

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XIII

**

Editoras

Magalí Civera Cerecedo
Martha Rebeca Herrera Bautista



Instituto Nacional
de Antropología
e Historia



Consejo Nacional
para la
Cultura y las Artes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2007

Comité editorial

Xabier Lizarraga Cruchaga
Abigail Meza Peñaloza
Florencia Peña Saint Martin
José Antonio Pompa y Padilla
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2007

© 2007, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2007, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2007, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización
escrita del titular de los derechos patrimoniales

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

DIABETES, UNA FORMA DE VIVIR¹

Rafael Pascual Ayala
Marco Antonio Cardoso Gómez*
Carlos Serrano Sánchez**

Postgrado FFyL/IIA, UNAM

**FES Zaragoza, UNAM*

***Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM*

RESUMEN

Al ubicarse la diabetes como primera causa de muerte en nuestro país surgen dudas sobre la eficacia de la atención institucional a esta enfermedad. La Secretaría de Salud propone un cambio de paradigma para lograr controlarla. Para coadyuvar a dicho control se pretende mostrar la necesidad de cambiar la concepción que los profesionales de la salud tienen sobre los términos enfermedad y padecimiento, y que de esta forma logren concebir a quien acude a sus servicios como persona y reconocer su padecimiento; por lo tanto, se muestra cómo las personas de Ixhuatlancillo, Veracruz, viven, piensan, perciben, interpretan y responden a su padecimiento, así como el impacto que la enfermedad ha generado en su vida diaria y el significado que dan al mismo.

PALABRAS CLAVE: diabetes, paciente, persona, enfermedad, padecimiento.

¹ Este estudio fue respaldado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), mediante el proyecto *Antropología de la región de Orizaba. Población, cultura y salud*, clave PAPIIT-IN307603, y por el Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) mediante el proyecto *Formación de profesionales para la atención multidisciplinaria a personas con diabetes*, clave PAPIME-EN211203, ambos programas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

ABSTRACT

Being diabetes disease one of the first causes of death in our country, there are doubts concerning the effectiveness of institutional attention to it. The Secretaría de Salud (Health Department) has proposed a shift of paradigm in order to control it. To help to this control, it tries to show the need to change professionals in charge of health'r the conception about the terms disease and suffering, to make them conceive, to whom recur to their services as persons, and recognize their suffering. Therefore, it is shown how the people from Ixhuatlancillo, Veracruz, live, think, perceive, interpret and respond to their suffering, as well as the impact it has generated in his daily life and the meaning that they give to it.

KEY WORDS: diabetes, patient, person, disease, suffering.

PANORAMA EVOLUTIVO DE LA DIABETES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes en el mundo (Cueva, Mejía, Luengas y Salinas 2003). La Federación Internacional de la Diabetes (IDF, por sus siglas en Inglés) ofrece una cifra mayor al considerar que hay 177 millones de personas con esta enfermedad (citado por Federación Mexicana de Diabetes [FMD] 2003).

La diabetes era una enfermedad rara en el nuevo mundo, hasta principios del siglo XX (Alvarado *et al.* 2001); sin embargo, en las últimas décadas ha mostrado un incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en todo el planeta, especialmente en el continente americano (Rodríguez *et al.* 2003). Un ejemplo de esto son los 15.7 millones de personas que en Estados Unidos de Norteamérica la tienen (Tenorio *et al.* 2000).

México ocupa el noveno lugar mundial en incidencia de diabetes y de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud (SSA), para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio. Actualmente, la cantidad de personas con diabetes en nuestro país asciende a 5.2 millones, de lo cuales el 24% desconoce que la padece (SSA 2002), y sólo en 1999 se diagnosticaron 226 mil 865 casos nuevos (Tenorio *et al.* 2000); debido a esto representa uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia (Cueva *et al.* 2003).

