

# **I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA**

“Diálogo entre académicos, trabajadores de la salud y organizaciones de la sociedad civil por la defensa del derecho a la salud en México”

9 -11 de noviembre 2006

## **Ponencia en extenso:**

### **DIABETES Y POLÍTICA DE SALUD: UN ESTUDIO A PARTIR DE LOS ACTORES SOCIALES IMPLICADOS**

(Mesa: Salud de grupos socialmente vulnerados)

**Ana Elisa Castro Sánchez**

Facultad de Salud Pública y Nutrición

Universidad Autónoma de Nuevo León

[aelisacs@yahoo.com.mx](mailto:aelisacs@yahoo.com.mx), [acastro@faspyn.uanl.mx](mailto:acastro@faspyn.uanl.mx)

## DIABETES Y POLÍTICA DE SALUD: UN ESTUDIO A PARTIR DE LOS ACTORES SOCIALES IMPLICADOS

**Ana Elisa Castro Sánchez**

Facultad de Salud Pública y Nutrición

Universidad Autónoma de Nuevo León

[aelisacs@yahoo.com.mx](mailto:aelisacs@yahoo.com.mx), [acastro@faspyn.uanl.mx](mailto:acastro@faspyn.uanl.mx)

El aumento acelerado de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 (DM2) y la hipertensión, ha afectado progresivamente, de manera significativa y particularmente en los últimos años, a los países en desarrollo y a poblaciones marginadas; los cuales atraviesan, entre otras, una importante transición demográfica.

La DM2 constituye un problema de salud pública de primera magnitud que ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a ser una epidemia en países en desarrollo, en ciertas comunidades étnicas<sup>1</sup>, en estratos sociales pobres y en zonas rurales, pues éstos enfrentan la transición que va *del “rezago en salud”* (mortalidad por enfermedades infecciosas, enfermedades de la nutrición y de la reproducción) a *los “riesgos emergentes”* asociados a cambios acelerados en el estilo de vida, la industrialización, la urbanización y el envejecimiento poblacional (Lloveras, 1995; Barquera, 2003; Torres, 2004; Torres, Castañeda y Chong, 2005). Para el 2025 el número de pacientes diabéticos aumentará 122% al pasar de 135 a 300 millones (Vázquez y Panduro, 2001), sin embargo, cabe precisar que en los países desarrollados el aumento será del 40%: pasará de 51 a 72 millones de enfermos, mientras que en las economías pobres será de hasta un 170%: pasará de 84 a 228 millones de enfermos (Vázquez y Panduro, 2001). En el caso de los países latinoamericanos se prevé que en promedio habrá un aumento de 160% (Vázquez y Panduro, 2001). En el caso de México el incremento respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200% y es en la región norte del país donde la frecuencia de la enfermedad es mayor. Según la Norma

---

<sup>1</sup> Sería el caso de los estadounidenses de origen mexicano y africano y de los pueblos indígenas de EEUU.

Oficial Mexicana en la materia<sup>2</sup>, para el 2000 se estimaba que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y que cerca del 30% de los individuos desconocía que la tenía; lo anterior significa que existían más de cuatro millones de personas enfermas de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas. En cuanto a las estadísticas de mortalidad en México para el 2002 la diabetes se presenta como la principal causa de muerte entre las mujeres (14.6%) y la segunda (9.9%) entre los hombres (DGIS-SSA, 2004).

A estas cifras, donde evidentemente es mayor el número de mujeres que de hombres que mueren por diabetes, cabe añadir que esta enfermedad crónica tiene su mayor incidencia en el grupo de adultos de edad avanzada (población entre 50 y 69 años), las diabéticas de estrato bajo de zonas urbanas sin seguridad social y los y las diabéticas de origen campesino e indígena quienes viven en condiciones más desfavorables de salud (Mercado, 1996). Esto significa que la diabetes se ha convertido en un factor agregado creciente de vulnerabilidad social para la población pobre pero específicamente para las mujeres, las y los adultos mayores y la población rural. A este respecto, en el presente trabajo presentaremos resultados de un estudio realizado en Nuevo León.

## **METODOLOGÍA**

### **El lugar**

El estudio se llevó a cabo en dos áreas geográficas de Nuevo León: la zona metropolitana de Monterrey (ZMM) y un área rural del sur del Estado.

