

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO**  
**DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“CONDICIONES SOCIALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO II EN EL CSRD SANTA ANA JILOTZINGO, 2013”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTAN:**

**M. P. S. S. GEMMA RIVAS SOTO**

**M. P. S. S. LUCINA SÁNCHEZ OVANDO**

**DIRECTOR:**

**M. en C. MIGUEL ÁNGEL KARAM CALDERÓN**

**REVISORES:**

**Dra. en C. LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES**

**Dra. en C. NINFA RAMÍREZ DURÁN**

**M. en S. P. MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ**

**M. en S. P. ALEXIS ASDRUBAL CASTILLO ARRIAGA**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO MAYO 2013**

**“CONDICIONES SOCIALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO II EN EL CSRD SANTA ANA JILOTZINGO, 2013”**

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

*Gracias a Dios por la vida, y los dones de la sabiduría  
y la ciencia que derrama en los médicos día a día.*

*Gracias a mis padres por su amor y gran ejemplo de  
vida que me han brindado y me ha dado la fuerza  
para salir siempre adelante y ser feliz en la vida.*

*Gracias a mis abuelitos For, y Antonia (que esta en el cielo)  
Emma y Pachita por sus sabios concejos.*

*A mis hermanos Joaquín y Toño por ser mis  
primeros compañeros y amigos en la vida.*

*Gracias a mis primeros pacientes (tíos y tías, primos y primas)  
por permitirme crecer en mi carrera con su confianza.*

**GRACIAS!!!**

*Gemma Rivas Soto*

**A DIOS**

*Gracias por prestarme la vida y estar a mi lado a cada instante, ser mi guía y protector en todo momento, y permitirme concluir este proyecto.*

**A MIS PADRES ROGELIO Y MA. CATALINA**

*Gracias por darme la vida. Por su amor, cariño, confianza y apoyo incondicional que me han brindado en cada momento. Sin ustedes no sería quien soy.*

**A MIS HERMANAS ERIKA Y TANIA**

*Gracias por crecer con ustedes y compartir nuestros logros. Se que ustedes también cumplirán las metas que se propongan.*

**A MI ABUELITA PAULA Y A MI TÍA ISABEL**

*Gracias por su apoyo incondicional en cada momento, por su cariño y por sus palabras de aliento.*

**A JOSÉ MANUEL**

*Gracias por compartir momentos llenos de alegría y tristeza, soportar mis enojos, apoyar y respetar cada decisión que he tomado. Gracias por tu amor.*

**A MIS AMIGOS**

*Gracias a ustedes porque siempre estuvieron cuando mas les necesité, por alentarme a seguir adelante, por su tolerancia y amistad.*

**A MIS PROFESORES**

*Gracias por su compañía a lo largo del camino, brindándome siempre su orientación, compartiendo sus conocimientos y afianzando mi formación profesional.*

**¡GRACIAS!**

*Lucina Sánchez Ovando*

**A NUESTRO DIRECTOR Y REVISORES DE TESIS**

*Quienes nos han orientado y dedicado tiempo para la realización de este trabajo.*

*A la coordinadora Dra. Nadia Servín Moreno por su apoyo y comprensión para la realización de este importante trabajo*

**A TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE ESTE TRABAJO TAN IMPORTANTE EN NUESTRA CARRERA**

*Lucina y Gemma*

## ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1.- PORTADA.....	1
2.- TÍTULO.....	2
3.- DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.....	3
3.- ÍNDICE.....	5
4.- RESUMEN.....	7
5.- INTRODUCCIÓN.....	9
6.- MARCO TEÓRICO	
- DIABETES.....	10
- TIPOS.....	10
- EPIDEMIOLOGÍA.....	11
- CUADRO CLÍNICO.....	13
- TRATAMIENTO.....	14
- COMPLICACIONES.....	16
- FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DIABETES.....	17
- FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN A FAMILIA.....	19
- FACTORES SOCIALES.....	22
- CUIDADO DE LA SALUD.....	25
- DATOS DE LA COMUNIDAD.....	26
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
6.- JUSTIFICACIONES.....	29
7.- HIPÓTESIS.....	30
8.- OBJETIVOS.....	31
9.- MÉTODO.....	32
- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	32
- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34
- IMPLICACIONES ÉTICAS.....	36
10.- ORGANIZACIÓN.....	38
11.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	39

<b>12.- RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>13.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>52</b>
<b>14.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>55</b>
<b>15.- RECOMENDACIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>16.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>58</b>
<b>17.- ANEXOS.....</b>	<b>60</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La Diabetes Mellitus afecta a aproximadamente 170 millones de personas en todo el mundo y se estima que la cifra se duplicará para el año 2030. Actualmente representa la primera causa de solicitud de atención de los adultos en los sistemas de salud de la República Mexicana, con el incremento de la esperanza de vida de la población, las enfermedades crónicas pueden ser “acompañantes” cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura y con mayor razón en la vejez.

**Objetivos:** Determinar las condiciones sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, CSRD Santa Ana Jilotzingo, 2013

**Material y método:** Se realizó un estudio transversal en el CSRD Santa Ana Jilotzingo, ubicado en el Municipio de Ocotlán Estado de México, mediante la aplicación de una encuesta a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron a la consulta a externa para control de su padecimiento, se informó de la importancia de realizar este estudio, así como su participación en él, bajo previa autorización hecha en formato impreso se solicitó su autorización por escrito acompañado de un testigo, obteniendo un total de 50 pacientes.

**Resultados:** La muestra del estudio estuvo conformada por 76% de mujeres, la 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%. El 34% de los pacientes se encontraban controlados.

**Conclusiones:** Las condiciones sociales y culturales en las que se desenvuelven los pacientes tienen más peso que la misma enfermedad en base a los resultados de esta investigación. Los pacientes controlados fueron mujeres mayores de 60 años, casadas, con apoyo familiar adecuado y sin apoyo de amistades. Los pacientes que presentaron complicaciones fueron mujeres mayores de 60 años, casadas, analfabetas, casadas, sin apoyo familiar, con apoyo de amigos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes mellitus affects approximately 170 million people worldwide and it is estimated that the number will double by 2030. Today is the leading cause of application adult attention on health systems of Mexico, with increasing life expectancy of the population, chronic diseases can be "companions" increasingly common human in middle age and even more so in old age.

**Objectives:** To determine the social conditions of patients with type II diabetes mellitus, Santa Ana Jilotzingo CSRD, 2013

**Methods:** We performed a cross-sectional study in Dispersed Rural Health Center Santa Ana Jilotzingo, located in the Municipality of Oztolotepec State of Mexico, through the application of a survey of patients with type II diabetes mellitus who attended the consultation external control of their condition, it was reported the importance of this study, and participation in, made under license in print will request your permission in writing accompanied by a witness, obtaining a total of 50 patients.

**Results:** The study sample consisted of 76% women, predominated patients over 60 years with 40%. With regard to marital status, married predominate with 60%. Regarding schooling accounted for the largest group with 54% incomplete elementary school. And according their occupation, we found the largest group in those engaged in the home with 60%. And about their religious beliefs, there is a greater number of Catholics with 90%. As a final point 34% of patients were controlled.

**Conclusions:** Social and cultural conditions in which patients develop could have more weight than the same disease based on the results of this research. Patients were monitored in most women over 60 years old, married, with adequate family support and variably support of friend ship. Patients who had complications were women over 60 years, married, illiterate, and no family support, with support from friend ship and other social groups.



## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus afecta a aproximadamente 170 millones de personas en todo el mundo y se estima que la cifra se duplicará para el año 2030. Actualmente representa la primera causa de solicitud de atención de los adultos en los sistemas de salud de la República Mexicana, con el incremento de la esperanza de vida de la población, las enfermedades crónicas pueden ser “acompañantes” cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura y con mayor razón en la vejez.

En el perfil de la Salud de la población mexicana sobresale la diabetes como enfermedad no transmisible, constituida en epidemia creciente en todas las regiones del país. La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, indica que más del 9% de los adultos en México padecen diabetes y la mortalidad por esta causa aumenta a un ritmo anual de 3 %.

La creciente pandemia de la Diabetes y sus complicaciones ha sido reconocida como el mayor desafío para todos los sistemas de atención de Salud en el mundo. La mayoría de los indicadores apuntan claramente hacia un nuevo incremento de la demanda y la utilización de recursos sanitarios, con crecientes y serios costos.

En los padecimientos crónicos como éste, es importante evaluar el bienestar subjetivo, la capacidad para realizar actividades sociales y la capacidad funcional que se espera del individuo. La atención a este padecimiento representa un reto para cualquier institución de Salud, en virtud de los efectos que representan sus complicaciones en el deterioro de la calidad de vida, demanda y consumo de servicios ambulatorios y hospitalarios.

La diabetes Mellitus es un padecimiento cuya característica sobresaliente es la hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción de insulina, la acción de la misma o ambas. Es uno de los mayores problemas socioeconómicos en el mundo.

## MARCO TEÓRICO

### DIABETES

Proviene del latín diabētes, δια o 'dia', 'a través', y βήτης o 'betes', 'correr', 'correr a través', y del griego διαβήτης 'atravesar'. El término fue acuñado por el filósofo griego Areteo de Capadocia en el siglo I. La diabetes es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina, de la acción inadecuada de esta hormona, o bien, de la coexistencia de las dos condiciones anteriores (1).

La diabetes mellitus es una enfermedad endócrina y metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina pancreática o la producción de insulina no efectiva, hecho que dificulta y entorpece la correcta asimilación celular de la glucosa, provocando así una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglucemia (2).

Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia Es la causa primaria de hiperglucemia. A largo plazo la hiperglucemia crónica es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Trastorno metabólico que representa una de las principales causas de consulta en atención primaria y un reto para su tratamiento (3).

### Tipos de diabetes

**Diabetes mellitus tipo I o insulino dependiente:** la cual se manifiesta en la niñez y los primeros años de la adolescencia y donde el páncreas del paciente no produce insulina en lo absoluto (2).

Se caracteriza por una insuficiente producción de insulina y se origina como consecuencia de una destrucción selectiva de las células pancreáticas productora de dicha hormona, debido a problemas autoinmune. Lo padece alrededor del 1% de la población. Hay antecedentes familiares en el 50% de los casos, cetosis y

coma con cierta frecuencia, buena respuesta a la insulina y nula respuesta a hipoglucemiantes orales (4).

**Diabetes mellitus tipo II o no insulino dependiente:** aparece alrededor de los treinta años, la alteración en este caso está relacionada más bien con los receptores celulares de glucosa que es llamada también resistencia a la insulina. Por lo que este tipo de diabetes está asociada generalmente a la obesidad y al sedentarismo (2).

Se caracteriza por una resistencia a la acción de la insulina, es decir, la hormona se sintetiza con normalidad pero no surte los efectos deseados. Suele combinarse con una insuficiente producción pancreática de insulina. Su prevalencia es mucho mayor en comparación a la de tipo 1, especialmente en personas obesas. Hay antecedentes familiares en el 100% de los casos, la cetosis y el coma están generalmente ausentes, tiene buena respuesta a los agentes orales (4).

**Diabetes mellitus tipo 1.5 o LADA:** Recientemente se ha descubierto un nuevo tipo de diabetes mixta, conocida como 1.5 (ya que contiene síntomas de los tipos 1 y 2) o LADA (latent autoimmune diabetes of adulthood) (5).

**Diabetes gestacional:** Se caracteriza por un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono que se presenta en el embarazo (2).

**Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 6% de todos los casos diagnosticados):** Tipo 3A, Tipo 3B, Tipo 3C, Tipo 3D, Tipo 3E, Tipo 3F (5).

### **Epidemiología**

Actualmente afecta a más de 170 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 300 millones para el año 2030. La mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo (6).

En México a partir del año 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (7).

La diabetes mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen (8).

En la última Encuesta nacional de enfermedades crónicas de la Secretaría de Salud, se informó una prevalencia de 10.5 % en la población adulta (8).

Las condiciones crónicas son responsables del 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 (9).

### **Etiología.**

- Genética: Ciertas infecciones virales pueden causar la diabetes mellitus tipo I, mediante la generación de una reacción autoinmune (5).
- Exceso de peso y sedentarismo
- Estilo de vida
- Edad

### **Criterios para la detección de diabetes mellitus**

Todos los individuos con 45 años de edad o más deberán ser considerados para la prueba de detección de diabetes; si la prueba es normal deberá repetirse cada tres años (10).

La prueba deberá realizarse a partir de los 30 años de edad a individuos con:

- Antecedente de familiares en primer grado con diabetes
- Sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal mayor de 25 kg/m<sup>2</sup>)
- Hipertensión arterial (cifras de presión arterial mayor de 140/90 mm Hg)
- Niveles de colesterol mayor de 200 mg/dL
- Triglicéridos mayor de 250 mg/dL (5).
- Una prueba positiva de tamizaje (glucemia capilar mayor de 120 mg/dL)

Y a mujeres con:

- Antecedente de hijos macrosómicos (peso al nacimiento de más de 4 kg)
- Haber cursado con diabetes gestacional (1).

### **Cuadro clínico**

- Poliuria, polidipsia y polifagia.
- Pérdida de peso. Se debe a que la glucosa no puede almacenarse en los tejidos debido a que éstos no reciben la señal de la insulina (5).
- Fatiga o cansancio.
- Cambios en la agudeza visual.
- Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres.
- Glucosuria.
- Amenorrea.
- Aparición de impotencia en los hombres.
- Dolor abdominal.
- Hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente.
- Debilidad.
- Irritabilidad.
- Cambios de ánimo.
- Náuseas y vómitos.
- Mal aliento

### **Criterios diagnósticos**

- Síntomas de diabetes y una prueba de glucosa plasmática casual mayor de 200 mg/dL. Se considera prueba casual cuando se lleva a cabo a cualquier hora del día, sin considerar el tiempo transcurrido a partir del último alimento (1).
- Las manifestaciones clásicas de la diabetes incluyen la poliuria, la polidipsia y la pérdida de peso sin explicación (10).
- Glucosa plasmática preprandial mayor de 110 mg/dl y menor a 126 mg/dL.

Preprandial es definida como sin ingreso de calorías al menos en las últimas ocho horas (1).

- Prueba de glucosa plasmática postprandial o de intolerancia a la glucosa: glucosa plasmática a las dos horas poscarga mayor a 140 mg/dl y menor a 200 mg/dL. La prueba deberá ser realizada usando una carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua (1).

### **Tratamiento no farmacológico**

#### **Plan alimentario:**

Ayuda a mantener los niveles de glucosa en un rango normal (11).

Permite mantener el perfil de lípidos para reducir la enfermedad macrovascular (1)

#### **Ejercicio físico:**

- Mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye los niveles de glucosa (12).
- Debe incluir una fase inicial de calentamiento y una fase final de relajación.
- La fase de calentamiento debe consistir en 5 a 10 minutos de actividad aeróbica de baja intensidad (caminata, bicicleta).
- La fase de relajación debe tener una duración de 5 a 10 minutos (5).

Cuidados durante el ejercicio:

- Uso de calzado adecuado
- Mantener los pies secos
- Autorrevisión de los pies antes y después de realizar el ejercicio físico.
- Cuidar el estado de hidratación
- Aporte de líquidos deberá ser en forma temprana, frecuente, suficiente (5)

### **Tratamiento farmacológico**

Las sulfonilureas son los fármacos de primera línea cuando no se logran las metas del tratamiento no farmacológico. Su mecanismo de acción es reforzar la secreción de la insulina. Están contraindicadas en diabetes tipo 1, en el embarazo y en la lactancia, en complicaciones agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar) y en pacientes alérgicos a las sulfas. Como efectos adversos se presenta la hipoglucemia, dermatosis, dísocrasias sanguíneas, colestasis, hiponatremia (13).

Las biguanidas son los fármacos de primera línea para el tratamiento del paciente obeso. La metformina disminuye los niveles de glucosa, triglicéridos y colesterol, su mecanismo de acción es reducir la producción basal de glucosa hepática, reforzando la sensibilidad a la insulina en el músculo. Los efectos adversos más comunes son las alteraciones gastrointestinales. La acidosis láctica es una complicación muy rara. Está contraindicado en condiciones que favorecen la acidosis láctica, (insuficiencia renal, infecciones graves, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, alcoholismo, cirugía, infarto del miocardio, politraumatismo, coma diabético e hipoxia) (14).

La acarbosa está indicada en mayores de 60 años con diabetes de reciente inicio y descontrol leve (glucemia entre 126 y 140 mg/dL). Su efecto es la disminución de los niveles de la glucosa postprandial. Interfiere con la digestión de carbohidratos y retrasa la absorción de la glucosa. El efecto adverso más común es la flatulencia (2).

La insulina es el medicamento de elección ante la falla de las dosis máximas de hipoglucemiantes orales. Las insulinas humanas disponibles en nuestro país son las de acción rápida, las de acción intermedia (NPH y lenta) y la insulina lispro (1).

### **Consecuencias de la diabetes**

**Dolor:** la evaluación del dolor es el primer paso en el alivio, es un fenómeno complejo y subjetivo que carece de una clara base teórica (5).

**Depresión:** está altamente correlacionada con la falta de cumplimiento con el tratamiento médico de todo tipo, además se asocia con mayor morbilidad y prolongación de la estancia hospitalaria, al interferir con disfunción del sistema inmunológico y reducir las posibilidades de supervivencia, lo cual puede ser explicado por interacción a través del sistema de citoquinas en el cerebro (5).

**Ansiedad:** tales como fobia a procedimientos y trastorno de estrés postraumático.

## **Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2**

### **Retinopatía diabética**

Es la causa más frecuente de nuevos casos de ceguera entre los adultos de 20 a 74 años de edad (1).

Al momento del diagnóstico de la diabetes los pacientes deberán ser sometidos a un examen oftalmológico y posteriormente éste deberá realizarse en forma anual; el examen deberá comprender el estado de la agudeza visual y de la retina. El médico deberá referir al paciente al oftalmólogo si al efectuar el examen de los ojos identifica cualquiera de las siguientes anomalías: disminución de la agudeza visual, maculopatía, cambios proliferativos en retina, presencia de cataratas, dificultad para visualizar claramente la retina (1).

### **Neuropatía diabética**

Esta complicación es irreversible. Debe realizarse una cuidadosa revisión clínica dirigida a la búsqueda de alteraciones en los reflejos, la sensibilidad periférica, el dolor, el tacto, la temperatura, la vibración y la posición (15).

El paciente deberá ser referido al segundo nivel de atención si se identifica disminución de la sensibilidad en los pies, mononeuropatía aislada, hiperestesia o dolor nocturno de pies o piernas, impotencia y signos y síntomas de neuropatía autonómica como sudoración excesiva de tronco y cabeza, diarrea sin causa aparente o estreñimiento persistente (15).