El incremento constante en la incidencia de la diabetes dentro de la población mexicana, sobre todo a partir de 1985, se ha asociado con tasas crecientes de muerte directa e indirecta (Rodríguez *et al.* 2003). Según cifras de la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, esta enfermedad ocasionó en el año 2000 más de 46 mil muertes, es decir, cinco personas cada dos horas (SSA, comunicado de prensa no. 027, 2002). Así, la diabetes ha tenido un ascenso alarmante; en 1970 como causa de muerte a nivel nacional ocupó la posición número 12, para 1998 se ubicó como la tercera causa (Alvarado *et al.* 2001), y para 2001 se colocó en el primer lugar (SSA 2001).

La tendencia a la mortalidad por este padecimiento es al incremento. En 1922 se tenía una tasa de 2.5 por 100 mil habitantes (Velásquez *et al.* 2003), para 1980 la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 (Vázquez y Escobedo 1989), para 1997 fue de 38.0 por 100 mil habitantes (Velásquez *et al.* 2003) y para 2001 fue de 48.96 (SSA 2001).

Cuadro 1
Tasa de mortalidad por diabetes

Año	Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes
1922	2.5
1980	12.0
1997	38.0
2001	48.96

Fuente: Velásquez *et al.* 2003, Vázquez y Escobedo 1989, SSA 2001.

Hoy día, esta enfermedad ha evolucionado gravemente y gran parte de su importancia radica en las complicaciones que de ella se derivan, ya que las personas que la padecen sufren un mayor riesgo de embolia, infarto, retinopatía y todos tienen 14 veces más de posibilidades de amputación de una extremidad (SSA 2002).

Terapéutica institucional para el control de la diabetes

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) menciona que, cuando menos en Latinoamérica, esta enfermedad debería estar controlada,

pues se tiene lo necesario para lograrlo (ADA 2004), y es que actualmente los profesionales de la salud (PS) disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso (Mercado 1996).

Cumplimiento terapéutico y adherencia terapéutica

El modelo institucional de atención a la diabetes ha puesto en marcha estrategias como el cumplimiento terapéutico y la adherencia terapéutica para lograr controlar la enfermedad, donde el cumplimiento hace referencia normalmente a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscipciones del PS. El cumplimiento significa hasta qué punto la conducta del paciente se corresponde con los consejos médicos y sanitarios, y sugiere una implicación pasiva por parte de los pacientes (Meichenbaum y Turk 1991).

Una de las definiciones más habitualmente citadas para el cumplimiento terapéutico es la que proporciona en los setenta Haynes (en Ferrer 1995: 37), considerándolo como “la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las instrucciones médicas o de la salud que se le han dado”.

En ocasiones se ha argumentado que el cumplimiento terapéutico, al sugerir que los pacientes tengan una implicación pasiva dentro del tratamiento, provoca el incumplimiento de éste; por lo cual autores como Lutfey y Wishner (1999) mencionan a la adherencia terapéutica como una alternativa, ya que ésta implica que los pacientes tengan más autonomía al definir y seguir sus tratamientos médicos.

DiMatteo y DiNicola (*cfr.* Ferrer 1995: 38) sugieren que el término adherencia se refiere a “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”.

Para Zaldívar (2003), la adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar ser parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables, etcétera, además, puede ser considerada un complejo proceso de autorregulación que comprende las tres etapas siguientes:

1. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el PS y su puesta en práctica.
2. La adherencia o seguimiento continuado.
3. Incorporación de conductas saludables al estilo de vida.

Aún cuando los términos cumplimiento y adherencia hacen referencia a aspectos diferentes, han sido empleados de manera intercambiable en numerosas ocasiones (Meichenbaum y Turk 1991), entendiéndolos como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad (Puente 1985; citado en Ginarte 2001).

Pese a que en teoría la adherencia terapéutica es una alternativa para que las personas jueguen un papel activo en cuanto al tratamiento prescrito, en la práctica cotidiana siguen siendo tratadas como pacientes que dependen totalmente de lo que el PS haga por ellos, y en una enfermedad como la diabetes, no darles importancia complica lograr el control de su glucosa, pues paradójicamente, en el momento de diseñar el tratamiento que ha de seguir una persona, a ella es a la única que no se toma en cuenta, lo cual dificulta la probabilidad de que dicho tratamiento sea efectivo.

