie de estrategias que contribuyan a brindar una mejor y mayor atención al diabético, estableciendo un vínculo de unión entre éste, su familia, el médico y el Trabajador Social.**

Será labor del Trabajador Social reforzar el tratamiento médico, a través del Grupo de Diabéticos, recolectando mediante las experiencias de dicho grupo la información sobre su situación familiar, su percepción de la enfermedad, así como su participación en el tratamiento.

A través del desarrollo de las acciones de educación intencionadas se persigue influir en los conocimientos, hábitos, y conductas del paciente diabético y sus familiares, creando la conciencia de su padecimiento para obtener una mejor cooperación en su tratamiento, retomando mediante el trabajo en grupo las experiencias para su propio crecimiento personal, grupal y familiar; coordinándose el Trabajador Social con el equipo de salud para ampliar tanto la orientación individual como grupal.

Los beneficios derivados de la aplicación de éste proyecto son los siguientes:

- Un mayor control del diabético sobre su padecimiento en cuanto a la dieta, ejercicio y medicación.
- Un mayor estímulo a la iniciativa, la conciencia y la capacidad para que cada uno de los miembros diabéticos del grupo se dirijan así mismos, mediante una participación activa y consciente en el cuidado de su salud.
- Con la implementación se preverían ciertas problemáticas surgidas en el curso de su padecimiento, (complicaciones propias de la enfermedad), sujetas a prevención, a través de una *dinámica familiar positiva*.
- Así mismo funcionaría como un medio para prevenir el surgimiento de esta enfermedad en los familiares del mismo que por sus características se encuentran en riesgo de contraerla.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a elevar la calidad de vida del paciente diabético, a través de la educación para la salud, haciendo partícipe a la familia en el tratamiento del mismo, mediante su integración al Grupo de Diabéticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Promover el grupo de diabéticos para captar e integrar nuevos miembros, así como a los familiares de los mismos.**
- **Sensibilizar y orientar al paciente diabético y a su familia sobre la importancia de llevar un tratamiento adecuado a través de la educación para la salud en el Grupo de Diabéticos.**
- **Involucrar a la familia en el tratamiento del paciente diabético, implementando acciones en la dinámica familiar con la finalidad de mejorar las interrelaciones al interior de la misma.**
- **Reforzar el tratamiento médico del diabético con la finalidad de evitar o disminuir las complicaciones y elevar la calidad de vida.**

4.- METAS

- Que el 50% de los diabéticos detectados ingresen al grupo.
- Que el 90% de los diabéticos pertenecientes al grupo asistan a las reuniones.
- Que el 90% de los familiares asistan a las reuniones del grupo de diabéticos.
- Que el 100% de los diabéticos y familiares logren identificar el origen, así como su desarrollo, concepción, efectos y complicaciones que genera la diabetes.
- Que el 90% de los familiares de los diabéticos se involucren en el tratamiento del paciente diabético.
- Que se disminuya en un 60% los casos de diabetes en los familiares que son susceptibles de contraerla.

5.- LOCALIZACIÓN:

Macrolocalización.- Para el desarrollo de este proyecto es necesario dar una visión general del ámbito en donde se encuentra inserto el mismo.

Dicho proyecto se encuentra ubicado en la Ciudad de Uruapan, Michoacán, Ciudad que se encuentra localizada en la porción oeste del Estado de Michoacán, entre los paralelos 19°38'00" al 19°12'00" de latitud norte y los medianos 101°56'00" al 102°22'00" de longitud oeste de

Greenwich, con una variación en altitud de 900 msnm con una altitud en la Ciudad de 1610 msnm.

De acuerdo al conteo del INEGI en 1999, en el Municipio de Uruapan habitan 294,434 personas.

La Extensión Territorial del Municipio de Uruapan, Mich., es de 830.28 kilómetros cuadrados, representando estos el 1.62% del total de la superficie estatal, según datos proporcionados por el INEGI.

El Municipio de Uruapan, tiene 137 localidades y/o centros rurales de población de diversos tamaños y características geográficas, siendo los más importantes: Nuevo Zirosto, Caltzontzin, Angahuan, San Lorenzo, Corupo, Jucutacato, Santa Ana Zirosto, Jicalán, y Capacuaro.

El Municipio de Uruapan colinda al norte con los municipios de Charapan, Paracho, Nahuatzen, al este con Ziracuaretiro, Taretan, Tingambato, al sur con Gabriel Zamora, al oeste con los municipios de Nuevo Parangaricutiro y Los Reyes.