Para el tercer trimestre de 2004 la ZMM contaba con 3, 400 187 habitantes de una población estatal total de 4, 124, 773 (Data Nuevo León, 2005)<sup>3</sup>, es decir, que aglutina a poco más del 80% de los habitantes de Nuevo León (NL). Por su parte el sur del Estado es identificado como una de las regiones con más pobreza ya que abarca a los

---

<sup>2</sup> Se trata de la NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

<sup>3</sup> [www.data.nl.gob.mx](http://www.data.nl.gob.mx)

municipios que presentan altas proporciones de población subnutrida y migrantes temporales. Se trata de un Estado fronterizo altamente urbanizado e industrializado, ubicado en la región norte con un intercambio sociocultural, económico y político particularmente importante con los estados del sur de los Estados Unidos. Por otra parte, NL ha sido calificado, respecto al *Índice de marginación nacional*, como un estado de muy baja marginación (CONAPO, 2001). En contraste, NL se ubica entre los Estados mexicanos con mayor frecuencia de diabetes, ocupando, después de Coahuila, el segundo lugar: Coahuila (10.1%), Nuevo León (9.7%), Tamaulipas (9.5%), Durango (9.2%) (ENSALUD, 2000).

Paradójicamente Nuevo León se ubica entre los Estados que a la vez de haber logrado un mejor nivel de vida y calificado con un bajo índice de marginación, presenta por un lado altos índices en diabetes y obesidad, y por el otro, persistente desnutrición infantil<sup>4</sup> (De la Garza, 2005). Es necesario mencionar que al interior mismo de este Estado, es decir, a nivel municipal, también se reproducen los contrastes y las diferencias socioeconómicas norte – sur (De la Garza, 2005).

En Nuevo León, Estado industrializado donde un poco más del 80% de su población vive en zona urbana, se diagnostica un nuevo paciente con diabetes cada hora (Gobierno del Estado de Nuevo León, 2004). Tan sólo la secretaría estatal de salud<sup>5</sup> ha reportado para el 2004 una incidencia de 4,340 casos, llegando a una prevalencia de 12,483 de los cuales 52.64 por ciento corresponden a la Zona Metropolitana de Monterrey y 16.07 por ciento al sur del Estado<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> “Nuevo León presentó una prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de 25.65 por ciento, (IC95+-0.82) según el indicador peso/edad por lo que se esperaría encontrar en la misma población entre 91 mil 731 y 97 mil 756 niños con desnutrición (De la Garza, 2005:15)”.

<sup>5</sup> Estas cifras incluyen solamente los casos registrados por la secretaría estatal de salud en sus propias instituciones, esto es, en Hospitales Generales de Zona, centros de salud, clínicas y unidades de salud. Por lo anterior faltaría agregar los casos que manejan el resto de las instituciones como IMSS e ISSSTE, instituciones privadas, hospitales y clínicas universitarias.

<sup>6</sup> Nos referimos específicamente a los municipios que comprende la Jurisdicción Sanitaria número 8: Rayones, Galeana, Iturbide, Aramberri, Zaragoza, Mier y Noriega y Dr. Arroyo.

## **El estudio**

Se llevó a cabo una investigación cualitativa utilizando la estrategia metodológica del estudio de caso; con pacientes adultos diabéticos tipo 2. Se consideraron dos niveles de análisis: A) microsocioal o experiencia individual de los y las pacientes, y B) política de salud, o respuesta de las instituciones públicas para atender la problemática, expresada en programas sociales y de salud específicos. Así, por un lado se buscó conocer la percepción de los propios pacientes sobre la forma en que viven y enfrentan la diabetes en su vida cotidiana; y por otro, se indagó sobre el diseño y la puesta en marcha de programas destinados a los enfermos crónicos diabéticos. Se utilizó el enfoque de la sociología de la experiencia de la enfermedad crónica. El concepto central utilizado fue el de *experiencia del padecimiento*<sup>7</sup>. Se recurrió a instituciones públicas de salud que tienen formados grupos de pacientes diabéticos y se realizaron invitaciones formales para lograr la participación. En el caso de los pacientes que habitan en el sur del Estado, se solicitó el apoyo de un Hospital General de Zona y de un Centro de Salud. Los criterios para integrar la muestra fueron los siguientes:

- Diabéticos tipo 2;
- Hombres y mujeres;
- De diferente estrato social: bajo, medio y alto;
- De área urbana (zona metropolitana de Monterrey) y de área rural (sur de Nuevo León).

