



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

**“INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE
DIABÉTICO DEL HOSPITAL RURAL “O” NÚM. 30, EN
IXMIQUILPAN, HGO.”**

T E S I N A

**QUE PRESENTA PARA OBTENER ÉL TÍTULO DE
TRABAJADOR SOCIAL**

P R E S E N T A:

P.D.T.S. MAYRA GARCIA JIMENEZ

ASESOR:

MTRA. MARÍA CRISTINA PÉREZ ROCILES

PACHUCA DE SOTO, HGO., ENERO DEL 2006.

“INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIABÉTICO DEL HOSPITAL RURAL “O” NÚM. 30 EN IXMIQUILPAN, HGO.”

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

DIABETES MELLITUS

1. ETIOLOGIA
2. FISIOPATOLOGIA
3. DIAGNÓSTICO
4. TRATAMIENTO
5. COMPLICACIONES

CAPÍTULO II

PANORAMA DE LA DIABÉTES MELLITUS COMO ENFERMEDAD EMERGENTE EN EL ADULTO MAYOR

1. LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO
2. EL ADULTO MAYOR
3. LA DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD EMERGENTE
4. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES

CAPÍTULO III

HOSPITAL RURAL “O” NÚM. 30 EN EL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

1. ANTECEDENTES
2. HOSPITAL RURAL “O” NÚM. 30
3. RECURSOS HUMANOS
4. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
5. PRIORIDADES DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

CAPÍTULO IV

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN UNIVERSO DE TRABAJO DEL HOSPITAL RURAL “O” NÚM. 30

1. ASPECTO SOCIO CULTURAL
2. ESTUDIO DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
3. ELABORACIÓN DEL DUELO EN EL PACIENTE DIABÉTICO
4. REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA DEL PACIENTE DIABÉTICO

CAPÍTULO V

PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON EL PACIENTE DIABÉTICO

1. TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD
2. VISION Y MISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL H.R. “O” NO. 30
3. MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS CON PACIENTES DIABÉTICOS
4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD
5. MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS CON PACIENTES DIABÉTICOS

Le agradezco infinitamente a Dios por darme la oportunidad de vivir, ser feliz y lograr mis metas.

Agradezco a todos y cada uno de mis Catedráticos, por su dedicación, entrega y entereza al transmitirme sus conocimientos, mismos que me han forjado como Profesionista pero sin duda alguna, en especial a mi Asesora Cristi.

Este trabajo es producto de mi esfuerzo y dedicación, la fuente de inspiración sin duda es la grandiosa familia que tengo, a quien dedico el presente, por su amor, apoyo y aliento, e logrado culminar una etapa muy importante en mi vida.

Con Amor para mí esposo Isaac y mi hijo Eduardo

A mis padres les agradezco los cimientos que forjaron en mi persona, sin duda su amor y educación lograron hacer de mí el ser humano lleno de objetivos y metas, ser perseverante y alcanzar mis anhelos.

Con cariño para mis hermanos Alejandro, Lauro, Hugo y Roció.

INTRODUCCIÓN

México en materia de salud se caracteriza por sufrir un rezago importante y cursar con riesgos emergentes, dentro de los más importantes se encuentra la Diabetes Mellitus, cuyo comportamiento epidemiológico se ha modificado a tal grado que actualmente es una patología que ocupa los primeros lugares en morbilidad y mortalidad, afectando a uno de los grupos etéreos más vulnerables, como lo es el adulto mayor. Este problema emergente exige una definición clara de prioridades en la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar oportunamente la enfermedad. Se ha demostrado que la aparición de la diabetes puede retrasarse. Sin embargo, esto requiere del control de ciertos factores de riesgo, como la obesidad y la inactividad física. El control de estos factores es más efectivo cuando se realiza en forma grupal, bajo un programa mínimo y con la participación del paciente y su familia.

La presente **tesina** ofrece en el Capítulo I, información sobre la patología de Diabetes Mellitus para entender el problema de salud que representa, en el Capítulo II, se presenta un panorama de la enfermedad, sus repercusiones bio-psico-sociales y la manera de cómo esta impactando en la morbilidad y mortalidad, el capítulo III hace referencia sobre el Hospital Rural "O" Núm. 30 inmerso en el Programa IMSS-OPORTUNIDADES, en el capítulo IV, se presenta un panorama de las características socio culturales de la población universo de trabajo con la que el Hospital Rural No. 30 enfoca acciones de salud y por último en el capítulo V, se presentan Modelos de intervención en Trabajo Social con Caso y Grupo relacionando la práctica que se ha adquirido durante trece años de experiencia adquirida y la teoría de Trabajo Social, en donde la función del trabajador social se ha dirigido a la atención individual del paciente diabético, sumando el trabajo trascendental con grupos, contemplando a la población de riesgo y con el paciente ya detectado, enfatizando su atención en lograr que esté no sea un elemento pasivo y expectante, que se concrete a recibir atención y servicios, sino deberá de participar en el tratamiento integral como medida para lograr el autocuidado de su salud.

El trabajador social basado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud por lo que se muestra la manera de cómo se ha abordado al paciente diabético a través del Trabajo Social de Casos y Grupos con el objetivo principal de modificar hábitos para tener conductas saludables.

CAPÍTULO I

DIABETES MELLITUS

1. ETIOLOGÍA

Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, ya que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.¹

La Diabetes Mellitus no tiene una etiología ni una patogenia definidas, ni tampoco posee manifestaciones clínicas o alteraciones de las pruebas de laboratorio específicas, ni un tratamiento curativo y definitivo. Sin embargo, cursa casi siempre con hiperglucemia en ayunas y con una disminución de la tolerancia a la glucosa. El síndrome clínico completo de Diabetes Mellitus incluye hiperglucemia, enfermedad de los vasos sanguíneos de pequeño y de gran calibre (microangiopatías retiniana y renal) y neuropatía.²

La clasificación actual de la Diabetes Mellitus distingue las siguientes subclases:³

1. La **diabetes mellitus Insulino-dependiente (DMID o DM tipo I)** comprende un grupo de enfermos que muestran una estricta dependencia de administración exógena de insulina para evitar la aparición de cetoacidosis y la muerte. Este tipo de diabetes se asocia con algunos antígenos de histocompatibilidad en el cromosoma 6, con una enfermedad de tipo autoinmune (dirigida contra los islotes celulares) y, posiblemente, con cierta

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 7.

² El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1193.

³ El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1193.

predisposición frente a las infecciones víricas. Existen virus de diversos tipos que, presentes en el ambiente, actúan como agentes capaces de inducir la aparición de una DMID en personas con susceptibilidad genética previa (con la aparición quizás de mecanismos relacionados con la inmunidad celular.)

2. La **diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID o DM tipo II)** comprende a enfermos que pueden, o no, utilizar insulina para controlar la sintomatología de la enfermedad, pero que no la necesitan para sobrevivir. Esta subclase de diabetes se ha dividido a su vez en **DMNID de los obesos y DMNID de los no obesos**.
3. **Diabetes asociada con ciertos procesos y síntomas**, como las pancreatopatías, las alteraciones de otras hormonas (aparte de la insulina), la administración de diversos fármacos y sustancias químicas, las anomalías de los receptores de la insulina, los síndromes genéticos (y la observada en poblaciones con desnutrición.)
4. La **diabetes gestacional**, en la que la intolerancia a la glucosa aparece (o se diagnostica) durante el embarazo (muy a menudo en el 2º o 3er. Trimestre), se considera también como una clase de DM distinta. En general desaparece, o se vuelve subclínica, después del embarazo.
5. Se habla de **intolerancia a la glucosa** en las personas que presentan valores de glucemias intermedios entre los normales y los considerados francamente diabéticos. En estos casos debe abandonarse en la práctica clínica habitual el uso de términos como diabetes latente, química, marginal, subclínica y asintomática, pues teniendo en cuenta la ausencia de gravedad de la intolerancia a la glucosa, el empleo del término “diabetes” implica para el enfermo cargar con gravámenes sociales, psicológicos y económicos totalmente injustificados.

2. FISIOPATOLOGÍA

Síntomas y signos:

A la diabetes se le ha llamado la enfermedad de las tres polis, por sus síntomas característicos: **poliuria** (exceso de orina), **olidipsia** (mucho sed), **polifagia** (gran apetito) y habría que añadirle una cuarta p: **Perdida de peso**.⁴

Cuando la insulina no puede producirse en cantidades normales, la glucosa (azúcar) no puede ingresar normalmente a las células, acumulándose en la sangre, lo cual se denomina hiperglicemia (azúcar elevado en la sangre) y trae como consecuencia que esta se elimine en grandes cantidades en la orina, arrastrando tras de sí un volumen importante de agua corporal (Poliuria: Orina en cantidades mayores), produciéndose un estado de deshidratación secundaria, lo cual, el organismo trata de compensarlo mediante el aumento de la sed, lo que obliga a la persona afectada a beber grandes cantidades de líquido (olidipsia).

En estas circunstancias, los mecanismos compensatorios del organismo despiertan la sensación de hambre y la persona comienza a ingerir mayores cantidades de alimento (polifagia), aumenta la glucosa dentro del organismo y al no poder ingresar a las células, se acumula, produciéndose así una mayor hiperglicemia con el consecuente círculo vicioso negativo.

La glucosuria se asocia casi siempre a un aumento de la incidencia de prurito vaginal y de vaginitis candidiásica. No está claro aún si el aumento de la incidencia observado con otras infecciones (pielonefritis o cistitis), es una consecuencia directa de la hiperglucemia. En el enfermo insulino dependiente no tratado, el hipercatabolismo de las grasas provoca cetoacidosis con anorexia, náuseas y vómitos y sensación de falta de aire que, de no aplicarse las oportunas medidas

⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 7.

correctivas, termina en el coma y la muerte del paciente. En estos casos, el comienzo tiende a ser brusco en los niños e insidioso en los ancianos.

Los síntomas y signos de los fenómenos de aterosclerosis de los vasos sanguíneos de gran calibre son los mismos de los diabéticos que en los no diabéticos. Los síntomas y signos de la enfermedad microvascular son los propios de la insuficiencia renal (si están afectados los capilares glomerulares), o bien una pérdida de la visión (cuando están afectados los capilares de la retina). El primer signo de existencia de una nefropatía suele ser la proteinuria, más rápidamente aparece la insuficiencia renal. Ésta se observa en el 50% de los enfermos con DMID pasados de 20 a 30 años. La retinopatía diabética suele diagnosticarse a los 5 años o más del diagnóstico de la DM, al cabo de 10 años existe, en mayor o menor grado, en el 50% de los casos.⁵

La forma clínica más frecuente de neuropatía diabética es una polineuropatía bilateral, distal, bastante simétrica y sobre todo de tipo sensitivo, cuyos síntomas aparecen antes y son más acusados en los pies; a veces se aprecia una pérdida sensitiva con distribución “en forma de guante o calcetín”, o bien una úlcera perforante plantar indolora. En ocasiones, la afectación nerviosa provoca un dolor lacerante siguiendo la distribución de un solo dermatoma; otras veces se afectan los haces posteriores de la medula espinal, con abolición del sentido posicional y de los reflejos tendinosos profundos y aparición de un signo de Romberg positivo. También pueden afectarse troncos nerviosos mayores, con dolor, pérdida sensitiva, debilidad motora y abolición de la inervación vegetativa siguiendo la distribución de un par craneal o de una raíz medular. Los pares craneales afectados más frecuentemente son el III y el VI.⁶

⁵ El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1195.

⁶ El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1196.

En los varones ancianos es muy típica la amiotrofia diabética, caracterizada por intenso dolor y debilidad muscular en el muslo y la cadera. Esta amiotrofia ofrece un aspecto clínico parecido al de otras neuropatías y miopatías, si bien en los enfermos diabéticos los síntomas son reversibles y a menudo mejoran pasados 1 o 2 años. A veces los enfermos presentan una afectación difusa del sistema nervioso vegetativo (con frecuencia aparece ya precozmente una disfunción vegetativa, que se manifiesta clínicamente sobre todo por trastornos de la sudación y por hipotensión postural). En los varones, el signo más frecuente de la neuropatía diabética puede ser la impotencia sexual (50 o 60%); en estos enfermos se aprecia en 6 meses o 1 año una disminución gradual de la capacidad erección. Aunque el estreñimiento es quizá la manifestación clínica inicial más frecuente de la neuropatía vegetativa de los diabéticos, la diarrea que éstos también presentan (en general intermitente, acuosa y, muchas veces, con agravaciones nocturnas), tiende a enmascararlo. Ante una esteatorrea persistente hay que pensar en la posibilidad de una enfermedad celíaca o un carcinoma pancreático coexistentes.

Evolución clínica. Mientras algunos enfermos diabéticos muestran un rápido deterioro y una evolución clínica complicada por episodios de cetoacidosis y/o manifestaciones del síndrome, una ligera intolerancia a la glucosa no progresiva. Al parecer, la presencia de una neuropatía o de una enfermedad de los vasos sanguíneos de pequeño o gran calibre no está relacionada con el grado de intolerancia a la glucosa ni con la cantidad de insulina requerida por el enfermo. El tiempo de duración de la diabetes mellitus es el único parámetro fiable que presenta una correlación directa con las manifestaciones vasculares más graves de la enfermedad. Así, cuanto mayor es su tiempo evolutivo, más probable es que aparezcan dichas manifestaciones vasculares importantes.⁷

⁷ El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1196.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DOS PRINCIPALES TIPOS CLINICOS DE DIABETES MELLITUS

CARACTERÍSTICA	DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE (DMID TIPO I)	DIABETES MELLITUS NO INSULINO-DEPENDIENTE
Edad de comienzo	A menudo < 30 años	A menudo > 30 años
Hábito corporal	Enfermos casi siempre delgados	Enfermos obesos (90%)
Aparición de cetoacidosis (sin aporte de insulina exógena)	Sí	No
Secreción de insulina endógena	Insulinopenia	Insulinemia variable (asociada a resistencia a la insulina)
Enfermedad vascular predominante	Microangiopatía	Aterosclerosis
Antígenos de histocompatibilidad (HLA DR3/DR4), y anticuerpos antiislotes celulares	Presentes	Disminuidos y con distribución diferente
Antecedentes familiares	Poco importantes (10% de casos de DM en padres o hermanos)	Importantes
Concordancia en gemelos	Baja	Alta
Morfología de los islotes celulares	Pérdida de células B, a menudo con hiperplasia de otros islotes celulares	Hiperplasia, generalmente con disminución de la masa

FUENTE: El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1194.

3. DIAGNÓSTICO

La Organización Mundial de la Salud modifica en 1985 los criterios y estandarizó las prácticas diagnósticas. Según estos criterios, la determinación de diabetes se basa en mediciones de la glucosa sanguínea hechas durante una curva de tolerancia a la glucosa oral. Las concentraciones se calculan durante el ayuno y dos horas después de una carga de glucosa oral de 75 g. Con base en el perfil resultante puede clasificarse al individuo como normal, con intolerancia a la glucosa o con diabetes tipo 2.⁸

Según la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes se establece determinar el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual >200 mg/dl (11.1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia >200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 mg de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día. Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es >110 mg/dl (6.1 mmol/l) y >126 mg/dl (6.9 mmol/l). Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es >140 mg/dl (7.8 mmol/l) y >200 mg/dl (11.1 mmol/l).⁹

El diagnóstico se basa todavía en:

1. Presencia de hiperglucemia inequívoca, con síntomas típicos de poliuria, polidipsia, cetonuria y rápida pérdida de peso.
2. Hiperglucemia en ayunas >140 mg/dl en más de una ocasión, en ausencia de otros factores hiperglucemiantes conocidos, como ayuno, enfermedad

⁸ Diabetes mellitus. Enfoques fisiopatológicos modernos para una epidemia mundial. Medicina Interna, México Volumen 17, Núm. 3, mayo-junio, 2001.

⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 15

simultánea que complique el cuadro clínico, embarazo, administración de algunos fármacos o estrés.

3. Presencia de hiperglucemia tras una prueba de administración oral de glucagón (repetida varias veces).¹⁰

Aunque para hacer el diagnóstico precoz del síndrome diabético también se ha utilizado la prueba de tolerancia a la glucosa, existen muchos factores capaces de aumentar la glucemia en ayunas y, por lo tanto, alterar sus resultados (estrés, estados de malnutrición y diversos fármacos u hormonas). En ocasiones se hacen diagnósticos erróneos de Diabetes Mellitus en enfermos que presentan hiperglucemia, glucosuria y una tolerancia anómala a la glucosa (en pacientes ingresados por enfermedades productoras de un alto grado de estrés, como ictus, infarto de miocardio o infecciones sistémicas). Aunque este tipo de pacientes puede requerir la administración temporal de insulina para normalizar su hiperglucemia, ésta remite a medida que desaparece la situación productora del estrés.¹¹

Detección: La detección de la diabetes tipo 2 se llevará a cabo a partir de los 20 años de edad, teniendo como finalidad:

- Identificar a los diabéticos no diagnosticados.
- Permite localizar a individuos con alteración de la glucosa

Es recomendable que la detección de esta enfermedad se incluya como parte del examen general de salud y se haga de manera simultánea con la búsqueda de otros factores de riesgo. En el caso de individuos con 65 años o más de edad, se les practica anualmente una glucemia capilar en ayuno. La glucemia capilar se efectúa mediante tira reactiva, medida con monitor de glucosa, solo en ausencia de este equipo se utilizará la tira reactiva de lectura visual.

¹⁰ El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1196.

¹¹ El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España. Pág. 1196.

3. TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas, crónicas y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.¹²

Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial y control de peso. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente. El manejo inicial del paciente se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un período de seis meses.

Tratamiento no farmacológico¹³: Consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física siendo responsabilidad del equipo de salud de inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo.

Dieta: El establecimiento del plan alimentario se efectuará con base en los hábitos del propio paciente. La dieta del paciente diabético será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

¹² Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 16.

¹³ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 16.

La dieta debe de prescribirla un nutricionista, pero de todas maneras hay una serie de medidas de carácter general que hay que seguir:

- No deberán comer dulces, ni alimentos con azúcar, miel, mermeladas, pues no manejan bien estos azúcares. Si podrán comer arroz, avena, etc. Como fuente de hidratos de carbono pero la cantidad diaria deberá de ser determinada por el nutricionista basándose en su peso, la actividad física que realice y otras consideraciones.
- Deberán restringirse el consumo de grasas, sobre todo las de origen animal como manteca, aceites, la grasa de la carne de cerdo, de vaca, además son fuente de muchas calorías.
- Se recomienda reducir el consumo de sal, como prevención de la hipertensión arterial, enfermedad que potencia el daño de los vasos sanguíneos al asociarse con la diabetes.

El diabético deberá hacer una dieta toda su vida, por lo cual la dieta debe de ser saludable. La distribución de nutrimentos es: 60% de CHO (carbohidratos), 15% de proteínas y 25% de lípidos, limitar los alimentos ricos en colesterol, consumir grasa monoinsaturadas.¹⁴

Para evitar que el paciente diabético caiga en hiperglucemia se requiere de:

- Puntualidad en el horario de las comidas.
- Realizar tres comidas principales y 2 refrigerios, en caso necesario.
- Si tiene lugar la hipoglucemia ingerir una cantidad adecuada de hidratos de carbono (la leche descremada puede ser muy útil).
- Incrementar el consumo de fibra en la dieta diaria.

Hay que subrayar el hecho de que la reducción de peso en pacientes mayores presenta grandes dificultades. Es difícil cambiar hábitos alimentarios que se han adquirido a lo largo de la vida.

¹⁴ Nutriología Médica, Esther Casanueva, Martha Kaufer-Horwits et-al, Ed. Panamericana, impreso 2000.

Actividad física: Tomando en consideración los cambios fisiológicos que se dan en el adulto mayor, la actividad física más recomendada (en los casos que sea factible) es la de tipo aeróbico, que se caracteriza por ser de intensidad leve a moderada, de naturaleza rítmica, que se realiza en forma continua durante la sesión de ejercicio y utiliza grandes grupos musculares; Ejemplo de ella es la caminata (preferentemente a paso vigoroso), trote y en una fase más adelante recomendar de ser posible la carrera; ciclismo, natación, gimnasia rítmica, baile y otros. La intensidad de estas actividades necesariamente deberá adecuarse a cada paciente según su evaluación clínica, tomando en cuenta su edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos.

Para realizar estas actividades es necesario:

- El paciente diabético adulto mayor realice su actividad física en compañía de otra persona o en grupos.
- Use ropa y calzado adecuados.
- Evite la practica del ejercicio en climas extremosos (calor o frío) o con altos niveles de contaminación.
- Tome líquidos antes, durante y después de la actividad física.
- Inspeccione sus pies antes y después de cada sesión de ejercicio.
- Si el paciente se controla con insulina, es importante que se establezca un programa de automonitoreo para un buen control metabólico.
- Mapeo para la aplicación de la insulina en las diferentes regiones corporales, considerando dentro del programa de entrenamiento físico (no es conveniente ejercitar la región donde se está aplicando la insulina).¹⁵

Las actividades contraindicadas son aquellas que agravan las complicaciones crónicas existentes o en las que la hipoglucemia puede ser una amenaza vital inmediata, sobre todo en los pacientes que se controlan con insulina. Para este tipo

¹⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 16.

de pacientes se recomienda el plan de ejercicio básico de resistencia con las siguientes características de los componentes para su prescripción:

- Intensidad: el trabajo aeróbico recomendado a este tipo de personas deberá ser de 50 a 70% de su frecuencia cardiaca de entrenamiento.
- Duración: se prescribirán en este plan de ejercicio como mínimo 10 y como máximo 30 minutos de sesión aeróbica (trabajo continuado).
- Frecuencia: es el número de sesiones por semana recomendadas para que haya una modificación favorable en el rendimiento, debe de realizarse de tres a cuatro veces por semana, y hasta cinco o seis veces a la semana si se pretende reducción de peso.
- El plan de ejercicio básico de resistencia se puede realizar seis veces a la semana (por 10 minutos), o cinco (por 12 minutos), o cuatro (por 15 minutos), o tres (por 20 minutos) o hasta dos (por 30 minutos) por semana. Volumen semanal 60 minutos, como mínimo de la actividad física escogida.
- Modalidad: es el tipo de actividad física que se va a realizar, recomendándose la de tipo aeróbico cuyas características y ejemplos ya se describieron anteriormente.

La sesión de actividad física que realizará comprende:

- a) Calentamiento: Antes de la fase aeróbica se deberá realizar calentamiento ya que con esto se prepara al sistema músculo-esquelético, corazón y pulmones para el incremento progresivo en la intensidad del ejercicio. Consiste en ejercicios estáticos, calisténicos y de flexibilidad, seguidos de actividades en las que participen los grupos musculares que se usarán en la actividad aeróbica siguiente.
- b) Trabajo físico: los sujetos sin práctica de actividad física (sedentarios), iniciarán con una introducción a la práctica del ejercicio físico para que se familiaricen con éste, primero 10 minutos de caminata a paso vigoroso por la mañana y 10 minutos por la tarde, previo calentamiento y posterior enfriamiento, por dos a cuatro semanas de duración, con una frecuencia de tres a cinco días de la semana. En personas que no han realizado actividad

física en los últimos seis meses se iniciará el Plan de Ejercicio Básico de Resistencia con los componentes de carga (trabajo físico) anteriormente expuestos.

- c) La fase de recuperación posterior al trabajo físico debe durar de cinco a 10 minutos e incluir ejercicios de intensidad ligera (caminar despacio, ejercicios de elasticidad suaves) para obtener una recuperación gradual, y movimientos de flexibilidad de duración mayor que durante el calentamiento con lo cual se mejorará.

Educación del paciente y su familia: El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del paciente es parte indispensable e imprescindible del tratamiento, en donde se incluirá aspectos básicos de la enfermedad y sus complicaciones, factores de riesgo, componentes y metas del tratamiento, auto monitoreo, así como la prevención y vigilancia de complicaciones, dirigido al paciente y la familia.¹⁶

Toda vez que la diabetes es un trastorno para toda la vida, quizás la educación del paciente y de sus familiares sea la obligación más importante del equipo de salud que tiene a su cargo la atención inicial. Los propios pacientes y sus familiares son las personas idóneas para el manejo de una enfermedad que es afectada de manera tan notable por las fluctuaciones diarias en el estrés ambiental, el ejercicio, la dieta y las infecciones.¹⁷

Grupos de ayuda mutua: Con el propósito de incorporar de manera activa a las personas con diabetes en el autocuidado de su salud y facilitar su capacitación, se fomentará la creación de grupos de ayuda mutua, servirán para estimular la adopción de estilos de vida saludable como actividad física, alimentación idónea, automonitoreo y cumplimiento de las metas de tratamiento.¹⁸

¹⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 16.

¹⁷ Diagnóstico clínico y tratamiento, Lawrence M. Tierney Jr. Stephen J. McPee, Maxine A. Papadakis, 39a. edición, Editorial El Manual Moderno, Pág. 1142.

¹⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 16.

Tratamiento farmacológico¹⁹: Una vez demostrado que el paciente no puede alcanzar el objetivo deseado mediante tratamiento no farmacológico (dieta y ejercicio), se recomienda ampliar el tratamiento con fármacos.

Médico: La medicación en el adulto mayor plantea numerosos problemas y con frecuencia los fármacos interactúan de manera compleja. La patología múltiple de los ancianos les obliga a consumir más medicamentos que las personas jóvenes, provocando mayor riesgo de sufrir reacciones adversas nocivas. Como consecuencia de la confusión originada por el uso de varios fármacos, frecuentemente el adulto mayor no cumple eficientemente los regímenes farmacológicos, a lo cual se agregan las fallas en la memoria, la menor agudeza visual y la disminución de las destrezas manuales. La pérdida de la capacidad de reserva y la reducción del control homeostático aumentan aún más la vulnerabilidad de los ancianos a los fármacos. Es por ello la importancia de una vigilancia estrecha por lo que el paciente deberá acudir mensualmente con su médico con la finalidad de vigilar sus cifras de glucemia y mantenerlas en cifras dentro de parámetros adecuados.