Las estadísticas nacionales sobre salud, y en particular sobre la morbi-mortalidad de la diabetes, demuestran que estas estrategias no han satisfecho las expectativas, por lo cual la SSA, en su Programa de Acción para la Diabetes Mellitus (2001), indica que, aún cuando se cuenta con lo necesario para controlar la diabetes, es imperioso realizar un cambio de paradigma para lograrlo: pasar de los medicamentos como eje de control a la modificación de los estilos de vida, pues frecuentemente se trabaja con los medicamentos como factor principal para controlar la enfermedad, y se soslaya la indicación de modificación de hábitos, tanto alimenticios como de ejercicio físico.

Para aumentar la probabilidad de que esta propuesta se consolide, además de atender las observaciones antes señaladas, en este nuevo paradigma al enfermo se le deberá concebir como persona en lugar de paciente y la enfermedad tendrá que ser reconocida como padecimiento.

Paciente-enfermedad

En el lenguaje de la medicina, se llama paciente a la persona que sufre por un problema de salud y busca atención médica o se somete a participar en lo que ésta implica. Alguien adquiere el carácter de paciente justamente por estar ante el médico, al entrar en relación con éste y seguir sus indicaciones; por su parte, el médico sólo es médico propiamente dicho en presencia del paciente, al estudiarlo y dirigirlo, a fin de resolver el problema de salud que ha motivado su encuentro (Martínez 2003).

Para Zola (1991) el término paciente asume tácitamente que se trata de alguien débil, dependiente, indefenso e incapaz de atenderse o tomar decisiones sobre su situación. Incluso, Mercado (1996) menciona que esta connotación se acentúa cuando se les etiqueta como enfermos o a partir de su enfermedad específica, tal como cuando se hace referencia a los diabéticos, hipertensos o tuberculosos.

En la relación médico-paciente, los médicos diagnostican y tratan enfermedades a sus pacientes, intentan aliviarles síntomas o malestares físicos, ya que el término enfermedad hace referencia únicamente a las anomalías en la estructura y/o función de los órganos y sistemas, así como a los estados patológicos (Mercado 1996), y no toma en cuenta la parte psicológica y social.

La palabra enfermedad puede ser definida como un estado anormal del cuerpo que resulta de efectos, procesos, sustancias perjudiciales o accidentes. La enfermedad es reconocida mediante procedimientos objetivos como cambios estructurales o condiciones anormales, reveladas por métodos químicos, físicos o biológicos; es objetiva y reconocida mediante la observación de los doctores (Seguin 1982).

La medicina ve en la enfermedad una perturbación del estado normal de salud y por lo tanto trata no sólo de subsanarla lo antes posible, sino, ante todo, impedirla y finalmente desterrarla (Dethlefsen y Dahlke 1997).

Los PS deben darse cuenta que los problemas de salud que las personas presentan no consisten únicamente en la existencia de una enfermedad determinada con los síntomas propios, comprende tam-

bién la manera como las personas viven o experimentan estos síntomas debido a sus propias características de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etcétera.

Persona-padecimiento

Persona es un concepto que define al ser humano como una unidad hecha de pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos y conductas que emergen de la materia del cuerpo humano y que se valen de él para expresarse; unidad en la que intervienen la sociedad y la cultura, tanto en su conformación como en su expresión; es decir, la persona no nace, se hace, está siendo guiada constantemente por ciertos valores o preferencias (Martínez 2003).

Lo que la persona le comunica al médico en la consulta es su sentir, saber, creer, imaginar, temer, etcétera, respecto a la enfermedad y sobre la manera en que ésta ha repercutido en su vida. Éste es un saber y un sentir personal, propio de cada quien, es su padecer, el cual es en primer lugar una serie de vivencias (Seguin 1982).

El padecimiento da cuenta de cómo los sujetos y los miembros de su familia o su red social más cercana conciben, interpretan y responden a los síntomas y a las limitaciones derivadas de la misma enfermedad (Mercado 1996); como pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información, y en el cuerpo sólo se muestra (Dethlefsen y Dahlke 1997).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es conveniente que los profesionales de la salud deban seguir tratando a las personas que solicitan sus servicios como pacientes-enfermos o, lo que es igual, seres pasivos que físicamente funcionan mal, y diseñando tratamientos para las enfermedades sin tomar en cuenta el padecimiento, o ver personas que a partir de que enfermaron o creen haber enfermado padecen no sólo lo físico, también lo psicológico y lo social?

