

## Diabetes mellitus hacia una perspectiva social

### Towards the social perspective-oriented analysis of diabetes mellitus

MSc. Concepción López Ramón,<sup>I</sup> Dr. Cs. María Isabel Ávalos García<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabasco, México.

<sup>II</sup> Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México.

---

#### RESUMEN

La diabetes mellitus es considerada actualmente como una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia, sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen. En los últimos años se ha suscitado un enorme interés científico y académico en torno a los aspectos psicosociales y de la calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas, especialmente con diabetes. Para los investigadores de esta enfermedad, la aproximación terapéutica en el tratamiento debe incluir la comprensión de sus ramificaciones sociales, psicológicas y psiquiátricas si se desea alcanzar el bienestar del paciente y la prevención de complicaciones. El propósito de este trabajo es analizar la situación de la diabetes mellitus tipo 2 desde una perspectiva social, en la que inciden factores de carácter cultural y económico que predisponen el comportamiento del paciente respecto a la enfermedad y cambian su propio contexto familiar, laboral y comunitario. En México, el control de la diabetes mellitus se ha convertido en un problema económico grave para el paciente, su familia, la sociedad y el propio Estado, de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados por la comunidad médica pero que están latentes y requieren atención inmediata para abatir el rezago que tenemos para esta enfermedad y saldar el compromiso social de todos con las personas portadoras de este padecimiento.

**Palabras clave:** diabetes mellitus, determinantes sociales, epidemiología, México.

## ABSTRACT

Nowadays, diabetes mellitus is considered a social disease, not only because of its high prevalence, but also because of its social cost. This last element represents a big burden for the governments and for the families of the persons who suffer from diabetes. In the last ten years, great scientific and academic interest has aroused concerning psychosocial aspects and quality of life associated with chronic diseases, particularly diabetes. Researchers estimate that any therapeutic approach to the treatment, prevention of complications, and wellbeing of diabetic patients must take into account a clear understanding of its social, psychological and psychiatric implications. This article analyzed diabetes mellitus type II under a social perspective. It means taking into account cultural, social and economic factors. All of them predispose certain type of behavior of the patient concerning his/her disease, as well as changes in his/her familiar, workplace and community settings when the diagnostic is known. Frequently, the patient denies being ill, that is why most researchers begin their studies by carefully observing this behavior. In Mexico, diabetes mellitus control has become a serious economic problem for the patient, the family, the society and the state; hence, it is necessary to deal with those relevant aspects of this disease which have been forgotten or ignored by the medical community. All these factors are still present and we must do as much as possible to eliminate this backwardness and to fulfill our social commitment with all the persons suffering from this disease.

**Keywords:** diabetes mellitus, social determinants, epidemiology, Mexico.

---

## LA CARGA DE LA DIABETES EN EL MUNDO

La diabetes mellitus es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas.

En México, el contexto epidemiológico presenta nuevos desafíos a su sistema de salud relacionados con la calidad de la atención en los servicios prestados. Para *Frenk*, este país enfrenta una transición epidemiológica prolongada y desigual que está sumando nuevas capas de complejidad a los patrones de enfermedad, discapacidad y muerte. A través de una red de multicausalidad, debe encarar una doble carga de enfermedad: por un lado, la agenda inconclusa de infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva; por el otro, los retos emergentes representados por las enfermedades no transmisibles.<sup>1</sup>

*González-Pier*, considera que el patrón de causas de muerte en México ha evolucionado con rapidez en las últimas décadas. En 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables del 70 % de todas las muertes en el país, pero hoy en día solo contribuyen con el 12 %. Durante este mismo intervalo, la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se ha elevado de 23 a 75 % del total.<sup>2</sup>

El análisis de las causas específicas de mortalidad proporciona evidencia adicional de esta avanzada transición epidemiológica, ya que las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes se encuentran entre las cinco principales causas de muerte en todos los estados.<sup>3</sup>

Más del 82 % de la carga nacional de enfermedades se ve representada por enfermedades no transmisibles y accidentes. Resulta evidente que el desafío más importante será elevar la cobertura efectiva en las intervenciones de salud que estas demandan.

La diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI, que afecta la calidad de vida de las personas, dado que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera la enfermedad.

Su prevalencia continúa en ascenso en el mundo como resultado de una serie de factores socioculturales, entre los que sobresalen una mayor longevidad de la población, el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo entre otros.

