

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y
HUMANIDADES LICENCIATURA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Condiciones Materiales de Vida y las Prácticas de Promoción
de la Salud en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2:
Estudio comparativo**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

MONSERRAT ARAGÓN DÍAZ

D I R E C T O R A

DRA. ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Ciudad de México, noviembre de 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

Con gran cariño y respeto agradezco a mi profesora, Roselia Arminda. Por la dirección en este trabajo, por su confianza y apoyo en este proyecto. Por el aporte de sus conocimientos y experiencias. Gracias por sus palabras de aliento, le amo.

A mis profesores, Mary, Lourdes y Pablo. Por su conducción en este proyecto, sus enseñanzas y su valioso tiempo dedicado.

Dedicatoria

En primer lugar, a mi buen Dios, que me enseña que su voluntad es buena, agradable y perfecta en mi vida, que en mis tropiezos su mano siempre me sostiene de nunca caer y sé que la bendición tiene que ver directamente con tenerlo en mi corazón.

A mis padres, que bendigo y agradezco grandemente por su amor incondicional, por su confianza, sus esfuerzos constantes y gran espera. Por creer en mí desde el primer día. Su amor ha sido clave de mi éxito. Gratitud es la palabra que llevo en mi corazón por todas las fortalezas que me ayudan a encontrar en Dios. Gracias por ser mi tu guía, los amo de manera inmensurable a ti papi, a ti mami, a ustedes mis hermanos y a ustedes mis sobrinos del alma, los llevo en mi corazón siempre. Gracias por dedicar su vida, su historia, porque siempre buscan lo mejor para mí.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
<u>CAPÍTULO I PROBLEMATIZACIÓN.....</u>	<u>5</u>
Antecedentes.....	6
Problema de investigación	12
Pregunta de investigación	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos.....	14
Justificación	15
<u>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>17</u>
Diabetes Mellitus 2: Padecimiento y enfermedad.....	21
Niveles de glucosa en sangre.....	22
Control de glucosa en sangre periférica	25
Fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2	26
Complicaciones crónicas de la DM2 y prácticas de autocuidado	27
Importancia del autocuidado	30
Promoción de la Salud y Prácticas en Salud	32
Determinantes sociales de la salud y DM2.....	38

Condiciones materiales de vida y Diabetes Mellitus 2	43
Respuesta en salud: Estrategias de atención, prevención y cuidado	48
<u>CAPÍTULO III MÉTODOS Y TÉCNICAS.....</u>	<u>52</u>
Tipo de estudio	52
Muestra	52
Instrumento.....	52
Análisis estadístico	54
Consideraciones bioéticas.....	55
<u>CAPÍTULO IV RESULTADOS</u>	<u>56</u>
Datos Sociodemográficos.....	56
Nivel educativo	58
Asistencia a talleres y consulta.....	65
Prácticas de autocuidado	68
Prácticas alimentarias	69
Control de glucosa y otros factores de riesgo	71
Cuidado de los pies	76
Actividad física.....	77
Motivaciones para acudir a los talleres.....	78

Condiciones materiales de vida.....	81
<u>CAPÍTULO V DISCUSIÓN</u>	<u>84</u>
<u>CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....</u>	<u>92</u>
Propuestas de estrategias de promoción de la salud	94
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>96</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>107</u>
Encuesta.....	108

Introducción

La Diabetes mellitus (DM) representa una de las diez enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo (IMSS, 2022). Según estimaciones por INEGI, en 2021, del total de defunciones por diabetes, 51 % correspondió a hombres (71 330) y 49 % a mujeres (69 396). A nivel nacional, la tasa de mortalidad por DM fue de 11.0 por cada 10 mil habitantes. Tan solo en 2023, en Ciudad de México se registraron 8,371 muertes a causa de esta enfermedad (INEGI, 2023).

En este contexto, la Promoción de la Salud (PS) buscando responder a este problema de salud, participa para reorientar a las personas mediante prácticas de autocuidado, enfocado en la toma de decisiones informadas sobre la salud, así mismo, promueve y crea espacios favorables para el bienestar biopsicosocial de las personas. La DM es una enfermedad metabólica que afecta la manera en la que el cuerpo procesa el azúcar (glucosa) de los alimentos consumidos. En términos generales la DM puede incluir tanto el tipo 1 (DM1) como el tipo 2 (DM2).

La DM sigue siendo un problema de salud pública en México. Actualmente la prevalencia y crecimiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en los últimos años continúa aumentando drásticamente. Aunque no tiene cura, la reducción e incluso la postergación de complicaciones mediante orientación de prácticas de autocuidado, programas de prevención y mejora en la calidad de vida, podrá contribuir a que personas con el padecimiento tengan conciencia sobre el cuidado de su salud y así mismo,

fortalecer la capacidad de desarrollar estilos de vida saludables para poder enfrentar de manera completa y efectiva la enfermedad.

Los programas de salud están orientados a disminuir las complicaciones a través de acciones para favorecer las prácticas y mantener un seguimiento apoyado en la adquisición de conciencia sobre el cuidado propio de la salud y el trabajo por conseguir estilos de vida saludables.

Ante este panorama, el objetivo principal del trabajo, es analizar las prácticas y el implementamiento de conocimientos sobre medidas de autocuidado de personas con DM2 que acuden al Centro de Salud TIII-Dr. Guillermo Román y Carrillo ubicado en la alcaldía Iztapalapa a las consultas médicas y a los talleres para el autocuidado a través del programa de Atención Integral “Empoderamiento de la diabetes y mejora de la atención” **DIABEMPIC** (Diabetes Empowerment and Improvement of Care). Este programa está incorporado como medida de atención integral, impartido en el módulo “SALUD EN TU VIDA” que forma parte del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI, 2021). Ya que las personas que viven con DM2 a menudo no solo presentan obesidad, falta de actividad física y una mala alimentación, sino que también se enfrentan a circunstancias físicas y económicas que pudieran determinar la capacidad de estas personas para continuar un tratamiento adecuado.

El trabajo está conformado por 5 capítulos. En el capítulo 1, se aborda el contexto y antecedentes generales de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y un recorrido de los principales programas de prevención desarrollados e implementados. Así mismo, para la construcción del problema se entrega el estado del arte, el cual se realizó a partir una

búsqueda de recursos bibliográficos, entre ellos artículos, tesis, programas e instituciones de salud que incorporan operaciones y acciones avanzadas en cuanto a prevención y atención de la patología y que permite incorporar lo que se está estudiando actualmente sobre el tema y se concluye con la pregunta de investigación, los objetivos y justificación que guiarán la investigación.

En el segundo capítulo se entrega la conceptualización del problema y las modalidades que han adquirido los programas en el sistema de salud mexicano, Así mismo se abordan las condiciones materiales de vida, desigualdad en salud, modelos y estrategias de atención, prevención y cuidados, la intervención de las prácticas en promoción de la salud. El tema de las condiciones materiales de vida se aborda porque forma parte de los determinantes sociales de la salud (DSS), condiciones en las que se desenvuelven y que influye en la salud de los pacientes, en particular la determinación económica en su vertiente de consumo. Es importante incorporar el abordaje de los DSS porque está relacionada con fenómenos como la pobreza y el rezago social, que limitan a los grupos el desarrollo de habilidades y potencialidades para un mejor control sobre su cuerpo, por lo tanto, de su salud (OMS, 2009).

En el tercer apartado de métodos y técnicas se entrega la estrategia metodológica empleada para el abordaje de la pregunta de investigación.

En el quinto apartado aborda el análisis de los resultados y finalmente, las conclusiones y propuestas de promoción de la salud.

Para la redacción de algunos apartados de este trabajo se utilizó la asistencia de una herramienta de inteligencia artificial (ChatGPT, versión GPT-5, OpenAI). El

contenido generado fue revisado, editado y adaptado por la autora para mantener la coherencia con el marco teórico y el campo disciplinar.

Capítulo I Problematicación

“Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva” (OPS, 2025).

La vida de las personas que padecen DM2 pueden enfrentar una variedad de problemas biopsicosociales, sobre todo en aquellas que viven en países de ingresos bajos con precariedad, pocas oportunidades laborales, así como la falta de hábitos en los cuidados de salud, actividad física, alimentación, potencian la presencia de la enfermedad en la población.

En este capítulo se comparten todos aquellos componentes que permitieron construir el problema desde el campo de la Promoción de la Salud para analizar si la información y la educación en salud proporcionada en los talleres que imparte el módulo “SALUD EN TU VIDA”, tiene efecto en los hábitos y comportamientos de los pacientes que viven con DM2, para que transformen sus prácticas de cuidado, a pesar de las condicionantes en las que se puedan encontrar y enfrentar, es decir, conocer si los pacientes que acuden al módulo desarrollan habilidades y herramientas para el autocuidado, de tal manera que, aún en la precariedad o dificultades en las que puedan estar pasando, aun así, tomen mejores decisiones e implementen algunas prácticas que les permitan mejorar sus condiciones de salud.

Antecedentes

En México la DM2, es uno de los padecimientos de mayor magnitud y trascendencia. Constituye una de las principales causas de atención médico-hospitalaria y al mismo tiempo es una de las principales causas de muerte general, pero la primera causa de muerte específica, en el presente siglo (INSP, 2023).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Shamah-Levy *et al.*, 2021) señala que 12 millones 400 mil personas en México padecen DM2, una enfermedad crónica que puede ocasionar daños irreversibles. Es un padecimiento mortal si no se controla de forma adecuada, la tasa anual de fallecimiento en México por DM podría ir en aumento. Las consecuencias de la atención tardía afectan la calidad de vida de los pacientes y pueden conllevar a una muerte prematura. En los últimos 10 años la incidencia incrementó un punto porcentual, al pasar de 9.2 por ciento a 10.2 %, con mayor proporción en mujeres (Shamah-Levy *et al.*, 2021).

A través de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) se calcula la prevalencia de las enfermedades crónico/degenerativas, en este caso la diabetes mellitus. Con los indicadores y la metodología, se determina el número de personas enfermas, ya sea porque los pacientes hayan sido diagnosticados, o porque presentan el padecimiento, lo que permite al momento del levantamiento de información diagnosticarlos y tener los datos no solo de los casos conocidos sino también de los casos no detectados. De esta forma, se ha indicado que la prevalencia de diabetes ha ido en aumento en el presente siglo, pasando del 5.8% en el año 2000 al 12.6% en el año 2022 (INSP, 2023).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) también presenta cifras acerca de enfermedades crónicas. Los datos provienen de los registros administrativos que se generaron a partir de los certificados de defunción del Registro Civil y los Servicios Médicos Forenses, detalla que, durante el periodo, las defunciones por enfermedades del corazón fueron la primera causa de muerte a nivel nacional, con 97,187 casos. Siguieron las causadas por DM2, con 55,885 y las causadas por tumores malignos, con 45,409 casos (INEGI, 2024).

Hay documentos emitidos por organizaciones de salud pública, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) además de otros estudios en salud, que señalan hábitos, conductas y actividades oportunas para impedir complicaciones. Incluso la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) donde propone conductas de autocuidado para las personas con diabetes: comer sano, ser físicamente activo, monitorización, toma de medicamentos, resolución de problemas, reducción de riesgos, afrontamiento saludable (Hevia, 2016, p 271). Otro documento, la Asociación Estadounidense de Educadores en Diabetes, realiza la Encuesta Nacional de Práctica (NPS) cada dos años para documentar la práctica actual en la educación en diabetes en los Estados Unidos. El propósito del estudio es obtener información sobre los factores que influyen en esta patología. Los ámbitos que se trabajan son la participación social, las recomendaciones de prácticas para el cuidado de la diabetes (Rinker *et al.*, 2017).

En 2008 se construyeron en la CDMX, clínicas para la atención del síndrome de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, cuya principal función es la prevención. Una de ellas, la Clínica Especializada en el Manejo de la Diabetes de la

Ciudad de México en Iztapalapa, que hace una extensión en el Modelo de Atención Diabetes Empowerent and Improvement of Care, DIABEMPIC, por sus siglas en inglés. Este programa fue reincorporado al módulo “SALUD EN TU VIDA” en el centro de salud TIII- Guillermo Román y Carrillo, ubicado en Av. Zacatlán No. 146 Col. Lomas de San Lorenzo, C.P. 09780, Alcaldía Iztapalapa, CDMX con la finalidad de replicar sus prácticas en pacientes con DM2 registrados en este centro. El módulo, se centra en desarrollar prácticas conscientes sobre lo que significa un buen control de la DM2, incluyendo además del control glucémico, el control de la tensión, el colesterol y el sobrepeso, junto con la prevención de eventos vasculares, son factores clave asociados a una mejora en su calidad de vida, que garantiza el cumplimiento pleno del derecho a la salud de la población y promueve la participación de la ciudadanía en la planeación y solución de sus necesidades, poniendo a la gente en el centro de atención (“Ciudad que Late y Produce Salud”, 2025). También es un programa que tiene como objetivo disminuir el riesgo de complicaciones por diabetes. Plantea a la salud como derecho, como un bien común y como un elemento fundamental de la seguridad humana, lo que implica generar en los pacientes, prácticas de cuidado que les permitan vivir lo más saludablemente posible y mejorar la calidad de vida. Esto significa, recibir una atención completa, oportuna e integral de salud y alimentación nutritiva (“Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar”, 2021).

Desde 2019, “Médico En Tu Casa” se transformó, y dio pie a uno de los pilares del nuevo modelo sanitario, el programa “SALUD EN TU VIDA”. Un programa que es orientado específicamente a los adultos mayores, y que en caso de que otras personas contarán con un seguimiento médico por alguna enfermedad, se mantenga la atención

sin ningún problema (ISSSTE, 2022). Algunos módulos incorporan talleres y los pacientes con DM2 reciben una atención de manera integral, no solo consulta individual, sino: detección, control, nutrición, gerontología, psicología y atención dental, por mencionar algunos.

En la Ciudad de México, el IMSS-Bienestar cuenta con una clínica especializada en el manejo de la diabetes, que ofrece un programa gratuito de atención interdisciplinaria, DIABEMPIC que contempla acciones a través de talleres para la prevención. Estas medidas de cuidado se han esparcido en centros de salud con la intención de que las personas con diabetes mellitus específicamente tipo 2, puedan adquirir conocimientos y herramientas para un mayor control del padecimiento.

El Gobierno de la Ciudad de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) presentaron el programa “SALUD EN TU VIDA”, Salud para el Bienestar”, el cual tiene como propósito fomentar hábitos saludables entre la población capitalina, así como prevenir, detectar y atender enfermedades como la obesidad, hipertensión y diabetes (“Salud En Tu Vida, Salud Para el Bienestar”, 2021). Y los Centros de Salud T-III forman parte del organismo descentralizado, sectorizado a la Secretaría de Salud que también provee servicios de salud a las personas que no son derechohabientes en ninguna institución de seguridad social (INSABI, 2025).

El programa DIABEMPIC está conformado por talleres que tienen como finalidades dar a conocer a los pacientes que viven con diabetes, información sobre el cuidado, prevención de complicaciones propias y control de la patología. Los temas que

se abordan son: prevención de pie diabético y amputaciones, control y objetivos de control de la glucosa, alimentación para controlar la glucosa, hipoglucemia, movimientos corporales para el control de glucosa y la insulina como parte del tratamiento.

Las prácticas saludables para las personas que viven con diabetes es una forma de prevenir las complicaciones, educando sobre los factores de riesgo. El estudio DAWN (Diabetes Attitudes Wishes and Needs, 2001) “Diabetes Actitudes Deseos y Necesidades”, propuso mejorar las estrategias para crear conciencia sobre la problemática de vivir con diabetes, la capacitación de personas con diabetes a través de programas de educación enfocado al autocontrol y la formación de los profesionales de salud para la atención diabética centrada en el individuo. Además, recomendó la necesidad de crear herramientas innovadoras para dar apoyo psicosocial y mejorar políticas de atención de la diabetes. Es uno de los estudios más grandes que se ha realizado sobre la realidad psicosocial que viven los pacientes con diabetes incluyendo la participación de 13 países. Este estudio es fundamental para mejorar la atención enfocada en el individuo, su familia, entorno y la relación del personal de salud con el paciente (Hevia, 2016).

Por otro lado, siguiendo la línea de programas de atención, el programa “SALUD EN TU VIDA” es un modelo de atención que garantiza el cumplimiento pleno del derecho a la salud de la población y promueve la participación de la ciudadanía en la planeación y solución de sus necesidades, poniendo a la gente en el centro de atención. Con este programa se busca disminuir el número de personas con diabetes, hipertensión y obesidad en la capital e incrementar la cantidad de pacientes que tengan un mejor seguimiento y atención médica. Cuenta con intervenciones como la canalización,

seguimiento a la población, compartir información preventiva y de control de DM2 que se analiza en este estudio, plantea que un individuo debe desarrollar habilidades sociales y capacidades cognitivas para llevar una vida plena y saludable (“Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar”, 2021). Hevia (2016, p. 272) afirma que “las personas que viven con diabetes deben tener las mismas oportunidades para producir cambios propios, y en la práctica, dar apoyo emocional y social a los pacientes”, partiendo de reconocer la necesidad de concientizar las prácticas de autocuidado pues las prácticas de autocuidado que realizan a personas con DM2 por lo general son buenas en cuanto a higiene, dieta y sueño; y malas respecto a actividad física entre otras (Madero, Orgulloso, 2021, p 1). Se propone comparar aspectos que caracterizan y potencian las prácticas en salud entre dos grupos de personas con DM2: personas con DM2 que asisten al módulo para los talleres de autocuidado de la enfermedad, contrastando con las prácticas de autocuidado de aquellas personas con DM2 que no asisten de manera regular al módulo y solo pasan a su consulta médica.

Existen hoy en día muchos programas que imparten información, por ejemplo, el “Ciudad que late y produce salud” que tiene como objetivo visitar los hogares de las y los capitalinos para prevenir enfermedades y, sobre todo, combatir la obesidad, diabetes y los padecimientos cardiovasculares (“Ciudad que Late y Produce Salud”, 2025). Se pone énfasis en la atención primaria de la salud, uno de cuyos componentes es la prevención y así evitar la sobrecarga de los sistemas de salud pública a causa de la demanda y costos crecientes.

Problema de investigación

La DM2 es actualmente una de las emergencias sanitarias a nivel mundial, con una prevalencia creciente durante las últimas décadas. Si bien, la DM2 está estrechamente relacionada con algunos determinantes en salud, condiciones en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece, y que afectan a su estado de salud y a su bienestar. Estos determinantes son influidos por factores económicos, culturales, políticos y sociales, y se sabe que tienen un impacto significativo en la salud y en el desarrollo de enfermedades crónicas como la DM2 (Hernández *et al.*, 2023).

Se estima que una proporción de personas con DM no conoce su enfermedad y no ha concienciado la necesidad del autocuidado, además de no disponer de herramientas necesarias para ello (Vite *et al.*, 2020). El autocuidado, en la actualidad, constituye un tema de trascendencia, porque mediante su conocimiento y aplicación permiten incrementar cambios de actitud frente a los nuevos retos de la vida moderna. Las nuevas concepciones de salud y promoción de la salud proponen una nueva forma de asumir el autocuidado con rostro humano, como estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar; por eso se requiere el desarrollo de habilidades personales para optar decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud (Velásquez, 2014).