El municipio a lo largo cuenta con diferentes tipos de clima y en promedio se cuenta con una temperatura media de 21.7 grados centígrados. Contando con un clima templado, húmedo, con abundantes lluvias en verano en la mayor parte del mismo.

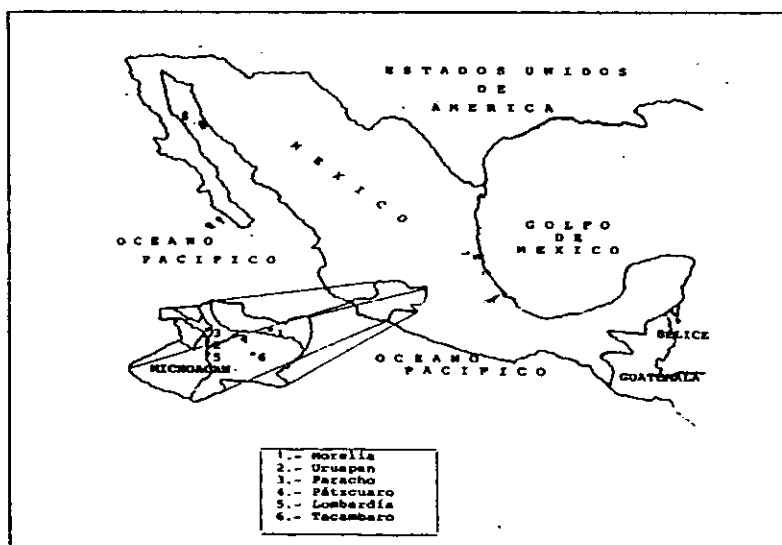
La orografía de este municipio está compuesta de terrenos accidentados con una topografía montañosa, lomas, mesetas y llanuras.

El Municipio de Uruapan cuenta con cinco ríos entre los más importantes y la superficie que recorren en el mismo son: Río Cupatitzio, Río Paracho, Río la Parota, Río Itzícuaru y el Río Bajo Tepalcatepec.

Las condiciones físico-geográficas del estado de Michoacán y sus abundantes recursos naturales susceptibles de ser industrializados, hacen de la entidad una de las más favorecidas por lo que se le considera una de las de mayor potencial económico en la República Mexicana. Por ello se encuentra entre las primeras ciudades que aportan los más altos índices en lo que a la actividad frutícola se refiere, produciendo en su mayoría aguacate.

En cuanto a la agricultura, es una Ciudad que proporciona maíz, trigo, sorgo, ajonjolí, pepino, jicama, camote y café, por otra parte la riqueza magnitud es maravillosa ya que cuenta con bosques de gran magnitud, encontrándose entre algunas de sus especies el pino, el encino y otras maderas finas.