El número estimado de adultos que viven con diabetes se ha elevado a 366 millones, lo cual representa el 8,3 % de la población mundial adulta. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas para 2030 o, lo que es lo mismo, el 9,9 % de los adultos, lo cual equivale a aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes cada diez segundos.<sup>4</sup>

Dos de las principales causas de demanda de servicios de salud en México por enfermedades crónico degenerativas son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Diferentes estudios revelaron que los costos directos y los requerimientos financieros para producir y financiar un mínimo de servicios ambulatorios y hospitalarios para casos de diabetes mellitus en la Secretaría de Salud, ascendió a 40 096 633 dólares,<sup>5</sup> cifra que se ha incrementado considerablemente, en los últimos tiempos.

La diabetes ha costado al país 15 118 millones de dólares. El costo directo de su tratamiento fue de 974 millones de dólares. Se emplearon 1 108 millones en el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Sin embargo, el mayor porcentaje del presupuesto se destinó al pago de las complicaciones crónicas o los costos indirectos debidos a la incapacidad prematura y la mortalidad. Para *Córdova*, estos datos demuestran que la inversión efectuada en el tratamiento no ha sido eficaz y que es evidente que se requiere una conducta distinta a la vigente para confrontar el reto que representa la diabetes, la atención a la hipertensión arterial y a las dislipidemias.<sup>6</sup>

Al respecto, *Lozano* y otros, recomiendan que "deben diseñarse esfuerzos de evaluación con el uso de cobertura efectiva en México y en otros países donde la transición epidemiológica está avanzada, para detectar aquellas intervenciones costeables dirigidas a enfermedades no transmisibles".<sup>7</sup> Este enfoque exhorta a los tomadores de decisiones a centrarse en brindar servicios de calidad y no solo en ofrecer la disponibilidad del servicio.

El propósito de este trabajo es analizar la situación de la diabetes mellitus tipo 2 desde una perspectiva social, en la que inciden también factores de carácter cultural y económico.

## **EVOLUCIÓN DE LA CIENCIA ANTE EL ABORDAJE DE LA DIABETES MELLITUS EN LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD**

Desde 3 000 años A.C. se documentan inscripciones acerca de la diabetes en China, India, Egipto, Grecia y Roma, épocas en las que se desconocía la enfermedad y su etiología.

Las primeras reseñas acerca de la diabetes se registran en el papiro de *Ebers* que es uno de los más antiguos tratados médicos redactado en Egipto cerca del año 1 500 antes de nuestra era, encontrado en Tebas (hoy Luxor) en 1872. Las inscripciones hacen referencia a los principales síntomas característicos de la enfermedad y a recetas hechas a base de té.

En la India en el siglo IV de nuestra era, *Súshruta*, connotado médico hindú describe la enfermedad en sus compendios médicos (Samhita) y Charaka (época de Cristo) en los textos básicos de AYUR-VEDA (ciencia de la vida) bajo el sistema holístico. Trescientos años después, a través de una herencia cultural de China y Japón, *Tihang-Thong-King*, relaciona el encuentro de orina dulce con estos pacientes, y nombra a la diabetes como "Enfermedad de la Sed".

El nombre de diabetes proviene de los griegos *Apolonio de Mileto* y *Demetrio de Aparnea*; dicho nombre procede de la palabra *Diabinex* que significa "pasar a través de".

Por su parte *Pablo de Egina* (625-690) apoyó el diagnóstico de *dypsacus* (diabetes) asociada a un estado de debilidad de los riñones, exceso de micción que conducía a deshidratación. *Galeno*, 199 D. C. utilizaba términos como *diarrea urinosa* y *dypsacus* por la sed intensa, aunque la consideraba como una enfermedad muy rara.