PROPÓSITO

Ofrecer información a los profesionales de la salud sobre el padecimiento, es decir, el sufrimiento, la incapacidad y la forma como valoran, viven y enfrentan día a día, costo real de una enfermedad crónica, las personas que viven con diabetes tipo 2, con la finalidad de mostrar la necesidad de considerar estos aspectos en el tratamiento institucional para controlar esta enfermedad.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de estudio

- Cualitativo
- Descriptivo

Área de estudio y participantes

El área de estudio es el municipio de Ixhuatlancillo, en la región de Orizaba, Veracruz. Participaron seis personas indígenas nahuas: tres varones y tres mujeres, con diabetes tipo 2, sin patologías agregadas, mayores de 25 años de edad y por lo menos con un año de haberseles diagnosticado la enfermedad. Se eligió investigar en este municipio por tener reportes de la clínica rural sobre la existencia de una incidencia en diabetes mayor a la media nacional.

Métodos

- Fenomenología.

Investigación sistemática de la subjetividad (Bullington y Karlson 1984: 51).

- Observación.

Procedimiento de recogida de datos que nos proporciona una representación de la realidad, de los fenómenos en estudio. En él intervienen las percepciones del sujeto que observa y sus interpretaciones del objeto observado (Rodríguez, Gil y García 1999).

Estrategias y técnicas de obtención de información

- Entrevistas en profundidad

Una serie de conversaciones en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal (Spradley 1979: 58).

- Registros observacionales: notas de campo, grabaciones en audio y video.

Recolección de datos

• Los datos se recolectaron durante doce visitas al área de estudio, entre los meses de enero-diciembre de 2004. Las visitas se realizaron durante una semana completa por mes. Los datos fueron recogidos por los autores del presente. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en computadora.

Codificación y análisis de los datos

• La codificación y análisis se realizaron de manera manual conforme a Miles y Huberman (1994). Este proceso constó de tres actividades: reducción de datos, disposición y transformación de datos, y obtención y verificación de conclusiones.

Del mundo de los informantes

Ixhuatlancillo se encuentra ubicado en la zona montañosa del estado de Veracruz, sobre las estribaciones del sur del Citlaltépetl, su suelo es bastante accidentado, se encuentra regado por arroyos de deshielo que forman el río Blanco, su clima es templado, húmedo, extremoso, con lloviznas en verano y principios de otoño, algunos fríos rigurosos y nevadas en sus partes altas (Gobierno del Estado de Veracruz 2002).

El año de 1917 se toma como referencia para señalar la formación de Ixhuatlancillo como municipio, olvidando que tiene una tradición de gobierno propio desde la época prehispánica y durante la dominación española mantuvo su gobernador y cabildo. La población ixhuateca desciende de los tlaxcaltecas, quienes fundaron Ixhuatlán (García 2003).

Al principio de la dominación española huyeron de ese lugar y fueron regresados en 1601; ahí vivieron hasta que durante el siglo XIX se replegaron a Ixhuatlán del Monte conocido actualmente como Ixhuatlancillo (García 2003). La población total de este municipio en el año 2000 era de 11 914 personas, de las cuales 5 680 eran indígenas, hablantes de náhuatl (Secretaría de Finanzas y Planeación, Gobierno del Estado de Veracruz 2002).

RESULTADOS

El resultado de un estudio fenomenológico, según Dukes (1984: 201, citado por Tesch 1990), es “una narración que dibuja un modelo, una descripción de las invariantes estructurales de un determinado tipo de experiencia”. Con base en esta conceptualización teórica, a continuación, se presenta la experiencia de uno de los informantes. Esta se eligió por ser representativa de la forma de vivir con diabetes, en esta comunidad.