Una complicación derivada de la neuropatía periférica o enfermedad vascular periférica es el pie diabético; éste puede manifestarse por medio de ulceración, infección y gangrena de los miembros inferiores. Los factores de riesgo para presentar dicha complicación incluyen: uso de calzado inadecuado, presencia de deformidades del pie, incapacidad para el autocuidado, adicciones (5).

### **Nefropatía**

La nefropatía diabética ocurre en 20 a 40 % de los pacientes con diabetes y es considerada la principal causa de insuficiencia renal. La microalbuminuria persistente en un rango de 30 a 299 mg en 24 horas ha mostrado ser la



manifestación más temprana de la nefropatía diabética y también es considerada un marcador de enfermedad cardiovascular (16).

Los pacientes con microalbuminuria pueden progresar a albuminuria (más de 300 mg en 24 horas) y disminuir su rango de filtración glomerular en un periodo de años una vez que la albuminuria clínica se presenta. El riesgo de insuficiencia renal es alto en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (1).

### **Factores psicosociales asociados a la diabetes**

Los factores psicosociales que influye en la diabetes mellitus son: depresión, inadecuada autovaloración, nivel bajo de autoestima, ansiedad situacional, estrés ante situaciones vinculadas al cambio de estilo de vida por la enfermedad, relaciones interpersonales malas, inadecuado apoyo social y familiar; conflictos en la esfera personal y familiar relacionados con las limitaciones que ocasiona la enfermedad (17).

La depresión es el trastorno más común, las personas con diabetes tienen el doble de riesgo de presentarla, además de estar asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento y disminución de la calidad de vida (18).

No obstante las implicaciones de los factores psicosociales en la diabetes, tradicionalmente se atiende a los pacientes desde el punto de vista biomédico en la atención primaria, de ahí que se explora poco la frecuencia con que se presentan factores psicosociales que por sus características, pueden dificultar el tratamiento y control de la enfermedad (18).

Algunas de sus expresiones más comunes son la sensación de falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o "nerviosismo", la aprehensión, los trastornos del sueño y de los patrones nutricionales, la hostilidad, la labilidad emocional, las manifestaciones psicósomáticas (dermatológicas,

gastrointestinales y cardiovasculares), las dificultades en los procesos de reconstrucción de la imagen corporal, de la autoestima, y en algunos procesos cognoscitivos (memoria, atención, concentración), el aislamiento social, así como la pérdida del sentido de la vida (19).

Una cuestión importante para el proceso terapéutico será la construcción o la reconstrucción de la imagen de la familia ya que esta ha sido alterada por la aparición de la enfermedad. Esto a su vez demandará el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de resolución, para sobrellevar crisis, dificultades del tratamiento y algunos otros problemas específicos de las enfermedades, lo cual se logrará con el aprendizaje de nuevos métodos para enfrentar y resolver dichas situaciones, esto con la ayuda de la intervención terapéutica (20).

Como se ha mencionado con anterioridad, la enfermedad crónica, en este caso la diabetes tiene un impacto doble en la vida del que la padece. Este doble impacto está relacionado con los efectos directos que producen la enfermedad y las implicaciones que esta conlleva. Por lo que no solo las complicaciones de la misma enfermedad afectan al paciente, sino también los cambios que esto ocasiona en su estilo de vida; y esto afecta su interacción en la familia y en la sociedad (20).

En un estudio realizado en México, se encontró que sólo en el 41 % de toda la muestra se encontró autoestima alta; 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. Las características psicológicas y sociales encontradas ofrecen un panorama poco favorable en el paciente con diabetes tipo 2 que se atiende en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social y excepto por la autoestima, no hay diferencias entre hombres y mujeres (18).

En otro trabajo fueron señalados aspectos que dificultan el proceso de aprendizaje en pacientes diabéticos, tales como edad (media de  $53.3 \pm 13$  años), tiempo de la enfermedad (media de  $12.9 \pm 9$  años) y bajo nivel de escolaridad (58% tenía educación primaria incompleta), condiciones que pueden limitar la incorporación de informaciones en esa población y, consecuentemente, comprometer la prevención y diagnóstico precoz, además de la predisposición para las complicaciones. En el estudio también fueron señalados otros aspectos que interfieren en el proceso de aprendizaje tales como los factores biopsicosociales y el acceso a los servicios de salud. En relación al conocimiento sobre lo que es la diabetes y cuales sus causas, se verificó que apenas 24 (50%) personas de la población estudiada se incluyeron en la categoría correcta y otras 24 (50%) se incluyeron en la categoría errada o no sabían. Considerando respuestas múltiples, 71% de la población estudiada fue diagnosticada sin presentar los síntomas clásicos de la diabetes y, 64% ya había sido hospitalizada por alguna complicación aguda o crónica, tales como hiperglucemia (63%), coma (14.8%), hipoglucemia (13%) y problemas en los pies (11%) (9).

### **Factores psicosociales que afectan a la familia**

La enfermedad no solo afecta al paciente sino a todo su círculo más cercano. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí que es la familia del enfermo (2).

Esto porque la familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida. De aquí que se sabe que la rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece mucho con la presencia y la participación de una pareja sobre todo, o de los hijos durante el ciclo de la enfermedad (2).

El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre sí (2).

Como en el caso de cualquier enfermedad y principalmente de la enfermedad crónica, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo. La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad (2).

Intentar abordar la enfermedad desde varios flancos permite un mejor control sobre la enfermedad y una rehabilitación social importante por lo que el equipo de médicos, la pareja, el terapeuta, grupos de apoyo e instituciones de apoyo favorecen mucho la experiencia del paciente ante la enfermedad (21).

En muchos casos la presencia de una enfermedad grave no provoca la aparición de trastornos psicológicos, entonces no siempre es necesaria la intervención directa de un profesional de la salud mental, pero por otra parte se ha visto que la privación social en enfermos crónicos se correlaciona a la larga con la aparición de trastornos mentales. Es en estos casos donde se debe reforzar la rehabilitación del paciente a través de los grupos de apoyo, instituciones e intervención terapéutica. Se sabe que muchos de los pacientes con enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, las que obviamente demandan tratamiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento médico (1).

La intervención terapéutica busca en primera instancia dar información a la familia, no solo dar sino llenar a la familia y al paciente de toda la información posible acerca de la enfermedad, los tratamientos, experiencias de otras familias con la enfermedad, especialistas recomendados, etc. De esta forma la familia forma una

red de apoyo intangible que es el conocimiento, este da a la familia seguridad para manejarse frente a crisis o eventos especiales durante la enfermedad (2).

Otro objetivo de la intervención terapéutica familiar sería el romper con patrones de comportamiento del grupo familiar que se consideren desadaptativos o que entorpezcan el proceso de rehabilitación psicosocial. De esta forma igualmente se ayudará a la familia a reaccionar de mejor forma ante la crisis o a enfrentar las etapas de la enfermedad de manera más óptima (2).

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías (2).

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que esta reciba y conviva con la enfermedad, tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta. La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos (2).

El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que en muchas ocasiones o en su mayoría está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes (esposa, hija, hermana) (2).

Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena (2).

## **FACTORES SOCIALES**

Los factores sociales son parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales en el entorno (20).

Las condiciones sociales y de salud son diferentes entre hombres y mujeres. Estas diferencias pueden explicarse, en buena medida, por los distintos estilos de vida experimentados por unos y otras a partir de roles diferentes para las mujeres y para los hombres, establecidos socialmente y por actitudes distintas frente al cuidado de enfermedades (21).

Los factores socioeconómicos han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública; los factores socioeconómicos son un eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades (21).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos (20).

En nuestros días, al afrontar la situación de salud de los adultos, se encuentra que las necesidades han cambiado por la influencia de los fenómenos ambientales, demográficos y socioculturales. El envejecimiento de la población, la rápida industrialización y urbanización, la tendencia decreciente de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer han modificado las situaciones epidemiológicas del país y han colocado a las enfermedades no transmisibles como la mayor prioridad del sector salud (21).

Específicamente a lo referente a la dimensión social, las personas con diabetes podrían tener una mayor probabilidad 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 (20).

Algunos de estos problemas de orden social que pueden interferir en la adecuada conciliación del autocuidado y las exigencias terapéuticas para lograr un buen control metabólico, se resumen en la necesidad de cambios de horario para la alimentación, tipos de alimentos a consumir, interferencia de la actividad laboral o estudiantil para el cumplimiento del tratamiento, limitaciones en la realización de esfuerzo físico, los cuales a su vez podrían generar en las personas que tienen este padecimiento y otros actores sociales (familia, compañeros de trabajo y/o estudio, amigos) que comparten el mismo contexto social, sentimientos de dependencia, minusvalía, sobreprotección y/o rechazo, entre otros (20).

En este sentido, la atención a las personas con diabetes se debe realizar dentro de un sistema de atención interdisciplinaria que ponga igual énfasis en el cuidado clínico, la educación terapéutica continuada y el trabajo social, con el fin de identificar y atender las dificultades que las personas con diabetes afrontan o perciben en el desarrollo de su vida diaria, todo lo cual se traduce en el mejoramiento de su calidad de vida y en un óptimo control metabólico, sin menoscabo del desarrollo de su vida diaria y del sentimiento de bienestar general.

La literatura sobre problemas sociales y diabetes mellitus tipo 2 (realmente escasa), refiere que la prevalencia de problemas sociales en las personas con diabetes es alta.

El apoyo social es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad. Las

situaciones adversas que generan estrés en el individuo y se acompañan de un cambio vital, alcanzan la categoría de acontecimientos vitales estresantes siendo un obstáculo para el cumplimiento del régimen terapéutico (2).