*Areteus de Capadocia* (130-200 D. C.) en su libro *De causis et signis morborum* así la describe:

La enfermedad llamada diabetes es muy rara y, para muchos, sorprendente [...] Pero una vez manifestada, al enfermo no le queda mucho tiempo de vida [...] la muerte, que a veces es fulminante, pone fin a una vida plena de dolores y disgustos [...] y no existe ningún medio para impedirle beber y orinar a continuación.<sup>8</sup>

El término latino *Mellitus*, que significa: "sabor a miel" (debido al dulzor de la orina), fue acuñado por primera vez en 1674 por *Thomas Willis* (1621-1675), médico inglés, famoso por su célebre *Cerebri Anatome* dice así en su obra: "[...] antiguamente esta enfermedad era bastante rara pero en nuestros días, la buena vida y la afición por el vino hacen que encontremos casos a menudo [...]". En 1696 *Richard Morton* destacó el factor hereditario como causa. En 1778 *Thomas Cawley* relacionó la orina con el páncreas,

*Langerhans* describe los islotes pancreáticos en 1869, en tanto que *Opie* en 1902 relaciona la enfermedad con estos islotes, mientras que *Bating* y *Best* descubren la insulina que se aplica con éxito en la diabetes. Pero no fue sino hasta el año de 1942 cuando *Loubatieres* descubre drogas orales para el tratamiento de la enfermedad.

Es evidente entonces, la incapacidad de los médicos de aquella época para encontrar alguna medida que evitara, irremediablemente, el desenlace fatal en estos enfermos. Lamentablemente tardaron casi dos mil años para que, después de múltiples esfuerzos, apareciera un producto que cambiara radicalmente la vida de estas personas.

Tal como se ha visto, desde el principio de los tiempos, el tratamiento de las enfermedades se basaba en la utilización de diversos alimentos y plantas a los que se les atribuían determinadas propiedades curativas, los cuales han ido desapareciendo en las sociedades contemporáneas y tan solo persisten en pueblos en vías de desarrollo. Sin embargo, con el reciente auge de la medicina alternativa, se han utilizado diversos remedios "caseros" que en la mayoría de los casos "ayudan" a controlar la diabetes junto con los fármacos oficiales, pero que en algún otro caso intenta sustituirlos, (en la mayoría de las veces a la insulina), dando lugar habitualmente al ingreso del paciente en un centro hospitalario con una descompensación metabólica severa.

## **REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DIABETES MELLITUS**

En las últimas décadas, la significación de lo social se ha convertido en piedra angular de los enfoques más avanzados sobre la interpretación causal de las enfermedades, de forma tal, que se considera que la salud y la enfermedad conforman fenómenos que traducen las formas concretas de vida de cada persona y grupos de población y dependen de los resultados que sobre ellos ejercen un conjunto integral de complejos factores biológicos, naturales y sociales.<sup>9</sup>

La comprobación de los factores sociales en la causalidad de las enfermedades, significa un paso importante en la solución adecuada de la relación entre lo biológico y lo social en el hombre, que depende de la comprensión de lo social. Este fundamento filosófico es la base necesaria de una medicina que deja de ser curativa para ser preventiva y que apunta a la promoción de salud y a la idea de la responsabilidad individual con respecto a la salud.<sup>10</sup>

En otras palabras, transitar de un paradigma biologicista a un paradigma médico social, en donde la ciencia y la tecnología se desarrollan desde los preceptos de la ética médica: "no haré daño", "actuaré en beneficio no solo del enfermo sino de la sociedad misma", conjuntamente con los principios bioéticos de "justicia y autonomía" y la incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializan este proceso de tránsito.<sup>11</sup>

*Henry E. Sigerist* plantea en sus escritos, que para el individuo la enfermedad no es solo un proceso biológico, sino una experiencia que puede afectar su vida y sus actos. Igualmente hay predisposición hereditaria, adquirida con gran influencia en el modo de vivir, donde la religión, la educación, las condiciones sociales y económicas, son factores que determinan la actitud del hombre hacia la vida y afectan la forma individual de enfermar.<sup>12</sup>

Por su parte, *Asa Cristina Laurell* expone que la salud y la enfermedad son realidades que ocurren en una sociedad y en una cultura, por lo tanto tienen carácter histórico y social; en resumen ubica a la salud como un proceso social.<sup>13</sup>

En este contexto, *Berlinguer* asume que en los problemas de salud, la Unión Europea ha producido buenos principios técnicos sobre la salud y la seguridad en el trabajo, los estándares medioambientales, reglas para la calidad de los fármacos y la seguridad de la alimentación, pero a nivel político, los enfoques siguen una

dirección divergente y a veces opuesta a la de la equidad, la prevención y la acción sobre los determinantes de las enfermedades.<sup>14</sup>

