Diabetes y bienestar comunitario



María Ermila Moo Mezeta
Saúl May Uitz
Coordinadores

ACANITS

Diabetes y bienestar comunitario

María Ermila Moo Mezeta
Saúl May Uitz
Coordinadores

ACANITS

Primera Edición: noviembre de 2025

© 2025 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social
ISBN: 978-607-8987-35-1
DOI: https://doi.org/10.62621/g066mq79

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social

© 2025 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS A.C.

Portada: Neftali Guadalupe Bojorquez Pech

Imagen portada: María Ermila Moo Mezeta

Todos los artículos de este libro fueron sometidos a dictamen doble ciego por pares académicos y son responsabilidad de cada autor.

Este libro electrónico es editado por la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS) bajo la licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0; que de manera gratuita pone a disposición esta obra siempre y cuando se le atribuya el crédito al autor. También puede leer, descargar, compartir, copiar y redistribuir el material sin fines comerciales y con la utilización de esta misma licencia.

Impreso en México

Índice

Pág.

Introducción **8**

La percepción del apoyo familiar en las problemáticas sociales de la Adherencia al tratamiento de la DT2 en la Comunidad de Tixcacaltuyub **13**
Niurka Castro Carballo
Claudia Isabel Tzec Puch
Josué Méndez Cano

Nivel de habilidades sociales en mujeres participantes del proyecto Bienestar Comunitario en Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, 2018. **47**
Nancy Guadalupe Uc Escobedo
María Ermila Moo Mezeta
Josué Méndez Cano

Apoyo familiar que perciben los hombres diagnosticados con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub Yaxcab. **94**
Gabriela Isabel Vázquez Díaz
Daniel Alejandro Llanes Alpuche
Claudia Isabel Tzec Puch

¿Medicina tradicional? Una opción al tratamiento de la diabetes tipo 2 en una comunidad rural del sur de México. **147**
Gabriela Isabel Vázquez Díaz
Laura Gabriela Cituk Canché
Gisel Anahí Dzul Xiu
Miguel Alejandro Polanco Sulub
Patricia de los Ángeles Pech Domínguez

Introducción

El presente documento está conformado por la recopilación de diversos artículos en torno al tema de la diabetes mellitus, que han sido elaborados por diferentes profesionistas del Trabajo Social, por lo cual los fenómenos de investigación que se abordan están relacionados con temáticas de salud en el ámbito comunitario; específicamente con la vivencia de personas que viven con esta enfermedad crónico-degenerativa.

Comprendiendo por Diabetes tipo 2 (DT2) la resistencia a la insulina y muestra en forma análoga una insuficiencia en su producción, que puede ser absoluta o relativa. Usualmente, la edad en la que se desarrolla es en personas mayores de 30 años; cuando se realiza el diagnóstico presentan obesidad y relativamente algunos síntomas clásicos, según la NOM-015-SSA2-2010 (Diario Oficial de la Federación, 2018).

La percepción del apoyo familiar en las problemáticas sociales de la Adherencia al tratamiento de la DT2, el nivel de habilidades sociales (HHSS) que posee la población de mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2), la percepción de los hombres diagnosticados con DT2 con relación al apoyo familiar y la percepción sobre el uso de la medicina tradicional como tratamiento para la Diabetes Tipo 2 (DT2) en personas adultas mayores, son algunos de los

apartados que evidencian parte del contenido temático del cual se estará mencionando; por otro lado, algunas de estas se encuentran inmersas en el proyecto "Bienestar Comunitario" de la comunidad de Tixcacaltuyub.

Tixcacaltuyub, tipológicamente conocida como "el pozo de dos bocas o cuellos de Cupul, apellido indígena" es una de las seis localidades de la cabecera de Yaxcabá, localizada entre los paralelos 20° 09' y 20° 35' de latitud norte y los meridianos 88° 13' y 88° 28' de longitud oeste. Limita al norte con Tekom, al sur con el Estado de Quintana Roo, al este con Chichimilá y al oeste con Chikindzonot, con una superficie de 1,164.98 Km2 y 6,665 habitantes (INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010); comunidad en la cual se desarrollan dichas investigaciones y se contó con la participación de las personas para la elaboración de los artículos.

Comunidad en la que específicamente la Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2), es una enfermedad de alto riesgo para los habitantes, en la que consideran que en los últimos años existe un aumento en las personas con discapacidad, endeudamiento y fallecidas a causa de la DT2, en la que la comunidad en general muestra desconocimiento de esta, sus cuidados, así mismo como el no contar con los recursos para el tratamiento apropiado.

De allí, la relevancia y significado que se le otorga a este conjunto de artículos, pues se busca atender desde diversos factores, enfoques,

métodos, metodología, perspectiva, análisis y estadísticas, entre otras, esta enfermedad que implica dimensiones desde lo biológico, hasta lo social, psicológico y económico a nivel individual y familiar.

La recopilación de cada uno de los artículos planteados por diversos especialistas y con diferentes enfoques y perspectivas, contribuyeron a la temática referente a la salud, las enfermedades de diabetes T2, los tratamientos que conllevan, así como la misma perspectiva de las personas que lo viven en conjunto con sus círculos cercanos en la comunidad rural Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán.

El tipo de enfoque, metodología e instrumentos y medios por los cuales se pudo obtener información verídica está detallo individualmente, con lo que se busca poder alcanzar tanto el objetivo general como los específico; ciertamente todos tuvieron una mirada profesional desde la disciplina de Trabajo Social, por lo que no se deja a un lado los factores, perspectivas y anécdotas cruciales que aparecen al investigar el objeto, ya que esto enriquece toda la información y la hace más completa al contar con una parte cualitativa y cuantitativa. Por ello, cada uno de los artículos aportó información y conocimiento relevante referente a este, por lo cual se puede rescatar los siguientes aspectos.

De forma general, la primera investigación permitió conocer la perspectiva de la DT2, del apoyo familiar en el tratamiento de los pacientes y los problemas sociales que experimentan los pacientes con

DT2; como esta ha sido normalizada en la comunidad por el aumento de incidencia y se le atribuye la causa un problema emocional, provocando modificaciones en las relaciones familiares.

Respecto a la segunda investigación, nos menciona de la gratitud como la habilidad social más destacada en la población; la mitad de la población participante pide ayuda cuando lo necesita o se siente mal de salud y menos de la mitad de las mujeres se han involucrado en grupos para participar. Por ende, la familia de las mujeres con DT2 juega un rol fundamental en el seguimiento médico de su padecimiento, sin embargo, las relaciones sociales cercanas que mantiene la persona con DT2 resultan de gran influencia en el tratamiento.

El siguiente artículo, nos señala cuál era la percepción de los participantes relacionada al papel que desempeñan sus familiares (principalmente las esposas) como fuente de apoyo, dejando en evidencia que dentro de las dinámicas familiares de las personas que presentan DT2 suele existir una figura que resulta elemental en el apoyo respecto a este.

Por último, se destaca que la medicina tradicional es percibida por las personas adultas mayores de esta comunidad como aquella que genera cambios positivos, siendo una opción preferente y de confianza en comparación con el tratamiento farmacológico, sin embargo, esta no remplaza todas las necesidades terapéuticas, por lo que son tratamientos coadyuvantes.

La percepción del apoyo familiar en las problemáticas sociales de la Adherencia al tratamiento de la DT2 en la Comunidad de Tixcacaltuyub

Niurka Castro Carballo[1]
Claudia Isabel Tzec Puch[2]
Josué Méndez Cano[3]

Resumen

La presente investigación tiene como propósito analizar la influencia del apoyo familiar en los problemas sociales que surgen por la adherencia al tratamiento de pacientes con DT2 del municipio de Tixcacaltuyub. Esta investigación fue de corte cualitativo, de tipo de estudio exploratorio descriptivo con el método fenomenológico. El tipo de muestreo fue por conveniencia y se utilizó una guía de preguntas aplicada a través de la entrevista semiestructurada individual.

[1] Licenciada en Trabajo Social. Egresada de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán.
[2] Licenciada en Trabajo Social. Profesora de Tiempo Completo de la Licenciatura en Trabajo Social. FE-UADY.
[3] Maestro en Trabajo Social. Profesor de Asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social ACANITS

Entre los hallazgos se encuentra que la DT2 es percibida como una enfermedad crónica incurable, consecuencia de un problema emocional y es normalizada por el aumento de incidencia de casos en la comunidad. En cuanto al tratamiento de la patología, la incertidumbre y el miedo es el principal motivo de adherencia. En relación con los problemas sociales que dificultan la adherencia al tratamiento destacan la insuficiencia de medicamentos y personal en la clínica de salud; la inexistencia de hospitales, la escasez de transporte público y de alimentos en la comunidad, el desempleo y los conflictos interpersonales.

La enfermedad afecta física, mental y socialmente al individuo, ésta última, es modificada debido al cambio de la dinámica familiar causado por la patología. El apoyo familiar permite una mayor adherencia al ser un apoyo instrumental, emocional, motivacional, informativo y económico en el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, este quinto no es visualizada como parte del apoyo familiar. En conclusión, el apoyo familiar interfiere en el tratamiento, si el familiar tiene conocimiento de que en las implicaciones existe un impacto positivo, de lo contrario no puede existir apego al tratamiento. La familia autogestiona los recursos necesarios para el control de la enfermedad.

Introducción

La diabetes es un padecimiento de evolución crónica y compleja con múltiples factores de riesgo, que afecta las dimensiones biológica, social, psicológica y económica a nivel individual y familiar.

Esta enfermedad es un problema de salud pública resultante del aumento de su incidencia a nivel mundial, de manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que del año 1980 al 2014 existió un incremento en el número de personas diagnosticadas con diabetes de 314 millones, es decir, se estima que por año se detectaron cerca de 9.23 millones de casos. Aunado a lo anterior, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) en el año 2017 hubo más de 424.9 millones de personas en el mundo con esta enfermedad, de las cuales, el 77% tiene una edad entre 40 y 59 años y el 80% de pacientes viven en países de bajos ingresos. En 2019 se registraron 463 millones y en 2021, 537 millones de adultos entre 20 a 79 años que viven con diabetes. La diabetes es responsable de 6.7 millones de muertes en 2021, es decir, 1 cada 5 segundos (IDF, 2021).

La clasificación de la diabetes según la OMS se determina por la diabetes tipo 1 (DT1), la diabetes tipo 2 (DT2) y la diabetes gestacional (DG). Para fines del presente estudio, se abordará la DT2. Esta "representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un aumento de los niveles de obesidad, a la falta de actividad física y a

las deficiencias de la dieta" (IDF, 2019). Se estimó que el número de casos fue de 382.05 millones en el año 2017, 416 millones en 2019 y en 2021, 483.3 millones; asimismo, se registró un total de 541 millones casos de adultos con intolerancia a la glucosa (IGT), lo que los coloca en alto riesgo de diabetes tipo 2 (IDF, 2021).

Las tasas de incidencia de la DT2 han incrementado mundialmente en los últimos 30 años y parece afectar de manera desproporcionada a algunos grupos raciales y culturales; en particular, en los pueblos indígenas ha alcanzado proporciones epidémicas (Naqshbandi, M., Harris, S., 2008). De modo que, en 2021, más de 4 de cada 5 (81%) adultos con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios (IDF, 2021).

En México la DT2 fue detectada en 10,8 millones de personas en el 2017, como resultado, ocupó el 5°lugar de los países con mayor incidencia mundial de diabetes (IDF, 2017) y en 2019 descendió al 6° lugar con 12,8 millones de personas (aproximadamente 11,520,000 personas con DT2) (IDF, 2019). La diabetes es la tercera causa de muertes acumuladas con 99 733 casos registrados (INEGI, 202), de forma que, en 2020 se reportó 15, 237 casos de DT2 y en 2021, fueron 15, 593 casos (el grupo de edad más afectado fue el de 55 a 59 años para ambos sexos) (SSY, 2021).

Con respecto a Yucatán, la Secretaría de Salud Federal refiere que la DT2 constituye una problemática de salud de las poblaciones

yucatecas al posicionarse en el 16° lugar de las principales causas de enfermedad en el Estado con más de 5,520 personas diagnosticadas en el año 2017 (SSA, 2017) y según datos del Boletín Epidemiológico Nacional de la Secretaría de Salud federal hasta la semana epidemiológica 45 del 2021, se han detectado 5,681 nuevos casos de DT2. Ahora bien, dentro de un contexto actual y de acuerdo con información proporcionada por el gobierno de México, actualizada al 27 de enero de 2021, en las 154,000 personas fallecidas por Covid-19 se observó que al menos 4 de 10 personas tenían diabetes.

Existen diversas investigaciones realizadas desde el área de la salud, que abordan la adherencia al tratamiento (Heredia, 2004), la percepción subjetiva en la calidad de vida (Domínguez, 2005), el estilo de vida (Cantú, 2014), entre otras. En el mismo sentido, en relación con la disciplina de Trabajo Social se han elaborado estudios acerca de capacitación de Trabajadores Sociales en diabetes (Hopper, 1993), de estrés y recursos familiares (Auslander, W., Bubb, J., et al.), los aspectos sociales y psicosociales del control de la DT2 (Onofre, 2001), etc. En cuanto a la comunidad de Tixcacaltuyub, se han realizado estudios relacionados con las habilidades sociales en mujeres con DT2 (Uh, 2018) y el impacto de la diabetes en la dinámica familiar (Pérez, 2018).

De acuerdo con Miranda y Rojas (2006) “la interacción entre familia y salud es una dinámica recíproca, ya que la calidad de las relaciones familiares existentes condiciona las formas en que la familia será

afectada por la salud y/o enfermedad de alguno de sus miembros". Mientras que Vergeles (1990) señala que la familia es el entorno donde la enfermedad se presenta y se resuelve, y menciona que los elementos esenciales que debe tener en cuenta el médico de familia para el afrontamiento de la enfermedad de alguno de los miembros son: la estructura, el ciclo vital, la información y el afrontamiento de la familia.

Por lo tanto, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo influye el apoyo familiar en las problemáticas sociales emergentes en la adherencia al tratamiento de los pacientes con DT2 en municipio de Tixcacaltuyub?, ¿qué problemas sociales experimentan los pacientes con DT2 en la adherencia al tratamiento en el municipio de Tixcacaltuyub? y ¿cuál es la perspectiva del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de los pacientes con DT2 en municipio de Tixcacaltuyub?

El propósito general de la investigación es analizar la influencia del apoyo familiar en los problemas sociales que surgen por la adherencia al tratamiento de pacientes con DT2 del municipio de Tixcacaltuyub mediante la aplicación de técnicas cualitativas de investigación.

La diabetes tiene una afectación individual, familiar y comunitaria, por lo tanto, es necesario hacer investigación desde las ciencias sociales, especialmente, desde la disciplina de Trabajo Social, porque el profesional tiene contacto directo con las realidades y los fenómenos sociales; también, el trabajador social puede desarrollar su actuación

profesional considerando la interculturalidad en la promoción de la salud, educación social y la planeación de estrategias multidisciplinarias, en donde lo social forma parte fundamental, así como, complementaria y no una parte externa.

La investigación posibilita la percepción de la afectación de la dimensión social de la enfermedad, del apoyo familiar y los problemas sociales en la adherencia al tratamiento de las personas desde los 40 años a 70 años con DT2 del municipio de Tixcacaltuyub desde un enfoque cualitativo con la finalidad de que el profesional considere factores sociales y culturales que condicionan la enfermedad y el tratamiento de la DT2, los cuales, representan determinantes importantes en el éxito del tratamiento y de la intervención de profesionales de salud.

Marco teórico-referencial

En este sentido, el método en el que se fundamenta esta investigación es el fenomenológico, según Fuster (2019), "es la disminución de todo el conjunto de experiencias a la conciencia de las vivencias más genuinas. Pues este método se detiene en la experiencia y no presupone al mundo más allá de la experiencia". De esta forma, la percepción del paciente se convierte en el objeto significativo del tratamiento de la diabetes porque nos permite analizar el significado de la enfermedad y los cambios en su sistema familiar y comunitarios por el proceso de adherencia al tratamiento de la diabetes.

El padecimiento de una enfermedad crónica implica una transformación circular del sistema familiar, por lo tanto, el marco teórico es desde la *teoría de sistemas*, la cual, la Sociedad Española de Sistemas Generales (SESGE, 2018) señala que "es el estudio interdisciplinario de los sistemas en general. Su propósito es estudiar los principios aplicables a los sistemas en cualquier nivel en todos los campos de la investigación". De esta forma, la investigación concibe a la familia como un sistema, conjunto de interacciones, por lo que, es un funcionamiento circular, es decir, el comportamiento desencadena diversas reacciones en cada uno de sus miembros y así sucesivamente.

La familia desde la teoría es vista como un sistema, el cual, tiene una estructura mediante jerarquías que designa roles y funciones en los miembros, de esta forma, cada individuo es un subsistema en el interior de una familia y forma parte de subsistemas como el parental, el fraterno o el conyugal. La homeostasis es un punto central, debido a que, en el ciclo vital de la familia, ésta sufre constantes transformaciones o crisis, por lo que se debe adaptar para mantener el equilibrio con el propósito de asegurar el desarrollo de sus integrantes.

A continuación, se presenta la fundamentación conceptual que sustenta la investigación realizada, el cual se organiza de la siguiente manera: percepción, DT2, adherencia al tratamiento, familia, apoyo familiar y problemas sociales.

El padecimiento de la diabetes afecta directamente la *percepción* de realidad del paciente, de acuerdo con Ander- Egg (2011) la define como la "función cognitiva de interpretación que hace un individuo a través de un conjunto de mecanismos y procesos por los cuales adquiere conocimiento de su entorno".

Por otra parte, según la psicología clásica de Neisser (1979), la percepción es un proceso activo-constructivo en que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Por tanto, en esta investigación se define la percepción como la realidad subjetiva del individuo y a través de la cual un proceso cognoscitivo adquiere conocimiento de su entorno y lo interpreta.

Este estudio se enfoca en la *DT2*, la cual, se puede entender como la diabetes no insulinodependiente, "tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física" (OMS, 2018).

De acuerdo con la IDF (2019) en la *DT2*: la hiperglucemia es el resultado de una producción inadecuada de insulina y la incapacidad del organismo de responder plenamente a dicha hormona, que se define como resistencia a la insulina. Es decir, la enfermedad crónica que ocasiona una incapacidad física para producir adecuadamente insulina,

la cual, se deriva de estilos de vida con mala nutrición, inactividad física, genética, herencia y/o el entorno social y que requiere un tratamiento para su control.

El tratamiento de la DT2 es de dos tipos: El tratamiento farmacéutico que hace referencia a la ingesta de medicamentos diariamente para el control de la hiperglucemia y el tratamiento no farmacéutico que consiste en modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente (Menéndez, Tejedor, Menéndez, al et, 2011).

En este sentido, entendemos la importancia de la *adherencia al tratamiento*, definida por la OMS (2004) como el "grado en el que la conducta de un paciente respecto a la toma de medicación, al seguimiento de una dieta o a la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario". En otras palabras, en esta investigación la entenderemos como la disciplina de una persona para seguir con las recomendaciones acordadas por el profesional de salud a tal grado de modificar su estilo de vida y sus relaciones sociales.

Las redes informales como la *familia* destacan su importancia en el proceso de la enfermedad de la diabetes, la cual, se define como:

> La institución social principal, la misma que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen

> por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia (OMS, 2009).

En la presente investigación se considera a la familia como aquel grupo de personas que no necesariamente comparten un grado de parentesco consanguíneo, sino, basta con compartir vínculos afectivos y afinidad teniendo como finalidad satisfacer las necesidades básicas.

Existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud. También, contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal; por ello, la red informal de la familia se considera una variable en el tratamiento de la diabetes.

Asimismo, el *apoyo familiar*, aunque carece de una definición unificada (Jiménez, Mendiburo y Olmedo, 2011) podemos señalar que son los recursos existentes que recibe un individuo en una situación dada. En este sentido, para esta investigación se entenderá el apoyo familiar como la disponibilidad de los familiares que pueden hacer sentir a la persona aceptada, amada y valorada, además, de brindarle recursos instrumentales, físicos, económicos e informativos para ser capaz de afrontar situaciones o problemáticas.

Finalmente, los *problemas sociales*, de acuerdo con Ander- Egg (2011) es la "situación social de desequilibrio, desajuste, desorganización o falta de armonía, o situación normal que, en su proceso de crecimiento, enfrenta una crisis que obliga a una reformulación radical".

De ahí, que en esta investigación se refieren los problemas sociales como situaciones sociales que ocasionan desequilibrios en los sistemas sociales, de tal forma, que los individuos no pueden satisfacer las necesidades básicas y de mercado, por consiguiente, disminuye la calidad de vida y el desarrollo social de los mismos.

Metodología

La presente investigación es de corte cualitativo, tipo de estudio exploratorio con el método fenomenológico, diseño no experimental y transversal; la recolección de datos se llevó a cabo a través de la técnica de la entrevista. A través de una guía de preguntas, la cual fue validada por expertos, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a participantes del Proyecto Bienestar comunitario quienes están diagnosticadas con DT2 y son originarios o residentes de la comunidad de Tixcacaltuyub.