La verda, lo que gano no me alcanza

El Sr. José es comerciante, tiene 48 años de edad, se dedica a la venta de plantas de ornamento en las ciudades de Toluca y el Distrito Federal, y hace aproximadamente un año le diagnosticaron diabetes tipo 2; a partir de ese momento, tuvo que dejar el comercio y comenzó a trabajar en el campo. Como campesino recibe 40 o 50 pesos por día de trabajo, de 8 de la mañana a 8 ó 9 de la noche, y el sueldo que gana dice no alcanzarle para mantener a su familia. Por esto, su esposa se ve en la necesidad de lavar ropa ajena, le pagan de 8 a 10 pesos por cubeta de ropa lavada y al día alcanza hasta tres cubetas.

Por lo anterior, el Sr. José se vio en la necesidad de mandar a uno de sus hijos de mayordomo: “...se fue con un señor de Orizaba que vende ropa y creo que tiene negocios en el puerto, se va por dos o tres semanas, a veces hace el mes, ahí le dan de comer, le dan ropa, y le pagan un sueldito como de doscientos o trescientos pesitos a la semana”.

El Sr. José mencionó que, hace poco más de un año, se le presentaron los síntomas de la diabetes, “... comencé a enflacar, tenía

ganas de orinar a cada rato, más cuando tomaba cerveza o café, me empezaron a salir granos en el cuerpo, me comenzaban como unas ronchitas, se me ponían rojas y crecían, me reventaban, me salía muchísima sangre y me salía pero mucha, mucha pus, estas ronchas me salían en casi todo el cuerpo, pero más en el pecho, las piernas y en los brazos”. Sentía ardor y, aun cuando podía caminar, estaba imposibilitado para trabajar.

Entonces, su familia tenía que sobrevivir con los 20 o 30 pesos que su esposa ganaba al día; esta situación tenía apenado al Sr. José y sentía que había dejado de ser útil: “... me apena, pu´s yo pienso que no está bien que no´mas la mujer trabaje, está bien que ayude con los gastos, pero pu´s yo creo que también el hombre debe trabajar porque es su obligación, porque el hombre es el fuerte, y si yo ya no puedo trabajar, pues entonces pa´que sirvo”.

Notó que las heridas producidas por estos granos tardaban en sanar cada vez más tiempo, lo que le generó miedo: “...me da miedo, porque yo antes si me cortaba, solito sanaba; si me cortaba, me espina o me caía, de volada me curaba solito, ya le digo, sin ponerme nada; pero ahora, pa´sú mecha, tardo hartito en componerme, y pu´s si eso es ‘orita, imagínese que va a ser después”.

Por todo esto, decidió acudir con el médico de la clínica rural,

...le dije a esta señora (su esposa) que me acompañara a la clínica y como a las 7 y media o las ocho de la mañana ya estábamos allí formados, nos fuimos sin almorzar, porque como mi hermana también tiene eso de la diabetes, me había dicho que tenía que ir uno sin comer nada; el doctor no nos pasaba, tardó mucho con los otros que entraron, y ya como a las dos de la tarde le dije a mi señora, vámonos, tengo harta hambre, tú también estás sin comer y yo creo que ya no vamos a pasar.

Días después, como las molestias no aminoraban, acudió nuevamente a la clínica rural, y en esa ocasión sí alcanzó a ser revisado por el médico: “... me dijo que tenía el azúcar en 150 (glucosa de 150 mg/dl), me dio una pomada para las ronchas; tres o cuatro días después de ponérmela, las ronchas se me quitan; pero al hacer alguna muina (coraje) me salen de nuevo, me da calentura y otra vez me sale sangre”.

Para la diabetes, el médico le dijo que comprara unos medicamentos, no le dio receta, sólo le dijo los nombres; pero a él se le olvidaron

y mejor acudió a Orizaba a comprar unas yerbas, las cuales se estuvo tomando y notó que con ellas se le calmaban un poco las ganas de orinar y tardaban más en aparecerle las ronchas.