En la representación social de la diabetes y su control, existe una multiplicidad de factores los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento donde confluyen elementos de tipo social, cultural, físico, emocional, y espiritual. Desde el punto de vista de los enfermos, se presenta al padecimiento como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Diferentes estudios revelan que la representación social de la diabetes en los pacientes muestra una concepción biologicista y fatalista, la asocian negativamente con muerte, discapacidad y daños en el organismo. Al respecto una persona comenta: "es una enfermedad que me da mucho miedo, porque se va acabando uno poco a poco".<sup>15</sup> Otros asocian la diabetes con términos tales como: "*mala*", "*terrible*", "*incurable*", "*traicionera*" y "*progresiva*", creen que genera problemas serios en la salud de las personas e, inclusive, que los lleva a la muerte. Un concepto similar está presente en el discurso de los familiares quienes también la definen, desde el referente orgánico, como una enfermedad incurable y progresiva. Es así como se destacan términos tales como: "*terrible*", "*maligna*", "*incurable*" y "*mala*".<sup>16</sup>

### **Determinantes sociales de la salud**

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la mortalidad por enfermedades crónicas empezó a sobrepasar a la producida por las enfermedades infecciosas agudas en los países desarrollados. Al intentar entender y controlar este nuevo tipo de problema de salud, los expertos se enfrentaron con circunstancias desconocidas, que requerían nuevos planteamientos respecto a su etiología. Universalmente, incorporaron la noción de factores de riesgo personales para enfermedades específicas (ejercicio u obesidad y el riesgo de diabetes), o ambientales (falta de agua potable e infecciones intestinales).

La OMS define a los determinantes como un "conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones", también se ha considerado a los determinantes como "las características sociales en que la vida se desarrolla" (Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition. Blane D, Brunner E, Wilkinson D (Ed). Health and Social Organization. London. Routledge.pp 71-93) y como "factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades".<sup>17</sup>

Como puede observarse, estos se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

Los determinantes sociales de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

El Informe Lalonde estableció en 1974 un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud. Desde entonces, este marco básico se ha reforzado y expandido.

En las últimas conferencias mundiales convocadas por la OMS, en la que se han reunido miles de participantes de los países miembros, se ha declarado que las iniquidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Se ha abordado además, la lucha contra la distribución desigual del poder, del dinero y los recursos, la necesidad de un sistema de salud de calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible, como exigencia para una buena salud. Se ha recalcado la importancia de ocuparse de los determinantes sociales para el logro de los Objetivos del Milenio, a través de la voluntad política de los gobiernos en la creación de políticas de salud pública eficaces.<sup>18</sup>

A pesar de los propósitos y los esfuerzos que hasta ahora se han hecho, hay creciente evidencia de que la contribución de la medicina y la atención de la salud es bastante limitada y que aumentar el gasto en atención curativa no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Los determinantes sociales que han sido objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones que no han sido nada efectivas en el caso de las enfermedades crónicas en general (*Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005*).

### **Implicaciones éticas, socioculturales de los pacientes con diabetes en México**

El cambio de paradigma que se está demandando en la actualidad provoca la transformación radical de toda la concepción y la práctica médica desde otras perspectivas de análisis, esencialmente nuevas, de las cuestiones éticas o bioéticas en el abordaje de la diabetes mellitus.

Este nuevo ángulo de estudio debe romper con los esquemas de una valoración marcada principalmente por la práctica hospitalaria de atención secundaria con una proyección curativa que ha predominado en los últimos 20 años en la literatura,<sup>19</sup> y descuidado el enfoque preventivo y de guías anticipadas.

Si bien continúa prevaleciendo el enfoque de problemas concretos relacionados con la atención médica, tales como: la yatrogenia, la eutanasia, el aborto, la muerte, la investigación con seres humanos, entre otros, en los últimos décadas han visto la luz artículos que de alguna manera han tratado de adentrarse en la valoración bioética de problemas relacionados con la práctica de la medicina social, tal como lo expone *Diego Gracia* en su artículo sobre el tratamiento bioético en la asistencia primaria, que considera que no es igual a la hospitalaria, y por tanto, las reflexiones tienen que ser distintas.

