

Bienestar y Salud Social

Pedro César Cantú Martínez

Editor

Universidad Autónoma de Nuevo León

Primera edición, 2020

Cantú-Martínez, Pedro César (Editor)
Bienestar y Salud Social/ Pedro César Cantú-Martínez (Editor)
Primera edición, Monterrey, N.L.; Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad
de Ciencias Biológicas, 2020. 474 páginas. 16 cm x 21 cm
(Colección Tendencias)

ISBN: 978-607-27-1302-4

Rogelio G. Garza Rivera
Rector
Santos Guzmán López
Secretario General
Emilia E. Vázquez Farías
Secretaría Académica
Celso José Garza Acuña
Secretario de Extensión y Cultura
Antonio Ramos Revillas
Director de la Editorial Universitaria UANL

© Universidad Autónoma de Nuevo León
© Pedro César Cantú Martínez

Casa Universitaria del Libro
Padre Mier 909 Poniente esquina con Vallarta
Monterrey, N.L., México, C.P. 64440
Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax: (5281) 8329 4095
E-mail: editorial.uanl@uanl.mx
Página web: www.editorialuniversitaria.uanl.mx

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra -incluido el diseño
tipográfico y de portada-, sin el permiso por escrito del autor.

Impreso en Monterrey, México
Printed in Monterrey, Mexico



Capítulo 7. Condiciones sociales presentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Miguel Angel Karam Calderón¹

Gemma Rivas Sotos¹

Lucina Sánchez Obando¹

Pedro César Cantú-Martínez²

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un padecimiento que afecta a una buena cantidad de personas en el mundo, se estima que alrededor de 170 millones de personas en el mundo aquejan este padecimiento y se considera que esta cifra seguramente se incrementará, calculándose que se acrecentará en 100% para el año 2030 (Gil Velázquez et al., 2013). Al presente constituye una de las primeras causas de solicitud de atención en los sistemas de salud en México; sin duda motivado por el incremento de la esperanza de vida de la población ya que las enfermedades crónicas pueden estar adyacentes de forma habitual, particularmente en las personas en edad madura (Fundación Midete, 2016).

Lo antes referido, nos permite, de acuerdo al perfil de la salud de la población mexicana, el destacar que la diabetes como enfermedad no transmisible, se está constituyendo en una epidemia paulatina en todas las regiones de nuestra nación. Las estadísticas indican que cerca del 10% de la población en México padecen

1. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina, Toluca, Estado de México. México.

2. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

diabetes y la mortalidad por esta causa sigue lamentablemente aumentando (Secretaría de Salud, 2013; Hernández Ávila et al., 2016).

La diabetes mellitus conjuntamente con sus complicaciones ha sido reconocida como el mayor desafío para todos los sistemas de atención de salud en el mundo. La generalidad de los indicadores asientan rotundamente hacia un nuevo aumento de la demanda y la utilización de recursos sanitarios, con elevados y serios costos económicos para su atención (Isla Pera, 2012).

En las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, se hace necesario evaluar en las personas que la padecen, ya no tan sólo la parte biomédica, sino además, el bienestar personal, la capacidad para llevar actividades sociales y la capacidad funcional que se espera del individuo de una forma integral.

La atención a este padecimiento en las personas, representa un reto para cualquier sociedad y estructura orgánica de salud, en virtud de los efectos y sus severas complicaciones en el deterioro de la calidad de vida y, la demanda como consumo de servicios ambulatorios y hospitalarios para atenuar estos. Por lo tanto, se ha considerado pertinente ahondar en las particularidades y condiciones sociales en que subsisten un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a un centro de salud para el control de su padecimiento.

MARCO CONCEPTUAL

Pace et al. (2008, p. 2) advierte en su señalamiento categóricamente que las

condiciones crónicas son responsables por el 60% de todo el peso que demandan las enfermedades en el mundo. En los países en vías de desarrollo, la adhesión al tratamiento apenas alcanza el 20%, conduciendo a estadísticas negativas al área de salud, ocasionando consecuencias altísimas para la familia, la sociedad y el gobierno. Entre las condiciones crónicas de salud, se destaca la diabetes mellitus por la elevada tasa de morbimortalidad, así como por la creciente tendencia de su prevalencia.

La diabetes mellitus tipo 2 particularmente constituye en México un tópico de inquietud e intranquilidad en el ámbito de la salud pública, debido a los estragos físicos y emocionales que durante el proceso de enfermedad conllevan al deterioro ostensible de la calidad de vida de las personas (De los Ríos et al., 2008).