Los contactos para las entrevistas se realizaron de mayo a noviembre de 2005; se logró que los y las informantes participaran de manera voluntaria bajo consentimiento

---

<sup>7</sup> La experiencia del padecimiento “es un fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos íntimamente vinculados entre sí: a) los estados emocionales, los sentimientos, los estados de ánimo, las sensaciones, los estados corporales, los cambios físicos y las alteraciones o trastornos corporales vinculados a la presencia de un padecimiento; b) los efectos o consecuencias ocasionadas en la vida diaria de quienes sufren tanto por el padecimiento como por algunas de sus manifestaciones; c) las formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en su vida diaria y su red social más cercana (Mercado, 1996: 68-69)”.

informado. La muestra se integró con 34 pacientes diabéticos tipo 2, del área metropolitana de Monterrey y del sur del Estado de Nuevo León: 17 mujeres y 17 hombres, de los cuales, 23 habitaban en zona urbana y 11 en zona rural; también se entrevistó a funcionarios de salud y médicos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas audiograbadas. La mayoría de los encuentros se realizaron en los domicilios de los y las informantes, en la fecha y hora que eligieron.

Las edades de las pacientes diabéticas oscilaban de 45 a 70 años, 6 tenían alguna ocupación, 8 se dedicaban al hogar o estaban desempleadas y 3 eran jubiladas. De todas ellas sólo 5 se habían dedicado toda su vida exclusivamente a labores del hogar; una era empleada; dos eran empleadas domésticas; dos habían sido enfermeras; una administradora; una técnica radióloga; una se desempeñaba como promotora voluntaria y cuatro eran o habían sido comerciantes. En cuanto a la escolaridad, 10 habían estudiado hasta primaria o menos, 3 nivel técnico, 3 preparatoria y sólo una había alcanzado el nivel de licenciatura. En lo que concierne al estado civil, 14 eran casadas y 3 divorciadas y habían tenido en promedio 3 hijos. La ocupación de sus cónyuges es muy variada predominando los que se dedicaban a la albañilería (4) y obreros (5), profesor universitario (2), comerciante (2), mecánico (1), policía (1), empleado de oficina (1) y campesino (1). Las informantes llevaban en promedio 10.5 años de vivir con diabetes.

La edad de los informantes diabéticos masculinos variaba entre 41 y 78 años; 4 se encontraban desempleados, 10 gozaban de jubilación y 3 se encontraban realizando alguna ocupación. Las ocupaciones que habían desempeñado la mayor parte de su vida son muy variadas predominando la de obrero, comerciante y albañil. El nivel de escolaridad predominante es el de primaria (10), seguido por 3 sin estudios, 2 con secundaria, uno con licenciatura incompleta y uno con maestría. Quince de ellos eran

casados, uno era viudo y uno era soltero y tuvieron 5 hijos en promedio. En cuanto a la ocupación de sus esposas, todas ellas se dedicaban o se habían dedicado a labores del hogar, además de lo anterior sólo 4 de ellas habían desempeñado o desempeñaban actividades remuneradas: comerciante (2), empleada (2). Los informantes masculinos llevaban en promedio 12 años de vivir con diabetes.

Por su parte, los padres y madres de las y de los informantes, tenían como escolaridad máxima el nivel primaria, sin embargo cabe destacar que en el perfil de las madres predomina el analfabetismo ya que 15 de 17 eran analfabetas y sólo 2 habían estudiado algún grado de primaria; mientras que en el caso de los padres sólo 7 de 17 no sabían leer ni escribir.

El análisis de los datos se realizó con el apoyo del programa de cómputo Atlas-ti. Se efectuó un análisis temático; se codificaron las entrevistas y se elaboraron categorías analíticas. Por razones de espacio, en este trabajo sólo se presentan los resultados referentes a: grupos de apoyo.

## **RESULTADOS**

### **1. Grupos de apoyo**

Se encontraron dos modalidades de grupos de apoyo a pacientes diabéticos: grupos institucionalizados y grupos espontáneos.

Los grupos institucionalizados forman parte de la estrategia de tratamiento y control establecida en la Norma Oficial Mexicana<sup>8</sup>. Los encargados de fomentarlos son los propios funcionarios de salud y personal médico y tienen el propósito de facilitar el manejo no farmacológico de la diabetes.

Los grupos institucionalizados de apoyo se presentan como uno de los servicios o actividades dirigidas a las personas con diabetes por iniciativa de las instituciones de

---

<sup>8</sup> Se trata de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, que constituye la piedra angular de la política de salud en materia de diabetes.

salud y tienen por objetivo mejorar la calidad de vida de las y los pacientes. El punto de encuentro o lugar de reunión es una sala de la clínica u hospital a la cual se está adscrito y se cuenta con una organización de fechas y horarios así como del personal de salud que los atiende o que coordina las sesiones. Aún cuando este servicio está dirigido por igual a hombres y a mujeres, en su mayoría, los usuarios de este servicio son las mujeres diabéticas, constituyendo el 90 por ciento o más de las asistentes.