Él plantea que "los conflictos éticos que tiene que resolver, o la metodología para resolverlos, que precisa el médico de una unidad de cuidados intensivos es completamente distinta a la que se necesita para educar a una población en un conjunto de hábitos de vida sanos, higiénicos y racionales".<sup>20</sup>

En este sentido, se ha podido observar que el tránsito del paradigma biomédico al médico social, no ha sido fácil, es un proceso lento, que necesita de la participación del gobierno, de las instituciones, del personal de salud, sobre todo en el grupo de pacientes portadores de diabetes mellitus, que por la misma cultura, existe la costumbre desde la perspectiva del paciente: a que "el médico cuide mi salud" y de ninguna manera comprometerme para ese cuidado. Desde la perspectiva del personal de salud: no podemos apartarnos del todo de la formación biologicista que hemos tenido durante tantos años de preparación y de las formas ineficaces de tratar los problemas de salud.<sup>21</sup>

Se necesita principalmente, la participación de las instituciones educativas, quienes serán las que sin duda marcarán la pauta en la formación del personal de salud, para que este proceso de cambio tenga un buen resultado, sobre todo para los pacientes y su familia.

Dadas las condiciones que anteceden en el caso de las personas con diabetes, se puede agregar desde el punto de vista económico, que en pleno siglo XXI todavía existe una población socialmente desfavorecida, con escaso o nulo acceso a los servicios básicos y a la atención a la salud. Los debates éticos sobre equidad se suscitan tras observar como las poblaciones privilegiadas enferman y mueren menos que los grupos poblacionales con alta vulnerabilidad y con marcadas diferencias en el nivel de vida.

Estas iniquidades han aumentado a pesar del desarrollo de la ciencia y la tecnología, cuyos beneficios se concentran en un reducido grupo de países. Es tiempo de preguntarse porque tales desarrollos no contribuyen efectivamente a reducir tales vulnerabilidades y diferencias

En México, un problema de salud como la diabetes se puede atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de la enfermedad, sin incorporar adecuadamente intervenciones dirigidas a las "causas de las causas", tales como, las acciones sobre el entorno social.

La OMS define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que en la diabetes mellitus está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los determinantes del entorno.

### **Contexto cultural, valores, costumbres y creencias**

En la actualidad, los casos de diabetes en México se han elevado considerablemente, y en ellos intervienen diversos factores sociales, culturales y económicos, que influyen en el estilo de vida de las personas. Para revertir esta tendencia se hace necesario superar limitantes, tales como la creencia entre la

población (que se hizo costumbre) de que el hecho de ser rollizo es sinónimo de ser saludable.

En la 31 sesión del comité regional de la OMS para Europa, se dictó la definición de estilo de vida como "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales".

Con referencia a lo anterior, en México los estilos de vida no saludables se reflejan en el consumo inmoderado de alimentos "chatarra" (ampliamente publicitados en los medios de comunicación) que son promocionados como comida rápida, están constituidos de un alto contenido de grasa y calorías, con escaso valor nutritivo.

Un factor que está llamando a revertir el aumento de personas con diabetes, es la promoción del ejercicio entre la población infantil y juvenil como una práctica social cotidiana. El ejercicio debe incorporarse en las vidas de los muchachos y muchachas en las comunidades latinas.<sup>8</sup>

La causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, que llevan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona en sus diversas esferas. En consecuencia, por un lado, de una serie de elementos predisponentes presentes en las personas originados por ciertas condiciones de su vida, que facilitan la entrada de la enfermedad y su posterior desarrollo, como son la "debilidad" o "la herencia".

Por otra parte, son ocasionadas por el estilo de vida, como es la alimentación insuficiente o inadecuada, la población considera además los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes (sustos, corajes y otros). Como consecuencia de los estilos de vida erróneamente enfocados por la población, se incrementan considerablemente los casos y afectan la calidad de vida de las personas que la padecen.

En el paciente con diabetes, la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre estos se destacan el control de la dieta y el peso corporal; otros como las emociones negativas y la decisión de *Dios*, no son considerados evitables, pero si controlables, mientras que la herencia biológica y el ambiente social, no pueden ser evitados ni controlados. En el estudio fue mencionado también el consumo de productos considerados nocivos para la salud, tales como son los refrescos (gaseosas), las bebidas alcohólicas y diferentes formas de dulces, así como comer demasiado.<sup>22</sup>

Una de las formas de control que genera más polémica es la dieta. Esta se considera que viene a alterar situaciones culturales, propias de la alimentación del mexicano. En primer lugar se tiene el consumo de la tortilla (se elabora con harina de maíz) y es la base de la alimentación mexicana. Pareciera que lo que más pesa en las personas con diabetes mellitus es dejar de comer tortillas: "si no como tortillas, es como si no comiera".