Localización de Uruapan en la República Mexicana

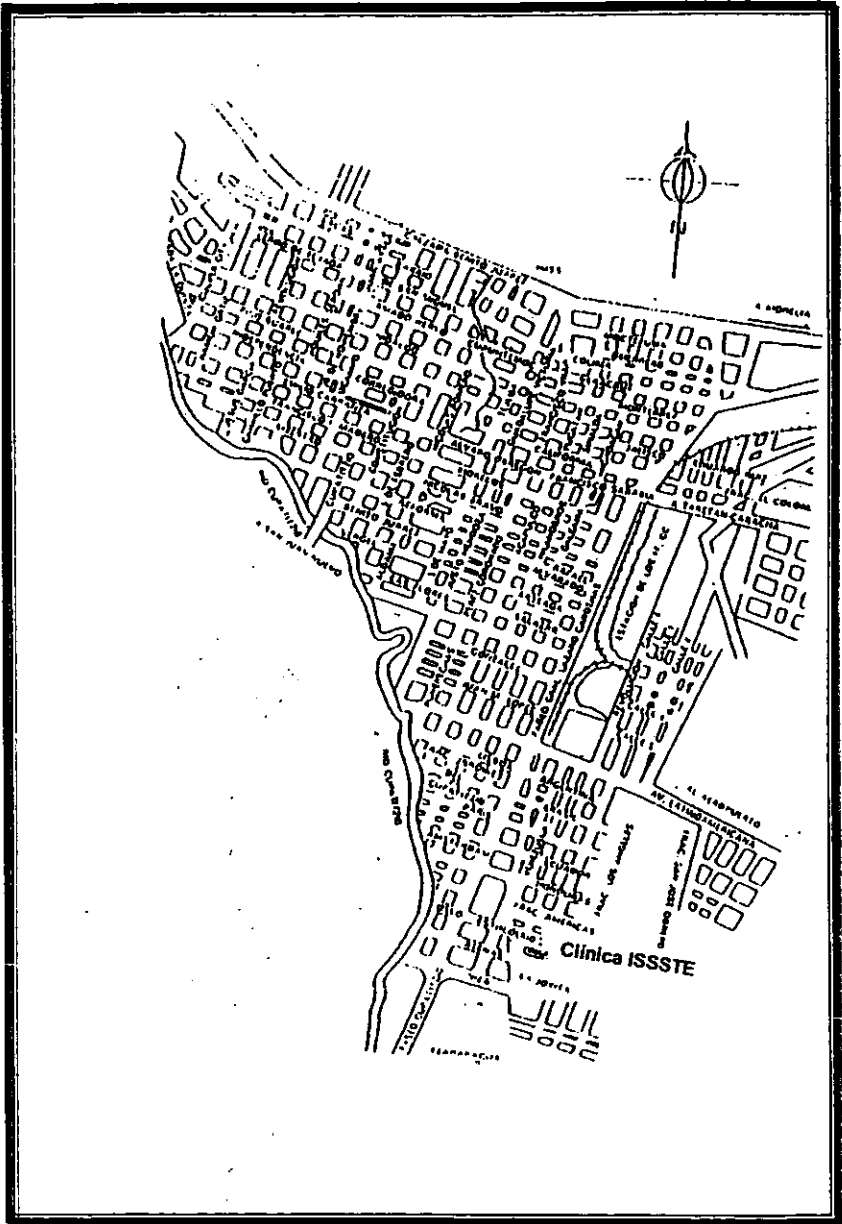


Microlocalización.- El lugar específico en donde se encuentra ubicado este proyecto es en la Clínica ISSSTE, la cual se encuentra ubicada en la calle Estocolmo No. 658, de la Colonia Fovissste, contando con un edificio el cual consta de dos pisos.

En la planta baja se encuentran los siguientes departamentos: Farmacia, **Trabajo Social**, Archivo, Vigencia de Derechos, Relaciones Públicas, Coordinación, Consultorios Familiares, Patología, Dermatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Odontología, Medicina Preventiva, Planificación Familiar, Ginecología, Urología, Oftalmología, Consultorio exclusivo para los pensionados y jubilados, Rayos X, Laboratorio, Traslados, Banco de Sangre, Urgencias, Hospital, Tococirugía, Departamento de Recursos Humanos, Lavandería, Cocina, Comedor, Departamento de ambulancia, Mantenimiento, Vigilancia y Estacionamiento.

En la planta alta se encuentra el departamento de Investigación y Enseñanza, Auditorio, el departamento de Enfermería, la Subdirección, la Sala de Juntas, y la Dirección.

Para una localización más específica en el siguiente mapa se señala la ubicación de la Clínica ISSSTE.



6.- METODOLOGÍA

El método que se plantea a seguir es el Método de Trabajo Social de Grupo, y el proceso metodológico correspondiente se encuentra conformado por las siguientes fases o etapas La Investigación Social, el Diagnóstico, la Programación, la Ejecución, la Evaluación y como última fase la Sistematización.

A través de estas fases, se obtiene y registra información sobre el grupo en sí y de cada uno de los miembros y sus familiares, así como del medio externo, utilizando técnicas e instrumentos tales como la observación, la entrevista, las visitas domiciliarias, y técnicas de dinámica grupal.

Dentro de las funciones específicas del Trabajador Social en este proyecto se encuentran las siguientes: la investigación, promoción, coordinación, orientación, educación, sensibilización, motivación, administración y capacitación.

Cabe señalar que de cada una de ellas se desprenden un sinnúmero de actividades propias de la profesión, entre las que encontramos las siguientes: recolectar a través de las experiencias del grupo la información sobre la situación familiar, socioeconómica y cultural, su percepción de la enfermedad y sus complicaciones que la misma genera, ampliando el conocimiento sobre la diabetes mediante las pláticas al interior del grupo; crear en el grupo la conciencia de su padecimiento para obtener la cooperación de éste y sus familiares en su tratamiento a través de las

acciones de educación para la salud; coordinarse con el equipo de salud para ampliar la orientación individual y grupal; realizar las visitas domiciliarias para dar seguimiento a su tratamiento, sensibilizando a los familiares de la importancia de su colaboración en el tratamiento.