En el estudio realizado por Marlene García Castro y Rosario García González, con el título Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético en donde se encontró que la principal problemática de los pacientes se encontraba en los aspectos laborales (98%), los cuales se relacionaban con dificultades para cumplir la dieta o las indicaciones médicas en el trabajo y en los horarios laborales rotativos. El 57.3% presentó problemas de índole económico, lo que se asoció a dificultades para adquirir los alimentos y medicamentos por sus propios medios, y el 16% refirió problemas familiares que repercutían en las relaciones generacionales, interferencia de la enfermedad en la dinámica familiar y la no preocupación de la familia (falta de comprensión hacia la enfermedad).

En cuanto a la relación de los pacientes con diabetes a la creencia religiosa, se debe considerar que las personas pueden colocar en un ser superior la responsabilidad por el cuidado de la salud. Cuando la persona delega esta responsabilidad, puede valorizar poco la adquisición de conocimientos, habilidades y motivación para el autocuidado de la salud. De ese modo el desarrollo de la capacidad para el autocuidado queda limitado, ya que es considerado una cuestión externa al sujeto (21).

La religión como empresa social no puede verse aislada de la cultura ya que forma parte de esta, pero no quiere decir que pueda entrar en contradicción, se pudo observar en la investigación de Shuval et al (2008) que la religión (de árabes e israelitas) propiciaba la actividad física como conducta de prevención de enfermedades crónicas, pero la cultura limitaba la misma en las mujeres. Además en el campo de la religión y la espiritualidad en la diabetes, se ha observado que generalmente éstas funcionan como factores protectores (4).



## **CUIDADO DE LA SALUD**

Si bien es cierto que la apreciación de la salud es relativa, también lo es el cuidado de la misma, ya que existen diversos factores que influyen en su cuidado, entre ellos está el conocimiento, pues para valorar la salud y por ende tratar de preservarla se debe tener conciencia de cuando se tiene y cuando se ha perdido, y las diferentes situaciones a las que conduce este cambio, mismas que serán afrontadas de manera muy individual por cada persona y que de ello dependerá el mantenimiento de la salud (22).

Otros factores que influyen en el proceso son las condiciones ambientales y sociales en las que se desenvuelve el individuo ya que estas le facilitan o limitan el conservar la salud, o bien incluso son las que pueden impedir o lograr que este proceso se mantenga como tal, no obstante estas condiciones de las que hablamos son tan variables como los mismos individuos, ya que se sujetan a cada uno de ellos y por lo tanto juegan un papel muy importante en el proceso salud enfermedad, de ahí la necesidad de su estudio, encontrándose en la base de una pirámide en cuyo vértice se pueden encontrar ya sea la salud o bien la enfermedad de una persona (22).

## **DATOS DE LA COMUNIDAD SANTA ANA JILOTZINGO**

### **Aspectos históricos**

Los primeros pobladores se establecieron al final del siglo XI o principios del XII. Uno de los acontecimientos más relevantes en esta época es la conquista del ejército tenochca al mando del sexto Tlatoani llamado Axayácatl, derrotando al ejército otomí al mando del jefe Ambotaga, Botzanga o Lagartija Prieta (23).

### **Denominación y toponimia**

Santa Ana Jilotzingo viene del náhuatl, se compone de las palabras: xilo: “diosa del maíz”, xin “venerar”, co “en”, que en su conjunto expresan lugar en donde se venera a Xilomen (diosa del maíz) (23).

### **Aspectos geográficos**

#### **Ubicación**

Se ubica hacia el noreste de la capital del estado de México y hacia el oeste del D.F, pertenece al Municipio de Oztolotepec (23).

**Localización:** Sus coordenadas son longitud 0992914, latitud: 192718. La localidad se encuentra a una altura de 2847 metros sobre el nivel del mar (23).

**Orografía:** Es una zona montañosa que tiene una riqueza maderera, la fertilidad de sus cañadas y montes especiales para la crianza de ganado (23).

**Hidrografía:** el arroyo más importante de la región es el Río de Santa Ana que posteriormente se convierte en el llamado Río la Colmena que se inicia en las propiedades de Santa Ana, penetra al municipio de Atizapán (23).

### **Aspectos demográficos**

La población total es de 6625 personas, de las cuales 3191 son masculinos y 3434 son femeninas. Los ciudadanos se dividen en 2644 menores de edad y 3981 adultos, de los cuales 417 tienen más de 60 años (24).

772 personas son menores de 4 años, 1876 mujeres en edad fértil. 3570 personas en Santa Ana Jilotzingo viven en hogares indígenas. 1331 personas mayores de 5

años hablan un idioma indígena. Solo 20 personas solo hablan un idioma indígena pero no hablan español (25).

Algunos indicadores sociales de Santa Ana Jilotzingo (Ver cuadro No. 1 y No. 2)

**Cuadro No. 1**

**INDICADORES DE MARGINACIÓN**

<b>Santa Ana Jilotzingo</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>
Población total	5,848	6,625
% Población de 15 años o más analfabeta	21.80	20.22
% Población de 15 años o más sin primaria completa	40.77	39.20
% Viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica	3.97	1.35
% Viviendas particulares habitadas sin agua entubada	2.49	3.29
% Ocupantes por cuarto en viviendas particulares habitadas	53.75	1.40
% Viviendas particulares que no disponen de refrigerador	73.71	66.39
Índice de marginación	0.33346	0.18339
Grado de marginación	Alto	Alto

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2005 y 2010 (24).

**Cuadro No. 2**

**INDICADORES DE REZAGO SOCIAL**

<b>Santa Ana Jilotzingo</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>
% de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	7.84	7.21
% de población de más de 15 años con educación básica incompleta	69.2	64.13
% de población sin derecho-habienencia a servicios de salud	94.1	45.42
% de viviendas particulares habitadas con piso de tierra	32.82	27.65
% de viviendas particulares que no disponen de sanitario	19.33	12.07
% de viviendas particulares que no disponen de drenaje	7.19	9.54
% de viviendas particulares que no disponen de lavadora	82.1	67.14
Índice de rezago social	0.33239	0.23499
Grado de rezago social	3 medio	Medio

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2005 y 2010 (24).

**Instituciones de salud:**

El CSRD Santa Ana Jilotzingo es la única institución de salud dentro de la comunidad con 3391 derechohabientes que pertenecen al seguro popular.

Dentro del municipio se encuentra el IMSS y en la comunidad cuenta con 123 derechohabientes, el ISSSTE solo con 60 derechohabientes (25).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes se considera un problema de salud pública siendo una afección sistémica la cual se caracteriza por tener una evolución silenciosa progresiva e irreversible que requiere un manejo dinámico, estructural, integral y multidisciplinario para así prevenir, controlar y limitar el daño o en su defecto rehabilitar una vez producido éste. En la ocurrencia de esta enfermedad las condiciones socioeconómicas juegan un papel muy importante, viéndose así que en América Latina se estimaban 13.3 millones de pacientes con diabetes en el año 2000 y que aumentará a 33 millones para el año 2030, para México se estimaban 6.8 millones de afectados que aumentarían a 11.9 millones con un incremento de 175%. De tal manera que es un problema de gran magnitud dado que la OMS reporta en 2011 que más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medianos, que la mitad de estas muertes corresponden a personas menores de 70 años y en 55% son mujeres.

Además, los pacientes no tienen una adecuada adherencia terapéutica debido principalmente a factores psicosociales que afectan a cada paciente, como la falta de control sobre la enfermedad, los temores e inseguridades respecto a la salud y el cuerpo, la pérdida o disminución de motivaciones, la inquietud o nerviosismo, la labilidad emocional, el aislamiento social, etc. En la aparición de complicaciones así como la prevención de esta enfermedad, juegan un papel muy importante las condiciones sociales del paciente, incluso las autoridades en salud a nivel mundial mencionan la significancia de las condiciones socioeconómicas de los países con mayor prevalencia.

Con base en esto surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las condiciones sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en el CSRD Santa Ana Jilotzingo, 2013?

## JUSTIFICACIONES

Partiendo de la consideración de que la diabetes mellitus es un problema de salud pública, que ha preocupado a las autoridades competentes a diferentes niveles y de que existe una afección orgánica y sistémica que se caracteriza por tener una evolución silenciosa progresiva e irreversible que requiere un manejo dinámico, estructural, integral y multidisciplinario en cuya base se encuentra el paciente como tal, pues es bien sabido que el control, la prevención y limitación del daño que provoca esta enfermedad, dependen de tres situaciones básicas que son la alimentación adecuada, la actividad física y el tratamiento farmacológico, viéndose condicionadas por factores sociales individuales y específicos de cada paciente y que determinan el comportamiento de esta enfermedad. De ahí que nos dimos a la tarea de investigar dichos factores sociales que yacen en la raíz de este problema de salud en el que nuestro país se ve involucrado, poniéndose de manifiesto los obstáculos en el desarrollo social que vivimos, repercutiendo una vez más en la salud de la población, con la intención de brindar conocimiento que permita estructurar programas de control y prevención integrales.

Debido a los gastos que implican el tratamiento, control y complicaciones de dicha enfermedad en los diferentes niveles de atención, se han implementado una serie de programas para la asistencia social con enfoques básicamente biológicos cuyos resultados han sido muy limitados. Por lo que se requiere de información que permita estructurar intervenciones que sean apropiadas a las diferentes condiciones socio-culturales de los pacientes y permitan su aceptación, con lo cual se podrían hacer más eficientes los gastos en salud, tanto por parte de los familiares del paciente como de las instituciones de salud.