Hay una creciente preocupación sobre los retos que enfrentan los sistemas de salud para desarrollar acciones de cuidado, en especial en aquellos que, “a causa de la insuficiencia de recursos económicos o por falta de ejercicio de derechos sociales, o bien, por la persistente desigualdad económica y social, carecen de recursos, es decir, de

elementos indispensables para mantener una mejor calidad de vida activa y participativa” (Cárdenas, 2019, p 1). Estas acciones también deben de ir direccionadas a que las personas tengan control sobre sus procesos de salud/enfermedad y promover el autocuidado. Pero, sin las condiciones previas para ello, se dificulta mejorar las condiciones de salud de los grupos más desfavorecidos. Los programas que se han implementado actualmente buscan que los sujetos integren no solo la información necesaria, sino, además, formas alternativas para llevarlas a cabo aún en condiciones precarias y cuidar su salud.

Pregunta de investigación

¿Qué prácticas de promoción de la salud llevan a cabo las personas con DM2 incorporadas al programa DIABEMPIC en el módulo “SALUD EN TU VIDA”, en comparación con aquellas que acuden únicamente a consulta general en el Centro de Salud TIII Dr. Guillermo Román y Carrillo y la relación con sus condiciones materiales de vida?

Objetivo general

- Analizar las prácticas de promoción de la salud realizadas en el marco del programa DIABEMPIC por personas con DM2 que acuden a los talleres del módulo “SALUD EN TU VIDA” en el Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo, así como las prácticas de aquellas que solo asisten a consulta general y su relación con las condiciones materiales de vida con el fin de incorporar propuestas de promoción de la salud en el cuidado de la enfermedad.

Objetivos específicos

- Describir las condiciones materiales de vida (CMV) de los pacientes con DM2 que acuden a control y conocimiento de prácticas de autocuidado en los talleres del módulo “SALUD EN TU VIDA” del programa DIABEMPIC y las que acuden únicamente a la consulta externa.
- Identificar los elementos relacionados con las prácticas de cuidado de las personas con DM2 que únicamente acuden a consulta general en el Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo.
- Identificar los elementos relacionados con las prácticas de cuidado de las personas con DM2 que acudieron a los talleres del módulo “SALUD EN TU VIDA” en el Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo.
- Comparar las prácticas de promoción de la salud entre las personas que participan en los talleres del programa DIABEMPIC y aquellas que solo asisten a consulta general.

Justificación

La DM2 por su elevada prevalencia, constituye uno de los mayores retos de salud pública en México, ya que el padecimiento afecta tanto cuestiones de salud, como la calidad de vida de las personas que la padecen (Comité de Prácticas Profesionales de la Asociación Americana de Diabetes, 2022). En México, la prevalencia en 2018 por DM2 fue la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en el país. ENSANUT nos actualiza el dato nacional, pues en 2022 la prevalencia en diabetes ha aumentado gradualmente en un periodo de 2018– 2022, lo que nos dice que los riesgos y complicaciones van en aumento (INSP, 2024).

Tras un diagnóstico de DM se requiere de un tratamiento de mayor atención integral que incluya cambios importantes en los estilos de vida, alimentación, actividad física, conocimientos del padecimiento, prácticas de autocuidado, conocimiento de las complicaciones, prestadores de servicios de salud, monitoreo de toma de glucosa en sangre.

En el caso de México en un primer momento se crea el Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta (MASPA) en 1985, y reforzado en 1995. Después se impulsaron Modelos Integradores, pero fue hasta 2015 que la Secretaría de Salud elaboró un Modelo de Atención Integral (MAI) de Salud dentro del marco de cumplimiento del derecho a la salud. El MAI trabaja con personas con DM2. Este Modelo articula redes de atención integral tanto institucional como comunitaria (IMSS, 2022).

Este trabajo se realiza en el centro de salud Dr. Guillermo Román y Carillo con el objetivo de fortalecer y brindar herramientas esenciales y preservar la vida de los

pacientes para un buen desarrollo y aprendizaje de medidas preventivas acorde a necesidades e intereses de los pacientes. Con el tiempo y llevando a cabo un mejoramiento en las prácticas para el cuidado de la salud, los adultos con diabetes tendrían un menor riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares y por supuesto, se podría tener un mayor control de la enfermedad y prolongar daños.

Asimismo, desde una dimensión sobre las condicionantes de vida de las personas, conocer el impacto de los procesos de salud, enfermedad y cuidado.

Capítulo II Marco Teórico

La OMS en su documento de prevención, proporciona directrices científicas para la prevención de las principales enfermedades no transmisibles, incluida la DM.

En abril de 2021, lanzó el Pacto Mundial contra la Diabetes, una iniciativa global que apunta a mejoras sostenidas en la prevención y el cuidado de la diabetes, con un enfoque particular en el apoyo a los países de ingresos bajos y medianos.

En mayo de 2021, la Asamblea Mundial de la Salud acordó una Resolución sobre el fortalecimiento de la prevención y el control de la diabetes. Recomendó acciones en áreas que incluyen aumentar el acceso a la insulina; promover la convergencia y armonización de los requisitos reglamentarios para la insulina y otros medicamentos y productos sanitarios para el tratamiento de la diabetes; y evaluar la viabilidad y el valor potencial de establecer una herramienta basada en la web para compartir información relevante para la transparencia de los mercados de medicamentos y productos sanitarios para la diabetes (OPS, 2023).

También desarrolla normas y estándares para el diagnóstico y la atención de la diabetes; crea conciencia sobre la epidemia mundial y realiza vigilancia de la en factores de riesgo. Así mismo, pone el acento en la magnitud de la epidemia de diabetes y en la necesidad urgente de adoptar medidas más enérgicas a escala mundial para hacer frente tanto al aumento de las tasas de la enfermedad como a la brecha terapéutica cada vez mayor, en particular en los países de ingreso mediano bajo (OPS/OMS, 2024).

La Federación Internacional de Diabetes (IDF), que es una organización que agrupa a más de 230 asociaciones nacionales de diabetes en más de 160 países y

territorios, ha liderado la comunidad mundial de la diabetes desde 1950. Así mismo promueve un congreso anual, buscando difundir y promover los avances científicos y conocimientos en aspectos parciales en la investigación de la diabetes. Finalmente, la IDF publica anualmente un documento de lineamientos y protocolos, estableciendo estándares globales del cuidado (IDF, 2025).

Por otro lado, La Asociación Americana de Diabetes (ADA) busca aumentar el conocimiento, estimular la investigación y promover un mejor manejo de las personas que viven con diabetes. Para lograr estas metas, publica investigaciones originales en estudios humanos de distintas índoles, como cuidado clínico, educación, nutrición, investigación psicológica, epidemiología, investigación de servicios de salud, terapias y tecnologías emergentes, patologías, complicaciones y riesgo cardiovascular y metabólico. Una parte fundamental de los estándares de atención médica de la ADA son el manejo del estilo de vida, el cual busca educar y dar soporte en el auto manejo; unidad de tratamiento integral de la diabetes, terapias de nutrición, actividad física, control del tabaquismo y manejo de problemas psicológicos (ADA, 2023). Estos aspectos se marcan como elementales para la intervención en personas con DM. En cuanto a la prevención de la DM2, ciertamente buscan generar intervenciones puntuales en el estilo de vida y los hábitos, intervención farmacológica, prevención de enfermedades cardiovasculares y educación en la autoevaluación de la sintomatología de la diabetes.

En cuanto al sistema de salud en México, ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, integra un conjunto de estrategias para prevenir y atender las enfermedades crónicas, controlar y detectar de forma oportuna.

La Secretaría de Salud (SEDESA), tiene programas que desarrollan talleres y otras formas de educación en salud para facilitar la adopción de estilos de vida saludables. Actualmente, las acciones preventivas se centran en la adopción del ejercicio y evitar el sedentarismo, y la adopción de una alimentación nutritiva justa y saludable. Por ejemplo, ofrece el Programa De Acción Específico De Enfermedades Cardio metabólicas (PAE ECM). Anteriormente se dividía en dos estrategias, la primera, enfocada a la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 y la segunda, a la prevención y control de la obesidad y riesgo cardiovascular (SEDESA, 2024).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el grupo de ayuda “Diabetes: Protege a tu Familia”, busca aumentar la concientización sobre el impacto de esta enfermedad y promocionar su papel en la gestión, atención, prevención y educación sobre el padecimiento. La Dirección de Prestaciones Médicas de este instituto informó que muchos casos de DM2 en la familia se pueden prevenir mediante la adopción de estilos saludables al reducir los riesgos (Secretaría de Salud, 2022). El IMSS, cuenta con la aplicación CHKT en línea (www.imss.gob.mx/chkt), una herramienta digital para identificar el riesgo de diabetes en personas mayores de 20 años. En caso de padecer diabetes, ayudan a pacientes a realizar actividades físicas en familia.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a través de la estrategia integral “Transformando tu Estilo de Vida”, sensibiliza e involucra a la población en el cuidado de su salud. También, con el Programa para la Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO) trata de contener gradualmente la obesidad y reducir costos económicos destinados a tratar las complicaciones de padecimientos metabólicos y cardiovasculares. Brinda atención

integral multidisciplinaria y personalizada a pacientes mediante un equipo de salud integrado por médicos, nutriólogos, psicólogos, enfermeras y activadores físicos para recuperar su peso ideal y bienestar (Secretaría de Salud, 2019).

En los Centros de salud, a partir del 9 de agosto de 2021 al 28 de abril de 2022, el programa “SALUD EN TU VIDA”, Salud para el Bienestar” atendió a 312 mil 800 capitalinos que asistieron a los módulos en estas unidades de salud a una revisión para conocer su estado de salud general” (Ángulo, 2023).

Se incorporó al programa del INSABI “Salud en tu vida, Salud para el bienestar”, como una estrategia de atención integral para la población con diabetes, control oportuno y prevención de la obesidad e hipertensión. En la Alcaldía Iztapalapa, el Dr. Rubén Oswaldo Silva Tinoco, director de La Clínica Especializada en el Manejo de la Diabetes de la Ciudad de México y el Dr. Everardo Ayala Ramírez, director de la Unidad de Salud C.S. T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo quienes trabajan como red de servicios de salud para una atención de salud compartida (López, 2021). De esta manera las acciones del sistema de salud realizan acciones para la atención médica.

La DM2 es una enfermedad de creciente prevalencia en la población a nivel mundial. Afecta tanto la esfera psicoemocional, familiar, social, laboral y significativamente en la calidad de vida (OMS, 2024). Por lo que las acciones deben tener las características descritas anteriormente. Por ello, es relevante conocer qué dimensiones de las condiciones de vida están relacionadas con la salud de las personas con DM2, dónde se condiciona, qué limita y restringe, y dónde se centran los mayores problemas de salud (Figueredo *et al.*, 2020).

Diabetes Mellitus 2: padecimiento y enfermedad

La DM2 es una enfermedad crónica; que se caracteriza por niveles altos de glucosa. La glucosa es la principal fuente de energía del cuerpo y proviene de los alimentos que se consumen (Medlineplus, 2024).

Una hormona llamada insulina ayuda a que la glucosa ingrese a las células para brindar energía. La insulina es una hormona que proviene de una glándula situada detrás y debajo del estómago, esta glándula se conoce como páncreas. La insulina controla la forma en que el cuerpo utiliza el azúcar de las siguientes maneras: el azúcar en el torrente sanguíneo hace que el páncreas libere insulina; la insulina en el torrente sanguíneo permite que el azúcar entre en las células; la cantidad de azúcar presente en el torrente sanguíneo disminuye y luego, el páncreas libera menos insulina (Medlineplus, 2024).

En la DM2, este proceso no funciona bien. En lugar de pasar a las células, el azúcar se acumula en la sangre. A medida que aumentan los niveles de glucosa en la sangre, el páncreas libera más insulina y con el tiempo, las células del páncreas que fabrican la insulina se dañan. Luego, las células no pueden generar suficiente insulina para satisfacer las necesidades del cuerpo. En general, la DM2 comienza con resistencia a la insulina. Esta es una afección en la que sus células no responden normalmente a la insulina y como resultado, el cuerpo necesita más insulina para ayudar a que la glucosa ingrese a las células. Al principio, el cuerpo produce más insulina para tratar de que las células respondan, pero con el tiempo, el cuerpo no puede producir suficiente insulina y los niveles de glucosa en la sangre aumentan.

Muchas personas con la enfermedad no presentan ningún síntoma, sin embargo, con el paso del tiempo ya con la enfermedad los síntomas pueden ser tan leves que no se noten, por ejemplo el aumento de la sed y orinar con frecuencia, sensación de cansancio, visión borrosa, llagas que no cicatrizan y pérdida de peso sin causa aparente (Mayo Clinic, s/f.).

Todas las personas con diabetes deben recibir una educación adecuada y apoyo sobre las maneras de manejar la diabetes. El enfoque de estilo de vida más importante para tratar y manejar la DM2, es aprender habilidades para el manejo de la enfermedad, ayudar a vivir bien, evitar problemas de salud y la necesidad de atención médica.

Por eso es importante que mediante medidas de autocuidado se comprenda cómo evaluar y registrar los niveles de azúcar en la sangre, qué, cuándo y cuánto comer, cómo incrementar la actividad y controlar el peso de manera segura, cómo tomar los medicamentos y aplicar, si se necesitan, cómo reconocer y tratar los niveles altos y bajos de azúcar en la sangre, cómo cuidar de los pies, incluso. Revisar los niveles de azúcar en la sangre y anotar los resultados, indicará qué tan bien se está manejando la enfermedad (Medlineplus, 27 junio 2024).

Niveles de glucosa en sangre

Los niveles de glucosa en sangre se utilizan para diagnosticar trastornos del metabolismo de los carbohidratos (azúcar en sangre) en DM2 y prediabetes. Existen

diferentes pruebas para medir estos niveles, y cada una tiene rangos específicos que permiten establecer un diagnóstico, los más utilizados son (Tabla 1).

Tabla 1.

Rangos específicos que permiten establecer un diagnóstico de trastornos en DM2 y prediabetes.

Rangos específicos que permiten establecer un diagnóstico de trastornos en DM2 y prediabetes.			
Método	Normal	Prediabetes	Diabetes
Glucosa en ayuno	Menos de 100 mg/dL	Entre 100-125 mg/dL (glucosa en ayuno alterada)	Igual o mayor a 126mg/dL
Prueba de tolerancia a la glucosa (PTGO)	Menos de 140 mg/dL	Entre 140 y 199 mg/dL (intolerancia a la glucosa)	Igual o mayor a 200mg/dL
Hemoglobina glucosilada (HbA1c)	Menor a 5.7%	Entre 5.7% y 6.4%	Igual o mayor a 6.5%
Glucosa al azar	Sin relación con horarios de comida		
Diabetes mellitus	Si es igual o mayor a 200 mg/dL y el paciente presenta síntomas clásicos de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, pérdida de peso inexplicada)		

Fuente. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. sitio oficial del Gobierno de Estados Unidos, s/f.

* Al menos 8 horas sin comer

* PTGO: Se mide la glucosa dos horas después de ingerir una bebida con 75 g de glucosa

*Refleja el promedio de glucosa en sangre durante los últimos 2 a 3 meses:

*Sin relación con horarios de comida

Estas pruebas deben ser interpretadas por personal de salud calificado, y en muchos casos, se requieren dos pruebas anormales en días diferentes para confirmar el diagnóstico, especialmente si la persona no tiene síntomas (American Diabetes Association, 2024).

Así mismo, también en los talleres de autocuidado del MAI, gestiona el automonitoreo de glucosa, llevando un registro de los niveles. Igualmente estos talleres proporcionan herramientas de resolución de problemas y afrontamiento saludable, permitiendo a las personas con DM2 tomar información para un mejor control glucémico y la prevención de complicaciones a largo plazo.

En los talleres se proponen los siguientes objetivos para las personas que viven con DM2:

Glucosa

Antes de alimentos: Menor de 130 mg/dL

2 horas después de los alimentos: Menor de 180 mg/dL

- Evitar cifras menores a 80 mg/Dl

Hemoglobina Glucosilada

Menor de 7%

Presión Arterial

1a Cifra (sistólica): Menor de 130 mmHg

2ª Cifra (diastólica): Menor de 80 mmHg

Colesterol y Triglicéridos

Colesterol LDL en sangre: 100 mg/dL

Triglicéridos en sangre: 150 mg/dL

Control de glucosa en sangre periférica

Una vez, que se ha diagnosticado el problema, parte del autocuidado de las personas con DM la medición de glucosa en sangre periférica (concentración de glucosa, un tipo de azúcar, presente en la sangre que circula por todo el cuerpo, excluyendo la sangre que circula por el hígado y el páncreas) y el control del paciente.

La medición de glucosa en sangre periférica es una estrategia fundamental en el autocuidado y el control metabólico de las personas con DM2. Esta práctica consiste en obtener una muestra de sangre, generalmente de la yema de los dedos, para evaluar en tiempo real los niveles de glucosa mediante un glucómetro. Este procedimiento permite al paciente monitorear su glucosa capilar antes y después de las comidas, durante el ejercicio o ante síntomas de hipoglucemia o hiperglucemia, facilitando así decisiones informadas sobre la alimentación, la administración de medicamentos y la actividad física (American Diabetes Association, 2024).

El monitoreo frecuente de la glucosa es útil para que los pacientes conozcan su cuerpo. Al observar cómo responde su organismo a distintos estímulos (por ejemplo, tipos de alimentos, estrés, horarios, medicación), la persona que vive con DM2 comprende su enfermedad y los factores que influyen en los niveles de glucosa en sangre. Este aprendizaje favorece la adherencia al tratamiento, desarrolla capacidades

para el manejo diario de la enfermedad y al desarrollar la autonomía, también, coadyuva a la toma de decisiones.

Como un proceso crónico, lo importante en el manejo médico del padecimiento es disminuir o postergar complicaciones, lo cual no solo genera cambios en la trayectoria de la enfermedad sino además que puede generar grandes cambios en la salud y control sobre ésta (American Diabetes Association, 2024).

Fisiopatología de la Diabetes Mellitus 2

La DM2 involucra al páncreas, hígado, tejido adiposo y al músculo esquelético. En el páncreas (islotes de Langerhans), órgano encargado de producir insulina, una hormona sintetizada por las células β (beta) del islote pancreático. La insulina permite que la glucosa entre a las células del cuerpo para su uso como fuente de energía o para almacenamiento como glucógeno. En el hígado se almacena glucosa en forma de glucógeno y regula su liberación según las necesidades energéticas. También participa en la gluconeogénesis (producción de glucosa a partir de compuestos no glucídicos). El tejido muscular es importante porque es el principal sitio de captación de glucosa, mediado por insulina. El tejido adiposo tiene impacto en el padecimiento porque libera ácidos grasos libres y adipocinas que pueden alterar la sensibilidad a la insulina (MedlinePlus, 2024).