7.- UBICACIÓN DEL TIEMPO

El programa consiste o está formado por sesiones quincenales, con una duración de 60 minutos cada una, organizadas de la siguiente manera:

Cabe señalar que una de las acciones previas a trabajar para que el proyecto funcione dentro de la Clínica, es realizar como primera actividad, una invitación a los familiares de los integrantes del grupo de diabéticos, seguida de la detección y canalización de los pacientes diabéticos detectados a través de Medicina Preventiva al departamento de Trabajo Social para invitarlos y motivarlos a formar parte del Grupo de Diabéticos.

1ª. Sesión.- Posteriormente es necesario ofrecer una platica informativa, en donde se den a conocer los objetivos del proyecto a los integrantes del grupo complementándola con una dinámica de integración para romper el hielo.

2ª. Sesión.- En esta sesión se introducen los conceptos de diabetes y sus causas y tipos, conformada por los siguientes aspectos:

- Qué es la diabetes
- Cuales son los síntomas de la diabetes

- Herencia, obesidad y otros factores relacionados con la diabetes
- Diferentes tipos de Diabetes
- Dinámica de repaso

3ª. Sesión.- Se retomarán los siguientes temas relacionados con el tratamiento del Paciente Diabético:

- Los diversos tipos de insulina
- Algunas indicaciones sobre la insulina
- Técnica de aplicación de la insulina
- La insulina y los ojos
- Los Hipoglucemiantes Orales
- Precauciones especiales

4ª. Sesión.- Aquí se hablará sobre el tratamiento en general con especial énfasis en la dieta como parte esencial en el tratamiento del Paciente Diabético, incluyendo los siguientes aspectos:

- La Alimentación del Paciente Diabético
- Los grupos de alimentos y las necesidades en calorías
- La distribución de la dieta
- Medidas dietéticas especiales

5ª. Sesión.- Se abordará la importancia de las relaciones familiares, mismas que permitan a la familia mejorar su interacción y comunicación al interior del núcleo familiar, retomándose los siguientes aspectos:

- La Familia y sus Funciones
- El proceso de la Comunicación
- La Comunicación Funcional y Disfuncional

6ª. Sesión.- Se destacará la importancia de la participación de la familia en el tratamiento del paciente diabético, abordándose mediante un círculo de reflexión.

7ª. Sesión.- Se les hablará sobre el ejercicio físico como medida terapéutica.

- Ejercicios recomendables y una Dinámica

8ª. Sesión.- Se hablará sobre el reconocimiento y la prevención de las complicaciones de la Diabetes:

- El cuidado de los pies
- cuidado de los ojos
- El coma diabético, y
- La prevención de infecciones

9ª. Sesión.- En ésta sesión se hablará sobre la importancia de la vigilancia y control médico periódico del diabético, contemplándose:

- Normas higiénico físico dietéticas para retrasar la aparición de las complicaciones en el paciente diabético.
- Normas higiénico físico dietéticas para retrasar la aparición de la diabetes en el paciente prediabético.

10ª. Sesión.- Ésta sesión se centrará en los aspectos relacionados con la motivación para vivir sano, abordándose mediante el círculo de reflexión.

11ª. Sesión.- Se retomarán las diversas incidencias de la vida y su repercusión en el paciente diabético, retomándose los siguientes aspectos:

- Aspectos psicológicos del diabético
- El mundo laboral del diabético
- Las vacaciones y los eventos sociales

12ª. Sesión.- Se retomará el tema de la comunicación como parte esencial en la dinámica familiar del paciente diabético.

13ª.- Sesión.- Se hablará sobre la Personalidad enfocándose principalmente a los aspectos que conforman la misma.

14ª. Sesión.- En esta sesión se retomará la mecánica de las relaciones humanas, enfocándose en los siguientes aspectos:

- Cómo prever conflictos
- Mecánica a seguir cuando existen conflictos

15ª. Sesión.- Como última sesión es necesario realizar una evaluación que permita identificar los conocimientos y destrezas adquiridos. Mediante ella se valorarán los logros obtenidos en relación a los objetivos y metas planteados al inicio del proyecto.