En un paciente de 65 años, sin complicaciones de su diabetes ni otros problemas médicos y con una esperanza de vida estimada entre 10 y 20 años, el control de la glucemia debe de ser óptimo, pero con márgenes superiores a los recomendados en pacientes más jóvenes con el objeto de evitar hipoglucemias. El valor recomendado para la glucemia en ayunas es de 115 mg/dl.

En los pacientes diabéticos mayores y con un diagnóstico de complicaciones microvasculares (nefropatías y retinopatías) se enfocará el tratamiento con el propósito de retrasar su progresión, las cifras de control serán: glucemia en ayunas de <140 mg/dl.²⁰ El tratamiento puede ser de muy diversos tipos y en diferentes dosis por lo que debe de ser indicado por él médico quien lleve el control y

¹⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 17.

²⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín Epidemiológico Anual 1997. Distrito Federal, México: Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Comunitaria, IMSS.

seguimiento. Lo primordial en el tratamiento es una dieta y un programa de ejercicio acorde a cada paciente y apoyado de la medicación.

Hipoglucemiantes orales (No insulínica):

- Sulfonilureas: son unas pastillas que ayudan al páncreas a secretar insulina, pueden ser utilizados pero con extrema precaución y siempre iniciando con una dosis baja que se irá aumentando lentamente según la respuesta observada. Las principales sulfonilureas son las siguientes: Tolbutamida, Cloropropamida, Glibenclamida, Glimepirida.
- Metformina: Se puede utilizar en combinación con las sulfonilureas. Con precaución en caso de padecer problemas de hígado o riñón.
- Inhibidores de la enzima alfa glucosidasa: pastillas que disminuyen la absorción de azúcar en el intestino.
- Tiazolidonas: pastillas que reducen la resistencia a la insulina.

Insulina: La insulina es una hormona naturalmente hecha por el páncreas. Afortunadamente gracias a los avances tecnológicos hoy se puede disponer de insulina idéntica hecha por el páncreas humano. Tiene que inyectarse porque se destruye en el estómago. Las zonas donde se inyecta son la parte anterior de los muslos, el abdomen y brazos. Se debe de evitar inyectarse en los pliegues de la piel, área de la ingle, o línea media del abdomen.

Actualmente hay 5 formas de administrar la insulina:

- Plumas: Funcionan con cartuchos recargable de insulina.
- Jeringas precargadas: similares a las plumas, pero ya vienen cargadas, desechables cuando se acaba la insulina.
- Inyectores: fuerzan la entrada de la insulina a través de la piel . La acción es más precoz y de menor duración.
- Bombas de infusión continua de insulina subcutánea: administración rápida mediante un ritmo continuo. Requiere gran motivación y entrenamiento.

4. COMPLICACIONES.

Según datos de la Encuesta nacional de salud aplicada por la Secretaría de Salud en 1994, las enfermedades crónicas y degenerativas más frecuentes en los adultos mayores son diabetes mellitus (complicaciones), hipertensión arterial y cardiopatías.²¹ Sería muy conveniente que las instituciones de salud y las sociedades médicas, pusieran en marcha programas de prevención primaria, con lo cual estaríamos realmente en posibilidades de abatir esta epidemia con resultados a largo plazo. Las principales complicaciones que se destacan son:

Hipoglucemia: Es una complicación del tratamiento de los diabéticos y se caracteriza por disminución de la glucosa en la sangre por debajo de los niveles normales produciendo un cuadro caracterizado por:

- Alteraciones del sistema nervioso central: (confusión, conducta inapropiada, alteraciones visuales, convulsiones).
- Manifestaciones generales: (sudoración excesiva, nerviosismo, temblor generalizado, desvanecimiento, palpitaciones y sensación de hambre).

La baja de azúcar se puede producir por:

- Comer poco o comer en cantidades bajas azúcares lentos (pan, patatas, legumbres, maíz, cereales de desayuno, etc.)
- Si se omite alguna comida.
- Si se retrasa en la hora de la comida.
- Si se inyecta más insulina de la adecuada.
- Cuando se ingiere alcohol sin alimentos.
- Si realiza un ejercicio más intenso del habitual.²²

Cetoacidosis diabética: Complicación aguda, por deficiencia casi absoluta de la secreción de insulina y de hiperglucemia que de ahí resulta. Tal situación conduce al

²¹ Secretaría de Salud. Encuesta nacional de salud II. México: S.S.A; 1994.

²² Medicina Interna Volumen 18, Núm. 4, julio-agosto, 2002

catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos, lo cual se manifiesta como acidosis metabólica. Esta condición puede ser precipitada por estrés, infecciones, otras enfermedades, alimentación inadecuada o la omisión del tratamiento.

Cuando la diabetes no esta bien controlada se puede acompañar de un estado de acidez corporal, denominado CETOACIDOSIS DIABÉTICA que se caracteriza por una profundización de los síntomas (poliuria, polidipsia) y por la presencia de nausea, vómito, inapetencia y somnolencia, requiriendo de un ingreso hospitalario.²³

Descompensación hiperglucémica: Es la complicación metabólica más frecuente en los pacientes con DM2, en las personas mayores de 65 años. El azúcar se eleva por encima de 600 mg/dl y se empieza a escapar por la orina, arrastra gran cantidad de agua, por lo que empieza a incrementar la cantidad, necesita más agua por lo que beberá más y tendrá mucha sed, pierde mucho liquido se puede deshidratar, la sangre se puede espesar demasiado y producirse una pérdida de conocimiento (coma hiperosmolar).

Puede ocurrir que si sigue con falta de insulina, como el organismo no puede procesar el azúcar para obtener energía, empieza a quemar grasas produciéndose azúcar que se acumulará en la sangre y en la orina (cetoacidosis).

Además de orinar mucho y beber mucho puede empezar a sentir: (debilidad, fatiga, dolor en el abdomen, vómito, aliento con olor a fruta, respiración rápida y por último puede presentar somnolencia y pérdida de conocimiento. A consecuencia de lo anterior el paciente puede presentar una perdida total del estado de conciencia encontrándose en **coma diabético**.²⁴

²³ Diagnóstico clínico y tratamiento, Lawrence M. Tierney Jr. Stephen J. McPee, Maxine A. Papadakis, 39a. edición, Editorial El Manual Moderno, Pág. 1154.

²⁴ Diagnóstico clínico y tratamiento, Lawrence M. Tierney Jr. Stephen J. McPee, Maxine A. Papadakis, 39a. edición, Editorial El Manual Moderno, Pág. 1157.

Complicaciones crónicas o tardías: ²⁵

Las manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus incluyen diversos cambios patológicos, los cuales afectan vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinos oculares. Estas lesiones ocasionan hipertensión, insuficiencia renal, ceguera, neuropatías autónoma y periférica, amputaciones de las extremidades inferiores, infarto del miocardio y eventos vasculares cerebrales.

- **Complicaciones oculares:**

1. **Cataratas diabéticas.** En los pacientes diabéticos se desarrollan cataratas prematuras y éstas parecen correlacionarse con la duración de la diabetes y con la intensidad de la hiperglucemia crónica.

2. **Retinopatía diabética.** Es la tercera causa de deficiencia visual.

3. **Glaucoma.** Éste se desarrolla en aproximadamente 6% de las personas con diabetes. Responde al tratamiento acostumbrado para la enfermedad de ángulo abierto. La neovascularización del iris en los diabéticos puede predisponer al glaucoma de ángulo cerrado, pero éste resulta relativamente raro, excepto después de la extracción de cataratas, cuando se sabe que tiene lugar el crecimiento rápido de nuevos vasos, los cuales afectan el ángulo del iris y obstruyen el flujo de salida.

- **Nefropatía:** Se asocia a menudo con Dislipidemia e hipertensión. La presencia de microalbuminuria indica la necesidad de mejorar el control glucémico, tratar aun los aumentos moderados de tensión arterial, y restringir moderadamente la ingesta de proteínas. La nefropatía diabética se manifiesta inicialmente por una proteinuria, luego, conforme declina la función renal se acumula la urea y la creatinina en la sangre, esto da como

²⁵ Diagnóstico clínico y tratamiento, Lawrence M. Tierney Jr. Stephen J. McPee, Maxine A. Papadakis, 39a. edición, Editorial El Manual Moderno, Pág. 1147.

consecuencia el inició de la **Insuficiencia renal**, daño en los riñones que impide el funcionamiento, por lo que el paciente ya no puede eliminar los productos de desecho (urea y creatinina). Ya no controla la cantidad de líquido en el cuerpo por lo que no elimina el exceso de líquido en la sangre. Deja de producir una hormona llamada Eritropoyetina, la cual ayuda a que el cuerpo produzca glóbulos rojos. Así como no regula la cantidad de fósforo y calcio en la sangre por lo que no logra mantener los huesos sanos. Cuando los riñones dejan de funcionar hasta en un 90% de su capacidad, se dice que el paciente tiene Insuficiencia Renal Crónica (IRC), hay un daño permanente e irreversible, ya que las principales células del riñón llamadas nefronas se han destruido. Existen diversos tratamientos para la IRC como el trasplante de riñón y la diálisis, Existen varias causas por las cuales los riñones dejan de funcionar, como son: diabetes, presión arterial alta, infecciones repetitivas de los riñones, litiasis (piedras en los riñones), glomerulonefritis y enfermedad renal poliquística, citando las mas comunes.²⁶

- **Neuropatía diabética:** Daño del sistema nervioso que se caracteriza por la disminución de la sensibilidad periférica, dolor, tacto, temperatura, sobre todo en pies y manos, siendo una de las complicaciones mas frecuentes. **El pie diabético:** La neuropatía periférica o la enfermedad vascular periférica, puede conducir a ulceración, infección y gangrena de los miembros inferiores, los factores de riesgo incluyen, principalmente, calzado inadecuado, deformidades del pie, incapacidad para el autocuidado, descuido, alcoholismo y tabaquismo.²⁷

²⁶ Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal, Información obtenida de Baxter Healthcare Corporation, Baxter-México, Unidad de Negocios Renal, 2ª. Adaptación, México, D.F. Abril 2000. Pág.11 y 13.

²⁷ Diagnóstico clínico y tratamiento, Lawrence M. Tierney Jr. Stephen J. McPee, Maxine A. Papadakis, 39a. edición, Editorial El Manual Moderno, Pág. 1149.

- **Hipertensión arterial:** La hipertensión arterial es dos veces más frecuente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, lo que aumenta en forma importante el riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares, enfermedad vascular cerebral, daño renal y triplica el riesgo de muerte cardiovascular prematura.
- **Evento vascular cerebral:** Que ocasiona en el paciente hemiplejías.
- **Dislipemias:** Los niveles elevados de colesterol total, son factores importantes de riesgo para la enfermedad vascular en los casos de diabetes. Muy frecuentemente se encuentra dislipoproteinemia en pacientes con nefropatía. El tratamiento debe iniciarse con el control de peso, actividad física y una ingestión reducida de grasas saturadas. Es indispensable se restrinja el consumo de alcohol y se evite el tabaquismo.

CAPÍTULO

II

PANORAMA DE LA DIABÉTES MELLITUS COMO ENFERMEDAD EMERGENTE EN EL ADULTO MAYOR

1. LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

México necesita un mejor sistema de salud. De una óptima salud de la población depende la prosperidad económica, el bienestar social y la estabilidad política. No puede haber desarrollo humano sin un sistema de salud y seguridad social que atienda las demandas del pueblo mexicano.

De acuerdo a este objetivo el Gobierno de la Republica Mexicana a través del Sistema Nacional de Salud, plantea 3 puntos de relevancia para propiciar un cambio en la democratización de la salud. Esto significa contar en México con un sistema de salud de la gente, por la gente y para la gente. El primer reto para el sistema de salud es la **equidad**. México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos. En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben de corregirse al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno-infantiles se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no transmisibles y las lesiones, problemas que, con diferente magnitud predominan en todos los países desarrollados. Al mismo tiempo, nos enfrentamos ya a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: las enfermedades del corazón, la **diabetes**, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones producto de los accidentes y la violencia.²⁸

El segundo reto se enfoca al nivel de **calidad** que las distintas Instituciones ofrecen a la población. La calidad se plantea como el grado en que los servicios mejoran los

²⁸ Mensaje del Secretario de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág.27.

niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. El concepto incluye dos enfoques: El primer punto es lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible y el segundo es el trato digno al paciente, buscando se brinde una atención de “calidez”, ofreciendo el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción. El tercer reto es la **protección financiera** debido a que a pesar de los avances de la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de las personas, quienes pagan por su atención en el momento de usar los servicios.²⁹

La salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continúa, depende de un legado genético, de la edad que va teniendo, de su posición social, de la época en la que tocó nacer, del lugar donde vive, de los hábitos adquiridos, del clima, de los sucesos inesperados que marcan su vida personal. Conservar la salud es en deducción un esfuerzo permanente que requiere de la participación activa tanto del individuo como de la sociedad y que exige de ambos. Un sistema moderno de salud debe atender por igual los dos polos de esta responsabilidad compartida. Corresponde garantizar la provisión de servicios efectivos, que respondan con calidad y calidez a las necesidades de la gente, y que promuevan la justicia. Se obliga crear mecanismos y espacios para que el usuario de los servicios haga valer su derecho social fundamental y sea un sujeto activo en los procedimientos de la institución médica y un actor en la toma de decisiones.

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios a cargo de la gran responsabilidad mencionada anteriormente. El primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada –alrededor de 40 por ciento del total de la población-, en su mayoría pobres del campo y la ciudad, las agencias más importantes de este componente son la SSA y el Programa IMSS-

²⁹ Mensaje del Secretario de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág.28.

OPORTUNIDADES. El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más del 50 por ciento de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía; el ISSSTE atiende a los empleados federales; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores de PEMEX. El tercer componente es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago.

Estrategias y líneas de acción³⁰

En concordancia con los objetivos rectores del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que buscan mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

³⁰ Mensaje del Secretario de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág.31.

2. EL ADULTO MAYOR

En el terreno demográfico México experimenta un proceso de enorme trascendencia, la disminución considerable de la mortalidad general e infantil, que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad –el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi seis en 1975 a 2.4 en el año 2000-, ha producido un descenso de la velocidad de reproducción y el envejecimiento de la población, es decir, el aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional. Son justamente estas personas las que, además de demandar pensiones, experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención médica más compleja.

En México, al igual que en otros países del mundo, en los últimos años se ha incrementado el número de población que llega al envejecimiento, donde los ancianos representan un porcentaje importante en la composición de la pirámide poblacional. Debido a esta situación surge la necesidad de una eficaz respuesta social hacia las personas recientemente denominadas adultos mayores. Cabe destacar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de 1994 define como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad, criterio aplicable sólo en países desarrollados en los cuales se tiene una esperanza de vida muy superior a la estimada en regiones en desarrollo, como es el caso de América Latina y en particular de México, donde se considera adulto mayor a partir de los 60 años de edad.³¹

Hay términos equivalentes o parecidos que se usan indistintamente: persona de la tercera edad, anciano, viejo, geronto, longevo, senil, entre otros; en cualquier caso, la adultez mayor es la parte final, inevitable, del proceso vital que se inicia con el nacimiento.³²

³¹ Revista Medica IMSS (México), 1999; Volumen 37 (2): Pág. 117-125.

³² Fajardo OG. Tercera edad. Adulto mayor. En. El Adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico-sociales. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social 8CIESS9; 1995. PP. 1-11.

El mejoramiento en las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, y un evidente ascenso de las enfermedades crónicas como principal causa de morbilidad y mortalidad.

La esperanza de vida al nacer se incrementó considerablemente en el siglo, al pasar de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73 y 77 años en 2000, respectivamente; La población mexicana, que se duplicó entre 1958 y 1981, volverá a duplicarse hasta 2030;³³ Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando; De representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 60 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores).³⁴ Estos cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios.

La contribución de los diferentes grupos de edad a la mortalidad general también se modificó. En 1950 casi la mitad de las muertes ocurrieron en la población menor de cinco años y sólo 15 por ciento en los mayores de 65. En el año 2000, en cambio, 50 por ciento de las defunciones ocurrieron en mayores de 65 años y sólo 8.7 por ciento en menores de cinco años.

Es importante analizar lo que representa en la realidad el incremento de población en edad adulta, considerándolo como un ser bio-psico-social, la literatura de mayor acceso enfatiza aspectos biológicos y psicológicos, en donde lo social aparece como un contexto o marco general. Sin embargo, “lo social” entendido bajo la perspectiva del trabajo social, tiene una alta repercusión en la evaluación y tratamiento de la calidad de vida de los adultos mayores. Es por ello, que se ha escogido tocar brevemente 3 aspectos sociales que, **según la experiencia y la observación**

³³ Capítulo I, Dinámica de la Población, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, D.F., Pág. 27.

³⁴ Capítulo I, Dinámica de la Población, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, D.F., Pág. 28.

incurrida hasta el momento en la labor profesional, corresponden a factores de crucial importancia al abordar interdisciplinariamente la vejez. Estos aspectos corresponden a:

- **ACCESO DE LA SALUD:** Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva. En la edad adulta repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente), siendo la principal responsable del abandono de actividades de suma importancia que hacen sentir útil al adulto mayor, en consecuencia tener que depender de terceras personas para seguir sobreviviendo económicamente, esto no facilita que el adulto mayor participe en organizaciones comunitarias o actividades de orden cultural, educativo o artístico, pues sus ingresos van dirigidos a satisfacer necesidades básicas de salud y alimentación, marginando variables de tipo educacional, recreativo y social, generando el ocio y falta de utilización del tiempo libre ya que su vida se convierte en total sedentarismo.
- **CONDICIONES AMBIENTALES (VIVIENDA) EN QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES:** En este sentido, las condiciones de la vivienda varían según aspectos geográficos, subetéreos, culturales, sociales, educacionales, entre otros. Sin embargo, en un contexto local y general, se puede señalar que estadísticamente los adultos mayores en su mayoría son propietarios de su vivienda, producto de esfuerzos de años anteriores o herencias. Esta vivienda en muchos casos presenta dos características: deficiente estado de conservación, debiéndose a la escasez de recursos económicos o materiales para remodelar, terminar o reparar la infraestructura básica, a lo que se suma el factor años de antigüedad, ya que en general la vivienda se adquiere durante los inicios de la etapa laboral.
- **RELACION ENTRE EL ADULTO MAYOR Y SU FAMILIA:** El adulto mayor que presenta avanzados niveles de autonomía social,

psicológica y económica busca vivir físicamente independiente de su familia, manteniendo lazos directos con sus familiares. Sin embargo, cuando esta situación no puede darse por dificultades económicas o de salud, el adulto mayor opta por vivir con aquel pariente que cuente con las mejores condiciones materiales y afectivas para recibirlo. En su mayoría son las hijas quienes reciben a sus padres en sus hogares para hacerse cargo de sus necesidades, a cambio de la administración de sus ingresos. En lo que se refiere a las relaciones familiares y puntualmente a los límites familiares se observan dos grandes tendencias: -Adultos mayores que viviendo o no bajo el mismo techo que sus familiares cercanos, presentan claros límites en sus relaciones familiares, es decir, cumplen su rol de abuelos, mantienen sanas relaciones con grupos de pares, ocupan con creatividad su tiempo libre, toman sus decisiones de manera independiente y tienen un propio proyecto de vida. –Adultos mayores que al margen de sus compañeros de vivienda, mantienen relaciones simbióticas con sus familiares, es decir, carecen de límites claros, estableciendo límites de carácter difuso. Esto los lleva a tomar el rol de padres de sus nietos, o en algunos casos nuevos hijos de sus propios hijos, estableciendo inadecuados lazos de dependencia. Siendo incapaces de tomar decisiones personales sin consultar, careciendo de un proyecto de vida personal que responda a sus necesidades. Esta última tendencia, lleva en muchos casos al aislamiento, la soledad y la vejez no asumida como etapa vital integral, no importando si viven en la misma vivienda de sus familiares, pues aparece un factor social más predominante y de difícil diagnóstico que limita un adecuado enfrentamiento de un envejecimiento activo y autónomo.

3. LA DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDAD EMERGENTE

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por: **el rezago en salud y los riesgos emergentes**. En las últimas décadas del siglo XX se produjo en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, padecimientos mentales, adicciones) lo que refleja un incremento en los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. A esto hay que agregar el surgimiento de nuevas infecciones de manera muy notable, el VIH-SIDA, el resurgimiento de infecciones que parecían controladas (la tuberculosis, el paludismo, el cólera y el dengue). Al mismo tiempo, las infecciones comunes, las enfermedades de la nutrición y las de la reproducción –que en conjunto conforman el rezago en salud-, este atraso en salud se concentra en las poblaciones más pobres y es el principal responsable del aplazamiento distintivo de nuestra transición epidemiológica: la desigualdad.³⁵

En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Los problemas emergentes, por su parte, se deben en su mayoría a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud. El sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia en el hogar, el deterioro de redes familiares y sociales han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país. Su control depende de la implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida.³⁶

Las principales causas de muerte también cambiaron. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los

³⁵ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, D.F. Pág. 18.

³⁶ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, D.F. Pág. 17.

primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones.

Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en los datos de mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de los daños a la salud no se traduce en muerte sino en discapacidad. Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al llamado rezago epidemiológico.

En un intento por incorporar a las evaluaciones epidemiológicas tanto las muertes como la discapacidad producida por las enfermedades y las lesiones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la utilización de dos indicadores relativamente nuevos. El primero es la **esperanza de vida saludable**, que mide el número de años en buena salud que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. Su construcción permite relacionar los datos de mortalidad con las causas de discapacidad. El segundo indicador, los **años de vida saludable**, evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinado.³⁷

México en 1998 tenía una esperanza de vida general de 74 años y una esperanza de vida saludable de 64 años, se puede concluir que los mexicanos pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad, ocupando el lugar 55 en el mundo.³⁸ En nuestro país se pierden más años de vida saludable en las áreas rurales que en las urbanas, lo que agrava la baja expectativa de vida que puede alcanzarse en las regiones pobres. (Ver cuadro No. 1)

En el estado de Hidalgo para 2002 la esperanza de vida en condiciones de buena salud (EVISA) se estima que para los hombres es de 71 años, mientras que para el

³⁷ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág. 33.

³⁸ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág. 34.

sexo femenino es de 77 años, disminuyendo en comparación a lo que se contempla en el ámbito nacional.³⁹

CUADRO No. 1

PRINCIPALES CAUSAS DE PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE EN MÉXICO

Orden	Causas	%
1	Afecciones perinatales	7.7
2	Diabetes mellitus	5.8
3	Homicidios y violencias	4.8
4	Cardiopatía isquémica	4.5
5	Accidentes de vehículos de motor (choques)	4.5
6	Infecciones respiratorias bajas	3.0
7	Enfermedad cerebrovascular	2.9
8	Cirrosis hepática	2.9
9	Atropellamiento	2.3
10	Desnutrición proteico-calórica	1.9
11	Enfermedades diarreicas	1.8
12	Demencias	1.7
13	Consumo de alcohol	1.6
14	Trastornos depresivos	1.6
15	Nefritis y nefrosis	1.5

Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006, S.S.A. 2000.

En el momento actual, más del 25 por ciento de los casos de tuberculosis están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y SIDA. Además, el crecimiento poblacional, la pobreza, los movimientos migratorios y el mal manejo de los pacientes han favorecido la disminución de vida saludable.⁴⁰

En el año 2000, cinco tipos de enfermedades concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país (52%), considerando las más importantes – enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares-. **Estos padecimientos, que se califican de emergentes, lo son**

³⁹ CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000-2030. México, DF., 2002.

⁴⁰ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág. 41.

porque incrementan a tal grado su magnitud relativa que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Este desplazamiento puede ser directo, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH-SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus). Pero también puede ser indirecto, como sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares que mantuvieron tasas estables al tiempo que la mortalidad por problemas transmisibles perdían importancia.⁴¹

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, alrededor de 11 por ciento de la población mayor de 20 años padece diabetes mellitus. Se calcula que en el momento actual hay 4.8 millones de personas diabéticas, de las que sólo 1.4 millones han sido diagnosticadas.⁴² Este hecho impide que los individuos acudan a los servicios de salud en búsqueda de tratamiento. Por tratarse de una patología que necesita de atención durante toda la vida, una gran parte de pacientes diabéticos manifiesta bajo apego al tratamiento, lo que dá como resultado un deficiente control de la enfermedad y la aparición de complicaciones en forma prematura. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de éstos entre 25 y 40 por ciento logran el control metabólico deseado.

Se ha demostrado que la aparición de la diabetes puede retrasarse. Sin embargo, esto requiere del control de ciertos factores de riesgo, como la obesidad y la inactividad física. Se ha demostrado que el control de estos factores es más efectivo cuando se realiza en forma grupal, bajo un programa mínimo y con la participación del paciente y su familia.

Las cifras oficiales indican que la diabetes mellitus creció, en términos absolutos, más de 30 veces en la segunda mitad del siglo. En 1955 se registraron 1 500 muertes por esta causa, mientras que en el año 2003 se presentaron 59 119 decesos, siendo la primer causa de muerte en el país. (Ver cuadro No. 2)

⁴¹ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, DF. Pág. 43.

⁴² Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 5.

CUADRO No. 2
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN MÉXICO
2003

Orden	Causas	Defunciones	Tasa	%
1	Diabetes mellitas	59 119	56,73	12,6
2	Enfermedades izquémicas del corazón	50757	48,70	10,8
3	Enfermedad cerebrovascular	26849	25,76	5,7
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26821	25,74	5,7
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18117	17,38	3,8
6	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17073	13,18	2,9
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14676	10,87	2,4
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	13738	10,07	2,2
9	Enfermedades hipertensivas	11330	16,38	3,6
10	Nefritis y nefrosis	10490	9,59	2,1
11	Agresiones (homicidios)	9989	14,08	3,1
12	Desnutrición calórico proteíca	9053	8,69	1,9
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6734	6,46	1,4
14	Tumor maligno de estómago	5185	4,98	1,1
15	Tumor maligno del hígado	4751	4,56	1,0
16	VIH/SIDA	4607	4,42	1,0
gg	Tumor maligno de próstata	4595	4,41	1,0
18	Enfermedades infecciosas intestinales	4561	4,38	1,0
19	Tumor maligno del cuello del útero	4324	4,15	0,9
20	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4089	3,92	0,9
	T O T A L	246823	4.719,60	100,0

FUENTE: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI / Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000 – 2050. México, 2003.