El médico le prohibió comer carne de puerco, sal, tortilla, pan, refresco, café, todo lo que tuviera grasas y azúcar: "... pu's me prohibieron casi todo, me dijo el doctor que lo único que puedo comer son verduras y frutas, pero que fruta no de toda, creo que el plátano no o ya ni sé, eso sí, me dijo que tomara mucho agua, y como la verdad el dinero no me alcanza pa' comprar lo que me dijo, mejor me estoy curando con yerbas".

De Ixhuatlancillo a Orizaba el camión realiza un trayecto de 15 a 20 minutos, el Sr. José ha tenido que bajarse a medio camino porque no aguanta las ganas de orinar, a su esposa le dice que se vaya, que en Orizaba la alcanza, no quiere que ella se quede con él porque implicaría volver a pagar los dos pasajes y el dinero no le alcanza: "... no pu's ya no tengo vuelto pa' pagar el pasaje, y yo puedo irme caminando pero ella ¿pu's como?"

En dos ocasiones se ha orinado en los pantalones, ...ya dos veces me gana en el pantalón; una vez, iba pa' Orizaba y así nomás de repente me andaba de la chis, y no pude aguantarme, me quería bajar pero ya me había ganado; me bajé (del camión) y un señor me vio, me preguntó que qué tenía y pu's le platicué lo que me pasaba, y que me había ganado; bien buena gente el señor, me prestó un pantalón, me dijo que después se lo regresara o que ya me quedara con él y es que las ganas de orinar llegan de repente y no se puede uno aguantar.

La vergüenza no lo dejaba salir a trabajar a Toluca o al Distrito Federal, porque no le alcanzaba para pagar el boleto en aquellos autobuses que cuentan con servicio de sanitario; en un viaje de Orizaba a México iba a orinar diez o 12 ocasiones, por lo que tenía que estar molestando al chofer para que lo dejara bajar a hacer del baño, lo cual ocasionaba malestar en otros pasajeros y burlas para su persona.

Por eso, optó por llevar consigo medio kilo de bolsas, para orinar en ellas; buscaba ser el último pasajero en subir al autobús para ver si los asientos de atrás no estaban ocupados, porque prefería viajar solo para que no vieran que orinaba en las bolsas; lamentablemente, casi siempre todos los asientos estaban ocupados, por lo que, aguantándose la pena, le explicaba a su compañero de viaje que él tenía diabetes y

continua necesidad de orina; luego le pedía que se volteara, se tapaba con una chamarra y orinaba en la bolsa, para después tirarla por la ventana.

Esta vergüenza crecía cuando le tocaba alguna señorita como compañera de viaje, pues a ella no se atrevía a contarle lo que le sucedía y optaba por decirle al chofer que lo dejara bajar a orinar, y nuevamente les ocasionaba malestar a los demás pasajeros y las burlas se repetían.

En Toluca,

... una señora nos deja entrar al baño, nos cobra un peso, pero es que somos muchos, a mí me da asco, porque, como me dijo un amigo, como somos muchos, algunos ni agua le echan, y pu's así tenemos que hacer porque ya nos anda; pero pueden pegarnos alguna enfermedad, pu's por las ronchas, mi señora ya ni quería dormir conmigo, me dijo: "tú seguro ya te metiste con otra y te pegó una enfermedad", y a mí pu's me daba pena, pero luego me dio coraje y le dije: yo esto que tengo es por la diabetes, pero si no quieres, duérmete allá con tus hijos.

Al no tener dinero para comprar los medicamentos prescritos, comenzó a tomar remedios para la diabetes, como aquel que le dieron en una ocasión que se dirigía a la ciudad de México: "...se pone a secar la caca de la vaca en el techo y luego se deja que le caiga el sereno, hay que dejarla dos o tres noches y después se pone a hervir en más o menos un litro de agua y con medio limón exprimido se toma un vaso por la mañana, otro en la tarde y otro en la noche". Tomar este remedio le daba asco, pero lo hacía con tal de curarse y no pasar vergüenzas en el autobús, "...es mejor aguantarse el asco, que pasar vergüenzas en el carro".

Otro remedio que tomaba lo preparaba con una planta llamada cola de caballo: "...se pone a secar y se hace un té, me lo tomaba tres veces al día pero como no sentí mejoría, mejor que lo dejo".