De acuerdo con la naturaleza del estudio, el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia; la muestra por conveniencia fue constituida por 4 participantes por las limitaciones de

tiempo para desarrollar la investigación y la duración de la aplicación del instrumento por las características lingüísticas de la población (maya hablantes).

Para la obtención definitiva de los datos se procedió a localizar a los participantes del estudio mediante la lista de participantes del proyecto Bienestar comunitario, dicha lista contiene los nombres y direcciones de los pacientes con DT2 en la comunidad de Tixcacaltuyub.

Posteriormente, se realizaron visitas domiciliarias, en donde se explicó a los participantes el propósito de la investigación, quienes estuvieron de acuerdo firmaron el consentimiento informado, con base al código deontológico de Trabajo Social creado por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS, 2018) y al artículo 100 de la Ley General de Salud, y se procedió a la aplicación el instrumento; los datos obtenidos a través del instrumento aplicado se registraron a través de audio-grabaciones.

Consecutivamente, se realizó la transcripción literal de la entrevista para la codificación de los datos textuales, seguidamente, se clasificaron los datos en una bitácora de análisis; se analizó la información con el apoyo de procesadores de información de Microsoft Word para determinar la relación de las variables de la investigación, las unidades de análisis y se agruparon las categorías correspondientes. Finalmente, el análisis se fundamentó con las teorías seleccionadas y con la discusión de otras investigaciones similares.

Resultados

Los resultados que se reportan en el presente estudio corresponden a 4 personas con DT2 que habitan en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yucatán. Los datos consistieron en 4 horas de grabación de audio. Los resultados se presentan en los siguientes apartados:

Características sociodemográficas de la población

En la siguiente tabla se presenta los datos descriptivos de las y los participantes en este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Datos Generales	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Tiempo de diagnóstico	Seguridad Social
E1	Mujer	59 años	Sin estudios	Costurera	Casada	8 años	Centro médico
E2	Mujer		Licenciatura sin título	Partera	Casada	6 años	Centro médico Hospital en Izamal
E3	Mujer	53 años	Primaria	Ama de casa	Casada	5 años	Centro médico
E4	Hombre	63 años	Sin estudios	Campesino (milpa)	Casado	5 años	Centro médico

Fuente: Elaboración propia, (2018).

Percepción de la Diabetes

La DT2 es percibida como una enfermedad crónica incurable. Las personas entrevistadas desconocen las causas de la patología, sin embargo, la atribuye como consecuencia a la exposición de una problemática personal:

> […] yo sentía (…) ¿cómo pasó esto?, pero fue porque pasé por medio de *un problema* (sic, E3).
>
> […] me dijeron [médico] que tengo diabetes, una *enfermedad.* […] no pienso nada, no sé cómo me vino, pero no me impactó porque hay muchos que tienen diabetes, pero ya lo tengo (…) ni modos (sic, E4).

También, resulta ser normalizado por el paciente porque está presente en su sistema familiar y comunitario por el aumento de incidencia; además, al causar la muerte de conocidos, amigos y familia, el significado atribuido a la diabetes es miedo:

> Cuando me dicen que tengo *diabetes*, yo no me asusté porque *mi familia ha muerto por la diabetes*, sabía que estaba propensa, pues me resigné, solo me queda cuidarme y no hacerle mucho caso a la enfermedad, porque si pienso que me voy a morir (…) si pienso que no la tengo me siento tranquila y sigo con mi tratamiento (sic, E3).

Asimismo, la percepción de la importancia del consumo de la medicación reside principalmente por la emoción del miedo por las complicaciones futuras, por ello, la asistencia puntual a las citas médicas mensualmente y la realización de pruebas de laboratorio aproximadamente cada 2 a 3 meses:

> […] Cuando veo que tengo sueño y ni ganas de trabajar, me voy a la clínica (sic, E3).

> […] Me empezaron a dar la insulina, pero no me hizo nada, me dieron medicamentos que compro, […] Ahora tengo que comprar medicamento, siento que me controlo más […] tomo mi medicamento diario, tres veces al día, ninguna vez he dejado mi medicamento porque tengo miedo, tengo mucho miedo de que llegue a subir de golpe, uno se mata (sic, E2).

Aunque conciben aceptablemente la ingesta de medicamento, las inyecciones de insulina tienen una actitud de resistencia que ocasiona el abandono del tratamiento farmacéutico. De tal forma, que le atribuyen un significado de miedo a la insulina porque significa que existe una evolución de la enfermedad a pesar de que consideran que tienen un apego al tratamiento:

> […] una vez fue así y me checaron, fui al Izamal y salió que estaba alterado mi azúcar, me dijeron que me iban a pinchar (inyectar) diario con insulina por un mes, tengo miedo, no quise, dije que no. ¡Diario no! (sic, E4).

Igualmente, una de las dificultades que tienen en la adherencia al tratamiento médico se presenta en el olvido del consumo del medicamento y de las citas médicas:

> […] Hay veces que viajo y no tomo mi pastilla, se me olvidó así (sic, E3).

Las salidas del sistema ocasionan que el padecimiento de la enfermedad sea invisibilizado como un problema de salud debido al

ambiente, donde, existe un aumento en la incidencia, la falta de adherencia, el desconocimiento de la enfermedad y de las complicaciones futuras.

Problemas sociales y adherencia al tratamiento

En relación con el entorno comunitario, los problemas sociales que afectan el tratamiento farmacéutico son: la insuficiente cantidad de medicamentos para la DT2 en el dispensario médico, así como su venta inexistente. De manera, que para la compra necesitan viajar a la ciudad, sin embargo, no existe un transporte público directo a la ciudad:

> […] aquí en la comunidad no hay nada, el medicamento está caro y no lo vende en la comunidad (sic, E2).

Además, en la comunidad el personal de salud de la clínica comunitaria es pasante de servicio social, situación que influye para que en ciertos períodos de tiempo no se encuentren disponibles. Asimismo, existe una necesidad informativa porque los pacientes desconocen el tratamiento de la DT2 y no se implementan pláticas informativas. Finalmente, los resultados médicos entre las clínicas que asisten resultan ser contradictorios, por lo tanto, los pacientes desconocen sus niveles de glucosa en la sangre:

> […] Hay veces que no hay medicina, muchas veces… no me dan medicina y aquí no hay, no consumo mi medicamento hasta que haya en la comunidad […] voy a hacer mis exámenes, pero uno

> me dice algo, en la clínica, en Izamal y en Mérida, no sé si estoy bien en mi azúcar […] Hay veces que no hay doctor ni enfermera en la clínica […] en la comunidad no se organiza nada porque aquí hay tiroteos, nos afectan un poco (sic, E4).

Por otra parte, las relaciones de trabajo se han modificado debido a que el paciente debe reducir su jornada laboral o renunciar, dando como resultado la presencia de problemas económicos en el sistema familiar, y emocionales por la pérdida laboral. En consecuencia, no se adquiere el tratamiento médico por la inexistencia de farmacias y el costo del transporte:

> […] antes hacía más horas, estaba todo el día y ahora por la *enfermedad* solo hago 3 horas a lo mucho […] hay días que me levanto y estoy casando por el medicamento, no me da la gana de ir a trabajar, hay días que no voy a ir a la milpa, hoy siento dolor (sic, E4).

En cuanto, al tema de la alimentación, se encontró que el principal factor por el cual las personas no consumen la dieta recomendada (variedad de frutas y verduras, alimentos bajo en grasa y azúcares, entre otros.) es porque en la comunidad no se dispone de una variedad de alimentos, ni los medios para su abastecimiento:

> Aquí no hay frutas […] cuando voy con el doctor, me dice que es lo que no es bueno, como que no debo comer, que grasas y así… pero solo hay eso aquí en la comunidad, así que ni modo, lo que

> sí hago es comer solo un poco (…) no es porque no quiera comer lo que no debo, solo que no hay nada más (sic, E4).

Por último, hay que mencionar, que los pacientes con diabetes tienen un cambio en las relaciones sociales por los síntomas de la patología, en especial por los cambios repentinos de emociones que ocasionan relaciones conflictivas:

> […] por mis cambios de humor mis vecinas no se llevan conmigo, tuvimos un problema grave y me dejaron de hablar, ni mi papá me contesta (…) (sic, E2).

De manera puntual, los problemas sociales que perciben las personas con DT2 en la comunidad son en relación con el entorno social (comunidad) y en el desarrollo de actividades sociales y de sustento a causa de la adherencia al tratamiento. Esto demuestra que el área social es una de las principales afectaciones en el padecimiento de diabetes en una comunidad rural.

Adherencia al tratamiento y Apoyo familiar

La patología de DT2 implica un cambio en el sistema familiar que afecta sinérgicamente a todos los miembros del sistema. El padecimiento ocasiona una modificación en la relación familiar desde un aspecto de convivencia, de manera que, existe un proceso de aislamiento (separación familiar) porque los miembros no se adaptan a

la dieta del paciente o tiene como resultado, que se consuma alimentos que ocasionan la hiperglucemia:

> […] comería cosas que no me convienen porque los antojos, como muchos vienen a hacer la coperacha me dicen que lo coman […]cuando no hay nada para comer tengo que comer lo que hay (sic, E3).

Cabe señalar que el paciente en caso de preparar los alimentos realiza dos tipos de comidas, resultante, a que considera que la modificación de los hábitos alimenticios de su familia significa imponerles un castigo. Además, que se percibe como una carga por los cuidados que requiere:

> […]Yo pienso que más grande puedo perjudicar a otra persona […] yo preparo mi comida como debe de ser, saco mi parte y ya lo preparo para ellos como debe ser (sic, E4).

De igual modo, la relación familiar ha sido afectada por los cambios emocionales del paciente ocasionados por la enfermedad. De forma concreta, se percibe un cambio repentino de emociones, principalmente de: miedo, enojo, tristeza e ira:

> Pienso que *cambió mi relación* con mis hijos, porque cuando uno está diabética, rápido uno se *altera* y le da *tristeza*, a veces se *deprime***,** pero no todo el día. A veces no sé qué puedo hacerle a una persona cuando estoy molesta […] Me *molesto* con ellos pronto, no les hablo… (sic, E2).

Entorno a ello, el sistema familiar se modifica por el padecimiento de una enfermedad, en el cual, si el sistema no se adapta a los cambios establecidos por la diabetes como es el tratamiento alimenticio y los cambios emocionales del paciente existe una ruptura que provoca el aislamiento del paciente y la falta de adherencia al tratamiento, es decir, si no existe una finalidad común como es el cuidado del paciente el sistema se disuelve:

> […] cuando voy con mis sobrinas y veo que ellas comen, no sé… una paleta, *yo me la como también*. […] Cuando voy a casa de mi hermana me dice si quiero comer, yo lo pruebo porque se me antoja... (sic) (E2).

Por otro lado, la convivencia familiar se ha visto limitada debido a que el paciente tiene síntomas de fatiga y dolores musculares por los medicamentos, además, que se aísla para evitar la obtención heridas que pueden provocar infecciones:

> […] antes me iba con mis nietos, salía a cada rato… ahora casi a ningún lado me voy a pasear (sic, E1).

Las entradas del sistema familiar con un paciente con DT2 son recursos instrumentales e informativos. En efecto, la percepción del apoyo familiar se modifica desde el momento de ser diagnosticados con DT2 debido a los cuidados médicos que este debe tener por la enfermedad.

Desde la perspectiva del paciente, le atribuyen un apoyo emocional al hecho de que los miembros de la familia les pregunten cómo se

encuentran, tener la confianza de decirles cuando estos tienen una complicación por la enfermedad, su acompañamiento a las citas médicas y recibir estimulantes verbales:

> Cuando me siento mal, siento la confianza decirles a mis hijos. […] cuando me siento mal, se lo digo a mi esposo. […] mi hijo está al pendiente de mí, me habla todos los días, me pregunta como estoy (sic, E3).

Igualmente, se afirma que, si existe un apoyo informativo por los miembros de la familia, el paciente obtiene una retroalimentación de las indicaciones médicas que debe tener en el tratamiento de la diabetes:

> Mi esposo me recuerda mi medicamento y me acompaña a la clínica, me apoyan diciéndome lo que debo o no comer, que coma vitaminas. […] mi hijo me dice cómo debo de cuidarme, como debo tomar mis pastillas, que no me olvide de las pastillas, que debo comer y que no (sic, E3).

En consecuencia, la percepción del apoyo emocional emerge como una necesidad del paciente para la aceptación de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el equilibrio emocional del paciente:

> […] me cuidan más ahora[telefónicamente], que no debo comer esto (...) pero tengo miedo ahora, si me caigo en mi casa quién me ve, nadie, yo solo vivo aquí […] me molesta que ellos no piensen en mí (sic, E1).

Por otra parte, en referencia al apoyo informativo el paciente ha percibido que su autocuidado puede generar el desarrollo de hábitos saludables en los familiares, de tal modo que, aumenta la calidad de vida:

> […] cuido a mi familia, para que sepan que comer y que no. Que no deben comer y dormir (sic, E3).

Por el contrario, en caso de no existir la concientización y el conocimiento de la enfermedad implica una limitante en la relación familiar y un factor de riesgo en la adherencia al tratamiento, teniendo como consecuencia que el sistema familiar al no tener la misma finalidad se fragmente.

En relación con el apoyo económico, existe por parte de los miembros de la familia mediante la compra de los medicamentos y alimento; sin embargo, para el paciente no lo visualiza como parte de un apoyo familiar. La inexistencia del apoyo económico ocasiona que exista una dificultad en la adherencia al tratamiento ya que el paciente no acude al hospital por el costo de transporte y no compra medicamentos y alimentos:

> Cuando veo que me falta algo, le aviso a ellos, le doy la receta y se los doy a ellos, […] Mi hijo siempre da el dinero para comprar mi medicamento y la comida (sic, E2).
>
> […] no me apoyan para comprar nada (sic, E4).

En definitiva, el diagnóstico y el proceso de enfermedad afectan al sistema familiar, de tal forma, que el apoyo familiar es una variable en la adherencia al tratamiento y la conducta de autocuidado en el paciente, es decir, permite la homeostasis.

Discusión

En relación con el apoyo familiar en pacientes con DT2 Castro (2006), señala que las hijas se centran en proporcionar apoyo emocional y en apoyo en las tareas domésticas, en concreto, en la preparación de los alimentos y la medicación; en cambio, son los hijos hombres quienes apoyan económicamente y con información acerca de la enfermedad.

A su vez, los esposos se apropian de la enfermedad, proporcionan un apoyo emocional, motivacional, instrumental e informativo. Esto difiere en la presente investigación, el cónyuge es el principal proveedor de ayuda económica. Por su parte, las hijas son las principales proveedoras de un apoyo informativo y emocional, aunque estas no residan en el mismo domicilio y los hijos son quienes proporcionan apoyos económico-material, sin embargo, en algunos pacientes no se visualiza ningún tipo de apoyo familiar.

Rodríguez, Camacho, Escoto, al et. (2014), menciona que los pacientes atribuyen principalmente el significado de apoyo familiar a la acción de acompañar, interés, preocupación y compresión. El apoyo

familiar se categoriza en emocional, instrumental e informativo, en donde, el paciente tiene una inclinación al área afectiva. Asimismo, señala que el apoyo, en su vertiente familiar, tiene una relación significativa en interrelación familiar, apego al tratamiento del paciente y apropiación de la enfermedad. En la muestra estudiada se halló una relación favorable entre el paciente y su familia, así como, confianza y apoyo familiar y cuidado.

Los datos obtenidos de la investigación refieren que la relación positiva de la familia en donde los miembros modifican los hábitos alimenticios y se eduquen en relación con la enfermedad, permite al paciente mantener una relación de confianza y visualizar el apoyo familiar, principalmente, el emocional por lo que disminuye las problemáticas sociales del entorno comunitario como el hecho que los miembros sean los encargados de la compra de medicamentos y alimentos, además, le ofrece un apoyo informativo que permite el seguimiento de las citas mensuales y la adherencia al tratamiento.

Para Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006), la pobreza es visualizada como parte del padecimiento; además, que la emoción principal es el miedo debido al futuro incierto. Por otra parte, identifica que el apoyo familiar facilita a los enfermos afrontar su padecimiento más fácilmente, y las repercusiones cuando no se brinda apoyo afectivo o económico.

Los familiares refieren dificultades para comunicarse con los enfermos y los sitúan como demandantes de atención, se sienten abrumados por no saber cómo tratarlos y ayudarles con su enfermedad. Tales afirmaciones, concuerdan con el presente estudio, el miedo es el principal factor de la adherencia, y la pobreza aumenta debido al desempleo o la disminución laboral ocasionado por la sintomatología, la compra de medicamentos y los costos de transporte; también, se señala que la dinámica familiar cambia desde el padecimiento y que el apoyo familiar, en concreto, el apoyo emocional resulta ser determinante en la adherencia al tratamiento.

En el proceso de enfermedad, existe una resistencia por parte de los miembros en la adaptación al tratamiento, en especial, relacionado con la alimentación. De igual forma, los factores de riesgo del desapego al tratamiento emergen por la inexistencia de una reestructuración de roles, ocasionando, que el paciente sea el único que es responsable de su tratamiento y exista un aislamiento familiar.

Por lo tanto, el apoyo familiar surge como resultado que la familia modifique hábitos hasta la homeostasis, es decir, el factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y roles, de manera que, los miembros adquieran funciones de cuidadores que permiten la continuidad del tratamiento de la diabetes.

Consideraciones finales

De forma general, la investigación posibilitó conocer la perspectiva de la DT2, del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de los pacientes y los problemas sociales que experimentan los pacientes con DT2.

La enfermedad crónica de la DT2 es normalizada en la comunidad por el aumento de incidencia y se le atribuye la causa un problema emocional. La diabetes provoca una modificación en las relaciones familiares por los cambios emocionales de la persona con DT2 y por la adherencia al tratamiento, en especial, la dieta.

La apreciación de la persona con diabetes del apoyo familiar influye en la identificación de problemas sociales, de tal forma, que, en el caso de tener una relación positiva en donde exista un apoyo emocional, informal y económico este puede tener una adherencia al tratamiento con menores factores de riesgo.

Los resultados obtenidos en la investigación sugieren la necesidad de profundizar en la investigación incluyendo un mayor número de participantes, así como, desarrollar un diseño de investigación con un enfoque cuantitativo que permita corroborar la existencia de la adherencia al tratamiento; esto, permitirá la triangulación de datos.

En primera instancia, debe considerar estudios relacionados con el duelo que vive el paciente desde el inicio de la sintomatología y en el proceso de la enfermedad, asimismo de los integrantes familiares.

En segunda instancia, es de relevancia integrar la perspectiva de género en los estudios relacionados con la enfermedad para conocer la influencia de los roles tradicionales de género en la enfermedad.

Finalmente se concuerda en la necesidad de realizar estudios desde la afección del sistema familiar en relación de la convivencia y las relaciones familiares desde la perspectiva del paciente y de los miembros de la familia.

Referencias

Ander- Egg, E. (2011). Diccionario de Trabajo Social. Argentina: Las brujas

Auslander, W., Bubb, J., et al. (1993). El estrés y la familia Recursos: Las áreas potenciales de intervención en niños recién diagnosticados con diabetes. Recuperado de https://academic.oup.com/hsw/articleabstract/18/2/101/609958?redirectedFrom=fulltext

Cantú, P. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=44832162002

Castro, A. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. Recuperado de respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/175/157

Domínguez, A., Lara, C y Ponce, L. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Recuperado de www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000500004

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1), p.201-229. DOI: http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267.

Heredia, M. (2004). ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=787859

Hernández, R., Fernández C & Baptista P. (2003). Metodología de la Investigación .3 Ed. México, D. F: McGraw-Hill Interamericana.

Hopper, S. (1993). La formación de los trabajadores sociales en la Diabetes. Recuperado de https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014572178300900217

IDF. (2017). Diabetes atlas de la FID. Octava edición. Recuperado de http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html

IDF. (2019). ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID. Novena edición. Recuperado de https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_es.pdf

IDF. (2021). Diabetes en todo el mundo en 2021. Recuperado de https://diabetesatlas.org/

INEGI. (2017). "Estadísticas a propósito del día mundial de la población". Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf

INEGI. (2020). Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. Recuperado de www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf

Jiménez, A., Mendiburo, N., y Olmedo, Paz. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/799/79922588011.pdf

Martínez, M. (1996) Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de investigación. México: Ed. Trillasénez, Mendiburo y Olmedo. 2011)

Méndez, T. (2011). La salud en Yucatán. Recuperado de http://www.cicy.mx/documentos/CICY/Sitios/Biodiversidad/pdfs/Cap2/12%20La%20salud%20en%20Yucatan.pdf

Miranda, E., y Rojas, P. (2006). La familia en el proceso salud enfermedad. Recuperado de

bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1504/ttraso178.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Montoya. G, Zapata. C y Cardona. B. (2002). Diccionario de Trabajo Social. Colombia: Universidad de Antioquia

Naqshbandi, M., Harris, S. (2008). Global complication rates of type 2 diabetes in Indigenous peoples: A comprehensive review. Estados Unidos: Clinical practice

Neisser, U. (1979). Psicología cognoscitiva. México: Trillas.