Es notorio que la atención en salud de estas personas se centre en el aspecto biomédico tradicionalmente, sin considerar las implicaciones psicosociales de los pacientes, por lo que es ostensible la poca frecuencia en que son considerados, dificultando el control de la enfermedad (Colunga et al., 2008). Entre los factores psicosociales concomitantes a la diabetes mellitus que se expresan comúnmente están la depresión, una autoestima baja, cuadros frecuentes de ansiedad y de baja autovaloración personal, como también estrés motivado por los cambios drásticos que se suscitan en sus estilos de vida. Lo anterior promueve que en el entorno en que se desenvuelve la persona con diabetes mellitus subsistan relaciones familiares como interpersonales inadecuadas en los que prevalecen sustancialmente los conflictos (Ortíz et al., 2011).

Ledón (2012, p. 3) señala que algunas expresiones psicosociales están supeditadas al impacto de obtener el resultado de un diagnóstico de un padecimiento que le aquejará toda la vida y que

significa desde el imaginario colectivo en términos de sujeción y de obligada asunción de nuevos modos de vida, no necesariamente compartidos y valorados (nutrición, tratamientos, chequeos y supervisiones continuas del cuerpo, uso de accesorios para mejorar su funcionamiento), para poder sobrevivir la experiencia. También se representa como limitación para realizar actividades hasta el momento desempeñadas (trabajo, recreación, sostenimiento y cuidado de otros[as]).

Es así que en marco del proceso terapéutico será pertinente la edificación o reedificación de una nueva imagen como también de un nuevo orden familiar, ya que la familia se ve trastocada por el surgimiento de la enfermedad en uno de los miembros. Esto conducirá a la búsqueda de apoyo terapéutico para fortalecer ciertas habilidades, o bien al desarrollo de las mismas para sobrellevar las

dificultades propias de las indicaciones del tratamiento y algunas secuelas específicas del padecimiento (García y García, 2008).

En un estudio realizado en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, Colunga et al. (2008, p. 3) reportó al analizar los factores psicosociales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que

en el 59% la autoestima fue evaluada como moderada o baja; el estrés alto se identificó en el 26% de la población estudiada, el resto presentó niveles de estrés que pueden ser considerados como moderado o bajo; la depresión alta se registró en el 27% de la muestra y en el 73 % restante, depresión de leve a moderada; por último, el locus de control externo se registró en el 41% de los casos y el 59% correspondió a locus interno.

Por lo tanto, el padecimiento de la diabetes mellitus debe ser considerada como una enfermedad que no solo afecta a quien la padece sino además a los distintos círculos en los que se desenvuelve la persona enferma, pero dentro de estos entornos principalmente a la familia (Heredia y Pinto, 2008). Donde el enfoque sistémico y holístico se constituye en una visión pertinente para determinar las implicancias que ocurren en el entorno familiar y social producto de la evolución de la enfermedad.

La Secretaría de Salud en México (2000) recomienda que para un mejor control de la enfermedad como la diabetes mellitus es vital contar con una atención integral de salud que le permita al paciente paliar los efectos de la enfermedad como la incorporación a su vida cotidiana bajo el marco de una rehabilitación de orden social, y así comprender mejor el padecimiento que exhibe. Las condiciones sociales y de salud también son marcadores diferenciales entre los que padecen diabetes mellitus tipo 2. Esta situación es producto en gran parte por los estilos de vida acostumbrados por las personas y por las distintas conductas frente al cuidado de los padecimientos que afrontan (Secretaría de Salud, 2000). Es así que

específicamente en lo referente a la dimensión social, las personas con diabetes podrían tener una mayor probabi-

lidad de enfrentar problemas de índole social, en relación con individuos que no experimenten la existencia de un padecimiento crónico, toda vez que la diabetes exige, de quienes la padecen, readecuaciones en sus estilos de vida (García y García, 2008, p. 1).

METODOLOGÍA

Se efectuó una investigación transversal en el Centro de Salud Rural Disperso de Santa Ana Jilotzingo, situado en el Municipio de Oztolotepec, Estado de México, mediante la aplicación de una encuesta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que concurrieron a la consulta externa para control de su padecimiento. La participación fue bajo previa autorización hecha en formato impreso donde se dio su consentimiento por escrito acompañado de un testigo. La muestra se constituyó de 50 pacientes mayores de 40 años a los que se les aplicó un instrumento para recabar información sociodemográfica, para posteriormente ser tabulados y analizados.