Se identificaron tres modalidades de grupo institucionalizado (*Cuadro 1*) y en todos los casos se trata de grupos terapéuticos motivados<sup>9</sup> (Contreras, 2003), que desarrollan actividades con fines preventivos y educativos.

En el tipo 1 (*Cuadro 1*), existe un día de la semana destinado al grupo de diabéticos. Las y los pacientes deben registrarse desde muy temprano por la mañana (6 am), proporcionar una muestra de sangre para medir su nivel de glucosa y escuchar la plática o charla informativa sobre diabetes. Estas actividades son obligatorias y requisito para pasar a la consulta en donde les atiende un médico internista o un endocrinólogo. El denominado *grupo de diabetes*, es en realidad la confluencia numerosa de pacientes cuya asistencia es estrictamente obligatoria en cierto día y hora para someterse a un monitoreo de glucosa y al cual está condicionada el acceso a la consulta. Los pacientes no se conocen entre sí ni conviven entre ellos ni con el personal que los atiende; prevalece una relación distante. Los usuarios son mujeres y hombres sin seguridad social y en su mayoría de escasos recursos.

En el tipo 2 (*Cuadro 2*) a diferencia del primero (tipo 1), el grupo es más flexible, menos numeroso y la asistencia voluntaria. Y aunque el vínculo con el personal es más bien distante, los pacientes sin conocerse entre ellos, tienen más cercanía con el personal de trabajo social. Los y las pacientes son invitados a asistir voluntariamente a

---

<sup>9</sup> Según Contreras (2003) los grupos motivados son aquellos en los que los miembros participan con base en objetivos determinados o sugeridos. En el caso del grupo institucionalizado es la propia institución de salud quien establece tanto los objetivos como las actividades a realizar.

charlas conferencias de 30 minutos aproximadamente de duración (semanales, quincenales o mensuales) y en las cuales el personal de salud (de medicina, de nutrición, de educación en diabetes, de enfermería y/o de trabajo social) proporciona información sobre diversos aspectos de la diabetes. También asisten quienes se encuentran en la sala de espera para pasar a consulta.

En el tipo 3 (*Cuadro 1*), se integran grupos relativamente pequeños, que a diferencia de los dos anteriores, los pacientes acuden voluntariamente, se conocen entre ellos, conviven con el equipo de salud y la clínica se encuentra en la propia comunidad. Existen pues, algunas diferencias importantes respecto a los dos primeros (tipo 1 y 2): el punto de reunión se encuentra en la comunidad o entorno cercano al cual pertenece el paciente, la asistencia es libre o voluntaria y está programada en un día fijo de la semana (de 9 a 11 am). Proporcionan una muestra de sangre para monitoreo de glucemia y reciben una plática informativa por uno o más miembros del equipo de salud. Otra cuestión relevante es que los miembros del grupo se conocen y conviven entre sí por el hecho de habitar en la misma comunidad. Destaca también que la relación entre pacientes y personal de salud es más cercano, por ejemplo, conocen a cada uno de ellos/ellas y los llaman por su nombre e incluso notan la ausencia de los pacientes cuando estos no asisten a la reunión.

**Cuadro 1: Características de los grupos institucionalizados.**

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
<b>Participación / asistencia</b>	Obligatoria	Voluntaria	Voluntaria
<b>No. de miembros</b>	40 -50	30 - 40	20 -25
<b>Control de asistencias, ingresos / egresos</b>	La institución de salud.	La institución de salud.	La institución de salud.
<b>Lugar de reunión o punto de encuentro</b>	La sala de medicina interna de un hospital.	La clínica de diabetes e hipertensión.	Clínica comunitaria.
<b>Usuarios</b>	Hombres y mujeres sin seguridad social.	Mayormente las esposas de trabajadores con derecho a servicios médicos.	Mayormente mujeres diabéticas sin seguridad social.
<b>Coord / org del grupo</b>	Medicina interna, endocrinología, educación en diabetes.	Trabajo social	Nutrición, medicina interna, trabajo social.
<b>Servicios / beneficios</b>	Información con fines preventivos.	Información con fines preventivos.	Información con fines preventivos. Convivencia, motivación.
<b>Iniciativa</b>	La institución, equipo de salud.	La institución, equipo de salud.	La institución, equipo de salud.
<b>Vínculos entre los miembros del grupo</b>	No se conocen entre sí.	En general se mantiene el anonimato.	Amistad. Muchos de ellos se conocen porque viven en la misma comunidad.
<b>Vínculo entre el grupo y el equipo de salud</b>	Distante. Vínculo estrictamente profesional entre el paciente y el personal.	Ninguno. Se procura la distancia profesional. Se llega a tener un poco más de cercanía con el personal de trabajo social.	Cercano. Cierta familiaridad.
<b>Reglas o normatividad</b>	Está establecida la asistencia en cierto día y hora para escuchar una plática informativa, así como someterse a un monitoreo de glucosa previo a la cita médica.	Ninguna en particular, sólo la normatividad de la propia institución de salud.	Ninguna en particular, sólo la normatividad de la propia institución de salud.