La DM2 se caracteriza por una combinación de resistencia a la insulina y disfunción progresiva de las células β pancreáticas. Estos procesos no ocurren de manera inmediata y pueden pasar desapercibidos durante años antes de que se haga

evidente la hiperglucemia crónica. La DM2 es el resultado de un desequilibrio entre la acción de la insulina y su producción, condicionado por factores genéticos y ambientales. El proceso patológico implica tanto la incapacidad de los tejidos para responder a la insulina como el agotamiento de la función pancreática (Shrivastava, Ramasamy, 2013). Esto lleva a un estado crónico de hiperglucemia que, si no se controla, puede generar complicaciones microvasculares y macrovasculares.

Complicaciones crónicas de la DM2 y prácticas de autocuidado

La hiperglucemia sostenida en la DM2 afecta múltiples órganos y sistemas, y puede dar lugar a complicaciones microvasculares (daño en capilares y vasos pequeños) y macrovasculares (arterias de mayor calibre). Como problema de enfermedad crónica, la DM2, afecta muchos de los órganos, incluyen el corazón, los vasos sanguíneos, los nervios, los ojos y los riñones. La DM2 está asociada a un mayor riesgo de enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial y aterosclerosis, que es el estrechamiento de los vasos sanguíneos. Estas complicaciones suelen desarrollarse de manera progresiva y muchas veces son irreversibles si no se detectan y controlan a tiempo.

Complicaciones cardiovasculares: Incluyendo hipertensión arterial, enfermedad coronaria (angina, infarto agudo de miocardio), enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular) y enfermedad arterial periférica. Son la principal causa de muerte en personas con DM2. Autocuidado: control estricto de glucosa, presión arterial y lípidos, alimentación baja en grasas saturadas y sal, Ejercicio regular (mínimo 150 minutos/semana), No fumar ni consumir alcohol en exceso (Medlineplus, 2024).

Neuropatías diabéticas: Daño a los nervios periféricos, autónomos o motores, pero la mayor molestia para los pacientes es en los nervios de los brazos y las piernas. Se debe a que los niveles elevados de glucosa en la sangre pueden dañar o destruir los nervios. Se manifiesta con dolor, entumecimiento, pérdida de sensibilidad en pies y manos, así como disfunción autonómica (digestiva, cardiovascular, sexual), hormigueo y ardor. A menudo comienza en las puntas de los dedos de los pies o las manos y se extiende lentamente hacia arriba. También, daños en los nervios del corazón, que pueden ocasionar ritmos cardíacos irregulares. Autocuidado: revisión diaria de los pies, uso de calzado adecuado, consulta médica ante cualquier herida o cambio en la sensibilidad, control glucémico riguroso. El daño en los nervios también puede ocasionar disfunción eréctil y en los nervios en el sistema digestivo que genera problemas como náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento. Autocuidado: Comer en horarios regulares y porciones pequeñas; elegir alimentos ricos en fibra; evitar grasas y comidas irritantes; hidratación adecuada y seguimiento médico (Medlineplus, 2024).

Enfermedad renal diabética (nefropatía): Es una de las principales causas de enfermedad renal crónica y puede progresar a insuficiencia renal terminal. Se detecta mediante proteinuria y disminución del filtrado glomerular. La enfermedad renal en etapa terminal podría requerir un tratamiento con filtración mecánica de los riñones (diálisis) o un trasplante de riñón. Autocuidado: Control de glucosa, presión arterial y proteínas en la dieta, Ingesta adecuada de líquidos, Monitoreo regular de función renal (creatinina, microalbuminuria), Evitar automedicación con analgésicos o antiinflamatorios (Medlineplus, 2024).

Complicaciones oftalmológicas (retinopatía diabética): La diabetes aumenta el riesgo de afecciones graves de la vista (daño ocular). Las afecciones incluyen cataratas y glaucoma. La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos de la retina, que es la parte del ojo que percibe la luz. Esto se conoce como retinopatía diabética, este daño puede derivar en ceguera (Mayo Clinic, s/f.). Autocuidado: examen oftalmológico anual, control de glucosa, presión arterial y lípidos, evitar exposición prolongada a pantallas y proteger los ojos del sol.

Complicaciones dermatológicas: Otras de las complicaciones son las afecciones de la piel. La DM2 puede aumentar el riesgo de algunos problemas de la piel. Los problemas de la piel pueden incluir infecciones bacterianas. Una cicatrización lenta, si no se tratan las heridas cortantes y las ampollas pueden dar lugar a infecciones graves. Las infecciones pueden no sanar correctamente y si se produce un daño grande, podría ser necesario un procedimiento quirúrgico para extirpar un dedo, el pie o la pierna. Esta cirugía se llama amputación. Autocuidado: Higiene e hidratación diaria de la piel, Revisión de heridas y zonas de fricción, Evitar andar descalzo, Uso de ropa holgada y transpirable. El deterioro de la audición, son más comunes en las personas con diabetes y la apnea del sueño que es común en las personas con DM2. La obesidad puede ser la causa principal de ambas afecciones (Medlineplus, 2024).

Demencia; en la DM2 parece aumentar el riesgo de enfermedad de Alzheimer y otras afecciones que causan demencia. Un control deficiente de la glucosa en la sangre está asociado a una pérdida más rápida de la memoria y otras habilidades cognitivas (Mayo Clinic, s/f.).

Importancia del autocuidado

El autocuidado en la DM2 es un componente esencial del tratamiento. Consiste en que la persona aprenda a gestionar su condición con el acompañamiento del equipo de salud. Las prácticas clave incluyen: monitoreo regular de glucosa en sangre; alimentación saludable y personalizada; actividad física regular; adherencia a la medicación; manejo del estrés y apoyo emocional; educación continua en diabetes.

Conducir a hábitos saludables, a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana, inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de la actividad física correctamente planificada (Velázquez, s/f.).

Si bien, el elevado aporte calórico de la alimentación actual y el sedentarismo, son los principales causantes de un notable incremento de la obesidad en la sociedad. Estos factores se encuentran estrechamente relacionados con la aparición y el pobre control de la DM2 (Blanco, Chavarría y Garitas, 2021).

Por eso la importancia de conocer y aplicar medidas de autocuidado como:

Comer alimentos saludables, elegir alimentos ricos en fibra, con bajo contenido de grasa y calorías. Concentrarse en algunas frutas, más verduras, y los granos o cereales integrales. Llevar a cabo alguna actividad física, hacer 150 minutos o más a la semana de actividad aeróbica de moderada a intensa, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta, correr o nadar, en caso de tener alguna complicación para moverse (estar en silla de rueda o muletas) realizar movimientos con pesos moderados, estirar brazos,

abrir y cerrar las manos. Si hay sobrepeso es importante no permanecer sentado mucho tiempo, es decir, por períodos muy largos, hay que levantarse y moverse al menos durante 30 minutos (OMS, 2023).

De acuerdo con los talleres impartidos en el módulo “SALUD EN TU VIDA” y programas que lo conforman es importante (Tabla 2).

Tabla 2.

Prácticas de monitoreo regular en personas con DM2.

Medidas de autocuidado
1. Revisar los pies diariamente, lavado y cuidado.
2. Mantener siempre un calzado cómodo, revisar detenidamente el interior
3. Tener diariamente un control de reporte de glucosa en sangre.
4. Contar con glucómetro y tiras reactivas.
5. Asistencia a los talleres informativos y consultas médicas constantes de revisión.

Fuente. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2023.

Pues el objetivo de tener conocimiento de todo esto es bajar el alto nivel de azúcar en la sangre, pero a largo plazo es prevenir complicaciones. Si bien las estrategias de autocuidado y los cambios en el estilo de vida como se ha descrito son fundamentales para el control de la DM2, asumir que estos dependen únicamente de la voluntad individual o de la educación en salud es una perspectiva limitada. Las conductas saludables y los comportamientos relacionados con la salud están relacionados también

a los determinantes sociales de la salud (DDSS), es decir, por las condiciones de vida, contexto cultural y el acceso a servicios de salud, educación, movilidad, recreación (Shrivastava & Ramasamy, 2013).

La categoría de clase social en DM2 puede verse también relacionada, ya que expresada en el nivel socioeconómico; las políticas sociales y derechos humanos, expresados en el acceso a servicios de salud, educación, la disponibilidad de alimentos saludables, la seguridad del entorno para realizar actividad física, las jornadas laborales extensas y su implicación en el estrés crónico, y las redes de apoyo social, impactan directa e indirectamente en la capacidad de las personas para adoptar y mantener prácticas saludables. Por ejemplo, exigir cambios en la dieta sin considerar la pobreza alimentaria, o recomendar ejercicio físico sin evaluar las condiciones del barrio o el tiempo disponible, perpetúa una visión individualista y culpabilizante de la enfermedad. Por ello, resulta importante estudiar las condiciones materiales de vida y el contexto social de los pacientes, no sólo para comprender los obstáculos reales que enfrentan en su autocuidado, sino también para diseñar intervenciones que sean culturalmente pertinentes y viables. Abordar la diabetes desde una perspectiva socio-histórica permite ir más allá del enfoque biomédico y contribuir de manera más efectiva a la disminución de las desigualdades en salud (Powers, *et al.*, 2020).

Promoción de la Salud y Prácticas en Salud

La promoción de la salud como campo de conocimiento y como práctica, se ha entendido de diversas maneras, a pesar de que existen ciertas directrices conceptuales que orientan tanto a su delimitación teórica como a su campo de acción. Una definición

bastante extendida se encuentra en la Carta de Ottawa, y es retomada por las sucesivas conferencias de promoción de la salud, en las que se hace énfasis en los distintos aspectos de la salud (García y Granados, 2019).

Según Marc Lalonde, ministro canadiense de salud en 1974, la promoción de la salud (PS) juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, en la cual se hizo una división en cuatro componentes así: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud (Osorio *et al.*, 2010). La promoción de la salud se define como el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Carta de Ottawa, 1986).

El concepto de la salud, en la Carta de Ottawa, destaca determinados pre-requisitos: la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo (Triviño *et al.*, 2007).

Es por eso que el progreso de los sistemas de salud en todo el mundo ha dado nueva relevancia a los enfoques de promoción de la salud. Organizaciones del mundo han adoptado la orientación de la Carta de Ottawa donde destaca un estado completo de bienestar psicosocial y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias. La Carta de Ottawa también identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud: 1. establecer una política pública saludable, 2. crear entornos que apoyen la salud, 3. fortalecer la acción comunitaria para la salud, 4. desarrollar las habilidades personales, y 5. reorientar los servicios sanitarios (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

Así mismo, dentro del contexto de la PS, la salud ha sido considerada un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986). La PS constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades

de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es también el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La emergencia de la DM2 como problema de salud pública, abre el camino a la prevención y a otros niveles de intervención específicos. Como primera acción importante sería reconocer la propuesta de la promoción de la salud, la calidad de vida y el bienestar, así como la lucha de los derechos que son fundamentales.

Como respuesta se dan las acciones conjuntas para elaborar medidas de atención y generar el autocuidado.

En el siglo XXI, la promoción de la salud debe seguir siendo una estrategia fundamental para ganar salud y de herramienta importante para el cuidado de la DM. Esta “nueva era” que se caracteriza por la importancia de los factores transnacionales, el comercio internacional y las tecnologías de comunicación; necesita herramientas que permitan la comunicación a pesar de nuestra diversidad cultural y lingüística. La OMS ha desarrollado e implantado varios programas y proyectos para traducir los conceptos y estrategias de promoción de la salud en acciones prácticas. Por ejemplo, el Programa de Promoción y Prevención de diabetes es una estrategia educativa y de acompañamiento dirigida a pacientes con esta patología y su familia, o a quienes no la padezcan, con el fin de entregar información para la prevención, el control, signos y síntomas de alarma, tratamiento y estilos de vida (OPS, s/f).

Este espacio busca que las personas con diabetes tomen conciencia sobre su enfermedad y la responsabilidad que tienen con su autocuidado para mantener su calidad de vida mediante la promoción y prevención. En el que se encuentran 3 niveles: Prevención primaria: Haciendo énfasis en educar a las personas en el cuidado de su salud para evitar la aparición de enfermedades, prevención secundaria: Se busca enseñar a los pacientes a manejar la enfermedad, evitar que ésta deteriore el cuerpo, generando conciencia sobre la retinopatía, daño renal, neuropatía y vasculopatía (pie diabético) infartos, derrame cerebral, entre otros. Prevención terciaria: Se centra en aquellos pacientes que ya tienen alguno de sus órganos alterados a causa de la patología y deben enfocar sus esfuerzos en el cuidado de su salud para evitar recaídas (ISSSTE, 2022).

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Teniendo en cuenta esto, determinar la efectividad del modelo de atención integral de salud es vital para su afianzamiento o reestructuración en las prácticas que corresponden a la promoción de la salud, así como la modificación en las prácticas de atención. Conocer la viabilidad de la continuidad de los programas y su aplicación, controlar los pacientes con DM2 y garantizarles por ende un nivel óptimo de calidad de vida, la entidad se verá en la necesidad de implementar ajustes al programa que apunten al bienestar emocional, al buen control y prevención de complicaciones.

Henry Sigerist en 1946 quien comienza con el uso del término *promoción de la salud*, estableciendo que la “salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente,

buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico, y los medios de descanso y recreación” (Sigerist, 1946).

En la carta de Ottawa, Canadá, 1986, se aprecian funciones básicas y una de ellas menciona la importancia de desarrollar aptitudes personales para la salud e impulsar formas de vida que sean fuentes de salud para las personas, estudio de trabajo y recreación. Es incluso a partir de esta carta que se elabora una definición de salud interesante, como “la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables” (Chápela y Cerda, 2010). Entonces identificamos que la implementación de estas aptitudes de autocuidado en la impartición y asistencia de los talleres han servido.

En materia de educación y promoción de la salud en México, esta tendencia se concretó con el Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción de la Salud (PGSPPS), que incluso representó la primera línea de acción de la estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud que supuso una intervención pública sin precedentes (Secretaría de Salud, 2016).

En síntesis, las acciones de la promoción de la salud deberán ser el eje para reconocer las CV, modificar conductas y reconocer que determinan los procesos de salud-enfermedad. Dicho de esta forma, las medidas saludables no deberán perder dimensión, y las políticas y programas deberán abordar de manera efectiva los DSS e invertir en la reconstrucción de capacidades, habilidades y potenciales, así como también, en necesidades de las comunidades y la sociedad. La participación en los talleres, beneficiará al dar a conocer medidas de prevención con el fin de crear un

espacio de cooperación y control de la DM, convirtiéndose en estrategia para el abordaje de dicho problema de salud.

La Promoción de la Salud (PS) y sus prácticas relacionadas con estilos de vida saludables y una educación en diabetes permite construir el punto de partida para la autonomía y la práctica en las personas. (De La Guardia, Ruvalcaba, 2020). Introducir prácticas preventivas y de cuidado le permitirá al individuo y a sus familias, un cambio de conducta favorable y mejorar su calidad de vida. La PS propone mejorar estrategias y crear conciencia sobre la problemática de vivir con diabetes y enfocarse en el autocontrol (García y Suárez, 2007).

Determinantes sociales de la salud y DM2

En el año 2005, la OMS puso en marcha la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud (DSS). Los DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, se sostiene que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud (OPS, 2022).

La OMS distingue entre determinantes sociales estructurales e intermedios. Los primeros incluyen al contexto socioeconómico y político en el que se produce y distribuye poder y otros recursos valiosos de manera desigual entre distintos grupos sociales en términos de clase social, género, y etnia-raza. Por su parte, los determinantes intermedios son aquellas condiciones de vida y trabajo más próximas a la realidad

cotidiana de las personas: condiciones de empleo y trabajo, las condiciones de vivienda, el transporte, las condiciones psicosociales, entre otras (OPS, 2025).

Si bien, los determinantes sociales de la salud integran elementos que explican las desigualdades que se manifiestan en los diversos grupos sociales. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida, en la escuela, en las condiciones laborales y de la vivienda, en el medio ambiente en que vive la población. Las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta varían para cada grupo, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad (OMS, 2009).

Estos determinantes están íntimamente relacionados y desempeñan una función importante tanto en la génesis como en la evolución de la DM. Una primera forma de evaluación específica de la DM fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación DCCT- Diabetes Control and Complications Trial (Prueba de control y complicaciones de la diabetes) para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad. Esta medida se conoce como DQOL (de las siglas en inglés de «Diabetes Quality of Life»). El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la DM y su tratamiento:

- 1) Satisfacción con el tratamiento;
 - 2) Impacto del tratamiento;
 - 3) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes;
 - 4) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales y Bienestar general”
- (Robles *et al.*, 2003).

La transformación de la sociedad conlleva a cambios en la forma de cómo se conciben muchas nociones, entre ellas, la salud. Una de las formas en las que se

concibe, implica ser comprendida como un hecho social. Cuando se dice que el concepto de salud tiene un carácter social, se hace referencia a los procesos que redefinen esta noción y a la determinación social que tienen sobre la salud-enfermedad de los colectivos (Breilh, 2012; López y Jarillo, 2015).

Aunque los determinantes del estado de salud de una población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcando desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud, se sabe que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados (Davis *et al.*, 2024).

Los determinantes sociales de la salud son fundamentales sobre todo en aquellos países donde las desigualdades sociales determinan las desigualdades en salud. La posibilidad de alcanzar el mayor grado de salud que se pueda lograr, constituye derechos universales en las personas, y que además resultan convenientes para la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el rendimiento económico (Osorio, 2018).

Cuando se habla de desigualdad, inmediatamente se piensa en la desigualdad económica y, sobre todo, en la desigualdad en el ingreso. Pero este tipo de desigualdad es el resultado de una serie de desigualdades provocadas por diversas causas, a la vez que explica el origen de muchas otras. México ha sido uno de los países con mayor desigualdad en el contexto económico. Las condiciones sociales en las que las personas

viven, influyen en las posibilidades de tener una buena salud. La pobreza, la discriminación, las desigualdades sociales, la inseguridad alimentaria, la vivienda pobre, las condiciones de vida poco favorables y la falta de empleos, son determinantes de mayor peso y son parte de las enfermedades y muertes en una población que requieren de atención (Jusidman,2009).

Los países pobres tienden a presentar deficientes indicadores en salud en relación a los países de mejores ingresos. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que la pobreza se perpetúe, es decir, un círculo vicioso pobreza-enfermedad (Davis *et al.*, 2024).

Los esfuerzos por políticas integrales se pueden realizar en el campo de la salud, ya que con nociones de salud que involucran la física, mental y la psicosocial, se guía la búsqueda de soluciones en un todo unificado y permite ver la importancia de todos los factores, incluidos los que son responsabilidad los gobiernos y los sujetos tanto individuales como colectivos. Esta visión unificada e integral del campo de la salud puede muy bien llegar a ser uno de los principales aportes conceptuales para avanzar en la mejora del nivel de salud (Cruz, 2013).