La diabetes mellitus es el mejor ejemplo de enfermedad emergente directa: Es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de morbilidad en el ámbito nacional, en el 2004 ocupaba el noveno lugar, mientras que en el estado de Hidalgo ocupa el dieciseisavo lugar.

Es importante mencionar que a escala nacional en el 2001 ocupaba el octavo lugar como causa de egreso hospitalario. (Ver cuadro 3 y 4)

CUADRO No. 3
VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD, NACIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
2004
POBLACION GENERAL

No.	Padecimiento	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	25896330
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	4778135
3	Infección de vías urinarias	3400915
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1438778
5	Amibiasis intestinal	834601
6	Otitis media aguda	711379
7	Hipertensión arterial	558139
8	Otras helmintiasis	524646
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	404562
10	Varicela	385352
11	Gingivitis y enfermedad periodontal	368760
12	Candidiasis urogenital	348620
13	Asma y estado asmático	304967
14	Intoxicación por picadura de alacrán	230199
15	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	212465
16	Ascariasis	185424
17	Neumonías y bronconeumonías	181485
18	Desnutrición leve	176416
19	Tricomoniasis urogenital	172772
20	Conjuntivitis	158663
	T O T A L	41272608

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica / Dirección General de Epidemiología / SSA. 2004.

CUADRO No. 4

CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO EN EL ÁMBITO NACIONAL
2001

No.	Causas	Egresos	Tasa	%
1	Parto único espontáneo	347.935	788,7	23,3
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	259.407	588,0	17,4
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	124.650	282,5	8,4
	Fracturas	50.078	113,5	3,4
4	Abortos	75.695	171,6	5,1
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	70.678	160,2	4,7
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	14.70	33,5	1,0
	Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	13.808	31,3	0,9
6	Tumores malignos	34.653	78,6	2,3
	Tumor maligno del cuello del útero	5.022	11,4	0,3
	Leucemias	4.382	9,9	0,3
	Tumor maligno de mama	3.431	7,8	0,2
7	Colelitiasis y colecistitis	30.013	68,0	2,0
8	Diabetes mellitas	29.237	66,3	2,0
9	Hernia de la cavidad abdominal	28.766	65,2	1,9
10	Enfermedades del apéndice	28.067	63,6	1,9
11	Enfermedades infecciosas intestinales	26.461	60,0	1,8
12	Enfermedades del corazón	25.908	58,7	1,7
13	Influenza y neumonía	25.484	57,8	1,7
14	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	21.504	48,7	1,4
15	Insuficiencia renal	19.895	45,1	1,3
16	Infecciones respiratorias agudas	14.721	33,4	1,0
17	Leiomioma uterino	12.433	28,2	0,8
18	Atención para la anticoncepción	11.176	25,3	0,8
19	Enfermedades del hígado	10.839	24,6	0,7
20	Enfermedades cerebrovasculares	9.793	22,2	0,7

FUENTE: Las causas que aparecen corresponden a desgloses de las 10 primeras causas y no se acumulan en el total del porcentaje.

Tasa por 100,000 habitantes de población potencial.

Sistema Único de información para la Vigilancia Epidemiológica / Dirección General de Epidemiología / SSA. 2001.

La Diabetes Mellitus esta en el cuadro como la treceava causa de casos nuevos de enfermedad, los cuales son notificados obligatoriamente de acuerdo al sistema de vigilancia Epidemiológica, del Sector Salud. (Ver cuadro No. 5)

CUADRO No. 5

CAUSA DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD EN EL 2000-2002 EN EL AMBITO NACIONAL

ENFERMEDAD	2000	2002
Infecciones respiratorias agudas	29 441.3	9 210.1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5 206.5	1 364.6
Infección de vías urinarias	2 968.9	810.1
Amibiasis intestinal	1 354.4	484.3
Ulceras, gastritis y duodenitis	1 285.6	423.4
Otitis media aguda	615.8	382.8
Ascariasis	349.5	171.4
Candidiasis urogenital	303.3	164.0
Intoxicación por picadura de alacrán	209.3	135.6
Desnutrición leve	230.3	118.1
Hipertensión arterial	402.4	117.9
Angina estreptocócica	229.4	115.4
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	288.4	114.6
Mordeduras	136.4	108.6
Tricomoniiasis urogenital	175.2	107.7

FUENTE: SSA. Boletín de Información estadística. Daños a la salud. Volumen II, Núm. 20 y 22. México, D.F.2002.

En teoría la diabetes mellitus debería ser un padecimiento con baja carga de enfermedad, ya que existen medicamentos y recomendaciones higiénicas que pueden reducir al mínimo sus complicaciones. Sin embargo, se estima que en México de cada 100 diabéticos 14 desarrollan nefropatías; diez, neuropatías; siete a diez, pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación) y dos a cinco, problemas de ceguera.⁴³

⁴³ Revista Medica IMSS (México), 1999; Volumen 37 (2): Pág. 119.

En la población oportunahabiente y derechoahabiente del Hospital Rural de Oportunidades Núm. 30, el comportamiento de la **diabetes mellitus** en el adulto mayor significa un serio problema de salud, ya que el número de casos en este grupo de edad pasó de 205 casos en control en el 2002, a 273 pacientes que acudieron a control durante el año 2003. Lo que representa un incremento en números absolutos de 68 nuevos casos que se incorporan a esta unidad a control. En el período de enero a julio del año 2004 se tiene registradas 19 defunciones donde una de las causas que desencadenaron el desenlace fue la diabetes mellitus tipo II, de un total de 54 defunciones lo que representa el 35.18%.⁴⁴

Los problemas emergentes exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente los principales padecimientos de este grupo.

Estrategias para disminuir la prevalencia de diabetes según el plan nacional de salud 2001-2006.

Las actividades de detección en los próximos años estarán encaminadas a promover estilos de vida saludables, identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar de manera temprana los casos de enfermedad. Otra acción fundamental en esta administración será la realización de campañas permanentes de comunicación social y educativa alrededor de la enfermedad y los factores de riesgo relacionados con ella.

Las metas fundamentales son:

- Alcanzar el control metabólico del 40 por ciento de los pacientes en tratamiento.

⁴⁴ Información obtenida del Departamento de Epidemiología del H.R.O. Núm. 30, Canales endémicos, morbilidad. 2004.

- Desplazar la edad promedio de muerte de los diabéticos de 66.7 años a 69.5 años.
- Realizar, en forma coordinada con todas las instituciones del sector salud, 23 millones de pruebas de detección de diabetes mellitus al año en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual según su edad.
- Establecer 10 000 grupos de autoayuda mutua para diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, lo que significa la existencia de un grupo en 80 por ciento de las unidades de salud.

4. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES

La Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, fue publicada el día 3 de junio de 1994, en el Diario Oficial de la Federación, aprobada por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de enfermedades, participando el Sistema Nacional de Salud a través de las Secretarías de Salud de los Estados de la Republica Mexicana, incluido el Estado de Hidalgo y cuyo objetivo primordial es el establecimiento de procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Dicha Norma establece para el entendimiento de la misma 48 definiciones que a continuación se mencionaran algunas.

1. **Alteración del metabolismo de la glucosa**, corresponde a la glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa. Ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes.
2. **Arteriosclerosis**, al endurecimiento de las arterias.
3. **Ayuno**, a la abstinencia de ingesta calórica.
4. **Caso confirmado de diabetes**, al individuo que cumple con los criterios diagnósticos de diabetes, señalados en esta Norma.
5. **Caso en control**, al paciente diabético, que presenta de manera regular, niveles de glucemia capilar en ayuno > 110 mg/dl, o una glucemia capilar caual < 140 mg/dl.
6. **Caso en tratamiento**, al caso de diabetes cuya glucemia se encuentra con o sin control.
7. **Cetosis**, a la acumulación de cuerpos cetónicos, en los tejidos y líquidos corporales.

8. **Comunicación Educativa**; al proceso y desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación, sustentado en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos relativos a la salud y promover conductas saludables a la población.
9. **Detección o tamizaje**, a la búsqueda activa de personas con diabetes no diagnosticada, o bien con alteración de la glucosa.
10. **Dieta**, al conjunto de alimentos, que se consumen al día.
11. **Factor de riesgo**, al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.
12. **Glucemia de riesgo** para desarrollar complicaciones crónicas, > 126 mg/dl en ayuno y > 200 mg/dl en el período posprandial inmediato.
13. **Hiper glucemia en ayuno**, a la elevación de la glucosa por arriba de lo normal (> 110 mg/dl), durante el periodo de ayuno. Puede referirse a la glucosa alterada en ayuno, o a la hiper glucemia compatible con diabetes, dependiendo de las concentraciones de glucosa.
14. **Hemoglobina glucosilada**, a la prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las cuatro a ocho semanas previas.
15. **Índice de Masa Corporal** o índice de Quetelet, al peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (Kg/ m²).
16. **Individuo en riesgo**, a la persona con uno o varios factores para llegar a desarrollar diabetes.
17. **Participación social**, al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas, sectores sociales y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.
18. **Peso corporal**: de acuerdo con el IMC, se clasifica de la siguiente manera: IMC > 18 Y < 25, peso recomendable; IMC > 25 Y <27, sobrepeso; IMC > 27, obesidad (kg/m²).

19. **Primer nivel de atención;** a las unidades que tienen el primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente. Sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades.
20. **Promoción de la salud;** al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar, laboral y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.
21. **Segundo nivel de atención,** a las unidades que atienden los problemas de salud que, a causa de su complejidad, no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención.⁴⁵

NOTA: Las 27 definiciones restantes se contemplan en el capítulo I, “DIABETES MELLITUS”.

Referencia al especialista o al segundo nivel de atención:

El paciente diabético es referido al especialista o al segundo nivel de atención, en cualquiera de las circunstancias que se mencionan a continuación:

- Cuando de manera persistente, no se cumplan las metas de tratamiento, a pesar del tratamiento farmacológico.
- Falta de respuesta a la combinación de hipoglucemiantes y si además se carece de experiencia en la utilización de insulina.

⁴⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 6, 7 Y 8.

- Si un paciente se presenta con hipoglucemia severa, se le aplicará solución glucosada al 50% después de lo cual se hará la referencia correspondiente al especialista.
- Si siendo tratado con insulina, presenta hipoglucemias frecuentes.
- En caso de complicaciones graves, como cetoacidosis o coma hiperosmolar en más de una ocasión durante el último año, retinopatía isquémica, insuficiencia carotídea, insuficiencia arterial de miembros inferiores, lesiones isquémicas o neuropatías de miembros inferiores, neuropatías diabéticas de difícil control o infecciones frecuentes.
- En presencia de hipertensión arterial de difícil control, o dislipidemias severas (colesterol o triglicéridos en ayuno >300 mg/dl, a pesar de tratamiento dietético adecuado).
- En caso de embarazo y diabetes gestacional.
- Siempre que el médico tratante del primer nivel, así lo considere necesario.⁴⁶

⁴⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. Pág. 21.

CAPÍTULO

III

HOSPITAL RURAL “O” NÚM. 30 EN EL PROGRAMA **IMSS-OPORTUNIDADES**

1. ANTECEDENTES

El programa IMSS-OPORTUNIDADES es un Programa del Ejecutivo Federal, desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que promueve el derecho a la salud y al bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los Servicios de Seguridad Social. En el ámbito estatal las Direcciones Regionales y Delegaciones del IMSS son las responsables de la atención a la salud de la población beneficiaria, así como de la operación de los aspectos específicos del Programa IMSS-OPORTUNIDADES.

El Programa IMSS-OPORTUNIDADES considera primordial la organización social y promueve la participación de la comunidad, a través de la orientación y capacitación permanente; así como vincula la medicina institucional con la práctica de la medicina tradicional mexicana propiciando su relación armónica.

El Programa IMSS-OPORTUNIDADES desde sus orígenes fue planeado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para trascender el concepto clásico de Seguridad Social, al extender los servicios a la población de extrema pobreza. En 1973 con las modificaciones a la Ley del Seguro Social, se facultó al IMSS para extender su acción a núcleos de marginación. Con esto se crea en 1974 el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, antecedente inmediato del Programa IMSS-COPLAMAR.

En 1979 el Gobierno Federal combina la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la infraestructura y los programas integrados y coordinados por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), suscribiendo un convenio mediante el cual se

planteó el objetivo de otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas.

Por acuerdo Presidencial publicado en el **Diario Oficial de la Federación** del 20 de abril de 1983 se aprobó el diverso del 17 de enero de 1977 por el cual se creó COPLAMAR y se estableció que el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria estuviera a cargo del IMSS.

En 1989 se transforma en IMSS-SOLIDARIDAD y ampara a cerca de 11 millones de mexicanos en condiciones de marginalidad y pobreza extrema, con 3540 Unidades Médico Rurales y 69 Hospitales Rurales, el Programa atiende a una población beneficiaria que reside en más de 14 mil localidades ubicados en 17 entidades federativas de la República Mexicana, de las cuales el 96 por ciento tiene menos de 2,500 habitantes.

En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), con la finalidad de afrontar importantes rezagos del medio rural en materia de salud, educación y principalmente desnutrición.

A inicio del sexenio 2000 a 2006 con el triunfo de Vicente Fox Quezada el 2 de julio del año 2000, define el momento histórico que vive México. Es el tiempo de la democratización. El sistema de salud debe estar a la altura del cambio histórico de México. Por ello, el eje de propuesta del actual Presidente de la Republica es la **democratización de la salud**. Esto significa contar en México con un sistema de salud de la gente, por la gente y para la gente.⁴⁷

El 6 de marzo del 2002 por Decreto Presidencial se cambió la denominación del hasta entonces PROGRESA, por el de Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, acorde con la política social del Gobierno federal de promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación.

⁴⁷ Mensaje del Secretario de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, D.F., Pág. 11.

Dado lo anterior, en Julio del 2002 por acuerdo del Honorable Consejo Técnico del IMSS y para ser congruente con la política del Gobierno Federal de privilegiar a la población beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES, cambia su nombre por el de PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES.

En el 2004 los trabajadores del Programa IMSS-OPORTUNIDADES se ven beneficiados con la institucionalización de éste, acorde a la modificación del contrato colectivo de trabajo con fecha del 20 de octubre del 2003.

La operación del Programa IMSS-OPORTUNIDADES se inscribe dentro de los objetivos y lineamientos del Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que establecen criterios de calidad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y promueven la concurrencia de municipios y autoridades locales para incrementar la cobertura de los servicios de salud.

Marco legal (Ordenamientos Constitucionales)

Dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o. Señala el derecho a la protección de la salud en beneficio de todos los mexicanos.⁴⁸

Ley General de Salud

La Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984 reglamenta el derecho constitucional a la protección de la salud. En esta ley destacan los siguientes aspectos:

⁴⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 147ª. Edición actualizada, Ed. Porrúa. México, D.F., 2004. Inscribiendo lo siguiente: ART. 4 Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

* Los artículos 5o. y 6o. instituyen el Sistema Nacional de Salud, cuyos objetivos más relevantes son:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas prioritarios y a los factores que condicionan y causan daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.

* El artículo 27 de la Ley General de Salud, para efectos de materializar el derecho a la protección de la salud, define los servicios básicos, que consisten en:

- Educación para la salud, promoción del saneamiento básico y mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- Prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- Atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- Atención materna infantil.

- Planificación familiar.
 - Prevención y control de las enfermedades buco dentales.
 - Promoción del mejoramiento de la nutrición, y
 - Disponibilidad del cuadro básico de medicamentos y otros recursos esenciales a la salud.
- Los artículos 35 y 36 de la Ley General de Salud establecen los criterios de gratuidad o cuotas de recuperación en relación con los servicios a población abierta. Esto implica que la ubicación del Programa en zonas marginadas o de menor desarrollo económico y social lo exime del cobro de cuotas de recuperación, por lo que la población como contraprestación asume la corresponsabilidad respecto a sus problemas de salud.

Población objetivo del programa IMSS-Oportunidades⁴⁹

La conforma la población marginada que carece de acceso a otro servicio de salud y reside en el campo de operación de las unidades médicas del Programa IMSS-Solidaridad y que por su situación socio-económica constituye el campo de acción de la solidaridad social.

El modelo de atención integral a la salud⁵⁰

Para responder a las necesidades de la población rural y con objeto de actuar sobre las causas que condicionan la enfermedad y muerte, se diseñó con base en la experiencia del IMSS, en recomendaciones interinstitucionales y en las características de la realidad social de México un programa de atención a la salud destinado a:

⁴⁹ Modelo de Atención Integral a la Salud, Programa IMSS-OPORTUNIDADES, México, D.F. 2002.

⁵⁰ Modelo de Atención Integral a la Salud, Programa IMSS-OPORTUNIDADES, México, D.F. 2002.

- Enfrentar las causas de la pérdida de la salud, así como sus consecuencias.
- Proporcionar atención médica integral, disponible, adecuada, continua y que sea aceptada por la comunidad con un costo factible para el país.
- Disponer de mecanismos de información y evaluación permanentes a nivel de zona, de delegación y nacional, que permitan apoyar su impacto en la salud de la población.
- Promover la participación activa, deliberada y sostenida de la comunidad para que en el futuro ésta asuma su responsabilidad en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

La atención médica integral que sustenta el Programa la entendemos como una actividad continúa e integrada de promoción, prevención, curación y rehabilitación dirigida no solo al individuo, sino muy especialmente al grupo familiar y a la comunidad.

Para prestar esta atención médica se instrumentó un sistema primordial con dos niveles de atención firmemente entrelazados, y un tercero apoyado en los hospitales regionales o estatales de la S.S.A. Los primeros se otorgan en las Unidades Médicas Rurales y en los Hospitales Rurales “O” propios del Programa.

El primer nivel de atención médica

El primer nivel de atención mantiene una acción permanente de prevención por medio de educación para la salud, la que se considera prioritaria; se realizan acciones contra padecimientos transmisibles y sujetos a vigilancia epidemiológica, vulnerables por vacunación, contra infecciones de las vías respiratorias altas, gastrointestinales y parasitarias intestinales, contra el paludismo y contra enfermedades según las características locales.

Se proporciona atención dirigida a la salud reproductiva donde se incluyen acciones de atención prenatal, planificación familiar. Intencionadamente se buscan individuos con padecimientos crónicos así como se lleva el control de la enfermedad. Se realizan acciones de orientación nutricional, odontología preventiva y saneamiento de

la vivienda y del medio. La asistencia médica se otorga con base en la demanda y existe un cuadro básico de medicamentos reducido y adecuado a la patología predominante en el medio rural.

Este primer nivel de atención médica es proporcionado en las UMR (Unidades Médicas Rurales), las que están integradas por un equipo de salud constituido por un Médico, dos auxiliares de área médica previamente adiestradas que hablan el idioma autóctono, cuando se trata de población indígena. En este nivel, que resuelve el 85 por ciento de la demanda de atención, se orienta a atender problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla, aplicada con la participación activa de la comunidad, estableciendo el contacto directo entre el médico y el paciente otorgando el servicio a todos los habitantes que demandan atención. Estas unidades cuentan con un consultorio con dotación de medicamentos, dos camas de tránsito, una sala de exploración, una sala de espera y una habitación para el médico, dispuestos en un área física de 60 a 110 metros cuadrados.⁵¹

⁵¹ Modelo de Atención Integral a la Salud, Programa IMSS-OPORTUNIDADES, México, D.F. 2002.

2. HOSPITAL RURAL “O” NUM. 30

El Hospital Rural de OPORTUNIDADES número 30, es considerado segundo nivel de atención, apoyando a los pacientes derivados por parte de las 72 Unidades Médico Rurales de primer nivel, ubicado en la ciudad de Ixmiquilpan, Hgo., surgió con el objetivo de contribuir a brindar atención médica a la población del valle del mezquital siendo administrado por el programa IMSS- OPORTUNIDADES, brindando atención a partir del 1 de enero de 1982, pero su inauguración oficial fue el día 31 de marzo de 1982.

La sede de los Hospitales Rurales (HR) debe tener una población no menor de 5 mil personas y no mayor de 10 mil; estar intercomunicada por dos o más caminos, de preferencia pavimentados o de terrecería, y disponer de suministro de agua potable, energía eléctrica y drenaje.

Por ser segundo nivel de atención el Hospital brinda atención médica preventiva de forma extramuros a su universo de trabajo el cual esta conformado por 10 comunidades las cuales son (San Miguel, Barrido, Nequeteje, Dexthi Alberto, San Nicolás, El Botho, San Miguel Carrizal y Cañada Chica) todas del Municipio de Ixmiquilpan, cabe mencionar que algunas de ellas están beneficiadas con el programa de OPORTUNIDADES, el equipo de salud que se encarga de dichas acciones, es: Médico Familiar, Odontología, Trabajo Social, Nutrición, Enfermería y Acción Comunitaria.

Su atención medica intramuros la otorga a través del servicio de Consulta Externa donde se brinda a la población del Universo de Trabajo así como al área de influencia que son las comunidades cercanas del propio municipio y de los municipios colindantes a esta ciudad, brindando:

- Consulta de Medicina Familiar
- Consulta de Especialidad (Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía)
- Consulta de Odontología
- Medicina Preventiva

- Modulo de Salud Ginecológica
- Centro de Educación Nutricional
- Consulta Nutricional
- Servicios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, rayos “x” y ultrasonido obstétrico)

En el servicio de Hospitalización se cuenta con 42 camas oficiales y 20 acondicionadas, un espacio destinado para terapia intensiva en la atención de adultos, así como una área de Pediatría con 12 camas y un espacio para neonatos con 8 incubadoras y un ventilador, en donde la atención esta a cargo de las especialidades de Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, cirugía y anestesiología. En el servicio de Urgencias la atención que se brinda es las 24 horas del día durante los 365 días del año.

Cabe mencionar que uno de los principales objetivos de esta institución es brindar atención medica integral con la finalidad de lograr el autocuidado de la salud de la población que atiende.

Filosofía⁵²

En esta unidad Institucional del Programa IMSS-OPORTUNIDADES, la filosofía es brindar atención médica a toda la población en general, sin importar si es oportuno habiente (beneficiado con el programa de OPORTUNIDADES) o bien derechohabiente, siempre y cuando pertenezca al Universo de trabajo del Hospital Rural o bien al área de influencia.

⁵² Diagnóstico de Salud del Hospital Rural “O” No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. 2004.

3. RECURSOS HUMANOS

Vale la pena mencionar que la plantilla de personal que labora en el Hospital Rural "O" No. 30, es la que se programo desde la creación de esta Institución, misma que actualmente atiende a una Población Adscrita de 42 730 pacientes. (Ver cuadro No. 6)

CUADRO No. 6

AREA DEL PERSONAL	No. DE PERSONAS ADSCRITAS
CUERPO DE GOBIERNO	4
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION	1
COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1
MEDICOS TRONCALES (ESPECIALISTAS RECIDENTES)	6
MEDICOS FAMILIARES (RECIDENTES)	10
MEDICOS GENERALES DE BASE	4
MEDICOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL	6
AUXILIAR DE AREA MEDICA	48
PASANTES DE ENFERMERIA EN SERVICIO SOCIAL	12
ODONTÓLOGOS	2
TRABAJO SOCIAL	2
DIETISTA	1
AUXILIAR DE ADMINISTRACIÓN	10
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	28
OPERADOR DE MANTENIMIENTO	2
LABORATORISTA	3
QUÍMICO FARMACOBIOLOGO	1
OPERADOR DE RAYOS "X"	1
T O T A L	142

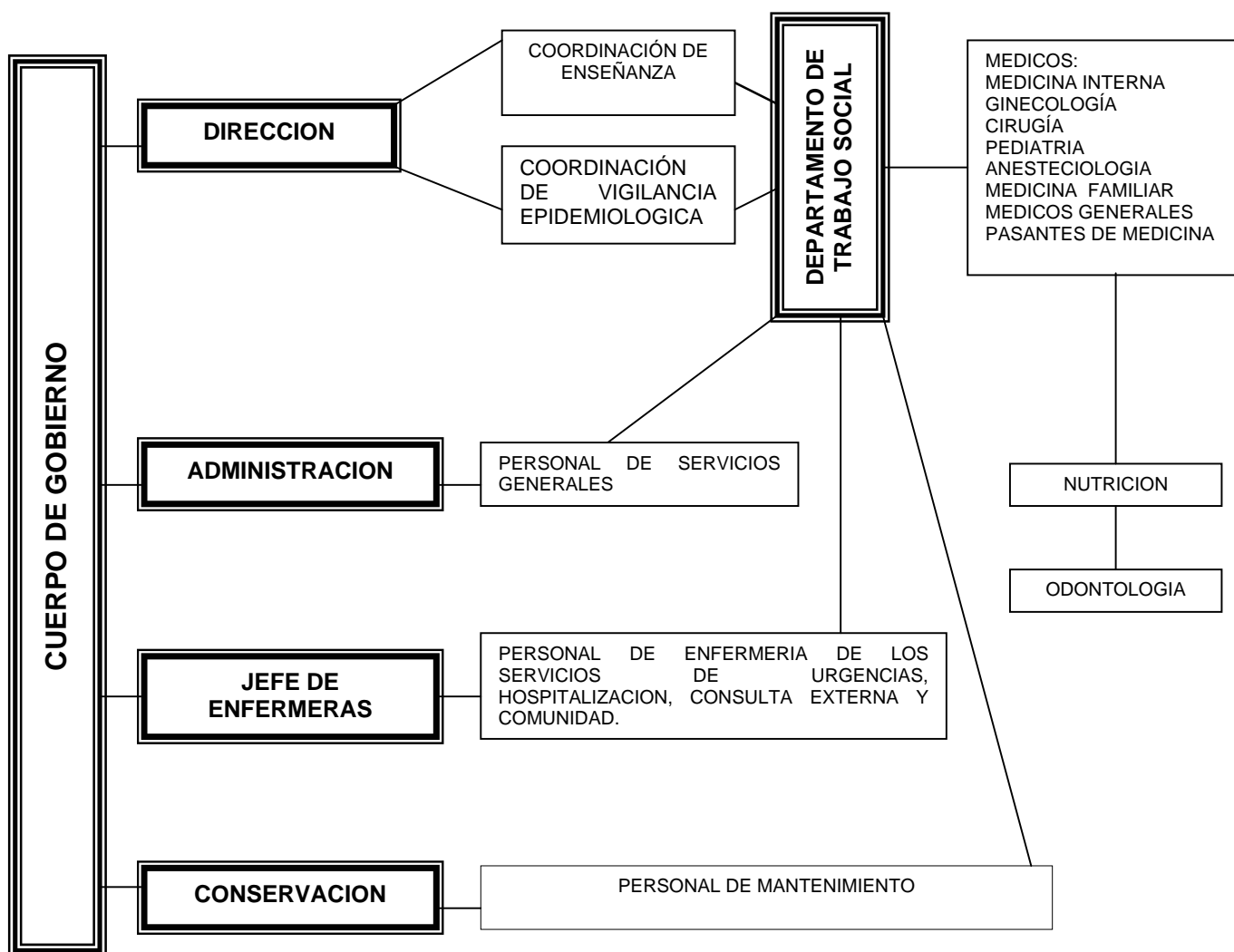
FUENTE: Diagnóstico de Salud del Hospital Rural "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. 2004.