### 1.1. Percepción del apoyo institucionalizado

Basándonos en el análisis de las experiencias expresadas por los y las pacientes durante las entrevistas, fue posible identificar distintas percepciones sobre el apoyo que reciben a través de los grupos institucionalizados descritos previamente.

Sobresale que la mayoría de los pacientes no acude o participa en estos grupos sino hasta cierto tiempo (desde algunos meses hasta varios años) después de haber recibido el diagnóstico. Generalmente reciben la primera plática informativa luego de la confirmación del diagnóstico y pasa un periodo más o menos largo para que se

incorporen a los grupos, o bien nunca más regresan a las reuniones. Las razones por las cuales no asisten tienen que ver, por un lado con condiciones inadecuadas del lugar donde se realizan las pláticas (grupos tipo 1 y 2, *Cuadro 1*), como grupos demasiado numerosos, problemas de sonido o visibilidad:

“A la clínica que yo pertenezco, allí hay un auditorio y dan pláticas todos los martes, de diabéticos y de diferentes pláticas, pero muchas veces no se oye bien porque como van 30-40 personas, el barullo es mucho, ya no es igual, cualquier cosa pero no se oye muy correcto, a veces sí y a veces no; se oye el murmullo (P21)”.

Otros de los impedimentos para acudir a los *grupos* se encuentran estrechamente relacionados con la situación económica de los pacientes y el grado de complicaciones que sufren. Específicamente en los *tipos 1 y 2* identificados (*Cuadro 1*), los pacientes refieren que necesitan desplazarse y recorrer grandes distancias para acudir a la clínica u hospital con el consecuente gasto de recursos y tiempo, además de que quienes han perdido en alguna medida su autonomía (retinopatía, amputación) dependen del apoyo o compañía de algún familiar. Lo anterior apunta a que estos grupos tienden a beneficiar principalmente a quienes se encuentran en mejores condiciones físicas y que cuentan con recursos económicos y apoyo familiar.

Por otro lado, algunos pacientes manifiestan su descontento respecto a la actitud de los médicos o personal de salud que da la orientación: distanciamiento y frialdad al impartir las pláticas:

“Yo siento que la doctora que impartió la plática, como que... ¿cómo le explico?... como que la gente, la misma gente de medicina te está amenazando, como que se ensañan con los diabéticos: “ya va a pasar esto, te va a pasar esto”, muy fría, como que ven la situación muy fría, así lo percibo yo, porque no dicen algo positivo. Al fin y al cabo nos sentimos mal de que tenemos esta enfermedad, eso ya lo tenemos, y todo el mundo se encarga de que no te olvides (P15)”.

También aparece que la mayoría de los pacientes (grupos tipo 1 y 2, *Cuadro 1*) desearían que les expliquen o les hablen en términos más claros o accesibles para ellos y que haya coordinación entre los miembros del equipo de salud; todo indica que se requiere de estrategias didácticas y comunicativas más adecuadas:

“Sí. Cuando le explican a uno una cosa, si lo explicaran los doctores para que se le grave, para que lleve sus dietas, porque muchas veces se olvida. Si otro día le explicaran las mismas cosas pero va otro, entonces es diferente la plática y entonces se cruza, entonces ¿cuál agarra uno, esta o esta?, es mejor repetirle a uno para que vayamos entendiendo (P10)”.

“Yo una vez fui, no me gustó, la cosa en muy escueta, no dan explicaciones más amplias de lo que sucede (P19)”.

No obstante lo anterior, los y las pacientes también reportaron experiencias positivas; sin embargo estas corresponden más bien a quienes frecuentan los grupos institucionalizados tipo 3 (*Cuadro 1*) o clínicas comunitarias:

“Explican muy bien aquí en la clínica (P19)”.

“Sí, porque están al frente macheteando y todos quietos (P18)”.

“Y las transparencias que nos ponen también, nos van indicando y así uno está pendiente (P20)”.