Para ello, las intervenciones deben tener tres características imprescindibles: la intersectorialidad, la promoción de la salud y la equidad. Es decir, las acciones deben extrapolar el sector salud, buscando adoptar acciones intersectoriales entre el sector social, económico y sanitario, así como buscar la cooperación internacional para actuar sobre los problemas de salud que atraviesan las fronteras nacionales. Con relación a la

promoción de la salud, las intervenciones deben adoptarla como estrategia fundamental, además de realizar acciones de prevención (De la Torre y García, 2014).

La Secretaría de Salud señala que las inequidades en salud limitan el desarrollo de los países. Afectan a la población y colocan a las personas en situaciones de vulnerabilidad, se asocian a una menor esperanza de vida y supervivencia, una mayor carga de enfermedades crónicas, y discapacidades a edades más tempranas. De manera general, las inequidades en salud que no se relacionan con procesos biológicos inevitables (como el envejecimiento) son consideradas diferencias innecesarias, evitables, arbitrarias e injustas. En la experiencia internacional, en diversos países se ha impulsado la creación de observatorios nacionales de inequidades en salud. México no es la excepción y en 2015 se acordó la conformación del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). Para 2017, la Secretaría de Salud lanzó oficialmente el observatorio, creado con el objetivo de monitorear las inequidades entre personas y grupos con distintas realidades socioeconómicas, a fin de contar con evidencia para diseñar o redirigir las políticas para disminuir las brechas (Secretaría de Salud, 2018).

La OMS enfatizó que la acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces dada la sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud por parte del personal de salud (OMS, 2019).

El conocimiento sobre la salud y sus problemas debe relacionar las formas de vida o las condiciones de producción y consumo que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus prácticas culturales, la organización social y su cultura, ya que se expresan en los procesos de salud/enfermedad y son característicos en cada clase social (Breilh, 2022). La salud gira entonces en torno a los DDSS, desde el acceso a servicios básicos sanitarios, las condiciones de vivienda, el acceso a alimentos saludables.

La Respuesta de la OPS se enmarca en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Tiene como objetivo no dejar a nadie atrás y garantizar la salud para todos a lo largo de la vida. La OPS reconoce que los determinantes sociales de las políticas sanitarias y las intervenciones para reducir la desigualdad son esenciales para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal (OPS, s/f.).

En julio de 2022, la OPS publicó una Política para recuperar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible con equidad, mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial. Esta política establece cinco líneas estratégicas de acción para superar barreras y alcanzar la equidad en salud, que incluyen: Promover la acción intersectorial, fomentar la participación de la comunidad y la sociedad civil, reorientar las políticas, planes y programas de salud, fortalecer la gobernanza local de la salud, y mejorar el monitoreo y la evaluación del progreso hacia el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (OPS, s/f.).

Condiciones materiales de vida y Diabetes Mellitus 2

La relación entre las condiciones materiales de vida y una persona con diabetes es esencial y bidireccional. Un estilo de vida saludable, que incluye una dieta equilibrada, actividad física regular y un peso corporal adecuado, es crucial para el manejo de la diabetes. Sin embargo, factores como el acceso a alimentos nutritivos, la disponibilidad de alimentos nutritivos a precios accesibles es esencial para una dieta equilibrada. En un área con menos recursos, la falta de acceso a frutas, verduras y proteínas puede dificultar el control de la glucosa en sangre. Un entorno seguro accesible para hacer ejercicio, como parques o espacios verdes, que fomente la práctica regular de ejercicio. La falta de estos espacios o la inseguridad en los lugares pueden limitar la actividad física y afectar negativamente el control. El apoyo social, ya que la presencia de una red de apoyo familiar y social, así como el acceso a servicios de salud de calidad, son fundamentales para el manejo de la diabetes. La falta de estos recursos puede llevar a un peor cumplimiento del tratamiento y un mayor riesgo de complicaciones. El estrés y salud mental puede afectar negativamente; factores como el trabajo, la situación económica o las relaciones personales pueden generar estrés, impactando en la capacidad de la persona para manejar la diabetes (Silva, 2025).

Todo esto juega un papel importante en la capacidad de las personas con diabetes para mantener un buen control metabólico y prevenir complicaciones.

Mantener un nivel de bienestar requiere llevar a cabo una serie de acciones, considerando las condiciones materiales de vida (CMV), ya que son importantes en la toma de decisiones para la implementación de formas de cuidado de salud y asignación de recursos para la salud.

Los estilos de vida son decisiones, hábitos y conductas, que los individuos y colectivos toman acerca de su vida. Los estilos de vida y las condiciones materiales forman parte de las determinantes sociales de la salud y se relacionan íntimamente con el bienestar físico y emocional de las personas (Rosales *et al.*, 2021, p.7). Los estilos de vida se han abordado por la contribución que han hecho al identificar factores de riesgo y las intervenciones desde la prevención primaria y la promoción comunitaria en salud hasta los cuidados paliativos para pacientes terminales (Sánchez, s/f.).

En una persona que vive con diabetes es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por lo tanto, se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados (INCMS, 2015).

“La valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también, de las condiciones de vida y trabajo” “Las enfermedades como DM2, están más relacionados con las condiciones de vida de los individuos que con factores genéticos y fisiológicos” (Espinosa, 2004).

De modo, que cuando se relacionan las condiciones materiales de vida de los individuos con su calidad de vida, impulsa a conocer mediante qué elementos tangibles posibilitan el desarrollo de una calidad de vida estable, es decir, elementos asociados al acceso a una vivienda, una infraestructura adecuada, un acceso a servicios básicos de salud, alimentación, vestido, entre otros.

Es necesario retomar estos conceptos para entender que los procesos de salud/enfermedad es una manifestación de las condiciones materiales de vida y que una sociedad como la nuestra con sus desigualdades sociales genera grandes diferencias en la calidad de vida y por lo tanto en las formas de enfermar y morir (Rosales y López, 2021).

Para poder abordar las condiciones materiales de vida es importante tomar en cuenta las relaciones sociales de producción y su forma de organización social que a su vez conforman a los distintos grupos sociales. Esto porque “el proceso salud/enfermedad, las clases sociales de los colectivos y su forma de producción y consumo determinan las diferentes formas de enfermar y morir” (Laurell, 1982, p. 3).

El proceso salud enfermedad es la resultante de muchas interacciones de factores económicos, sociales, políticos, biológicos, de organización de los servicios, del estilo de vida y de patrones culturales de los pobladores que habitan en un área geográfica. Los factores opositores procedentes de la naturaleza, la sociedad y del propio organismo humano, al interactuar determinan un estado de equilibrio que llamamos salud o de desequilibrio que llamamos enfermedad (ASIS, 2024). En un proceso de salud/enfermedad como la DM2, donde se sobrelleva un continuo y progresivo deterioro, al grado de agotamiento y hasta la falla de los órganos y sistemas que permiten funcionar el cuerpo humano, las prácticas de prevención y autocuidado pueden tener importante efecto sobre la autoestima y la calidad de vida de los pacientes. La DM2 es una de las etapas difíciles de enfrentar, ya que, durante el proceso, la adaptación a conductas son retos que, al grado social, difiere en las distintas culturas, épocas y condiciones definidas por cada sociedad y devenir histórico.

Por otro lado, “Nuevas Perspectivas de la Salud”, anuncio un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, estilos de vida, biológicos y los servicios de salud. El medio ambiente incluye factores que afectan al entorno humano y que influyen decisivamente en su salud son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social (De la Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020). Se piensa que la salud es únicamente un asunto individual que depende de nuestra genética y estilos de vida, sin embargo, hay circunstancias que afectan y determinan la salud de las personas y que están fuera del control individual. La DM2, es una afección ocasionada por estas múltiples causas (Barboza *et al.*, 2020).

Se han desarrollado importantes avances en las estrategias de tratamiento de la DM2, sin embargo, lograr un control glucémico es más complejo que solo dar información a los pacientes, ya que muchas de las decisiones para su control están relacionadas con las condiciones materiales de vida. Las condiciones materiales de vida forman parte de los determinantes sociales de la salud (DSS) como se mencionó anteriormente, estos se refieren a "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OMS, 2022). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia

de salud. Estas condiciones diferentes, se consideran desigualdades y son innecesarias y evitables, pero es a través de políticas sociales que se logran realizar transformaciones. Mientras tanto es importante que se realicen acciones que, aunque individuales, permitan a los sujetos mejorar sus condiciones de salud. (OPS, 2022).

Respuesta en salud: Estrategias de atención, prevención y cuidado

La OPS / OMS tiene como objetivo estimular y apoyar la adopción de medidas efectivas para la vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, particularmente en países de ingresos bajos y medianos. Con este fin, la OPS / OMS: proporciona directrices científicas para la prevención de las principales enfermedades no transmisibles, incluida la diabetes; desarrolla normas y estándares para el diagnóstico y la atención de la diabetes; crea conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, con motivo del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre); y realiza vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo para los gobiernos, las personas, la sociedad civil y el sector privado (OPS, 2023).

El módulo de la OMS sobre diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2 reúne orientación sobre el diagnóstico, la clasificación y el tratamiento de la diabetes tipo 2 en un solo documento. El módulo está destinado a los responsables de la formulación de políticas que planifican la prestación de servicios de atención diabética, los directores de programas nacionales responsables de la formación, la planificación y el seguimiento de la prestación de servicios, y los directores de instalaciones y el personal de atención

primaria que participan en la atención clínica y los procesos de seguimiento y los resultados de la atención diabética.

En abril de 2021, la OMS lanzó el Pacto Mundial contra la Diabetes, una iniciativa global que apunta a mejoras sostenidas en la prevención y el cuidado de la diabetes, con un enfoque particular en el apoyo a los países de ingresos bajos y medianos. El Pacto reúne a gobiernos nacionales, organizaciones de la ONU, organizaciones no gubernamentales, entidades del sector privado, instituciones académicas y fundaciones filantrópicas, personas que viven con diabetes y donantes internacionales para trabajar en una visión compartida de reducir el riesgo de diabetes y garantizar que todas las personas quienes son diagnosticados con diabetes tienen acceso a un tratamiento y una atención equitativos, integrales, asequibles y de calidad (OPS, 2023).

En mayo de 2021, la Asamblea Mundial de la Salud acordó una Resolución sobre el fortalecimiento de la prevención y el control de la diabetes. Recomendó acciones en áreas que incluyen aumentar el acceso a la insulina; promover la convergencia y armonización de los requisitos reglamentarios para la insulina y otros medicamentos y productos sanitarios para el tratamiento de la diabetes; y evaluar la viabilidad y el valor potencial de establecer una herramienta basada en la web para compartir información relevante para la transparencia de los mercados de medicamentos y productos sanitarios para la diabetes (OPS, 2023).

En la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se señala que las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en la región latinoamericana se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de

los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones. En esa estrategia se reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales. Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud (OPS, 2022).

El Diario Oficial de la Federación declaró el 8 de septiembre de 2017, la obligatoriedad de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud. El Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) desarrollaron las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) como barreras de seguridad que mitiguen las consecuencias de los actos inseguros; garantizan una atención limpia, libre de errores; simplifican los procesos y mejoran la comunicación entre los profesionales de la salud: identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad en el proceso de medicación, seguridad en los procedimientos, reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud, reducción del riesgo de daño

al paciente por causa de caídas, reporte y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas, y cultura de seguridad del paciente (Sectaria de Salud 2022).

Posteriormente el programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) y AMARTE VA, se basa considerar comportamientos del autocuidado es un equipo interdisciplinario altamente capacitado integrado por: médico general y familiar, médico internista, médico diabetólogo, coordinador de cuidado, nutriólogo, educador físico, trabajador social o psicólogo. Así mismo se apoya el programa educativo AMARTE VA, basado en los siete comportamientos del autocuidado: alimentarse saludablemente, mantenerse activo, reduciendo riesgos, tomando medicamentos, encontrando soluciones, vigilando valores, adaptándose saludablemente, pues la información genera ayuda para promocionar el correcto cuidado de la salud. En cada sesión se podrá desarrollar nuevas habilidades para el cuidado de tu salud y la de tu familia (ISSSTE, 2022).

Capítulo III Metodología

Método y técnicas

Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo transversal, exploratorio y analítico, con previo consentimiento informado de las personas DM2. Se aplicó una encuesta que indaga datos sociodemográficos, condiciones materiales de vida, prácticas y acciones en salud con relación al control de la DM2.

Muestra

La muestra seleccionada fue de 50 pacientes con DM2, de las cuales 25 pacientes participan en el modelo de atención integral (MAI), pertenecientes al T- III del Centro de Salud “Guillermo Román y Carrillo” ubicado en la avenida Zacatlán 146, área federal panteón San Lorenzo Tezonco, Iztapalapa cp. 09790, Ciudad de México, para el control de su padecimiento y 25 pacientes que solo acuden a consulta general interna. Las personas participaron en el estudio por autoselección. Estuvieron de acuerdo en firmar el consentimiento después de haberlo leído con la persona a cargo de la encuesta y previo a iniciar su auto-aplicación.

Instrumento

El cuestionario es un instrumento que permite acceder y recabar información de manera directa sobre las actividades diarias del cuidado de salud de los pacientes y nos hace saber que está de acuerdo de que toda la información recabada será estrictamente confidencial y utilizada con fines epidemiológicos y estadísticos. Para la construcción del

instrumento se tomaron en cuenta las prácticas de promoción de la salud y autocuidado que se imparten en los talleres dentro de la unidad de salud. El taller abarca seis áreas de conocimiento que son los que se tratan en el módulo “SALUD EN TU VIDA”, que se han referido para un mayor control de la enfermedad: metas de glucosa en sangre, beneficios del control de glucosa en sangre, recomendación de actividades física, el método del plato del bien comer, identificación de los carbohidratos, hipoglucemia (regla de los 15), administración de insulina y los 10 pasos para la prevención del pie diabético.

Al final, el cuestionario agrupa seis dimensiones: Datos informativos, condiciones de salud, prácticas de promoción de la salud y conocimientos, condiciones sociodemográficas (contexto económico y familiar), prácticas alimentarias y condiciones materiales de vida.

Esto se utilizó para explorar de acuerdo con los indicadores que contempla cada apartado la siguiente información:

- Datos sociodemográficos: sexo, lugar de nacimiento, escolaridad, profesión u oficio.
- Condiciones de salud: regularidad en la asistencia a consulta general, regularidad en la asistencia a los talleres en el módulo “SALUD EN TU VIDA”, los motivos de no asistencia al centro de salud, identificar el taller con más asistencia.
- Prácticas de promoción de la salud y conocimientos: recibimiento de explicación de prácticas de autocuidado (por el médico o profesional de salud), conocimiento de niveles y rangos en sangre de glucosa, colesterol y triglicéridos (control de sangre), hipoglucemia, presión arterial, motivos de

no cuidado, método de aplicación de insulina, revisión de pies, realización de actividad física, tipo de alimentos que pueden ingerir, cuidado de su alimentación (balancear los alimentos).

- Condiciones sociodemográficas: condiciones económicas y familiares, dificultades que limitan continuar con el tratamiento, por ejemplo: adquirir medicamentos, consumo de alimentos, estado de ánimo, su peso, problemas familiares, sus finanzas, el desempleo.
- Prácticas alimentarias: comidas realizadas al día, motivos para alimentarse adecuadamente.
- Condiciones materiales de vida: tipo de vivienda, servicios que se disponen en la vivienda, bienes con los cuentan, personas con las que viven, medio de transporte utilizado, gasto por día, ingreso mensual y gasto de medicamentos mensual.

El instrumento cuenta con 57 preguntas que fueron distribuidas conforme a la información requerida (Anexo 1).

Análisis estadístico

Después de la aplicación de la encuesta se diseñó una base de datos en Excel. Se conformó cada pregunta como variable, se codificaron las variables de acuerdo a su tipo dicotómica, tipo Likert. Posteriormente, se examinaron las respuestas de cada variable para calcular porcentajes. Se hizo el análisis descriptivo, se diseñaron tablas y gráficos para su entrega.

Consideraciones bioéticas

Se considera que esta investigación se clasifica como proyecto sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (AMM, 2017).

Capítulo IV Resultados

Datos Sociodemográficos

En este estudio del total de participantes (n=50) que se realizó en abril de 2023, confirma que la mayoría son mujeres con DM2 (58%) con respecto a los hombres (42%). El porcentaje de mujeres que acuden a consulta general es del 52% y el 46% acuden a los talleres (Tabla 3).

Tabla 3.

Distribución de los participantes en los dos grupos estudiados.

Asistencia	Consulta General	Asistencia a talleres MAI
Mujeres	52%	46%
Hombres	42%	22%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

La diabetes puede afectar a personas de todas las edades, pero la edad en este estudio es un factor de riesgo importante, especialmente para la DM2 (Tabla 4). El porcentaje total de la muestra en este estudio indicó que un 48% se encuentra en un rango de edad de entre los 49-60 años de edad, mientras que un 30% entre los 61-70 años de edad.

Tabla 4.

Distribución etaria de los participantes.

Rangos de edad de los pacientes con DM2 en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.		
Rangos de edad	Mujeres	Hombres
49 – 60 años de edad	30%	18%
61 – 70 años de edad	18%	12%
71 – 80 años de edad	6%	8%
81 – 86 años de edad	4%	4%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Se ha observado que la DM2, es más común en personas mayores de 40 años.

También se pudo identificar que la mitad de los pacientes proceden de la Ciudad de México (Tabla 5). Le siguen las personas que vienen del Estado de México y en menor proporción de los pacientes provienen de los estados de Guanajuato (GTO), Oaxaca (Oax), Guerrero (GRO), Puebla (PUE), Tlaxcala (TLAX) y Veracruz (VER), lo cual contrasta con lo que reporta el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus tipo 2 durante el primer trimestre de 2024, SVEHDMT2, pues se registraron al sistema un total de 11,083 ingresos de pacientes con diagnóstico de DM2,

siendo los estados de Tabasco, Jalisco y Ciudad de México los que reportaron el mayor número (2 SVEHDMT2, 2024).

Tabla 5.

Procedencia de los participantes.