Por otro lado, se tiene la costumbre tradicional de celebrar cualquier acontecimiento importante con el consumo de alimentos, lo cual limita a las personas con diabetes mellitus a su participación, sobre todo, porque la comida tradicional mexicana es rica en carbohidratos. Se altera, asimismo, la tradición de convivencia familiar a través de la "hora de comer", la cual no necesariamente coincide con los horarios de alimentación de las personas con diabetes mellitus (las que deben ser estrictas en sus horarios a fin de evitar hipoglucemias), de igual forma, se perturba la costumbre del paciente diabético cuando convive en una comida familiar, debido

que está obligado a comer alimentos diferentes a los que los demás consumen, lo cual le genera una sensación de segregación. Además, en lo referente a la cuestión económica, la preparación de comidas especiales, diferentes, para las personas con diabetes mellitus y para los no enfermos de una misma familia, representa un gasto extra de tiempo y dinero.<sup>22</sup>

Recientemente se publicó un estudio donde se observa la relación entre diabetes y refrescos, el consumo de bebidas calóricas en México es de los más elevados encontrados en el mundo y su aumento no tiene precedente en la historia mundial.<sup>23</sup> Se menciona que la industria refresquera le debe mucho a un ritual practicado en millones de hogares mexicanos: antes de sentarse a la mesa, un niño va a la tienda más próxima a comprar los refrescos para acompañar la comida, gracias a ello, México es el mercado más rentable del mundo y el consumo *per cápita* es de los más altos, de ahí que las corporaciones mundiales, Coca-Cola y Pepsi tengan vigorosas empresas nacionales.

En su afán de obtener altas ganancias las cadenas de autoservicio han trastocado los esquemas tradicionales de distribución. El golpe más letal, sin embargo, proviene de los hospitales: los médicos están dando con los culpables de la explosión de casos de obesidad y diabetes entre la población mexicana y los refrescos son los primeros en la lista.

La vinculación entre la diabetes y consumo de refrescos, podría generar campañas públicas para desalentar a la gente a tomar bebidas azucaradas, estima *Merrill Lynch*, la correduría más prestigiada del mundo. "Creemos que una mayor incidencia de la diabetes y sus costos sociales contribuirán a incrementar la conciencia por la salud y al crecimiento de bebidas distintas a las carbohidratadas".<sup>24</sup>

### **Contexto social, laboral, físico, espiritual y familiar en el paciente con diabetes**

En cuanto a la esfera social en el paciente, se aprecia un deterioro en las relaciones sociales, el hecho de tener hábitos de alimentación distintos lleva a las personas con diabetes a dejar de hacer ciertas actividades como asistir a reuniones o incluso, los otros dejan de invitarlos y la persona se siente relegada.

En lo laboral, el rendimiento baja lo cual puede desencadenar diversas situaciones desde ausentismo hasta renuncia (Velázquez-Mendoza MJ, Balcázar Nava P. Vivencia personal de pacientes diagnosticados con mellitus tipo 2. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2012. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México).

Según se ha visto, se aprecia una marcada centralización del concepto de la enfermedad en la dimensión corporal, lo que pone de manifiesto la división del ser y la interpretación de la salud y la enfermedad a partir del plano físico.

Otra visión que permite aproximarse al proceso de construcción de la cronicidad de un padecimiento, es cuando más allá del plano físico o fisiológico, se abarca el plano espiritual, visto como un recurso de ayuda al proceso por el que atraviesa el enfermo.

El ser humano es dotado de una dimensión espiritual que lo diferencia de los demás seres vivos y lo abre a la trascendencia. Lo espiritual es algo exclusivamente humano. La experiencia de la enfermedad hace que surjan preguntas sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte.

El tiempo de la enfermedad se transforma en una ocasión de búsqueda de *Dios*, o del significado de la vida, del dolor y de la muerte. Cada persona recorre itinerarios de búsqueda personales y echa mano de recursos diferentes. La espiritualidad es un término derivado del verbo *spirare* palabra latina que significa dar vida, expresando los propios valores y creencias acerca de si mismo, la humanidad, la vida y *Dios*.

