

**Manejo de diabetes mellitus tipo 2: Vivencias de médicos pasantes del servicio social de la  
Universidad de Quintana Roo**

**Managing type 2 diabetes mellitus: Insights from medical interns at the University of  
Quintana Roo's social service**

*Génesis Eunice Betancourt Can*<sup>1</sup>

*Nadosly de la Caridad de la Yncera Hernández*<sup>2</sup>

*Lilia Denisse Peña Salazar*<sup>3</sup>

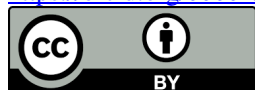
**Resumen**

Este estudio cualitativo de diseño fenomenológico tuvo como propósito comprender cuál es la vivencia de los médicos pasantes del servicio social de la Universidad de Quintana Roo en relación con el manejo de personas con diabetes mellitus tipo 2. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 8 médicos pasantes que cursaron o acababan de finalizar su servicio social. Emergieron deficiencias en sus conocimientos sobre aspectos centrales de la diabetes mellitus tipo 2 como prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. No se sentían completamente preparados ante las actividades y retos, en especial a nivel administrativo y de atención primaria. Los principales sentimientos fueron responsabilidad, miedo, frustración y vulnerabilidad por la falta de supervisión y apoyo institucional. El trabajo en equipo resultó fundamental para orientarlos, pero persistieron dificultades por conflictos de autoridad. El contacto con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 les permitió desarrollar habilidades clínicas y tomar conciencia sobre la relevancia de la empatía y la atención integral. Se concluye en la necesidad de mayor

<sup>1</sup> Licenciada en Medicina. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. México. E-mail: [genezithahoshiliu@gmail.com](mailto:genezithahoshiliu@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8370-4844>

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología. Master en Psicología Clínica. Doctora en Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. México. E-mail: [nadoslyncera@gmail.com](mailto:nadoslyncera@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0606-3059>

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología, Especialista en Docencia con base en competencias y Maestra en Educación. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. México. E-mail: [psalazardenisse@uqroo.edu.mx](mailto:psalazardenisse@uqroo.edu.mx) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1082-5300>



capacitación previa al servicio social sobre manejo de diabetes, así como estrategias para mejorar su preparación y bienestar emocional.

*Palabras clave:* médicos pasantes, servicio social, diabetes mellitus tipo 2, vivencias

### **Abstract**

This phenomenological qualitative study aimed to explore the experiences of medical interns from the University of Quintana Roo in managing patients with type 2 diabetes mellitus. Eight medical interns, who had recently completed or were in the process of completing their social service, participated in semi-structured interviews. The study revealed gaps in their understanding of key aspects of type 2 diabetes mellitus, including prevention, detection, diagnosis, and treatment. The interns felt inadequately prepared for their roles and responsibilities, particularly in administrative tasks and primary care. They expressed feelings of responsibility, fear, frustration, and vulnerability due to a lack of supervision and institutional support. Despite the importance of teamwork in guiding their practice, conflicts with authority figures posed challenges. Interactions with diabetic patients enabled the interns to hone their clinical skills and underscored the importance of empathy and holistic care. The study concludes with a call for enhanced training in diabetes management prior to social service, along with strategies to bolster the interns' preparedness and emotional well-being.

*Keywords:* medical interns, social service, type 2 diabetes mellitus, experiences

### **Introducción**

La diabetes mellitus tipo 2 es un padecimiento crónico e irreversible del metabolismo, que ocurre cuando se produce un exceso de glucosa en la sangre y en la orina, debido a una reducción en la cantidad de la insulina y por consecuencia a una deficiencia de su acción (Navarro Contreras y Gaspar Lázaro, 2018). Actualmente, este padecimiento es incurable y

generalmente evolutivo. Sin embargo, su manejo radica en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, por lo tanto, si la diabetes mellitus tipo 2 no es controlada de manera adecuada en base a lo que ya está documentado y establecido, puede llevar a serias complicaciones médicas como: enfermedades cardíacas, problemas circulatorios, problemas renales, en ojos, en los miembros superiores e inferiores, etc.

A partir de la vivencia de una de las autoras, al realizar el año de servicio social en la comunidad de Adolfo López Mateos, se identificaron inquietudes tras haber tenido la experiencia en la atención con pacientes con diabetes mellitus tipo 2, quienes no mantenían un adecuado control de su glucemia, las cuales se relacionan con la comprensión sobre si los médicos pasantes al irse al servicio social están lo suficientemente capacitados para enfrentar esta situación, para lograr llevar en las personas con este padecimiento un adecuado control, mediante acciones ya documentadas que se deben realizar en el manejo de este padecimiento. O de no ser así, ¿cuáles son las razones que existen en relación con los médicos pasantes del servicio social por las que el control no se logra en dichas personas con este padecimiento?

Es así como surge el presente trabajo, en el que se utilizó un diseño fenomenológico. La información fue recolectada de acuerdo con las vivencias, y se basó en la metodología cualitativa. El objetivo de la presente investigación fue comprender cual es la vivencia de los médicos pasantes en servicio social de la Universidad de Quintana Roo en relación con el manejo de personas con diabetes mellitus tipo 2.