La demanda ha incrementado por las características propias de la Institución, sin embargo ya no es posible lograr una atención de calidad con el personal que labora actualmente.

4. ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La organización del Hospital Rural “O” número 30, se puede observar en dos grandes niveles: intramuros y extramuros, siendo el sustento para lograr la misión de la Institución.

Intramuros:



La organización intramuros del Hospital Rural “O” Núm. 30, parte de la conducción de un Cuerpo de Gobierno constituido por la Dirección, Administración, Jefatura de Enfermeras y Jefatura de Conservación, a su vez por cada área, tienen a su cargo al

personal que labora en la Unidad. La Dirección tiene como apoyo para la conducción las Coordinaciones de Enseñanza e investigación y Vigilancia Epidemiológica, quienes dirigen al personal médico (especialistas, médicos familiares, médicos pasantes, odontología y nutrición) así como el **Departamento de Trabajo Social** que a su vez tiene relación estrecha y directa con el demás cuerpo de gobierno. La Administración tiene a su cargo al personal de servicios generales, contemplando a chóferes, personal del servicio de alimentación y personal de aseo de todo el hospital, con quien trabajo social tiene coordinación estrecha. Con la Jefatura de Enfermería se coordinan acciones propias del área de Trabajo Social que requieren de la participación del personal de enfermería. Y por ultimo con la Jefatura de Conservación la relación no es tan frecuente pero sin embargo no deja de ser importante ya que con el personal de mantenimiento se tienen que coordinar acciones de mejora para la unidad y para el Albergue Comunitario involucrando a la población. Trabajo Social es una área que tiene relación estrecha con la población y es intermediaria con la Institución siendo portadoras de las inquietudes de la gente por lo que para lograr una convivencia armónica debe de relacionarse con las diferentes áreas y sobre todo para lograr la misión y visión del Departamento de Trabajo Social debe de coordinar sus acciones con el personal que labora en el Hospital Rural Núm. 30.

Extramuros:

En el universo de trabajo donde se realizan acciones médico preventivas a través del Equipo de Salud conformado por: Médico, Trabajadora Social, Enfermería, Odontología, Nutrición y el Promotor de acción comunitaria, las actividades se realizan en coordinación y organización con la estructura voluntaria conformada de la siguiente manera:

- **Asistentes Rurales de Salud:** Son voluntarios de la comunidad elegidos en una asamblea y atienden la salud de la población que radica en localidades menores de 500 habitantes carentes de infraestructura de salud. El Programa los capacita durante tres meses, les entrega equipo e instrumental y los

abastece de medicamentos. Su tarea consiste en orientar a la población para el autocuidado de la salud, detectar padecimientos y, en su caso, derivar enfermos y personas en riesgo al Hospital Rural "O" núm. 30. Reciben mensualmente un apoyo económico para gastos de traslado a las unidades médicas, a las que acuden con el propósito de reabastecer su botiquín de medicamentos y material de curación, recibir asesoría del equipo de salud y proporcionar información de las actividades realizadas.

- **Comité de Salud:** Sus integrantes son electos en una Asamblea General y es el intermediario entre el Programa y la comunidad; promueve la formación de promotores voluntarios y su integración a las actividades comunitarias. Está formado por un presidente y los vocales de salud, saneamiento, educación, y nutrición, que reciben asesoría y capacitación por parte del equipo de salud para el desempeño de sus funciones. Constituye así mismo, la vía para captar y transmitir las opiniones de la población sobre los servicios prestados por el equipo de salud.
- **Promotores Voluntarios Rurales:** Son en su mayoría mujeres seleccionadas por la comunidad y son capacitadas por el equipo de salud, siendo los ojos de este ante las familias, permitiendo el abordaje oportuno de quien lo requiere. Sus actividades se enfocan a través de visitas domiciliarias a un promedio de 10 familias de su localidad contando la propia.
- **Parteras Rurales:** Las parteras rurales son identificadas por el personal del Programa e invitadas a las Unidades Médicas y Hospitales para capacitarse con el personal de salud en la atención del parto limpio y la identificación de embarazos de alto riesgo. Al concluir la capacitación reciben instrumental médico para el apoyo de sus actividades y se establece un acuerdo de seguimiento de su labor.
- **Terapeutas Tradicionales:** son personas de las comunidades que han resuelto problemas de salud de la población. Contribuyen a que la medicina tradicional se consolide como alternativa y complemento de la atención a la salud.

5. PRIORIDADES DEL PROGRAMA IMSS- OPORTUNIDADES

Salud reproductiva y materno infantil

Tiene como finalidad otorgar los servicios de planificación familiar, salud materna y perinatal, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, se realice la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos y se proporcione la atención cálida y oportuna de la salud ginecológica, prenatal, durante el parto y puerperio.

Salud integral del adolescente

Atender la salud del adolescente del medio rural e indígena a fin de favorecer conductas y actitudes libres, responsables y sin riesgos que propicien el auto cuidado de su salud, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

Paquete básico de salud escolar

Mejorar la salud de los niños que reciben educación primaria en los planteles ubicados en el ámbito de acción del Programa IMSS-Solidaridad y contribuir a su óptimo desempeño escolar mediante acciones integrales de la vigilancia nutricional, crecimiento y desarrollo, atención buco dental, acciones educativas y preventivas, valoración y atención a problemas auditivos y visuales, control y manejo de padecimientos asociados a un saneamiento ambiental deficiente en el ámbito escolar, familiar y comunitario, con la participación activa de alumnos, maestros, padres de familia, comunidad y autoridades municipales.

Alimentación y nutrición familiar

Mejorar y mantener los niveles adecuados de nutrición del niño y del adolescente, así como de la embarazada, mediante la valoración periódica del peso / edad en el niño y peso / talla en la embarazada; identificación de los factores de riesgo; capacitación a las madres en el uso adecuado de los alimentos de consumo local y familiar e incorporación de los desnutridos al programa de recuperación nutricional.

Vacunación Universal

Mejorar los actuales niveles de salud de la población mediante la erradicación, la eliminación o el control de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Enfermedades de las vías respiratorias y tuberculosis

Mejorar los actuales niveles de salud mediante acciones de promoción, educación para la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias agudas y de tuberculosis pulmonar.

Enfermedades asociadas al inadecuado saneamiento del medio:

Impulsar la participación de la población, con el fin de mejorar las condiciones del medio familiar y comunitario que se traduzcan en beneficios para la salud individual y colectiva.

Enfermedades crónicas degenerativas:

Contribuir al mejoramiento de las actividades de prevención, manejo y control de la diabetes y la hipertensión arterial, mediante la promoción, detección, diagnóstico y tratamiento integral.

Acciones:

1. Orientar a la población para la adopción de hábitos higiénicos y alimenticios favorables a la salud.
2. Detección y tratamiento de diabetes mellitus e hipertensión..

Enfermedades transmitidas por vectores

Difundir, aplicar y vigilar el cumplimiento de las actividades prioritarias de prevención, control, manejo y tratamiento de enfermedades transmitidas por vectores.

CAPÍTULO

IV

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN UNIVERSO DE TRABAJO DEL HOSPITAL RURAL “O” NUM. 30

1. ASPECTO SOCIO-CULTURAL

Es importante mencionar que la población cautiva con la que cuenta el Hospital Rural “O” número 30, es la de su universo de trabajo, en donde se cuenta con población beneficiaria del programa OPORTUNIDADES y la que no esta protegida con ningún programa gubernamental pero sí con las actividades medico preventivas que realiza el equipo de salud en su localidad. (Ver cuadro No. 8)

CUADRO No. 8
POBLACIÓN UNIVERSO DE TRABAJO

CONCEPTO	POBLACIÓN SIN OPORTUNIDADES	OPORTUNIDADES
	TOTAL	TOTAL
Población total	6514	2010
Hombres	2995	984
Mujeres	3519	1026
12 años y más	4787	1391
Jefes de familia	1670	521
Número de viviendas	1558	446

Fuente: Censo de población, Hospital Rural “O” No. 30. Diciembre 2004.

Dentro de las condiciones socio-educativas y culturales que encontramos en la población se encuentran:

Escolaridad: El panorama que presentaremos a continuación nos habla de que se cuenta con un rezago educativo bastante fuerte, debido a que la mayoría de la población cuenta con primaria y secundaria completa, esto significa que por falta de recursos económicos dejan de estudiar, esperando egresar para emigrar a Estados Unidos. (Ver cuadro No. 9)

CUADRO No. 9
ESCOLARIDAD EN MAYORES DE 12 AÑOS DEL UNIVERSO DE TRABAJO

E S C O L A R I D A D	FAMILIAS SIN OPORTUNIDADES		FAMILIAS OPORTUNIDADES	
	T O T A L	%	T O T A L	%
Analfabetas	479	8.96	237	17.03
Primaria incompleta	803	16.77	271	19.48
Primaria completa	1288	26.90	455	32.71
Secundaria incompleta	207	4.32	65	4.67
Secundaria completa	1111	23.20	293	21.06
Preparatoria	474	9.90	55	3.95
Otros estudios	425	8.87	15	1.07
T o t a l	4787	100	1391	100

Fuente: Censo de Población, Hospital Rural No. 30, Diciembre del 2004.

Ocupación: Como se podrá observar en primer lugar tenemos a los mayores de 12 años que se dedican a otra actividad, llámese hogar, estudiantes, o bien adultos mayores que pastorean para lograr algún ingreso económico. Se contempla también a las personas que emigran a los Estados Unidos en busca de una oportunidad de trabajo. Encontramos en segundo lugar a los jornaleros, actividad que se va heredando de generación en generación dado a que no hay oportunidad para seguir estudiando, siendo la menos remunerada. (Ver cuadro No. 10)

CUADRO No. 10
OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 12 AÑOS DEL UNIVERSO DE
TRABAJO

OCUPACION	FAMILIAS SIN OPORTUNIDADES		FAMILIAS OPORTUNIDADES	
	TOTAL	%	TOTAL	%
Agricultura	152	3.17	32	2.30
Artesano	32	0.66	23	1.65
Jornalero	736	15.37	284	20.41
Ganadería	20	0.41	4	0.28
Empleado	408	8.52	51	3.66
Profesional	248	5.18	7	0.50
Comercio	447	9.33	46	3.30
Otras actividades	2744	57.32	944	67.86
T o t a l	4787	100	1391	100

Fuente: Censo de Población, Hospital Rural "O" Núm. 30. Diciembre 2004.

Fuente de empleo: Es importante mencionar que la población del valle del mezquital de generación en generación se ha dedicado al jornal como principal fuente de trabajo, de ahí que surgiera la necesidad de buscar nuevos horizontes que les permitiera mejorar su condición de vida, por ello tenemos un 60% de jefes de familia que emigran a los Estados Unidos. La población adulta se vuelve un tanto sedentaria ya que su principal actividad es el pastoreo.

Dialecto:

El grupo étnico arraigado en el valle del mezquital son los otomíes, que heredaron el dialecto hñahñu, hablado actualmente por los adultos mayores que en su mayoría son bilingües. (Ver cuadro No. 11)

CUADRO No. 11
LENGUAJE PREDOMINANTE EN MAYORES DE 12 AÑOS

LENGUAJE PREDOMINANTE	FAMILIAS SIN OPORTUNIDADES		FAMILIAS OPORTUNIDADES	
	No.	%	No.	%
ÑAÑHU	20	0.41	22	1.58
BILINGÜE	1732	36.18	451	32.42
ESPAÑOL	3035	63.40	918	65.99
T O T A L	4787	100	1391	100

Fuente: Censo de Población, Hospital Rural "O" No. 30. Diciembre 2004.

Alcoholismo: Uno de los principales problemas bio-psico-sociales que encontramos en la región, es el alcoholismo, como resultado de la alta producción del pulque, ya que se cuenta con la siembra de grandes extensiones de tierra con maguey, lo que predispone esta patología, dándose no solo en el sexo masculino, sino en el femenino donde el grupo etario mas vulnerable es el adulto mayor por el patrón de comportamiento aunado a la herencia de sus ancestros ya que este fue proporcionado desde la infancia creyendo en su valor nutritivo y sustituyendo a la leche así como el agua, influyendo en problemas sociales como causante de violencia intra familiar, desequilibrio económico, inequidad de genero y la adopción de este patrón de comportamiento en los hijos. (Ver cuadro No. 12)

CUADRO No. 12
MORBILIDAD POR ALCOHOLISMO EN EL UNIVERSO DE TRABAJO

MORBILIDAD	FAMILIAS SIN OPORTUNIDADES		FAMILIAS OPORTUNIDADES	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
ALCOHOLISMO	79	1212.77	37	1840.79
POBLACIÓN TOTAL	6514		2010	

Fuente: Censo de Población, Hospital Rural "O" No. 30. Diciembre 2004.

Condiciones de la vivienda: Es importante mencionar que aunque las condiciones de la vivienda en su mayoría son adecuadas es decir, cuentan con casa propia, construida de block, el piso de cemento, techo de concreto, aún hay carencias, pero lo verdaderamente relevante es que, no son utilizadas adecuadamente, las condiciones de higiene son deplorables. (Ver cuadro No. 13)

CUADRO No. 13
CONDICIONES DE LA VIVIENDA EN LA POBLACIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

VIVIENDA		FAMILIAS SIN OPORTUNIDADES		FAMILIAS OPORTUNIDADES	
		TOTAL	%	TOTAL	%
TENENCIA	PROPIA	1324	84.98	419	93.94
	RENTADA	163	10.47	10	2.24
	OTRA	71	4.55	17	3.81
	CASA INDEPENDIENTE	1449	93	439	98.43
VIVIENDAS POR NUMERO DE CUARTO	UNO	80	5.13	18	4.03
	DOS	308	19.76	123	27.57
	TRES Y MAS	1170	75.09	305	68.38
COCINA	INDEPENDIENTE	1377	88.38	417	93.49
	FOGÓN EN EL SUELO	73	4.68	28	6.27
PAREDES	BLOCK	144	90.75	426	95.51
	ADOBE	87	5.58	13	2.91
	CARTÓN	21	1.34	2	0.44
	MADERA	6	0.38	2	0.44
	LAMINA DE ASBESTO	30	1.92	5	1.12
TECHOS	CONCRETO	1273	81.70	344	77.13
	ASBESTO	250	16.04	91	20.40
	CARTÓN	30	1.92	6	1.34
	OTROS	5	0.32	5	1.12
PISOS	CEMENTO	1419	91.07	418	93.72
	TIERRA	139	8.92	28	6.27
TOTAL DE VIVIENDAS		1558		446	

Fuente: Censo de Población, Hospital Rural "O" No. 30. Diciembre 2004.

Alimentación: Una de las zonas con mayor marginación dentro del estado de Hidalgo, es el Valle del Mezquital, su principal municipio es Ixmiquilpan, considerado “El granero de Hidalgo”, ya que ocupa el cuarto lugar en el ámbito nacional como productor de alfalfa y chile, pero por desgracia, tanta riqueza es incapaz de lograr deje de ser una de las regiones más desnutridas de todo el país y la que más hambre tiene de todo Hidalgo.

Esto se debe a que se propicia el comercio por medio de intermediarios, los cuales pagan el producto a un precio muy bajo, ocasionando que las familias consumidoras de verduras adquieran los productos a un precio alto. La comida tradicional en las comunidades del Valle del Mezquital es la dieta clásica del mexicano: frijoles, tortilla, chile y sopa de pasta, excluyendo en la mayoría de los casos las verduras.

En días de fiestas tradicionales de tipo religioso, (fiesta del pueblo, XV años, bodas, bautizos y primeras comuniones), la población acostumbra la barbacoa de borrego, chivo y pollo, siendo la prioridad de consumo dejando aun lado el arroz y los frijoles. Para tomar no puede faltar el consumo excesivo de refresco, pulque o bien cerveza.

Es importante mencionar que aunado a lo anterior también se esta sufriendo una transición en los estilos de alimentación ya que por el fenómeno de migración hay comunidades en donde se ha anexado el consumo de alimentos procesados, enlatados, embutidos y excesivos carbohidratos, esto ha ocasionado el incremento de personas con obesidad y la aparición de enfermedades crónico degenerativas.

2. ESTUDIO DE PACIENTES DIABETICOS ATENDIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

Se trata de un estudio de pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Rural Núm. 30, ubicado en el Municipio de Ixmiquilpan, Hgo., Atendidos por el personal del Departamento de Trabajo Social, durante el período de tiempo Enero-Septiembre del 2004, como parte de la Metodología de Trabajo Social de Casos⁵³.

Se toma un muestreo de Estudios Médico Sociales aplicados con apoyo de la Técnica de Ventilación y la entrevista estructurada encausada al paciente y su familia, es importante mencionar que el EMS contempla los siguientes puntos: (Motivo del Estudio, Datos Generales del Paciente, Datos Familiares, Datos Económicos, Condiciones de la Vivienda, Datos Complementarios, Diagnóstico del Paciente, Diagnóstico de la Familia, Plan Social y Tratamiento). Para nuestro fin únicamente se contemplan 12 puntos inmersos en el EMS que nos darán un panorama general del tipo de pacientes con los que nos enfrentamos día a día.

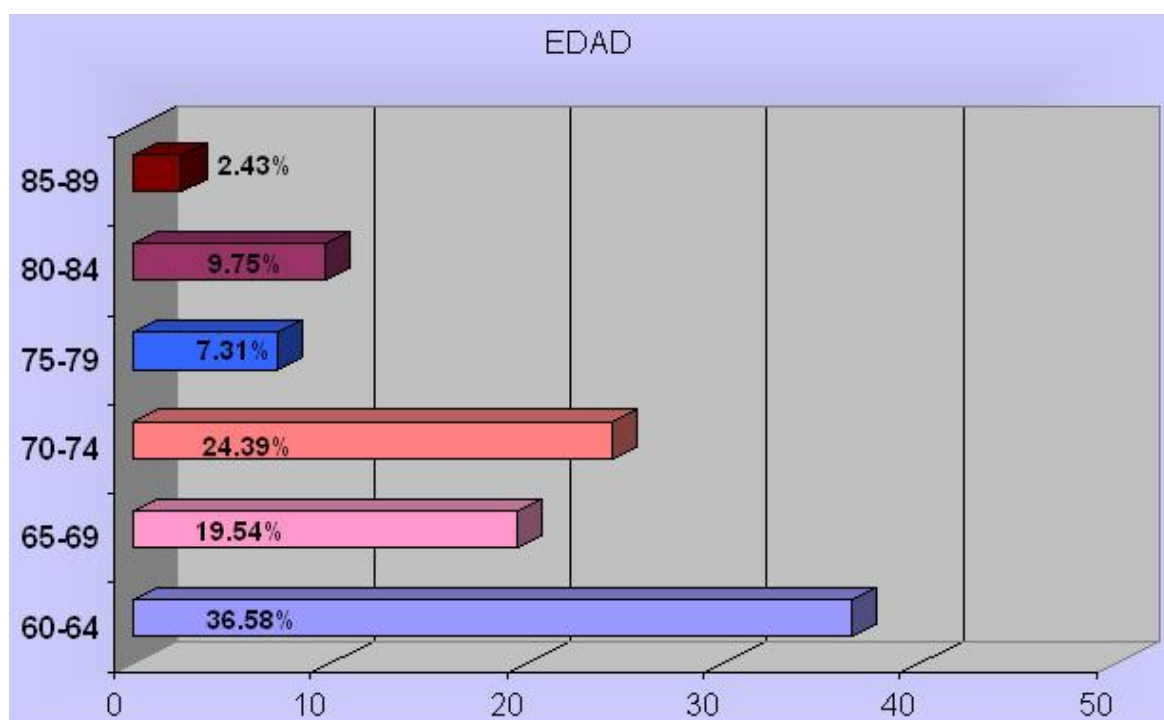
Parte de la atención integral que se les brinda a los adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas, en el Hospital Rural Núm. 30, es la canalización del paciente por parte del servicio de Medicina Familiar al Departamento de Trabajo Social, con la finalidad de identificar los factores socio-educativos y culturales que influyen en el proceso salud enfermedad, así como propiciar la integración de grupos formales con fines terapéuticos, fomentando la Educación para la salud.⁵⁴

⁵³ Es la investigación de los factores bio-psico sociales de un ser humano, que intervienen en un determinado problema social que presenta este, tomando en cuenta su dinámica familiar y su entorno social en el que se desenvuelve. Metodología para el Estudio Social de Casos, Edna Meave, Colección Trabajo Social 1998, Etme ediciones, México, D.F., 3ª. Edición, Pág. 16 y 17.

⁵⁴ Educación para la salud: proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar, laboral y colectiva. "Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes". México, D.F., A 28 de febrero del 2000.

A continuación se presenta un análisis de los principales factores socio educativos y culturales que influyen en el control y tratamiento adecuado del adulto mayor con diabetes mellitus. Para tal efecto se seleccionaron 41 estudios medico sociales, en donde se encontró:

GRAFICA No. 1

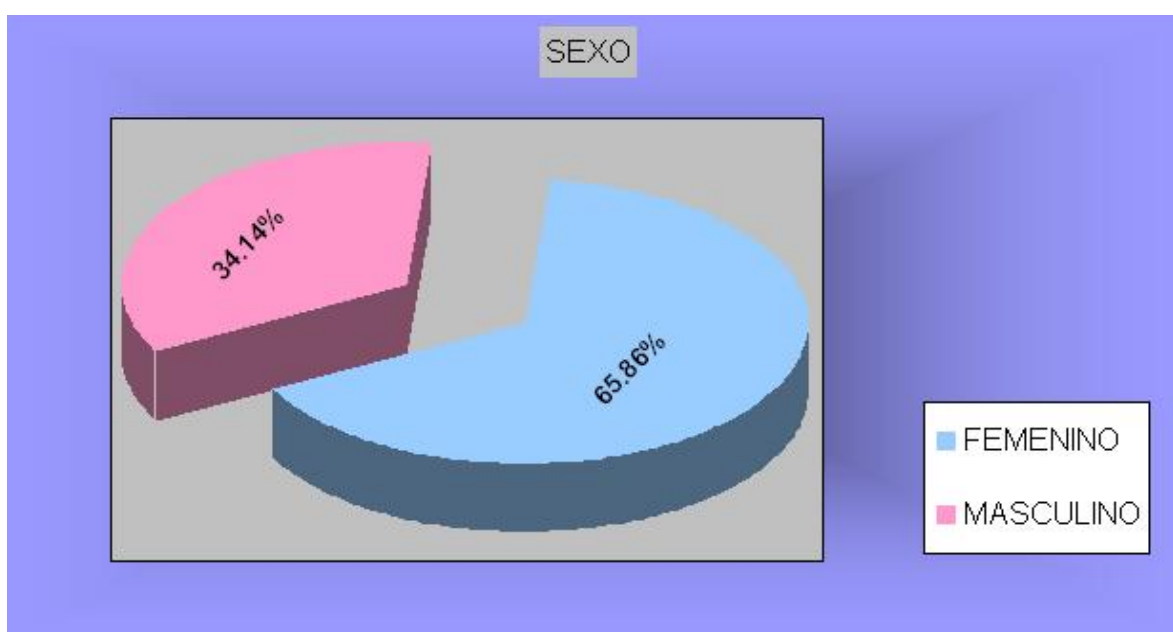


FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

El rango de edad que se toma es a partir de los 60 años, debido a que marca el inicio en la etapa de la vida como adulto mayor, según la OMS aplicable para regiones en desarrollo como México. Como se puede observar en la grafica el mayor porcentaje de pacientes atendidos se encuentran en los rangos de 60-64 años con un 36.58%, de 65 –69 años con 19.54% y de 70-74 años con 24.39%, si bien el llegar a esta edad representa para la mayoría de las personas, dejar de ser productivos, cuando se aúna el saberse enfermos ocasiona la adopción de una vida

sedentaria que repercutirá en su vida futura al ser portadores de una enfermedad emergente como lo es la diabetes mellitus. En los rangos posteriores disminuye considerablemente el porcentaje, debido a la esperanza de vida en zonas rurales, siendo menor el número de casos que se atienden, por lo que encontramos que en el rango de 75-79 años se tuvo un porcentaje del 7.31%, de 80-84 años el porcentaje fue de 9.75% y de 80-84 años el 2.43%.