La OMS señala que lo espiritual se refiere a "aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales"; no es lo mismo que religioso, aunque para muchos la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso, se percibe vinculado con el significado y el propósito.<sup>25,26</sup>

Varios estudios revelan que la espiritualidad en el enfermo con diabetes mellitus puede convertirse en un factor protector que favorece al afrontamiento de la enfermedad con menor sufrimiento, a medida que aumenta la espiritualidad, aumenta la fortaleza relacionada con la salud.<sup>27,28</sup>

Los ámbitos afectados son múltiples: en lo familiar, laboral, económico, social y emocional.

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos, más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo.

En etapas tempranas del padecimiento, el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Procurar una relación estrecha con los familiares, coadyuva al bienestar emocional y físico de los enfermos.

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico.<sup>29</sup>

En la edad adulta, el diagnóstico suele ser vivido como una pérdida del equilibrio fisiológico y una limitación en el estilo de vida previo, por lo que se deberá tener muy en cuenta la adecuación del tratamiento a las pautas de vida del individuo. Cuando el diagnóstico de una enfermedad crónica acontece en la última mitad de la edad adulta, a menudo es considerada por el individuo como un signo de envejecimiento prematuro. Finalmente, el anciano puede concebir la diabetes como el "principio del fin". Los sentimientos que afloran en los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad son en general muy intensos.

En este momento es muy importante la comprensión y el apoyo por parte de su familia, los amigos y el equipo de salud. Además, la forma en que la persona afectada afronta el trastorno depende también de la situación personal en otras áreas, como la laboral, la social o la afectiva. Es evidente que una situación de conflicto en estos territorios condicionará la manera de afrontar el autocuidado de la enfermedad.

Sin duda, el estudio de la perspectiva social de la diabetes mellitus con todas sus implicaciones, brinda una fuente de valiosas aportaciones para los tomadores de decisiones, lo que les permite la creación de estrategias dirigidas y congruentes.

Los puntos aquí tratados nos llevan a afirmar que no se trata de un problema de salud únicamente, sino de las manifestaciones de un fenómeno social que no se ha abordado en forma adecuada y que está tomando dimensiones de grandes repercusiones tanto en la calidad de vida de los pacientes como en los altos costos hospitalarios.

La realidad social de estos pacientes es cada vez más diversa, tanto en el ámbito cultural como en el religioso, el étnico o el socioeconómico. Las interpretaciones sobre los conceptos de salud y enfermedad de los individuos llegan a ser muy distintas, lo cual dificulta sin duda el proceso de abordaje para combatir la enfermedad, controlarla y evitar complicaciones cuando ya está establecida.

Los comportamientos y actitudes de las personas son resultado de múltiples factores socioeconómicos, culturales, ambientales y personales; para su modificación hay que conocer los agentes que generan esta conducta. Por otra parte, es necesario asegurar que cada vez más se incorpore el enfoque social al desarrollo e implementación de la ciencia y la tecnología.

No se trata solo de acercarse a los diferentes códigos culturales de los pacientes para que estos modifiquen su actitud y cumplan mejor las recomendaciones sanitarias, sino también, a través del ejercicio de la tolerancia y el respeto, de modificar nuestras propias actitudes ante ellos.

Estamos acostumbrados a trabajar con estereotipos elaborados a partir de la experiencia y de la concepción de nuestro mundo, y hoy es necesario abandonar esa visión; con esto no quiere decir adoptar una postura paternalista, ni renunciar a la forma personal de trabajar de cada uno, sino adaptarse lo mejor posible a las necesidades y al código cultural de los pacientes y de su familia.

La diabetes es una de las primeras causas de mortalidad en la mayor parte de los países. Cuando se analiza objetivamente el estado de la lucha antidiabética en Latinoamérica, puede observarse condiciones insuficientes de prevención, asistencia, educación y sobre todo de organización eficiente.

Resulta oportuno que los profesionales de la salud participen más allá del acto de distribuir gratuitamente los insumos, glucosímetros y medicamentos de forma regular para todos los usuarios con diabetes mellitus.