La finalidad de este trabajo es aportar información, para preparar a los futuros médicos pasantes de la Universidad de Quintana Roo antes de que cursen el servicio social. Para esto, es muy importante que durante su formación el estudiante esté bien capacitado en el manejo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ya que es uno de los principales padecimientos que se

presentan con mayor frecuencia en las poblaciones con las que los médicos pasantes del servicio social tienen contacto durante sus prácticas. Este pertenece a los resultados del proyecto de investigación: “Atención primaria a la salud: intervención comunitaria y autocuidado en Diabetes Mellitus Tipo 2 “registrado en la Universidad de Quintana Roo con el número de folio PI-32/19.

Se busca comprender cuál es la vivencia de los médicos pasantes en el servicio social de la Universidad de Quintana Roo en relación con el manejo de personas con diabetes mellitus tipo 2. Para lo cual se habló con médicos pasantes que se encontraban realizando su servicio social en las sedes de los Servicios Estatales de Salud y en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de agosto del 2019 a Julio del 2020, y de médicos egresados en un periodo menor a un año.

La diabetes mellitus tipo 2 se define como un desorden metabólico debido a diversas causas, el cual se caracteriza por hiperglucemia crónica ligada a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y de grasas de carbono, que son producidos como consecuencia de la deficiencia de insulina (Herrera Lían et al., 2012). Por lo tanto, no es una enfermedad curable y solo puede ser controlada. En países latinoamericanos la diabetes mellitus afecta mayormente a personas adultas mayores, debido al incremento de obesidad, de los malos hábitos alimenticios y de una vida sedentaria.

El Informe Mundial de la Diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostrado en el año 2016, estimó que el número de personas con diabetes mellitus tipo 2 se ha incrementado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). La prevalencia a nivel mundial de la enfermedad en adultos (mayores de 18 años) ha incrementado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. Esta prevalencia ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2016).

En nuestro país el porcentaje de adultos con diabetes mellitus tipo 2 (diagnóstico previo establecido por un médico) creció 25% entre cada encuesta nacional (de 4 a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8 a 7% entre 2000 y 2006) (Balcázar-Rueda et al., 2022).

A nivel estatal, en Quintana Roo la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 por diagnóstico ha sido un poco más en mujeres (7,0%) que en hombres (5,5%) en 2012. Tanto en hombres como en mujeres la prevalencia del diagnóstico previo de la enfermedad incrementó en el grupo de 40 a 59 años (10,0 y 12,5% respectivamente), la cual aumentó un poco más en hombres de 60 años o más (15,1%), así como el del doble en mujeres de la misma edad (28,2%) (Balcázar-Rueda et al., 2022).

El servicio social es aquella acción en la que los pasantes de una carrera profesional realizan prácticas temporalmente y de forma obligatoria, antes de obtener su título profesional mediante una beca en beneficio de la sociedad, como parte de su formación (Sozzani, 2007). Este tiene como objetivo asociar el ejercicio de su profesión con el desarrollo social y con el ámbito laboral.

Dentro de los propósitos esenciales en el caso de los médicos pasantes en servicio social, se encuentra relacionar al futuro médico con su entorno y con acciones sociales, dar apoyo a los lugares más apartados y necesitados del país (Cervantes Rosas, 2018). Esto con el objetivo de devolver a la sociedad lo que ésta ha invertido en la educación del alumno (Sozzani, 2007).

En México el servicio social en medicina ha sido dirigido hacia dos componentes esenciales: uno académico y el otro asistencial. Desde los años noventa, fueron organizadas las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), en las cuales se esperaba que el año del servicio social estuviera enfocado a la asociación de la clínica con la práctica de la Salud Pública, y así, se fortaleciera no

sólo la aplicación de conocimientos previos, sino el desarrollo de competencias para un ejercicio médico integral (Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2012).

Por esto, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) en el 2003 creó unas competencias para los médicos mexicanos, las cuales permiten darle solución a las necesidades, desde el punto de vista del conocimiento científico universal, articulando, local y universal (Abreu Hernández et al., 2008).

Los futuros médicos pasan por múltiples vivencias a lo largo de su carrera, desde que son estudiantes de primer semestre hasta culminar esta carrera con en el servicio social, en el cual el manejo de las personas con diabetes mellitus tipo 2 forma una de ellas, que, si bien puede ser bueno o malo para el control de estas personas, esto debido a múltiples factores a los cuales los médicos pasantes en servicio social enfrentan día a día.

Por lo que la pregunta de investigación del presente estudio es: ¿Cuál es la vivencia de los médicos pasantes del servicio social de la Universidad de Quintana Roo en relación con el manejo de personas con diabetes mellitus tipo 2?.

### **Marco teórico**

#### **Descripción de la diabetes mellitus tipo 2 y su prevalencia en el mundo, México y Quintana Roo**

La diabetes mellitus tipo 2 es un desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica, causado por la deficiencia en la secreción de insulina y/o resistencia a su acción (Herrera Lían et al., 2012). Los principales factores de riesgo son el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada. Representa un problema importante de salud pública por sus múltiples complicaciones.

A nivel mundial, el número de personas con diabetes mellitus tipo 2 se incrementó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 (OMS, 2016). La prevalencia en adultos aumentó del 4,7% al 8,5% en el mismo periodo, con un ascenso más rápido en países de ingresos medianos y bajos. Se estima que en 2025 existirán cerca de 300 millones de personas con esta enfermedad (OMS, 2016).