El Sr. José deseaba tomar medicamentos, pero éstos eran caros y no le alcanzaba para comprarlos: "... la pomada para mis ronchas me costaba 135 pesos y las pastillas, unas así chiquititas, me costaban 75 pesos, para poder comprarlas tengo que trabajar dos días sin gastar nada".

Instalaron una farmacia de medicamentos similares en el pueblo; esto le pareció una buena opción para intentar controlarse con medica-

mentos: "...yo no he ido, pero me han dicho que las medicinas están muy baratas y creo que hasta ve uno al doctor gratis, y es que, ya le digo, la verda', lo que gano no me alcanza".

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Si en teoría se cuenta con un arsenal científico y terapéutico que idealmente puede ser exitoso, por qué la diabetes ha avanzado hasta ubicarse como la primera causa de muerte en nuestro país, aun cuando se sabe que es relativamente fácil controlarla con sólo llevar un plan alimentario, realizar ejercicio físico y, en caso de ser necesario, hacer uso de medicamentos.

Son innegables los beneficios generados por el modelo biomédico de atención a la diabetes, estrategias como el cumplimiento terapéutico y la adherencia terapéutica han jugado un papel importante para el control de esta enfermedad; sin embargo, las estadísticas de morbi-mortalidad demuestran que no han cubierto las expectativas con las que fueron creadas.

Una de las posibles causas de lo anteriormente señalado es que, dentro de este modelo de atención, se tratan de aliviar enfermedades sin tomar en cuenta lo que éstas generan en la persona enferma, es decir, se soslaya el padecimiento, y en el momento en que una persona acude por los servicios de un PS es tratada como un paciente que no juega un papel importante en su tratamiento, puesto que lo único que debe hacer es seguir al pie de la letra las indicaciones dadas.

Al no ser tomada en cuenta la persona enferma, se está soslayando una parte fundamental que debe incluirse en el tratamiento, pues ella es quien decide, entre otras cosas referentes a su enfermedad, modificar o no su alimentación, realizar o no ejercicio físico y tomar o no los medicamentos, puesto que, hasta hoy se sabe, la combinación de estos elementos debe ser la base para el control de la diabetes.

Son muchas las causas por las que una persona con diabetes decide seguir o no el tratamiento, entre ellas se encuentran sus creencias acerca de la enfermedad, los medicamentos y el PS; aunado a esto, el que la base del tratamiento implique modificaciones en el estilo de vida genera que busquen alternativas de atención donde eso no su-

ceda, pues cambiar la forma de vivir sólo por prescripción resulta casi imposible.

En Ixhuatlancillo, como se muestra en la experiencia narrada anteriormente, cuando el PS diseña el tratamiento que ha de llevar una persona con diabetes, no toma en cuenta las condiciones sociales, culturales y económicas de esta comunidad, lo que genera que dicho tratamiento sea llevado de manera inadecuada, pues si le indica seguir un plan alimentario, en el cual están estrictamente prohibidas las grasas, la carne de puerco, las tortillas, el café, la cerveza, etcétera, el paciente cree se atenta contra su estilo de vida, puesto que en su comunidad, por tradición, estos víveres son los más consumidos.

Al considerar lo antes señalado, dentro del tratamiento para el control de la diabetes, podrá dejarse de tratar al enfermo como un ente pasivo para asistirlo como una persona, lo cual favorecerá personalizar el tratamiento conforme a las demandas y necesidades de cada enfermo y con ello, incrementar la probabilidad de que el tratamiento logre su propósito: regular los niveles de glucosa en sangre.

REFERENCIAS

ALVARADO O. S. MILIAN Y S. VALLES

- 2001 Prevalencia de *diabetes mellitus* e hiperlipidemias en indígenas otomíes, *Salud pública de México*, 43, 5: 459-463.

AMERICAN DIABETES ASOCIATION

- La diabetes y los latinos. Obtenido el 1 de septiembre de 2004 de <http://www.diabetes.org/utills/printthispage.jsp>
Page ID=DIABETESLATINOS_241745

BULLINGTON Y KARLSON

- 1984 Introduction to phenomenological psychological research, *Scandinavian journal of psychology*, 25: 51-63

CUEVA A., V., M. J. MEJÍA, V. D. H. LUENGAS Y S. O. SALINAS

- 2003 Complicaciones del pie diabético. Factores de riesgo asociados, *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41, (2): 97-104.