OMS, 2018. ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/

OMS. (2004). ¿Qué es la adherencia al tratamiento? Recuperado de https://www.pfizerpro.es/que-es-la-adherencia-al-tratamiento

OMS. (2009). Definición del Familia. Recuperado de https://www.monografias.com/docs/DEFINICION-DE-FAMILIA-SEGUN-LA-OMS-P3UK6GPJ8GNY

OMS. 2018. Diabetes. Recuperado http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Onofre, D. (2001). Aspectos sociales y psicosociales del control de la diabetes tipo 2. Recuperado de http://eprints.uanl.mx/6364/1/1080095117.pdf

Roca, M. (2000). Apoyo Social: Su significación para la salud Humana. La Habana: Félix Varela.

Rodríguez, A., Camacho, E., Escoto, M., al et. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. Recuperado de

www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/6011?ver=sindiseno

Secretaría de Salud de la República Mexicana. (2020). Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospitalaria Informe Trimestral de Vigilancia Epidemiológica, Cuarto Trimestre 2020. Recuperado de https://www.gob.mx/salud/documentos/diabetes-mellitus-tipo-2-hospitalaria-2020

Secretaría de Salud de la República Mexicana. (2021). Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospitalaria Informe Trimestral de Vigilancia Epidemiológica, Tercer Trimestre 2021. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/674841/InformeSVEHDMT23erTrimestre2021.pdf

Secretaria de Salud. (2017). Ley General de Salud. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Sociedad Española de Sistemas Generales (SESGE). (2018). ¿Qué es la Teoría General de Sistemas? Recuperado de https://www.sesge.org/tgs/2-uncategorised/150-que-es-la-teoria-general-de-sistemas.html

SSY. (2019). Veinte principales causas de enfermedad en Yucatán, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2019. Recuperado de https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/20190/principales/estatal_grupo/yuc.pdf

Tejada, L., Grimaldo, B., y Maldonado, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. Recuperado en

http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/comunicaciones/percepeciones_diabetes.htm

Vergeles, J. (1990). En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda? Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1185

Nivel de habilidades sociales en mujeres participantes del proyecto Bienestar Comunitario en Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, 2018

Nancy Guadalupe Uc Escobedo[4]
María Ermila Moo Mezeta [5]
Josué Méndez Cano[6]

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de habilidades sociales (HHSS) que posee la población de mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2) registradas en el Censo Nominal de pacientes con diabetes de la Unidad Médica Rural número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán (2017) y que se encuentran inmersas en el proyecto "Bienestar Comunitario". A través del enfoque metodológico cuantitativo no experimental; tipo de diseño transversal descriptivo.

[4] LTS. Nancy Guadalupe Uc Escobedo. Facilitadora de actividades de prevención de las violencias en la Secretaría de las Mujeres del Gobierno del Estado de Yucatán.
[5] MCES. María Ermila Moo Mezeta. Profesora de tiempo completo de la Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.
[6] MTS. Josué Méndez Cano. Profesor de Asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social ACANITS.

Las técnicas han sido: barrido de área, visita domiciliaria, rapport, diálogo informal, observación, encuesta y análisis.

Entre los resultados se encuentra que las mujeres con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán poseen un nivel medio alto de habilidades sociales con una media general de 195.19; Del total, el 59.1% de la población presentó un nivel medio alto, el 22.7% un nivel alto y un 18.2% un nivel medio.

Asimismo, las áreas de habilidades sociales que obtuvieron un nivel alto fueron las alternativas para hacer frente al estrés y de planificación de actividades para su autocuidado, por otro lado, las áreas que obtuvieron un nivel medio han sido las habilidades de diálogo, de participación, relacionadas con los sentimientos y las alternativas a la agresión.

Derivado de lo anterior, el área que obtuvo un mayor puntaje ha sido de planificación para su autocuidado, en contraste, el área con menor puntaje fue la de participación.

Introducción

Las Habilidades Sociales (HHSS) resultan ser una de las mejores herramientas de conducta que tiene a su alcance el ser humano, cada vez son más las personas interesadas en mejorar este conjunto de

prácticas puesto que conlleva en su ejercicio una serie de beneficios de índole personal, familiar y social, tales como, mayor confianza en uno mismo/a, mayor facilidad de lograr objetivos, interacción asertiva con los demás, control de la conducta e implicación en la toma de decisiones personales e interpersonales.

Puesto que las HHSS posibilitan la mejora en el bienestar de las personas, surge el interés por determinar el nivel de habilidades sociales que poseen las mujeres de una comunidad yucateca actualmente nombrada Tixcacaltuyub situado en el municipio de Yaxcabá. El objetivo principal por el cual se decide abordar en el tema es impulsar el entrenamiento de estas habilidades en personas adultas y también en el ámbito comunitario.

Ahora bien, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) la Diabetes ocupa la segunda causa de mortalidad en el país, y a pesar de tomar medidas necesarias para reducir la magnitud del problema, se prevé que la cantidad de personas con este padecimiento aumente. Este dato coincide con lo publicado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) el cual determinó un aumento en la prevalencia de diabetes de los mexicanos en comparación al año 2012.

Con base al perfil de los países para la Diabetes de la OMS, en el año 2016 fueron 23, 100 hombres y 22, 000 mujeres de entre 30 y 69 años fallecidas a causa de la diabetes, adicionalmente perdieron la vida

17, 600 hombres y 24, 300 mujeres mayores a los 70 años por la misma causa. A pesar de que 87.7% de los adultos con diabetes entrevistados respondió que, si reciben tratamiento para su control, poco menos de la mitad (46.4%) confesó que no lleva a cabo acciones preventivas para evitar complicaciones.

Específicamente la Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2), simboliza una enfermedad de alto riesgo para los habitantes de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, quienes consideran que en los últimos años hay aumento en las personas con discapacidad, endeudamiento y fallecidas a causa de la DT2, sumando que la comunidad en general muestra desconocimiento de lo que representa el padecer la misma y sobre los cuidados que debe llevar acabo para evitar afectaciones; de igual manera las familias expresaron que no cuentan con los recursos médicos, económicos y materiales para el tratamiento adecuado.

Lo anterior, es información recuperada por el equipo interdisciplinario de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) participes del *proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con Diabetes Tipo 2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá Yucatán* durante el año 2018. Cabe señalar que, para referenciar a mencionado proyecto en el presente documento, este será sintetizado con el nombre *Bienestar Comunitario*.

Habrá que mencionar, que el padecer diabetes deriva confusión, incertidumbre y en general una gama de dudas importantes a resolver antes de iniciar con el tratamiento. Las modificaciones en el estilo de vida es uno de los resultados más difíciles que presenta el paciente y las personas cercanas a su entorno.

Ante esto, las principales fuentes de apoyo en una persona con DT2 son: "la pareja, la familia, los compañeros de trabajo o estudio, el personal de salud, y relaciones sociales en general, incluidas distintas instituciones" (Alloway, Coyne, Delongis, Becker, Mainman en Portilla, Romero y Román, 1991, p. 200), y de no contar con una relación estable con este círculo social es probable que existan manifestaciones negativas que compliquen la adherencia al tratamiento de la enfermedad. En este momento, las HHSS desempeñan una función importante en el comportamiento psicosocial de la persona con DT2.

El enfrentar la diabetes se convierte en una responsabilidad personal, familiar y social, donde la práctica de este tipo de habilidades se considera fundamental, pues se ha comprobado que "la falta de destrezas sociales repercute de diferentes maneras en una persona entre lo que se puede encontrar el inadecuado manejo de una enfermedad" (Paucar, 2012 p. 21). Es por ello, que a través de esta investigación se proyectó como objetivo principal determinar el nivel de habilidades sociales que posee la población de mujeres con diabetes mellitus tipo 2, participantes del proyecto Bienestar Comunitario.

La aplicación de las habilidades sociales resulta de gran importancia al momento de relacionarse con los demás individuos, tomar iniciativas y al diseñar un plan para el alcance de nuevos objetivos, en el caso de las personas con DT2, se considera fundamental que la persona continúe diseñando proyectos personales que lo motiven a practicar un estilo de vida saludable adhiriéndose al tratamiento otorgado por el personal de salud. Al respecto, Portilla, Romero, y Román (1991) mencionan que "la reorientación del paciente partiendo de nuevas metas resulta indispensable mediante el cual pueda continuar siendo una persona útil, realizada socialmente, sin que esto conspire con la atención y cuidado de su enfermedad" (p. 203).

Conviene subrayar, que el estudio de las habilidades sociales ha sido trascendente en diferentes ámbitos (familiar, laboral, social, educacional, clínico y psicológico, entre otros). Se ha descubierto que el déficit de estas habilidades podría conducir a un desajuste psicosocial, baja autoestima, falta de interés por interactuar con otras personas, dificultad para interactuar con otros, dificultades para cumplir reglas o complejidades al momento de reconocer y expresar los propios sentimientos; para este caso, el interés por las habilidades sociales se encuentra relacionada a su implicación en el ámbito de la salud.

Definición de términos

Las Habilidades Sociales

Desde tiempos remotos el Ser Humano ha experimentado la necesidad de relacionarse con otros individuos, ya sea, para sentir protección, acompañamiento, recibir afecto o también para alcanzar objetivos; actualmente, resulta imposible imaginar una sociedad donde sus habitantes no mantengan algún tipo de interacción, puesto que, desde su nacimiento el individuo necesita del apoyo de otros para crecer personalmente, desarrollarse y sus cumplir metas, en otras palabras, el contacto e interacción social se contempla fundamental para la sobrevivencia de toda persona.

Las HHSS son conductas observables, también son pensamientos y emociones que permiten mantener una relación efectiva otros individuos, independientemente del tipo de relación que se tenga con cada uno de ellos. De otra forma, las habilidades sociales fungen como una estrategia de comunicación efectiva, al respecto, Roca (2014) expresa que, "cualquier mejoría en esta aptitud tan importante (HHSS) supondrá un incremento de bienestar y calidad de vida" (p. 9), lo interesante se refleja en que, el ser humano tiene la capacidad de aprehenderlas en cualquier etapa de su desarrollo y cada interacción social es una clara oportunidad para perfeccionarlas.

Por otro lado, el déficit de las habilidades sociales puede generar que las personas experimenten emociones negativas como frustración, ira, miedo, rechazo y preocupación. Mencionado autor (Roca, 2014), expresa que la psicología científica ha abordado el estudio de las HHSS a partir de tres dimensiones:

- La conducta motora observable externamente.
- Las cogniciones (creencias, pensamientos e imágenes mentales).
- Los componentes emocionales (p. 12)

Por ello, existe gran variedad de instrumentos que permiten identificar y medir las HHSS presentes en una persona (entrevistas, observación por expertos, autoobservación, pruebas de desempeño de roles, inventarios, etc.).

Las Habilidades Sociales en las mujeres

Personalidades como Hermann y Betz (2004) en García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014), señalan que el rol masculino está asociado con "características como la independencia, autoridad, autosuficiencia, actividades productivas encaminadas a la manutención y provisión de la familia y [ciertas] HHSS vinculadas a la expresión de sentimientos negativos y la asertividad" (p. 117), también, expresan que por el contrario, "el rol femenino está relacionado con la crianza, el cuidado, la sensibilidad, mayor fortaleza emocional y habilidades sociales vinculadas a la expresión de sentimientos positivos" (p. 117).

Previa afirmación establece una relación entre los roles de género y las HHSS desarrolladas en hombres y mujeres de acuerdo con su contexto social y cultural, sin embargo, se ha de reconocer que este tipo de actitudes son transmitidos por estereotipos sociales, los cuales transmiten mensajes sobre las funciones determinadas "*para el hombre y la mujer*".

De acuerdo con Gambrill y Richey en García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014) "algunos estudios han evidenciado que las mujeres adultas parecen comportarse de forma más habilidosa en la expresión de sentimientos positivos, mientras que los hombres experimentan menor dificultad para expresar sentimientos negativos, hacer peticiones y ser más asertivos en situaciones laborales" (p. 117).

Al concluir su investigación (Gambrill y Richey en García, Cabanillas, Morán y Olaz, 2014) encontraron diferencias significativas en las habilidades sociales con relación al sexo, debido a que los hombres presentaron puntuaciones más altas en las habilidades del área afectivo-sexual.

Por otro lado, las mujeres obtuvieron altos porcentajes en habilidades conversacionales, de oposición asertiva y habilidades empáticas.

Esta afirmación establece que existe una diferencia en relación con las HHSS con los sentimientos (área número 3 en la lista de Golstein)

entre los hombres y las mujeres, sin 20 embargo, no es posible generalizar que las mujeres o los hombres sean más habilidosos socialmente, ya que, los resultados dependerán del área de HHSS que se aborde.

Diabetes

Si bien, la diabetes es definida como una enfermedad crónica-degenerativa, es decir, una enfermedad que no es curable, pero, de ser diagnosticada con tiempo es posible controlarla. De lo contrario, esta enfermedad es capaz de dañar otros órganos alterando las funciones metabólicas normales del organismo humano. Una vez diagnosticada, es de gran importancia tratarse de manera oportuna e iniciar/continuar con hábitos de vida saludables.

Se tiene conocimiento de que la diabetes es originada por diversas causas entre lo que se considera: la predisposición hereditaria, los factores ambientales y estilos de vida, así como la presencia de hiperglucemia crónica, esto es, los altos niveles de azúcar en sangre por periodos prolongados.

Clasificación de la Diabetes

A pesar de que la diabetes ha sido estudiada de manera general, se ha logrado determinar diversos tipos de diabetes por sus características, hasta el momento, se encuentra clasificada en: diabetes tipo 1, diabetes

tipo 2, diabetes gestacional, así como otros tipos de diabetes como la diabetes monogénica y la diabetes secundaria.

La diabetes tipo 2, tratada en el proyecto, se caracteriza porque es el tipo más común de diabetes, generalmente ocurre en adultos, pero se presenta cada vez más en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella de modo que, la insulina es ineficaz.

Con el tiempo, los niveles de insulina pueden llegar a ser insuficientes y tanto la resistencia, como la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles de glucosa en sangre altos. Entre sus síntomas podemos encontrar, orinar más seguido de lo habitual, sed excesiva, pérdida de peso, visión borros, y entre los factores de riesgo más importantes se encuentran el sobrepeso, inactividad física y nutrición pobre, otros son la etnicidad, historial familiar de diabetes, historial pasado de diabetes gestacional y edad avanzada.

Diabetes Mellitus Tipo 2 en Yucatán

Los Servicios de Salud de Yucatán (2013) establecen que “el 97% de los casos nuevos de diabetes son pacientes con diabetes mellitus tipo 2” (p. 3), sin embargo, hoy en día se estima que la cifra total de personas con diabetes podría ser el doble considerando aquellos casos que aún no son diagnosticados. Para el año 2016 (hasta el mes de junio) fueron 349,164 los casos identificados de personas que padecían este

tipo de diabetes de acuerdo con el corresponsal y periodista Boffil (2016, p. 36).

Todos estos datos, se relacionan también con los diversos estudios preliminares que han registrado el desarrollo de la DT2 en el Estado Yucateco, entre las publicaciones se encuentran:

- La investigación realizada por los doctores Chávez, Zubirán y cols. en el año 1963;
- La Encuesta de Diabetes en Mérida, realizada por Laviana y Lozano con apoyo del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" en el año 1968 y;
- El estudio Prevalencia de Diabetes Mellitus en la consulta externa del hospital O'Horan en el año 1989.

Con relación al último documento, se obtuvo como resultado que la frecuencia a la intolerancia de glucosa de entonces fue significativamente mayor en las mujeres en comparación 28 a los hombres.

Tomando como referencia esta misma investigación, se tiene que para el año de 1989 la diabetes ya era considerada una de las cinco primeras causas de muerte en Yucatán y la primera causa de muerte en personas mayores de 45 años, de acuerdo con la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Para el año 2011 la diabetes presentó una tasa de mortalidad de 55.33 por cada 100, 000 habitantes

ocupando la tercera causa de defunciones en el Estado de acuerdo con un informe realizado por los Servicios de Salud de Yucatán en el 2013.

Esta situación continúa incrementando hasta ubicarse en un promedio de 17 casos diarios diagnosticados de acuerdo con el reporte realizado por el periodista Pat (2017), de igual forma, su reportaje informó que de los 1, 105 diagnósticos registrados a inicios del año 2017 al mes de marzo, 636 correspondieron a mujeres y 469 a hombres, esto tiene relación con el principal factor de riesgo ligado al padecimiento de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad.

Al respecto, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2018).

A nivel nacional, Yucatán ocupa el primer lugar en personas con sobrepeso u obesidad. Desafortunadamente, los niños, niñas y adolescentes en estas condiciones tienen mayor probabilidad de padecer alguna de las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Otros datos relacionados informan que el Estado Yucateco ocupa el primer lugar nacional en prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 11 años y el quinto lugar nacional en prevalencia de exceso de peso en población de 12 a 19 años.

Hasta el año 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad (combinadas) en la población de adolescentes era de un 43.4% y en la población adulta de un 80.3% (Olaiz, Rivera y Shamah en Poder Judicial del Estado de Yucatán, 2012, p. 12); también se ha considerado que otro factor potencial en el Estado que 29 repercute en el desarrollo de la diabetes es la influencia genética, incrementando el riesgo en los familiares de padecer esta enfermedad.

Con los datos establecidos anteriormente, se puede concluir que Yucatán es uno de los Estados en México con mayor prevalencia en sobrepeso, obesidad y diabetes que desfavorece la calidad de vida en las personas que la padecen y de sus seres cercanos.

Diabetes Mellitus Tipo 2 en Mujeres

La DT2 es un problema emergente para la persona con diabetes, su familia y el personal de salud, es una condición que ha ido aumentando de manera fulminante en los habitantes del mundo tanto en hombres como mujeres. De acuerdo con la Fundación para la Diabetes (2017) a nivel mundial más de 199 millones de mujeres presentan diabetes, y se prevé que esta cifra aumente hasta los 313 millones para el año 2040.

A lo que corresponde el Estado de Yucatán, en el año 2012 fueron 187, 000 mujeres mayores de 20 años diagnosticadas con diabetes en comparación a los 157, 500 hombres; en relación, el reportero José Salazar indicó que, de 4, 218 casos diagnosticados en el lapso de enero

- octubre (2017) 2, 443 correspondieron a mujeres y 1, 775 a hombres. Como se observa en los dos casos la tendencia ha sido mayor en mujeres.

En general, la diabetes resulta ser muy complicado para ambos sexos, sin embargo, se ha comprobado que el riesgo de la depresión aumenta más en las mujeres con este padecimiento, algunas presentan menor interés en el acto sexual (ya sea por la misma depresión o) por el cansancio, consecuencia de los cambios en los niveles de glucosa en la sangre. También con 30 base en preguntas frecuentes realizadas por las mujeres en esta condición, la Asociación Americana de Diabetes (2014) ha identificado que cuando se tiene diabetes las pastillas anticonceptivas podrían aumentar su nivel de glucosa o tener una menopausia prematura y, en consecuencia, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Metodología

Diseño de investigación

El enfoque metodológico de la presente investigación es cuantitativo no experimental, se caracteriza porque "el investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna" (Sousa, Driessnack, y Mendes, 2007, p. 3); el tipo de diseño es transversal descriptivo, es decir, los datos serán recolectados en un solo momento

y se tiene como objetivo “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en la población” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p. 155).

Finalmente, las técnicas designadas para la investigación han sido las siguientes (con base en Cedillo, 2017, p. 7):

a) Barrido de área: recorrido realizado en la primera visita a la comunidad para explorar y conocer sus características.
b) Visita domiciliaria: identificada como un conjunto de actividades que valoran e identifican la situación global del paciente/familia a través de la visita a su residencia; Montes (2016) reconoce esta actividad como una “estrategia de actuación profesional” (p. 29).
c) Rapport: reconocida como el fenómeno donde dos o más personas están en sintonía y hay un establecimiento de confianza.
d) Diálogo informal: conversación oral y espontánea entre dos o más personas con el fin de generar confianza y obtener información.
e) La observación: consiste en mirar con detenimiento alguna situación, persona o contexto, para obtener conocimiento sobre su comportamiento y características (técnica fue realizada con apoyo de un cuaderno de notas).
f) La encuesta: una de las herramientas más utilizadas en la investigación y que “utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (Casas,

Repullo, y Donado, 2013, p. 144). Técnica realizada con apoyo del instrumento denominado "lista de chequeo de habilidades sociales".

g) Análisis: examen detallado y a profundidad de una cosa/persona/contexto/situación, para conocer sus características y cualidades y así extraer determinadas conclusiones.