En México, la prevalencia pasó de 4% en 1993 a 9,2% en 2012. Para 2025 se proyectan 11,7 millones de casos, ubicando al país entre los primeros lugares mundiales (Moreno Altamirano, 2001). En Quintana Roo la prevalencia fue de 6,2% en 2012, por debajo del promedio nacional. Sin embargo, se observa un aumento importante a partir de los 40 años, alcanzando 15,1% en hombres y 28,2% en mujeres de 60 años y más (Balcázar-Rueda et al., 2022).

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema prioritario de salud que requiere estrategias efectivas de prevención, detección temprana, control y manejo de complicaciones.

### **Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2**

El diagnóstico de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 se realiza a partir de los 20 años en población general, mediante medición de glucemia plasmática en ayunas, prueba de tolerancia oral a la glucosa y hemoglobina glucosilada (HbA1c) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

El tratamiento incluye educación al paciente, cambios en el estilo de vida (dieta, actividad física, control de peso), automonitoreo de glucemia capilar, farmacoterapia con diferentes grupos de fármacos como biguanidas, sulfonilureas, inhibidores de DPP4, análogos de GLP-1, inhibidores de SGLT2, entre otros; con el fin de controlar los niveles de glucosa, prevenir complicaciones agudas y crónicas, y reducir la mortalidad (Secretaría de Salud, 2010). En

México, la primera línea farmacológica es la metformina, agregando luego otras opciones en caso necesario. No se recomienda iniciar con combinación de sulfonilureas por el riesgo de hipoglucemia. Los inhibidores de SGLT2 solo se sugieren en obesos con terapia previa sin control.

El manejo integral de la diabetes mellitus tipo 2 debe realizarse por un equipo multidisciplinario de salud en el primer nivel de atención, con participación activa del paciente y su familia. Requiere además del fortalecimiento de las políticas de salud pública para la prevención y detección oportuna de esta epidemia.

### **Servicio social en medicina y las competencias del médico general y pasante**

El servicio social es una actividad obligatoria previa a la obtención del título profesional, que vincula la formación académica con las necesidades sociales. En medicina surgieron iniciativas desde 1886, pero se formalizó en México a partir de 1935 mediante convenios entre universidades y gobierno (Mazón Ramírez et al., s.f.). Al respecto, existen diversas modalidades, como campos clínicos, investigación, vinculación y programas universitarios. Los pasantes pueden realizarlo en sitios con oportunidades académicas para un mejor desempeño.

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) estableció 7 competencias genéricas que todo médico general mexicano debe dominar: atención médica general, bases científicas de la medicina, metodología e instrumental en ciencias y humanidades, ética y profesionalismo, calidad de la atención y trabajo en equipo, atención comunitaria, y participación en el sistema de salud (Abreu Hernández, 2008). En tal sentido, en el servicio social los pasantes integran y aplican conocimientos y habilidades clínicas, desarrollan competencias interpersonales y de comunicación, reúnen información, realizan diagnósticos,



proporcionan consejería e instrucciones terapéuticas, establecen cuidados y relaciones con pacientes.

### **Vivencias y su definición como categoría psicológica, así como algunos estudios sobre las vivencias de estudiantes de medicina y enfermería**

Las vivencias son la experiencia subjetiva de una situación que adquiere un individuo, interpretando y dándole sentido a la realidad. Reflejan aspectos socioculturales y personales, constituyendo la unidad entre la personalidad y el entorno. Vigotsky (2021) definió la vivencia como la unidad psicológica del desarrollo humano, explicando la combinación entre influencias externas y la organización psicológica de cada persona. La vivencia es una experiencia emocional que refleja tanto las características propias del individuo como las del contexto en el que se encuentra (Fariñas León, 1999; Erausquin, 2016).

Vigotsky (2021) argumentó que la vivencia es una unidad psicológica que representa la interacción entre las influencias externas (como el entorno sociocultural) y la organización psicológica interna de un individuo (Erausquin, 2016). Esta interacción es fundamental para el desarrollo humano, ya que permite a los individuos interpretar, valorar y dar sentido a su realidad. Además, destacó la importancia de la vivencia en el proceso de aprendizaje y desarrollo. Según él, las experiencias de "buen aprendizaje" en "zonas de desarrollo" permiten a los individuos apropiarse de la cultura de su época.

Existen pocos estudios sobre vivencias de médicos pasantes. La mayoría se enfocan en expectativas, sentimientos, dificultades y debilidades al inicio de prácticas clínicas. Hay incertidumbre, ansiedad, angustia y miedo ante situaciones nuevas y desconocidas. También se documentan dificultades en la relación médico-paciente, para mostrar empatía, por temor a

equivocarse o sobrepasar su rol de estudiante. Requieren mayor preparación en habilidades de comunicación y humanísticas. En enfermería se describen vivencias similares de inseguridad, tensión y falta de reflexión al principio, evolucionando luego a mayor seguridad y enriquecimiento del conocimiento práctico. Surgen emociones encontradas ante situaciones como muerte de pacientes.

### **Materiales y métodos**

La presente investigación consistió en un diseño fenomenológico; ya que la información fue recolectada en base a las vivencias de sus participantes, y se basó en la metodología cualitativa. Cabe mencionar que los datos fueron recolectados en un momento dado y en un tiempo único, por lo que también constituyó una investigación transversal.