Tomar en cuenta las particularidades de la salud en esta población vulnerable, de manera que no solo se persiga la satisfacción y el manejo adecuado de los costos en la producción de los servicios, sino que obligadamente se busque la mejora en la calidad de vida de los pacientes y en muchos casos evitar que estos enfermen y mueran innecesariamente.<sup>30</sup>

No hay dinero en el mundo que pueda abatir el padecimiento si no hay un cambio hacia una perspectiva social, que alcance una nueva concepción para abordar la salud y la enfermedad, y saldar así el compromiso de todos con las personas portadoras de este padecimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Rev Salud Pública Méx.* 2007;49 (suppl 1):14-22.
2. González-Pier E. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública Mex;* 2007;49(suppl 1):37-52.
3. \_\_\_\_\_. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *The Lancet.* 2006;368(9547):1608-18.
4. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes, 5ta. ed. Arabic; 2012 [citado 4 Mar 2012]. Disponible en: [http://shop.idf.org/catalog/product\\_info.php?cPath=21\\_34&products\\_id=154](http://shop.idf.org/catalog/product_info.php?cPath=21_34&products_id=154)
5. Arredondo A. Financial requirements for healthcare demand for diabetes and high blood pressure in Mexico: 2001-2003. *Investigación Clínica.* 2001;53(5):422-9.
6. Córdova JA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mex.* 2008;50(5):419-27.
7. Lozano R. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *The Lancet.* 2006;368(9548):1729-41.
8. Álvarez Aldana D, Rodríguez Beber Yu. Doctor Octavio Montoro y los primeros casos de diabetes tratados con insulina en Cuba. *Rev Cubana Endocrinol.* 2003 [citado 4 Mar 2011];14(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532003000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. El desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica No. 505. Washington, D. C.: OPS; 1989.
10. Resik P. Niveles de acción en la lucha por la salud y contra las enfermedades. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1993.
11. Martínez Hernández CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública* 2006 [citado 4 Mar 2011];32(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532003000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

12. Sigerist H. Civilization and Disease. Chicago: The University of Chicago Press; 1943.
13. Laurell AC. La Salud Enfermedad como Proceso Social. México, Nueva Imagen. Revista Latinoamericana Salud. 1982 (2).
14. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [citado 4 Mar 2011];33(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
15. Hernández-García O. El impacto de los programas de prevención de la diabetes en Mazatlán, Sinaloa; México. Contribuciones a las Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Sinaloa. 2012;1(3-4).
16. Sedó-Masís P. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de costa rica. Anales Gerontología. 2010;(6):99-112.
17. Public Health Agency of Canada. Determinants of Health. Canada: Agency; 2006.
18. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: representación de la OMS; 2011.
19. Velazo Pérez R. Evolución y futuro de la bioética. Boletín Comisión Nacional de Bioética. 1996;2(5):5-7.
20. García Guillén D. Principios y metodología de la bioética. Rev Labor Hospital. 1997;3(2):175-83.
21. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002;60:201-18.
22. Torres-López Teresa M, Sandoval-Díaz M, Pando Moreno M. Sangre y azúcar, representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad Saúde Pública. 2005[citado 7 Mar 2011];21(1):101-10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/12.pdf>
23. Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar-Salinas CA, Popkin BM, Willett WC. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. Salud Pública Mex. 2008;50(2):173-95.
24. Ramírez Tamayo, Z. Consumo de refrescos incrementa casos de diabetes. Monterey, N.L.: Pro Quest Biblioteca Digital del ITEMS; 2004 [citado 12 Mar 2005]:1. Disponible en: <http://biblioteca.items.mx/>
25. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Comité. Tchnical Report Series 804. Geneva: WHO; 1990.
26. Speck PW, Doyle D, Hanks GWC, editors. Spiritual issues in palliative care. En: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 1993.

27. Zavala MR. Vázquez-Martínez O. Wetsell MV. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Revista Aquichán. 2006;6(1):8-21.

28. Gómez Palencia IP. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2 [tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

29. Tejada Tayabas LM. Grimaldo Moreno BE, Maldonado Rodríguez O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. México. Rev Salud Pública y Nutrición. 2006 [citado 12 Mar 2007;7(1)]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/index.html>

30. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Panamá: Universidad de Panamá; 2005.

Recibido: 27 de junio de 2012.

Aprobado: 18 de septiembre de 2012.

*Concepción López Ramón*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tenosique 118 Plaza Villahermosa. Villahermosa, Tabasco, México.  
Dirección electrónica: [mariai.avalos@ujat.mx](mailto:mariai.avalos@ujat.mx)