## **HIPÓTESIS**

El estudio que realizamos es un estudio transversal, por lo que no contamos con hipótesis y la intención del trabajo esta manifiesta en el planteamiento del problema y los objetivos.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Caracterizar las condiciones sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, CSRD Santa Ana Jilotzingo, 2013

### Objetivos específicos:

- Identificar las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II
- Identificar temores e incertidumbres en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Identificar el tipo de familia con la que vive el paciente
- Identificar como influye el apoyo que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo II por parte de sus familiares en su control y complicaciones.
- Identificar el apoyo de amistades u otros grupos sociales.
- Caracterizar las condiciones demográficas que determinan el control de la diabetes y la aparición de complicaciones.

## **MÉTODOLOGÍA**

### **Diseño**

Se realizó un estudio transversal- analítico en el Centro de Salud Rural Disperso de Santa Ana Jilotzingo, ubicado en el Municipio de Ocotlán, Estado de México, mediante la aplicación de una encuesta a los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron a la consulta externa para control de su padecimiento. Se informó la importancia de realizar este estudio, así como su participación en él, bajo previa autorización hecha en formato impreso se solicitó su autorización por escrito acompañado de un testigo.

### **Obtención de Datos**

El instrumento de evaluación que se usó fue realizado por las alumnas tesisistas acorde a lo que se pretendía evaluar con los objetivos generales y específicos (ver anexo 2), se aplicó una prueba piloto a 6 pacientes para corregir la redacción del cuestionario, cabe destacar que estos pacientes no se incluyeron en el estudio.

Posteriormente durante el mes de marzo y abril de 2013 se aplicó el instrumento de evaluación (ver anexo 2) a 50 pacientes con diabetes mellitus tipo II mayores de 40 años que asistieron a la consulta externa para control de su padecimiento y que firmaron el consentimiento informado (anexo 1).

El cuestionario fue aplicado por los tesisistas, participaron los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II mayores de 40 años que llevaban a cabo su control y tratamiento en el CSRD Santa Ana Jilotzingo del ISEM, independientemente de si presentaban o no complicaciones y otras enfermedades concomitantes. Se excluyeron pacientes con otro tipo de diabetes (diabetes tipo 1, diabetes gestacional) y a pacientes que hubieran abandonado el tratamiento, a aquellos que contestaron incompleto el cuestionario. En las personas que no sabían leer y escribir el cuestionario se leyó pregunta por pregunta por el médico.



Universo de trabajo:

Pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistan a consulta externa al CSRD Santa Ana Jilotzingo y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Todo paciente con diabetes mellitus tipo II, que asistan a consulta externa al CSRD Santa Ana Jilotzingo, que acepten participar en el estudio, y que hayan firmado la carta de consentimiento informado (ver anexo No. 1) y conteste completa la encuesta del estudio (ver anexo No. 2).

De ambos sexos y con edad de 40 años o más

Criterios de exclusión:

Paciente que no acepten participar en el estudio

Paciente que contesten incompleta la encuesta

### **Análisis de datos**

Los datos requeridos para el estudio se consideran de acuerdo al siguiente cuadro de operacionalización de variables (Ver cuadro No. 3)

**Cuadro No. 3**

**CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador</b>
Diabetes	Enfermedad en la que los niveles de glucosa de la sangre están muy altos	Enfermedad crónico-degenerativa	Cualitativa nominal	1.- Diabetes I 2.- Diabetes II 3.- Gestacional 4.- Diabetes 1.5 5.- Otras
Estado emocional	Forma de permanecer, cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico.	Estado de animo	Cualitativa nominal	1.- Depresión 2.- Ansiedad 3.- Enojo 4.- Tristeza 5.- Felicidad
Estado civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Estado social del paciente en estudio	Cualitativa nominal	1.- Soltero (a) 2.- Casado (a) 3.- Unión libre 4.- Viudo (a) 5.- Divorciado (a)
Escolaridad	Último grado escolar	Máximo grado de estudios	Cualitativa ordinal	1.- Ninguna 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Técnica 5.- Preparatoria 6.- Licenciatura
Edad	Tiempo transcurrido cumplido en años desde el nacimiento hasta el momento actual	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Años
Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Actividad actual que desempeña	Cualitativa nominal	1.- Hogar 2.- Campesino 3.- Empleado (a) 4.- Comerciante 5.- Profesionista 6.- Otra
Religión	Conjunto de creencias, de veneración o temor, normas morales y ritos que ligan al hombre con la divinidad	Creencias practicadas por el paciente en estudio	Cualitativa nominal	1.- Católica 2.- Cristiana 3.- Testigos de Jehová 4.- Ateos 5.- Pentecostés 6.- Otras

Fuente: Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

Las variables cuantitativas se analizaron con la media, moda y proporciones y las variables cualitativas con proporciones. La relación entre el control y complicaciones de los pacientes con las condiciones sociales que ellos presentaron se analizarán con la OR (razón de momios) consideramos intervalos de confianza al 95%.

La razón de momios se obtuvo mediante el uso de la tabla cuadrangular donde se colocaron como caso a los pacientes con diabetes mellitus que se encontraban controlados y como exposición los factores indagados dentro del estudio.

Los resultados se concentraron en la base de datos del programa EPI- INFO, para analizar los resultados, los recursos materiales utilizados fueron equipo de cómputo, papelería en general, programas de cómputo Microsoft Excel y Microsoft Word, Programa EPI- INFO.

## **IMPLICACIONES ÉTICAS**

El presente trabajo tiene implicaciones éticas por lo que la información se manejó en forma confidencial, conservando el anonimato de los participantes y los resultados se presentaron en forma general.

Se dio a conocer a toda la población en estudio la importancia del estudio y su participación en él, todo esto apoyado de un consentimiento informado en presencia de un testigo.

Finalmente se canalizó a 1 paciente quien requirió apoyo psicológico, para su manejo especializado.

## **INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Hoja de recolección de datos:

Encuesta características sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II

(Anexo 2)

## ORGANIZACIÓN

En este estudio participarán las alumnas tesistas en coordinación con el director de tesis.

**Tesistas:**

Gemma Rivas Soto

Lucina Sánchez Ovando

**Director:**

Dr. Miguel Ángel Karam Calderón

## **PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

Los gastos de impresión y papelería correrán a cargo de las investigadoras.

## RESULTADOS

Para la elaboración de este estudio se entrevistaron a 50 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos fue a través del cuestionario que se diseñó para los objetivos (anexo 2), bajo consentimiento informado (anexo 1).

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 cuadro No. 4)

### Cuadro No. 4

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES EN ESTUDIO

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	12	24%
	Mujer	38	76%
Edad	40-49 años	15	30%
	50-59 años	15	30%
	Mayores 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%
	Campesino	6	12%
	Empleado	1	2%
	Comerciante	12	24%
	Desempleado	1	2%
Religión	Católica	45	90%
	Cristiana	4	8%
	Pentecostés	1	2%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)



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. (Ver cuadro 5)

### Cuadro No. 5

#### TEMORES E INCERTIDUMBRES EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sabe que es diabetes	Si	25	50%
	No	25	50%
Conoce las complicaciones	Si	16	32%
	No	34	68%
Sabe los nombres de los medicamentos	Si	26	52%
	No	24	48%
¿Por qué no?	Se me olvidan	9	18%
	No sé leer	14	28%
	No me interesa	1	2%
Familiares saben que es diabetes	Si	29	58%
	No	17	34%
	No se	4	8%
¿Por qué no? o ¿Por qué no sabe?	No les interesa	15	30%
	Trabajan	2	4%
	Vivo solo	2	4%
	Solo vivo con 1 familiar	2	4%
Temor desde su diagnóstico	Ninguna	23	46%
	Muerte	10	20%
	Ceguera	7	14%
	Cronicidad	3	6%
	Insuficiencia Renal	3	6%
	Perder una extremidad	2	4%
	Infartos, embolias	1	2%
	Usar insulina	1	2%
¿Por qué?	Confío en Dios	9	18%
	No me preocupó	10	20%
	Todos vamos a morir	9	18%
	Dependería de alguien	9	18%
	Soy joven	4	8%
	Moriría con dolor	1	2%
	Dejaría a mi familia	8	16%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

Con respecto al estado emocional de los pacientes un 42% dijo que se siente igual que siempre y un 30% que se siente triste, al preguntar porque 30% respondió que no merece sufrir. (Ver cuadro No. 6)

**Cuadro No. 6**

**ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2**

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Estado emocional	Feliz	1	2%
	Triste	15	30%
	Enojado	11	22%
	Ansioso	2	4%
	Igual que siempre	21	42%
¿Por qué?	Es una enfermedad como cualquiera	6	12%
	Confío en Dios	3	6%
	Estoy tranquilo	10	20%
	Todos vamos a morir	2	4%
	Soy joven	4	8%
	No merezco sufrir	15	30%
	No se cura	5	10%
	No quiero morir	3	6%
	Requiero cuidados especiales	1	2%
Estoy sola	1	2%	

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

De acuerdo al tipo de familia con la que vive el paciente el 62% corresponde a familias nuclear. (Ver cuadro 7)

**Cuadro No. 7**

**TIPO DE FAMILIA CON LA VIVE EL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	31	62%
Consanguínea	2	4%
Monoparental	12	24%
Ninguna	5	10%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

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% contesto que ellos lo pueden realizar solos. (Ver cuadro No. 8)