Población muestra, escenario y sujetos

El presente estudio se enfocó en trabajar con mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo con el Censo Nominal de pacientes con diabetes de la Unidad Médica Rural número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social (2017), mismas que se encuentran inmersas en el proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con Diabetes tipo 2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, "*Bienestar Comunitario*".

La lista de registro hasta el año 2017 contaba con un total de 77 personas, de las cuales se visitaron únicamente a las mujeres que cumplían con los siguientes criterios de inclusión. En total fueron 23, sin embargo, debido a que una persona se encontraba ausente de su domicilio los días que se realizaron las visitas, se logró trabajar con un total de 22 mujeres.

Criterios de inclusión: Mujer, edad mínima de 18 años, habitante actual de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán. Persona con diagnóstico de DT2 y contar con el tiempo requerido para la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión: Negarse a firmar el consentimiento informado y a la participación voluntaria en la aplicación del instrumento.

Criterios de eliminación: Instrumento incompleto y que no cumpla con las indicaciones realizadas previo a su aplicación.

Instrumento

Para la presente investigación el instrumento utilizado fue el cuestionario entendido como un conjunto de preguntas que deben ser contestadas con el propósito de recibir información de las personas que respondieron a la misma; estuvo constituido por una escala de medición tipo Likert graduada del 1 al 5, siendo el 1 equivalente a la respuesta nunca (nivel más bajo) y el 5 equivalente a la respuesta siempre (nivel más alto).

Se distingue que es perteneciente a lo denominado escala ordinal puesto que "utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto" (Rave, Sandoval, Botero, y Gómez, 2003, p. 21).

Para la recolección de datos, se aplicó el instrumento denominado Lista de chequeo de Habilidades Sociales traducida y adaptada al idioma español por Ambrosio Tomás Rojas en el año 1995.

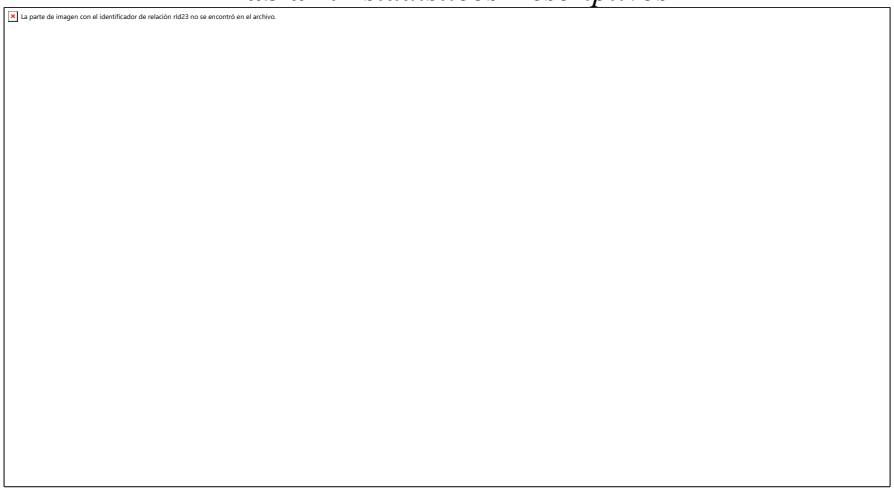
Mencionada Lista se encuentra compuesto por un total de 50 ítems clasificados en 6 áreas:

- Primeras habilidades sociales (Ítems que comprenden de la situación número 1 al 8).
- Habilidades sociales avanzadas (Ítems que comprenden de la situación número 9 al 14).
- Habilidades relacionadas con los sentimientos (Ítems que comprenden de la situación número 15 al 21).
- Habilidades alternativas a la agresión (Ítems que comprenden de la situación número 22 al 30).
- Habilidades para hacer frente al estrés (Ítems que comprenden de la situación número 31 al 42).
- Habilidades de planificación (Ítems que comprenden de la situación número 43 al 50).

Resultados

Para el análisis de los datos, se calcularon estadísticos descriptivos de la Lista de chequeo de HHSS de Golstein (traducida al español) a partir del cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 1. *Estadísticos Descriptivos*



Fuente: Elaboración propia con base en Daza, 2017 (p. 140).

Entre los datos reflejados (tabla 1), se logra determinar que las mujeres con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán poseen un nivel medio alto de habilidades sociales con una media general de 195.9.

En el caso del primer objetivo específico las áreas con mayor nivel (alto) han sido las habilidades sociales para hacer frente al estrés y las habilidades sociales de planificación. En relación con el segundo y tercer objetivo específico se tiene que el área de habilidad social con mayor puntaje pertenece a las habilidades sociales de planificación con 220.42 puntos, en contraste, el área con menor puntaje pertenece a las avanzadas con 178.32 puntos.

Un punto clave en la planificación es saber administrar el tiempo de las actividades propuestas, en relación, las mujeres expresaron valorar

mucho el tiempo que tienen para realizar sus actividades y que el aburrimiento no suele ser común en su vida diaria. El (63.3%) expresó que siempre busca algo *quehacer* cuando se siente aburrida, es decir, tienen la iniciativa o pro-actividad de desempeñar otras funciones con tal de aprovechar su tiempo.

La iniciativa personal o pro-actividad es una de las habilidades más valoradas en todos los ámbitos, (culturales, sociales, laborales y políticos) ya que, su acción conlleva a una oportunidad de crecimiento. Por lo general, la iniciativa nace cuando se desea superar obstáculos que todos los seres humanos enfrentan día a día, y para ello, es necesario plantearse una serie de preguntas básicas como ¿Qué puedo hacer?, ¿Qué quiero lograr? ¿Con qué recursos cuento?, ¿Soy competente?, ¿Cuánto tiempo me llevará? Etc.

El hecho de que las mujeres de la comunidad realicen actividades por iniciativa propia repercute en la capacidad de encontrar soluciones a posibles adversidades o problemas que enfrenten a través de una actitud y mentalidad positiva. De igual forma, previo a realizar alguna labor, las pacientes planifican cómo llevarlo a cabo, es decir, se preparan de manera consiente averiguando que recursos son necesarios para llevar a cabo su plan.

El área con menor puntaje ha sido el número II relacionada a las habilidades sociales avanzadas con un porcentaje de 71.33%. Las habilidades sociales avanzadas son aquellas que se construyen con base

a las primeras habilidades sociales, representando HHSS más complejas en comparación a la primera área. Son imprescindibles cuando se desea solicitar ayuda, participar en alguna actividad o seguir instrucciones y seis son las habilidades que conforman esta área.

Para muchas personas resulta complicado el hecho de solicitar ayuda, o peor aún, reconocer que se necesita el apoyo. Se requiere de valentía y humildad para reconocer que no es posible alcanzar objetivos sin la colaboración de otros seres humanos por mínima que esta sea. En ocasiones, el individuo se siente incapaz de pedir ayuda, por razones como: miedo al rechazo, vergüenza, timidez, prejuicios sociales o contrariamente por orgullo.

Los porcentajes del presente estudio demuestran que, a pesar de que el 50% de las mujeres expresó que siempre pide ayuda cuando lo necesita o se siente mal de salud, el otro 50% respondió que casi siempre (18.2%), a veces (22.7%), casi nunca (4.5%) y nunca (4.5) lo hace, reflejando así, que la mitad de las mujeres con DT2 no ponen en práctica de manera frecuente esta habilidad porque (en sus palabras) *prefieren no molestar a los demás*.

En correspondencia a las mujeres que contestaron de manera afirmativa, expresaron que principalmente piden ayuda a su esposo o hijo/as, esto es posible gracias a la confianza que sus familiares le generan.

Al igual que las demás habilidades, el solicitar ayuda es una destreza que se debe poner en práctica cuando sea necesario. Pérez (2013) menciona para pedir ayuda se debe considerar factores importantes como: "ser claro, conciso, no abusar de ella y no visualizarlo como una debilidad" (p. 76), puesto que, en ocasiones no se solicita de forma adecuada teniendo únicamente resultados negativos.

Fundamentado los datos obtenidos, se ha considerado el hecho de que una persona con DT2 desarrolle la habilidad de solicitar ayuda tiene como beneficio los siguientes:

- Es posible proporcionar apoyo al paciente (por el médico/familiar/conocido).
- Los demás pueden conocer lo que la persona necesita.
- La paciente aprende a resolver problemas de manera conjunta.
- Permite expresar sus sentimientos y experiencias.
- Encuentra esperanza en otras personas.
- Fortalece relaciones interpersonales.
- Se ayuda a sí misma.

De igual forma, se ha comprobado que esta dinámica contribuye a un mejor ajuste social e influye en la adhersión de los tratamientos de las personas con DT2. Considerando que este tipo de apoyo puede percibirse de diversas redes sociales (familiares, amigo/as o conocido/as, personal médico o incluso instituciones sociales) este

proceso es una forma de participación familiar o social en el cuidado de la persona con diabetes.

Consideraciones finales

Es importante considerar que, para el alcance de los resultados de la presente fueron considerados factores como el entorno social, la cultura y el estado de ánimo de las personas, por lo que, es posible que los resultados puedan variar en estudios similares (Vilchez y Ramírez (2011), Oyarzún, Estrada, Pino y Oyarzún (2012), García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014), Sartori y López, (2016), Campos (2017), Betancourth, Zambrano, Ceballos, Benavides, Villota (2017) y Briones (2017) quienes han profundizado en la presencia de habilidades sociales con la población de hombres y mujeres.

En la presente investigación se encuentra que, la gratitud fue la habilidad social más destacada en la población, reconocieron expresar agradecimiento a las personas que hacen algo por ellas. En la mayoría de los casos las mujeres con DT2 prestan atención cuando la persona habla sobre la diabetes porque es un tema de su interés y la mayoría de la población, evita los problemas con otras personas porque consideran que estas podrían causarles enfermedades.

Por otra parte, se encontró que únicamente la mitad de la población participante pide ayuda cuando lo necesita o se siente mal de salud y

que menos de la mitad de las mujeres se han involucrado en grupos para participar, ya sea, por sus ocupaciones habituales o porque no existen grupos en la comunidad a los que se pueda integrar.

Se encontró que solo el 36.4% de las mujeres solicita que le expliquen con claridad las indicaciones del personal de salud y únicamente el 18.2% de las mujeres intenta convencer a los demás de que sus ideas serán de mayor utilidad debido a que la mayoría prefiere respetar la opinión de otras personas antes de intentar convérselos.

Con los datos anteriores, se analiza el hecho que, la familia de las mujeres con DT2 juegan un rol fundamental en el seguimiento médico de su padecimiento, sin embargo, las relaciones sociales cercanas que mantiene la persona con DT2 resultan de gran influencia en el tratamiento de la persona, debido a que las opiniones, experiencias y consejos referidos de estos influirán de forma significativa en su toma de decisiones.

Tomando en cuenta que, otro de los objetivos principales que persigue la disciplina de Trabajo Social es contribuir en la calidad de vida del paciente, las habilidades sociales han sido consideradas mancuernas ideales para fomentar el bienestar ya que, permiten desarrollar otras destrezas (confianza, seguridad, empatía, gratitud, reconocimiento) que fortalecen su sentido humano.

Se propone el entrenamiento de las habilidades sociales desde el enfoque profesional de Trabajo Social, coyuntura POTENCIAL que contribuye en la calidad de vida de las personas con DT2, quienes suelen enfrentar problemas de índole social, ya sea, por el padecimiento u otras razones.

Con relación a la presente investigación, se analizan cuestionamientos tales como, ¿Cuál es relación que tienen las habilidades sociales con la adherencia de una enfermedad crónica degenerativa como la Diabetes Mellitus Tipo 2? o ¿Existirán diferencias significativas entre el nivel de habilidades sociales de personas adultas habitantes de una zona rural comparada con los habitantes de una zona urbana?

Tomando en cuenta que esta propuesta constituye parte de un conocimiento más amplio, se propone la presente como elemento de estudio para próximas investigaciones o intervenciones enfocadas al tema de habilidades social.

Referencias

Abejón Mendoza, P., & Mayoral Sánchez, J. (2017). Persuación a través de facebook de los candidatos en las elecciones generales de 2016 en España. *El profesional de la información*, 928 - 936.

Obtenido de https://recyt.fecyt.es/index.php/EPI/article/viewFile/epi.2017.sep.14/36483

Aguirre Gonzáles, A. (2002). Capacidad y factores asociados a la resilencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Avelino Cáceres del sector IV de Pamplona alta de San Juan de Miraflores 2002. *Oficina General del Sistema de bibliotecas y Biblioteca Central de UNMSM*, 1-26. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/aguirre_ga/Anexo.pdf

Álvarez Aldana, D., & Yuliet Rodríguez, B. (2009). *http://articulos.sld.cu.* Obtenido de http://articulos.sld.cu/diabetes/files/2009/07/cronologia_de_la_diabetes_mellitus.pdf

Arteaga Noriega, A., Cogollo Jiménez, R., & Muñoz Monterroza, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cuidarte*, 1668- 1676. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3595/359550872011.pdf

Asociación Americana de Diabetes. (2014). *Portal de la Asociación Americana de Diabetes* . Obtenido de http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/mujeres/la-mujer-y-la-diabetes.html

Bados, A., & García, E. (2014). Resolución de problemas. *Universidad de Barcelona*, 1 - 34. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/272815457_Bados_A_y_Garcia_Grau_E_2014_Resolucion_de_problemas_Public

acion_electronica_Coleccion_Objetos_y_Materiales_Docentes_OMADO_httphdlhandlenet244554764

Barani, M., & Kopitowski, K. (2012). Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Revista del hospital Italiano de Buenos Aires*, 61-64. Obtenido de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/14745_60-64-HI-33-2-2BARANI_A.pdf

Betancourth, S., Zambrano, C., Ceballos, A. K., Benavides, V., & Villota, N. (2017). researchgate.net. *Revista Psicoespacios*, 133- 147. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Betancourth_Zambrano/publication/319499123_Habilidades_sociales_relacionadas_con_el_proceso_de_comunicacion_en_una_muestra_de_adolescentes/links/5b44d84c458515b4f6602cb3/Habilidades-sociales-relacionadas-con-el-p

Biava, C. y. (2009). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de una universidad privada de la costa caribe colombiana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 39-51. Obtenido de https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/176/144

Boffil, G. L. (2016). *Periodico La Jornada*. Obtenido de https://www.jornada.com.mx/2016/11/15/sociedad/036n2soc

Borg, J. (2009). *El arte de influir en las personas.* Editorial Piramide.

Botero, M. A., & Cervantes, C. D. (2015). Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000- 2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)*, 171 - 177. Obtenido de http://www.scielosp.org/pdf/gs/v29n3/original2.pdf

Briones Figueroa, Y. M. (2017). Habilidades sociales según el género en estudiantes del nivel secundario del Colegio Adventista Puno. *Universidad Peruana*. Obtenido de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/702/Yesenia_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Caamaño Silva, C. (2018). *Portal Universidad de Chile.* Obtenido de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eip7IFFynv0J:www.uchile.cl/documentos/claves-para-potenciar-la-atencion-concentracion-psp-carlos-caamano-pdf-757-kb_126609_2_0512.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid: Siglo XXI de España. Obtenido de https://www.academia.edu/24963835/Vicente_E_Caballo._Manual_de_Evaluacion_y_Entrenamiento_de_Las_Habilidades_Sociales

Campos Alvarado, C. (2017). Empatía y habilidades sociales. *Facultad de humanidades*. Obtenido de http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Campos-Carmen.pdf

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2002). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *ELSEVIER*, 527- 537. Obtenido de http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Custionario+y+Estadistica.pdf

Castillo, J. L., & Sustaita, V. G. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 109 - 116. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im042d.pdf

Castro, M. G., & González, R. G. (2005). Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Revista Cubana de Endocrinología*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/end/v16n2/end02205.pdf

Cedillo, G. J. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpues teórico- metodológico del accionar del Trabajador Social. *Revista margen N° 86*. Obtenido de https://www.margen.org/suscri/margen86/avila_86.pdf

Cervantes Becerra Roxana, M. M. (2012). *Portal Elsevier.* Obtenido de Elsevier.com: http://www.elsevier.es/es-revista-

atencion-primaria-27-articulo-asociacion-apoyo-social-control-glucemico-S0212656711003544

Consejo General de Trabajo Social. (2012). Código deontológico de Trabajo Social. España. Obtenido de http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf

Dávila, J. C. (2005). El perdón en la organización: la importancia de una disculpa sincera. *Revista Latinoamericana de Administración*, 11 - 32. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/716/71603503.pdf

Daza Macías, E. A. (2017). *Adaptación de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein en Ecuador"*. Ecuador. Obtenido de http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12870/1/T-UCE-0007-PPS010.pdf

De Blas Piñeiro, S. (2016). Diferencias entre hijos únicos e hijos con hermanos en relación con su toma de decisiones, empatía, la autoestima y sexo. *Universidad Pontifico de Comillas*. Obtenido de https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13385/TFM000502.pdf?sequence=1

Delgado, A., López, L., Luna, J. d., Saletti, L., Gil, N., & Puga, A. (2009). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Elsevier España*, 66 - 71. Obtenido de

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gs/v24n1/original10.pdf

Departamento de Psicología de la Salud . (2007). *Universidad de Alicante*. Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/26/TEMA%208.La%20emoci%C3%B3n.pdf

del ofensor y el ofendido . Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña.

Diario de Yucatán. (2015). *Secretaría de Salud del Estado de Yucatán. Síntesis informativa.* Obtenido de http://salud.yucatan.gob.mx/wp-content/uploads/2015/02/LUNES-09-DE-FEBRERO-DEL-2015.pdf

Dirección General de Epidemiología. (2018). *Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información*. Obtenido de https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-143332

Domínguez Vergara, J., & Ybañez Carranza, J. (2016). Adicción a las redes sociales y habilidades sociales en estudiantes de una institución educativa privada. *Revista propósitos y representaciones*, 181- 230. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5693203

Eceiza, M., Arrieta, M., & Goñi, A. (2008). Habilidades sociales y contexto de la conducta social. *Revista de Psicodidáctica*, 11-26. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/175/17513102.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (2016). *Informe final de resultados.* México: Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf

Estrada, Á. N. (22 de marzo de 2017). *Diario de Yucatán*. Obtenido de http://yucatan.com.mx/merida/diabetes-17-casos-diarios

Federación Internacional de la Diabetes FID. (2015). *Atlas de Federación Internacional de la Diabetes* . Región de Bruselas; Bélgica: Karakas Print. Obtenido de https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2016). *Federación Mexicana de Diabetes A.C*. Obtenido de http://fmdiabetes.org/ensanut-2016/

Fernández, N. (2011). *Instituto Superior de Estudios Psicológicos ISEP*. Obtenido de https://www.isep.es/wp-content/uploads/2011/02/mentesana_pedir_perdon.pdf

Flores, M. N. (s.f). Educación Entre Pares…afianzando prácticas saludables en diabetes. *Revista Documentos de Trabajo Social*, 133 - 146. Obtenido de file:///C:/Users/admin/Downloads/Dialnet-

EducacionEntreParesafianzandoPracticasSaludablesEn-5612798.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *UNICEF, México*. Obtenido de https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm

Frías Navarro, D. (2014). *Docplayer*. Obtenido de https://docplayer.es/22648856-Apuntes-de-spss-dolores-frias-navarro-universidad-de-valencia-2014.html

Fundación Midete. (Septiembre de 2016). *Asumiendo el control de la diabetes, México.* Obtenido de http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf

Fundación para la Diabetes. (2017). *Fundación para la Diabetes*. Obtenido de https://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/584/campana-2017-mujeres-y-diabetes

Fundación Universia . (18 de octubre de 2016). *Universia* . Obtenido de http://noticias.universia.es/practicas-empleo/noticia/2016/10/18/1144669/habilidades-sociales-empoderar-mujeres-aumentar-salario.pdf

Fundación WK Kellogg. (2017). Bienestar Comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá. Yucatán : Sin publicar.

Galarza, P., & Salazar, C. (2012). Relación entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los

adolescentes de la I.E.N Fe y Alegria 11. *Facultad de medicina humana, Lima Perú*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/988/Galarza_pc.pdf;jsessionid=9A3EFA99D1368B3F072549B3DD155345?sequence=1

García, M., Cabanillas, G., Morán, V., & Olaz, F. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Argentina. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 114-135. Obtenido de https://www.google.com.mx/search?ei=q2IEXNflKunHjgStq4GYDQ&q=Diferencias+de+g%C3%A9nero+en+habilidades+sociales+en+estudiantes+universitarios+de+Argentina.&oq=Diferencias+de+g%C3%A9nero+en+habilidades+sociales+en+estudiantes+universitarios+de+Argentina.&g

García, R., & Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de la salud. *Revista cubana de Endrocrinología*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/la_educacion_en_diabetes_en_atencion_primaria.pdf

Gary A. Williams y Robert B. MillerEste artículo fue originalmente publicado en la edición de mayo de2002 de Harvard Business Review, b. e., & Miller, R. (2002). *El arte de persuadir.* Obtenido de https://studylib.es/doc/4682856/el-arte-de-persuadir

González Alonso, J., & Pazmino, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la. *Revista Publicando*, 62-77. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/272682754_Calculo_e_interpretacion_del_Alfa_de_Cronbach_para_el_caso_de_validacion_de_la_consistencia_interna_de_un_cuestionario_con_dos_posibles_escalas_tipo_Likert

González, J. M., Salas, A. V., Crespo, E. M., Rodríguez, L. L., & Moreno, M. L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Scielo*, 224-228.