Estados	Asistencia a Consulta	Asistencia a talleres MAI
Ciudad de México	46%	36%
Oaxaca	2%	2%
Veracruz	2%	2%
Guanajuato	4%	4%
Tlaxcala	2%	2%
Estado de México	34%	20%
Guerrero	2%	2%
Puebla	2%	0%

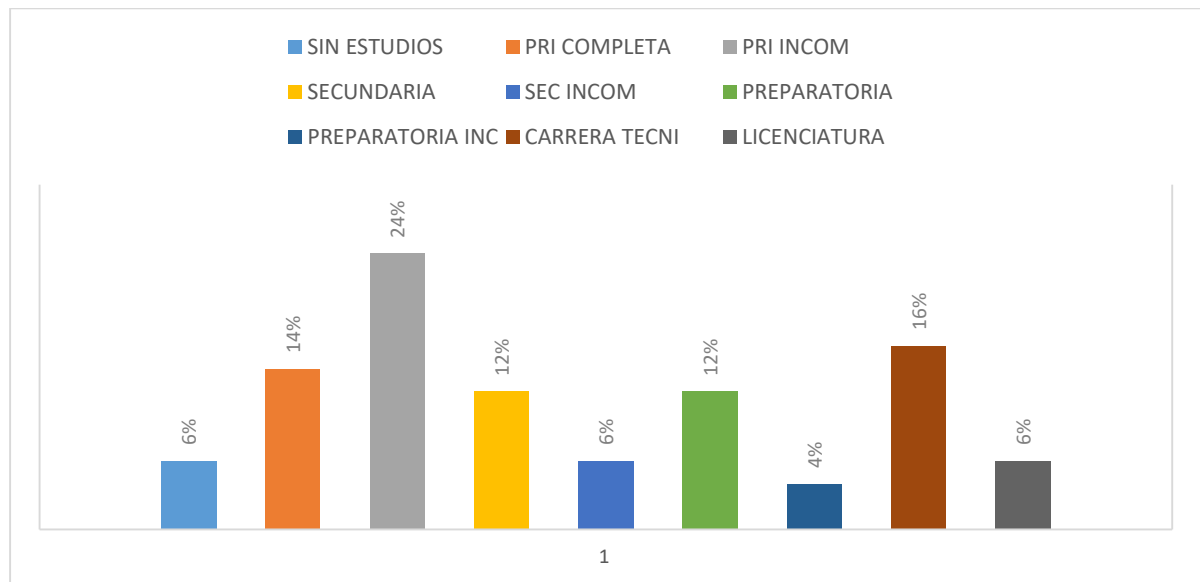
Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Nivel educativo

En cuanto a su nivel académico se encontró que las personas en este estudio, tiene un nivel de estudios básico. La mayoría de las personas tienen nivel básico incompleto.

Figura 1.

Nivel educativo de los participantes.



Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Los datos en (figura 1), muestra que el nivel educativo predominante entre los pacientes que acudieron únicamente a consulta general corresponde a primaria incompleta (24%), seguido por carrera técnica (16%) y primaria completa (14%).

En conjunto, más de la mitad de los participantes (50%) tiene un nivel educativo básico (primaria y secundaria, completa o incompleta), lo cual refleja un perfil de escolaridad media-baja en la población usuaria de la consulta general.

Un 16% alcanzó estudios técnicos y un 6% licenciatura, lo que evidencia la presencia de un sector con mayor nivel educativo, aunque en proporción menor.

En cuanto a la frecuencia de asistencia a la consulta, la mayoría de los pacientes con cualquier nivel educativo se ubican en la categoría de *asistencia frecuente* (94%), mientras que la asistencia *poco frecuente* representa solo el 6%, con mayor peso en quienes cuentan con preparatoria (4%) y primaria incompleta (2%) (Tabla 6).

Tabla 6.

Nivel educativo de participantes que acudieron a la consulta.

Nivel educativo de los pacientes que acudieron únicamente a consulta general en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.			
Escolaridad	Asistencia a consulta frecuente	Asistencia a consulta poco frecuente	Totales
Sin estudios	6%	0%	6%
Primaria completa	14%	0%	14%
Primaria incompleta	22%	2%	24%
Secundaria	12%	0%	12%
Secundaria incompleta	6%	0%	6%
Preparatoria	8%	4%	12%
Preparatoria incompleta	4%	0%	4%
Carrera técnica	16%	0%	16%
Licenciatura	6%	0%	6%
Total, por columna	94%	6%	100%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

En los pacientes que acudieron a talleres del MAI, el nivel educativo predominante también es la primaria incompleta (24%), al igual que en el grupo que solo asistió a consulta. Sin embargo, aquí se observa un mayor porcentaje de pacientes con asistencia

irregular o que no asisten a talleres (32%), en comparación con la consulta general donde la no asistencia fue mínima (6%).

Tabla 7.

Nivel educativo de participantes que acudieron a los talleres del MAI.

Nivel educativo de los pacientes con DM2 que acudieron únicamente a los talleres del MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.			
Escolaridad	Asistencia a los talleres	No asiste a los talleres	Totales
Sin estudios	6%	0%	6%
Primaria completa	12%	2%	14%
Primaria Incompleta	12%	12%	24%
Secundaria	8%	4%	12%
Secundaria Incompleta	4%	2%	6%
Preparatoria	4%	8%	12%
Prepa incompleta	4%	0%	4%
Carrera Técnica	12%	4%	16%
Licenciatura	6%	0%	6%
Total, por columna	68%	32%	100%

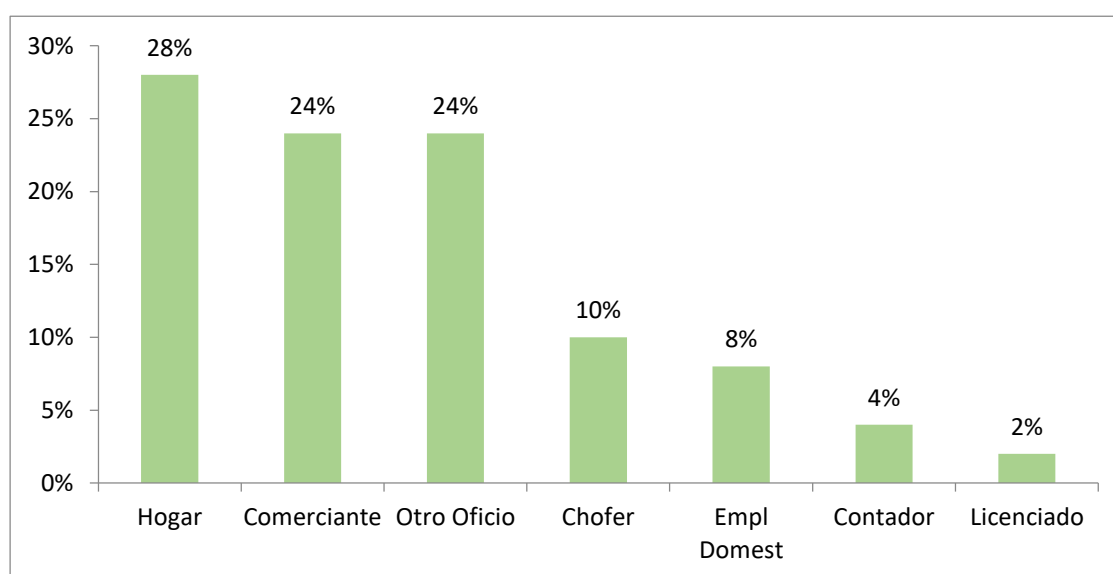
Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Es importante mencionar que un nivel socioeconómico y educativo bajo, se asocia con el desconocimiento de muchos padecimientos y prácticas de autocuidado, así como con un mayor desconocimiento en el control de diabetes y sin dejar de mencionar otras áreas de la cotidianidad humana (El poder del consumidor, 2023), pero también expresa el acceso a bienes y servicios y la garantía de sus derechos como el educativo. Asimismo, también es importante para el desarrollo de habilidades y capacidades que les permite tomar mejores decisiones con respecto a su salud.

Importante mencionar que se encontró que casi una tercera parte de las personas en esta muestra, se dedican al hogar, no tiene un trabajo remunerado, ni ninguna otra condición laboral fija lo que puede inferir que son dependientes económicos. Dada la alta prevalencia es importante revisar los programas sociales y/o políticas que mejoran las condiciones socioeconómicas de las personas.

Figura 2.

Tipo de trabajo a la que se dedican los participantes.



Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

El grupo mayoritario corresponde a personas dedicadas al hogar (28%) y a comerciantes (24%), lo cual evidencia la fuerte presencia de mujeres en labores domésticas y de pacientes insertos en la economía informal (Figura 2). Esto se relaciona con condiciones de precariedad laboral y económica, que pueden limitar el acceso a recursos para un adecuado autocuidado en DM2.

Aunque en menor proporción, también se identifican pacientes con ocupaciones formales como contador (4%), licenciado (2%), o chofer (10%), lo que indica que la diabetes afecta a grupos con distintos niveles de inserción laboral (figura 2 y Tabla 8).

El 8% se desempeña como empleados domésticos y un 24% en otros oficios reforzando la presencia de empleos precarios, sin seguridad social y con largas jornadas, que son factores de riesgo para la adherencia al autocuidado.

Tabla 8.

Tipo de trabajo a la que se dedican los participantes de consulta.

Tipo de trabajo de los pacientes con DM2 que acuden únicamente a consulta general en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.			
Profesión	Asistencia a consulta frecuentemente	Asistencia a consulta poco frecuente	totales
Hogar	26%	2%	28%
Comerciante	22%	2%	24%
Contador	4%	0%	4%
Licenciado	2%	0%	2%
Chofer	10%	0%	10%
Empleado Doméstico	8%	0%	8%
Otro oficio	22%	2%	24%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Por el contrario, en los pacientes que acuden específicamente a los talleres del MAI, el 20% se encuentra laborando en el hogar, así como indican estar en otros oficios, y el 14% se dedica al comercio. Al igual que en los pacientes que solo acudieron a consulta, los principales grupos son quienes se dedican al hogar (28%) y los comerciantes (24%), lo que implica que el mayor porcentaje se inserta en la economía informal y el trabajo no remunerado (Tabla 9).

Tabla 9.

Tipo de trabajo a la que se dedican los participantes de los talleres.

Tipo de trabajo de los pacientes con DM2 que acuden únicamente a los talleres MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.			
Profesión	Asistencia a los talleres	No asistencia a los talleres	Totales
Hogar	20%	8%	28%
Comerciante	14%	10%	24%
Contador	0%	4%	4%
Licenciado	2%	0%	2%
Chofer	4%	6%	10%
Empleado doméstico	8%	0%	8%
Otro oficio	20%	4%	24%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

A la población económicamente activa, el cumplimiento de un horario laboral puede requerir un elevado tiempo sentado (Pérez *et al.*, 2021). El resto de las profesiones a las que se dedican, es casi tres cuartas partes de los participantes que se desenvuelven

en otros oficios como empleados, choferes, empleados domésticos, y pocos entre ellos se desarrollan como contadores o licenciados.

Si bien, en otras actividades desempeñadas se ha observado que se exige jornadas laborales muy largas (más de 10 horas al día) y es considerada una actividad sedentaria, pues el sedentarismo es un importante riesgo para la salud por su relación con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Así mismo, las prácticas alimentarias no son adecuadas ya que consumen alimentos ultra procesados comida rápida y trabajos sedentarios la mayor parte tiempo (Pérez *et al.*, 2021). Se considera uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y se ha observado que hay una mayor carga de la enfermedad en aquellos grupos que están expuestos a trabajos precarizados y que el salario no les permite mejorar su calidad de vida. Asimismo, trabajos que exigen estar mucho tiempo sentados, de pie, las jornadas excesivas y que exigen habilidades y capacidades mayores que las que tiene la persona puede generar estrés laboral (OMS, 2020).

Asistencia a talleres y consulta

El objetivo de la asistencia a consulta es generar en personas con diabetes, conciencia y proporcionar medidas de autocuidado. Usando como estrategia, talleres informativos y de práctica. En esta muestra se pudo observar que la mayoría de las personas de este centro de salud, acuden con frecuencia a su consulta médica general, es decir, los datos nos arrojan un 94% asiste a consulta general, mientras tanto un 66% del total de la muestra al módulo “Salud en tu vida” a los talleres del MAI (Tabla 10).

Tabla 10.

Asistencia de los participantes a consulta general.

Asistencia de los pacientes con DM2 a consulta general y talleres del MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.			
Asistencia	Frecuente	Poco frecuente	No asiste
Consulta general	94%	6%	0%
Talleres MAI	66%	6%	28%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

También el 88% del total de la muestra dijo que recibe información (indicación de prácticas) por parte de los médicos en consulta general, sin embargo, y un 68% dicen recibirla en el módulo por el profesional de salud (Tabla 11).

Tabla 11.

Indicación de prácticas por médicos en consulta general o en el módulo por el profesional de salud.

Lugar y persona por la que recibe la información de las prácticas de autocuidado en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.		
Lugar	Consulta General (Medico)	Modulo “SALUD EN TU VIDA” en el MAI (Profesional de la salud)
Porcentaje	88%	68%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Si bien, las personas que participaron en este muestreo, acude con regularidad a su consulta general (94%) y reciben la información por el médico (88%) de las prácticas

de autocuidado, a los talleres del MAI compartidos en el módulo “SALUD EN TU VIDA” impartidos en el centro de salud; mostró que con mayor asistencia el taller número 2 (T2)- control de glucosa, con un porcentaje del 66% del total de los participantes, así mismo, con 64% el taller número 5 (T5) con un 64% de asistencia y posteriormente el taller número 1 y 7 (T1/T7) con un 54% para que finalmente con un 52%, encontráramos al taller número 4 (T4) (Tabla 2 y 3) asistencia a talleres (Tabla 12).

Tabla 12.

Asistencia de los participantes a los talleres del MAI.

Porcentaje de asistencia a los talleres de los pacientes con DM2 en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.	
Talleres	Porcentaje
T1 - 10 pasos para prevenir el pie diabético y amputaciones	54%
T2 - Control de la glucosa = sentirse mejor	66%
T3 - Alcanzando los objetivos de control para prevenir complicaciones	36%
T4 - Los carbohidratos elevan la glucosa, moderar el consumo	52%
T5 - Comer bien para control mi glucosa, conocer mis alimentos	62%
T6 - Hipoglucemia = Baja de azúcar, corregir la baja de azúcar	44%
T7 - Mover el cuerpo para controlar el azúcar, acti. físicamente	54%
T8 – La insulina es parte del tratamiento, aplicando insulina.	1%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Prácticas de autocuidado

La identificación de prácticas, permite a las personas con DM2 conocer y dar seguimiento a acciones de autocuidado para mantener su salud, esto incluye el monitoreo de los niveles de glucosa, la adherencia a un estilo de vida saludable (dieta, ejercicio, sueño) y la toma de medicamentos. Se busca que los pacientes practiquen el autocuidado para controlar su enfermedad, prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida. En este muestreo un 70% del total de los pacientes con DM2 encuestados, identifican las acciones de autocuidado. La mayoría de los pacientes que asisten únicamente a consulta general (96%) identifican prácticas de autocuidado. Entre quienes acuden a los talleres del MAI, solo 68% identifica prácticas de autocuidado, mientras que un 32% no logra reconocerlas (Tabla 13). Esto es un resultado importante, ya que los talleres están diseñados para fortalecer el aprendizaje colectivo y la práctica del autocuidado.

Tabla 13.

Identificación de prácticas de los participantes en consulta y talleres.

Identificación de prácticas de autocuidado por los pacientes con DM2 de los que asisten únicamente a consulta general y de los que acuden a los talleres del MAI en el Centro de salud "Guillermo Román y Carrillo" en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023		
Conocimiento de prácticas de prevención y autocuidado.	SI identifica	NO identifica
De los que asisten a Consulta	96%	4%
De los que acuden a los talleres del MAI	68%	32%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Conocer medidas de autocuidado o compartir prácticas para cuidar la salud, se considera una responsabilidad personal para prevenir enfermedades, mantener una buena salud; y los beneficios de practicarlo ayudaría en gran manera a mejorar la salud física y mental, a llevar también una vida más equilibrada y satisfactoria (Secretaría del Bienestar, s/f).

Promover el autocuidado ya sea mediante consulta general o mediante programas de ayuda, significa que las personas adquieran conocimientos, desarrollen herramientas y estrategias que les permitan resolver problemas cotidianos, controlar algún tipo de estrés e identificar señales que pudieran desencadenar una crisis de salud (CONASAMA, 2023).

En este estudio se pudo ver que los pacientes están recibiendo la información sobre las prácticas de autocuidado para Implementar habilidades que involucren al paciente en su propio aprendizaje ayudar a que logren mejorar y desarrollar acciones en su propio beneficio.

Prácticas alimentarias

Las prácticas de alimentación para personas con DM2 son fundamentales, porque permiten controlar los niveles de glucosa en sangre, prevenir complicaciones, alcanzar y mantener un peso saludable, y mejorar la calidad de vida en general, seguido de un plan de alimentos como: alimentos de todos los grupos, menos calorías, aproximadamente la misma cantidad de carbohidratos en cada comida y refrigerio y la ingesta de grasas saludables. Es clave para regular la glucemia y es un pilar central del tratamiento junto con la actividad física y la medicación.

EL 52% del total de los participantes a los talleres, la muestra que identifica y tiene control diariamente de carbohidratos y sobre los beneficios y el método del plato del buen comer con un 62% y reporta conocer la manera de presentación del plato ya que también fue uno de los talleres con mayor asistencia. En este estudio el porcentaje de los que acuden a su consulta y tienen control de su alimentación es el 64% (Tabla 13).

Tabla 14.

Participantes de consulta general que cuidan de su alimentación.

Personas con DM2 que acuden únicamente a consulta y que tienen control de su alimentación en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023			
Cuidado personal de su alimentación	SI cuidan	NO cuidan	A VECES cuidan
Frecuente	64%	8%	22%
Poco frecuente	4%	2%	0%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Sin embargo, en los que asisten a los talleres, la muestra de los pacientes encuestados refleja que el 50% de los encuestados, cuidan de su alimentación.

Tabla 15.

Participantes de talleres que cuidan de su alimentación.

Pacientes que acuden únicamente a los talleres y que tienen control de su alimentación en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.			
Cuidado personal de su alimentación	SI cuidan	NO cuidan	A VECES cuidan
Frecuentemente	50%	4%	14%
No frecuentemente	18%	6%	8%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

La buena alimentación está relacionada con el salario y otros elementos sociales, ya que la pobreza limita el acceso a alimentos nutritivos, mientras que la desigualdad social puede impedir que las personas ejerzan su derecho humano a una alimentación adecuada. Los factores económicos, como los ingresos y el costo de los alimentos, determinan la capacidad de las personas para adquirir una dieta equilibrada. A su vez, los programas de protección y políticas públicas son fundamentales para erradicar la pobreza y asegurar que todos tengan acceso físico y económico a una alimentación de calidad, promoviendo así la salud y el bienestar (ACNUDH, 2010). Así mismo, en esta investigación el 48% del total de la muestra indica que el motivo muchas veces de no poder cuidar su salud se debe a la falta de recursos (Tabla 16).

Tabla 16.

Motivo por el cual los participantes no se alimentan adecuadamente.

Razones por las que las personas con DM2 en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023 y que no pueden cuidar de su alimentación.			
Desagrado de alimentos en la dieta	Por la restricción de alimentos	Falta de recursos para llevar la dieta	Me quedarme con hambre
22%	28%	48%	2%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Control de glucosa y otros factores de riesgo

Llevar un control de la glucosa es fundamental en personas con DM2, para prevenir complicaciones graves a largo plazo. Además de ayudar a ajustar el tratamiento

y comprender el impacto de la dieta y el ejercicio en el cuerpo (Medlineplus, 2024). La medición de la glucosa en la sangre es la principal manera de asegurar el control de la condición.