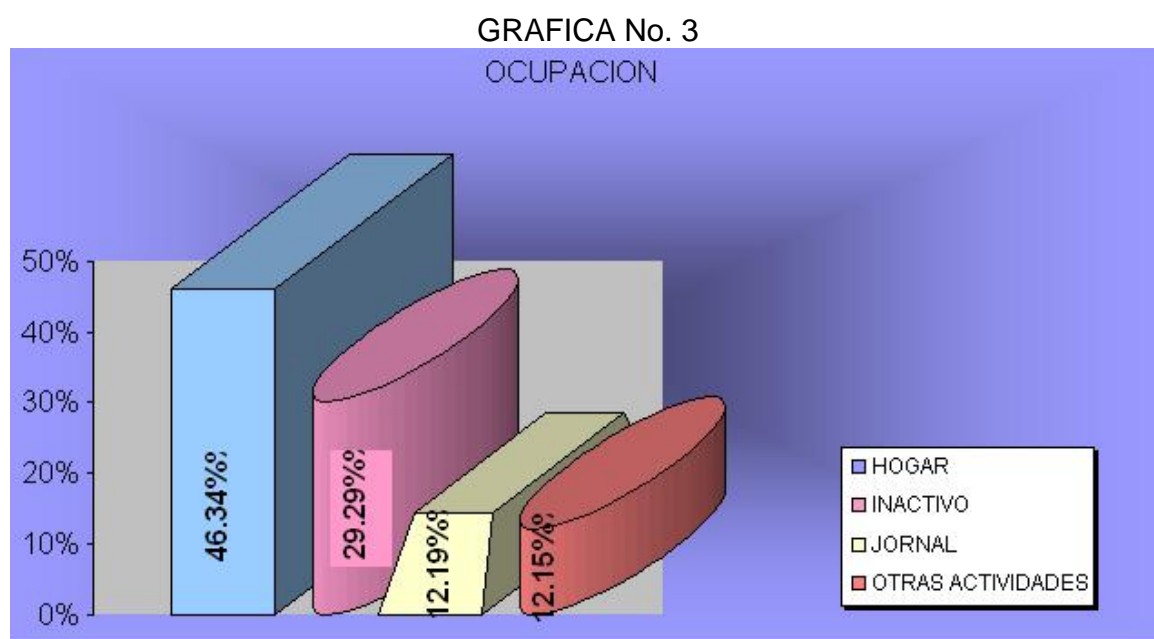
GRAFICA No. 2



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

En cuanto al abordaje que se efectuó a los pacientes crónicamente degenerativos, prevaleció el sexo femenino con un total de 27 casos (65.86%). Debido probablemente a que la mujer es educada y criada para la atención de labores domésticas, no contando con una rutina de ejercicio en sus actividades cotidianas, aunado a que es la que lleva la mayor carga emocional de los problemas familiares, con lo que tiende a desencadenar factores de riesgo para la diabetes mellitus.

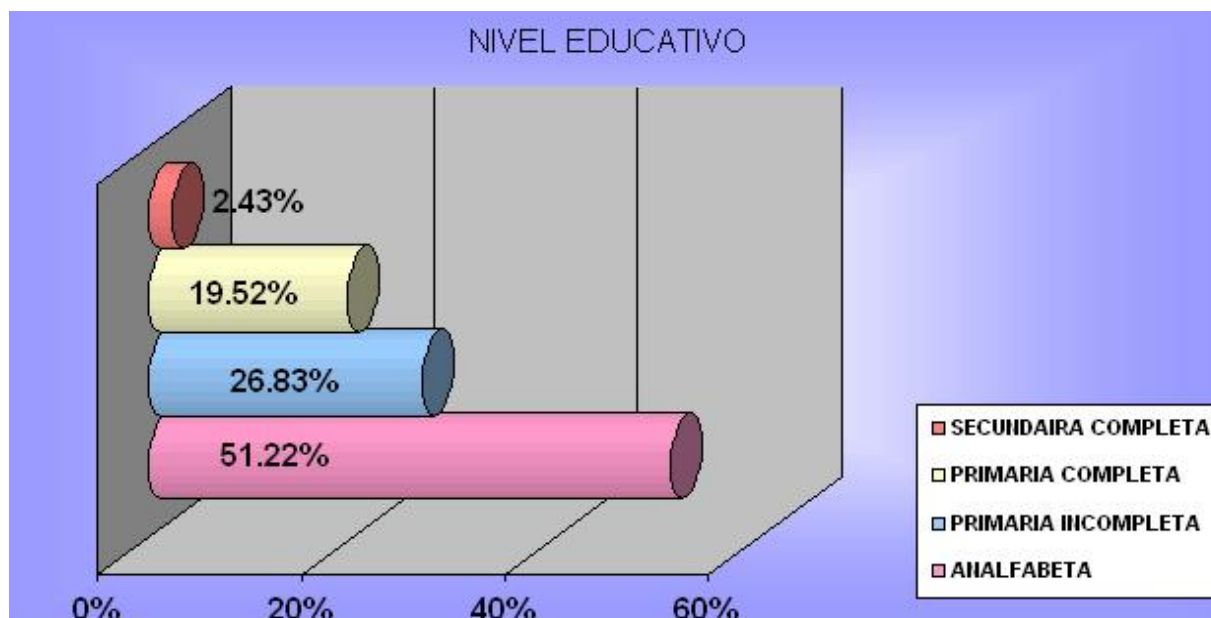
Mientras que el 34.14% pertenecen al sexo masculino siendo menor el porcentaje de prevalencia.



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R.O. No. 30. Mayra García Jiménez, 2004.

Como se puede apreciar el sexo que predomina es el femenino, por lo que sin duda la ocupación que prevalece son las actividades propias del hogar con un 46.34% de un total de 19 casos, le sigue en segundo lugar los pacientes que actualmente se encuentran inactivos con un total de 12 casos y un 29.29% siendo personas que les afecta emocionalmente el que ya no sean productivos aunado a que se vuelven sedentarios ya que no se cuenta con una educación para practicar alguna tipo de ejercicio físico. Por último las actividades productivas van en decremento ya que solo el 12.19% se dedica al jornal actividad propia del campo, herencia de sus padres, con ingreso económico precario. Y el 12.15% es comerciante, empleada doméstica, albañil, plomero y se ocupan en el pastoreo.

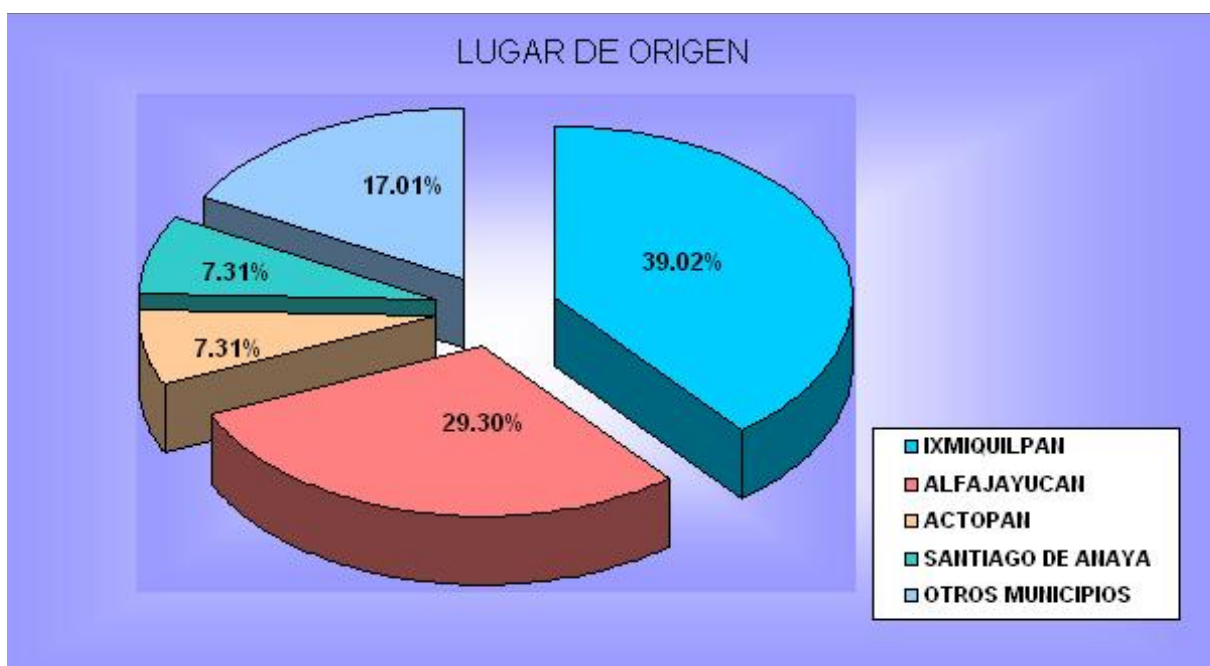
GRAFICA No. 4



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

En cuanto al nivel de escolaridad que prevalece en este grupo de pacientes diabéticos nos podemos percatar que de hecho el mayor porcentaje lo ocupa el analfabetismo con un 51.21%, como resultado del rezago educativo en el ámbito rural en los años 50, siendo un factor de riesgo para el cambio de hábitos y costumbres. Mientras que el 26.83% sabe leer y escribir, estando limitados ya que prácticamente se conforman con firmar y leer un poco. Como es de esperarse la primaria completa únicamente la concluyeron personas que contaban con un sustento económico, siendo la minoría (19.52%). Es importante mencionar que solo 1 persona de 41, cuenta con la secundaria concluida teniendo un porcentaje del 2.43%.

GRAFICA NO. 5



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

El lugar de origen de los pacientes es de suma importancia ya que dependiendo de esté es el acercamiento que tienen a la atención integral que se brinda en esta Institución, percatándonos que de hecho el Municipio con mayor demanda es Ixmiquilpan con un 39.02%, seguido por el Municipio de Alfajayucan localidad muy cercana, considerado con rezago educativo y en materia de salud con un 29.30%, y pese a que Actopan también es Municipio contando con acceso a los Servicios de Salud a través de un Hospital de segundo nivel por parte de los SSH, resulta muy atractivo para los pacientes acudir al Hospital Rural "O" No. 30, ya que se les brinda atención sin ningún costo económico, contando con un 17.01%. Es importante mencionar que se cuenta con un 7.31% de pacientes que acuden del Municipio de Santiago de Anaya y por ultimo cuando hacemos referencia a otros Municipios es porque únicamente se tiene en este muestreo, 1 paciente por cada uno de los lugares aledaños que se mencionan a continuación, Tasquillo, Cardonal, Zimpan, Tula, Nopala de Villagran, San Salvador y Pacula, Hgo.

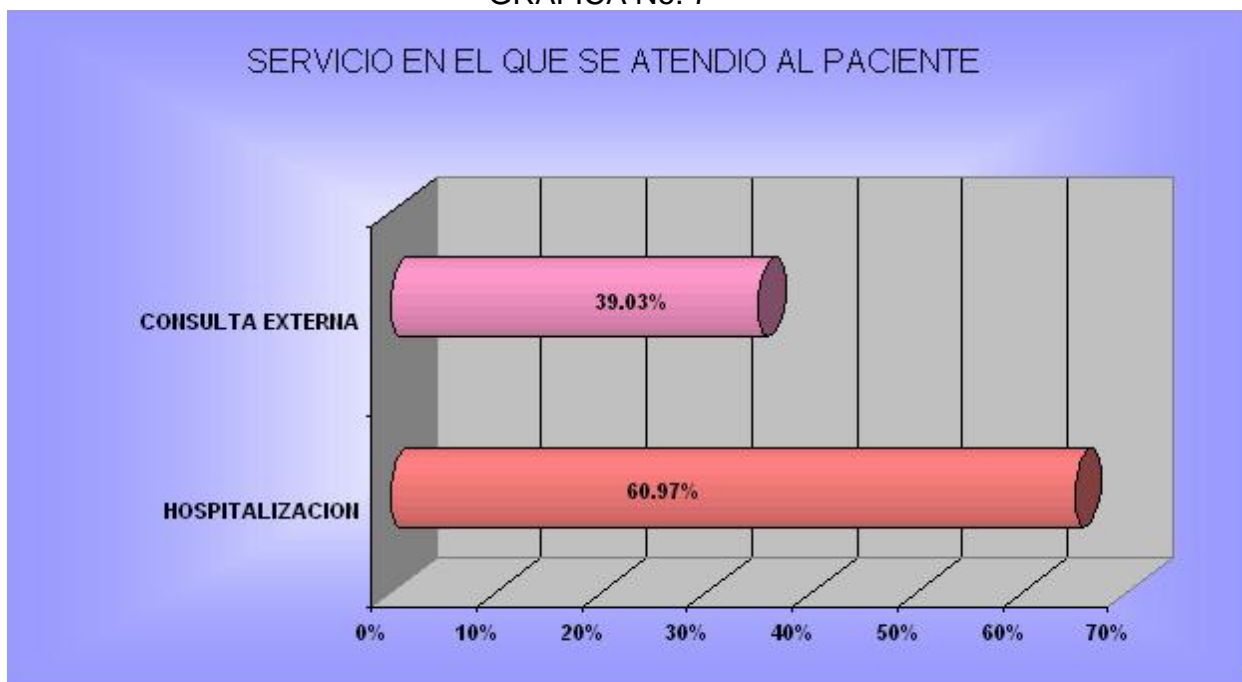
GRAFICA No. 6



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

Es importante conocer el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus que presentan en promedio los pacientes, con la finalidad de identificar el lapso que tarda en recibir atención médica e incorporarse a tratamiento. De los 14 pacientes (34.14%) que tienen de 0-4 años de evolución en su padecimiento, únicamente tres han acudido a 2 consultas posteriores a ser diagnosticados con DM. De los 13 pacientes (31.70%) que tienen de 5 – 9 años de evolución del padecimiento la mitad acudió por lo menos 6 consultas al año. De los 10 pacientes (24.40%) que tienen de 10-14 años de evolución del padecimiento, 8 tienen por lo menos una complicación propia de la patología, acudiendo por lo menos 10 consultas al año. De los 4 pacientes (9.76%) que tienen de 15 a 19 años de evolución del padecimiento, 3 acuden regularmente a su control pero desafortunadamente ya tienen complicaciones.

GRAFICA No. 7



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

El estudio medico social se aplicó a 25 pacientes Hospitalizados (60.97%), que ya presentan algún tipo de complicación y como se puede observar es mayor la incidencia aunado a que es la primera vez que acuden a esta unidad.

En el servicio de Consulta Externa la incidencia es menor, se abordó a un total de 16 pacientes con un 39.03%, derivados por Medicina Familiar, por lo regular el paciente acude cuando inician con más frecuencia los síntomas aunque su tiempo de evolución sea considerable.

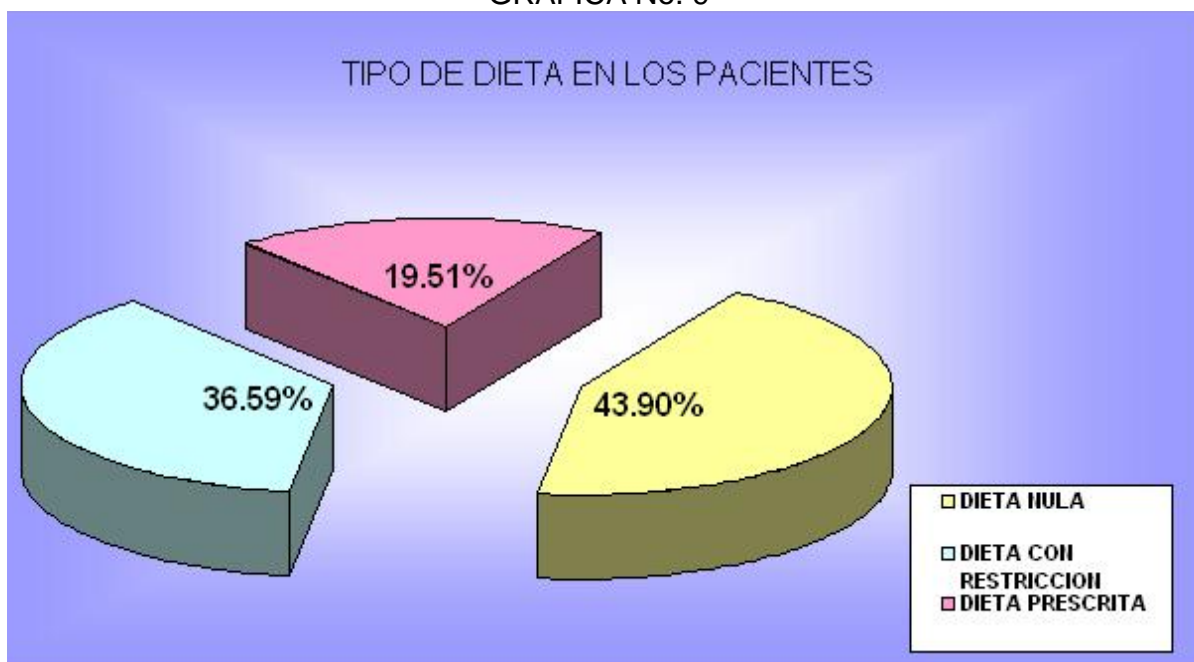
GRAFICA No. 8



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

El motivo por el cual el Departamento de Trabajo Social brindó atención a los pacientes diabéticos hospitalizados es por que en un 74% presentan ya algún tipo de complicación ocasionada por el deficiente control que tienen de su enfermedad, considerados como de alto riesgo por todos los factores que contribuyen a su deterioro de salud, siendo el objetivo principal incorporarlos a un tratamiento integral, identificando los factores que influyen en que el paciente curse con el proceso salud enfermedad y contribuir a su bienestar bio-psico- social. Es importante mencionar que el 26% se encuentran con diagnóstico médico de diabetes mellitus en control siendo pacientes que se atendieron en el área de Consulta Externa, lo que hace referencia a que se está abordando muy tardemente a los pacientes con esta patología de ahí lo prioritario en diseñar actividades preventivas que permitan la detección y tratamiento oportuno de la DM.

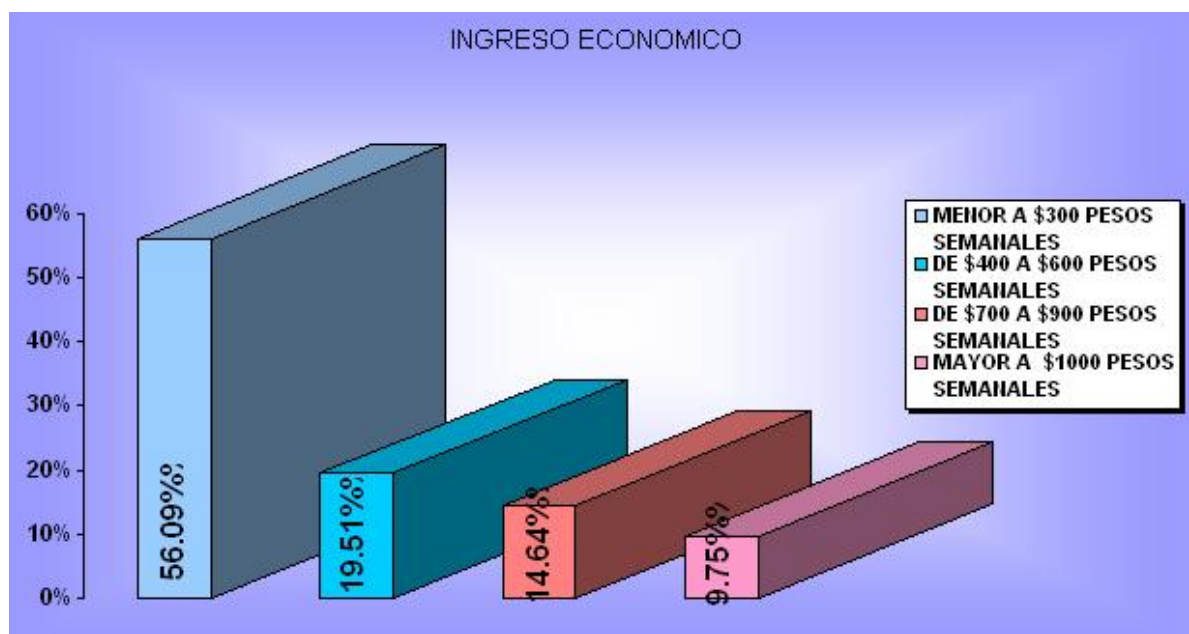
GRAFICA No. 9



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

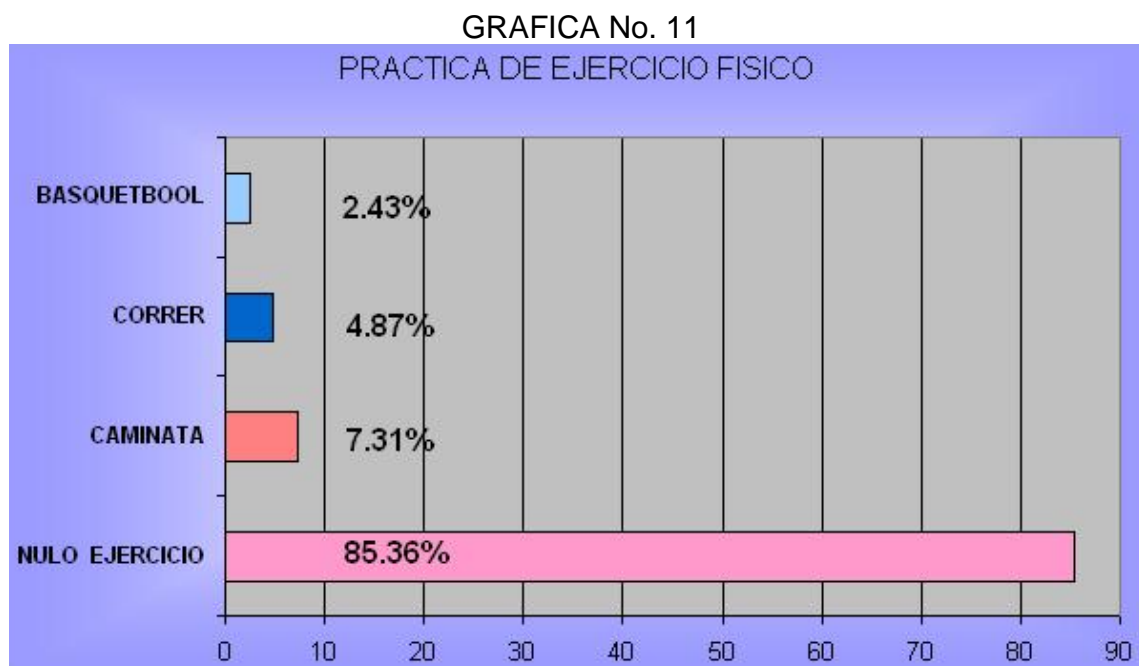
De los factores más importantes que contribuyen a que el paciente se complique son sus hábitos de alimentación, por lo que se indago lo referente a la prescripción de dieta. Se puede observar que el 43.90% no tiene una dieta prescrita y su alimentación es la clásica dieta basada en: Sopa, frijoles, salsa, tortillas sin contar, refresco y algún tipo de bebida que contiene alcohol como el pulque. El 36.59% lleva cotidianamente una dieta con restricción en ciertos alimentos excluyendo por lo regular, el refresco, pan, tortillas y dulces, esto no beneficia en todo al paciente ya que se denota se apegan mas a ello cuando el paciente se siente mal. El 19.51% cuentan con una dieta prescrita por un Nutriologo, calculada de acuerdo a su peso y talla, recibiendo orientación sobre la combinación de alimentos y la utilización de recursos propios de la localidad.

GRAFICA No. 10



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

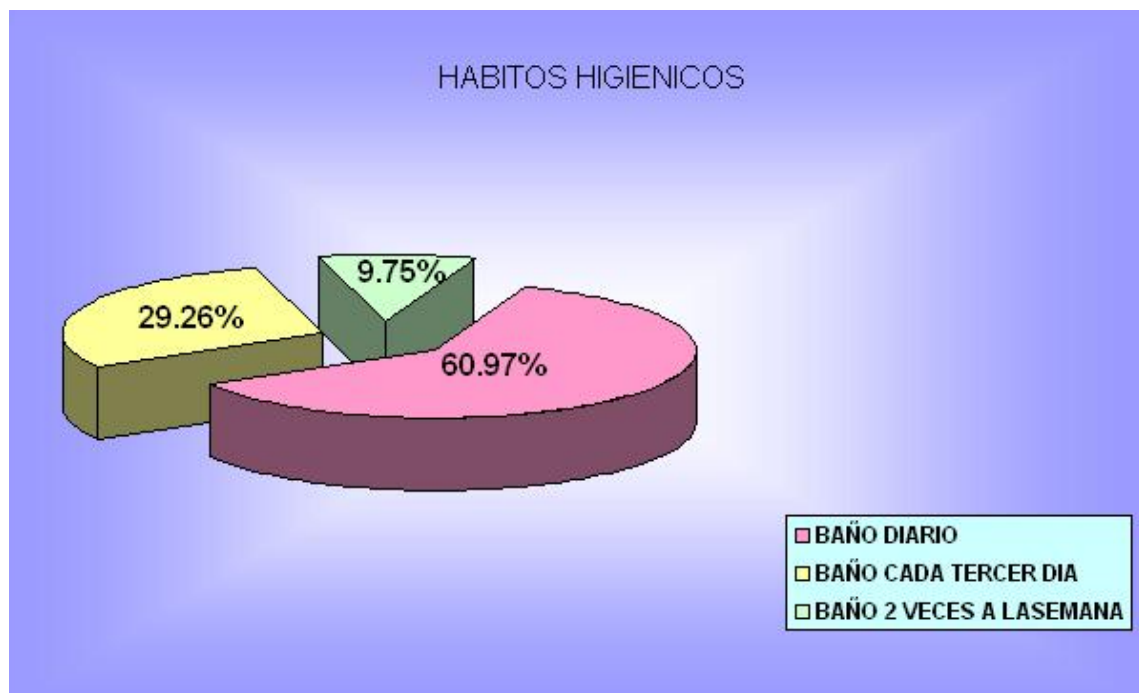
Como se puede observar en la gráfica el 56.06% cuenta con un ingreso de \$300 pesos semanales, seguido de 19.51% que cuentan con un ingreso semanal de \$400 a \$600 pesos. El 14.64% cuenta con ingreso de \$700 a \$900 semanales. El mínimo porcentaje de 9.75% lo representan los pacientes que cuentan con un ingreso mayor semanal de \$1000. Para considerar el aspecto de alimentación, no debemos olvidar el ingreso económico, ya que depende de este el que se pueda llevar a cabo la dieta. Aunque también influye el conocimiento que se tenga en la preparación y combinación de alimentos, se ha observado que en ocasiones aunque se tenga el recurso al alcance, este no se aprovecha, hablando específicamente de un municipio productor de vegetales. Se consideró el ingreso semanal por el tipo de ocupación prevaleciente, por lo regular se paga en forma semanal aunado a que la población de este municipio y de los municipios aledaños están acostumbrados a la adquisición de sus alimentos en los días lunes de cada ocho días en el tianguis de esta localidad.