La metodología cualitativa se basa principalmente en la hermenéutica, ya que está relacionada con la acción interpretativa de los textos con el objetivo de construir su sentido. Por lo tanto, los relatos de los participantes forman la unidad de análisis y no hace uso de la medición para analizar los datos; trata de comprender los fenómenos estudiados, intentando descubrir o afinar las preguntas de investigación (Ortiz-García, 2006; Salgado Lévano, 2007). Es más flexible y abierto, y el curso de las acciones se rige por el campo (los participantes y la evolución de los eventos), de esta manera, el diseño se va ajustando a las condiciones del medio o del ambiente.

Los estudios fenomenológicos-hermenéuticos buscan explorar, describir y entender las experiencias desde el punto de vista de los participantes respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias (Sampieri, 2014).

Los participantes fueron ocho médicos (5 médicas y 3 médicos) pasantes de la Universidad de Quintana Roo, que estuvieran realizando su servicio social actualmente o que lo

## MANEJO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: VIVENCIAS DE PASANTES MÉDICOS

hayán concluido hace menos de un año en las sedes de los Servicios Estatales de Salud y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, seleccionados por medio de muestreo intensional. Se hicieron 8 entrevistas ya que se alcanzó la saturación teórica.

También se utilizó la técnica de bola de nieve para contactar con los participantes del estudio. La cual consistió en contactar a informantes claves que nos presentaran a otros futuros participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Para comenzar ese proceso, la autora contactó con compañeros de la carrera que estudiaron con ella.

A continuación, se presentan las características de cada uno de los entrevistados que participaron en este estudio (Tabla 1):

**Tabla 1***Características de los entrevistados*

Número de participante	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino
Edad	29	28	26	31	27	28	28	28
Lugar de origen	Chetumal, Q. Roo	Mérida, Yuc.	Cancún, Q. Roo	Chiapas	Chetumal, Q. Roo	Mérida, Yuc.	Belice	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Generación	2011-2020	2012-2019	2012-2019	2012-2019	2013-2019	2011-2019	2011-2019	2012-2019
Servicio social (institución)	Centro de salud rural Nachicocom	Centro de salud rural Maya Balam	IMSS H.G.Z. #18 Playa del Carmen	Centro de salud rural Limones	Centro de salud rural Chumpón	Centro de salud rural Manuel Crescencio Rejón	Centro de salud rural Sacalaca	Rotatorio en la comunidad de Nachicocom

Los criterios de inclusión consideraron:

- a) Médicos pasantes de la Universidad de Quintana Roo que estén realizando su servicio social actualmente o que lo hayan concluido hace menos de un año.
- b) Médicos pasantes que hayan hecho o se encuentren haciendo su servicio social en las sedes de los Servicios Estatales de Salud y en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- c) Médicos pasantes que en su servicio social hayan estado en contacto con personas con diabetes mellitus tipo 2 durante su servicio social.

d) Disposición a participar en el estudio con base en el consentimiento informado.

Se excluyeron quienes no cumplieron con estos criterios

Para la recopilación y análisis de datos se utilizaron:

Entrevista semiestructurada: se basa en una guía de asuntos o preguntas, el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información; con el propósito de conocer la problemática a investigar y determinar cómo se está presentando el fenómeno (Sampieri, 2014).

Técnica de asociaciones libres: Consiste en expresar sin discriminar a los pensamientos que vienen a la mente del participante, ya sea a partir de un elemento dado (una palabra, número, imagen de un sueño, o cualquier otra representación) ya sea de manera espontánea, la cual, tiene como objetivo poner en evidencia un determinado orden del inconsciente.

En esta técnica se emplean palabras – estímulos que son escogidas por el investigador y que hacen referencia al objeto de la investigación.

Con el objetivo de conocer la problemática a investigar y determinar cómo se está presentando el fenómeno, fue necesario contar con instrumentos y herramientas que permitieran seleccionar a la población, por lo que a continuación se mencionan de manera breve y clara una descripción.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de campo que es el acopio de testimonios que permiten confrontar los aspectos teóricos con la realidad investigada. Ello, a través de la observación o el contacto directo con el objeto y sujetos de estudio.

La selección de participantes fue por conveniencia, siguiendo la técnica de entrevista semiestructurada, se identificaron a ocho participantes del estudio por medio de invitación y de forma voluntaria.

Se realizó una guía de entrevista semiestructurada con el propósito de explorar las vivencias de los médicos pasantes del servicio social de la Universidad de Quintana Roo en relación con el manejo de personas con diabetes mellitus tipo 2, la cual, constó de cuatro secciones que corresponden a las categorías de la investigación (Betancourt Can, 2022). Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas para posteriormente ser analizadas mediante matrices con base en técnicas de la Teoría Fundamentada.

Para el proceso de análisis con base en técnicas de la Teoría Fundamentada se consideraron los siguientes principios (De la Cuesta Benjumea, 2006):

- 1). El análisis se da con la recolección de datos.
- 2). Los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no sólo los marcos teóricos preestablecidos.
- 3). El proceso de análisis ocasiona el descubrimiento y el desarrollo teórico y no sólo a la verificación de teorías.
- 4). El muestreo teórico ayuda a refinar, elaborar y completar categorías tomando en cuenta lo que emerge de los datos.