Gracia Sánchez, N. M. (2016). Habilidades sociales avanzadas: La empatía intervención. Bogotá, Colombia. Obtenido de https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/24768/Nidia%20Marina%20Gracia%20S%C3%A1nchez%20%20%28tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández, A. F., Quevedo, R. J., Castresana, C. d., & Castro, W. P. (2016). Preferencias por las decisiones compartidas en pacientes con depresión. *Acta Colombiana de Psicología*, 249-259. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n1/es_v19n1a11.pdf

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación.* México, D.F: McGrawHill.

Hurtado Vidarte, R. d. (2018). Habilidades sociales en estudiantes de quinto año de secundaria de una institución educativa particular de Lima Metropolitana, 2017. *Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. Obtenido de

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2210/TRAB.SUF.PROF._Rocio%20del%20Milagro%20Karla%20Hurtado%20Vidarte.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Información Farmacoterapeútica de la Comarca. (2014). Participación del paciente en la toma de decisiones. *Boletín INFAC*. Obtenido de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Portal del IMSS.* Obtenido de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/751GER.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Cuéntame* . Obtenido de http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/yuc/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=31

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Yucatán.* Cuernavaca, México.: Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido de https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

Inzucchi, S., Kitabchi, A., & Rosenstock, J. (2010). Diabetes monogénica. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. Obtenido de

https://watermark.silverchair.com/jcem00E2.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAh0wggIZBgkqhkiG9w0BBwagggIKMIICBgIBADCCAf8GCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMzac2EsqYY1Fj_ojdAgEQgIIB0NUjipOjc1cBr0v2v8q4DqiSaU9rUOhgM-34awQU-zHTXQ

José Salazar. (2018). *Portal Milenio Novedades*. Obtenido de https://sipse.com/milenio/afecto-medicina-complementaria-personas-diabetes-enfermedad-yucatan-285486.html

Lacunza, A. B. (s.f). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Revista: Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 231- 248. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645350

León Camargo, A., Rodríguez Angarita, C., Ferrel Ortega, F. R., & Ceballos. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de Santa Marta (Colombia). *Revista: Psicología desde el Caribe*, 91-105. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21312270005

Levin Pick, G., Mota Sanhua, V., Rivas Ayala, L., & Rojas Jiménez, J. (2012). Síndrome metabólico y apoyo social en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista: Anales médicos*, 185 - 190. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc123c.pdf

Lillo, H. N., & Roselló, N. E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario.* Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.

Obtenido de http://escuela.arteduca.cl/wp-content/uploads/2018/06/349370993-manual-para-el-trabajo-social-comunitario-1-pdf.pdf

Martínez, B. M., & Velázquez, L. E. (2007). Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulinodependiente. Tlalnepantla de Baz., Edo. de México., México.

Medellín Vélez, B. (2007). *medigraphic.com.* Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf

Medellin, B. V. (2007). Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista: Enfermería del Instituto Mexicano Seguro Social*, 91- 98. Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072f.pdf

Montañez, N. F., & Prado, I. R. (2013). Enseñando habilidades sociales en el aula. Australia. Obtenido de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Ensenando_habilidades_sociales_en_el_aula_Flores_Monanez_y_Ramos_Prado.pdf

Montes, P. A. (2016). Visita domiciliaria en Trabajo Social: un aporte para su aplicación. *Revista: Electrónica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción (Chile)*, 28-39. Obtenido de http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2017/02/3-VISITA-DOMICILIARIA-EN-TRABAJO-SOCIAL.pdf

Morales Rodríguez, M., Benitez Hernandez, M., & Agustín Santos, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. *Revista Electrónica de Investigación: REDIE*, 98-113.

Nava, J. A., Bustos, B. R., & Torres, A. S. (2014). El paciente diabético y su entorno familiar y social. *Revista: El paciente y su entorno*, 38- 42.

Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Manual de buenas prácticas: trabajadoras y empleadoras de servicio doméstico.* Uruguay: Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_219955.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Perfiles de los paises para la diabetes* . Obtenido de https://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista: Terapia Psicológica*, 5- 11. Obtenido de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428001

Oyarzún Iturra, G., Estrada Goic, C., & Pino Astete, E. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico: una mirada desde el género. *Acta colombiana de psicología*, 21-28.

Palma, A., Cartes, F., Gónzales, M., Villaroel, L., Afonseca, H., Yennurajalingam, S., & Bruera, E. (2014). ¿Cuánta información desean recibir y como prefieren tomar sus deciones pacientes con cáncer avanzado atendidos en una Unidad del Programa Nancional de Dolor y Cuidados Paliativos en Chile? *Revista Médica de Chile*, 48- 54. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n1/art08.pdf

Pat, Á. N. (22 de Marzo de 2017). Diabetes: 17 casos diarios. *Diario de Yucatán*. Obtenido de http://yucatan.com.mx/merida/diabetes-17-casos-diarios

Paucar, L. S. (2012). El clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una Institución Educativa del Callao. Lima, Perú.

Pedrero, M. (2005). *El trabajo doméstico no remunerado en México. Una estimación de su valor a través de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2002.* México: Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES.

Percaz, M. (2008). *revistademediación.com.* Obtenido de https://revistademediacion.com/wp-content/uploads/2013/06/Revista-Mediacion-01-05.pdf

Pérez Santos, N. (2013). *Mente Sana.* Obtenido de https://www.isep.es/wp-content/uploads/2013/01/mentepsico244.pdf

Pérez, G. P. (s.f). *diabetespractica.com.* Obtenido de http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/13823802763_habilidades.pdf

Pérez, G. P. (s.f). Motivación para las personas con diabetes. *Habilidades prácticas*, 73 - 77. Obtenido de http://www.diabetespractica.com/files/docs/publicaciones/13823802763_habilidades.pdf

Poder Judicial del Estado de Yucatán. (2012). *Ley de nutrición y combate a la obesidad para el Estado de Yucatán.* Obtenido de https://poderjudicialyucatan.gob.mx/digestum/marcoLegal/02/2012/DIGESTUM02111.pdf

Portilla, L., Romero, M. I., & Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista: Latinoamericana de psicología*.

Prieto Ursúa, M., Carrasco Galán, M. J., Cagigal de Gregorio, V., & Gismero, E. (2012). *researchgate.net.* Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/273989190_El_Perdon_como_Herramienta_Clinica_en_Terapia_Individual_y_de_Pareja?enrichId=rgreq-76f078d6bfc5729c61833d160fe762eb-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI3Mzk4OTE5MDtBUzoyODE0OTA0MjEyMzk4MTVAMTQ0NDEyMzk1NDU1NA

Quero Virla, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista: Telos*, 248-252. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf

Rave, B. E., Sandoval, J. d., Botero, C. A., & Gómez, M. C. (2003). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y actitudes de los profesionales en Enfermería en el ciudado de la Salud. *Invest Educ Enferm* , 14-29.

Rivero, G. S. (2007). Historia de la diabetes. *Historia de la medicina*, 74-78. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v30n2/a16.pdf

Rizzo, L., & Bruno, O. D. (2010). Endocrinopatías y diabetes secundaria . *Separata Montpellier*, 1- 48.

Robles Ávila, S. (2003). La publicidad o el arte de persuadir con la palabra. *Revista: Medios de comunicación y enseñanza del español como lengua extranjera*, 512-524. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1159156

Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales.* Valencia.

Rodríguez, M. S., Angulo, K. M., & Rocha, H. H. (2015). Emociones y sentimientos en los procesos de socialización política: una mirada desde la historia de la educación. *Historia y memoria de la educación* , 7- 44.

Rojas, L. A. (27 de Julio de 2017). *KUPDF.* Obtenido de https://kupdf.net/downloadFile/59794434dc0d60b423043370

Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate. *Foro de educación*, 103 - 124.

Salvador Ortiz, M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Revista: Psykhe*, 21-31. Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100002

Santori, M., & López, M. (2016). Habilidades Sociales: su importancia en mujeres con síndrome de Turner. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1055-1067. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a13.pdf

Santos, N. P. (2013). *Mente sana.* Obtenido de https://www.isep.es/wp-content/uploads/2013/01/mentepsico244.pdf

Secretaría de Salud. (s.f). *Ley General de Salud.* Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Serrano, V., Larrea, L., Rodríguez, R., Spencer, G., Malága, G., Hargraves, I., & Montori, V. (2017). Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para latinoamerica. *Revista Medica de Chile*, 641 - 649. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n5/art12.pdf

Silva, C. C. (2012). Claves para potencializar la atención / concentración. Chile: Universidsd de Chile. Obtenido de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eip7IFFynv0J:www.uchile.cl/documentos/claves-para-potenciar-la-atencion-concentracion-psp-carlos-caamano-pdf-757-kb_126609_2_0512.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx

Sousa, V., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. M. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería: Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 502- 507. Obtenido de https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022

Susana C., A., Vera, B. P., & Victoria A., V. (2012). El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2. *Anuario de investigaciones*, 109 - 113. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139948010.pdf

Teherán Valderrama, A., Mejía Guatibonza, M., Álvarez Meza, L., Muñoz Ramírez, Y., B. C., & Cadavid González, V. (2017). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. *Ciencias de Salud*, 211 - 222. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v15n2/1692-7273-recis-15-02-00211.pdf

Terán, M. M., & Rabell, C. (2013). Escolaridad y lengua hablada en comunidades rurales de la península yucateca. *Revista: Mexicana de sociología*, 371-406. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32128337003

Terry Gregorio, J. R. (2012). Aproximación al concepto de comunidad como una respuesta a los problemas del desarrollo rural en América Latina. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Obtenido de http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2012/11/121108.pdf

Torices, J. C. (s.f). La diabetes en el antiguo Egipto. *La historia de la diabetes* , 102.

Valero, S. (2013). Transformación e interpretación de las puntuaciones. Catalunya.

Vera Pómez, A. C. (2017). *Repositorio Académico UPC*. Obtenido de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/619096/Tesis%20original.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Vílchez Barboza, V., & Ramírez Elizondo, N. (2011). Influencia de género en relaciones interpersonales de estudiantes de primer ingreso: Universidad de Costa Rica. *Enfermería en Costa Rica*, 59-66. Obtenido de http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art3.pdf

Villalobos, C. D., & Mondragón, L. E. (2017). Autoconcepto y habilidades sociales en niños como hijos únicos y niños con hermanos. *Revista: PsicoEducativa, reflexiones y propuestas*, 38-44.

Villanueva, E. R. (2003). Cómo mejorar mis habilidades sociales. Valencia.

Woizinski, A. (2013). Un nuevo enfoque de la persuasión, desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista: Subjetividad y procesos cognitivos*, 174-188. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102013000200009

Apoyo familiar que perciben los hombres diagnosticados con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub Yaxcabá

Daniel Alejandro Llanes Alpuche[7]
Gabriela Isabel Vázquez Díaz[8]
Claudia Isabel Tzec Puch[9]

Resumen

A nivel mundial la Diabetes tipo 2 (DT2) es reconocida como un problema de salud pública, esto puede verse reflejado en las estadísticas que día con día van en aumento. Un factor que influye directamente en el proceso de llevar un diagnóstico de DT2 es el entorno en el cual se desarrolla la persona. Principalmente existe lo que es el apoyo de la familia, sin embargo, existen casos donde este sistema de apoyo no representa el más importante para la persona con Diabetes. El apoyo familiar es definido "como proceso psicosocial, que implica considerar a las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan" (Martínez y Osca, 2002, p.311).

[7] LTS. Daniel Alejandro Llanes Alpuche. Trabajador Social de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Yucatán.
[8] LTS Gabriela Isabel Vázquez Díaz.
[9] LTS. Claudia Isabel Tzec Puch.

El propósito de esta investigación consistió en analizar la percepción de los hombres diagnosticados con DT2 con relación al apoyo familiar, de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, esto con un enfoque cualitativo de corte transversal, utilizando el método fenomenológico y la teoría de las representaciones sociales.

Cabe señalar que esta investigación es parte del proyecto "Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá", mismo que se desarrolla actualmente en dicho lugar.

Entre los resultados se encontró que los hombres con DT2 perciben que el apoyo que reciben de su familia es el emocional e instrumental, el primero se refleja a través de la convivencia, paseos y demostración de sentimientos de afecto; y el instrumental se evidencia a través de la ayuda que sus familiares le otorgan de manera tangible, como por ejemplo en sus actividades cotidianas como el trabajo, en el hogar y lo económico (por parte de la familia o apoyos del gobierno).

Introducción

La diabetes es una enfermedad establecida como un problema de salud a nivel mundial que va en aumento y que aproximadamente 422 millones de personas la padecen, lo que preocupa a instancias de salud;

ya que 1.5 millones de personas representan el índice de mortalidad, esto de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018).

Por lo anterior, se tiene un panorama que la diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a millones de personas, en el caso de la DT2 es diagnosticada con mayor frecuencia en "afroamericanos, latinos/hispanos, indígenas americanos, estadounidenses de origen asiático, nativos de Hawái y otros isleños del Pacífico, como también entre las personas mayores" (American Diabetes Association, 2017, parrf.1).

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2017) define a este padecimiento como:

> "…una afección crónica que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en sangre debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina, o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz" (p.16).

Asimismo, la Diabetes se clasifica en tres tipos, Tipo 1 (DT1), Diabetes Tipo 2 (DT2) y la Diabetes Gestacional (DG). Con respecto a la DT2 se presenta con mayor frecuencia en personas adultas mayores, y actualmente en menores, adolescentes y jóvenes en edad adulta, esto a causa de elevados niveles de obesidad, a la ausencia de actividad física y a las deficiencias de la dieta (FID, 2017).

En el 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta la DT2 con una tasa de mortalidad del 9.2% como primera causa en el Estado de Yucatán y sexta a nivel nacional; de tal manera que se situaba por arriba de la hipertensión y la obesidad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

Aunado a ello, Lara (2016, citado en Narváez, 2016) menciona que, en el país, Yucatán presenta mayor padecimiento de diabetes. Durante el 2017 en el estado, se registraron 5521 casos nuevos de DT2, siendo este con el mayor registro en comparación a anteriores. Para el 2018 se detectaban 15 nuevos casos a diario (Noh, 2018).

A partir de las cifras mencionadas acerca de la diabetes puede considerarse como una enfermedad que representa un problema en el país y en el estado de Yucatán, y, por ende, a la población y a las familias en los que se presenta.

Por lo anterior, es preciso señalar algunos de los estudios a nivel internacional, nacional y local relacionados a los tipos de apoyo que reciben las personas con el diagnostico de DT2. En el nivel internacional existe un estudio realizado en República Dominicana que aborda los tipos y fuentes de apoyo social entre adultos que viven con DT2 en comunidades rurales, donde se menciona que las personas que viven con este diagnóstico y que cuentan con apoyo tienen más probabilidades de mejorar las conductas de autocontrol en comparación

con las personas sin apoyo (Wallace, González, Walker, Dethlefs, Dowd, Filipi & Barringto, 2018. p.12).

En el ámbito nacional se realizó un estudio en el estado de Durango que lleva por nombre: Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia que tuvo como resultados que la normoglucemia (niveles normales de glucosa en sangre) se asocia significativamente con el apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes, este apoyo se relaciona con la información que se proporciona al familiar acerca de la diabetes para que esta contribuyan en el manejo de la enfermedad (Rodríguez y Guerrero, 1997).

De igual manera, en México en ese mismo año, se realizó un estudio acerca de la percepción de apoyo social en pacientes con DT2 en la consulta externa de medicina familiar en donde se menciona que la falta de apoyo pone en riesgo la salud mental dando como resultado presentar depresión (Palacio, 2014).

Finalmente, en Tekax, Yucatán se llevó a cabo un estudio acerca de los factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en donde se presenta que el 71.4% de los pacientes encuestados refirió que su familia lo acompaña a sus citas de control, lo ayudan y se adaptan a realizar su dieta (Pech, Baeza y Ravell, 2010). En este caso se puede apreciar que en esta comunidad la familia representa un apoyo para los pacientes en relación con su tratamiento.

Con base en los estudios mencionados, la información que se presenta es vista desde el área clínica, de manera objetiva y cuantificable, considerando que la DT2 requiere de un apoyo con respecto al tratamiento y la adaptación de la persona, incluyendo a la familia como fuente de apoyo principal. Así mismo, se obtiene que el apoyo familiar es un elemento clave para mejorar la calidad de vida y sobrellevar la enfermedad, enfatizando en el control y el manejo de esta.

Existen situaciones problemáticas que hacen vulnerable a una persona, como lo es ser diagnosticado con la enfermedad de la DT2, lo primero que se visualiza son las estrategias pertinentes y quiénes son esas fuentes de apoyo que se encuentran disponibles para sobrellevarla, como por ejemplo la familia, amigos, instituciones, entre otros, ya que "…se considera una enfermedad que afecta no solo a quien la padece, sino también a la familia, pues ésta deberá involucrarse en el manejo y vigilancia de su familiar" (García, Escalante y Valadez, 2014, p. 101).

Cuando no se cuenta con el apoyo de la familia se ve afectado el desarrollo de las personas diagnosticadas con DT2, así como el autocontrol de la enfermedad, por tal razón se considera primordial el involucramiento de la familia (Castillo, Solano, Iglesias y Guzmán, 2014) como lo menciona Moo (2017), responsable del proyecto "Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias, en la comunidad de

Tixcacaltuyub, Yaxcabá", la familia es pieza fundamental en el cuidado de las mujeres con diabetes.

Durante la revisión documental no se encontraron estudios que abordaran la percepción del apoyo familiar que reciben específicamente los hombres diagnosticados con DT2, de tal manera, que esta parte se desconoce. En un diagnóstico realizado en el proyecto Bienestar Comunitario arrojó como resultado que las mujeres trabajan en el hogar, es decir, se encuentran dentro de la comunidad y los hombres son los encargados de trabajar fuera de la misma, esto propicia una ausencia de participación limitada al proyecto por parte de esta población.

Cabe señalar que el proyecto antes mencionado antiguamente se enfocaba a mujeres; sin embargo, actualmente ha integrado a hombres, pero el género femenino sigue predominando en el mismo; por tanto, se contempla en todas las investigaciones realizadas dentro del proyecto únicamente a las mujeres como población de estudio, dejando a un lado la opinión que pudieran proporcionar los hombres acerca de su participación.

Por otra parte, todas las investigaciones realizadas en el marco del proyecto Bienestar Comunitario tienen un enfoque cuantitativo que a pesar de considerar a la familia y al apoyo social no se tiene información a profundidad de cómo la familia apoya al participante del proyecto, por lo tanto, sé considera pertinente abordar la misma

temática desde un enfoque cualitativo dirigido a la población de hombres.

El Instituto Nacional de Salud Pública (2016) menciona que:

> La mayor prevalencia de personas con diagnóstico médico previo de diabetes se observó en la región sur (10.2%). Para las mujeres, la mayor prevalencia de diabetes se observó en el centro del país (11.7%), mientras que para los hombres se observó en la región sur (11.2%) (p.48).

Con relación en las cifras y con las investigaciones de apoyo social anteriores, existe un vacío de conocimiento respecto a investigaciones que involucren al género masculino en conjunto con su familia, perteneciente a la comunidad de Tixcacaltuyub. Esta población presenta un mayor índice de DT2 y es la que menos participa en el proyecto Bienestar comunitario.

Propósito

General: Analizar la percepción de los hombres diagnosticados con DT2 con relación al apoyo familiar, de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá.

Específicos:

- Identificar los tipos de apoyo familiar que recibe la persona diagnosticada.
- Explorar los significados y creencias atribuidas al apoyo familiar que recibe la persona diagnosticada con DT2.

Diversos autores como Aranda y Pando (2013), Arcique (2012), Cifuentes y Quintul (2005), García (2012), Rodríguez, Camacho, Escoto, Contreras, y Casas (2014), Rodríguez y Guerrero, (1997) y Wallace, González, Walker, Dethlefs, Dowd, Filipi y Barringto, (2018), se han encargado de investigar de qué manera los pacientes diagnosticados con Diabetes se adhieren al tratamiento cumpliendo las normas médicas otorgadas para el control de la enfermedad y de la adaptación de la familia hacía dichas normas, sin embargo, estos estudios no abordan la percepción de la persona diagnosticada con respecto a los tipos de apoyo familiar, hablando específicamente solo del género masculino.

Estos estudios han demostrado los beneficios del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas, específicamente cómo mejora en los resultados de salud; sin embargo, estos efectos positivos son más pronunciados cuando el paciente y su red (es decir, familiares, amigos o proveedores de salud) están "informados, motivados, preparados y dispuestos a trabajar juntos" (Putt y Epping-Jordan, 2008).