Con DM2, los niveles de glucosa pueden subir mucho y algunas prácticas o medicamentos pueden tratar este padecimiento y bajarlos más de lo normal, esto se conoce como Hipoglucemia, una condición que se caracteriza por niveles bajos de glucosa en la sangre (anormales), usualmente menos de 70 mg/dl. Debido a esto es importante revisar constantemente los niveles de azúcar y tener un buen control de la diabetes, ya que, si la hipoglucemia no se trata, ésta puede producir convulsiones o hacer perder el conocimiento desmayarse o entrar en coma (Federación Mexicana de Diabetes, 2017).

En este trabajo se identificó que las personas encuestadas llevan control de su glucosa, pues el 22% del total de la muestra de los que acuden únicamente al MAI, cuida y lleva control en su día a día. Así como también el 42% cuida de sus hipoglucemias y realiza actividad física (48%) (Tabla 17).

Si bien es cierto que otra manera de llevar control de los niveles de glucosa en sangre es la aplicación de insulina, esta suele ser una parte importante del tratamiento de la DM2. Ayuda a mantener bajo control la glucosa sanguínea y previene las complicaciones de la diabetes. Funciona como la hormona insulina que el cuerpo suele producir (Tabla 17).

Tabla 17.

Control de glucosa y otras prácticas por los participantes en talleres.

Control de la glucosa, control de hipoglucemia y realización de actividad física para control de glucosa por las personas con DM2 que asisten a los talleres del MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.				
Control	Por día	Por semana	Por mes	Sin control
Control de glucosa	22%	22%	22%	2%

Control	Por algún medicamento	Por alguna práctica (alimento o dulce)
Control de hipoglucemia	26%	42%

Control	Por día	Por semana	No usa insulina
Control de Insulina	42%	2%	24%

Control	35 a 45 min	No realizo actividad física
Realización de actividad física para el control de glucosa	48%	20%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

En las personas que acuden a consulta general llevan también control de su glucosa en sangre, pues los resultados indican que el 36% tiene control de su glucosa por día y el 26% por semana. Así como 60% aplica su insulina por día, aunque un 30% no la necesita. En el control de la hipoglucemia con un 58% y el 64% cuidan de realizar actividad física para mayor control.

Tabla 18.

Control de glucosa y otras prácticas por los participantes en consulta.

Control de la glucosa, control de hipoglucemia y realización de actividad física para control de glucosa por las personas con DM2 que asisten únicamente a consulta general en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.				
Control	Por día	Por semana	Por mes	Sin control
Control de glucosa	36%	26%	26%	6%

Control	Por algún medicamento	Por alguna práctica (alimento o dulce)
Control de Hipoglucemia	36%	58%

Control	Por día	Por semana	No usa insulina
Control de insulina	60%	2%	30%

Control	35-40 min	No realizo actividad física
Realización de actividad física para el control de glucosa	64%	30%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Otros factores que pueden poner en riesgo la salud en personas con DM2, son los altos niveles de presión arterial, colesterol y triglicéridos. Tener conocimiento de los rangos es importante. Los factores de riesgo como el colesterol alto (colesterol, triglicéridos elevados) y la presión arterial alta (hipertensión) son comunes y aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. El porcentaje de conocimiento de los participantes con diabetes en consulta general indica (84%) de conocer los niveles que debe manejar en ayuno y el

(72%) después de las 2hrs de la ingesta. Cabe mencionar que gran porcentaje de la muestra no reconoce y no tiene conocimiento de estos factores de riesgo como: colesterol (74%) y (72%) en niveles de triglicéridos (Tabla 19).

Tabla 19.

Conocimiento de otros riesgos por participantes en consulta.

Porcentaje del conocimiento de los rangos a manejar en personas con DM2 que acuden únicamente a consulta general en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.		
Conocimiento	Sí conoce	Desconoce
Nivel de glucosa en ayuno	84%	10%
Nivel de glucosa después de hrs de ingesta	72%	22%
Presión arterial	50%	44%
Colesterol	20%	74%
Triglicéridos	19%	72%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Por el contrario, en las personas que asisten a los talleres indica que el (62%) conoce sobre los niveles en ayuno y 58% después de la ingesta. Por lo mismo indica que las personas en los talleres desconocen sobre los riesgos de padecer niveles altos en colesterol (50%) y triglicéridos (53%) (Tabla 20).

Tabla 20.

Conocimiento de otros riesgos por participantes en talleres.

Porcentaje del conocimiento de los rangos a manejar en personas con DM2 que acuden únicamente a los talleres del MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.		
Conocimiento	SI CONOCE	DESCONOCE
Nivel de glucosa en ayuno	62%	6%
Nivel de glucosa después de hrs de ingesta	58%	10%
Presión arterial	34%	34%
Colesterol	18%	50%
Triglicéridos	17%	53%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Cuidado de los pies

El cuidado de los pies en personas con DM2, debe ser necesario revisar los pies a diario, lavarlos con agua tibia y jabón suave, secar bien, especialmente entre los dedos, y aplicar crema humectante, no entre los dedos, hacer uso de calcetines limpios y zapatos cómodos, nada ajustados, no caminar descalzo ni usar agua caliente o bolsas eléctricas. Es importante en el control y prevención del pie diabético (Medlineplus, 2024).

Aunque el 56% de las personas con DM2 que van a consulta general reporta cuidar de sus pies a diario, también las personas con DM2 que acuden a los talleres al MAI indica tener el cuidado de sus pies con un 46% a diario (Tablas 21-22).

Tabla 21.

Cuidado de los pies por los participantes en consulta.

Porcentaje del cuidado de sus pies en pacientes con DM2 que acuden a consulta general en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.				
Cuidado de los pies	Diario	A la semana	Mensualmente	Nunca los reviso
Los de consulta	56%	22%	10%	4%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Tabla 22.

Cuidado de los pies por los participantes en talleres.

Porcentaje del cuidado de sus pies en pacientes con DM2 que acuden a los talleres del MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.				
Cuidado de los pies	Diario	A la semana	Mensualmente	Nunca los reviso
Los de los talleres (MAI)	46%	14%	6%	2%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Actividad física

Para todas las personas que viven con diabetes, la actividad física regular puede ser una poderosa herramienta que les ayude a controlar su salud y bienestar.

La actividad física es cualquier movimiento que realiza el cuerpo que quema energía, ya sea durante el tiempo libre, en el transporte hacia y desde lugares, o como parte de actividades laborales o domésticas. Tanto la actividad física moderada como la intensa mejoran la salud. Algunas de las formas más populares de mantenerse activo son caminar, montar en bicicleta, practicar deporte, realizar actividades recreativas y jugar. Estas actividades pueden practicarse con cualquier nivel de habilidad. Haciendo ejercicio a diario, las personas con diabetes pueden abrirse camino hacia una mejor regulación metabólica, una mayor sensibilidad a la insulina y una mejor calidad de vida (FID/sf.).

De los encuestados y que asisten a consulta se ejercitan el 34% caminando y 22% trotando y tiene alguna actividad física (Tabla 23). Por el contrario, las personas con DM2 que acuden a los talleres el porcentaje indica que solo el 28% de los encuestados realiza actividad física caminando y el 12% trotando. Importante mencionar que el ejercitarse es bueno para su salud, en este trabajo identificamos que por lo menos del 20 al 30% no se ejercita (Tabla 24).

Tabla 23.

Actividad física de los participantes en consulta general.

Actividad física que realizan las personas con DM2 de consulta general en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.				
Actividad Física	35 min caminando	40 min trotando	Otra actividad	S/actividad
Son frecuentes	34%	22%	8%	30%
Poco frecuente	2%	2%	0%	2%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Tabla 24.

Actividad física de los participantes en talleres del MAI.

Actividad física que realizan las personas con DM2 de los talleres en el MAI en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023.				
Actividad Física	35 min caminando	40 min trotando	Otra actividad	S/actividad
Son frecuentes	28%	12%	8%	20%
Poco frecuente	8%	12%	0%	12%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Motivaciones para acudir a los talleres

Dentro de los talleres en el módulo “SALUD EN TU VIDA”, se trabaja con la iniciativa de aportarles a los personas con DM2, herramientas de utilidad, con la que ellos puedan aprender y llevar a cabo fuera de la unidad de salud, esto ayuda a que las personas con diabetes puedan planear sus comidas, mantener sus niveles de glucosa en la sangre y así mismo, ellos mismos aprendan a identificar los alimentos que conforman un platillo y qué sección del plato corresponde con las proporciones indicadas y complementar con alimentos adicionales si es necesario por su tipo alimentos en el hogar. Los pacientes con diabetes deben adoptar una serie de prácticas de salud para ayudar a controlar su condición.

Estos talleres suelen ser impartidos por equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, educadores en diabetes, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales de la salud. Es importante desde este punto de vista, reconocer esta vinculación, el trabajo intersectorialmente para abordar factores determinantes de la salud a través de las políticas sociales y de salud.

Así mismo, las prácticas de autocuidado (alimentos saludables, ejercicio regular, mantener un peso saludable) y por supuesto, sin dejar de lado que es fundamental que los pacientes con diabetes se mantengan al día con sus citas médicas y de seguimiento, es fundamental para el manejo de la diabetes y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Es importante que cada paciente trabaje en colaboración con su equipo de atención médica para desarrollar un plan de manejo de la diabetes personalizado que se adapte a sus necesidades individuales y estilo de vida.

La atención integral dirigida a través de programas en salud familiar ha servido para plantear acciones avanzadas en prevención. Además, incorpora actividades de promoción de la salud con la participación activa de los sujetos sanos. En el marco de este modelo desarrollar habilidades sociales y cognitivas para mejorar la adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, a partir de talleres de prácticas de autocuidado, son programas diseñados para proporcionar educación, apoyo y herramientas prácticas a las personas que viven con diabetes.

Los talleres de atención integral en el Centro de Salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX son una parte importante del cuidado de la salud para las personas con diabetes, ya que mediante prácticas proporcionadas a los

pacientes para que tomen un papel activo en el manejo de su enfermedad y mejoren su calidad de vida.

El 28% de las personas con DM2 no acude a los talleres y refiere que “no tienen tiempo” (12%); el 4% indica que “no le gusta”, el 4% dice “no tener quién los acompañe”. El 6 % dicen ser de “nuevo ingreso” es decir que recientemente han sido diagnosticados con DM2, el 2% “no tener recursos suficientes” para trasladarse a la unidad de salud y el 4% indica tener algún problema de movilidad en el cuerpo y le impide trasladarse (Tabla 25).

Tabla 25.

Motivos de los participantes para no asistir a los talleres del MAI.

Motivos para no asistir a los talleres por las personas con DM2 en el Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, abril de 2023						
Motivo	No me gustan	S/recursos	Sin acompañamiento	S/tiempo	S/facilidad de moví.	Nuevo ingreso
Porcentaje	4%	2%	4%	12%	4%	6%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Reconocer que algunas personas con diabetes pueden enfrentar desafíos económicos adicionales, como la necesidad de medicamentos costosos o dispositivos de monitorización (Glucómetro), así como la posibilidad de discriminación laboral debido a su condición de salud. En tales casos, los talleres de atención integral en diabetes pueden proporcionar recursos y apoyo para ayudar a abordar estas preocupaciones económicas y laborales mediante programas de apoyo.

En resumen, si bien los talleres en DM2 pueden representar una inversión inicial de tiempo y recursos, podrían tener un impacto positivo en los ingresos económicos a largo plazo al mejorar la gestión de la enfermedad y reducir los costos asociados y las pérdidas de ingresos relacionadas, pero también

Las prácticas de salud realizadas por los profesionales sanitarios, así como la labor por los médicos, abarcan una amplia gama de actividades destinadas a mantener o restaurar la salud de los pacientes. Así también, prácticas de promoción de la salud como primer paso de acción, abre camino a la prevención primaria y secundaria en otro nivel de intervención, como las prácticas de autocuidado, mismo que resulta mucho más específico más allá de lo solo farmacológico.

La OMS indica acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectivo (OMS 2024).

Condiciones materiales de vida

Las condiciones materiales de vida impactan en la salud y el bienestar de las personas con diabetes y la prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, según la OPS/OMS.

En términos generales, el 76% de los pacientes con DM2 reportó vivir en casa propia, lo cual refleja cierta estabilidad en el acceso a vivienda en la muestra estudiada. Entre quienes asisten únicamente a consulta, el 72% habita vivienda propia, mientras que en los talleres esta proporción baja a 54% (Tabla 26). Se puede inferir que las personas que participan en los talleres tienen condiciones de materiales de vida precarias, con menor acceso a vivienda propia. Los porcentajes de vivienda rentada (10%) y prestada (14%) son menores en general, pero al desagregar se observa que los de consulta dependen un poco más de vivienda prestada (14%) en comparación con los de talleres (10%) (Tabla 26). Esto indica que la diferencia más marcada entre los dos grupos está en la propiedad de la vivienda y no tanto en la vivienda prestada. El acceso a vivienda propia puede estar vinculado al empleo, los que tienen empleo formal con seguridad social pueden tener mejores condiciones de vida e influye en la capacidad de las personas para organizar, sostener prácticas de autocuidado en salud. Los asistentes a talleres, al tener menor proporción de vivienda propia, podrían enfrentar condiciones materiales de vida más precarias, lo que impacta no solo en la vivienda sino en la adherencia al tratamiento y el autocuidado (Tabla 26).

Tabla 26.

Condiciones materiales de vida de los participantes.

Tipo de vivienda de las personas encuestadas con DM2 que acuden al Centro de salud “Guillermo Román y Carrillo” en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.			
Tipo de vivienda	Propia	Rentada	Prestada
Porcentaje General (n=50)	76%	10%	14%
Los de Consulta	72%	8%	14%
Lo de los talleres	54%	4%	10%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

También es importante resaltar que un poco más de las personas de esta muestra, su ingreso mensual no va más allá de los \$4,000 pues 54% indica tener ese ingreso mensual. Pocos de ellos con un 38% del total de la muestra indica tener un ingreso aproximado de \$ 6,000 mensual y un 6 % ganar \$ 8000 o más (6%) mensualmente, pocos (2%) dicen tener un ingreso mayor de los \$8, 000 mensual (Tabla 27).

Al separar por grupo, se observa que entre los que acuden únicamente a consulta, el 52% percibe \$4,000 mensuales y el 34% \$6,000, mientras que en los que asisten a los talleres estas proporciones bajan a 38% y 26%, respectivamente. Además, en el grupo de talleres desaparece la categoría de ingresos mayores a \$8,000, lo que refuerza las condiciones precarias de estos pacientes (Tabla 27).

Tabla 27.

Ingreso mensual de los participantes.

Ingreso mensual de las personas encuestadas con DM2 que acuden al Centro de salud "Guillermo Román y Carrillo" en la alcaldía Iztapalapa, CDMX, durante abril de 2023.				
Ingreso mensual	\$4,000 mensual	\$6,000 mensual	\$8,000 mensual	Más de los \$8,000 mensual
Porcentaje General (n=50)	54%	38%	6%	2%
Los de Consulta	52%	34%	6%	2%
Los de los talleres	38%	26%	4%	0%

Fuente. Elaboración propia a partir de la encuesta, 2023.

Capítulo V Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio permiten observar las condiciones materiales de vida en las que viven las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), así como la manera en que dichas condiciones influyen en la puesta en práctica de acciones de autocuidado.

En primer lugar, la mayor proporción de participantes son mujeres con DM2. Es importante ya que de acuerdo con reportes de este hallazgo coincide con reportes de la OMS (2024), indican que las mujeres con enfermedades crónicas enfrentan mayores barreras sociales y económicas para acceder a recursos de cuidado. El hecho de que sean más las mujeres participantes puede estar asociado a su preocupación por su salud; no obstante, la precariedad de sus condiciones materiales de vida, dificultan la continuidad de las prácticas de autocuidado.

Asimismo, los resultados señalan que la población en estudio presenta un bajo nivel educativo y un ingreso económico limitado, lo que constituye un factor importante para el cuidado de la enfermedad.

El bajo nivel educativo puede estar relacionado con las citas y demanda de atención médica, al no contar con los recursos suficientes para el autocuidado. Para los participantes de nivel educativo de técnico y profesional, también acude con frecuencia a la consulta, lo que indica que la escolaridad más alta no necesariamente reduce la asistencia médica, pero sí puede asociarse a otras formas de cuidado. La limitación en el acceso a niveles educativos superiores expresa la precariedad de sus condiciones y

de garantizar el acceso a bienes y servicios considerados derechos humanos como es la educación. La baja proporción de asistencia expresa que, independientemente de la escolaridad, los pacientes con DM2 perciben la necesidad de atención médica continua.

Los participantes se identifican con niveles básicos y medios. Esto puede sugerir que los talleres atraen a un perfil educativo más diverso. Los pacientes con secundaria y preparatoria muestran mayor variabilidad: un 8% con secundaria y 4% con preparatoria asisten, no obstante, un 4% y 8% respectivamente que no participan. Esto indica que los niveles intermedios pueden presentar barreras específicas de participación, como las motivaciones que refirieron tiempo, interés y dinero. La alta proporción de no asistencia es contrastante con la asistencia en la consulta médica. Este dato refleja que, aunque los pacientes acuden por atención clínica, la participación en actividades educativas y de autocuidado aún enfrenta resistencias o limitaciones. La asistencia a consulta referida por la mayoría contra un 6% poco frecuente refleja que la consulta es vista como obligatoria o necesaria. La asistencia menor a talleres (68%), con un 32% de no participación, lo cual muestra que el autocuidado educativo no está igualmente interiorizado que la atención clínica. Los talleres, sin embargo, logran captar también a un porcentaje de pacientes con preparatoria y estudios técnicos, lo que sugiere que la educación en salud puede tener mayor alcance si se ajusta a diferentes perfiles educativos.

La precariedad laboral observada en la muestra (personas dedicadas al hogar, al comercio informal u oficios con largas jornadas y sedentarismo) está relacionada con las condiciones materiales de vida. La ocupación en los participantes tiene relación con las

condiciones de vida como se observó en los resultados sobre el tipo de vivienda y la oportunidad de llevar a cabo prácticas de autocuidado en la DM2. Los entornos laborales sedentarios y de baja remuneración que no favorecen el acceso a una alimentación nutritiva y balanceada, por ejemplo.

En ambos grupos predominan el hogar y el comercio, lo que sugiere que la condición de DM2 se concentra en personas con ocupaciones informal o trabajo no remunerado. Las diferencias que se encontraron en la asistencia son más altas, sin importar la profesión. En los talleres, existe una mayor variabilidad según la ocupación, con menor asistencia de comerciantes y choferes. En el grupo de talleres aparecen mayores porcentajes de no asistencia, lo que refleja barreras como el tiempo, recursos, geográficas y de movilidad que no se observan al acudir a consulta. Esto evidencia que, mientras la consulta es vista como obligatoria, los talleres se perciben como opcionales, a pesar de su importancia para la promoción de la salud y el autocuidado.