**Cuadro No. 8**

**APOYO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON DIABETES POR PARTE DE SUS FAMILIARES**

<b>Variable</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Dependencia económica	Si	28	56%
	No	22	44%
Administración de medicamento	Si	26	52%
	No	24	48%
¿Por qué si?	Se interesan en mi	16	32%
	Para mi control	10	20%
¿Por qué no?	No se interesan	7	14
	Trabajan	12	24%
	Vivo sola	5	10%
Hablan de su tratamiento	Si	37	74%
	No	13	26%
¿Por qué si?	Les interesa	23	46%
	Por comunicación	14	28%
¿Por qué no?	No se interesan	5	10%
	Trabajan	4	8%
	Vivo sola	2	4%
	No quiero preocuparlos	2	4%
Apoyo de alguien a hospitalizarse	Si	28	56%
	No	22	44%
¿Por qué si?	Mis familiares me apoyan	28	56%
	Vivo sola	5	10%
	Mis familiares trabajan	10	20%
	Yo me encargo de mi familia	7	14%
Ayuda en el cuidado de pies	Si	11	22%
	No	39	78%
¿Por qué si?	Es importante para mi cuidado	5	10%
	Mis familiares se interesan	6	12%
¿Por qué no?	Lo realizo sola	25	50%
	Mis familiares trabajan	7	14%
	Vivo con 1 solo familiar	4	8%
	Vivo sola	3	6%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRSD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

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 porque 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 porque cualquier persona puede padecerla. (Ver cuadro No. 9)

### Cuadro No. 9

#### APOYO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 POR PARTE DE SUS AMISTADES U OTROS GRUPOS SOCIALES

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Tiene seguridad social	Si	50	100%
	No	0	0%
Asiste a charlas al Centro de Salud	Si	25	50%
	No	25	50%
¿Por qué si?	Tengo oportunidades	14	28%
	Para conocer mas	11	22%
¿Por qué no?	No tengo tiempo	10	20%
	No sé si dan pláticas	12	24%
	Por mi edad	3	6%
Recibe apoyo de amigos	Si	9	18%
	No	41	82%
¿Por qué si?	Me apoyan moralmente	4	8%
	Se interesan en mi	5	10%
¿Por qué no?	No tengo amigos	28	56%
	No les interesa	10	20%
	No saben que tengo DM	3	6%
Recibe apoyo de su religión	Si	14	28%
	No	36	72%
¿Por qué si?	Nos brindan apoyo moral	11	22%
	Hay médicos voluntarios	3	6%
¿Por qué no?	No existe apoyo	21	42%
	No saben que tengo DM	15	30%
Como considera a su enfermedad	Castigo	2	4%
	Normal	20	40%
	Azar	11	22%
	No se	17	34%
¿Por qué?	Dios así lo quiso	6	12%
	Le da a personas malas	2	4%
	A cualquiera le puede dar	28	36%
	Casi no acudo a la iglesia	14	28%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesisistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

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 cuadro No. 10)

**Cuadro No. 10**

**EDAD DE DIAGNÓSTICO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DIABETES TIPO 2**

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

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 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. El 66% de los pacientes cuentan con apoyo para realizarse los estudios de laboratorio que les solicitan, al preguntar porque el 50% contestó que son gratuitos. El 74% de los pacientes respondió que la principal causa para no seguir una alimentación correcta es porque 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, al preguntar porque el 28% contestó que porque tienen voluntad propia. (Ver cuadro No. 11)

**Cuadro No. 11**

**CUIDADOS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

<b>Variable</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Que es más importante	Alimentación	1	2%
	Medicamentos	16	32%
	Todos	31	62%
	Ninguno	2	4%
¿Por qué?	Para mi control	44	88%
	No me gusta hacer ejercicio	4	8%
	No me gustan los medicamentos	1	2%
	No me interesa	1	2%
Si no le dan medicamentos	Los consigue inmediatamente	23	46%
	Los consigue en menos de 5 días	5	10%
	Los consigue en más de 1 semana	11	22%
	No los consigue	11	22%
¿Por qué?	Para mi control	22	44%
	No tengo dinero	21	42%
	Mis familiares me apoyan	7	14%
Cuando le solicitan laboratorios	Cuenta con apoyo para realizarlos	33	66%
	Se angustia	16	32%
	No le importa	1	2%
¿Por qué?	No tengo dinero	11	22%
	Mis familiares me apoyan	8	16%
	Son gratuitos	25	50%
	Nadie me acompaña	5	10%
	Desconozco las consecuencias	1	2%
Causa de no alimentación correcta	Su ocupación	5	10%
	No tiene dinero	37	74%
	Come lo que le gusta	8	16%
Realiza ejercicio	Si	34	68%
	No	16	32%
¿Cuál?	Caminar	33	66%
	Correr	1	2%
¿Por qué no?	Por otra enfermedad	10	20%
	No tengo tiempo	3	6%
	No me gusta	3	6%
Quien toma las decisiones	Usted	43	86%
	Su pareja	2	4%
	Sus hijos	4	8%
	Otra	1	2%
¿Por qué?	Es mi responsabilidad	14	28%
	Tengo voluntad propia	13	26%
	Acudo sola a consulta	12	24%
	Vivo sola	5	10%
	No sé leer	6	12%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesisistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

El 94% de los pacientes no presento complicaciones, y 66% de los pacientes no se encuentran controlados. (Ver cuadro No. 12)

**Cuadro No. 12**

**COMPLICACIONES Y CONTROL**

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones	Si	3	6%
	No	47	94%
¿Cuál?	Nefropatía y retinopatía	1	2%
	Neuropatía	1	2%
	Retinopatía	1	2%
Control	Si	17	34%
	No	33	66%

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

Con respecto a la comparación de las variables demográficas, entre los pacientes controlados y no controlados, se observó que las mujeres presentan un riesgo de no controlarse 2 veces mayor que los hombres (OR 2.45, IC 95% 0.54-11.38).

Existe un 27% de protección para estar controlados en pacientes mayores de 50 años (OR 0.73, IC 95% 0.15- 3.34). Los pacientes que se encuentran sin pareja tienen un riesgo 3 veces mayor de no estar controlados, que los pacientes que si cuentan con una pareja (OR 3.44, IC 95% 0.71-18.63).

En cuanto a la comparación de quienes se encuentran controlados y su escolaridad, observamos en el 17% un factor de protección para los pacientes sin escolaridad (OR 0.83, IC 95% 0.22- 3.15).

Por otra parte se hace notar el papel que juega la ocupación dentro del control de la enfermedad, viéndose así un riesgo de casi el doble al ser ama de casa para el mal control, comparado con quienes mantienen una ocupación diferente al hogar. (OR 1.56, IC 95% 0.40-6.02). (Ver cuadro No. 13)

**Cuadro No. 13****RELACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CONTROLADOS CON LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

<b>Variable</b>		<b>Controlado</b>	<b>%</b>	<b>No controlado</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Sexo	Femenino	11	22	27	54	2.45	0.54-11.38
	Masculino	6	12	6	12		
Edad	40-49 años	4	8	11	22	0.73	0.15-3.34
	50-59 años	6	12	9	18		
	> de 60 años	7	14	13	26		
Estado civil	Soltero	1	2	4	8	3.44	0.71-18.63
	Viudo	2	4	10	20		
	Casado	12	24	18	36		
	Unión libre	2	4	1	2		
Escolaridad	Ninguna	8	16	14	28	0.83	0.22-3.15
	Primaria incompleta	8	16	19	38		
	Primaria completa	1	2	0	0		
Ocupación	Ama de casa	9	18	21	42	1.56	0.40-6.02
	Campesino	3	6	3	6		
	Empleado	0	0	1	2		
	Comerciante	4	8	8	16		
	Desempleado	1	2	0	0		

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

Debido a la poca población de pacientes con complicaciones crónicas y quienes tienen características, muy diversas entre ellas; no fue posible calcular un riesgo de presentar complicaciones con base en estas. (Ver cuadro No. 14)



**Cuadro No. 14****COMPLICACIONES EN RELACIÓN A VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES**

<b>Variable</b>		<b>Complicaciones</b>	<b>%</b>	<b>No complicaciones</b>	<b>%</b>
Sexo	Femenino	3	6	35	70
	Masculino	0	0	12	24
Edad	40-49 años	0	0	15	30
	50-59 años	0	0	15	30
	Mayores de 60 años	3	6	17	34
Estado civil	Soltero	1	2	4	8
	Casado	2	4	28	56
	Viudo	0	0	12	24
	Unión libre	0	0	3	6
Escolaridad	Ninguna	2	4	20	40
	Primaria incompleta	1	2	26	52
	Primaria completa	0	0	1	2
Ocupación	Ama de casa	3	6	27	54
	Campesino	0	0	6	12
	Empleado	0	0	1	2
	Comerciante	0	0	12	24
	Desempleado	0	0	1	2
Religión	Católica	3	6	42	84
	Cristiana	0	0	4	8
	Pentecostés	0	0	1	2

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

De acuerdo a la relación que existe entre los pacientes controlados y el apoyo que reciben por parte de su familia, cabe destacar que existe un 63% de protección si se cuenta con el apoyo de una familia de tipo nuclear (OR 0.37, IC 95% 0.08-1.6). Existe un riesgo 2 veces mayor de no estar controlados si no se cuenta con el respaldo familiar (OR 2.20, IC 95% 0.57- 8.80). Siendo que la comunicación juega un papel crucial dentro de esta dinámica familiar observándose que existe un riesgo del doble para no controlarse en quienes carecen de esta en su núcleo familiar (OR 2.03, IC 95% 0.40- 11.28). (Ver cuadro No. 15)