Entre los criterios para trabajar con la población de género masculino se retoma lo expuesto por Castro (2007) donde menciona:

> …que a los varones se les permite experimentar alegría, enojo y no se les permite experimentar miedo, afecto o tristeza… al ser sentimientos que no están permitidos socialmente y no pueden manifestarlos por el simple hecho de ser varón (p. 91).

Por lo anterior, es importante conocer cuál es la percepción de esta población que no es considerada al momento de realizar estudios y cómo éste se logra ver afectado por la enfermedad, ya que con esto se tendrá un panorama más amplio de la situación que los hombres atraviesan, considerando que algunos de ellos pueden no contar con un apoyo. Si este tema no se llega abordar desde la perspectiva masculina y desde la importancia de las fuentes de apoyo, no se podrían identificar cuáles serían las posibles estrategias para involucrar a esta población en futuras intervenciones.

Examinar cómo el contexto social, en este caso el familiar, afecta los comportamientos de autocontrol y percepción de la diabetes puede informar de los esfuerzos para su intervención y mejorar los resultados, especialmente en las regiones rurales con acceso limitado a los servicios (Wallace, González, Walker, Dethlefs, Dowd, Filipi y Barringto, 2018).

En este sentido, la presente investigación permitirá conocer la percepción de los hombres en cuanto al apoyo familiar y sentar las

bases para la intervención en la comunidad de Tixcacaltuyub con relación a la enfermedad.

Es preciso señalar que esta investigación se deriva del proyecto denominado “Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá” mismo que forma parte la línea de investigación Generación y Aplicación del Conocimiento “Política Social y Desarrollo Humano” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán (FEUADY).

Por lo anterior, esta investigación acerca de la percepción del apoyo familiar que tienen los hombres diagnosticados con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, contribuirá para conocer cuál es la percepción que se tiene por parte de la población masculina. También permitirá conocer cuáles han sido las causas para no incluirse en las actividades, esto dará paso para generar un diagnóstico que fortalezca las futuras intervenciones en comunidad.

- ¿Cuál es la percepción de los hombres diagnosticados con DT2 de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá acerca del apoyo social familiar que recibe en la actualidad?
- ¿Cuáles son los significados y creencias que se atribuyen al apoyo social familiar desde la percepción de la persona diagnosticada con DT2?

Marco teórico-referencial

A continuación, se presentan términos que son de importancia para el estudio que se está realizando, ya que estos ayudarán para que sean comprendidos los apartados siguientes.

Percepción

El proceso mental de tomar conciencia o reconocer un objeto e idea; Principalmente cognitivo en lugar de afectivo o sensorial, aunque los tres aspectos se manifiestan (Farlex Partner Medical Dictionary, 2012).

DT2

En México la DT2 va en ascenso y como parte de las enfermedades crónicas degenerativas, ha mostrado el incremento significativo en los últimos años, esto se puede corroborar en las cifras presentadas por la Federación Mexicana de Diabetes (FMD) en el año 2010 en donde reportó una prevalencia de 14.42% casos de DT2, y por cada caso previamente diagnosticado se identificó otro nuevo caso. Cabe señalar que la edad promedio en la que murieron las personas con diabetes en 2010 fue alrededor de los 65 años (Federación Mexicana de Diabetes, 2014).

Familia

Para la investigación se contemplará la definición de familia como personas que se reconozcan dentro de ésta, ya que no precisamente se requiere de un vínculo de parentesco, además de que cada persona crea su propia definición, esto se retomará durante la administración de los instrumentos al momento de identificar quienes apoyan a la persona diagnosticada.

Algunos autores como Ribeiro (2009) define a la familia como:

> "Un grupo primario formado por padre e hijo(s), y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca (…)" (p.26).
>
> Sonia Montaño (2007, citado en Roble y Di leso, 2012) afirma que: el concepto funcionalista de familia la concibió como institución destinada a atender las necesidades básicas, materiales y emocionales (p.46).

Apoyo familiar

Un punto clave a definir se encuentra el apoyo familiar, en donde cada persona puede percibir cuáles son los tipos de apoyo que se le proporciona por parte de su familia, es importante considerar también que cuando se habla de apoyo social, se entiende al apoyo familiar dentro de este. En este sentido Martínez y Osca (2002) mencionan:

> … el apoyo familiar definido como proceso psicosocial, implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto socio-histórico específico (Martínez y Osca, 2002, p. 311).

De igual manera, dentro de este se va a considerar que cada persona define este apoyo de manera diferente, por lo que al momento de representar este tipo de apoyo se considerará la clasificación realizada por algunos autores que se mencionan en el marco conceptual.

Por lo anterior, se puede identificar que cada persona le otorga un valor significativo a cada una de las muestras de apoyo que recibe, y estas toman forma dependiendo de las condiciones sociales en las que se encuentre, así como también de sus propias creencias. Para la investigación se retomarán los significados que se atribuyen por parte de las personas diagnosticadas a los tipos de apoyo.

De la Revilla y Espinoza (2003) mencionan que entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la DT2 es que esta puede influir de manera positiva o negativa en la enfermedad; siendo así la familia fuente principal de apoyo social con que cuenta la persona diagnosticada con DT2 para afrontar con éxito los problemas que se producen a partir de la enfermedad.

También, es definido de diversas formas y está relacionado con el apoyo social; ya que lo social incluye lo familiar, así como las redes de apoyo y otras instituciones que coadyuban a éste. En este orden de ideas Castillo, Solano, Iglesias y Guzmán (citado en Vírsedaz y Bezanilla, 2014) mencionan que:

> Dentro de las distintas dimensiones del apoyo social se encuentran: 1) el apoyo social provisto también llamado conductas de apoyo que incluye las acciones específicas que la red social realiza para proveer asistencia a un individuo determinado; 2) el tipo de apoyo que proporcionan estas redes, que se clasifican en instrumental, informativo y emocional; 3) la percepción del apoyo, es decir, la evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles (p. 114).

Apoyo familiar a personas con DT2 en México.

Existen diversos estudios que buscan conocer cuál es el apoyo que brinda el familiar al momento de ser diagnosticado con DT2, entre los resultados encontrados destacan los siguientes: En el estudio denominado "Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco", se encontró que el apoyo familiar es una herramienta fundamental en padecimientos crónicos, no sólo por el "control biomédico" (metabólico, asistencial, nutricional, complicaciones agudas y crónicas), sino porque permite mejorar la calidad de vida y amortiguar

el estrés normativo que conlleva tener a un familiar enfermo (Rodríguez, Camacho, Escoto, Contreras, y Casas, 2014).

Satisfacción familiar

Un aspecto que también se ve involucrado en el apoyo familiar es la calidad en la que se recibe ese apoyo por parte de la familia, por lo tanto, se podrá contar con este, pero, lo que se pretende en esta investigación es poder identificarlo para posteriormente interpretarlo dentro de los tipos de apoyo.

Ahora bien, se conocerá como se siente la persona al recibir los tipos de apoyo, de tal manera que existe un cierto grado de satisfacción por parte de la persona diagnosticada, para esto se retoma la siguiente definición.

> Barraca y López (2003), mencionan que la satisfacción familiar: Es como el resultado del juego de interacciones que se dan en el plano familiar. Si este último factor mencionado presenta buenos niveles, se hallará por ende una mayor satisfacción y se esperaría una ausencia del conflicto en la familia (p. 25).

Con base en lo mencionado y para efectos de la investigación, se considerará la satisfacción familiar, como el sentirse completo con la relación que existe dentro de la familia, esto crea una buena relación con cada miembro del círculo familiar.

Apoyo social

Considerando la revisión de diversos estudios que involucran el apoyo social, es posible considerar las siguientes definiciones propuestas:

> Para Arredondo, Márquez, Moreno y Bazán (2006) en un estudio realizado acerca de la influencia que refleja la familia en el control del paciente diabético menciona al apoyo como un proceso interactivo, del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso (p. 44).

Por su parte Gonzáles (2011) define al apoyo social como:

> … conjunto de recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica (p. 105).

Por lo anterior, este estudio relacionado con la enfermedad de la diabetes involucró el tipo de apoyo que recibe de su familia, en relación con la enfermedad y así sobrellevar este proceso. Méndez (2013) refiere que "…a través del apoyo social se construyen vínculos compensatorios como factores protectores de los efectos negativos de los estresores sociales" (p. 10).

Tipos de apoyo

Los tipos de apoyo pueden verse inmersos en diferentes ámbitos y niveles como lo son: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas. Algunos autores como los son Barrón (1996) y Pardo y Montero (2013) que clasifican los tipos de apoyo en emocional, instrumental e informacional son retomados para la investigación y estos se describen de la siguiente manera:

- *Apoyo emocional.*- Barrón (1996) menciona que el apoyo emocional "Hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado" (p.15-16); esto se complementa con lo aportado por Pardo y Montero (2013) donde integra en su definición que este apoyo "Incluye el proveer empatía, cariño, amor, estimación, afecto y relación, es considerado uno de los más importantes" (p. 39).
- *Apoyo material o instrumental.* - Barrón (1996) refiere que este apoyo "facilita la realización de tareas cotidianas ayudar en las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, etcétera" (p. 16). Por su parte Pardo y Montero (2013) llama a este tipo de apoyo como instrumental o tangible, "es la provisión de ayuda directa: recursos materiales y/o servicios mediante préstamos y/o regalos" (p. 39).

- *Apoyo cognoscitivo o informativo.* – Barrón (1996) define este tipo de apoyo como "Proceso a través del cual las personas reciben informaciones, consejos o guía relevante que es la ayuda a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él" (p. 17). Por su parte Pardo y Montero (2013) lo define como "las interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol" (p. 39).

Diabetes

Se considera a la diabetes como un problema de salud pública que comienza a generar preocupación por los altos índices de diagnósticos detectados en los últimos años. Para la investigación, se retoma la definición expuesta de esta enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual menciona:

> …es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) (OMS, 2018).

Por lo mencionado, es importante recalcar que dentro de esta enfermedad como se mencionó en el apartado de antecedentes, existe una clasificación de tipos de diabetes y que para la investigación se abordará la DT2.

DT2

La DT2 es considerada el tipo de diabetes más común dentro del porcentaje de personas diagnosticadas, esta es definida según la OMS (2018) como: "incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física" (Parr.3). Así mismo, la Federación Internacional de Diabetes (2017) menciona que algunas de las causas que dan origen a esta enfermedad pueden ser el origen étnico y los antecedentes familiares.

Trabajo social y diabetes

Una investigación realizada en el estado de Hidalgo menciona un modelo de intervención por parte del profesional en Trabajo Social con los pacientes con el diagnóstico de diabetes. García (2006) describe lo siguiente:

> El abordaje del paciente diabético por parte del trabajador social debe de hacerse empleando el proceso metodológico (investigación, diagnósticos, pronóstico social, plan y tratamiento social) con la finalidad de encausar acciones para lograr que el usuario auto acepte su patología y se responsabilice de su salud. (p.90).

Por lo anterior, es importante recalcar que entran en juego las funciones del profesional, con la finalidad de con el apoyo de los recursos, de este caso el usuario, lograr ese autocuidado con respecto a esta enfermedad.

A continuación, se presentará la teoría con la que se trabajó la investigación; de esta manera se podrá visualizar la información al respecto.

Teoría de las Representaciones Sociales

Moscovici (1979) habla de las representaciones "como el conocimiento que las personas utilizan en su día a día, refiriéndose a la realidad que se conoce por experiencia y los significados atribuidos a objetos socialmente valorizados" (p.13). Por lo tanto, apoyados de los eventos cotidianos por los que la persona transita se puede visualizar cómo se sitúa en su realidad.

Piña y Cuevas (2004) por su parte mencionan:

> Que las representaciones sociales son un conjunto de ideas, saberes y conocimientos para que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. Estos conocimientos forman parte del conocimiento de sentido común. Se tejen con el pensamiento que la gente organiza, estructura y legitima en su vida cotidiana. El conocimiento es, ante todo, un conocimiento práctico que permite explicar una situación, un acontecimiento,

> un objeto o una idea y, además, permite a las personas actuar ante un problema (p. 108).

Por lo anterior, la investigación se apoya de esta teoría, ya que es importante mencionar que se pretende conocer la perspectiva, es decir, el pensar de cada una de las personas a las cuales se entrevistará. Por lo tanto, desde la experiencia de cada una se abordarán las distintas fuentes de apoyo que logran integrarse a su vida cotidiana. De igual manera, en conjunto con esas atribuciones que se identifiquen, se podrá explorar cuáles son esos significados que le otorga a esos tipos de apoyo.

Esta investigación presentó un enfoque cualitativo, de corte transversal, con el método fenomenológico, puesto que permitió conocer cuál es el sentir de los hombres de la comunidad centrándose en la propia experiencia a partir de ser diagnosticados con la enfermedad de la DT2. Para la interpretación de la información de esta investigación se contempló la teoría de las representaciones sociales, cuyo fin es conocer la realidad que contempla la persona, todo esto para proporcionar respuesta a la pregunta de investigación.

Como menciona Hernández, Fernández y Baptista (2010), el enfoque cualitativo busca:

> Comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias,

> perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad (p. 364).

Al considerar el enfoque cualitativo se da la apertura de conocer y recuperar más información acerca de la percepción de la persona diagnosticada con DT2, en este caso de cómo percibe el apoyo familiar en relación con el diagnóstico de DT2.

Sitio y selección de las unidades de estudio

La población estudio corresponde a las personas del género masculino con diagnóstico de DT2, la muestra pertenece únicamente a los identificados por el Proyecto denominado "Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá" esto con el propósito de integrar y conocer la perspectiva de la población, que en anteriores investigaciones no se ha considerado, por tal motivo se utilizó de apoyo una lista proporcionada por dicho proyecto en el cual se encuentran los datos de los hombres que tienen el diagnóstico de DT2.

En este caso se trabajó únicamente con hombres mayores de edad utilizando un muestreo por conveniencia. El número de se consideró de acuerdo con el criterio saturación de categorías la cual se refiere a "cuando los datos se vuelven repetitivos o redundantes y los nuevos

análisis confirman lo que se ha fundamentado" (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 459).

Para la selección de participantes se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Hombres diagnosticados con DT2 identificados en el proyecto de bienestar comunitario.
- Personas residentes en Tixcacaltuyub.
- Participantes que otorguen su consentimiento por escrito para la investigación.
- Personas que habiten con al menos dos personas de su familia.

Criterios de exclusión

- Personas que no finalicen la entrevista.

Criterios de eliminación

- Que no quieran ser parte del proceso.
- Que durante el proceso decidan abandonar la entrevista.

Método de recolección de datos

Para la recolección de datos e información, primeramente, se realizó una prueba piloto en la comunidad de Sotuta que se encuentra de manera cercana a Tixcacaltuyub con la finalidad de hacer los ajustes necesarios al instrumento, dando lugar así, a la aplicación posterior ya con la población con la que se destinó a trabajar.

A la comunidad se acudió 12 veces para la administración del instrumento, sin embargo, previamente se tuvieron acercamientos en actividades propias del proyecto para tener contacto con la población para el reconocimiento del proyecto en la comunidad, en donde con ayuda de actores claves y con los colaboradores del proyecto, se logró identificar primero a los posibles candidatos a participar e ir conociendo la dinámica de cada uno de los posibles participantes.

Se llevaron a cabo 6 entrevistas semiestructuradas a hombres diagnosticados con DT2 con el apoyo de una guía de preguntas (apéndice 1) que fueron audio grabadas bajo previa autorización firmando un consentimiento informado (apéndice 2), en donde se tuvo un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos por cada entrevista para recabar la información necesaria. Durante estas no se presentó algún inconveniente.

Procedimientos de análisis

Para realizar el análisis de la información, se transcribieron los audios de cada entrevista con ayuda del Software Express Scribe y apoyado de las instrucciones de Poland para los transcriptores (Poland, 2002, citado en Rapley, 2014).

Posteriormente, se utilizaron los pasos y puntos clave de análisis de las entrevistas, codificación, análisis, comprobación de validez, el rigor

y las reflexiones según Rapley (2014) para desarrollar un esquema de codificación guiada por conceptos y así identificar las nuevas categorías que puedan surgir (Gibbs, 2014).

Esta estrategia se llevó a cabo mediante la impresión de manera física de todas las transcripciones y con ayuda de marcadores, se fueron señalando las citas de las entrevistas que fueran similares o iguales y posterior a esto se codificó, así mismo se apoyó de la guía de preguntas para crear el nombre del código, esto por las preguntas que también se relacionaban.

Métodos de triangulación y validación

El proceso de validación del instrumento se realizó a partir de la elección de profesionales inmersos en el grupo de investigación Política Social y Desarrollo Humano, así como a participantes del proyecto Bienestar comunitario. Este proceso es denominado validación por expertos para visualizar diversos puntos de opinión con relación a lo que se pretendía preguntar. De igual forma, se administró una prueba piloto del instrumento considerando que la población en donde se realizó la investigación habla la lengua maya.

Para la triangulación de la información recabada fue a partir de una entrevista a los familiares (apéndice 3) con la finalidad de constatar los pensamientos y creencias que pudieran ser identificados en los

hombres con DT2, esto considerando que este proceso es definido por Vasilachis (2006) como “una estrategia seguida por el investigador para aumentar la “confianza" en la calidad de los datos que utiliza; esta necesidad surge de reconocer las limitaciones que implica una sola fuente de datos, mirada, o método, para comprender un tema social” (p. 93). Para este proceso solo se consideró tres aspectos: tiempo de diagnóstico, percepción de la enfermedad y apoyo que recibe.

Aspectos éticos

Este protocolo primeramente fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la FEUADY (apéndice 6), esto con el fin de procurar la integridad de las personas que estuvieron involucradas en la investigación, así como el adecuado manejo de toda información que con la que se trabajó.

Por otro lado, dicha investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos del Trabajador Social (FITS) y los 3 principios generales de la ética profesional expuestos por Bermejo (2002) los cuales se trabajarán de la siguiente manera:

Beneficencia

Bermejo, menciona que “beneficiar es actuar en beneficio de la persona y de la sociedad de la que forma parte. Es el criterio regulador de la

conducta del trabajador social, tanto desde el punto de vista de los usuarios, como de la sociedad general (p. 79).

Por lo antes mencionado, se proporcionará la información obtenida de la investigación al responsable del proyecto Bienestar comunitario para que esta fortalezca futuras intervenciones hacia la comunidad, y se realizará una presentación de resultados a los participantes del estudio.

Autonomía

Para Bermejo este principio "es por el cual el usuario tiene derecho a que se tenga en cuenta sus propias decisiones en el ámbito de la relación profesional" (p. 103). Por tanto, para la realización de la guía de entrevista se aplicó un consentimiento informado (apéndice 3), en el cual, el participante otorgó su autorización para grabar la entrevista, así como a utilizar la información recabada de manera confidencial y profesional. De igual manera, aquellas personas que no desearon firmar el consentimiento no se procedieron con la administración del instrumento.

Justicia

Este principio de acuerdo con el autor antes mencionado se refiere:

> …es aquel por el cual la sociedad pretende distribuir de un modo equitativo y racional los recursos sociales existentes. Mediante

> este principio se intenta poner un cierto orden entre la parte y el todo y las partes entre sí (p. 139).

Por lo anterior, se respetó la diversidad étnica y cultural de las sociedades con las que se trabajó, considerando las diferencias individuales, familiares, grupales y comunitarias.

Descripción de la muestra para el estudio

En el siguiente apartado se presentará de manera ordenada los resultados obtenidos a través de las entrevistas individuales semiestructuradas realizadas a los hombres diagnosticados con DT2 y al vínculo familiar más cercano.

De estos resultados considerando la categoría del auto conocimiento de la enfermedad, el apoyo desde la percepción del género masculino y los tipos de apoyo que reciben los hombres diagnosticados con DT2 por parte de su familia, con fines de completar y triangular la información, utilizando la codificación de categorías y registrar e identificar la información. Para el análisis de los datos se realizó la codificación de categorías fundamentadas y de conceptos.

Tabla.1. Datos Generales

	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Tiempo diagnosticado
Entrevistado 1	55	Primaria Incompleta	Agricultor	Casado	20 años
Entrevistado 2	76	Primaria Incompleta	Agricultura	Casado	2 años
Entrevistado 3	54	Primaria Incompleta	Carpintero	Casado	24 años
Entrevistado 4	64	Ninguna	Agricultor	Casado	6 años
Entrevistado 5	51	Primaria Incompleta	Agricultor	Casado	13 años
Entrevistado 6	43	Primaria Incompleta	Albañil	Casado	2 años

Fuente: Elaboración propia, (2019).

Como parte del criterio de saturación teórica de esta investigación se contó con la participación de 6 hombres de la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá; diagnosticados con DT2, ya que se logró la saturación en los resultados de las entrevistas aplicadas, esto debido a que existió una similitud en las respuestas otorgadas.

De acuerdo con la tabla 1 el rango de edad de los entrevistados oscila entre los 43 a 76 años, considerando estas etapas como adulta y adulta mayor. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad que presenta la muestra de estudio corresponde a un rango de 2 a 25 años diagnosticado con DT2.