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por 76% de mujeres y 34% de hombres, predominaron los pacientes mayores de 60 años con un 40%. En lo referente a su estado civil, predominan los casados con 60%. Con respecto a su escolaridad el mayor grupo correspondió a primaria incompleta con 54%. Y acorde a su ocupación encontramos el grupo más extenso en quienes se dedican al hogar con un 60%. En cuanto sus creencias religiosas, se observa un mayor número de católicos con un 90% (ver Tabla 1).

Respecto a si los pacientes sabían que era la diabetes, el 50% contestó que no. El 68% no conoce cuales son las complicaciones de la enfermedad y el 52% sabe los nombres de los medicamentos que toma. En cuanto a que si sus familiares conocen que es diabetes el 58% dijo que sí. De acuerdo a los temores de los pacientes con diabetes mellitus, el 46% refirió que no tenía ningún miedo. Al preguntar la razón el 20% dijo que no se preocupaba. En relación al estado emocional de los pacientes un 42% dijo que se siente igual

Tabla 1. Características de los pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Género	Hombre	12	24
	Mujer	38	76
Edad	40-49 años	15	30
	50-59 años	15	30
	> de 60 años	20	40
Estado civil	Soltero	5	10
	Casado	30	60
	Viudo	12	24
	Unión libre	3	6
Escolaridad	Ninguna	22	44
	Primaria incompleta	27	54
	Primaria completa	1	2
Ocupación	Ama de casa	30	60
	Campeño	6	12
	Empleado	1	2
	Comerciante	12	24
	Desempleado	1	2
Religión	Católica	45	90
	Cristiana	4	8
	Pentecostés	1	2

FUENTE DIRECTA: Encuesta

que siempre y un 30% que se siente triste, al preguntar por qué 30% respondió que no merece sufrir.

De acuerdo al tipo de familia con la que vive el paciente el 62% corresponde a familias nucleares, el 24% es monoparental, 4% consanguínea. El 56% de los participantes dependen económicamente de alguien, al 52% alguien en su casa lo apoya para la administración correcta de sus medicamentos, de ellos el 32% dijo que porque sus familiares se interesan en su salud. El 74% de los pacientes hablan de su tratamiento con sus familiares. El 56% de los pacientes dijeron que cuentan con el apoyo de alguien para trasladarse a un hospital, al preguntar la causa el mismo porcentaje dijo que sus familiares se interesaban en ellos.

El 78% de los pacientes dijeron que sus familiares no les ayudan en el cuidado de sus pies y al preguntar la causa el 50% contestó que ellos lo pueden realizar solos. El 100% de los pacientes entrevistados cuentan con seguridad social, el 50% asiste a pláticas al Centro de Salud, el 28% recibe pláticas porque tiene el Programa Oportunidades, el 82% de los pacientes no recibe apoyo de amigos, al preguntar por qué el 56% contestó que no tiene amigos, el 72% de los pacientes no recibe apoyo por parte de su grupo religioso. De acuerdo a su religión el 40% considera a su enfermedad como una situación normal y de estos el 36% dijeron que cualquier persona puede padecerla.

En cuanto al diagnóstico y curso de la enfermedad, es importante destacar que la población en estudio mostró una edad de diagnóstico mayor entre los 40 a 49 años con un 34% de los participantes. De acuerdo a los años de evolución a partir de su diagnóstico la mayor parte presenta una evolución de 6 a 10 años con 30% (ver Tabla 2).

Los pacientes le dan más importancia en su tratamiento al medicamento con un total de 62%, al preguntar la causa el 88% respondió que era importante para su control. Cuando no se les otorgan los medicamentos en el Centro de Salud el 46% de los pacientes lo consiguen inmediatamente y al preguntar por qué el 44% de los pacientes respondió que es importante para su adecuado control.

Por otra parte, el 74% de los pacientes respondió que la principal causa para no seguir una alimentación correcta es porque

Tabla 2. Edad de diagnóstico y tiempo de evolución de la diabetes tipo 2 en los pacientes.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Edad de Diagnóstico	30-39 años	9	18
	40-49 años	17	34
	50-59 años	16	32
	> de 60 años	8	16
Años de evolución	< de 1 año	6	12
	1 año	3	6
	2 a 5 años	12	24
	6 a 10 años	15	30
	> de 10 años	14	28

FUENTE DIRECTA: Encuesta

no cuentan con dinero para comprar los alimentos que les recomiendan. El 68% de los pacientes realiza actividad física, de estos el 66% realiza caminata. El 20% de los pacientes dijeron que no realizaban actividad física porque otra enfermedad se los impedía. El 86% de los pacientes toman ellos mismos las decisiones en su tratamiento. El 66% de los pacientes no se encuentran controlados en sus niveles de glucosa.