“Ahí uno se da cuenta lo que dice, sin andar haciendo ruido (P21)”.

Específicamente para el área rural, el problema que presentan los grupos institucionalizados (tipo 3) es la permanencia misma del grupo debido a que dependen de la rotación anual de personal médico<sup>10</sup> (pasantes) y en general de personal de salud. La situación más problemática es la de los diabéticos de localidades más alejadas que carecen de unidades médicas fijas o clínicas y que cuentan sólo con la visita periódica

---

<sup>10</sup> Nos referimos al sur de Nuevo León, específicamente a la jurisdicción 8, que comprende los siguientes municipios: Rayones, Galeana, Iturbide, Aramberri, Zaragoza, Mier y Noriega y Dr. Arroyo.

de unidades móviles. Para el área rural estudiada en este trabajo<sup>11</sup>, se reportó lo siguiente:

- 1) Que sólo en el 50% de las Unidades Médicas<sup>12</sup> se encuentran funcionando, con distintos niveles de avance o consolidación, los grupos de apoyo. Y que aún no se ha realizado evaluación de impacto ni logrado la acreditación.
- 2) Que sólo se cuenta con una nutrióloga. Y un equipo zonal de médicos donde el 80% de ellos son prestadores de servicio social que reciben capacitación específicamente sobre diabetes y enfermedades crónico degenerativas.
- 3) En cuanto a los medicamentos, a pesar de que al personal se le capacita y actualiza sobre nuevos fármacos no les es posible manejarlos porque no se incluyen en el cuadro básico, ante lo cual, una vez que llegan a los toques de dosis el paciente es tratado con insulina.

## **2. Los grupos espontáneos de apoyo**

Estos grupos son una variante muy importante del apoyo social y constituyen una forma de autoayuda espontánea e informal en la cual participan principalmente los hombres diabéticos y los cuales son en su mayoría jubilados (*Cuadro 2*). Es necesario subrayar que esta modalidad de apoyo específica, identificada en el presente estudio, no es tomada en cuenta en la política de salud dirigida a los enfermos crónicos. Sin embargo, como mostraremos a continuación, constituyen una estrategia fundamental para la salud física y mental de los enfermos crónicos de poblaciones urbanas populares y rurales.

Se trata de reuniones en lugares públicos, parques o plazas a donde ellos concurren a cierta hora del día, generalmente por las tardes, para platicar, relajarse y olvidar la

---

<sup>11</sup> Se trata de la Jurisdicción 8 y comprende 7 municipios: Rayones, Galeana, Iturbide, Aramberri, Zaragoza, Mier y Noriega y Dr. Arroyo

<sup>12</sup> Existen aproximadamente 120. Cada Unidad Médica tiene un núcleo básico que está compuesto de al menos un médico, una enfermera y una promotora voluntaria.

enfermedad. El grupo espontáneo tiene un funcionamiento particular, reglas implícitas y beneficios claramente identificados, no hay un líder ni una convocatoria formal, es abierto y flexible (nadie controla el ingreso, egreso o asistencias), nadie convoca pero todos los que están en posibilidades de trasladarse asisten y llegan caminando.

Las reglas implícitas son: no mencionar la palabra “diabetes”; no hablar de medicinas ni de remedios (porque se ponen tensos, porque les desagrada); no preguntar si se está enfermo, esto independientemente de la apariencia del compañero; darse ánimos; no hacer preguntas relacionadas con la enfermedad o con enfermos:

“P19: Aunque sabemos que somos diabéticos, no decimos [P20: sí, no decimos, no mencionamos] para no (...).

P21: Para no crecer más el compromiso de que estás enfermo...

INV: ¿no hablan de las enfermedades?:

P19: No, se procura no hablar de eso.

P21: ni se acuerda uno de esa palabra “diabetes”.

INV: ¿Qué harían entonces, que recomendarían ustedes?:

P19: psicológicamente es mejor no hablar de eso.

P21: sí, porque se agranda más la plática en ese sistema, sigue y sigue y no tiene fin. O si no, si estás tomando alguna medicina: “oye ¿qué medicina estás tomando?” porque ya alguien dijo que estaba diabético, y “¿nunca has tomado “esto”?”, y “no” “pues dicen que sale buena, si tienes haz la prueba”.

P20: pero a veces se distorsiona lo que está uno platicando muy amenamente con una persona, y en lugar de estar en el convivio te pone un poquito tenso y ya no.