**Cuadro No. 15****RELACIÓN DE PACIENTES CONTROLADOS CON FACTORES FAMILIARES**

Variable		Controlados	%	No controlados	%	OR	IC 95%
Dependencia económica	Si	9	18	19	38	1.21	0.32-4.59
	No	8	16	14	28		
Estructura familiar	Nuclear	13	26	18	36	0.37	0.08-1.60
	Consanguínea	1	2	1	2		
	Monoparental	1	2	11	22		
	Ninguna	2	4	3	6		
Apoyo familiar	Si	11	22	15	30		
	No	6	12	18	36	2.20	0.57-8.80
Comunicación	Si	14	28	23	46		
	No	3	6	10	20	2.03	0.40-11.28

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

A causa de que nuestra población se encontró muy limitada y con una gran diversidad de variables; nos imposibilitó calcular el riesgo de presentar complicaciones. (Ver cuadro No. 16)

**Cuadro No. 16****COMPLICACIONES EN RELACIÓN A FACTORES FAMILIARES**

Variable		Complicaciones	%	No complicaciones	%
Dependencia económica	Si	3	6	25	50
	No	0	0	22	44
Estructura familiar	Nuclear	0	0	31	62
	Consanguínea	1	2	1	2
	Monoparental	1	2	11	22
	Ninguna	1	2	4	8
Apoyo familiar	Si	0	0	26	52
	No	3	6	21	42
Comunicación	Si	1	2	36	72
	No	2	4	11	22

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

De acuerdo al cuadro donde se relaciona a los pacientes controlados con sus factores sociales, se observó que la mayoría de los pacientes que se encontraron controlados no tenían amigos, tampoco tenían apoyo por parte de su grupo religioso, y un poco ms de la mitad asistía regularmente a platicas a su centro de salud. (Ver cuadro No. 17)

**Cuadro No. 17**

**PACIENTES CONTROLADO DE ACUERDO A FACTORES SOCIALES**

Variable		Controlados	%	No controlados	%
Apoyo de amigos	Si	2	4	7	14
	No	15	30	26	52
Apoyo de religión	Si	1	2	13	26
	No	16	32	20	40
Platicas en CS	Si	9	18	16	32
	No	8	16	17	34

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

Debido a la poca población de pacientes con complicaciones crónicas y quienes tienen características, muy diversas entre ellas; no fue posible calcular un riesgo de presentar complicaciones con base en estas. (Ver cuadro No. 18)

**Cuadro No. 18**

**COMPLICACIONES DE ACUERDO A FACTORES SOCIALES**

Variable		Complicaciones	%	No complicaciones	%
Seguridad social	Si	3	6	47	54
	No	0	0	0	0
Apoyo de amigos	Si	1	2	8	16
	No	2	4	39	78
Apoyo de religión	Si	2	4	12	24
	No	1	2	35	70
Platicas en CS	Si	0	0	25	50
	No	3	6	22	44

Fuente: Cuestionario aplicado por tesistas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II del CSRD Santa Ana Jilotzingo en el 2013 (Anexo 2)

## DISCUSIÓN

En este estudio realizado titulado “Condiciones sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en el CSRD Santa Ana Jilotzingo, 2013”; se encontró que la frecuencia de pacientes con diabetes mellitus es mayor en mujeres, como se señala en diversos estudios poniendo de manifiesto que en México es la principal causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres; esto probablemente por el aumento de la esperanza de vida la cual conlleva a una cronicidad y la aparición de complicaciones con esta (7).

Siendo la diabetes mellitus tipo II de mayor prevalencia en los pacientes mayores de 60 años en quienes se encontraron las complicaciones crónicas. Aunado a su baja escolaridad lo cual influye en el control y conlleva a estas, viéndose que la mayor parte de la población apenas sabe leer y escribir, presentando una educación básica incompleta en su mayoría lo cual corresponde al Censo de Población y Vivienda 2010. De ahí que la ocupación que predominan es la labor del hogar, de tal manera que la mayoría de los pacientes se encuentran casados; por lo tanto el paciente como su conyugue no cuentan con el respaldo de una seguridad social que le proporcione las prestaciones que correspondan a su desempeño laboral en un determinado tiempo dentro de una institución (9, 24).

De acuerdo a la relación de la religión con la diabetes en esta población de estudio no se encontró influencia de la misma, ya que la mayoría desconoce la forma en la cual influye su religión en el cuidado de su salud, en contraste con el autor Rondón que menciona que en algunas religiones se promueven la actividad física y el bienestar del cuerpo (4).

No obstante es de interés destacar que al igual que en otros estudios antropológicos y sociales la responsabilidad tanto de la aparición de la enfermedad como de su evolución recae en un ser supremo como se observó al preguntar sobre los temores e incertidumbres y al darnos cuenta que los pacientes desconocen su enfermedad, yendo de la no preocupación o falta de interés hasta confiar su evolución a Dios (4).

La familia, como base de la sociedad, juega un papel de suma importancia en el correcto control y cuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, es por esto que fue trascendental analizar la estructura familiar y los factores que influyen en el apoyo que reciben por parte de esta y su proyección al resto de la sociedad, encontrando que la familia que predomina es la nuclear conyugal compuesta por la pareja y sus hijos. Apreciándose de esta manera el rol importante que juega la familia en el cuidado de la salud, que va desde el apoyo económico hasta los cuidados de higiene personal, que a final de cuentas repercute en la evolución de la enfermedad. Siendo que 56% de ellos dependen económicamente de alguien, la comunicación es crucial ya que permite la seguridad del paciente hacia su enfermedad, encontrándose que el 74% cuenta con esta comunicación en diferente grado que van desde el apoyo en la administración del medicamento (52%) hasta el apoyo para seguir la enfermedad en sus últimas consecuencias (apoyo para trasladarse a un hospital) con un 56%. No obstante los cuidados de higiene personal recaen en el mismo paciente en un 78%, ya que la mayoría se considera independiente para realizarlos (22).

De ahí que la confianza que se genere en el ambiente familiar se vea reflejado en el resto de la sociedad, encontrándose una escasa respuesta de esta, que se pone de manifiesto en el insuficiente apoyo que se tiene de personas no consanguíneas, ya que solo 18% de la población estudiada mencionó que cuenta con apoyo de amistades tanto como índole moral y en contadas ocasiones económico, de esta manera la seguridad social juega un papel muy importante en el cuidado de la salud ya que al no contar con una institución de respaldo todos los pacientes corresponden al programa de seguro popular, el cual brinda cobertura para su padecimiento no obstante se requiere del apoyo familiar para poder acceder a los recursos limitados que les puede proporcionar, así como también el acceso a la información sobre su padecimiento en el cual sobre todo influyen las condiciones sociales de cada paciente, poniendo de manifiesto su grado académico como principal limitación, lo cual repercute en el poco interés, en la ocupación y finalmente limitaciones referentes a su estado de salud. Viéndose así que solo el 50% considera que conoce su padecimiento, de ahí que solo un 32%

conoce las complicaciones llevando este conocimiento a diversos estados de ánimo, el mayor porcentaje refiere sentirse igual que antes de saber que tenían diabetes en un 42%, derivado de la poca información que se tiene al respecto y solo 30% expresan tristeza (9).

Por lo anterior vemos como estas condiciones sociales influyen en el tratamiento y evolución de la enfermedad, encontrándose estadios avanzados y complicaciones en pacientes con condiciones sociales desfavorables. De ahí que solo un 34% de los pacientes estudiados se encuentran con un control (glucosa menor a 130 mg/dl y asintomáticos), en contraste con lo revisado en la literatura quienes nos mencionan apenas 20% de pacientes controlados en países como el nuestro (9).

Con respecto a la comparación de las variables demográficas, entre los pacientes controlados y no controlados, se observó que las mujeres presentan un riesgo de no controlarse 2 veces mayor que los hombres (OR 2.45). Así mismo existe un 27% de protección para estar controlados en pacientes mayores de 50 años. Mientras que los pacientes que se encuentran sin pareja tienen un riesgo 3 veces mayor de no estar controlados, que los pacientes que si cuentan con un conyugue (OR 3.44). En cuanto a la comparación de quienes se encuentran controlados y su escolaridad, observamos en el 17% un factor de protección para los pacientes sin escolaridad.

Por otra parte se hace notar el papel que juega la ocupación dentro del control de la enfermedad, viéndose así un riesgo de casi el doble al ser ama de casa para el mal control, comparado con quienes mantienen una ocupación diferente al hogar. (OR 1.56).

De acuerdo a la relación que existe entre los pacientes controlados y el apoyo que reciben por parte de su familia, cabe destacar que existe un 63% de protección si se cuenta con el apoyo de una familia de tipo nuclear. Existe un riesgo 2 veces mayor de no estar controlados si no se cuenta con el respaldo familiar (OR 2.20). Siendo que la comunicación juega un papel crucial dentro de esta dinámica familiar observándose que existe un riesgo del doble para no controlarse en quienes carecen de esta en su núcleo familiar (OR 2.03)

## CONCLUSIONES

Los factores sociales que influyen en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del CSRD Santa Ana Jilotzingo de acuerdo a los resultados de esta investigación es probablemente por el bajo nivel educativo, en nuestra población de estudio el promedio de escolaridad fue primaria incompleta condición adversa a la que se enfrentan los pacientes.

Los resultados del presente estudio establecieron que los pacientes diabéticos son en la mayoría mujeres mayores de 60 años, casadas, con una escolaridad de primaria incompleta, por lo cual se dedican al hogar y dependen de alguien más, que en la mayoría de los casos es su conyugue.

Los pacientes no conocen su enfermedad ni las complicaciones de esta, ya que la responsabilidad tanto de la aparición de la enfermedad como de su evolución recae en un ser supremo como se observó al preguntar sobre los temores e incertidumbres.