DISCUSIÓN

Se encontró que en el presente estudio la frecuencia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es mayor en mujeres, lo cual coincide con lo que se señala en diversos estudios de carácter nacional e internacional (Olaíz et al., 2000; Miyar et al., 2008; Rossaneis et al., 2016). En relación a la escolaridad se observó en nuestros participantes que predominaron aquellos con primaria incompleta lo cual concuerda con estudios como los realizados por Miyar et al. (2008), Cantú-Martínez (2014) y Hernández Ávila et al. (2016) que señalan una predominancia de niveles básicos completos e in-

completos de educación. En relación a la dinámica y comunicación familiar, se reconoce por Martínez y Torres (2007, p. 232) que subsiste una

influencia de las relaciones familiares [...] y hay un consenso en que el comportamiento de los miembros de la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento, pero también puede interferir en su cumplimiento.

Lo cual es reflejado en nuestro estudio al observarse que el 52% responden que algún miembro de la familia le apoya para la administración adecuada de los medicamentos y un 48% no cuenta con este soporte familiar. Evaluándose así de esta forma el relevante papel que juega la familia en el cuidado de la persona que padece diabetes mellitus tipo 2, cuyas atenciones van desde el aspecto económico hasta las actividades de higiene personal, todas estas acciones que repercuten en atenuar la evolución del padecimiento.

Con respecto al conocimiento de su enfermedad y las implicaciones secundarias solo el 32% dijo saberlas lo cual les ha llevado a diferentes estados de ánimo que repercuten en la manifestación de tristeza en un 30% de la población estudiada. Esta condición puede conllevarles una disminución ostensible de su motivación interna, para apegarse al tratamiento por lo cual se constituye en un elemento que dificulta el progreso de una persona diabética en el control de sus glicemias como ha sido en nuestra investigación al observar que dos de cada tres personas atendidas se encuentran en esta condición (Doherty et al., 2000).

Finalmente en este acercamiento realizado, podemos inferir que el presente estudio ha procurado contribuir a una mejor comprensión de las condiciones sociales en que subsisten las personas con diabetes mellitus tipo 2 a partir de los propios actores, ya que los resultados encontrados nos han confirmado distintos comportamientos y contextos en que subsisten frente al diagnóstico y seguimiento de su enfermedad. Por lo tanto, se considera pertinente ahondar en otras dimensiones relacionadas con los aspectos subjetivos y reacciones emocionales en que estos pacientes se ven implicados y que son producto de la evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cantú-Martínez, P.C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-14.
- Colunga, C., García, J., González, M. & Salazar, J. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes mellitus en atención primaria, *Rev. Cubana Salud Pública*, 34(4), 1-12.
- De los Ríos, J., Sánchez, J., Barrios, P., & Guerrero, V. (2008). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Med. IMSS*, 42(2), 109-116.
- Doherty, Y., James, P. & Roberts, S. (2000). Stage of change counselling. En: F.J. Snoek & T.Ch. Skinner (Eds.). *Psychology in diabetes care*. (pp. 100-139). England. John Wiley.
- Fundación Midete. (2016). *Asumiendo el control de la diabetes*. México. FM, A.C.
- García, M. & García, R. (2008). Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético, *Rev. Cubana Endocrinología*, 112(3), 1-11.
- Gil-Velázquez, L.E. et al (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1), 104-119.
- Heredia, J. & Pinto, B. (2008). Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. *Rev. Ajayu*, 6(1), 22-44.
- Hernández Ávila, M. et al. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. México. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.
- Isla Pera, P. (2012). Diabetes mellitus: La pandemia del siglo XXI. *Revista Científica de Enfermería*, 5, 1-13.
- Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad, *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 1-28.
- Martínez, B. & Torres L.E. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente. *Psicología y Salud* 17(2), 229-240.
- Miyar, L., Zanetti, M.L. & Daguano, M. (2008). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implemen-

- tación de un programa de educación en diabetes *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16(2), 1-7.
- Olaiz, G., Rojas, R., Aguilar, C., Rauda, J. & Villalpando, S. (2008). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, *Revista Salud Pública de México*, 49(3), 331-337.
- Ortiz, M., Ortiz, E., García, A. & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Pace, A., Ochoa, K., Larcher, H. & Morais, A. (2008). El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado, *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 14 (5), 1-7.
- Rossaneis, M.A. et al. (2016). Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 24, 1-8.
- Secretaría de Salud (2000). MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. DOF 16 de octubre de 2000.
- Secretaría de Salud (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México. Gobierno de México/Secretaría de Salud.