Los procedimientos de codificación derivados de la Teoría Fundamentada que se consideraron para el presente estudio consistieron en:

- a) Codificación abierta: en la que se identifican los conceptos y se descubre en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2016).
- b) Codificación axial: proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, alrededor del eje de una categoría y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2016).

c) Codificación selectiva: proceso de integrar y refinar la teoría hasta el punto de saturación en donde se hace la construcción de la categoría, en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones, o relaciones nuevas durante el análisis (Strauss y Corbin, 2016).

Como ya se mencionó anteriormente, las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas, para ello se realizó una familiarización de los textos, que consistió en una primera lectura para enseguida iniciar con el proceso de microanálisis, el cual, consiste en un análisis detallado que se hace línea por línea y es usado para generar categorías iniciales con base en sus propiedades y dimensiones para las posibles relaciones entre ellas (Strauss y Corbin, 2016).

Seguido del microanálisis se llevaron a cabo herramientas analíticas para dicho proceso.

La formulación de preguntas, que consiste en un mecanismo analítico para comenzar y promover la indagación y el entendimiento; preguntas sensibilizadoras: que ponen al investigador en sintonía con los datos que está obteniendo, preguntas teóricas: las cuales ayudan a que el investigador para que pueda distinguir el proceso, la variación, las semejanzas y hacer conexiones entre los conceptos, preguntas de naturaleza (práctica y estructural): estas dirigen al muestreo y ayudan en el desarrollo de la teoría y preguntas guía: que son las que orientan las entrevistas, observaciones y el análisis del desarrollo de la investigación (Strauss y Corbin, 2016).

Las comparaciones teóricas ayudan a estimular el pensamiento acerca de las propiedades y dimensiones de las categorías; ahora bien, el muestreo teórico es un proceso que explora el rango de dimensiones o las condiciones diversas en las cuales varían las propiedades de los conceptos (Strauss y Corbin, 2016).

Con respecto a aspectos éticos, se elaboró una carta de consentimiento informado, por medio de esta, se llevó a cabo un proceso de consentimiento informado que permitió a los

participantes conocer y valorar las implicaciones éticas de su colaboración con el estudio. Los aspectos que se consideraron para el diseño de dicha carta fueron los principios de maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

La carta de consentimiento informado fue leída en conjunto con el/la participante y una autora se aseguró de que no quedaran dudas acerca de su contenido. Si el/la participante accedía a participar se le solicitaba que firmara la carta de consentimiento y se le entregó una copia con una ficha informativa con los datos de los asesores de la investigación con quienes podría comunicarse en caso de tener alguna duda (Betancourt Can, 2022).

### **Análisis y discusión de resultados**

Se realizó un microanálisis cualitativo de las entrevistas, del cual emergió una codificación que sirvió de base para el análisis con el apoyo de Excel. Se generaron clasificaciones en cuatro apartados: datos generales, asociación libre, conocimientos sobre diabetes tipo 2 y aspectos emocionales. El eje central fue las vivencias de los médicos pasantes sobre el manejo de pacientes con diabetes tipo 2.

Se identificaron tres ejes temáticos principales. Se elaboraron un mapa teórico general, 19 mapas conceptuales (1 de asociación libre y 18 de conocimientos) y una tabla de aspectos emocionales para responder a los objetivos, constituyendo la forma de organizar los hallazgos.

La aplicación de la asociación libre fue una técnica que resultó relevante para evidenciar ordenamientos inconscientes y elementos centrales de las representaciones. Las palabras estímulo empleadas y sus principales asociaciones fueron:

- 1) Diabetes tipo 2: obesidad, enfermedad, hiperglucemia.
- 2) Personas con diabetes tipo 2: tercera edad, obesidad.
- 3) Médicos: vestimenta blanca, profesionales salud.

4) Servicio social: área comunitaria, experiencias positivas, aprendizaje, preparación profesional.

Al respecto, se sugiere establecer sesiones psicológicas mensuales para los médicos pasantes, dado los momentos estresantes que atraviesan. Esto mejoraría su desempeño y permitiría a las autoridades conocer mejor sus perspectivas. Alternativamente, se podrían generar reuniones individuales o en pequeños grupos para propiciar la expresión abierta sobre sus experiencias.

### **Conocimientos sobre Diabetes Mellitus Tipo 2**

Se evaluaron los conocimientos de médicos pasantes sobre diversos aspectos de la diabetes tipo 2 mediante entrevistas. Se analizaron definiciones básicas, prevención, detección, diagnóstico y control de la enfermedad.

En definiciones, la mayoría de participantes reconoció a la diabetes tipo 2 como una enfermedad crónica con hiperglucemia. Sin embargo, no precisaron los criterios diagnósticos formales. Tampoco definieron adecuadamente los conceptos de prediabetes o las clasificaciones de diabetes.

Respecto a prevención, los participantes enfocaron las estrategias en el primer nivel de atención sobre cambios en el estilo de vida, como dieta y ejercicio. Para el segundo y tercer nivel mencionaron prevención de complicaciones, aunque con conocimiento limitado sobre las mismas. Sólo uno se aproximó a las recomendaciones de la guía de práctica clínica y de la norma oficial nacional al respecto.

Sobre detección, no conocieron la edad recomendada para realizarla según guías nacionales, ni las herramientas sugeridas como el test de Findrisk. Tampoco identificaron que el



documento médico legal para registrar la valoración de pacientes con diabetes es la historia clínica.