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

Uno de los factores de riesgo a considerar para la aparición de la diabetes mellitus es la incorporación del ejercicio físico como rutina en la vida diaria, en la gráfica anterior nos podemos percatar que de las personas abordadas el 85.36% (35 pacientes), no practican ningún tipo de deporte, ocasionándoles una vida sedentaria lejos de cualquier ejercicio que contribuya a que su organismo se encuentre saludable. Por el contrario solo la minoría durante el trayecto de su vida ha practicado alguna rutina de ejercicio físico siendo los que tendrán menos problema de incrementar esta tarea en beneficio de su salud y de acuerdo a sus necesidades. El 7.31% (3 pacientes) caminan por lo menos 1 hora diaria, el 4.31% (2 pacientes) corren por lo menos 20 min. Diarios y el 2.43% juega básquetbol como resultado de su actividad física en la juventud.

GRAFICA No. 12



FUENTE: Estudio Médico Social elaborado por el Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" No. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

Es importante mencionar el tipo de prácticas higiénicas con las que cuentan los pacientes, podemos observar en la grafica anterior que el 60.97% (25 pacientes) practican el baño diario como parte de la rutina de limpieza personal. El 29.26% (12 pacientes) se bañan cada tercer día pese a que la mayoría es de la región y el clima es caluroso, propiciando el mal olor, incremento de enfermedades en la piel así como descuido de los pies una de las principales complicaciones en el paciente diabético. El 9.75% (4 pacientes) se bañan 2 veces a la semana, desafortunadamente en estas personas es más difícil el cambio de hábitos deficientes a conductas saludables.

3. ELABORACIÓN DEL DUELO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

Se designa con la palabra DUELO a toda situación de pérdida. El proceso por el cual se supera la aflicción provocada por la pérdida se denomina ELABORACIÓN DEL DUELO. Vivir supone, necesariamente, pasar por una sucesión de duelos y su consiguiente elaboración. El crecimiento en sí, el paso de una etapa a otra conllevan la pérdida de ciertas actitudes, modalidades y relaciones que, aunque sean sustituidas por otras más evolucionadas, afectan al individuo, desencadenando en él procesos de duelos no siempre bien elaborados, de ahí proceden las causas de numerosos trastornos psíquicos.

En 1915 Sigmund Freud en su trabajo titulado “Duelo y Melancolía”, definía el duelo como la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. La patria, la libertad, el ideal, la salud, etc. Consiste en una situación transitoria, que desaparece al cabo de cierto tiempo sin dejar tras de sí grandes modificaciones en lo que respecta a la personalidad del sujeto. Pero para que esto ocurra, para que se arribe a la atenuación progresiva y espontánea del dolor, será necesario que el individuo afectado pase por un proceso psíquico de carácter inconsciente, denominado elaboración del trabajo del duelo.⁵⁵

Etapas del duelo:

Cuando la persona elabora su duelo, suele pasar por varias etapas que a continuación detallamos, mismas que pueden ocurrir en diferente secuencia.

- Primera etapa **Negación:** Es el impacto emocional que se experimenta cuando se sabe que alguien próximo a uno ha muerto o sufre una enfermedad. En esta etapa la mente bloquea la realidad de lo que uno sabe

⁵⁵ Garibay Morales M.A. “Cuando un amigo se va... A los que lloran un ser querido”. Grupo Editorial Tomo S.A. de C.V., Tercera Edición, Enero 1999. Pág. 76.

sobre el caso. Por lo regular el paciente diabético considera que la noticia que ha recibido entorno a su estado de salud es falsa y duda de la noticia que ha recibido por parte del médico a tal grado que decide no regresar a consulta. El dar un consejo al que sufre, en ese momento es inútil, porque la persona niega la realidad como mecanismo de autoprotección. Lo mejor que puede hacer el que quiere ayudar es escuchar empáticamente al otro. Las personas extrovertidas presentan en este momento un comportamiento errático: se dan explosiones de carácter en forma histérica, llanto, golpes, arrojan y quiebran objetos, etc. Las personas introvertidas, en esta fase, se recluyen de la vida social.

- Segunda etapa **Desorganización**: Esta etapa se presenta en el doliente con señales de falta de claridad y de distorsión de la realidad. Reacciona inadecuadamente a las situaciones que le rodean, sus emociones se manifiestan sin contacto real con el mundo circundante. La persona se encierra en su dolor y expresa sus emociones a través de llanto o la charla excesiva en referencia a su enfermedad. En este periodo el doliente no está en condiciones de tomar decisiones importantes, y por lo tanto se le debe sugerir que las posponga. La mejor ayuda que se le puede dar a la persona que atraviesa por esta etapa es mostrarle que se le ama y se le acepta tal y como es, por ello es importante involucrar a la familia con la finalidad de que el paciente se sienta apoyado y comprendido, de esta manera puede atravesar la etapa de desorganización en forma más constructiva.
- Tercera etapa **Enojo**: Caracterizada por emociones tornadizas, se colorea con sentimientos de enojo. El doliente se queja y aún maldice a Dios, al médico, o algún objeto querido. Este enojo, o reacción emotiva, tornadiza, surge principalmente por el desamparo, herida y frustración que se experimenta. La persona, incapaz de manejar las emociones adecuadamente, se rebela contra lo que tiene más próximo así misma. Los sentimientos de culpa pueden obstruir la expresión del enojo. Si el enojo no se expresa, se puede transformar en ira reprimida, con una duración posible de manifestarse con

dolores de cabeza, migrañas u otras formas vicarias de expresión corporal. No todas las personas expresan el enojo o la rabia de la misma manera; algunas lo hacen sumiéndose en la tristeza o depresión. Lo que deben hacer las personas que quieran ayudar al doliente en esta etapa, es permitirle que ventile o exprese verbalmente sus emociones sin juzgarla, de tal manera que su ánimo pueda llegar a curarse.

- Cuarta etapa **Culpa**: A esta etapa del proceso de duelo, la colorea el sentimiento de culpa. Durante este período el doliente recuerda, con resentimiento, las cosas que hizo y que contribuyeron a la pérdida de su salud. La persona idealiza el pasado y se siente responsable por las faltas, los asuntos no terminados o los errores que se cometieron. A menudo la culpa surge de la creencia de que uno pudo haber prevenido la pérdida de su salud. En esta etapa el doliente sólo necesita escuchar de otra persona significativa para él que no hay razón para sentirse culpable: hay tantas circunstancias que se escapan de nuestras manos y, al final de cuentas, nadie es todopoderoso. Aún después de haber recibido algún consejo en esta dirección, el sentimiento de culpa se puede seguir dando en el doliente. Lo que hay que hacer, en este caso, es escuchar con comprensión y afecto a la persona y dejar que llegue al punto en que ella se perdona así misma. La plena aceptación del doliente, por parte de una persona significativa, es de suma importancia en esta etapa del proceso de duelo.
- Quinta etapa **Soledad**: Esta etapa de duelo es peligrosa para la persona que sufre. El vacío que ahora se da, pide desesperadamente que se llene. La actitud más valiente y sana que debe adoptar el que sufre una pérdida, es enfrentar la ausencia tal como se da, y no tratar de reemplazarla. Los escapismos impiden expresar plena y sanamente el dolor, lo cual es necesario para poder recobrase de la pérdida, la soledad y así emprender una nueva vida.

- Sexta etapa **Alivio**: A veces el doliente no sabe manejar el sentimiento de alivio que experimenta: se siente ambivalente frente a él. Por un lado se dice: ¿cómo puedo experimentar ahora algo contrario al dolor que he pasado? Es necesario que se dé cuenta de que el sentimiento de alivio es normal en estas circunstancias y que es parte de la realidad que se da en toda la vida humana. En esta línea de acción deben involucrarse los que están cercanos a la persona que atraviesa por esta etapa del duelo.
- Séptima etapa **Restablecimiento**: Esta etapa se desarrolla lentamente, a medida que el doliente aprende a manejar los sentimientos de culpa que tiene y los ensueños van terminando. De esta manera, el doliente vuelve a vivir, ve el futuro con más confianza y seguridad en sí mismo; goza más el presente. A medida que se va fortaleciendo y restableciendo de la pérdida, siente que vuelve a nacer con nuevos bríos y nuevas perspectivas, en esta etapa se incorpora el paciente a un tratamiento integral propiciando el autocuidado de su salud. Hace planes de acción y siente que la vida merece vivirse.

Es importante señalar que la persona que, por una razón u otra, no elabora completamente el proceso de duelo, puede llegar a caer en comportamientos inadecuados, como sería: la desesperación que puede sumergir en la depresión y/o llevar al suicidio moral o físico. En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad.⁵⁶

Aunado a lo anterior el paciente diabético experimenta una serie de sentimientos encontrados al paso de esta etapa de duelo, citando algunos:

⁵⁶ Vicent Peale Norma. "Por qué creo en la vida después de la muerte". Editorial Grijalbo. Primera edición 1996. Pág. 139.

Miedo: a lo que vendrá, al rechazo, al no poder hacer frente a los gastos económicos por la enfermedad.

Frustración: por no poder realizar sus metas, sueños, anhelos, a los gastos a consecuencia de la patología, se truncan los proyectos de vida.

Coraje: que me pasara a mí, como enfrentar la vida de ahora en adelante, lo que clásicamente se manifiesta por el paciente ¿por qué yo?, ¿por qué a mí?

Culpa: por que a un cuando pude evitarlo no lo hice o no quise.

Tristeza: por que no salieron las cosas como yo las esperaba, porque voy a sufrir y hacer sufrir a los demás.

Nostalgia: por no poder hacer lo que antes hacia. Por tener la necesidad de cambiar mis hábitos de vida.

Resignación. Por que no puedo cambiar mi enfermedad y voy a aprender a vivir con ella porque el hecho es real.

Esperanza: de que se retrase el proceso, de que se descubra una medicina, de que no me rechacen, de que me traten bien.

4. REPERCUSIÓN EN LA FAMILIA DEL PACIENTE DIABÉTICO

La definición de familia que nos proporciona Luis Leñero es: "Considerado como grupo primario, que se encuentra constituido por personas relacionadas entre sí, teniendo como base lazos de parentesco, así como de vivienda en común". Nos propone que antes de establecer relaciones socializantes, dentro de una dimensión formal, institucional, existe una experiencia social espontánea que no es otra cosa que las relaciones primarias humanas. Grupo primario, es el conjunto de personas que mantienen entre sí, en forma común y unitaria, relaciones directas, personales, de cara a cara. En este grupo primario, existe un vínculo común entre sus miembros por medio del cual, comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y de aspiración en forma frecuente y significativa. El grupo primario sirva como medio para que los individuos se manifiesten con sus características psicológicas y físicas frente a los demás; es decir, el grupo primario, es el lugar de expresión de la interrelación social espontánea; este grupo, puede favorecer su desarrollo social o inhibirlo en forma decisiva. Es trascendental mencionar lo anterior para entender que en la mayoría de los casos de pacientes diabéticos, aunado al proceso de duelo al que se enfrentan, repercute en gran parte el que logren la autoaceptación de su enfermedad el tipo de familia con el que cuenten ya que como grupo primario recibirá de está, un soporte emocional que le permitirá al paciente enfrentar su realidad.⁵⁷

*El tipo de familia al que nos enfrentamos en el abordaje del paciente diabético es la **Familia de tipo rural**, que generalmente es una familia extensiva, numerosa y mixta, de bajo nivel económico social y cultural; con un tipo de vivienda donde se carece de servicios públicos. Su ocupación es la agricultura, generalmente los limita a una subsistencia física, existe confusión, normas morales, atraviesa por la problemática que significa la emigración por lo que respecta a la economía, está es precaria. Si a toda la situación expuesta le anexamos que al Jefe de Familia como se denomina al*

⁵⁷ Análisis del ejemplo que expone Leñero en su libro "La Familia", Pág. 59.

adulto mayor dentro del núcleo familiar es portador de una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes mellitus, afectara la dinámica de la vida familiar en el sentido de que mientras que el paciente pase por el proceso de duelo su estado de animo influirá en las relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia, así como en la comunicación a tal grado que el enfermo piense que no es entendido y comprendido por las personas que ama y se encuentran dentro de su grupo primario, del que se supone debe de recibir apoyo. Otra situación que se puede dar es que el paciente comience una lucha constante, teniendo como contrincante principal su propia familia, ya que en el afán de que el enfermo se encuentre bien, su grupo primario adopta el papel de "nana", en donde se mantiene al pendiente del tratamiento otorgado por el medico, no permitiendo que el paciente se responsabilice de su propia salud, ocasionando con esta actitud únicamente la sobreprotección y el cansancio de los integrantes de la familia. Estas situaciones pueden propiciar que el paciente aunado a su patología busque refugio en la ingesta de bebidas alcohólicas, se propicie la desintegración familiar, o bien que el paciente se quede solo.

*También es importante mencionar que nos encontramos con **familias funcionales**, en donde se mantienen valores y sobretodo se mantiene una comunicación asertiva, el paciente atraviesa por el proceso de duelo, con apoyo emocional y logrando la autoaceptación de su padecimiento con una actitud positiva ante la enfermedad y partiendo de esto logra la modificación de su proyecto de vida entorno a su realidad actual.*

CAPÍTULO

V

PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DIABÉTICO

1. TRABAJO SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

Por la importancia que tiene la salud pública en las condiciones generales de vida de la población, por la propia función humanística y por sustentar sus acciones en la organización y fomento de la participación efectiva del pueblo, se puede deducir la trascendencia que el trabajo social representa en estos programas. El trabajo social tiene un amplio campo de acción, tanto en lo referente a los problemas de salud grupales y colectivos como los de carácter individual, incluyendo en cada uno el proceso metodológico de investigación, diagnóstico, pronóstico, plan y evaluación.

Tradicionalmente, la principal función del trabajo social en las instituciones de salud se ha dirigido a la atención de problemas individuales; sin embargo, a estas se deben de sumar tareas trascendentales de grupos y sobre todo de comunidad a cargo del profesional de trabajo social. En las actividades de salud, la población no debe ser un elemento pasivo y expectante, que se concrete a recibir atención y servicios. El trabajador social es un personal específico como catalizador de la movilización comunal en estas actividades. Este profesional basado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud.⁵⁸

La orientación de los individuos, de los grupos y de la comunidad, particularmente en los aspectos de modificación de hábitos para tener conductas saludables, es una función de todo trabajador de salud; por lo tanto, debe de aprovecharse de los diversos contactos que se tiene con la gente para transmitirles mensajes. El trabajador social debe ser un elemento que promueva el cambio de las actitudes

⁵⁸ Sánchez Rosado M., Manual de Salud Pública, ENTS/UNAM, 1998, Pág. 230,231 y 232.

desfavorables para la salud, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y restauración.

En el trabajo de grupos la función de esta disciplina es de particular importancia, porque en toda comunidad funcionan grupos que forman los subsistemas de la morfología social. El trabajador social debe movilizar los grupos, por lo menos los principales, para que participen en las actividades de salud. La organización de nuevos grupos, sobre todo con carácter específico, como comités de salud, grupos de promotoras sociales voluntarias, asistentes rurales de salud y grupos educativos es una labor importante del trabajador social. Esta participación constituye el marco general que asegura una mayor proyección de las actividades y sobre todo, permite que los resultados sean más duraderos. El trabajo de grupos y el de comunidad es un valioso recurso para contribuir a la solución de los problemas de salud.⁵⁹

Una función específica de particular interés en la que el trabajo social debe jugar un importante papel es la coordinación de recursos, lo que redundará de inmediato en un mayor rendimiento de los esfuerzos. La falta de coordinación intra e interinstitucional es desgraciadamente un problema frecuente en el que debe ponerse un máximo entusiasmo para procurar su solución, porque resulta paradójico que haya dispendio de recursos frente a múltiples necesidades que no se están satisfaciendo debidamente. En este sentido existen amplias posibilidades para el trabajo social, que debe hacer de esta tarea una de sus principales actividades.⁶⁰

La coordinación de actividades del sector salud y de los diversos servicios de una institución es un principio fundamental para que los programas logren una productividad acorde con los recursos que se invierten. El trabajador social debe ser un promotor permanente del trabajo en equipo, y la mejor forma de promoverlo es teniendo una actitud que fomenta la acción solidaria entre el personal, así como de

⁵⁹ Sánchez Rosado M., Manual de Salud Pública, ENTS/UNAM, 1998, Pág. 232.

⁶⁰ Sánchez Rosado M., Manual de Salud Pública, ENTS/UNAM, 1998, Pág. 233.

los distintos servicios de la institución. Debe interesarse porque la comunidad tenga una imagen correcta de la institución y para ello se requiere que:

- 1. La institución satisfaga demandas sociales*
- 2. El personal desempeñe su función con responsabilidad, capacidad, humanismo y entusiasmo.*
- 3. La población sea tratada con amabilidad y con sinceros deseos de que mejore en sus condiciones de salud.*

El trabajador social tiene también en este campo una amplia labor que realizar en cuanto a las buenas relaciones públicas, le corresponde en su mayor parte, propiciar y fomentar la organización que favorezca una relación más estrecha entre los servicios de salud y la comunidad. En toda institución se requiere establecer un proceso de actividades encaminadas a difundir la misión de su creación así como fomentar conductas en los prestadores de servicio que permitan otorgar una atención con sentido humanista, independientemente de la labor que desempeñen. El Trabajador Social es un personaje de suma importancia dentro del equipo multidisciplinario para el cumplimiento de los objetivos institucionales, en su quehacer diario a través del contacto directo con la gente, siendo un intermediario entre el usuario y la institución, portador de las inquietudes, quejas, sugerencias y felicitaciones por el servicio que reciben, como resultado de las relaciones públicas que se dan en este contexto.⁶¹

Contando con un panorama sobre la conducta del prestador de servicio, el Trabajador Social debe de participar en programas de capacitación enfocados a fomentar el Desarrollo Humano de los que participan en el contacto directo con el usuario, reforzando la comunicación interpersonal efectiva del prestador de servicios. Cada vez más estudios sobre calidad de atención demuestran que una comunicación interpersonal efectiva entre prestadores de servicios y usuarios logran los objetivos propuestos de toda Institución.

⁶¹ Las Relaciones Humanas, Álvarez Román, ED. Luz, México, D.F., 14 edición. 1989. Pág. 15-26.

Las funciones del trabajo social se llevan a cabo en el nivel local, regional y nacional; Cualquiera que sea su posición, su labor en síntesis, debe tender de acuerdo con su propia conceptualización a contribuir al conocimiento de los problemas y recursos en materia de salud, a promover la coordinación de los recursos públicos, a participar con eficiencia en la elaboración y ejecución de programas, a organizar y fortalecer los grupos con proyección social, a promover o consolidar una estructura de la comunidad que responda auténticamente al interés de resolver los problemas colectivos, a concienciar a la población sobre sus problemas de salud y las alternativas de solución, y fomentar una participación efectiva de la población en la resolución de esos problemas.

En las instituciones de salud las actividades de promoción y organización así como la participación activa de la población en los programas vigentes, recaen esencialmente en los servicios de trabajo social. El trabajador social, en consecuencia debe estar consciente de esta responsabilidad que tiene una gran significancia para el mejoramiento de las condiciones de salud.

2. VISION Y MISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO, EN EL H. R. “O” No. 30, IXMIQUILPAN, HGO.

Visión: Contribuir a la modificación de la cultural prevaleciente en materia de salud de la población adscrita y del universo de trabajo, como impacto para disminuir considerablemente la morbilidad y mortalidad. Esto con la participación consciente y orientada de la gente, así como la coordinación activa con las diferentes instituciones gubernamentales relacionadas a educación, con la finalidad de que se continúe propiciando el cambio en la idiosincrasia de la población.⁶²

Misión:

- Brindar a las familias beneficiadas con el Programa de **OPORTUNIDADES Y PREVENIMSS**, atención integral, identificando necesidades de salud y dando respuesta a las mismas, proporcionándoles atención en cada una de las prioridades del programa.
- A través del I.C.E (Información, Educación y Comunicación), fortalecer las acciones de detección oportuna de las enfermedades emergentes.
- Identificar los factores socioculturales que impiden un adecuado control en los pacientes con enfermedades crónico degenerativos (**diabéticos**), de alto riesgo, así como la causa de abandono en el tratamiento médico y social, a través del estudio médico social, analizando como contribuye la problemática familiar y situación emocional del paciente.
- Reconquista de pacientes con enfermedades emergentes considerados como de alto riesgo cuando abandonan su tratamiento médico, estableciendo estrategias para lograr su reincorporación al mismo.
- Formación de grupos educativos de pacientes con enfermedades emergentes (diabéticos) con la finalidad de iniciar un proceso de enseñanza en torno a su

⁶² Diagnóstico Socio cultural del Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural “O” Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Pág. 5. Mayra García Jiménez.

patología involucrándolos en el autocuidado de su salud, con plena convicción de que para modificar actitudes es importante la capacitación.

- Identificar a los pacientes diabéticos del Universo e trabajo con la finalidad de propiciar el acercamiento de los servicios.
- Mantener coordinación con instituciones como el INEA, DIF, INI, para promoción de grupos de alfabetización, recreativos, culturales logrando establecer proyectos productivos en el Universo de Trabajo
- Identificar necesidades de los usuarios a través de encuestas de calidad de la atención con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios en cuanto a la prestación de servicios.
- Capacitación a la Estructura Comunitaria (Asistente Rural de Salud, Comité de Salud y Promotoras Sociales Voluntarias), sobre todas y cada una de las prioridades antes mencionadas para lograr su participación activa en las mismas, en el universo de trabajo.⁶³

Para lograr los resultados esperados y contribuir a la modificación de conductas y actitudes de riesgo el departamento de trabajado social aplica el proceso metodológico basado en la Investigación, Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación de actividades en todos y cada uno de los Programas Institucionales encaminados al mejoramiento de la salud en la población, enfocados en la intervención con casos, grupo y comunidad. Aunado a esto se mencionan algunas funciones importantes que apoyan las actividades del Trabajador Social tales como:

- **Capacitación:** *Participa en la capacitación de los integrantes del equipo de salud, dando a conocer los factores socioculturales y económicos que intervienen en el proceso salud - enfermedad, así como las actitudes y valores que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud en el ámbito comunal, grupal e individual.*

⁶³ Diagnóstico Socio cultural del Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural "O" Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Pág. 6. Mayra García Jiménez.

- **Educación:** *Participa en programas de educación para la salud dando al público información adecuada al respecto, a la vez que sensibiliza y motiva para que participen activamente en el autocuidado de su salud. Conscientiza a la población para ubicarla en su realidad social y que esta contribuya al mejoramiento de su salud.*
- **Promoción:** *Participa en la promoción de programas de salud, así como en la organización de Comités y grupos de la comunidad atendida para que participen en programas de mejoramiento en los diversos aspectos de la salud. Fortalece la unidad familiar, ya que ésta es medio de integración o desintegración, de salud y enfermedad. Todo lo anterior es parte de la promoción social que constituye la calidad de persona y permite adelantar, levantar o elevar al individuo a una dignidad o nivel superior a través de sus propios recursos, o de los recursos familiares e institucionales a su alcance.*
- **Coordinación:** *Establece canales de comunicación interna y externa con todos los recursos humanos institucionales para lograr los objetivos y metas de los programas de salud. Se integra en forma organizada al equipo de salud, cumpliendo el rol que corresponde a la profesión, sin perder de vista el que desempeñan los demás miembros del grupo. Sirve de enlace entre la población atendida y el equipo de salud, autoridades institucionales y gubernamentales, a fin de lograr la ejecución de los planes y programas de salud.*
- **Asistencia:** *Realiza acciones necesarias tendientes a resolver problemas sociales, que interfieran con la prevención, control y rehabilitación del paciente. Orienta y apoya a aquellos pacientes que encuentran obstáculo para recibir asistencia médica.*

3. MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS CON PACIENTES DIABÉTICOS.

*El abordaje del paciente diabético por parte del trabajador social debe de hacerse empleando el proceso metodológico (Investigación, Diagnóstico, Pronóstico Social, Plan y Tratamiento Social, con la finalidad de encausar acciones para lograr que el “usuario”⁶⁴ autoacepte su patología y se responsabilice de su salud. **El presente modelo de intervención en el trabajo social de casos correlaciona la experiencia en la práctica adquirida durante trece años de labor dentro del Hospital Rural No. 30 en el Departamento de Trabajo Social y la teoría basada en el proceso metodológico de casos.***

La solicitud de servicios constituye el primer paso mediante el cual se inicia un caso en el trabajo social científico. Los problemas sociales llegan al trabajador social en forma de “casos”, y, de acuerdo con el problema predominante, los denominamos casos medico sociales. En todos los casos se recogen y valoran los datos objetivos o concretos, y los subjetivos, que abarcan las implicaciones psicológicas, de vital importancia para la interpretación de los problemas del usuario. Todos los casos, aun los más simples, tienen implicaciones de esta índole, razón por la que es necesario que el trabajador social esté preparado para interpretarlas. Una simple sonrisa, un sonrojo, el tono de voz, los gestos, etc., son hechos que muchas veces dicen más que las palabras, las manifestaciones psicológicas son más elocuentes que la misma conversación.⁶⁵

⁶⁴ NOTA: Para referir al individuo, sujeto que solicita un servicio para mejorar sus condiciones de vida o para la resolución de un conflicto, se ha utilizado la palabra USUARIO, término que incorpora a mujeres, hombres, niños, niñas, jóvenes y adultos mayores. Modelo de Intervención Individualizada, Laboratorio de Microenseñanza para la Construcción de Modelos de Intervención Profesional de Trabajo Social, Lic. Lizbeth Camacho González, Cd. Universitaria, D.F., 1998, Pág. 18.