P19MU: si yo tengo un compañero que tengo cierto tiempo de no verlo y lo veo mal, ¡aah carambas!! y pienso: “estaba muy bien y ahora está muy decaído” pero no se lo digo, porque si se lo digo es peor. A mí no me gusta decirle a un compañero: “te veo mal, ¿estás enfermo, qué te pasa?”.

P18: ¡es una puñalada!!

P20: Fíjate que una vez le dije a una persona: “¿oye estás muy malito, qué te pasa?”, me contestó: “qué gano con decirte, si te digo ¿crees que me voy a aliviar?”, jamás le volví a preguntar a nadie “¿cómo te sientes”, no me vayan a contestar igual (todos ríen).

P18: a mucha gente no le gusta eso, que le preguntes.

En lo que se refiere a los beneficios, estos grupos espontáneos favorecen sobretodo la salud mental: platican, se relajan, se sienten bien, son tratados como personas no enfermas o sanas:

P18: lo que ayuda mucho, como lo mencionaba, es si tienes oportunidad de irte a la Alameda ¡pues vete a la Alameda!!, hay muy buena sombra y te encuentras a

muchos amigos y ya empiezas a platicar y se te olvida, se te olvida aquello que estás mal.

P19: me voy a la Alameda y me encuentro muchas amistades allí, conocidos, y platica su historia cada quien y viera qué bien se la pasa uno el mediodía, llega uno muy bien a su casa.

Como puede inferirse de lo anterior, los beneficios no sólo impactan el ánimo sino también la salud física pues los participantes acostumbran llegar caminando y retirarse de la misma forma. Visto así, estos grupos espontáneos cumplen tanto funciones de apoyo a la salud mental como de entrenamiento físico.

Otra característica del grupo espontáneo es el tipo particular de localización física del lugar de reunión. Aunque existe un punto principal de encuentro, se trata más bien de un circuito abierto con distintos puntos intermedios que los varones diabéticos recorren a pie. Y en el transcurso del recorrido suelen detenerse para saludar, conversar o recuperar la energía si esta les falta para llegar al punto principal de encuentro o bien para estar de regreso en el domicilio familiar:

P18: Luego, ya te vienes, vienes en el camino, caminando hasta el mercado Juárez y ahí te encuentras uno en una esquina y otro en otra y ya te pones a platicar otro rato y ya pa' cuando llegas a la casa llegas bien relajado.

P19: Cuando empecé a caminar, nomás unas 4 ó 5 cuadras, al empezar, allí me tengo que sentar porque siento el dolorcito y me siento a descansar y luego le sigo, me voy de aquí de Félix U. Gómez hasta Bernardo Reyes a pie y ya no me duele nada, nada más al principio unas tres o cuatro cuadras.

P20MU: cuando me canso busco dónde detenerme y aspiro y aspiro y camino ya pero lento. [P18MU: yo voy y vengo] ya sé que no puedo caminar a prisa.

En lo que concierne al apoyo del grupo espontáneo en medio rural, tienen una presencia más evidente o marcada pues éstos pueden ser identificados como el grupo de “hombres” o de señores de cierta edad que se reúnen por las tardes en la plaza del pueblo o localidad. En estas reuniones es difícil observar mujeres, pues cuando ellas salen expresamente a caminar, lo hacen por las mañanas y siempre acompañadas de una de las hijas.

**Cuadro 2: Características del grupo espontáneo.**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>GRUPO ESPONTÁNEO</b>
<b>Participación / asistencia</b>	Voluntaria
<b>No. de miembros</b>	Variable, no más de 15.
<b>Control de asistencias, ingresos / egresos</b>	Ninguno
<b>Lugar de reunión o punto de encuentro</b>	Lugares públicos al aire libre: parques, plazas, mercados. Varios puntos de encuentro en un circuito.
<b>Usuarios del servicio</b>	Los hombres diabéticos, principalmente los que están jubilados.
<b>Coordinación / organización del grupo</b>	Ninguna
<b>Servicios / beneficios que ofrece</b>	De salud mental y de entrenamiento físico.
<b>Iniciativa</b>	Las propias personas que viven el padecimiento.
<b>Vínculos entre los miembros del grupo</b>	Amistad, empatía.
<b>Vínculo entre el grupo y el equipo de salud</b>	No hay equipo de salud.
<b>Reglas o normatividad</b>	Aspecto innecesario. Ningún reglamento explícito. Reglas implícitas ampliamente compartidas y aceptadas. Consenso implícito.