En relación con la utilización de los servicios de salud, los datos muestran una alta asistencia a la consulta general, pero una menor participación en el módulo “SALUD EN TU VIDA”. Esto indica una representación social de la salud hacia un modelo biomédico de atención centrado en la consulta curativa, en contraste con una menor integración de las estrategias preventivas y educativas. No obstante, la asistencia significativa a talleres como el de control de glucosa y alimentación saludable demuestra que, cuando los pacientes acceden a estos espacios, se genera un impacto positivo en el aprendizaje y la adquisición de prácticas de autocuidado. La diferencia puede deberse a que los talleres requieren mayor participación activa y un nivel educativo más alto para

apropiarse de la información, mientras que en la consulta el mensaje es más directo y personalizado. También es posible que factores como la asistencia irregular, la falta de continuidad o la dificultad de aplicar lo aprendido en la vida cotidiana están limitando la efectividad de los talleres.

Los resultados sugieren que la consulta médica sigue siendo el principal espacio de educación en salud, pero los talleres requieren ajustes metodológicos que permitan que los pacientes realmente comprendan, recuerden y apliquen las prácticas de autocuidado. Aunque los talleres están diseñados para educar en autocuidado, los pacientes que solo van a consulta parecen tener mayor claridad en la identificación de estas prácticas.

Las barreras reportadas para no acudir a los talleres —falta de tiempo, desinterés, carencia de acompañantes o limitaciones económicas— reflejan la necesidad de adaptar los programas de educación en salud a las realidades de la población. Para mejorar la adherencia a programas educativos en diabetes es importante la asistencia sostenida lo cual no solo requiere de voluntad individual, sino también y condiciones materiales de vida adecuadas.

Finalmente, los resultados sobre las condiciones materiales de vida (vivienda propia en la mayoría, pero ingresos bajos que no superan los \$4,000 mensuales en gran parte de la muestra) refieren que el autocuidado en la diabetes no puede entenderse como una responsabilidad exclusivamente individual. Las prácticas de autocuidado están mediadas por determinantes sociales de la salud —ingreso, educación, empleo— que limitan o protegen la capacidad de las personas para mantener hábitos saludables.

Por ello, la promoción de la salud en este contexto debe asumirse desde una perspectiva intersectorial que integre políticas sociales, económicas y sanitarias. Estos resultados permiten articular el análisis de condiciones materiales de vida (vivienda, ocupación, escolaridad) con las prácticas de salud, mostrando cómo las desigualdades sociales pueden limitar la efectividad de los programas como los talleres del MAI. Lo referido sobre los ingresos es importante porque los ingresos bajos pueden impactar de manera negativa en las prácticas de autocuidado, limitando la compra de alimentos adecuados, la asistencia constante a consultas o talleres y el apego a los tratamientos farmacológicos. Asimismo, las diferencias observadas entre ambos grupos permiten pensar que los asistentes a talleres podrían enfrentar condiciones materiales de vida más precarias, lo cual se relaciona con los resultados sobre vivienda y nivel educativo, configurando un perfil de mayor precariedad de las condiciones de vida.

El comparativo entre los dos grupos, los resultados permiten identificar diferencias entre las personas que únicamente acuden a la consulta general y aquellas que participan en los talleres del programa DIABEMPIC.

La participación a las prácticas de autocuidado de las personas con DM2 en este trabajo pudo verse reflejada (94%) asisten solo a consulta general con frecuencia y recibiendo la información (88%) e identifican prácticas para seguir cuidando de su salud (96%) y que con los mayores porcentajes en cada una de las prácticas señala que en consulta general es donde han recibido información (88%), asiste con mayor frecuencia a su consulta general (94%) e identifican y llevan a cabo las prácticas (96%), puede asegurarse que están teniendo conocimientos y llevando a la práctica lo aprendido.

Si bien, los talleres ayudan y aportan conocimientos y refuerzan las prácticas de autocuidado de las personas con diabetes, en este trabajo se identificó que hay diferencias en cuanto a la implementación de las prácticas en comparación de las personas que acuden únicamente a consulta general. Solo el 68% de la muestra indicó que recibe información dentro de los talleres del MAI.

En cuanto a la participación de las prácticas de autocuidado se demostró lo siguiente: el 22% tiene control de glucosa, el 42% de hipoglucemias, en cuanto control de insulina se identificó que 42% lo realiza un 48% realiza alguna actividad física para control de los niveles de glucosa en sangre.

En cada caso incluyen un monitoreo regular de los niveles de glucosa en sangre (62%), niveles de glucosa 2hrs después de la ingesta (58%), una dieta saludable y control de alimentación (50%), ejercicio físico constante (28%), cuidado de los pies (46%), cumplimiento de los medicamentos, y el conocimiento de otros factores de riesgo como presión arterial (34%), colesterol (18%) y triglicéridos (17%).

El análisis de las condiciones materiales de vida de los pacientes con DM2 expresa las desigualdades sociales entre los participantes que asistieron únicamente a consulta y los que participan en los talleres del MAI en el Centro de Salud “Guillermo Román y Carrillo”. En términos de escolaridad, ambos grupos presentan una alta concentración en niveles básicos (primaria y secundaria). Sin embargo, en los talleres se observa una mayor proporción de participantes con primaria incompleta lo que puede limitar la comprensión de información sobre la enfermedad y las recomendaciones

médicas. Por otro lado, los pacientes de consulta presentan una ligera presencia de estudios medios o técnicos, lo que podría favorecer un mejor acceso a información y recursos de salud.

Respecto a la ocupación, en ambos grupos predomina el informal, lo que se esperaba porque son servicios públicos. Los pacientes con empleo formal se espera que acudan a los servicios de seguridad social.

Los asistentes a consulta se concentran más en actividades de tipo informal como comercio y oficios, mientras que en los talleres la distribución refleja una combinación entre hogar, comercio y oficios con menor presencia de empleos formales. Esta característica se vincula directamente con la precariedad laboral y la irregularidad en los ingresos, lo cual condiciona determina las prácticas de autocuidado y de tratamiento de la DM2.

El análisis de la vivienda también subraya estos resultados. Aunque la mayoría de la muestra habita en casa propia, se identifican diferencias entre los de consulta y los de talleres. La menor proporción de vivienda propia entre los asistentes a talleres es un indicador de mayor vulnerabilidad económica y residencial, lo cual puede incidir en la continuidad de las prácticas de autocuidado y en la adherencia al tratamiento.

En cuanto al ingreso mensual, la mayoría de los pacientes se concentra en ingresos bajos: \$4,000 a \$6,000 mensuales. No obstante, entre los asistentes a talleres la proporción de quienes perciben \$4,000 es menor (38% frente a 52% en consulta), y desaparece la categoría de ingresos superiores a \$8,000. Esto refleja una condición más

precaria en los talleres, que se suma a la baja proporción de vivienda propia y a los menores niveles educativos.

Los resultados reflejan que los pacientes que participan en los talleres del MAI enfrentan condiciones materiales de vida más precarias, caracterizado por menores ingresos, menor acceso a vivienda propia y niveles educativos más bajos. Estas condiciones limitan sus capacidades para integrar prácticas de autocuidado, lo que plantea la necesidad de reforzar las estrategias de promoción de la salud con un enfoque diferenciado que considere los determinantes sociales de la salud.

Capítulo VI Conclusiones

El análisis realizado en esta investigación permite identificar algunos de los determinantes sociales en relación con las prácticas de promoción de la salud y autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que participan en el programa **DIABEMPIC** y en el módulo “SALUD EN TU VIDA” del Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román y Carrillo.

Esta población estudiada presenta condiciones materiales de vida precarias que pueden dificultar de cierta forma un acceso a la información sobre el cuidado de su salud y la implementación de prácticas de promoción de la salud en sus vidas. También hay elementos que son inherentes a los sistemas de salud como la disponibilidad de medicamentos y otros recursos materiales que son fundamentales para la continuidad de su tratamiento y cuidado. En el estudio se reportó que los pacientes con diabetes en esta unidad han tenido acceso constante a medicamentos como la insulina, así como a suministros como tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y jeringas. Por lo que se puede inferir que la problemática para el autocuidado está relacionada con sus condiciones de vida. Los resultados sobre las condiciones materiales de vida y el acceso a políticas sociales expresado en el nivel educativo son precarios. Las condiciones materiales de vida de la mayoría de las personas encuestadas cuentan únicamente con educación básica y reporta ingresos menores a \$4,000 mensuales. Dichas condiciones limitan el acceso a información de calidad, la implementación de prácticas de autocuidado y la posibilidad de sostener hábitos saludables a largo plazo. A ello se suma que una parte importante de la población se dedica al hogar o al comercio informal,

actividades caracterizadas por la precariedad laboral, largas jornadas y sedentarismo, factores que potencian el riesgo de complicaciones asociadas a la DM2.

La alta presencia de mujeres con DM2 en este estudio indican la necesidad de estrategias diferenciadas. Por lo que es necesario hacer investigaciones con enfoque de género y revisar la literatura científica acerca de cómo influye la determinante de género, en el acceso a tratamiento y adherencia a las prácticas de autocuidado.

También se observa una alta asistencia a la consulta médica general, pero una menor participación en los talleres del módulo “SALUD EN TU VIDA”. Este resultado refleja la penetración en la población de la idea de que la atención debe estar centrada en la consulta médica y la poca incorporación de actividades preventivas y educativas, así como de promoción de la salud. No obstante, los talleres del programa DIABEMPIC muestran un impacto en las prácticas de autocuidado, especialmente en los relacionados con el control de glucosa y la alimentación saludable, que registraron los mayores niveles de asistencia.

La mayoría enfrentan inseguridad en apoyo familiar, dificultad para trasladarse y la falta de economía. Esto puede estar influenciando en sus decisiones para cuidar de la enfermedad. Abordar estas limitantes es fundamental para garantizar que todos los pacientes tengan la oportunidad de vivir vidas saludables y plenas.

Finalmente, los resultados indican la importancia de considerar los determinantes sociales de la salud —nivel educativo, ingresos, empleo y vivienda— en el diseño y ejecución de los programas de atención a personas con DM2. La implementación de

prácticas de autocuidado no puede entenderse únicamente como responsabilidad individual, sino como el resultado de condiciones de vida que deben ser abordadas mediante políticas públicas intersectoriales.

Como promotora de la salud, tomando en cuenta las líneas de acción de la Carta de Ottawa, la elaboración de políticas públicas y legislación saludables; promover leyes y normas que mejoren y protejan la salud pública de cada uno, garantizando un buen servicio de atención, así como protección. Fortalecer la acción comunitaria involucra a los pacientes para que identifiquen y resuelvan sus problemas de salud con prácticas de autocuidado.

Propuestas de estrategias de promoción de la salud.

A partir de los hallazgos de este estudio, se proponen las siguientes estrategias orientadas a fortalecer las prácticas de autocuidado y mejorar el impacto del programa DIABEMPIC:

1.- Promover la educación en salud adaptada y accesible elaborando materiales educativos visuales y prácticos con enfoque en los determinantes sociales de la salud. Implementar talleres breves y dinámicos en horarios flexibles, adaptados a las necesidades laborales y familiares de los participantes.

2. Fortalecimiento de la participación comunitaria: promover grupos de apoyo entre pacientes para compartir experiencias y motivación. Involucrar a familiares y cuidadores en los talleres para reforzar las prácticas de autocuidado en el hogar.

3.- Atención a los determinantes sociales de la salud accionando a través de los programas sociales apoyo el acceso a alimentos saludables, recursos médicos y transporte, integrando otros sectores como el de educación y trabajo para reducir desigualdades sociales que impactan en el cuidado de la diabetes.

4.- Promoción de estilos de vida activos y saludables fomentando actividades físicas sencillas, individuales, familiares, colectivas y comunitarias, como caminatas o ejercicios en casa. Es decir, enfocadas en los determinantes sociales de la salud.

5.- Incremento en la adherencia a los talleres: ampliar la oferta de horarios (incluyendo fines de semana o turnos vespertinos).

6.- Atención integral y personalizada: Diseñar planes de autocuidado individualizados, considerando las condiciones de vida y recursos disponibles de cada paciente.

7.- Talleres sobre determinantes sociales de la salud para el personal sanitario para comprender las necesidades de los pacientes, así como adecuar los talleres a sus circunstancias.

Referencias

American Diabetes Association. (2024). Standards of Medical Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S1–S291.

<https://doi.org/10.2337/dc24-S001>

Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM. 2017.

Análisis de Situación de Salud (ASIS). (2024). Proceso Salud- Enfermedad. Oficina de Epidemiología DISA IV Lima Este.

Angulo, J.O. (2023). Quinto informe de gobierno de la Ciudad de México 2019-2023. Secretaría de educación, ciencia, tecnología e innovación.

Asociación Americana de Diabetes (ADA). (2023). en:

<https://diabetes.org/es/maneras-de-contribuir>

Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J.P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., Rojas-Araya, K. (2020). *Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión*. *Odovtos* [online]. 2020, vol.22, n.1, pp.11-21.

Biblioteca Nacional de Medicina (NIH). (s.f.). Medlineplus-Diabetes.

Bienestar. (2021). Gobierno CDMX.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm>

Blanco, N, E.G., Chavarría, C, G.F., Garita, F, Y. (febrero 2021). *Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico*. Revista Médica Sinergia Vol.6 (2).

Breilh, J. (2022). La salud-enfermedad como hecho social 1.

Brossard-Peña, E., García-Ríos, C. A., y Valdiviezo-Maygua, M. A. (2020). *Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos*. Revista Cubana de Enfermería, 36(1).

Cárdenas V., Pedraza, V. M., L, C., Lerma R. E. (2005). *Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2*. Ciencia uanl, vol. VIII (003), 351-357

Cárdenas, E. (2019). *Retos recientes del desarrollo y de la movilidad social*. Economía UNAM, vol., 16 (46), 228-240.

Carta de Ottawa. (1986). Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.

“Ciudad que Late y produce Salud”. (7 de abril de 2025). Capital de la transformación.

<https://gobierno.cdmx.gob.mx/noticias/damos-inicio-al-programa-ciudad-que-late-y-produce-salud/>

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). (5 de septiembre de 2023). ¿Qué es el autocuidado? – Blog.

<https://www.gob.mx/conasama/articulos/que-es-el-autocuidado>

Comité de Prácticas Profesionales de la Asociación Americana de Diabetes. (2022). *Estándares de atención médica para la diabetes 2022*. Diabetes Care;45

<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/información-general/factores-riesgo-tipo-2>

Cruz Camargo, J. R. (2013). *Estilo de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2 y de su cuidador primario*. [Tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de maestría en enfermería].

De la Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. *Journal of Negative & No Positive Results*, 5(1), 81–90.

De La Guardia, M.A., Ruvalcaba, J.C. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. *Journal of Negative and No Positive Results*, Vol.5 (Núm. 1) pp. 81-90.

De la Torre-Ugarte-Guanilo, M. y Oyola-García, A. (2014). *Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición*. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 18, núm. 1. pp. 1-6. *Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú*.

El Poder del Consumidor. (15 febrero del 2023). *El nivel socioeconómico, educativo y el género se presentan como factores de desigualdad en el tratamiento de enfermedades crónicas* - El Poder del Consumidor, editor.

<https://elpoderdelconsumidor.org/2023/01/el-nivel-socioeconomico-educativo-y-el-genero-se-presentan-como-factores-de-desigualdad-en-el-tratamiento-de-enfermedades-cronicas/>

Espinosa, L. (2004). *Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad*. *Rev. Cubana Estomatol* v.41 n.3

Federación Internacional de Diabetes (FID). (2021). *Atlas de la Diabetes*.

Federación Internacional de Diabetes (IDF). (2025).

<https://idf.org/es/?language=es>

Federación Mexicana de Diabetes, (FMD). 2020. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19*. Disponible en:

<https://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-2020-covid-19/>

García, B., Granados, J. (13 de enero-junio de 2019). Acciones en prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención: evaluación cualitativa en unidades de Nezahualcóyotl, México.

García, R., Suárez, R. (2007). *La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud*. Revista cubana de endocrinología, Vol. 18 Núm. 1

Gobierno de la Ciudad de México (CDMX). (2021). *"Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar"*. Gobierno CDMX.

Guillén, M. A. (2002). *Diabetes Mellitus*. Cómo se manifiesta, cómo evoluciona y cómo se complica.

Hernández-Teixidó, C., López-Simarro, F., Arranz Martínez, E., Escobar Lavado, F.J., Miravet Jiménez, S. (2023). *Vulnerabilidad y determinantes sociales en diabetes*. Medicina de Familia. SEMERGEN. Vol. 49. Núm.8.

Hevia, V. P. (2016). *Educación en diabetes*. Revista médica las Condes, vol., 27 (2), 271-276.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (1 de septiembre de 2022). Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).

<https://www.gob.mx/issste/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-aesp?idiom=es>

International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas. (10th ed.).

<https://diabetesatlas.org/>

Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (2025).

<https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>

Instituto de Seguridad Social (IMSS). (2022). Disponible en:

http://educacionensalud.imss.gob.mx/modelopreventivo/html/tratamiento_diabetes_mellitus.Instituto.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE). (2022). Página Web. <https://www.gob.mx/issste/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-aesp?idiom=es>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador. (septiembre de 2015). Boletín. <http://www.incmnsz.mx> › boletinSeptiembre2015 en:

<http://www.incmnsz.mx> › boletinSeptiembre2015

Instituto Nacional de Educación Pública, (2024). *Prevalencia de prediabetes y diabetes en México*. Disponible en:

<https://www.insp.mx/avisos/prevalencia-de-prediabetes-y-diabetes-en-mexico-ensanut-2022>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). *Estadísticas de defunciones registradas*. Comunicado de prensa número 26/24.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (15 de marzo del 2023). DIABETES EN MÉXICO.

www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_En-Jn.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública, (INSP). (2022) *DIABETES EN MÉXICO*. Recuperado de:

<https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>

Jacobson, A.M., de Groot, M. y Samson, J. (1995). *Investigación sobre la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus*. Dimsdale, J. y Baum, A. *Calidad de vida en la investigación en medicina del comportamiento*. Lawrence Erlbaum Associates, Pub.

Jusidman, C. (marzo-abril de 2009). Desigualdad y política social en México. Revista Nueva Sociedad.

Keys, R. (2007). *Diabetes*. Anestesia actual y cuidados críticos, Vol. 18 (Núm. 2) p.p 69–75.

Laurell, C. (15 de septiembre de 1981). *La Salud-Enfermedad como proceso social*. Coordinadora de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (México).

López, O. (2021). PROGRAMA SALUD PARA EL BIENESTAR. Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

López y Ávalos, G. M. I. (2013). *Diabetes mellitus hacia una perspectiva social*. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 39 (2), 331-345.

Madero, Z. KP., Orgulloso, B. CA. (2021). *Prácticas de autocuidado que realizan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena, Colombia*. 2021. Revista Cuidarte. 2022; vol. 13(3).

Mayo Clinic. (s. f.). *Diabetes de tipo 2 - Síntomas y causas*.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>

MedlinePlus. (2024, junio 27). Diabetes tipo 2. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.