En relación al diagnóstico, la mayoría reconoció el criterio de glucemia en ayuno mayor a 126mg/dl, pero no los demás parámetros ni síntomas característicos. Además, confundieron los estudios para confirmar y corroborar el diagnóstico de diabetes tipo 2.

Se concluye que existen deficiencias importantes en el conocimiento técnico de los médicos pasantes evaluados sobre aspectos centrales del manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Se recomiendan intervenciones educativas al respecto previo al servicio social.

### **Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2**

Se evaluaron los conocimientos de médicos pasantes sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2. Se analizaron generalidades, vigilancia médica, tratamiento farmacológico y referencia al segundo nivel de atención.

En general, la mayoría de participantes reconoció que el tratamiento inicial se basa en cambios en el estilo de vida, pero desconocieron el nombre de la guía de práctica clínica nacional, así como las metas del plan terapéutico establecidas en la misma.

Sobre vigilancia médica, identificaron adecuadamente acciones como medición de signos vitales, antropometría y solicitud de exámenes de laboratorio. Sin embargo, mostraron desconocimiento sobre la frecuencia óptima del control de microalbuminuria y del valor de hemoglobina glucosilada que indica control metabólico.

Respecto al tratamiento farmacológico, reconocieron el inicio con metformina y la necesidad de terapia combinada ante falla del control. No obstante, desconocieron los medicamentos no recomendados por sus riesgos y efectos adversos. En cuanto al manejo con insulina, identificaron su inicio ante falla de hipoglucemiantes orales, pero no definieron

correctamente el concepto de hipoglucemia. Finalmente, refirieron adecuadamente circunstancias para referencia al segundo nivel como complicaciones agudas y crónicas, así como ante falla terapéutica persistente.

En conclusión, si bien los médicos pasantes mostraron conocimientos generales sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, persisten áreas de oportunidad importantes en cuanto al dominio de la guía de práctica clínica y de la norma oficial nacional, esquemas farmacológicos, manejo de insulinas y conceptos fisiopatológicos que ameritan estrategias educativas al respecto.

### **Aspectos emocionales de los médicos pasantes**

#### **1. Agrado por el servicio social**

La mayoría de los médicos pasantes les gustó realizar el servicio social. Lo que más les agradó fue la adquisición de nuevos conocimientos, vivir una nueva experiencia y la interacción con la comunidad. No se encontraron estudios previos sobre este tema.

#### **2. Sentimientos durante el servicio social**

Los principales sentimientos fueron: responsabilidad, miedo, nerviosismo, frustración y vulnerabilidad. Esto se debió a que algunos eran médicos responsables de la unidad médica, lo que implicaba actividades administrativas y médicas sin supervisión. Esto coincide con Hamui-Sutton (2012) en que había inseguridades, miedos e incertidumbre por las responsabilidades asignadas y la soledad.

#### **3. Preparación previa al servicio social**

Los pasantes refirieron no estar preparados para actividades administrativas. Respecto a lo médico, no se sentían completamente preparados ya que el servicio social no es igual al internado médico de pregrado que se enfoca en el segundo nivel de atención. Por ello tuvieron deficiencias en el primer nivel de atención incluso en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2.

Pero fueron agarrando experiencia y construyendo conocimiento. Se coincide con Hamui-Sutton (2012) y López et al. (2004) en que no tenían información del trabajo y funciones a realizar ni de las comunidades. Tampoco su formación preponderaba el primer nivel de atención.

#### 4. Retos y situaciones difíciles

Los principales retos fueron: lejanía de comunidades, falta de insumos, atención con material inadecuado, inseguridad y situaciones de riesgo, falta de supervisión y apoyo institucional, cargas de trabajo, aprender aceleradamente, falta de médico adscrito, limitado acceso a hospitales, mal estado de residencias médicas y centros de salud. Este escenario coincide con Ramírez et al. (2012), Parra (2003) y Secretaría de Salud (Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2012) en cuanto a deficientes condiciones de infraestructura, seguridad, organización del trabajo, remuneración insuficiente, cargas laborales excesivas, choque cultural con comunidades y falta de apoyo institucional.

#### 5. Aspectos socioculturales

En zonas rurales, los pasantes tuvieron que conocer la estructura social, cultural y económica para comunicarse y educar a los pacientes. Esto fue complicado por aspectos como el idioma maya. Pero la interacción continuada generó una buena relación médico-paciente. Esto coincide con Ramírez et al. (2012) en que hubo un choque de culturas con las comunidades rurales. Los pasantes tuvieron que tomarse tiempo para conocer la población.

#### 6. Comunicación con equipos de trabajo

La comunicación con enfermeros, médicos pasantes y adscritos fue buena, con apoyo para resolver dudas y corregir el llenado de formatos. Esto difiere de Ramírez et al. (2012) donde hubo falta de comunicación y apoyo entre pasantes y médicos de los centros.

#### 7. Importancia del trabajo en equipo

Fue primordial para orientar y apoyar a los pasantes que desconocían las actividades a realizar. El personal de enfermería y médicos adscritos fungieron como orientadores durante el servicio social. Coincide con Rando (2017) y Arrea Baixench (2016) en que el trabajo en equipo aumenta seguridad del paciente, conocimientos entre disciplinas, y permite alcanzar mejor los objetivos.