DETHLEFSEN, T. & R. DAHLKE

1997 *La enfermedad como camino*, Editorial Dinámica, México.

FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES

2003 Obtenido el 25 de febrero de 2004, de <http://www.fmdiabetes.com/diabetes/dnumeros.asp#Mexico>

FERRER, V.

1995 “Adherencia a” o “cumplimiento de” prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados, *Revista de psicología de la salud*, año 1, no. 7: 37-38.

GARCÍA, M. A.

2003 *Raíz y razón de Ixhuatlancillo*, Instituto Nacional Indigenista, México

GINARTE, Y.

2001 La adherencia terapéutica. Obtenido el 25 de noviembre de 2003, de <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029,00.html>

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ, MUNICIPIO DE IXHUATLANCILLO

2002 Obtenido el 18 de octubre de 2004
<http://www.ixhuatlancillo.gob.mx/secciones.php?seccion=datosgeograficos&cx=81>

LUTFEY, K. & W. WISHNER

1999 Beyond “compliance” is “adherence”, *Diabetes care*, 22 (4): 635-639.

MARTÍNEZ, C. F.

2003 *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*, Editorial Manual moderno, 2a. edición, México.

MEICHENBAUM, D. & D. TURK

1991 *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*, Editorial Desclée de Brower, Bilbao.

MERCADO, F. J.

1996 *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Editorial Universidad de Guadalajara, México.

MILES, M. Y A. HUBERMAN

- 1994 *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, Newbury Park, Ca, Sage.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

- 2001 Obtenido el 18 de octubre de 2004 de http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Programa_de_la_SSA_Diabetes_mellitus

RODRÍGUEZ, G., J. GIL Y E. GARCÍA

- 1999 *Metodología de la investigación cualitativa*, 2a. ed., Granada, Aljibe.

RODRÍGUEZ M., C. LÓPEZ, P. RODRÍGUEZ Y M. JIMÉNEZ

- 2003 Características epidemiológicas de pacientes con diabetes. En el estado de México, *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41 (5): 383-392.

SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN, GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ.

- 2002 Obtenido el 18 de octubre de 2004 de <http://www.sefiplan.gob.mx/menuframes/informacion/municipios/pdfmunicipiosixhuatlan-cillo.pdf>

SECRETARÍA DE SALUD

- 2001 Principales causas de mortalidad general, 2001, Nacional. Obtenido el 04 de julio de 2003, de www.salud.gob.mx
- 2002 Comunicado de prensa no. 027, 1 de marzo de 2002. Página web de la Secretaría de Salud de México. Obtenido el 23 de marzo de 2002, de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm

SEGUIN, C. A.

- 1982 *La enfermedad. El enfermo y el médico*, Editorial Pirámide, Madrid.

SPRADLEY, J. P.

- 1979 *The ethnographic interview*, Editorial Holt, Nueva York.

TENORIO, G., S. P. J. GUERRERO Y A. E. TORRES

- 2000 Prevalencia de uveítis aguda anterior en el paciente diabético, *Revista médica del Hospital General de México*, 63, (3): 165-170.

VÁZQUEZ, R. Y P. ESCOBEDO

- 1989 Análisis de la mortalidad por *diabetes mellitus* en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987), *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28, (2): 157-170.

VELÁSQUEZ, M. O., E. A. LARA Y C. A. PEÑA

- La diabetes en México. Obtenido el 4 de julio de 2003, de www.fep.paho.org/diabetesbul/spanish/section2.asp

ZALDÍVAR, D.

- 2003 Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Obtenido el 25 de noviembre de 2003, de <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=article&file=article&sid=82>

ZOLA, I. K.

- 1991 Bringing our Bodies and ourselves back in: reflections on a past, present, and future 'Medical Sociology', *Journal of health and social behavior*, 32: 1-16.