El oficio que predomina en los entrevistados es la agricultura, la cual se ejerce durante el horario matutino, tiempo en el cual los hombres se dirigen a sus milpas para trabajar en sus cosechas, que de igual manera fungen como apoyo a la economía de sus hogares.

Por otra parte, la escolaridad identificada es el nivel básico, contemplando que cada uno de los participantes cuenta con primaria incompleta y estado civil casado, en donde se obtuvo que todos viven con su respectiva esposa.

Vivir con DT2: Desconocimiento y desconfianza

Durante las entrevistas, al preguntar acerca del conocimiento de la DT2, las personas refirieron lo siguiente:

> "(…) la diabetes nos quita la vista, nos perjudica los riñones y nos causa problemas mayormente en los pies y eso es una enfermedad como dicen es la muerte más rápida" (Entrevistado 3).

Por lo anterior, los participantes refieren no tener un conocimiento teórico de la enfermedad, sin embargo, el conocimiento lo asocian a través de los síntomas que presentan (pérdida de la vista, lesión renal y problemas en los pies) e inclusive le atribuyen un significado de muerte.

Asimismo, el desconocimiento de la enfermedad se asocia con la desconfianza hacia el personal de salud de la comunidad. A continuación, se refiere un comentario:

> "(…) Los doctores [de la comunidad] como están aprendiendo [son pasantes] (…) y te dicen eres diabético y te empieza a dar el

> medicamento y empiezas a tomar el medicamento, porque [dice que] eres diabético, aunque no [seas] diabético (Entrevistado 1).

La desconfianza que los participantes tienen hacia el personal de salud propicia la escasa participación de los pacientes hacia la clínica de salud de la comunidad, a pesar de que existe personal encargado de ejercer promoción y educación para la salud, responsable de informar a los grupos de pacientes temas que contribuyan al conocimiento de la salud, los hombres no consideran fiable esta información ya que para ellos es importante que tengan un título profesional o experiencia en el área.

Cambios

Los participantes con DT2 refieren tener una percepción diferente en su vida a partir de que son diagnosticados con dicho padecimiento.

Los participantes refieren lo siguiente:

> "(…) en que me lo diagnosticaron pues tuve que tener más cuidado con mi salud, con mi vida y así estar pendiente con mi medicina mi cita cada mes en la clínica y pues así voy pasando todo el tiempo con esa enfermedad" (Entrevistado 3).
>
> "Pues (…) a veces se siente uno así… como tristeza con esta enfermedad con el tiempo piensa uno de que hay que seguir adelante, cuidarnos (…)" (Entrevistado 5).

> "(...) sí, por ejemplo, en el trabajo no puedo estar, así como antes estaba de ocho las 2 las 6 de la tarde (...) ya regresó porque me siento cansado igual ya con esta enfermedad" (Entrevistado 5).

Por lo anterior, los participantes consideran que estar enfermo es parte de la vida, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración en más de un aspecto para la vida de la persona (fisiológico, psicológico, social, laboral, etc.); debido a ello los cambios identificados durante las entrevistas son variables, es decir, que cada uno describe un proceso distinto mediante las condiciones a las que se enfrenta, así como su adaptación y medios de apoyo que recibe durante su enfermedad.

Género Masculino y el apoyo familiar

El género masculino a lo largo de la historia ha sido estigmatizado con respecto a la expresión de sentimientos, de esta manera se contempla a esta población por su escasa participación en actividades que se realizan en la comunidad de Tixcacaltuyub, por lo que un aspecto fundamental es de qué manera puede verse apoyado el hombre diagnosticado con DT2 por su familia.

De esta manera, se puede reconocer cómo es el apoyo que recibe la persona diagnosticada por parte de su familia, así como también se logra sentir con este apoyo que recibe. Los participantes mencionaron lo siguiente:

> “Pues mi esposa está pendiente de mis medicamentos por si se me olvida, me lo recuerda y ella me ayuda, prepara lo que es comida para mí que no es grasosa” (Entrevistado 6).
>
> “Pues, me siento un poco más tranquilo, así me siento más tranquilo, me siento más amado así, por qué no estoy completamente abandonado, por qué alguien como mis hijas que se acuerdan de mí vienen, no me abandonan por mucho tiempo (…)” (Entrevistado 3).
>
> “Pues los quiero, le doy gracias a ellos porque me están apoyando y me están dando lo que yo necesito también. Me alegra bien, porque no me están apoyando en algo malo que se haga o se cause. Lo que se hace es por bien” (Entrevistado 5).

Puede identificarse que existe relación entre la opinión de los hombres con que la familia adopta nuevas formas de interactuar con el familiar ayudándolo en sus actividades propias del hogar o algún tipo de apoyo económico.

Tipos de Apoyo

Para la investigación la clasificación de tipos de apoyo comprende 3 aspectos, el emocional, material e informativo. Por ello se clasificó en el instrumento las características de estos tipos de apoyo y conocer si son recibidos.

Apoyo Emocional

> "(...) si hay, sí hay mucho amor entre nosotros, (…) yo creo en Dios y mi esposa (…) me lee mucho la Biblia diario, esa lectura de la biblia que nosotros estamos entendiendo ahorita qué debemos amarnos los unos a los otros (...) cuando comemos entre tres mi esposa y mi hijo sé que está [Dios] con nosotros (...)" (Entrevistado 3).
>
> "Pues cuando están conmigo, por ejemplo, mi esposa mis hijos a veces nos sentamos a platicar y así, estamos cenando o almorzando, todos están (...)" (Entrevistado 5).

Por lo anterior, podemos analizar en los participantes que este tipo de apoyo representa el más significativo por parte de los hombres diagnosticados con DT2, dado el caso, se identificó que el apoyo que era percibido lograba practicar la escucha activa y la empatía brindando confianza, el fomento de su expresión emocional lo cual facilitaba la adaptación en la enfermedad.

Apoyo material

> "Bueno la única ayuda que recibimos de parte del Gobierno hasta ahorita es próspera" (Entrevistado 7).
>
> "(…) de apoyo así monetario nada, trabajo así, para eso, pero pues… el apoyo económico cuando están conmigo…" (Entrevistado 5).

Los entrevistados logran identificar este tipo de apoyo; pese a que no encabeza esta lista se encuentra representativo para los hombres pues los bienes tangibles o concretos de la persona son importantes para realizar sus actividades cotidianas parte de ello se identificó en las estrategias que emplea para proporcionar bienes de este tipo en su hogar.

Apoyo informacional

> "(...) sí, mi hermana (…) dice (imitando la voz) que me cuide mucho y así, para que no pienses que es una enfermedad para que te mueras, tampoco es para que lo pienses mucho, es para que lo tengas en cuenta que jamás vas a volver a vivir bien. Es para que te controles y puedas estar bien. Pero si no te controlas y sigues con tus cosas (…) nunca se va a controlar la diabetes" (Entrevistado 6).

Pese a indagar un poco más con este tipo de apoyo este se encuentra reducido de modo que la información que llega a los participantes con DT2 no resulta suficiente para crear hábitos saludables, es decir, este apoyo no logra constituir un mensaje que cambie el estado de conocimiento del sujeto. Se sabe que el proyecto Bienestar Comunitario, así como personal de la clínica imparte talleres, sin embargo, estos mencionan que no acuden por diversas situaciones como la falta de interés y el horario en que se realiza.

Familiar más cercano

Por cada hombre diagnosticado se entrevistó a su esposa, ya que es la que habita en la casa en conjunto con el esposo. Para la aplicación del instrumento se administraron las mismas preguntas haciendo una modificación para que vaya dirigido al familiar.

Todos los participantes que están diagnosticados con DT2 la pareja conocen bien este dato y en ocasiones esta también presenta diagnóstico de DT2.

Sentimiento

"(…) cuando yo lo supe que lo tenía [él] me sentía muy triste porque me dice [que] se siente mal y pues triste, porque no es lo mismo que tengas a una pareja que no lo tenga esa enfermedad, porque lo he visto cómo vive mi papá con mi mamá y no pensé que yo tan joven (…) pasara esa enfermedad con mi esposo" (entrevistada 5).

"(…) Cuando nosotros nos dimos cuenta de que [hombres diagnosticados desde los 30 años] ya presentaba, no tuvo los hijos [que quiso] tener, solo los 3 (…)" (entrevistada 3)

Lo anterior refleja que cada una de las esposas, pasa por un momento de duelo dependiendo las circunstancias en las que se encontraba cuando el esposo fue diagnosticado con DT2.

Discusión de los comentarios

Para el análisis de los datos se realizó la codificación de categorías fundamentadas y de conceptos establecida por Graham Gibbs.

La primera categoría denominada *Vivir con DT2: Desconocimiento y desconfianza* primero se retoma la siguiente definición expuesta por la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2017) esto para identificar cual es el autoconocimiento que se tiene de la enfermedad en los pacientes, esta es definida de la siguiente manera:

> "…una afección crónica que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en sangre debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina, o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz" (p.16).

Los 6 hombres diagnosticados demostraron una falta de conocimiento acerca de lo que es la enfermedad de la DT2, siento sus propios síntomas lo que toman como referencia para describir el padecimiento que tiene, así mismo, dándole significados negativos como la perdida de alguna extremidad o la misma muerte.

En la siguiente codificación se mencionan que, de igual manera durante el transcurso de la enfermedad aparecen algunos cambios tanto para la persona diagnosticada y que involucra a la familia.

Fernández (2004) menciona que:

> Una enfermedad favorece que el paciente "sea etiquetado como diferente", ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc., que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos (p. 251).

Por lo anterior se puede entender que existe una modificación en sus actividades diarias y la posible búsqueda de un apoyo (religioso, económico, familiar, entre otro). Debido a esto incluyen actividades que favorezcan su estado de salud y les permitan continuar su rutina diaria principalmente laboral sin que exista algún obstáculo.

Otro estudio llamado "Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor" publicado en 2015 menciona que ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes, con su condición de cronicidad y la exigencia de modificaciones en los hábitos y el modo de vida, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada; el factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y roles (Merodio, Rivas y Martínez. 2015).

Así mismo, con la investigación que se menciona y lo identificado en las entrevistas se puede tener como conclusión, que la familia si

sufre cambios en los que se tiene adaptar, pero no viéndolo como una obligación, sino por el apoyo hacia el familiar.

Retomando la definición de familia para el análisis mencionada por el autor Ribeiro (2009) menciona “un grupo primario formado por padre e hijo(s), y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca (…)” (p.26).

En el caso de los entrevistados todos contemplan a su familia como a personas con las que comparten lazos sanguíneos y que por lo general no habitan lejos de sus hogares de esta manera se nos permite identificar a personas que comparten esta característica directamente y brindaban un apoyo (económico, social, entre otros.) directo al individuo.

La siguiente categoría abarca el género masculino y el apoyo familiar, en ella se retoma la cita de la Organización panamericana de la salud (2010), quien menciona:

> La identidad masculina tradicional se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: el hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y la represión de la esfera emocional. Para poder mantener el equilibrio de ambos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor,

> el amor etc. La ausencia de vías de expresión y descarga emocional socialmente aceptadas implica la transformación de éstas en ira y hostilidad, parte de las cuales son dirigidas hacia sí mismo (…) (p.24).

La sociedad ha marcado o estigmatizado al género masculino para ser el que demuestre siempre un grado de fuerza frente a cualquier situación, dejando a un lado la parte emocional (cariño, amor), esto no en todos los casos, pero en partes aun es considerado de este modo, así como ser los encargados de sustento económico.

En el proyecto Bienestar Comunitario, la asistencia de hombres con DT2 había sido un poco compleja, esto por sus actividades de la casa, así como la falta de interés por acudir. Es por ello por lo que la investigación, mediante los resultados puedan crearse estrategias para crear actividades que puedan generar ese interés.

También a través de las citas mencionadas por parte de los hombres diagnósticos se puede apreciar que no existe alguna barrera para expresar sus sentimientos y recibir lo que su familia le demuestra.

Para la siguiente categoría denominada tipos de apoyo se utilizarán a las autoras las cuales hablan de los 3 tipos de apoyo utilizados para la investigación.

Barrón, (1996) y Pardo y Montero, (2013) mencionan que el apoyo emocional es la disponibilidad de alguien para hablar con alguien

fomentando sentimientos afectivos, prever de amor, empatía y afecto en la relación. En este tipo de apoyo se englobaron los sentimientos de sentirse bien como persona, es decir, con la siempre manera de estar conviviendo en la familia en la casa, en donde para todos los hombres diagnosticados este tipo de apoyo representa el principal en su vida cotidiana y nunca hace falta ese tipo de apoyo.

Barrón (1996) y Pardo y Montero (2013), mencionan que el de apoyo material facilita la realización de actividades en la provisión de ayuda directa como recursos materiales y/o servicios. En este tipo de apoyo se consideró todo lo relacionado con el apoyo tangible o económico, los hombres diagnosticados no refirieron recibir algún tipo de apoyo directamente de algún familiar, pero si la mayoría recibe apoyo del gobierno como PROCAMPO y PROSPERA.

Barrón (1996) y Pardo y Montero (2013), mencionan este tipo de apoyo es característico por brindar informaciones, consejos o guía relevante hacia lo hombres que eso es la ayuda. Para este tipo de apoyo no se contó con información que pudiera ser de relevancia ya que la mayoría mencionó no recibir este apoyo por parte de algún familiar.

La última categoría va enfocada a las esposas entrevistadas, para esto se contempló este apartado por que se relaciona con el sentir de la parte que vive con el hombre diagnosticado.

Fernández (2004) menciona que:

> Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (p.251).

En los 2 casos se logra identificar el proceso por el que las esposas transitan a pesar de ya estar el esposo con mucho tiempo diagnosticado. El primero se relacionas a aplicar mecanismos buscando que esto no afecte directamente a la familia, estando como en estado de negación. Y el segundo que esto puede llevar a situaciones complejas ya que la esposa tuve que verse limitado a ya no tener más hijo.

Conclusiones

El diagnóstico de la enfermedad DT2 para los hombres participantes y residentes de la comunidad Tixcacaltuyub, Yucatán, no únicamente se resume a una enfermedad crónica, sino que incluye una serie de nuevos acontecimientos en sus vidas y la de sus familiares, es decir, dicho padecimiento los sitúa vulnerables por las numerosas complicaciones de la enfermedad y generalmente por el inadecuado cuidado de su

salud, así como ideas erróneas que surgen de la enfermedad (la diabetes se contagia, es una enfermedad que acaba con la vida muy rápido, fue un mal diagnóstico, entre otras cosas).

El desarrollo de la enfermedad en la vida de los pacientes presenta cambios notables que comprometen las actividades cotidianas afectando distintos ámbitos como lo son el familiar, social, religioso, económico y laboral. Es importante mencionar que cada uno de los participantes cuenta con una familia de tipo nuclear, la cual se encuentra conformada por la esposa e hijos (del mismo matrimonio) y originalmente viven en la misma localidad de Tixcacaltuyub, Yucatán; de este modo logran mantener contacto directo sin inconveniente alguno.

Como se describió en el párrafo anterior la distancia entre los familiares es cercana, lo cual ha permitido fomentar relaciones sólidas que favorecen vínculos afectivos y que mantienen la comunicación de manera activa otorgando apoyo en situaciones que comprometen principalmente el estado de salud.

Algunas situaciones de conflicto como el proceso de enfermedad afectan emocionalmente a todos y cada uno de los miembros de la familia desde el momento de diagnóstico, así como durante el curso que lleve la enfermedad, de tal modo que la familia representa una red de soporte elemental y que ofrece tipos de apoyo como el emocional e instrumental.

Como se mencionó anteriormente se identificó cuál era la percepción de los participantes relacionada al papel que desempeñan sus familiares (principalmente las esposas) como fuente de apoyo; cabe destacar que la describen con las siguientes características: afectiva, donde expresan de forma libre sus sentimientos así como acciones para el bienestar del individuo (ingesta adecuada de alimentos, compañía en citas de control y la ministración de sus medicamentos correspondientes); contribuyentes, donde ofrecen recursos económicos que solventan la compra de alimentos, medicamentos o pagos.

Cabe destacar que existe un miembro de la familia que resulta elemental en el apoyo, esta es la esposa que ofrece su condición sentimental y toma acciones que son en pro de la salud del paciente, principalmente en el apego hacia el tratamiento (farmacológico, nutricional, estilo de vida, etc.) establecido.

Es importante destacar las funciones propias de Trabajo Social que se ponen en práctica desde la presentación a la comunidad, así como la administración de encuestas, el participar en las actividades interactuando con los miembros del proyecto, desde niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores. La profesión del trabajador social marca una diferencia al momento de intervenciones que la población solicita.

Ahora el Trabajador social puede verse inmerso en diversos espacios, hablando específicamente del tema de la DT2 podemos hacer

referencia al ámbito de la salud en la comunidad, de esta manera es importante la promoción de actividades, talleres y pláticas que favorezcan y generen en la población el cuidado de su persona, así como generar conocimiento de lo que representa el padecimiento con el que son diagnosticados.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones van dirigidas desde la perspectiva de trabajo social a todas aquellas personas que planifiquen y gestionen actuaciones sobre la salud y el bienestar en la comunidad rural, en colaboración con el proyecto bienestar comunitario, la comunidad Tixcacaltuyub, Yucatán y para futuras investigaciones relacionadas al tema.

Se invita a complementar este estudio concentrándose en la participación activa de los participantes con DT2 incluyendo a hombres y mujeres dentro de la planeación de las actividades, así como los actores implicados en su entorno que faciliten complementar información para la investigación y de este modo se permita obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social de los individuos.

También se sugiere apoyar el desarrollo de redes de difusión, cooperación y alianzas con otras disciplinas interesadas en el tema;

para que las comunidades locales participen en la mejora de su bienestar, así como actuar sobre las necesidades y preferencias de la comunidad como aspectos del contexto cultural o espiritual teniendo en cuenta los posibles cambios de estas a lo largo del tiempo.

Respecto a lo anterior, resulta importante el rescate cultural y espiritual en futuros proyectos debido al apego identificado en la comunidad; contemplar estos puntos permiten el acercamiento en la historia de vida de las personas y su enfermedad, principalmente el aspecto religioso, debido a que se identificó en cada caso y fue situado de modo primordial para poder seguir adelante con sus vidas.

Así mismo, se invita a considerar la importancia y el valor de incluir investigadores o colaboradores que dominen la lengua maya debido a que es de suma importancia revitalizar la lengua para comprender mejor la realidad de los hombres.

Fomentar la investigación participativa basada en la comunidad como método adicional para los investigadores, de tal manera que facilite la cooperación de los participantes, y de este modo mejoren sus habilidades y conocimientos relacionados a la comunidad en la que se trabaja.

Se recomienda ofrecer asesoramiento, capacitación y apoyo para la formación (educación) de las personas con DT2 de la comunidad.

También se debe emitir un reconocimiento formal de su aportación y otras oportunidades para su desarrollo.

Se sugiere que posterior a las propuestas planteadas, se lleve a cabo la aplicación de métodos de seguimiento sobre el nivel de satisfacción de la comunidad, si lo que se ha planteado se ha implantado con eficacia a fin de evaluar y retroalimentar la necesidad de mejorar el sistema de trabajo.

Referencias

Acique, R. (2012). *Relación entre apoyo familiar, adherencia a la dieta y control glicémico en un grupo de pacientes diabéticos del municipio de Calotmul, Yucatán*. (Tesis de Licenciatura) Universidad Autónoma de Yucatán. México.

American Diabetes Association. (2017). *Diabetes tipo 2*. Recuperado de http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/

Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del Apoyo Social y las redes de Apoyo Social. *Revista de Investigación en Psicología.* 16 (1), 234- 245

Arredondo, A., Márquez, E., Moreno, F. y Barrón, M. (2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas. 11(3), 43-48.

Barraca, J. y López, L. (2003). Escala de Satisfacción familiar por adjetivos. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

Barrón, A. (1996) Apoyo Social. España: Siglo XXI de España editores.

Bermejo, F. (2002). Ética de las profesiones. España: Desclée De Brouwer.

Castillo, A., Solano, G., Iglesias, S. y Guzmán, R. (2014). Apoyo Familiar en el manejo de la Diabetes Tipo 2. En Vírsedaz, J. y Benzanilla, J. Enfermedad y Familia. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Castro, M. (2007). *Tanatología: La inteligencia emocional y el proceso de duelo.* México. Trillas.

Cifuentes, J. y Quintul, N. (2005). *La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético?* Recuperado de https://nanopdf.com/download/la-familia-y-el-paciente-diabetico_pdf.

Farlex Partner Medical Dictionar. (2012). Percepción. 27 de mayo de 2019, de The free dictionary Sitio web: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Perception

Federación Internacional de Diabetes. (2017). Diabetes Atlas de la FID. Recuperado de https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Federación Mexicana de Diabetes. (2014). Estadísticas en México. Recuperado de http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/

Fernández M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Faculta de Medicina UNAM. 47(6) 251

García, A. (2012). *Adaptación Familiar y Social del paciente diabético* (Tesis Licenciatura). México: Universidad Rafael Landívar.