## **CONCLUSION**

La diabetes tipo 2 se ha convertido en un problema de salud pública de primera importancia en la mayoría de los países. No obstante, son los países y poblaciones pobres y ciertos grupos étnicos quienes enfrentan, y enfrentarán todavía por muchos años, el embate mayor de esta enfermedad. En general, debido a la transición demográfica y al cambio acelerado de estilo de vida, los más afectados son las personas de edad avanzada, las mujeres, la población rural y migrante (campesinos e indígenas).

En este estudio, por un lado, de acuerdo al análisis de las estrategias y programas específicos dirigidos a los diabéticos, y por otro, conforme a la percepción y experiencia de los propios pacientes, fue posible identificar dos modalidades de grupo de apoyo.

En la primera, referente a los grupos institucionalizados, se puede concluir que aún cuando es un servicio ofertado a la población en general, estos constituyen un servicio

que beneficia casi exclusivamente a cierto grupo de mujeres: las diabéticas de estrato bajo o popular que carecen de seguridad social propia pero que se encuentran en condiciones físicas y económicas adecuadas para acudir al establecimiento de salud. En este sentido, los grupos institucionalizados no logran beneficiar a aquellos de menores recursos económicos y en pérdida de autonomía. No logrando tampoco, interesar o incorporar, sin importar el estrato social, a los varones diabéticos. Por otra parte, destaca que son los y las beneficiarias de los grupos institucionalizados de las clínicas comunitarias (grupo institucionalizado tipo 3) quienes expresaron percepciones positivas y satisfacción respecto al servicio que reciben; la diferencia sustancial parece estar principalmente en la mayor cercanía y trato más personalizado y humano que reciben los pacientes.

En cuanto a la segunda modalidad (grupos espontáneos), fue posible constatar que los varones diabéticos construyen espacios propios que les permiten cuidar la autoestima y enfrentar el padecimiento sin estigma y en mejores condiciones físicas, tal es la importancia del grupo espontáneo de apoyo. Mientras los varones buscan los espacios públicos, libres e informales, las mujeres con más frecuencia se repliegan hacia el interior de los grupos institucionalizados. Esta situación pone de manifiesto relaciones sociales de género que conciernen profundamente a los procesos de salud-enfermedad, y que no obstante su relevancia, no se toman en cuenta en la política de salud.

También, se concluye que son los servicios de nutriología de la Secretaría de Salud los que más carecen de personal, pues para el área estudiada en esta investigación, se identificó que existe sólo una nutrióloga para la cobertura de siete municipios. Otro asunto relevante es el de los medicamentos y los médicos: a pesar de la capacitación que reciben, no pueden recetar fármacos más eficaces, pues deben apegarse a lo que ofrece el cuadro básico. En suma, los pacientes diabéticos más vulnerables son atendidos por

médicos pasantes, la mayoría de las veces sin orientación nutricional adecuada y no con los mejores medicamentos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Barquera, Simón (2003). “Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial” en: *Salud Pública de México* / vol. 45, no. 5, septiembre-octubre, p.p. 413-414.

De la Garza, Yolanda (2005). “Nuevo León, entre los estados con mejor nivel de vida en el país así como altos índices en diabetes y obesidad” en: *Conocimiento*, número 13, Monterrey, N.L., del 19 de agosto al 01 de septiembre, p.p. 14-16.

DGIS- Dirección General de Información en Salud (2004). “Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002” en: *Salud Pública de México* /vol. 46, no. 2, marzo-abril, p.p. 169-185.

Lloveras V., G. (1995). “Nutrición y diabetes” en: Serra M., Ll, Aranceta B., J. y J. Mataix V., *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*, Madrid, Ed. Masson.

Mercado Martínez, Francisco Javier (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México (Serie Medicina Social).

Mercado-Martínez, F.J., et al (1999). “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico” en: *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 15(1):179-186, jan-mar.

Mercado-Martínez, F.J., et al (2003). “Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes” en: *Aten Primaria* 31(1):32-8.

Torres M. (2004). *Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara; 169 págs.

Torres M, Castañeda J, Chong F. (2005) “Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes mellitus”. *Inv. Salud*, 7: (1) 42-49.

Vázquez C., J.L. y Panduro C., A. (2001). “Diabetes mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México” en: *Investigación en Salud*, Universidad de Guadalajara, vol. III, marzo, p.p. 18-26.

## **DOCUMENTOS OFICIALES**

*Encuesta Nacional de Salud 2000*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Gobierno del Estado de Nuevo León (2004). *Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009*: [www.nl.gob.mx](http://www.nl.gob.mx)

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. *Diario Oficial de la Federación*, 07 de abril de 2000.

CONAPO-Consejo Nacional de Población, 2001. *Índices de marginación, 2000*. México.