<https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>

Medline Plus enciclopedia médica. (s. f). *Diabetes tipo 2*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm>

OpenAI. (2025). ChatGPT (Marzo 2025 version) [Large language model]. <https://chat.openai.com>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (14 de noviembre de 2024). *Diabetes*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (16 de marzo de 2009). *Comisión sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe de la secretaria.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Diabetes*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (27 de mayo de 2021). *Información actualizada sobre la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud*.

<https://www.who.int/es/news/item/27-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-27-may-2021>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-11-2024-ante-aumento-numero-casos-todo-mundo-que-se-han-cuadruplicado-ultim>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). (Fecha de consulta: 05 de abril de 2025).

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#marco>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s/f). *Promoción de la Salud. Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social.*

<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Determinantes sociales de la salud.* (6 de septiembre de 2022). Org.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud, (OPS). (2025). *Promoción de la salud, una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social.*

<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. Organización. (29 de agosto de 2022).

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717:2012-about-

Osorio Suárez, J. (2018). *Aproximación conceptual a los determinantes sociales de la salud y a los determinantes de bienestar en el departamento de Risaralda como componentes dinamizadores de la integralidad en salud pública.* Universidad tecnológica de Pereira.

Osorio, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C., Palacio, S. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables.* Rev. Hacia la Promoción de la Salud. Vol. 15, No.1, Págs. 128-143.

Pérez-Hernández, R., Flores-Hernández, S., Arredondo-López, A., et al. (2021). *Sedentarismo laboral en distintos contextos ocupacionales en México: prevalencia y factores asociados.* salud publica mex. Vol. 63(Núm 5):653-661

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., et al. (2020). *Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association*. *The Diabetes Educator, 46(4), 350–369.

Rinker, J., Dickinson, J. K., Litchman, M. L., Williams, A. S., Kolb, L. E., Cox, C., & Lipman, R. D. (2018). *Encuesta nacional sobre prácticas educativas para el autocontrol de la diabetes y educadores en diabetes de 2017*. El educador en diabetes, vol., 44(3), 260-268.

Robles, R., Cortázar, J., Sánchez, JJ., Páez, F., Nicolini, H. (2003). *Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL*. Psicothema. Vol. 15, n. 2, pp. 247-252

Rosales, R.A. y López, C.A. (2021). *Condiciones laborales y de salud: estudios de caso. Material educativo universitario de distribución gratuita de la UACM-México*.

Sánchez, J.J. (s/f). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz intervención investigación en psicología de la salud*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Salud a Vida. (agosto de 2020). Programa de Promoción y Prevención de la Diabetes.

<https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/SALUD%20EN%20TU%20VIDA%20.pdf>

Secretaría del Bienestar. (s/f). Autocuidado e Higiene. Secretaría del Bienestar.

<https://www.bienestar.gob.mx/sibien/index.php/salud/13-salud/4-autocuidado-e-higiene>

Secretaría de Salud. (10 de noviembre de 2019). Salud, IMSS e ISSSTE fortalecen la prevención y detección oportuna de diabetes. Comunicado.

<https://www.gob.mx/salud/prensa/salud-imss-e-issste-fortalecen-la-prevencion-y-deteccion-oportuna-de-diabetes>

Secretaría de Salud (SEDESA). (2022).

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/secretaria/historia>

Secretaria de Salud (SEDESA). (2024). Enfermedades Cardiometabólicas. Programa De Acción Específico.

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>

Secretaria de salud. (23 de junio de 2018). Observatorio nacional de inequidad en salud.

<https://www.gob.mx/salud/articulos/observatorio-nacional-de-inequidades-en-salud-onis-162090>

Salud en tu Vida, Salud para el Bienestar. (9 de agosto de 2021). Salud en tu vida.

<https://gobierno.cdmx.gob.mx/noticias/presentamos-salud-en-tu-vida-salud-para-el-bienestar/>

Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Gaona-Pineda, E. B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., Rivera-Dommarco, J. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19*. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública.

Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12, 14.

Sigerist, C. (1946). The American diabetes association. *The Medical Clinics of North America*, 31(2), 483–487.

Silva, R. (s/f). (28 de julio del 2025). VIVIENDO CON DIABETES, VIVIENDO BIEN. Manual para personas que viven con diabetes. Clínica especializada en el manejo de la diabetes de la ciudad de México.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus tipo 2. (1 de abril de 2024) en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/909922/Informe_SVEHDMT2_1ertrim_2024.pdf

Triviño, Z., Stiepovich, J., Merino, J. (2007). *Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post-menopáusicas de Cali, Colombia*. Vol.38(4): 395-407.

Velásquez, M. (2014). Conocimiento y Práctica del Autocuidado del profesional de Enfermería del Servicio Pediatra del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 35-42.

Velázquez, S. (s.f.). *Salud física y emocional. Sistema de universidad virtual*.

https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT103.pdf

Vite-Solórzano, F., Flores-García, J.H., Sornoza-Párraga, A.V., Sornoza-Párraga, J.A. (16, junio de 2020). *Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Práctica de autocuidado en diabetes tipo 2*. *Revista Sinapsis*. Vol. 1, ISSN 1390 – 9770.

ANEXOS

Encuesta

Cuestionario individual

**Encuesta individual para pacientes en Atención integral con
Diabetes en el CST-III Dr. Guillermo Román y Carrillo 2022**

FOLIO_____

Fecha en que se llena la encuesta____/____/____

I. DATOS INFORMATIVOS

1. Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐

2. Edad: _____años cumplidos

3. Alcaldía: _____ AGEB: _____

4. Lugar de Nacimiento: _____

5. Estado Civil: Casado ☐ Soltero ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐

6. ¿Tiene hijos? _____ ¿Cuántos? _____ edad: ____, ____, ____, ____ ...

7. ¿Cuántos de ellos estudian? _____

8. ¿Cuántos viven con usted? _____

9. ¿Cuál es su profesión u oficio?

II. CONDICIONES DE SALUD

A continuación, le hacemos unas preguntas referidas a su salud. Marque con (X) en la letra correspondiente a su respuesta (una sola respuesta por pregunta)

10. ¿Con qué regularidad acude usted a consulta?
Frecuentemente ☐ Poco frecuente ☐ Muy poco frecuente ☐

11. ¿Acude a los talleres de la unidad de salud para conocer prácticas de autocuidado en relación a su diabetes?
Sí ☐
No ☐

12.	Si su respuesta a las preguntas 10 y 11 fueron un NO, indique ¿Por qué? No me gusta asistir ☐ No cuento con los recursos económicos ☐ No hay quien me acompañe ☐ No tengo tiempo ☐ No puedo transportarme con facilidad ☐ Otro motivo, indique: _____
13.	¿Qué talleres ha recibió en el Módulo de atención Salud en tu vida? ☐ 10 Pasos para prevenir pie diabético y amputaciones ☐ Control de la glucosa = a sentirse mejor – Beneficios del autocuidado en diabetes ☐ Alcanzando los objetivos de control – Metas de control en diabetes ☐ Los carbohidratos elevan la glucosa –Identificación de carbohidratos ☐ Comer bien para controlar mi glucosa – El método del plato ☐ Hipoglucemia = Baja de azúcar – Regla de los 15 ☐ Mover el cuerpo para controlar la glucosa – Ejercicios y Actividad física ☐ La insulina es parte del tratamiento – Técnica correcta de aplicación
14.	Historia familiar ¿Quién de sus familiares tiene o tuvo diabetes? Sí, mi mamá y papá ☐ Sí, sólo mi mamá ☐ Sí, sólo mi papá ☐ Sí, algún otro familiar: (1) hijo (2) abuelos (3) tíos (4) sobrinos) _____ No, ningún familiar ☐

III. PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONOCIMIENTOS

15.	¿El médico en la consulta le explica a detalle las prácticas de autocuidado? Sí ☐ No ☐
16.	¿El profesional de la salud le explica a detalle las prácticas de autocuidado en el módulo? Sí ☐ No ☐
17.	¿Cuál de estas indicaciones ha recibido en consulta? Puede marcar más de una respuesta. Tomar medicamentos en tiempo y forma ☐ Llevar una dieta especial ☐ Bajar de peso ☐ No bebidas alcohólicas ☐ Hacer ejercicios y actividad física regularmente ☐
18.	¿Y cuál de estas, por el profesional en el módulo? Puede marcar más de una respuesta Tomar medicamentos en tiempo y forma ☐ Llevar una dieta especial ☐ Bajar de peso ☐ No bebidas alcohólicas ☐ Hacer ejercicios y actividad física regularmente ☐

19.	¿Le han informado a usted cuáles son las cifras normales que debe considerar en su nivel de glucosa? Sí ☐ No ☐
20.	¿Quién? Mi médico en consulta ☐ En el módulo, con el profesional de la salud ☐ Alguien más ☐
21.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia aproximada se ha controlado su azúcar en sangre? Cantidad de veces _____ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes ☐ Por año ☐ No tengo un control ☐
22.	Si su respuesta a la pregunta anterior fue un NO, indique ¿Por qué? No cuento con glucómetro ☐ No tengo tiras reactivas ☐ La unidad de salud no cuenta con el material ☐ Desconozco mis niveles ☐ Al lugar donde puedo ir me cobran, no cuento con recursos ☐
23.	¿Cuál de estas actividades lleva a cabo? Puede marcar más de una respuesta Reviso mis pies diariamente ☐ Lavo mis pies con jabón neutro diariamente ☐ Seco mis pies principalmente entre mis dedos ☐ Aplico talco con medida si hay sudoración o humedad ☐ Aplico crema evitando colocar entre los dedos ☐ Uso calcetines de algodón, sin resorte ni costura ☐

	Compro calzado adecuado ☐ Corto mis uñas en línea recta y limo las orillas de forma redondeada ☐ Reviso el interior de mis zapatos antes de ponérmelos ☐ Evito caminar descalzo ☐
24.	El medico en consulta o el profesional de la salud, ¿le ha revisado los pies, descalzo? Sí, el médico en consulta ☐ Sí, el profesional de la salud en el módulo de salud ☐ ☐ Ninguno de los dos ☐
25.	¿Cuándo fue la última vez que usted revisó cuidadosamente sus pies y sin calcetines? HACE UNA SEMANA ☐ HACE UNOS MESES ☐ NO LOS HE REVISADO ☐ NUNCA ☐
26.	Si a la pregunta anterior respondió con un NUNCA, podría indicar el ¿Por qué? No sé cómo hacerlo ☐ No tengo tiempo ☐ No alcanzo a verme los pies ☐
27.	¿El médico o profesional de la salud le ha recomendado llevar a cabo un ejercicio o actividad física? El médico en consulta ☐

	El profesional de la salud en el módulo ☐ Ninguno de los dos ☐
28.	De estas recomendaciones, ¿Cuáles realiza? ☐ Realizo 10,000 (diez mil) pasos diarios (1.5 km o de 30 a 35 minutos) ☐ Realizo de 20-40min al día de actividad física vigorosa, por los menos 5 días a la semana ☐ Practico un deporte o baile especial ☐ No realizo ninguna actividad
29.	Si no realiza alguna actividad física ¿Por qué? Puede marcar más de una respuesta No hay lugares cerca donde pueda realizar alguna ☐ No hay seguridad en el lugar ☐ Falta de ánimo y alguna discapacidad ☐ No tengo tiempo ☐ No cuento con los recursos ☐
30.	¿Cuáles son los beneficios que ha experimentado después de realizar alguna actividad física con regularidad? Mejora mi estado de ánimo ☐ Duelmo mejor ☐ Mejora mi rendimiento y energía ☐ Soy más independiente y hago yo solo mis cosas ☐ No tengo dolor, etc. ☐

31.	La recomendación de la Regla de los 15 en Hipoglucemia (baja de azúcar) ¿De dónde lo recibió? Del médico en consulta ☐ Del profesional de la salud en el módulo ☐ Nadie ☐
32.	¿Usted qué método realiza en una Hipoglucemia, (cuando le baja el nivel de azúcar)? COMO ALGÚN ALIMENTO ☐ COMO ALGÚN DULCE ☐ TOMO ALGÚN REFRESCO [COCA-COLA, PEPSI] ☐ (OTRO) ESPECIFIQUE: _____
33.	Si en su control de diabetes se aplica usted insulina, ¿reconoce la técnica correcta de aplicación? Sí, por el médico en consulta ☐ Sí, por el profesional de la salud en el módulo ☐ No sé de la técnica ☐
34.	¿Cuántas veces y con qué frecuencia se aplica la insulina? VECES: _____ FRECUENCIA: Diario ☐ A la semana ☐ En ocasiones ☐ No me la aplico ☐
35.	Si a la pregunta anterior, respondió con un NO, marque la razón por la que no lleva a cabo su aplicación. Desconozco como aplicarla ☐ Falta de suministro de insulina en mi unidad ☐

	No cuento con los recursos para adquirirla ☐
36.	¿Conoce las cifras que debe manejar en ayunas del: Nivel de glucosa Sí ☐ No ☐ Glucosa 2 h después de la ingesta Sí ☐ No ☐ Presión arterial (sistólica – diastólica) Sí ☐ No ☐ Rango de colesterol Sí ☐ No ☐ Rango de triglicéridos Sí ☐ No ☐
37.	¿Cuál de estos alimentos consume con regularidad? Puede marcar más de una respuesta Frutas ☐ Cereal, pan, pasta, arroz, maíz, papa ☐ Frijoles, legumbres y lentejas ☐ Verduras ☐ Galletas, caramelo, torta, mermelada, jalea, miel ☐ No los consumo con regularidad ☐ Refresco ☐
38.	¿Cuál de estos alimentos no consume con regularidad? Refrescos ☐ Carnes ☐ Pollo ☐ Verduras ☐

	Agua ☐
39.	Señale ¿Por qué? Puede señalar más de un recuadro Porque me genera un gasto innecesario☐ Porque es caro☐ Porque es dañino para mi salud☐ Porque no me agrada su sabor☐ No puedo desplazarme y comprarlos☐
40.	¿Quién le ha explicado cómo debe balancear su alimentación, el método del plato del bien comer? Su médico ☐ El profesional de la salud de Atención integral ☐ Su nutriólogo ☐ Un familiar o conocido ☐
41.	Cuando come, ¿considera qué alimentos debe consumir para balancear su plato del bien comer? Este deberá ser un balance de: (verduras libres, proteínas (carnes, pollo), carbohidratos (tortilla, pan, galletas) Si ☐ No ☐ A veces ☐
IV. CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS (CONTEXTO ECONÓMICO Y FAMILIAR)	

42.	En algún momento de su tratamiento, ¿algo le ha dificultado o limitado para continuar con los cuidados de su salud? Adquirir un medicamento Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Consumir un alimento Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Estado de ánimo Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Su peso Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Problemas familiares Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Sus finanzas Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Desempleo Si ☐ No ☐ A veces ☐ Siempre ☐
V. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	
43.	¿Sigue las indicaciones alimenticias recomendadas? Sí, por mi médico en consulta ☐ Sí, por el profesional de la salud en el módulo ☐
44.	¿Alrededor del día, ¿Cuántas comidas realiza? Solamente una al día ☐ Dos veces al día ☐ Tres veces al día ☐ Cinco veces al día ☐ A veces ninguna ☐
45.	¿Qué le impide realizar adecuadamente su alimentación? Me desagradan ciertos alimentos ☐ La restricción de algunos alimentos ☐ No cuento con los recursos ☐

	Me quedo con hambre ☐
VI. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA	
46.	Marque con una (X) ¿cuál es su nivel de escolaridad? Sin estudios ☐ Primaria ☐ Primar incompleta ☐ Secundaria ☐ Secundaria incompleta ☐ Preparatoria ☐ Preparatoria incompleta ☐ Carrera técnica ☐ Licenciatura ☐ Posgrado ☐
47.	¿Usted lee y escribe sin dificultad? Si ☐ No, leo y escribo con dificultad ☐ No leo ni escribo ☐
48.	¿Su vivienda es? Propia ☐ Rentada ☐ Prestada ☐
49.	¿Su vivienda cuenta con agua potable? Si ☐ No ☐
50.	¿Su vivienda cuenta con drenaje? Si ☐ No ☐
51.	¿Su vivienda cuenta con luz? Si ☐ No ☐

52.	¿Con qué bienes cuenta su vivienda? (puede elegir más de una opción) ☐ Televisión ☐ Teléfono fijo ☐ Horno de microondas ☐ Teléfono celular ☐ Aparato de sonido ☐ Estufa ☐ DVD ☐ Refrigerador ☐ Televisión por cable
53.	¿Cuántas personas viven en su casa? Dos personas ☐ Tres personas ☐ Cuatro personas ☐ Cinco personas ☐ Entre seis y ocho personas ☐ Más de ocho personas ☐
54.	¿Qué medio de transporte usa con mayor frecuencia? Metro ☐ Combi ☐ Taxi (Uber, Diddi) ☐ Microbús ☐ Camión ☐ Ninguno ☐
55.	¿Cuánto gasta al día en pasajes? Nada ☐ Menos de \$ 50 ☐ Entre \$ 50 - \$ 100 pesos al día ☐ Más de \$ 100 al día ☐
56.	¿Cuánto gasta al mes en medicamentos para controlar la diabetes, aproximadamente? Entre \$100 y \$200 pesos mensual ☐ Entre \$400 y \$500 pesos mensual ☐ Más de \$1,000 pesos mensual ☐
57.	¿Cuál es el ingreso familiar mensual?

	Entre \$3,000 y \$4,000 mil mensuales ☐
	Entre \$5,000 y \$6,000 mil mensuales ☐
	Entre \$8,000 y 9,000 mil mensuales ☐
	Más de \$9,000 mil mensuales ☐
FIN DE LA ENCUESTA	

Consentimiento informado

La presente encuesta tiene como objetivo recabar información de manera directa sobre actividades diarias, que permitan conocer e identificar la influencia de factores de riesgo, protectores, condiciones de vida y de salud en relación con la Atención Integral para pacientes con Diabetes en el centro de salud -TIII Guillermo Román y Carrillo.

La información recabada permitirá llevar a cabo un análisis para poder detectar posibles riesgos contra la salud. Buscar así, una mejor planificación de los servicios de salud (medidas de atención, y prevención) que sean de beneficio para el cuidado de su salud y calidad de vida. Esta investigación podría beneficiar en un futuro a otras prácticas desempeñadas a fin de mejorar la atención dentro del centro de salud.

Toda la información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial y protegida, para ser utilizada únicamente por la estudiante de la Licenciatura en Promoción de la salud en la UACM, y no estarán disponibles para ningún otro fin. El resultado será conocer las

condiciones y prácticas con las que el paciente se enfrenta en atención a la enfermedad.

Usted puede realizar las preguntas que desee para aclarar sus dudas respecto a la encuesta o el trabajo de investigación. No tendrá que realizar gastos, ni recibirá pago alguno. Su participación es completamente voluntaria.

Firma del participante

Este cuestionario que usted llenará a continuación trata de las condiciones de vida y de Salud y sus repercusiones en ella.

1. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines epidemiológicos y estadísticos.
2. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuentes de los pacientes.
3. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.
4. Si tiene alguna duda puede consultar con el encuestador.