#### 8. Facilidades y dificultades del trabajo en equipo

Facilitó la buena comunicación, resolución de dudas y compañerismo. Dificultó el área administrativa, diferentes opiniones en planeación y ser corregidos por superiores. Coincide con Arrea Baixench (2016) en que no tomar decisiones por conflicto agrava problemas. También con Rando (2017) en que rangos académicos generan conflictos y abuso de poder.

#### 9. Aprendizajes sobre trabajo en equipo

Trabajando en equipo cumplieron metas, aumentaron conocimientos, usaron comunicación efectiva y tolerancia. una buena actitud es primordial para armonizar con equipos. Presenta habilidades como las descritas en Vítolo (2014): relaciones interpersonales, comunicación y conciencia de la situación.

#### 10. Momentos de mayor necesidad de equipos

En cumplimiento de metas e indicadores, atención médica de calidad y procesos de acreditación de centros de salud. Coincide con Vítolo (2014) en que para que los equipos funcionen se requiere conocer objetivos, misiones y responsabilidades de cada integrante.

#### 11. Facilitadores y obstáculos para equipos

Facilitaron la comunicación, trabajo en equipo y lazos de amistad. Obstaculizaron la falta de insumos, exceso de trabajo y abuso de autoridad. Presentes facilitadores descritos en Rando (2017) como comunicación estrecha y confianza. Y obstáculos como abuso de poder por rangos.

## 12. Sentimientos en equipos

Fueron de bienestar, satisfacción, tranquilidad y seguridad. No hay estudios previos al respecto.

## 13. Estrategias para diabetes mellitus tipo 2

Realizaron concientización y educación a pacientes, jornadas de salud y grupos de ayuda mutua que reforzaron su conocimiento, transmisión de información y empatía con pacientes. Coincide con Gómez López y Rosales Gracia (2019) en que desarrollaron aptitud clínica para atender la diabetes mellitus, indicando mejor atención.

## 14. Aprendizajes del contacto con personas con diabetes mellitus tipo 2

Destacan la importancia de ser empáticos, humanistas y contemplar lo físico y psicológico para un control integral. También impactó su responsabilidad y que conocimiento se complementa con vivencia. No hay estudios previos al respecto.

## 15. Elementos de interés y entusiasmo

Pláticas educativas a población, observar mejoría de pacientes y dar atención empática y humanista. No hay estudios previos al respecto.

## 16. Elementos sin interés ni entusiasmo

La población no apoyaba las pláticas sobre sexualidad a adolescentes, estar de tiempo completo en comunidades, falta de equipos, transporte e infraestructura inadecuada y nula asistencia institucional. Relacionado con falta de motivación por aislamiento y carencias en centros de salud rurales (Varela-Ruiz et al., 2012).

## 17. Involucramiento en actividades

Fue bueno con actividades de promoción, prevención y atención básica en el primer nivel de atención, lo que coincide con lo descrito por Vignolo et al. (2011) quien menciona que el primer

nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

#### 18. Aprendizajes generales

Comprender a poblaciones necesitadas, conocer deficiencias del sistema de salud mexicano, integración y dignidad en la atención médica prestada, volverse más responsables y seguros. Coincide con Secretaría de Salud (Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2012) en que adquirieron compromiso social y enriquecieron conocimientos y habilidades médicas.

#### 19. Seguimiento de pacientes en pandemia de COVID-19

Los que trabajan actualmente refieren que disminuyeron consultas de control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y se espaciaron a cada 3 meses. Los demás estaban en proceso de titulación al momento del estudio. No hay literatura al respecto.

### **Conclusiones**

Existen deficiencias importantes en el conocimiento técnico de los médicos pasantes sobre aspectos centrales del manejo de la diabetes mellitus tipo 2, como definiciones, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. Se recomiendan intervenciones educativas al respecto previo al servicio social.

Los médicos pasantes no se sienten completamente preparados para las actividades que deben realizar durante el servicio social, especialmente a nivel administrativo y en el primer nivel de atención. Requieren mayor información y formación previa sobre las comunidades y el trabajo a desempeñar.

Los principales sentimientos de los médicos pasantes durante el servicio social son: responsabilidad, miedo, nerviosismo, frustración y vulnerabilidad. Esto se debe a la falta de supervisión y apoyo institucional, así como a las múltiples carencias y retos que enfrentan.

El trabajo en equipo entre médicos pasantes, personal de enfermería y médicos adscritos es fundamental para orientar y apoyar a los pasantes durante esta etapa. Facilita la comunicación, resolución de dudas, cumplimiento de metas y brinda mayor seguridad.

El contacto directo con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 permitió a los médicos pasantes a desarrollar habilidades clínicas en su manejo. Además, tomar conciencia sobre la importancia de la empatía, humanismo y atención integral biopsicosocial para mejorar el control de la enfermedad en las personas.