García, M., Escalante, D. y Valadez, N. (2014) La diabetes, mi familia y yo. México. CONACYT.

Gibbs, G. (2014). El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Editores Moratas.

Gonzáles, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Waxapa. 2(5), 102-107.

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. (6a.ed.). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* Recuperado de https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio camino. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf

Martínez, M. y Osca, A. (2002). Análisis psicométrico del inventario de apoyo familiar para trabajadores. Psicothema, 14(2), 310-316.

Méndez, J. (2013). Apoyo familiar y complicaciones crónicas, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina

Familiar número 64 de 2011 a 2012. (México). (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma de México. México.

Merodio Z. Rivas V. y Martínez A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. Revista Calidad y gestión en salud. 14(1) 17-18

Moo, M. (2017). Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias, en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá. México. Kellog.

Narváez, M. (2016). *Diabetes y obesidad en la población maya.* Recuperado de http://conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/4782-investigan-la-relacion-entre-diabetes-y-obesidad-en-la-poblacion-maya

Noh, A. (15 de abril de 2018). La diabetes, en aumento. *Diario de Yucatán*. Recuperado de http://www.yucatan.com.mx/merida/la-diabetes-aumento

Organización Mundial de la Salud. (2018). Diabetes. Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Palacio, S. (2014). *Percepción de Apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y Síndrome depresivo en la consulta externa de medicina familiar*. (Tesis Especialidad) México: Universidad Autónoma de México.

Pardo, M. y Montero, X. (2013). La familia: un enfoque en el contexto actual. En Pardo, M, Campos, G. Familia, violencia y cultura. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.

Pech, S., Baeza, J. y Ravell, M. (2010). Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán,

México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 15(4), 211-215.

Piña, J. y Cuevas, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. Perfiles educativos. 26 (105-106), 102-124.

Pruitt, S., y Epping-Jordan, J. (2008). Preparing a global healthcare workforce for the challenge of chronic conditions. *Diabetes Voice*, 53. 38–41.

Rapley, T. (2014). Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata.

Ribeiro, M. (2009). Familia y política social. México: LUMEN-HVMANITAS.

Robles, C., y Di Leso L. (2012). El concepto de familia y la formación académica en Trabajo social. *Revista Debate Público*. 3(2), 46.

Rodríguez, A., Camacho, E., Escoto, M., Contreras, G. y Casas, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. Revista Biomédica. 14 (7), 4.

Vasilachis, I. (Coord.). (2006). Estrategias de investigación cualitativa. México: Paido

Wallace, D., González, H., Walker, E., Dethlefs, H., Dowd, R., Filipi, L. & Barringto, C. (2018). Types and sources of social support among adults living with type 2 diabetes in rural communities in the Dominican Republic. *Globa lPublic Health.* 1-12. DOI: 10.1080/17441692.2018.144

¿Medicina tradicional? Una opción al tratamiento de la diabetes tipo 2 en una comunidad rural del sur de México

Gabriela Isabel Vázquez Díaz
Laura Gabriela Cituk Canché
Gisel Anahí Dzul Xiu
Miguel Alejandro Polanco Sulub
Patricia de los Ángeles Pech Domínguez

Resumen

El *propósito general* del presente documento es dar a conocer parte de los resultados obtenidos de una investigación en la que se analizó la percepción sobre el uso de la medicina tradicional como tratamiento para la Diabetes Tipo 2 (DT2) en personas adultas mayores de la comisaría de Tixcacaltuyub, Yaxcabá en Yucatán, México. Esta investigación surge de un macroproyecto multidisciplinario llamado "Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias" realizado en la misma comunidad. *Materiales y métodos:* Diseño no experimental de corte transversal con un alcance analítico y una metodología cualitativa; utilizando como instrumento una entrevista semiestructurada, la cual fue validada y triangulada por expertos. *Resultados:* Se observó preferencia por el uso de medicina tradicional

sobre el tratamiento farmacológico de la DT2, en la que se encontró que la población hace uso de plantas como el neem (*Azadirachta indica*), naranja agria (*Citrus aurantium*); semillas de moringa (*Moringa oleifera*), frutos de Cundeamor (*Momordica charantia*) y limón (*Citrus limon*). *Conclusiones:* La medicina tradicional es utilizada con mayor frecuencia por las personas adultas mayores, las cuales afirman percibir cambios positivos al consumirla, siendo de mayor preferencia y confianza con respecto al tratamiento farmacológico. Sin embargo, la medicina tradicional no suple todas las necesidades terapéuticas de los entrevistados, por lo que debe ser considerada solamente como un tratamiento coadyuvante y no como definitivo.

Introducción

La Diabetes Tipo 2 (DT2 en adelante) se define como la resistencia a la insulina y muestra en forma concomitante una deficiencia en su producción, que puede ser absoluta o relativa. El grupo de edad en la que se desarrolla suele ser en mayores de 30 años; cuando se realiza el diagnóstico presentan obesidad y relativamente algunos síntomas clásicos, según la NOM-015-SSA2-2010.[1]

La DT2 ha tomado relevancia en los últimos años, según el informe mundial sobre la diabetes desde 1980 la prevalencia mundial de la diabetes ha ascendido a casi el doble en la población adulta[2],

recobrando su incidencia en dirección ascendente en el 2012 cuando el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) catalogó a la diabetes como el segundo padecimiento más frecuente como causa de muerte en la población mexicana[3]. Un par de años más tarde, 2014, pasaría a ser la primera causa de muerte entre las mujeres, y la segunda entre los hombres en México, siendo la primera causa de ceguera adquirida en edad productiva; teniendo como principales complicaciones la amputación de miembros inferiores y enfermedad renal crónica.[4]

En el Atlas de la diabetes de la Federación Internacional de la Diabetes (FID) se encontró que el año 2015 fallecieron alrededor de 415 millones de adultos a causa de la diabetes en el mundo y se espera que en el 2040 el número de fallecidos aumente a 642 millones.[5]

En América Latina, México se situó como uno de los países con mayor prevalencia de esta enfermedad; la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) identificó en el 2018 a 8.6 millones de adultos mexicanos con diabetes, de los cuales el 10.7% de los casos se encontraba en Yucatán.[6] Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el año 2018 la DT2 fue la segunda causa de muerte a nivel nacional y la décimo tercera causa de morbilidad en el estado de Yucatán.[7]

Una de las alternativas para el tratamiento de ciertos tipos de diabetes es la medicina tradicional, la cual es definida según la OMS

como “la suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”.[8]

Por lo anterior, atender esta enfermedad es prioridad para los sistemas de salud, ya que presenta un reto en cuanto a prevención, detección y control, lo que conlleva un impacto económico elevado en los servicios de salud. El uso de la medicina tradicional ha alcanzado un auge desde el 2014 cuando la OMS en colaboración de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) publicaron un boletín en el que se expresa la importancia de la investigación y reglamentación de la medina tradicional.[9] No obstante, la utilización cotidiana de las plantas u otros elementos naturales con fines curativos, es decir, la aplicación de la medicina tradicional es una práctica empleada desde tiempos remotos, mucho antes del descubrimiento de la medicina moderna.

Se estima que la península de Yucatán cuenta con alrededor de 2,300 especies de plantas, de las cuales 680 se han documentado con algún uso medicinal, siendo solamente el 2% utilizadas para el control de la glucosa.[9] No obstante, la desconfianza o escasez en la medicina convencional y el desconocimiento por parte del personal de salud acerca de la cultura y cosmovisión de la población dan como resultado que el uso de la medicina tradicional sea la opción más viable a emplear en cualquier grupo etario.

En este sentido, el propósito general de la investigación fue analizar la percepción de las personas adultas mayores sobre el uso de la medicina tradicional a través de los objetivos específicos que consistieron en identificar el tipo de medicina tradicional, los usos, beneficios, frecuencia y tipos de preparación para relacionar la percepción con los resultados obtenidos en el tratamiento de la DT2 en la comunidad de Tixcacaltuyub, Yaxcabá en Yucatán. Esta investigación deriva del macroproyecto multidisciplinario llamado "Bienestar comunitario: proyecto de capacitación para la autogestión de la salud de las personas con DT2 y sus familias" realizado en la misma comunidad.

Materiales y métodos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó un enfoque cualitativo, analítico y transversal, con diseño de estudio no experimental. El discurso se llevó a cabo mediante la realización de cuatro entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores con diagnóstico de DT2, y que usen medicina tradicional para el control de sus niveles de glucosa en sangre seleccionados por medio de un muestreo de tipo no probabilístico a conveniencia.

La nomenclatura presentada en los testimonios se determinó con las siglas del primer nombre de la persona, seguido de la letra *E* de "entrevista" y número de acuerdo con la aplicación de ésta. La

siguiente tabla condensa la información de los participantes acerca de los datos sociodemográficos y de diagnóstico de DT2.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos de los entrevistados.*

Nomenclatura	Sexo del participante	Edad	Años de diagnóstico	Edad en la que fue diagnosticado
EE1	Femenino	61	15	46
HE2	Masculino	73	22	51
PE3	Femenino	62	8	54
ME4	Femenino	63	7	56

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con los resultados obtenidos.

Con base en lo anterior, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: que sean personas adultas mayores de 60 años, residentes de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán, con diagnóstico previo de DT2; que utilicen medicina tradicional como parte del tratamiento y que acepten participar firmando el consentimiento informado. asimismo, se excluyeron a todas aquellas personas que presenten pérdida total de la audición o del habla, o que tengan alguna enfermedad que impida su participación, eliminando a todas las personas que no concluyan con la entrevista o cuyas respuestas no puedan ser analizadas.

Los instrumentos para la obtención de datos fueron el cuestionario Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer para la detección de un posible deterioro del área cognitiva, el cual funge como un criterio de exclusión para la realización de la entrevista; así

como la guía de entrevista semiestructurada, que consta de 12 preguntas abiertas, mismas que fueron validadas previamente por expertos en áreas de salud e investigación.

La recolección de datos fue realizada el 9 de febrero del 2019 fecha en la que se realizaron cuatro entrevistas transcritas con el apoyo del Software Express Scribe® versión 7.2, que permitió escuchar de manera efectiva las entrevistas utilizando las instrucciones de Poland, con el objetivo de conservar las expresiones originales para mantener la esencia acerca de las vivencias y experiencias de los entrevistados (as).

Para analizar la información se utilizó el software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti 8 ® con el que se desarrolló un esquema de codificación por conceptos, identificando categorías como percepción y motivo del uso de la medicina tradicional, así como el tipo y forma de consumo.

Resultados

A partir de esta investigación se obtuvo como resultado que todos los participantes afirman percibir cambios positivos en su estado de salud refiriendo una disminución del cansancio físico y alivio del dolor. Los participantes sienten un mayor apego hacia el uso de la medicina tradicional, ya que no genera efecto adverso como lo perciben con el

tratamiento farmacológico de la DT2, misma razón que crea desconfianza hacia el uso de fármacos hipoglucemiantes.

A continuación, se presentan algunos fragmentos tomados de las entrevistas realizadas a los participantes:

> *(…) pero a veces de repente voy al doctor y esta disparada mi azúcar (..) y me aumentaron una glibenclamida más y me dijo la doctora si con esto no se controla cuando usted(.) regresé, insulina le vamos a poner, pero cuando me dijeron esto yo empecé a mascar una plantica que tengo allá en la casa que le llaman min (…) [HE2].*
>
> *(..) comencé a tomar dos pastillas que me dieron ahí, pero me ardía el estómago cuando la tomaba, no me gustaba (..) pero ya después cuando se subió y cuando yo no podía controlarme me consiguió eso mi hija (hace referencia a la moringa) y lo comencé a tomar [PE3].*

Otro factor que contribuye a la preferencia del uso de la medicina tradicional es la accesibilidad a los recursos resultados positivos al utilizar naturales (plantas, semillas y frutos), y la recomendación por parte de otras personas que dan testimonio de los está medicina como un tratamiento coadyuvante en la DT2.

> *(…) me lo dijeron (..) desde ahí lo empecé a tomar (..) pues yo vi que quedo bien en mi cuerpo (..) [EE1].*

Me lo contaron. Una muchacha, me lo conto (imitando voz) "mi mama así lo hace lo toma", y desde ahí lo empecé a tomar pues yo vi que se me quedo bien en mi cuerpo [EE1].

De igual manera, los recursos más utilizados de la medicina tradicional se encuentran en la rama de la herbolaria, teniendo las siguientes plantas: hojas de neem, naranja agria, semillas de moringa, el fruto de cundeamor y de limón; cabe mencionar que algunas de las plantas antes mencionadas aún no han sido estudiadas para describir sus efectos hipoglucemiantes en el tratamiento de la DT2; sin embargo, la percepción obtenida de quienes lo consumen proporciona las bases para futuras investigaciones.

(...) pues ya se cambió mi sistema así ya no me mareaba ya no nada (...) [HE2].

(...) me siento un poco mejor, pero a veces si me siento que me arde el estómago me siento mal, lo tomo (hace referencia a la moringa) me deja de arder [PE3].

(...) es la única en la que he visto resultados, el neem (...) [ME4].

Se identificó que el consumo de las plantas medicinales que predominan en la comisaría de Tixcacaltuyub tienen diversas formas de preparación y consumo, las cuales pueden ser bebidas, masticadas y combinadas con otros alimentos. Independientemente de esos factores, los entrevistados(as) afirman que el consumo de estas plantas, semillas o frutos no está condicionado a la forma de preparación, debido a que

perciben los mismos beneficios en cualquiera de estas al momento de consumirlas.

Discusión

La investigación se realizó para dar a conocer la percepción del uso de la medicina tradicional como tratamiento coadyuvante de la DT2. Se encontró que en la comunidad de Tixcacaltuyub, las personas adultas mayores hacen uso de plantas, semillas y frutos para tratar la DT2, debido a que en Yucatán existe una gran diversidad de plantas con propiedades medicinales y accesibles en las comunidades.

Estos datos indican que hoy en día, en las comunidades de Yucatán siguen existiendo personas que hacen uso de la medicina tradicional como tratamiento de la diabetes y otras patologías. Se identificó que el grupo de personas que la utilizan más son las adultas mayores, en virtud de que la consideran como parte de su legado cultural.

Actualmente, a pesar de contar con medicamentos prescritos, existen comunidades donde las personas prefieren la medicina tradicional para tratar sus enfermedades, dado que cuentan con mayor accesibilidad y confiabilidad en los recursos naturales, en comparación con el tratamiento farmacológico.

Sin embargo, no todas las plantas, semillas o frutos utilizados en el tratamiento para la DT2 han sido sometidos a investigaciones o pruebas científicas que avalen su eficacia, por lo que el uso de esta medicina debe considerarse como un posible efecto placebo en lugar de un tratamiento definitivo.

No obstante, existe evidencia científica de los efectos hipoglicemiantes que ofrece la planta *moringa*, comparando su efectividad en la disminución de glicemia con los obtenidos en el grupo metformina. Este efecto observado es agudo, puesto que en este estudio se evaluó el resultado de la moringa oleífera solamente por tres días, lo cual sugiere que esta planta medicinal puede ser útil cuando el objetivo es un descenso rápido de la glicemia; se desconoce si el efecto se mantiene a través del tiempo.[11] Apoyando este dato, se encontró que las personas entrevistadas en Tixcacaltuyub afirman percibir efectos positivos en su estado de salud al consumir la moringa.

Conclusiones

La medicina tradicional es percibida por las personas adultas mayores como aquella que genera cambios positivos cuando la consumen, siendo una opción preferente y de confianza en comparación con el tratamiento farmacológico. No obstante, esta opción no suple todas las necesidades terapéuticas de los entrevistados, por lo que pudiera considerarse como un tratamiento coadyuvante y no como definitivo.

Por otra parte, cada entrevistado destacó la percepción del uso de la medicina tradicional con base en las vivencias que otras personas les compartieron, siendo los puntos esenciales que señala la teoría de las representaciones sociales que permite ir más allá del nivel de las relaciones interpersonales del estudio de cómo un individuo es percibido por otros individuos y de la explicación causal de la conducta, como describió Moscovici en 1984.

Finalmente, esta investigación contribuye e invita a la realización de un análisis cuantitativo de los efectos de la medicina tradicional con respecto a la disminución de los niveles de glucosa en sangre y control de los síntomas característicos de la DT2.

A pesar de que la medicina tradicional es utilizada ampliamente en diversos tratamientos, las instancias normativas y los profesionales de la salud están afrontando cuestiones relativas a la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, preservación y reglamentación de la medicina complementaria, según el boletín de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) publicado en el 2017.

Por lo que los profesionales de la salud podrían considerar estas prácticas dentro de los tratamientos cuando se les proporcione atención y cuidados a los pacientes con DT2 en lugar de excluirlos puesto que en ocasiones la medicina tradicional es el único recurso para la atención a la salud en las comunidades.

Por lo que es importante fomentar la integración de estas prácticas en la atención profesional de salud y sensibilizar al personal acerca del uso de la medicina tradicional como parte de la cultura de estas personas y en ocasiones, como el único recurso que da atención a las necesidades.

Papel de la medicina tradicional en el panorama actual

La situación actual en la que enfrenta el país ante una pandemia mundial causada por el virus de SARS-COV2 el cual provoca la enfermedad por COVID19, el uso de la medicina tradicional en las comunidades rurales del estado de Yucatán podría considerarse, como un recurso para el tratamiento coadyuvante de la DT2 y otras patologías, debido a la escases de la atención médica y recursos farmacológicos para la atención de sus patologías en estas comunidades, aunado a la limitación en el transporte como parte de las medidas emitidas por la Secretaria de Salud para reducir el riesgo de contagio entre las personas. Lo anterior, podría contribuir al uso de la medicina tradicional para dar respuesta a la situación de las personas con DT2 debido a los beneficios que se perciben de la misma. Debido a que la medicina tradicional es un recurso natural y de fácil obtención.

Referencias

DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Dof.gob.mx. 2018 [Citado 28 Jul 2020]. Disponible en:
http:
//dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018.

Informe mundial sobre la Diabetes [Internet]. 1st ed. Ginebra; 2016 [Citado el 15 Agosto 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1

A. Del Castillo Arreola, S. Vargas Baños. Diabetes Tipo 2: Epidemiología, criterios diagnósticos y tratamiento. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. [Citado el 15 Agosto 2020]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/p2.html#refe1

L. Moreno Altamirano, J. García. Revista médica del hospital general de México. Epidemiología y determinantes sociales asociados a Obesidad y DT2 en México [Articulo de revisión]. 4 septiembre 2014. [Citado 28 de Jul 2020].

Atlas de la Diabetes [Internet]. 7th ed. 2015 [Citado el 15 agosto 2020]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, Presentación de Resultados [Internet]. [Citado 28 de Jul 2020] disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Epidemiologia.salud.gob.mx. 2020. Morbilidad por grupo edad. [internet] [actualizado 31 Oct 2018; citado 28 Jul 2020]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html>

Duran Méndez. Medicina tradicional.pdf [Internet]. [Citado 28 de Jul 2020]. Disponible en: //www.cicy.mx/Documentos/CICY/Desde_Herbario/2015/2015-10-19-Duran_Mendez-Medicina-tradicional.pdf

A. Jiménez Silva. Medicina tradicional. Boletín CONAMED-OPS. México 2017 [Internet]. [Citado 28 de Jul 2020]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf

Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. [Citado 28 de Jul 2020]; 22. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n46/en_aop2113.pdf

A. Ramos Hernández. Elaboración de bebidas a base de hoja de neem (Azadirachta indica) y evaluación de su potencial hipoglucemiante. Saltillo. Coahuila. Abril 2017. [Citado 28 de Jul 2020] Disponible en: http://repositorio.uaaan.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/12345678

9/8386/64505%20Ramos%20Fern%C3%A1ndez,%20Aleida.pdf?sequence=1

Diabetes y bienestar comunitario, se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 6 de noviembre de 2025. La edición electrónica será publicada en la página web de La Académica Nacional de Investigación en Trabajo Social; www.acanits.org

La presente investigación tiene como propósito analizar la influencia del apoyo familiar en los problemas sociales que surgen por la adherencia al tratamiento de pacientes con DT2 del municipio de Tixcacaltuyub. Esta investigación fue de corte cualitativo, de tipo de estudio exploratorio descriptivo con el método fenomenológico. El tipo de muestreo fue por conveniencia y se utilizó una guía de preguntas aplicada a través de la entrevista semiestructurada individual.

Asimismo, el estudio busca determinar el nivel de habilidades sociales (HHSS) que posee la población de mujeres diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2) registradas en el Censo Nominal de pacientes con diabetes de la Unidad Médica Rural número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tixcacaltuyub, Yaxcabá, Yucatán (2017) y que se encuentran inmersas en el proyecto "Bienestar Comunitario", a través del enfoque metodológico cuantitativo no experimental; tipo de diseño transversal descriptivo.

ISBN: 978-607-8987-35-1