CARTA DESCRIPTIVA

| No. De Sesión | Actividades | Responsables |
|---------------|--|--|
| | Invitación vía telefónica y visitas domiciliarias a los familiares de los integrantes del grupo de diabéticos. | Trabajador Social |
| | Detección de casos y canalización de los pacientes diabéticos al Departamento de Trabajo Social, a través de Medicina Preventiva. | Trabajador Social |
| 1 | Plática informativa y presentación de los objetivos del proyecto. Dinámica de integración para romper el hielo: "La Papa Caliente" | Trabajador Social |
| 2 | Generalidades de la Diabetes, (conceptos, causas y tipos). | Médico y Trabajador Social |
| 3 | Tratamiento del Paciente Diabético: a) La Insulina b) Hipoglucemiantes Orales | Médico y Trabajador Social |
| 4 | c) La Dieta como parte esencial en el tratamiento del Paciente Diabético. | Médico, Nutriólogo y Trabajador Social |
| 5 | Comunicación y Familia a) La Familia y sus Funciones b) El Proceso de la Comunicación c) La Comunicación Funcional y Disfuncional | Psicólogo y Trabajador Social |

CARTA DESCRIPTIVA

| No. De Sesión | Actividades | Responsables |
|----------------------|--|---------------------------------------|
| 6 | Importancia de la participación de la familia en el tratamiento del paciente diabético Círculo de reflexión familiar | Médico, Psicólogo y Trabajador Social |
| 7 | El Ejercicio Físico como medida Terapéutica Dinámica: "El Cazador" | Médico y Trabajador Social |
| 8 | Reconocimiento, prevención y tratamiento de las complicaciones de la Diabetes | Médico y Trabajador Social |
| 9 | Vigilancia y Control Médico Cuidados Generales Círculo de reflexión familiar | Médico y Trabajador Social |
| 10 | Motivaciones para vivir sano Círculo de reflexión familiar | Psicólogo y Trabajador Social |
| 11 | Manejo día a día de la Diabetes Círculo de Reflexión Familiar | Psicólogo y Trabajador Social |
| 12 | La Comunicación como parte esencial en la dinámica familiar Círculo de reflexión familiar Dinámica: "Cosas que pasan en casa" | Psicólogo y Trabajador Social |

CARTA DESCRIPTIVA

| No. De Sesión | Actividades | Responsables |
|----------------------|---|-------------------------------|
| 13 | La Personalidad Integración de la personalidad -Círculo de reflexión familiar | Psicólogo y Trabajador Social |
| 14 | La Mecánica de las relaciones humanas •Cómo prever conflictos •Mecánica a seguir cuando existen conflictos -Sociodrama | Psicólogo y Trabajador Social |
| 15 | Evaluación identificando logros del proyecto en base a los objetivos propuestos | Trabajador Social |

8.- RECURSOS HUMANOS

La estructura de organización que aquí se propone para la implementación de éste proyecto es la siguiente:

- Un Coordinador en este caso el Trabajador Social encargado de la integración de nuevos miembros al grupo de diabéticos, la organización del grupo, en la consecución del proyecto.
- Un equipo multidisciplinario compuesto por Trabajador Social, Médico, Nutriólogo, y personal Paramédico de la Clínica ISSSTE.

El Trabajador Social será el coordinador de éste proyecto, participando en la integración grupal, llevando a cabo el registro de asistencia de cada una de las sesiones, así como el control quincenal de las actividades realizadas en cada una de ellas; haciendo la promoción para la integración de nuevos miembros diabéticos detectados y canalizados por medicina preventiva, motivándolos para su integración tanto de ellos como de sus familiares, así como realizará las invitaciones al personal médico encargado de impartir las platicas al interior del grupo.

Realizando visitas domiciliarias a los familiares tanto de los diabéticos que ya se encuentran integrados en el grupo, tanto de aquellos que apenas se acaban de diagnosticar, para invitarlos a participar en las sesiones destacando la importancia tanto de su participación como la de su familia en el grupo.

Es importante mencionar que una vez sensibilizado el paciente y su familia en relación a su padecimiento se buscará mediante las dinámicas grupales adecuadas y las sesiones educativas el cambio de actitud en relación hacia su padecimiento, lo que llevará a que el paciente diabético lleve un control sobre el mismo, y se genere una dinámica familiar más funcional, misma que contribuirá en el tratamiento del paciente diabético.