⁶⁵ Compendio Serie: Metodología para el Trabajo Social, Instituto de Solidaridad, Serie 151, Buenos Aires Argentina, Pág. 139.

Contextualización de Modelo de Intervención Individualizada: Es un proceso que plantea pasos, objetivos y particularidades en la interrelación de un individuo o un grupo primario con un profesionista de la acción social, frente a un hecho o evento que presenta cierta disfuncionalidad y que requiere de cambio para lograr un estado de bienestar para el individuo, su familia y grupo.⁶⁶

Objetivo: *Es movilizar las capacidades del individuo, para que transforme su realidad a través de la Educación Social, enfrentando sus problemas, por medio del esfuerzo personal y con los recursos familiares, institucionales o comunales, a su alcance.*

Etapas para la realización del Estudio Médico Social en el abordaje del paciente diabético.

Investigación Social: Es la indagación de los factores bio psico sociales de un ser humano, que intervienen en un determinado problema social que presenta este, tomando en cuenta su dinámica familiar y su entorno social en el que e desenvuelve, a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio para lograr el mayor grado de integración del individuo a la sociedad.⁶⁷

- *Las técnicas a utilizar en esta etapa son la entrevista, la observación (cuidando muy detalladamente su comportamiento y su actitud ante el problema) registrando lo más relevante en el diario de campo, para que posteriormente se plasme en el estudio médico social.*
- *Sintetizar y analizar los aspectos más importantes identificando los factores bio psico sociales.*
- *El estudio de las fuentes directas e indirectas, (la familia, los parientes, amigos, jefes, maestros etc.)*

⁶⁶ Modelo de Intervención Individualizada, Laboratorio de Microenseñanza para la Construcción de Modelos de Intervención Profesional de Trabajo Social, Lic. Lizbeth Camacho González, Cd. Universitaria, D.F., 1998, Pág. 18.

⁶⁷ Metodología para el Estudio Social de Casos, Edna Meave, Colección Trabajo Social 1998, Etme Ediciones, México, D.F., 3ª. Edición, Pág. 8.

- *Establecer una hipótesis de la posible causa de la problemática siendo el motivo de estudio e integrándolo como parte esencial en el Diagnóstico que se le elabora al usuario.*
- *Aplicar las habilidades de la comunicación interpersonal con enfoque educativo.*
 1. *Saber cómo escuchar, escuchar atentamente (comunicación no verbal).*
 2. *Saber cómo preguntar, (formular preguntas significativas).*
 3. *Saber cómo informar (proveer información)*
 4. *Saber cómo responder a las necesidades del usuario, (dar validez al usuario)*
 5. *Saber cómo estimular la participación del usuario.*
 6. *Saber cómo expresar emociones positivas (identificar y reflejar sentimientos).*

La entrevista en el Estudio Social de Casos: Se considera el recurso por excelencia para acompañar todo el proceso de intervención. En el Estudio de Casos la entrevista es considerada como una técnica por medio del cual se adquiere información básica al diagnóstico, se puede realizar un tratamiento efectivo, esta técnica permite:

- Establecer el contacto persona a persona, con el usuario que solicita la intervención.
- Lograr un diagnóstico integral acertado.
- Corroborar la pertenencia y prioridades del plan de intervención.
- Valorar periódicamente las necesidades, estados, logros en forma conjunta con los usuarios y el equipo interdisciplinario.
- Mantener comunicación directa de inicio a fin en el proceso de trabajo con individuos y su familia.⁶⁸

⁶⁸ Modelo de Intervención Individualizada, Laboratorio de Microenseñanza para la Construcción de Modelos de Intervención Profesional de Trabajo Social, Lic. Lizbeth Camacho González, Cd. Universitaria, D.F., 1998, Pág. 33.

En la intervención individualizada se recomienda el uso de la entrevista semi abierta o semi estructurada. Esta se caracteriza por tener una guía de datos e información necesarios a obtener, a través de convocar a que el usuario hable de los aspectos que le son más relevantes y significativos. El entrevistador es flexible en el orden y forma en que se abordan los temas y su intervención permite **explorar, clarificar, confirmar**, el testimonio y comunicación del usuario. También, desarrolla de manera enfática, habilidades para escuchar, observar y establecer contacto o empatía con el usuario. Para cualquier tipo de entrevista se considera que el tiempo recomendable de aplicación, es entre 50 a 90 minutos máximo.⁶⁹

La orientación educativa para la salud, en forma individual, se proporciona a través de la entrevista. Los pacientes o sus familiares pueden llegar espontáneamente a Trabajo Social, referidos por personal o requeridos por el propio servicio. Algunas consideraciones en relación con la comunicación interpersonal son las siguientes: conviene utilizar un lenguaje sencillo acorde a la región que permita una comunicación fluida y entendida por el entrevistado, ser empático y evitar el tono de conferencia, regaño o desaire y recordar que la comunicación entraña dar y recibir; por lo tanto, se debe escuchar atentamente para comprender los intereses e ideas de la persona, ya que esto significa respeto a la misma. Animar para que hablen libremente, sin cortar, interrumpir, ni discutir. Finalmente, conviene asegurarse de que el mensaje se ha entendido, solicitando el punto de vista del entrevistado y tratar de derivar de la entrevista algún compromiso o seguimiento. La entrevista permite al trabajador social conocer muchos aspectos de la cultura local que puede utilizar en las reuniones grupales, así como compartir con el personal de salud.

Del primer contacto con el usuario depende el éxito que se tenga para que esté de seguimiento a las indicaciones otorgadas por el médico tratante así como a las recomendaciones hechas por el propio trabajador social, cuando el usuario se siente

⁶⁹ Modelo de Intervención Individualizada, Laboratorio de Microenseñanza para la Construcción de Modelos de Intervención Profesional de Trabajo Social, Lic. Lizbeth Camacho González, Cd. Universitaria, D.F., 1998, Pág. 33.

entendido, comprendido y ha recibido información clara y precisa sobre su situación de salud, se podría decir que es un muy buen comienzo en el camino al logro de la autoaceptación de su enfermedad, ya que posterior a ser canalizado al servicio, el usuario experimenta un sin fin de sentimientos encontrados por la pérdida de su salud, al ser abordado por el trabajador social le permite expresar su sentir, e ir asimilando la importancia que tiene el que se auto responsabilice de su salud y participe en su cuidado, es importante mencionar que se debe de explorar que tantos conocimientos, prejuicios y tabú tiene el paciente, con la finalidad de tener un panorama amplio y saber en donde enfatizar las acciones de educación para la salud.

Afortunadamente en la práctica se ha logrado el incorporar a pacientes diabéticos a un tratamiento integral (llevando una dieta, realizando ejercicio físico, emocionalmente estables y acudiendo en forma periódica con su medico tratante así como acudiendo a un grupo educativo y posteriormente integrado a un grupo de autoayuda), adoptando una actitud positiva, asimilando su problema de salud e involucrando a la familia, dejando una satisfacción personal de poder lograr cambios en los estilos de vida que favorezcan la salud de los pacientes, habiendo empleado conocimientos teóricos en Trabajo Social de Casos, con habilidades y herramientas propias de la profesión. Pero si bien es cierto el empleo de estos conocimientos no son una receta de cocina, al hablar de usuarios, estamos hablando de seres humanos únicos y por esa sencilla razón cada caso es irrepetible e impredecible, se ha visto que cuando por alguna circunstancia el trabajador social no aborda al usuario en forma adecuada, el resultado es un paciente que desafortunadamente no ha auto aceptado su enfermedad, llevándolo a una actitud negativa, sin conocimiento de la importancia que tiene el tratamiento integral y sin aceptación de asistir a un grupo educativo. Es por ello que a continuación se mencionara teoría que a mi juicio es importante conocer y poner en práctica cuando se aborda a un usuario.

Diagnóstico Social: *Puede definirse, desde el punto de vista del trabajador social, como la interpretación de la situación presentada por el usuario.* La interpretación se realiza basándose en la investigación. Planteando a través de este un análisis consecuente de los factores relevantes que contribuyen a la situación problema, con enfoque bio-psico-social dando respuesta a la hipótesis formulada. En el trabajo social se le da al diagnóstico un carácter dinámico, porque su parte medular está representada por el individuo y su conducta, siempre en constante evolución y movimiento. Por esta razón, ninguno, o muy pocos diagnósticos sociales, son definitivos. Un diagnóstico integral considera la información socioeconómica, familiar y psicosocial. La información contenida en el diagnóstico ha de manejarse con gran reserva hacia el usuario y con profesionalismo entre el equipo de salud. Se manejan dos tipos de diagnóstico:

1. **Inicial:** Es el primer diagnóstico formulado. Casi nunca es definitivo; se acepta el principio de la rectificación. Debe incluir el principal problema que presenta el caso, los factores causales del mismo, el variado efecto de las causas en el comportamiento del usuario, la “personalidad”, que es otro de los tópicos que deben aparecer en el diagnóstico inicial.⁷⁰
2. **Posteriores:** Su principal objetivo es exponer la interpretación de los nuevos problemas que van presentándose en el curso del trabajo de casos, lo cual implicará, probablemente, cambio de planes y tratamiento. En un expediente clínico pueden aparecer notas de trabajo social en donde se le dará seguimiento al caso en donde pueden aparecer tantos diagnósticos posteriores como se estime necesario. En ellos es importante prestar atención a las fases que, evolutivamente, van presentándose en el caso. Reacción del usuario, efectos del tratamiento, cambio en interés, actitudes. Todo diagnóstico debe ser considerado como un proceso paralelo al tratamiento y no solamente como un paso previo del mismo. El diagnóstico se inicia desde el

⁷⁰ Manual de Trabajo Social, Castellanos María C. La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978. Pág. 117.

momento en que el usuario es observado por primera vez por el trabajador social y continúa a lo largo de todo su contacto con el mismo.⁷¹

Pronóstico Social: En el trabajo social es el enunciado de las posibilidades de fracaso o de éxito del tratamiento, de acuerdo a la actitud del usuario ante su problema, a la dinámica familiar, al medio ambiente en el que se desenvuelve y a los recursos materiales con los que cuenta para modificar hábitos y actitudes no saludables que repercuten en su patología. El pronóstico, en general, deja ver la opinión del trabajador social respecto a las posibilidades, más o menos ventajosas, que el caso pueda ofrecer.⁷²

Plan Social: Al formular un plan debe tenerse en cuenta que va a convertirse en acción y por lo tanto sólo deberán incluirse aspectos prácticos y de posible realización, convendrá dar preferencia a los pasos que van a producir resultados inmediatos, porque estos garantizan la consecución de los pasos más difíciles y despiertan la confianza del sujeto del caso. Es la exposición de actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del usuario. Los factores a considerar en el plan son las necesidades del usuario y los posibles recursos de la comunidad, considerando que el propio individuo debe de intervenir en las alternativas de solución a su problema y el trabajador social deberá de proponer acciones enfocadas a orientar en una racional utilización de recursos individuales, familiares e institucionales. Existen dos tipos de planes. **El plan tentativo** tiene carácter exploratorio y experimental. Su duración es variable, de horas a meses. Después del diagnóstico inicial es muy recomendable el plan tentativo, a través del cual, el aplicarlo, entraremos en un franco tratamiento inicial. **El plan definitivo** resulta más estable y duradero, sin que con ello signifiquemos que

⁷¹ Manual de Trabajo Social, Castellanos María C. La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978. Pág. 122.

⁷² Manual de Trabajo Social, Castellanos María C. La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978. Pág. 125.

pueda o no interrumpirse en su transcurso, teniendo que recurrir, de nuevo, a un plan tentativo que preceda a un cambio de tratamiento.⁷³

Tratamiento Social: El tratamiento o terapéutica social es la fase dinámica y activa que sigue a la elaboración del plan. Hoy en día, lleva involucrados los servicios que se ofrecen al cliente. El tratamiento, como el diagnóstico, comienza con la catarsis del paciente en su primer contacto con el trabajador social y continúa a través de todo el "caso".⁷⁴ *El tratamiento social abarca todos los servicios y atenciones individuales y colectivos que pueden prodigarse en un caso, en cumplimiento de un plan de trabajo que corresponde, a su vez, a un diagnóstico fundamentado sobre una investigación científica.* A continuación se dan a conocer las fases del tratamiento.

En la primera fase, o incidental, el paciente o cliente recibe ya en su primera visita cierta orientación, educación para la salud, *es decir el tratamiento se inicia sin necesidad siquiera de haberse planeado, de hecho de esta fase depende que se siembre el interés en el paciente para que participe en el autocuidado de su salud. Que sienta que es correspondido en todas las inquietudes que tiene entorno a su padecimiento, siendo tratado como un ser humano y atendiendo los sentimientos que surgen por saberse diabético. La empatía que surja dará pie a que se integre al tratamiento integral para su padecimiento.* En la segunda fase, la más científica, es necesario desarrollar el plan, porque éste obedece al verdadero diagnóstico interpretativo de la conducta del cliente, de sus posibilidades y de las condiciones favorables o adversas que ofrece el medio ambiente.⁷⁵

El objetivo principal del tratamiento social es encauzar al cliente a través de orientación y educación para la salud, a fin de que logre la modificación de actitudes y hábitos inadecuados que contribuyen al proceso salud enfermedad, participando

⁷³ Manual de Trabajo Social, Castellanos María C. La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978. Pág. 127.

⁷⁴ Hamilton, G.: Teoría y práctica del trabajo social de casos. La Prensa Médica Mexicana, México, 1960.

⁷⁵ Manual de Trabajo Social, Castellanos María C. La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978. Pág. 129.

activamente en el autocuidado de su salud e involucrando a su familia, lo que permitirá fortalecer las medidas preventivas para que el paciente diabético no curse con las complicaciones propias de la enfermedad.

Instrumentos que utiliza el Departamento de Trabajo Social para el abordaje de los pacientes diabéticos.

- 1. Volante de derivación otorgado al paciente por parte del Medico Familiar para ser abordado por Trabajo Social, canalizando a los pacientes con enfermedades emergentes a quienes se les brinda una atención integral para ser incorporados a tratamiento.*
- 2. El Estudio Médico Social, en donde se tiene que plasmar la Investigación, Diagnóstico, Pronóstico, Plan y Tratamiento, en torno al caso derivado y cuyo principal objetivo es la identificación de factores socio educativos y culturales que intervienen en el proceso salud enfermedad, identificando la actitud del paciente y la familia ante el problema.*
- 3. La Nota de Trabajo Social que viene haciendo las veces de Historiales en donde se le otorga seguimiento al caso, plasmando los resultados de entrevistas subsecuentes, evaluando los resultados de los planes y tratamientos puestos en práctica y en donde se puede modificar el diagnóstico plasmado en el Estudio Medico Social de acuerdo a resultados y modificar así el Plan y Tratamiento. Así mismo son utilizadas para plasmar los **Sumarios de transferencia**, en donde se expone brevemente el final del caso, por lo general debe de aparecer en un expediente cuando, por la situación de salud del paciente es necesario trasladarlo a otra institución. El **Sumario de traslado a pasivo**, en donde se aclara o justifica la razón por la cual un caso en “activo” se traslada a “pasivo”, existiendo numerosas causas, dentro de las principales es cuando un paciente diabético emigra con el pleno antecedente*

de que regresara en 6 meses. El **Sumario de cierre**, constituyendo e fin del caso, cuando por algún motivo el paciente llega a fallecer.⁷⁶

4. *Aplicación de un cuestionario de pre-evaluación de conocimientos entorno a la diabetes, el cual nos permite adaptar contenidos temáticos de acuerdo a las necesidades de los pacientes con la finalidad de integrarlos a grupo educativo.*
5. *Integración a grupo educativo de Diabéticos a través de cedula de integración grupal.*
6. *Existe evidencia del abordaje de todos y cada uno de los casos derivados al departamento de trabajo social ya que los instrumentos anteriores son anexados al expediente clínico, como parte de la atención integral que se le brinda al paciente.*

Principios básicos en el abordaje de caso.

1. **Confidencialidad:** *Discreción absoluta sobre el contenido de la entrevista.*
2. **Privacidad:** *El tema debe tratarse casi en secreto por el derecho a la intimidad y al respeto a la individualidad. Hasta donde sea posible, y utilizando la capacidad de la unidad, se destinará un espacio separado para poder abordar al usuario.*
3. **Imparcialidad:** *Neutralidad e interés sin emitir juicios propios.*
4. **Veracidad:** *derecho a una información clara, concreta y real.*

⁷⁶ Manual de Trabajo Social, Castellanos María C. La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978. Pág. 170.

Principales técnicas utilizadas por el Departamento de Trabajo Social en el abordaje del paciente diabético⁷⁷

Técnica de Apoyo:

Se utiliza cuando el sujeto se encuentre en un momento de choque emocional, el trabajador social pueda motivarlo, alentarle y escucharlo y ese choque emocional sea controlado. El modo de aplicación es el siguiente:

1. Escuchar más que preguntar
2. es importante reflejar sentimientos
3. Demostrar interés y preocupación (parafrasear)
4. Aceptación del problema sin juzgar al usuario
5. Emitir la opinión del trabajador social justificando su posición.
6. Exposición de alternativas conducentes al usuario.

Técnica de Ventilación: Tiene el propósito de la libre expresión de los sentimientos y emociones del sujeto o crear un ambiente donde esto sea posible.⁷⁸ Se aplica de la siguiente manera:

1. Animar a que se hable sin miedo
2. Crear confianza
3. Crear las condiciones de reflexión para la clarificación de su problema
4. Nunca criticar las acciones del sujeto, más bien entenderlo.

⁷⁷ Metodología para el Estudio Social de Casos, Edna Meave, Colección Trabajo Social 1998, Etme Ediciones, México, D.F., 3ª. Edición, Pág. 16 y 17.

⁷⁸ Metodología para el Estudio Social de Casos, Edna Meave, Colección Trabajo Social 1998, Etme Ediciones, México, D.F., 3ª. Edición, Pág. 16 y 17.

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Concepto: Educación para la salud: proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar, laboral y colectiva.⁷⁹

De acuerdo con el Modelo de Atención Integral a la Salud, la población atendida debe ser sujeto y en segundo lugar objeto de las acciones; Por ello, la educación para la salud debe enfocarse de acuerdo con los lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud, así como diseñarse y realizarse con la participación de la población, a fin de que responda a sus necesidades, esté acorde con la realidad y con los recursos locales.

Lo anterior implica la selección de estrategias y procedimientos que tengan por objeto mejorar la capacidad del personal institucional para actuar de acuerdo con lo antes señalado y habilitar a la población para tomar decisiones y emprender acciones que resuelvan sus problemas. En otras palabras: el personal de salud deberá actuar como promotor de actividades de los individuos, las familias y las comunidades, estar motivado para comprender las prácticas de salud y para encontrar, en forma creativa y respetuosa, la manera de que los habitantes integren otras actividades que mejoren su salud, a través del esfuerzo conjunto con el personal institucional. Para obtener mejores resultados de las actividades destinadas a tratar los problemas de salud con la población, se debe identificar con ella sus problemas y necesidades, comprender lo que puede hacer con sus recursos y cuáles son las acciones más apropiadas para fomentar una vida sana y plena. El análisis de los avances y sus efectos positivos en la salud es parte importante de las reflexiones con la población.

⁷⁹ “Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes”. México, D.F., A 28 de febrero del 2000.

La educación para la salud se centra en la importancia de comprender las numerosas razones del comportamiento de la gente, lo cual se traduce en trabajar con ella a través de relaciones cordiales, evitando las actitudes prejuiciosas, comunicándose claramente y fomentando el trabajo conjunto. El personal de salud y en particular Trabajo Social, se deberá de esforzar por escuchar, aprender y comprender que en muchas situaciones no es sólo el individuo quien ha de cambiar, ya que los cambios deseables no dependen solamente de un individuo en particular, sino que hay muchos factores que influyen en el comportamiento de las personas, como el lugar donde viven, la gente que las rodea, el trabajo que realizan, la falta de recursos económicos. Existen causas o “razones” por las que las personas se comportan de determinadas maneras, así como sus pensamientos y sentimientos acerca del mundo; de sus conocimientos, creencias, actitudes y valores. En general, los de la población con que trabajamos son diferentes a los nuestros. Sin embargo, a ellos como a nosotros les sirven para relacionarse con otros y encontrarle coherencia y sentido a su vida.

Los conocimientos pueden proceder de la experiencia o de maestros, padres, ancianos, amigos, medios de comunicación, etc. Las creencias proceden habitualmente de padres, abuelos o personas que respetamos, la diferencia entre conocimiento y creencias es que los primeros son comprobables y las segundas no. Es conveniente averiguar cuáles son perjudiciales o benéficos para la salud, y encontrar la manera de hacer útiles los primeros.

Las actitudes reflejan gustos, aversiones y son influidas por la experiencia de las personas más cercanas; hacen que las cosas sean atractivas o se rechacen. Los valores son las creencias y normas más importantes para las personas de una misma comunidad; es decir, los valores tienen significado social, pues regulan su vida. Los valores que se relacionan con el nacimiento, la vida, la muerte, las relaciones de la pareja, son importantes para la salud de un grupo. Es indispensable conocerlos y entenderlos como parte de la vida y la cultura.

La educación para la salud se ocupa de los factores que afectan el comportamiento, la disponibilidad de recursos locales, la intervención de los voluntarios de la comunidad, de la familia y los niveles de aptitud para la autoayuda; utiliza diversas técnicas que pueden llevar a la población a comprender su situación y a elegir modos de actuar que mejoren su salud. Las acciones de educación para la salud forman parte del proceso mismo de participación o corresponsabilidad; no son acciones aisladas o rutinarias para cumplir metas.

Existe gran variedad de enfoques para obtener resultados favorables en las acciones de salud. Se mencionan a continuación los de mayor relevancia.

- Coordinar esfuerzos con otras instituciones locales que tengan objetivos y realicen acciones similares, a fin de unificarlos y fortalecerlos.
- Partir del conocimiento de la población y rescatarlo, apoyarse en él de manera que lo nuevo se vuelva cotidiano, popular y se integre al conocimiento anterior para que forme parte de la cultura.
- Decidir exactamente a qué grupo de población se intenta influir (embarazadas, madres de menores de 5 años, diabéticos, hipertensos, sin olvidar a los grupos organizados de la comunidad, abuelos dirigentes religiosos, maestros de escuelas, parteras y autoridades locales) y adecuar las técnicas y procedimientos a las condiciones de cada grupo.
- Aprovechar la experiencia y creatividad del equipo de salud y la población, para que en forma conjunta se diseñen los contenidos y material auxiliar de promoción y educación para la salud. (Láminas, refranes, cuentos, sociodramas, historias).
- Utilizar los recursos de la comunidad para la elaboración de mensajes de salud que sean fáciles de entender, cultural y socialmente adecuados; breves, técnicamente correctos y positivos.

Para cumplir lo anterior, se deben aprovechar todos los canales de comunicación de la propia comunidad y de la institución, así como todos los momentos y espacios propicios para ello.

5. MODELO DE INTERVENCION EN EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS CON PACIENTES DIABÉTICOS

Además de la labor individual que realiza Trabajo Social, otra de sus funciones básicas es la del trabajo grupal, en la que conjuntamente con el Equipo de salud promueve acciones partiendo de la investigación previa de los factores de riesgo de la problemática de salud más relevante, a fin de motivar a la población para que los conozca y proponga alternativas de solución que la lleve a comprometerse en la realización de actividades de autocuidado de la salud, individual, familiar y comunitaria.

El trabajo social con grupos permite optimizar el tiempo de orientación, ya que se tiene la oportunidad de compartir experiencias que favorecen el aprendizaje mutuo con un mayor número de personas, escuchar las diferentes formas de resolver problemas de salud similares (de acuerdo con el ambiente social, cultural y familiar), mejorar la comunicación entre los miembros del grupo y el Equipo de salud, y finalmente influir para que los integrantes se comprometan en la solución de su problemática de salud e inicien o continúen actividades que les permitan mejorar su estado de salud.⁸⁰

Para los propósitos relacionados con la promoción y educación para la salud dentro del Programa IMSS- OPORTUNIDADES, las actividades se dirigen a grupos informales, específicos y de auto-ayuda, en los que se manifiesta el intercambio de opiniones y experiencias entre el Equipo de salud y la comunidad.

1. **GRUPOS INFORMALES:** Estos se integran con personas que solicitan servicios en la unidad o que asisten a las reuniones programadas por el personal institucional o los grupos voluntarios en la comunidad; se trata de

⁸⁰ Instructivo de Operación de Trabajo Social en Hospital Rural "O", Coordinación General del Programa IMSS-OPORTUNIDADES, Noviembre de 1993, Pág. 43.

conformarlos de acuerdo con los programas prioritarios (mujeres en edad fértil, menor de 5 años y adultos con patología relevante) con temas que estén de acuerdo con la situación de salud que afecta a estos grupos, ya que debido a la problemática de salud por la que atraviesa en esos momentos la población asistente a la unidad, en ocasiones no desean acudir a una sesión y, en cambio, requieren ser escuchados y consultados sobre su situación actual.