### Referencias

- Abreu Hernández, L. F., Cid García, Á. N., Herrera Correa, G., Lara Vélez J. V. M., Laviada Delgadillo, R., Rodríguez Arroyo, C., & Sánchez Aparicio, J. A. (2008). Perfil por Competencias del Médico General Mexicano. [http://egradu.fmed.edu.uy/sites/default/files/decanato/documentos/alafem/Perfil\\_por\\_competencias\\_del\\_medico\\_general\\_mexicano\\_2008.pdf](http://egradu.fmed.edu.uy/sites/default/files/decanato/documentos/alafem/Perfil_por_competencias_del_medico_general_mexicano_2008.pdf)
- Arrea Baixench, C. (2016). Más sobre el trabajo en equipo. *Acta Médica Costarricense*, 58(3), 96-99.
- Balcázar-Rueda, E., Gerónimo, E., Vicente-Ruiz, M. A., & Hernández-Chávez, L. (2022). Factores de riesgo cardiovascular en docentes universitarios de ciencias de la salud. *Salud Quintana Roo*, 10(37), 7-12.
- Betancourt Can, G. E. (2022). *Vivencias de los médicos pasantes del servicio social de la Universidad de Quintana Roo en el manejo de las personas con diabetes mellitus tipo*

- dos (Bachelor's thesis, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.).  
<http://192.100.164.85/handle/20.500.12249/2943>
- Cervantes Rosas, Z. (2018). Informe de servicio social de las actividades realizadas en el departamento de nutrición y dietética, hospital de la mujer, delegación Miguel Hidalgo, ciudad de México, en el período 01 de agosto de 2016 al 31 de julio de 2017. (Bachelor's thesis, Universidad Autónoma del Estado de México.).  
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/99771>
- De la Cuesta Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, (20), 136-140.
- Dirección General de Evaluación del Desempeño (2012). Evaluación externa de los centros de salud atendidos por pasantes de medicina en servicio social, informe final de resultados.  
[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios\\_especiales/PASANTE\\_S\\_IF.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/PASANTE_S_IF.pdf)
- Erausquin, C. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de investigaciones*, 23(1), 97-104.
- Fariñas León, G. (1999). Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico-cultural. *Revista cubana de psicología*, 16(3), 107-114.
- Gómez López, V. M., & Rosales Gracia, S. (2019). Evaluación de la aptitud clínica de los médicos pasantes en servicio social. *Investigación en educación médica*, 8(31), 55-63.
- Hamui-Sutton, A. (2012). Condiciones sociales en que los pasantes de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizan el Servicio Social en áreas rurales. *Gaceta Médica de México*, 148(3), 277-280.



## MANEJO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: VIVENCIAS DE PASANTES MÉDICOS

Herrera Lían, A. H., Andrade, Y., Hernández, O., Manrique, J., Faria, K., & Machado, M. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Avances en enfermería*, 30(2), 39-46.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>

López Barcena, J., González de Cossío Ortiz, M. G., & Velasco Martínez, M. (2004). Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(5), 181-186.

Mazón Ramírez, J. J., Delgado Fernández, A., Sánchez Romano, G., & Serret González, A. (s.f.) El servicio social médico. [http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos\\_pdf/El%20Servicio%20Social%20Medico.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/El%20Servicio%20Social%20Medico.pdf)

Moreno Altamirano, L. (2001). Epidemiología y diabetes. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 35-37.

Navarro Contreras, C. y Gaspar Lázaro, E. (2018). Factores que inciden en el descontrol de la diabetes mellitus tipo II en pacientes de 30 a 79 años, del barrio de Chignaulingo Teziutlán Puebla en el periodo de tiempo comprendido de enero a junio 2018. (Bachelor's thesis, Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas.). <https://es.slideshare.net/franki23/tesis-de-diabetes-mellitus-tipo-2>

Organización Mundial de la Salud (2016). Informe mundial sobre la diabetes. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-mundial-sobre-diabetes-2016>

- Ortiz-García, J. M. (2006). Guía descriptiva para la elaboración de protocolos de investigación. *Salud en tabasco*, 12(3), 530-540.
- Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. *Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo, OIT*, 31.
- Ramírez de la Roche, O. F., Hamui Sutton, A., Reynaga Obregón, J., Varela Ruiz, M., Ponce de León, M. E., Díaz Villanueva, A., & Valverde Luna, I. (2012). Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles educativos*, 34(138), 92-107.
- Rando, A. K. (2017). ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? *Salud Militar*, 36(1), 30-41.
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Sampieri, R. (2014). El Proceso de la Investigación Cualitativa. En R. Sampieri, *Metodología de la Investigación* (pág. 358). McGraw-Hill Education.
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010)
- Sozzani, C. E. (2007). Servicio social universitario: una herramienta para la profundización del vínculo entre la universidad y las problemáticas nacionales. In *VII Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://www.academia.edu/download/61398719/ssu200720191202-36177-rjogvz.pdf>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

## MANEJO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: VIVENCIAS DE PASANTES MÉDICOS

- Varela-Ruiz, M., Hamui-Sutton, A., Reynaga-Obregón, J., Valverde-Luna, I., Ponce de León, M. E., Ramírez de la Roche, O. F., & Díaz-Villanueva, A. (2012). Expectativas y motivación en la transición de rol en el servicio social de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. *Investigación en educación médica*, 1(1), 22-27.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- Vigotsky, L. S. (2021). *Pensamiento y lenguaje*. Pueblo y Educación.
- Vítolo, F. (2014). Trabajo en equipo en medicina. *Biblioteca Virtual NOBLE*, 1-9.  
<http://clinicaelcastano.com.ar/images/curso-virtual/modulo4/trabajo-en-equipo-en-medicina.pdf>