Así mismo realizará la supervisión y evaluación del proyecto midiendo los logros y avances de acuerdo a los objetivos planteados, así como los posibles problemas surgidos en el transcurso del proyecto, estableciendo las medidas correctivas pertinentes.

Por su parte el médico, nutrióloga, y personal paramédico se encargarán de brindar las platicas y orientaciones médicas de acuerdo a la diabetes, su manejo y tratamiento, brindando las orientaciones medicas pertinentes.

9.- RECURSOS MATERIALES

Los recursos materiales necesarios para el desarrollo de éste proyecto son los siguientes:

Las instalaciones de la Clínica ISSSTE, entre las que se encuentran: el auditorio para el desarrollo de las sesiones; el jardín y áreas verdes para el desarrollo de las actividades físicas-deportivas; un consultorio para el chequeo general (peso estatura, presión, entre otros).

Materiales de diversa índole como es papelería, hojas para rotafolio, carteles, plumones, hojas blancas, gafettes; equipo audiovisual, televisión, videocasetera y material de apoyo, filminas, películas.

10.- RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros que se utilizarán para la realización de este proyecto se encuentran basados en el presupuesto interno que la misma Institución maneja.

En cuanto a los recursos materiales mencionados anteriormente, serán proporcionados por la misma Clínica.

En referencia a los recursos humanos, el equipo de salud que se tiene contemplado para apoyar este proyecto, se encuentra laborando dentro de la Clínica, formando parte de la misma.

Por tanto el financiamiento es interno, ya que la misma Institución cuenta con todos los recursos necesarios para la implementación y desarrollo del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguilar, Guzmán Ernesto (1994) Cartas a un diabético. Editorial Trillas. México.
- 2.- Rossi, Calizo Gloria (1987) La diabetes y su curación. Editorial De Vecchi. Barcelona, España.
- 3.- Higashida, Hirose Berta (1997) Ciencias de la Salud. Editorial Mc. Graw-Hill. México.
- 4.- Sánchez, Rosado Manuel (1994). Editorial Méndez. México.
- 5.- Huerta, González José Luis (1992) La familia en el proceso Salud Enfermedad. Editorial San Luis Potosí.
- 6.- Ackerman, N W (1982) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Editorial Hormé. Buenos Aires.
- 7.- Medalie, J. H. (1987) Medicina Familiar, principios y prácticas. Editorial Limusa. México.
- 8.- Gomez Jara, Francisco (1989) Salud comunitaria, Teoría y Técnicas. Editorial Porrúa. México.
- 9.- Polaino, Lorente Aquilino (1987) Educación para la salud. Editorial Herder. Barcelona.
- 10.- San Martín, Hernán (1985) Salud y enfermedad. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México, D. F.

- 11.- Kisnerman, Natalio (1983) Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- 12.- Valadéz, Figueroa Isabel; Aldrete, Rodríguez María Guadalupe; Alfaro, Alfaro Noe (1993) "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Volumen 35, No. 5, Septiembre-Octubre. México.
- 13.- Zúñiga, González Sergio. Islas, Andrade Sergio (2000) "Educación del paciente diabético" Revista Médica MISS Volumen 38, No. 3 Mayo-Junio. México.
- 14.- Goust, F (1986) Guía de la salud. Editorial Daiman, Manuel Tamayo. México, D.F.
- 15.- Shires, D. B, Hennen B. K (1980) Medicina Familiar. Editorial Mc. Graw Hill. México.
- 16.- Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social (1992) Trabajo Social y Salud, Antología. México.
- 17.- Anzo, AJR, Mora MPR, Yescas PJJ (1986) Dinámica familiar del paciente diabético. Mecanograma no publicado. Curso monográfico Familias Disfuncionales generadoras de patología. Uruapan, Michoacán.
- 18.- Leñero, Luis (1986) La Familia. Editorial Anvies. México
- 19.- Olson, Charles (1986) Diabetes Mellitus. Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Científica. México, D.F.
- 20.- Revista de Trabajo Social No. 16, (1983) UNAM, ENTS. México.