2. **GRUPOS ESPECIFICOS:** Estos grupos tienen como propósito capacitar al paciente y a su familia en el autocuidado del padecimiento y/o su estado de salud; por ello, cada uno de los integrantes del Equipo de Salud debe fomentar el interés y propiciar la asistencia a estas reuniones (con un sistema de control a cargo de Trabajo Social, a través de una cita programada); ejemplo: grupos de embarazadas, de pacientes con padecimientos crónico degenerativos, madres de niños con desnutrición etc. El equipo de salud que participa en estos grupos debe considerar que las personas atraviesan por problemas que por sí solas en ocasiones no pueden resolver; por ello, es conveniente propiciar entre sus miembros el contacto de unos con otros para que el aporte, apoyo y estímulo que se da y se recibe, ayuda a resolver las dificultades expresadas retomando ideas o experiencias vividas, a fin de vencer algunos de los obstáculos que se les han presentado en lo personal, en su entorno familiar y/o en la comunidad como consecuencia de su estado de salud, para finalmente lograr que se comprometan a iniciar o continuar algunas actividades que favorezcan el control de su padecimiento y el bienestar familiar y social.
3. **GRUPOS DE AUTOAYUDA:** Estos se forman con pacientes que ya han recibido orientación y/o capacitación específica para posteriormente integrarse a los grupos en cuestión; los grupos de autoayuda se integran con personas que tienen problemas afines, como una enfermedad crónica (diabéticos), cuyo propósito de integrar estos grupos radica en lograr el aprendizaje y práctica de

algunas acciones que retarden la aparición de secuelas y mejoren sus condiciones de salud y bienestar familiar y social; de fomentar el deseo de reunirse por sí solos, de que el grupo se mantenga autónomo de sus propias formas de organización y de un reglamento preestablecido que regule las acciones que realizan; de saber que cuentan con un espacio en donde puedan hablar de sus problemas, dudas y preocupaciones que les afectan, de escuchar opiniones y sugerencias para la solución de las mismas (con base a sus propias experiencias); de la necesidad de contar con el apoyo de otros pacientes, del aliento de su familia, amistades y comunidad. En caso de requerir mayor información o de conocer otras alternativas de solución a su problema de salud, por sí mismos solicitan la participación del Equipo de salud, por lo que, aunada a este apoyo técnico y a la experiencia de los miembros de estos grupos, se pondrán en práctica acciones de autocuidado individual, familiar y colectivo. Una de las características de estos grupos es el autogobierno; sin embargo, el trabajador social debe estar atento para motivar la participación de sus integrantes y la identificación de líderes con influencia hacia otras personas para que el grupo no decaiga.⁸¹

Para lograr los objetivos que persigue la Institución a través de la creación de Grupos Específicos y Grupos de Autoayuda con pacientes diabéticos se plantea el siguiente Modelo de Intervención basado y adecuándolo en la teoría de Trabajo Social de Grupos de Yolanda Contreras de Wilhelm en donde se describirán las Etapas de la Vida de un Grupo y como se llevan a la práctica.

Grupo Especifico: En la etapa de **Formación** el trabajador social motiva y propicia el nacimiento del grupo a través de su abordaje al paciente diabético en forma individual, donde realizó un estudio médico social que le permitió investigar los factores más importantes que influyen en el proceso salud enfermedad y estableciendo un diagnóstico social, siendo congruente con el plan y tratamiento

⁸¹ Instructivo de Operación de Trabajo Social en Hospital Rural "O", Coordinación General del Programa IMSS-OPORTUNIDADES, Noviembre de 1993, Pág. 44 y 45.

establecido donde incluye su incorporación al grupo específico para lo cual sensibilizó y conscientizó de la importancia que tiene el que acuda y se integre a capacitación con el objetivo de que conozca su enfermedad, medidas preventivas para evitar complicaciones, como medida para lograr el autocuidado de su salud.

Objetivos del grupo específico:

- ☑ Proporcionar a los asistentes los conocimientos necesarios acerca de la diabetes mellitus para que conozcan la enfermedad a la que se enfrentan actualmente.
- ☑ Lograr que los asistentes identifiquen las principales complicaciones de la diabetes mellitus, para que adopten las medidas preventivas pertinentes y evitarlas.
- ☑ Capacitar a los asistentes para que se incorporen a una dieta saludable promoviendo la utilización de recursos propios de la comunidad.
- ☑ Habilitar a los asistentes para que adopten una rutina de ejercicio físico a incorporar a su vida cotidiana.
- ☑ Promover, mediante la interacción grupal, el intercambio de experiencias a fin de fomentar actitudes y conductas que favorezcan la salud de los asistentes.

Es importante mencionar que previo a la integración del paciente en el grupo específico, el trabajador social ha elaborado un cronograma de sesiones educativas y una carta descriptiva de los temas a tratar con el visto bueno del Coordinador de Enseñanza e Investigación, donde se contemplan los temas mínimos indispensables para considerar a un paciente diabético capacitado, al ingreso del paciente al grupo se aplica una cedula de pre evaluación para identificar las necesidades de conocimiento de los pacientes y dárselas a conocer a los ponentes con la finalidad de que enfatizen en los temas que abordaran.

Prerrequisito: Él haber sido entrevistado por el Departamento de Trabajo Social e integrado a Grupo específico previamente habiendo aplicado la cedula de pre

evaluación. (Ver cuadro núm. 14), cabe mencionar que dicha cédula fue elaborada por el Departamento de Trabajo Social del Hospital Rural No. 30.

CUADRO No. 14

Se inscribirá el nombre del paciente en cada columna					
	1	2	3	4	5
1. La diabetes es una enfermedad a) Contagiosa b) Hereditaria					
2. Estos son síntomas de la diabetes a) Sed, orinar frecuentemente, hambre b) Diarrea y vomito Mareo y dolor de cabeza					
3. La azúcar en la sangre sube porque a) El riñón no funciona b) El páncreas no produce insulina c) El hígado no funciona					
4. Estos alimentos debe de comer el paciente diabético a) Verduras, frutas y combinarlas con pescado b) Carne, tortillas a libre demanda, pan, agua dulce c) Pasteles, frutas en almíbar y dulce					
5. El control medico del paciente con diabetes se basa en: a) Acudir cada mes a consulta, dieta, hacer ejercicio y una vida estable b) Acudir con el medico cada que me siento mal c) Llevar por lo menos 1 vez a la semana la dieta					
6. Por que es importante tomar la pastilla a) Regaña el medico y la enfermera b) Para mantener el nivel de azúcar normal c) Para comer mejor					
7. Estos son los cuidados que debe tener el paciente diabético a) Baño diario, aseo de pies , ejercicio físico a medida de sus posibilidades b) Lavado de pelo y ojos c) Lubricación de la piel					
8. Estos son los síntomas de la baja de azúcar (hipoglucemia) a) Decaimiento, sudoración y perdida del conocimiento b) Dolor de cabeza y rodillas c) Zumbido de oídos, mareos					
9. El paciente requiere de la familia a) Contar con dinero para comer b) Que todos coman lo mismo c) Que conozca la enfermedad y su control d) Que lo dejen y no lo molesten					
10. Estas son las principales complicaciones del paciente diabético a) Fracturas b) Insuficiencia renal, ceguera, gangrena en pies c) Intoxicación por alimentos					

FUENTE: Cronograma de Grupo Especifico, Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

Tipo de grupo: Cerrado ya que el número de integrantes que acude a su primera sesión es el que deberá de concluir la capacitación. Heterogéneo.

Cupo: Mínimo: 5 pacientes diabéticos.

Máximo. 25 pacientes diabéticos.

Sesiones: Cantidad: cuatro sesiones (Ver cuadro No. 15 y 16)

Frecuencia: una vez por semana

CUADRO 14

GRUPO	T E M A	PONENTE													NUM. DE CONSULTORIO	
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		ENERO
DIABETICOS	1. ENCUADRE DE LA CAPACITACION	TS	18	08	22	12	24	14	25	16	19	18	08	19	17	4
	2. DINAMICA GRUPAL	TS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	3. ASPECTOS GENERALES DE LA D.M. (COMPLICACIONES)	MF MF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	4. REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL	NUT														
	5. ALIMENTACION EN EL PACIENTE	TS														
	6. HABITOS HIGIÉNICOS	ODON														
	7. DESARROLLO HUMANO	ENF														
	8. AUTOESTIMA	TS														
	9. DEMOSTRACIÓN DE ALIMENTOS															
	10. COMUNICACIÓN FAMILIAR															
	11. EJERCICIO FISICO															
	12. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PIE DIABETICO															
	13. SALUD BUCAL															
SESIONES DEL GRUPO DE AUTOAYUDA				11			18			10			08			

FUENTE: Cronograma de Grupo Específico, Departamento de Trabajo Social, H.R. "O" Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez.

Cuadro No. 16
CARTA DESCRIPTIVA DE GRUPO ESPECÍFICO
"D I A B E T I C O S"

No. SESION	T E M A	OBJETIVO	TECNICA DE APRENDIZAJE	MATERIAL	PONENTE	TIEMPO
1ª.	Encuadre	Dar a conocer el proceso educativo	Expositiva	Cartas descriptivas	Trabajo Social	15 min.
	Dinámica Grupal	Romper el hielo en el grupo y fomentar el que se conozcan entre los integrantes.	"La telaraña"	Pelota de esponja, estambre, hojas blancas	Trabajo Social	25 min.
	Aspectos generales de la DM.	Dar a conocer la patología así como las complicaciones	Expositiva	Rotafolio	Med. Fam.	35 min.
	Repercusión psico-social en el paciente.	Fomentar que exterioricen los sentimientos que les provoca el ser portador de esta enfermedad	Taller	Hojas de rotafolio y plumones	Trabajo Social	25 min.

FUENTE: Carta Descriptiva del Grupo Específico de Diabéticos, Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural "O", Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez, 2005.

No. SESION	T E M A	OBJETIVO	TECNICA DE APRENDIZAJE	MATERIAL	PONE NTE	TIEMPO
2ª.	Alimentación en el paciente.	Sensibilizar al paciente diabético sobre la importancia de incorporarse a una dieta prescrita por Nutrición de acuerdo a sus recursos como medida para lograr la estabilidad en su padecimiento.	Expositiva	Rotafolio	Nutrición	30 min.
	Hábitos Higiénicos	Dar a conocer el manejo higiénico y cuidado de los pies.	Expositiva	Rotafolio	Enfermería	30 min.
	Desarrollo Humano	Enfatizar en el autoestima del paciente como medida para lograr la autoaceptación del padecimiento y por ende el autocuidado de su salud.	Taller Grupal	Hojas de rotafolio y plumones	Trabajo Social	40 min.

FUENTE: Carta Descriptiva del Grupo Específico de Diabéticos, Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural "O", Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez, 2005.

No. SESION	T E M A	OBJETIVO	TECNICA DE APRENDIZAJE	MATERIAL	PONENTE	TIEMPO
3ª.	Autoestima	Lograr la autoaceptación de la patología como medida para lograr el autocuidado de su salud.	Expositiva	Acetatos y Proyector	Trabajo Social	30 min.
	Demostración de Alimentos	Lograr que los integrantes identifiquen las diversas formas de combinación de alimentos y los recursos propios de la localidad.	Demostrativa	Alimentos propios de la región	Centro de Educación Nutricional	40 min.
	Comunicación Familiar	Incrementar la participación de los familiares en el control de la patología, a través de lograr una comunicación asertiva con el paciente.	Taller	Hojas de rotafolio y plumones	Trabajo Social	30 min.
	Ejercicio Físico	Lograr que al concluir la capacitación el paciente se incorpore a una rutina de ejercicio que le permita contribuir a lograr el control de su padecimiento.	Participativa	Salón y áreas verdes	Trabajo Social	30 min.

FUENTE: Carta Descriptiva del Grupo Específico de Diabéticos, Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural "O", Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez, 2005.

No. SESION	T E M A	OBJETIVO	TECNICA DE APRENDIZAJE	MATERIAL	PONENTE	TIEMPO
4ª.	Medidas preventivas para el pie diabético	Incorporar al paciente a que conozca y participe en el autocuidado de su salud, adoptando las medidas mínimas necesarias para evitar su complicación por infecciones en los pies.	Expositiva	Acetatos y Proyector	Enfermería	30 min.
	Salud bucal	Capacitar al paciente para que modifique sus hábitos de higiene bucal e incorpore a su vida diaria la técnica adecuada de cepillado, contribuyendo a disminuir complicaciones por infecciones.	Demostrativa	Tipodonto	Odontología	20 min.
	Cierre de sesión	Aplicar cedula de pos-evaluación así como integrar a grupo de autoayuda.		Cedulas de pos-evaluación	Trabajo Social	20 min.

FUENTE: Carta Descriptiva del Grupo Específico de Diabéticos, Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural "O", Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo. Mayra García Jiménez, 2005.

Participación del Trabajador Social con el grupo específico.

- Promoción de las sesiones con material alusivo (carteles)*
- Estar presente en todas las sesiones*
- Tomar lista de asistencia en cada sesión*
- Realizar Crónica Grupal por sesión con la finalidad de plasmar la narración de todo lo que acontece en una reunión; contiene datos sobre las personas que participaron, cómo se dan las acciones, comportamientos manifiestos, cómo se dicen las cosas, a quiénes se les dicen, quiénes eligen temas o actividades, acuerdos y desacuerdos, definición de objetivos y cómo se cumple con la enseñanza. El contenido de cada crónica es de gran utilidad para el Trabajador Social, ya que a través de su análisis se detectan aquellos integrantes con características de líder natural, con lo que establece una estrecha relación para la coordinación de grupo y en el logro de los objetivos de aprendizaje.*
- Dar seguimiento a los diabéticos que no acudan a capacitación.*
- Involucrar al equipo de salud en la capacitación.*

Grupo de autoayuda:

*La conformación de estos grupos surge de la necesidad de reconocer el aspecto emocional como un elemento determinante del paciente diabético, es cuando se puede decir que el grupo se encuentra en etapa de **Organización**. En pocas ocasiones se puede escuchar a las personas y responder sus demandas de esclarecimiento o a simple necesidad de compartir un espacio entre ellos donde puedan reflexionar sobre sus intereses, temores, incertidumbre, expresar sus sentimientos, creencias y brindarse apoyo mutuamente. Este grupo brinda seguridad debido a la compañía y el bienestar que genera el compartir con otros, los sentimientos.*

Hasta ahora y como se ha manejado, los grupos específicos han tenido como objetivo único el brindar conocimientos y educación en materia de cuidado y atención en el paciente diabético, enfocados a prevenir complicaciones, sin embargo, en la mayoría de las sesiones surgen inquietudes acerca de los sentimientos que mueve el sentirse enfermo y saber que cursa con una enfermedad incurable, situación que no es fácil de manejar porque no estábamos preparados para ello y porque en ocasiones tenemos miedo de tocar esos aspectos.

Los grupos de autoayuda están conformados por pacientes diabéticos que han sido capacitados en sus cuatro sesiones, por lo que se transfieren por interés propio, se regulan solos, es decir, no es necesario la presencia de un líder o de un facilitador de la institución para que funcionen, tienen un programa de trabajo y sus sesiones tienen una estructura definida, sin embargo, esta se puede romper de acuerdo a las circunstancias, debido a que puede llegar una persona a solicitar informes o pedir ayuda. El único sostén que existe para los integrantes es el propio grupo, y cada uno de ellos sirve como soporte para los demás. Asimismo, el principio fundamental de éstos es que unos miembros cuentan con más experiencia que otros respecto al propósito que se persigue, por lo que los “viejos” aconsejan a los “nuevos” y así se va conservando el grupo, siempre abierto y siempre activo.

Objetivos del grupo de autoayuda:

- *Dar espacio y voz a todos los contenidos y sentimientos silenciados en el proceso de autoaceptación de la enfermedad.*
- *Favorecer el trabajo compartido entre los integrantes del grupo.*
- *Promover en los participantes la capacidad de autoobservación, es decir, la capacidad de mirarse a sí mismos.*
- *Estimular los sistemas de autocuidado.*
- *Fomentar actitudes y conductas saludables, promoviendo actividades de prevención y convivencia en el grupo.*

Prerrequisito.

Haber asistido al grupo específico de diabéticos cumpliendo su capacitación.

Tipo de grupo:

Abierto y homogéneo

Cupo:

Mínimo: 5 pacientes diabéticos

Máximo: 20 pacientes diabéticos

Se puede estructurar 2 o más grupos en diferente horario, si el número de participantes así lo requiere.

Sesiones

Frecuencia: 1 vez cada quince días

Duración: 90 a 120 minutos.

Participación de Trabajo Social con los grupos:

- *Estar presente en la sesión donde se elige mesa directiva del grupo de autoayuda.*
- *Participar en el plan de trabajo del grupo, encaminando acciones que involucre a los integrantes en promover medidas preventivas para la enfermedad y complicaciones.*
- *Mantenerse en contacto con la mesa directiva del grupo con la finalidad de apoyarlos cuando estos lo requieran o bien coordinar algún tema de interés para el grupo, estableciendo relación con el equipo de salud.*
- *Realizar una evaluación bimestral del funcionamiento del grupo.*

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva del **Trabajo Social** podemos observar a lo largo de este documento que las expectativas que se proponen en el Plan Nacional de Salud respecto a la **equidad, calidad y protección financiera**, en concepto son ideales, más sin embargo en la realidad, se vive de distinta forma, ya que cuando se habla de calidad engranado con la protección financiera, no se lleva a cabo, se carece del recurso humano para poder ofrecer un tratamiento integral a todos y cada unos de los pacientes adultos mayores diabéticos que surgen, aunado a que con el incremento en esta morbilidad se reduce la posibilidad de poder cubrir con el medicamento al cien por ciento de ellos.

Asimismo con el incremento de adultos mayores en la población, se tendrán que redoblar esfuerzos y diseñar Programas de Salud encaminados a la prevención de la diabetes, en donde es fundamental la participación del **Trabajador Social** en Instituciones de Salud, realizando acciones encaminadas a promover conductas saludables desde la niñez, adolescencia y edad adulta, con la finalidad de retrasar el período de aparición de la enfermedad y poder modificar la educación en cuanto a los estilos de vida, incorporando una alimentación sana y ejercicio físico, aunado a poder diseñar en cada una de estas etapas proyectos de vida, para lograr que el adulto mayor se mantenga productivo.

Una de las medidas fundamentales para poder incidir en la Diabetes Mellitus como enfermedad emergente, es que el personal de salud se base en la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus con la finalidad de poder proporcionar una atención integral al paciente.

Para brindar una atención integral es necesaria la participación activa del **Trabajador Social** a través de su intervención en caso, grupo y comunidad en donde deberá de emplear los procesos metodológicos, técnica y habilidades acordes para lograr que los

individuos, familias, grupos y comunidades, reconozcan los recursos con los que cuentan, a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud. Todas las acciones que realiza el **Trabajador Social** van enfocadas a lograr la modificación de hábitos para tener conductas saludables.

El abordaje del paciente adulto mayor diabético por parte del **Trabajador Social** deberá de hacerse desde el primer contacto con éste, en donde se aplicarán técnicas enfocadas a elaborar el Estudio Médico Social que le permitirá identificar los factores socio educativos y culturales que influyen en el proceso salud enfermedad, a fin de encausar acciones que le permitan al paciente lograr la autoaceptación de su patología y se responsabilice de su salud, está sin duda es una gran labor del **Trabajador Social**, el lograr que el paciente se comprometa consigo mismo involucrándolo en el tratamiento social, resultado de su abordaje individual habla del interés y empeño que el **Trabajador Social** realizó al brindar orientación sobre las medidas preventivas a adoptar por el paciente mismas que se enfocaran a la modificación de su dieta alimenticia, la incorporación de ejercicio físico de acuerdo a sus posibilidades, el insistir sobre la importancia que tiene el que acuda con su médico cada mes para lograr el control de su diabetes, así como el que se trate de mantener con una estabilidad emocional. Con relación al tratamiento integral que se le ofrece al paciente diabético se debe de incluir a su familia ya que en la modificación de estilos de vida no se puede considerar al paciente como un ser aislado, deben integrarse a ambos a los grupos específicos y grupos de ayuda con la finalidad de lograr el apoyo socio emocional en el paciente.

Es muy claro que el **Trabajador Social** es un engrane muy importante en la atención del paciente diabético, para lo cual se tiene que trabajar en equipo con el objetivo de disminuir considerablemente la morbilidad y mortalidad, ya que a través del estudio de pacientes diabéticos atendidos por el Departamento de Trabajo Social se tiene muy claro que uno de los factores que contribuyen en el proceso salud enfermedad es el nivel socio educativo, hábitos dietéticos, sedentarismo y falta de información en medidas preventivas de la enfermedad.

Trabajo Social entonces tiene que ofrecer Educación para la Salud a través de sus procesos metodológicos en su participación con el adulto mayor diabético, siendo un profesional imprescindible en el tratamiento integral del paciente, su participación es de suma importancia en la prevención de la diabetes, para ello es importante el trabajo que se realice con **grupos informales** donde se proporciona orientación sobre la patología en busca de informar a la población sobre la aplicación de medidas preventivas idóneas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Lo primordial que deberá darse a conocer a la población es la detección anual a partir de los 20 años, el control de peso, evitando la obesidad y el exceso de peso. La actividad física, conscientizando a la población sobre la importancia de mantenerse físicamente activo a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo. La alimentación que deberá de ser variada, con suficiente consumo de verduras, frutas, fibra y con restricciones en el consumo de grasas.

El propósito que el **Trabajador Social** tiene con los **grupos específicos** es brindar los conocimientos y herramientas necesarias en torno a su enfermedad al paciente y a su familia para lograr el autocuidado del padecimiento, del trabajo con grupos depende la empatía que surja entre los asistentes para que se puedan apoyar emocionalmente y lograr con esto la formación de **grupos de autoayuda** con el objetivo de lograr el aprendizaje y práctica de algunas acciones que retarden la aparición de secuelas y mejoren sus condiciones de salud y bienestar familiar y social; de fomentar el deseo de reunirse por sí solos, de que el grupo se mantenga autónomo, de sus propias formas de organización; Creando un espacio en donde puedan hablar de sus problemas y preocupaciones que les afectan.

Por otro lado el Programa IMSS-OPORTUNIDADES, a través del Hospital Rural No. 30, brinda atención integral al paciente adulto mayor diabético, más sin embargo en la mayoría de las ocasiones resulta muy difícil incidir en la población rural con la que se trabaja, debido a los estilos de vida y el nivel socio educativo con el que cuenta la población.

Uno de los recursos humanos importantes para trabajar en la prevención de la diabetes, son los grupos voluntarios (Promotoras sociales voluntarias, Comité de Salud y Asistente Rural de Salud) quienes se mantienen capacitados y realizan actividades de promoción en la detección oportuna de la enfermedad. De tal forma que las actividades medico preventivas encaminadas a disminuir la morbilidad por diabetes mellitus deben de incrementarse, siendo la única forma de lograr que la población participe en el autocuidado de su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Román, "Las Relaciones Humanas", Editorial Luz, México, D.F., 14 edición. 1989. Pág. 15-26.
2. Baxter-México, "Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal", Unidad de Negocios Renal, 2ª. Adaptación, México, D.F. Abril 2000.
3. Capítulo I, Dinámica de la Población, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, D.F.
4. Castellanos María C., "Manual de Trabajo Social", La Prensa Medica Mexicana, S.A., México, DF. 1962, VI Reimpresión 1978.
5. Coordinación General del Programa IMSS-OPORTUNIDADES, "Instructivo de Operación de Trabajo Social en Hospital Rural "O", Noviembre de 1993.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 147ª. Edición actualizada, Ed. Porrúa. México, D.F., 2004.
7. Diagnóstico Socio cultural del Departamento de Trabajo Social, Hospital Rural "O" Núm. 30, Ixmiquilpan, Hgo.
8. Edna Meave, "Metodología para el Estudio Social de Casos", Colección Trabajo Social 1998, ETME EDICIONES, México, D.F., 3ª. Edición.
9. Esther Casanueva, Martha Kaufer-Horwits et-al, "Nutriología Medica", Ed. Panamericana, impreso 2000.
10. Fajardo OG. "El Adulto mayor en América Latina". Sus necesidades y sus problemas médico-sociales. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social 8CIESS9; México, D.F. 1995.
11. Garibay Morales M.A. "Cuando un amigo se va... A los que lloran un ser querido. Grupo Editorial Tomo S.A. de C.V., Tercera Edición, Enero 1999.
12. Hamilton, G.: "Teoría y práctica del trabajo social de casos". La Prensa Médica Mexicana, México, 1960.
13. Hospital Rural Num. 30, "Canales Endémicos", Departamento de Epidemiología, morbilidad. 2004.

14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín Epidemiológico Anual 1997. Distrito Federal, México: Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Comunitaria, IMSS.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social, "Diabetes mellitus". Enfoques fisiopatológicos modernos para una epidemia mundial. Medicina Interna, México Volumen 17, Núm. 3, mayo-junio, 2001.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social, "Medicina Interna", Volumen 18, Núm. 4, julio-agosto, 2002.
17. Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, "Diagnóstico Clínico y Tratamiento", Editorial Manual Moderno, 39a. Edición, 2004.
18. Lic. Lizbeth Camacho González, Modelo de Intervención Individualizada, Laboratorio de Microenseñanza para la Construcción de Modelos de Intervención Profesional de Trabajo Social, Cd. Universitaria, D.F., 1998.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Prevención, Tratamiento y control de la Diabetes. México, D.F., 2000.
20. Programa IMSS-OPORTUNIDADES, "Manual de Capacitación para supervisar y evaluar la calidad de la comunicación interpersonal", México, DF., Mayo del 2003.
21. Programa IMSS-OPORTUNIDADES, "Modelo de Atención Integral a la Salud", México, D.F. 2002.
22. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, México, D.F.
23. Revista Medica IMSS (México), 1999; Volumen 37 (2): 117-125.
24. Robert Berkow, M.D., Andrew J. Fletcher, M.B., "El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica", Ed. Doyma, S.A., 8ª. Edición, Barcelona España.
25. Sánchez Rosado M., Manual de Salud Pública, ENTS/UNAM, 1998.
26. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de salud II. México: S.S.A; 1994.
27. Vicent Peale Norma. "Por qué creo en la vida después de la muerte". Editorial Grijalbo. Primera edición 1996.