La mayoría de los pacientes cuenta con una familia nuclear, la cual le brinda apoyo emocional, comunicación adecuada y apoyo para trasladarse a un hospital, pero no ofrece cuidados de higiene en el paciente, ya que estos recaen en el mismo paciente.

Con lo que respecta al apoyo que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por parte de otros grupos sociales observamos que no tienen apoyo por parte de amistades ya que la mayoría de los pacientes no tiene amigos y en otros casos estos se alejaron de ellos al saber que tenían diabetes, el grupo religioso al que pertenecen los pacientes no influye en su enfermedad porque los pacientes desconocen su religión y la relación que esta pudiera tener con el cuidado de la salud. Cabe destacar que todos los pacientes cuentan con el programa de seguro popular, el cual cubre la consulta y sus medicamentos, los cuales en varias ocasiones son insuficientes para abastecer a todos los pacientes inscritos.

Las condiciones sociales y culturales en las que se desenvuelven los pacientes tienen más peso que la misma enfermedad en base a los resultados de esta investigación.

Los pacientes controlados en la mayoría fueron mujeres mayores de 60 años, casadas, con apoyo familiar adecuado y sin apoyo de amistades.

Los pacientes que presentaron complicaciones fueron mujeres mayores de 60 años, casadas, analfabetas, sin apoyo familiar, con apoyo de amigos.



## RECOMENDACIONES

Analizando las principales condiciones sociales que influyen en los pacientes diabéticos tanto en el control de la enfermedad, como en la aparición de complicaciones es de suma importancia realizar actividades que puedan prevenir, detectar y solucionar estos factores de riesgo.

1.- Crear redes de apoyo para los pacientes diabéticos, favoreciendo en las familias el dialogo y comunicación no solo en lo referente a la enfermedad, sino a la resolución de problemas generados dentro de la dinámica familiar a través de programas educativos dirigidos al paciente y a sus familiares en donde por medio de técnicas grupales de motivación se sensibilice sobre la enfermedad y sus cuidados.

2.- Capacitar a los médicos para que no solo se enfoquen en aspectos biológicos de la enfermedad, si no vayan más allá, interviniendo en las condiciones sociales de cada paciente. Y de esta manera mejorar la información otorgada al paciente sobre su enfermedad.

3.- Reforzar en las familiar su capacidad para enfrentar y resolver los problemas que involucran a un miembro o toda la familia, mediante el conocimiento de instancias dedicadas a ello, ya sea institucionales o extra institucionales.

4.- Incrementar las expectativas de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, reforzar sus valores, creencias y costumbres.

## **Bibliografía**

- 1.- Oviedo M, Espinosa F, Reyes H, Trejo A, Gil E, Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, Rev Med IMSS 2008; 41 (S27-S46)
- 2.- Heredia J, Pinto B, Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico, Rev Ajayu 2008; 6 (1):22-44
- 3.- Karam T, Echeverría Z, Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, México, Secretaría de Salud IMSS, 2012.
- 4.- Rondón J, Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos, Revista Electrónica de Psicología Iztacala 2011; 14 (2): 126-161
- 5.- Arcega A, Lara C, Ponce de León S, Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes, Rev Investigación Clínica 2008; 57 (5): 676-684
- 6.- Villalpando S, De la Cruz V, Rojas R, Shamah T, Ávila M, Gaona B, Prevalencia y distribución de la diabetes mellitus tipo 2 en población adulta mexicana. Una encuesta probalística, Salud Publica México, 2010; 52 (1): 19-26
- 7.- Olaiz G, Rojas R, Aguilar C, Rauda J, Villalpando S, Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, Revista Salud Publica México 2008; 49 (3): 331-337
- 8.- De los Ríos J, Sánchez J, Barrios P, Guerrero V, Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Rev Med IMSS 2008; 42 (2):109-116
- 9.- Pace A, Ochoa K, Larcher H, Morais A, El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado, Rev Latino-am Enfermagem 2008; 14 (5): 1-7
- 10.- Quintana A, Merino J, Merino P, Cea J, Variables psicosociales asociadas a compensación metabólica de pacientes diabéticos de tipo 2, Rev Medicina Chilena 2008; 136 (1): 1007-10014
- 11.- Reyes M, Morales J, Madrigal E, Diabetes. Tratamiento nutricional, Revista Medicina Interna México 2009; 25 (6): 454-460
- 12.- Salinas A, Amaya M, Arteaga J, Núñez G, Garza M, Eficiencia técnica de la atención al paciente con diabetes en el primer nivel, Revista Salud Pública México 2009; 51 (1): 48-58

- 13.- Quirós D, Villalobos A, Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica, *Revista Psychol. (Colombia)* 2007; 6 (3): 679-688
- 14.- Ortiz M, Ortiz E, Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica, *Revista Med Chile* 2008; 135 (1): 647- 652
- 15.- Gutiérrez C, López L, Gulias A, González H, Agüero L, Diagnóstico y tratamiento médico del dolor por neuropatía periférica diabética en adultos en el primer nivel de atención, México, Secretaría de Salud, 2009, p. 1-26
- 16.- Salama I, Sánchez G, Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2, *Rev Cubana Endocri* 2010; 12(2):1-6
- 17.- Ortiz M, Ortiz E, García A, Gómez D, Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, *Rev Terapia psicológica* 2011, 29 (1): 5-11
- 18.- Colunga C, García J, González M, Salazar J, Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes mellitus en atención primaria, *Rev Cubana Salud Pública* 2008; 34 (4): 1-12
- 19.- Ledón L, Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad, *Revista Cubana de Endocrinología* 2012; 23(1):1-28
- 20.- García M, García R, Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético, *Rev Cubana Endocrinología* 2008; 112 (3) 1-11
- 21.- Norma Oficial Mexicana **NOM-015-SSA2-1994**, Tratamiento de la diabetes.
- 22.- García M, Monroy A, Karam M, El cuidado de la vida y de la salud: una cosmovisión. Editorial Cigome. 2012, 1- 159
- 23.- Téllez J, Monografía Municipal Oztolotepec, sexta edición, Gobierno del Estado de México, 2008, p. 1-129
- 24.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática XII Censo General de Población y Vivienda 2005 y 2010, Resumen general
- 25.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, primera edición, México, INEGI, 2011

**ANEXOS**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación es conducida por Gemma Rivas Soto y Lucina Sánchez Ovando, de la Universidad Autónoma del Estado de México. La meta de este estudio es identificar las características sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

_____	_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y firma del testigo	Fecha

## CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Objetivo: Identificar las características sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Edad de diagnóstico: \_\_\_\_\_

1.- ¿Usted sabe qué es la diabetes?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2.- Dentro de su tratamiento usted: ¿a qué le da más importancia?

A) Alimentación B) Ejercicio C) Medicamento D) Todos E) Ninguno

¿Por qué? \_\_\_\_\_

3.- ¿Usted conoce cuáles son las complicaciones de su enfermedad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4.- ¿Usted depende económicamente de alguien?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5.- ¿Con quién vive usted?

A) Padre, madre, hermanos B) Conyugue e hijos C) Solo D) Otra \_\_\_\_\_

6.- ¿Usted cuenta con seguridad social?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7.- Cuando a usted no se le proporcionan los medicamentos en el centro de salud, ¿qué hace?

A) Los consigue inmediatamente B) Pasa usted menos de 5 días sin medicamento  
C) Tarda usted más de una semana para conseguirlo D) No lo puede adquirir por su cuenta

¿Por qué? \_\_\_\_\_

8.- ¿Qué hace usted cuando le solicitan estudios de laboratorio para revisión de su control?

A) Cuenta con apoyo para realizarlo lo antes posible  
B) Se angustia porque no cuenta con apoyo para realizarlos C) No le da importancia

¿Por qué? \_\_\_\_\_

9.- ¿Cuál es la principal causa por la que no puede seguir una alimentación adecuada?

A) Su ocupación B) No cuenta con dinero para obtener los alimentos que le indican  
C) Come los alimentos que le agradan

10.- ¿Usted realiza alguna actividad física al día?

Sí \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

11.- ¿Usted conoce el nombre de los medicamentos que toma para control de su enfermedad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

12.- ¿Hay alguien en su casa que lo apoye para administrar correctamente sus medicamentos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

13.- ¿Habla usted con su familia acerca de su tratamiento?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

14.- ¿Quién toma las decisiones en su tratamiento?

A) Usted B) Su esposo o esposa (pareja) C) Sus hijos D) Otra persona

¿Por qué? \_\_\_\_\_

15.- ¿Si requiere atención en un hospital cuenta con el apoyo de alguien para trasladarse?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

16.- ¿Su familia conoce lo que es la diabetes?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

17.- ¿Sus familiares le ayudan en el secado y cuidado de sus pies?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

18.- ¿Usted asiste a charlas brindadas por miembros del área de salud de su comunidad?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

19.- ¿Ha recibido apoyo por parte de sus amigos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

20.- ¿El grupo religioso al que usted pertenece se interesa en sus enfermedades?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

21.- De acuerdo a su religión, usted considera a su enfermedad como:

A) Un castigo B) Una situación normal C) Una situación de azar d) No sé

¿Por qué? \_\_\_\_\_

22.- Desde su diagnóstico de diabetes ¿Cuál es su mayor temor o preocupación? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

23.- ¿Cómo se ha sentido usted desde que sabe que tiene diabetes?

A) Feliz B) Triste C) Enojado D) Ansioso E) Igual que siempre

¿Por qué? \_\_\_\_\_

24.- ¿Usted ha presentado alguna complicación de la diabetes?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

25.- ¿Cuál fue su último control de glucosa?

A) Menor de 130 mg/dl B) Mayor de 130 mg/dl