ANEXOS

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PACIENTE DIABÉTICO

Nombre: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

1.- No. De integrantes de la familia: _____

| Nombre | Sexo | Edad | Escolaridad | Estado Civil | Parentesco | Ocupación | Ingreso |
|--------|-------|-------|-------------|--------------|------------|-----------|---------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

2.- Tiempo que tiene de habersele detectado la diabetes? ()

- a) menos de 1 año
- b) de 1 a 4 años
- c) de 5 a 9 años
- d) de 10 a 15 años
- e) de 16 años en adelante

3.- Como se le detectó que era diabético? ()

- a) por el médico
- b) por los síntomas
- c) otros

4.- Sabe que es la diabetes?

5.- Tipo de vivienda: ()

- a) propia
- b) rentada
- c) prestada

- d) compartida
- e) otros

6.- Considera que la vivienda es funcional para su buen desenvolvimiento? ()

- a) si
- b) no

Porqué: _____

7.- Considera que el mobiliario es adecuado para su buen desenvolvimiento? ()

- a) si
- b) no

Porqué: _____

8.- Tipo de construcción?

- | | | |
|------------|--------------|-------------|
| Piso: () | Paredes: () | Techo: () |
| a) mosaico | a) material | a) material |
| b) cemento | b) adobe | b) teja |
| c) madera | c) lámina | c) lámina |
| d) tierra | d) madera | d) madera |

9.- Distribución de la vivienda:

- a) Cuartos para dormir _____
- b) Cocina _____
- c) Comedor _____
- d) Sala _____
- e) Baño _____
- f) Patio _____

10.- Cuantas personas duermen por habitación? ()

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

11.- A cuanto ascienden sus egresos mensuales? \$ _____

- a) alimentación \$ _____
- b) renta \$ _____
- c) educación \$ _____
- d) agua \$ _____
- e) luz \$ _____
- f) teléfono \$ _____
- g) telecable \$ _____
- h) abonos \$ _____
- i) transporte \$ _____
- j) otros \$ _____

12.- Su situación económica se ha visto afectada desde que padece diabetes? ()

- a) si
- b) no

En que aspecto? _____

13.- Cómo es la relación de pareja a partir de su enfermedad?

14.- Cómo es la relación con sus hijos a partir de su enfermedad?

15.- Quién ejerce la autoridad en su hogar? ()

- a) padre
- b) madre
- c) los dos
- d) los hijos
- e) otros

16.- Se ha visto afectado su trabajo y/o actividades cotidianas por la diabetes? ()

a) si

b) no

Cómo: _____

17.- En qué sentido se ha visto afectado?

18.- Qué problemas se han generado a partir de la diabetes?

19.- Cuando se presenta alguno de estos problemas en la familia, ¿cómo lo resuelven?

20.- De que miembro de la familia recibe más apoyo y de que tipo?

21.- Como se ha sentido a partir de que padece diabetes?

22.- A que se dedica en los ratos libres? ()

- a) ver televisión
- b) sale a caminar
- c) leer
- d) asiste al cine
- e) otros

23.- Con que periodicidad asiste a consulta? ()

- a) una vez al mes
- b) cada dos meses
- c) Cada tres meses
- d) Cada cuatro meses
- e) Cuando siente algún malestar o molestia

24.- Qué tratamiento está llevando? ()

- a) dieta
- b) hipoglucemiantes orales
- c) ambos
- d) insulina
- e) ninguno
- f) otros

25.- Cumple con el tratamiento indicado por el médico? ()

- a) sí
- b) parcialmente

Porqué: _____

26.- Ha tenido algún problema por llevar la dieta? ()

- a) si
- b) no

Cual: _____

27.- Cuando presenta alguna molestia ¿a quién se lo comunica y qué es lo que hace?

- () ()
- a) esposo (a) a) lo llevan al doctor
b) hijo (a) b) le dan un remedio casero
c) hermano (a) c) nada
d) otros

28.- No. De veces por las que ha requerido hospitalización? ()

- a) ninguna
b) 1 vez al año
c) de 2 a 3 veces por año

29.- Cuando ha estado hospitalizado, ¿quién lo acompaña? ()

- a) su esposo (a)
b) su hijo (a)
c) su hermano (a)
d) otros

30.- Qué tipo de complicaciones ha presentado por lo que ha requerido hospitalización?

- ()
- a) descompensación
b) intervenciones quirúrgicas
c) coma diabético
d) otras: _____

31.- Qué actividades le gustaría que la clínica ISSSTE implementara para la atención de la diabetes?

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE DIABÉTICO

Nombre: _____

Parentesco: _____

1.- Quien le informó a usted que su () padece diabetes? ()

- a) el diabético
- b) el médico
- c) otros

2.- Que sabe usted de la diabetes?

3.- Tiene algún otro familiar diabético? ()

- a) si
- b) no

Parentesco: _____

4.- Considera usted que la diabetes de su () ha repercutido en la dinámica familiar? ()

- a) si
- b) no

En que sentido: _____

5.- Como ha tomado la familia la enfermedad del paciente diabético?

6.- Qué problemas ha presentado su familiar diabético?

7.- Regularmente de quien recibe apoyo su ()?()

- a) su esposo (a)
- b) su hijo (a)
- c) su hermano (a)
- d) otros

8.- Qué tipo de apoyo?

9.- Sabe usted cómo puede influir o alterar la diabetes su relación de pareja? ()

- a) si
- b) no

En que sentido:

10.- Ha cambiado la relación de pareja desde que a su () se le detectó diabetes? ()

- a) si
- b) no

En que sentido:

11.- Alguien lo ha orientado en relación a esto? ()

- a) si
- b) no

Quién: _____

12.- Sabe que tratamiento lleva su ()?

- a) si
- b) no

Por qué: _____

13.- Participa alguien de la familia en el tratamiento de su ()?

- a) si
- b) no

Como? _____

14.- Qué disposición tiene o ha mostrado su () en relación a su tratamiento? _____

15.- Como participa la familia en la atención del paciente diabético? _____

16.- Algún familiar ha recibido orientación por parte de la Clínica de cómo atender al paciente diabético? ()

a) si

Qué tipo de orientación: _____

b) no

¿Porqué? _____

17.- Le gustaría que la Clínica desarrollara nuevas actividades para la atención y tratamiento del paciente diabético? ()

a) si

b) no

Qué tipo de actividades: _____

GLOSARIO

Anorexia: Falta anormal de apetito.

Calidad de Vida: Está dado por el bienestar biopsicosocial del ser humano, como miembro de una familia y una sociedad.

Coma diabético: Pérdida del conocimiento.

Complicaciones: Síntoma distinto de los habituales de una enfermedad y que agrava el pronóstico de éste, entre las principales complicaciones que presenta el paciente diabético se encuentran la Retinopatía diabética, la Nefropatía diabética, la Neuropatía, la Hipertensión Arterial y el Pie diabético.

Cuerpos Cetónicos: Substancias tóxicas que se acumulan en la sangre cuando se utilizan muchas grasas, por no utilizarse suficiente cantidad de azúcar.

Dinámica Familiar Funcional: Se considera a una familia con dinámica funcional cuando todos los miembros de ésta integran y llevan una relación de respeto ya que todos se comunican entre sí y se respetan o aceptan la individualidad de cada uno de ellos, sin hacer una jerarquización en cuanto al mando, conllevando con ello una relación familiar duradera.

Dinámica Familiar Disfuncional: Se considera a una familia con dinámica disfuncional cuando no existe el respeto ni la comunicación entre sus miembros ya que cada uno de ellos busca su satisfacción personal sin interesarles los problemas o intereses de los demás, provocando con ello

una desintegración familiar que la mayoría de las veces los conduce a una separación buscando así cada cual sus intereses e inclinaciones.

Gangrena: Muerte de los tejidos, habitualmente de los pies, provocada por irrigación sanguínea insuficiente o por infecciones locales.

Glucemia: Cantidad de glucosa sanguínea, normalmente es de 65 a 110 mg. en ayunas.

Glucosa: Forma de azúcar que circula en la sangre y que proviene de los alimentos ingeridos o de otras sustancias del organismo.

Glucosuria: Presencia de azúcar en la orina.

Hipoglucemia: Disminución de la cantidad de glucosa sanguínea a menos de 60 mg. por 100 ml.

Hipoglucemiantes orales: Productos capaces de disminuir la glucosa sanguínea , cuando se toman por la boca , en oposición a la insulina que sólo es útil en inyección.

Insulina: Hormona producida por el páncreas, cuyo efecto principal es aumentar la utilización de la glucosa.

Polidipsia: Sed excesiva.

Polifagia: Apetito aumentado.

Poliuria: Aumento de la cantidad de orina.

Retinopatía diabética: Alteración de la retina (fondo del ojo) originada por lesiones de los vasos sanguíneos.

Uremia: aumento patológico de la proporción de urea en la sangre por deficiencia del funcionamiento del riñón.