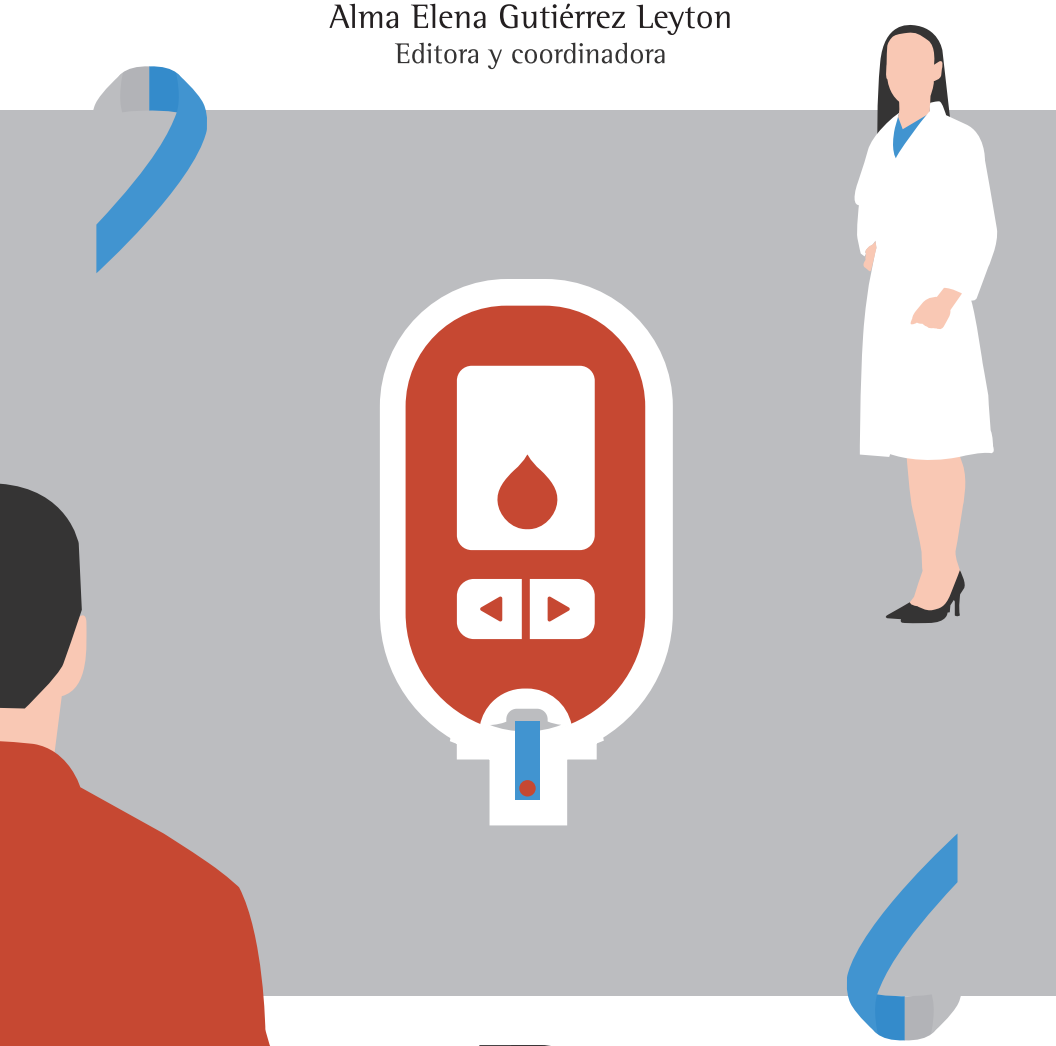
Diabetes

Perspectivas de médicos y pacientes

Alma Elena Gutiérrez Leyton
Editora y coordinadora



Editorial

Diabetes

Perspectivas de médicos y pacientes

Alma Elena Gutiérrez Leyton
Editora y coordinadora

Editorial

D.R. © 2020, Alma Elena Gutiérrez Leyton

D.R. © 2020, T & R Desarrollo Empresarial S.A. de C.V.

© Diseño de portada e interiores: José Meléndez
Corrección de estilo: Omar Arturo López Gutiérrez
Cuidado de la edición: Alma Elena Gutiérrez Leyton

T & R Desarrollo Empresarial S.A. de C.V.
Santa Fe # 1932
Residencial La Española,
Monterrey, N. L., C.P. 64820
editorialtyr@gmail.com

ISBN: 978-607-98426-1-1

Primera edición 2020

Impreso en México

El contenido total de este libro fue sometido a dictamen en el sistema de pares ciegos y por un Comité Científico, bajo la dirección de la editora del libro y coordinadora de esta investigación. Esta publicación no puede reproducirse toda o en partes para fines comerciales, sin previa autorización escrita de los autores del libro.

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis Ricardo Villalobos Zamora. Doctor en Educación. Docente e investigador en varios programas de posgrado de Centroamérica y España. Ha publicado cuatro libros, el último, "Enfoques y Diseños de Investigación Social: cuantitativos, cualitativos y mixtos" (Editorial UNED) es utilizado como libro de texto de diversas universidades de Latinoamérica.

Irma Velez. Doctora por la Universidad de Michigan State University y profesora en la Universidad París Sorbona. Coordinó el equipo de investigadores del proyecto ANR Translit (La translittératie comme horizon de convergence des littératies médiatiques info-documentaires et informatique). Es miembro de la cátedra UNESCO Savoir devenir à l'ère du développement numérique durable, Université Sorbonne Nouvelle (France) y de la asociación Savoir Devenir que imparte formaciones europeas en alfabetización mediática.

Dr. José Osvel Hinojosa Pérez. Pediatra neonatólogo jubilado del IMSS. Miembro de la Academia Mexicana de Pediatría. Presidente del Comité de Ética en Investigación de Accelerium S.A de C.V.

Dra. Guadalupe Maribel Hernández Muñoz. Doctora en Ingeniería y doctora en Educación. Profesora Investigadora de Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Nuevo León. Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores.

Dra. Claudia Lerma Noriega. Profesora investigadora. Departamento de Medios y Cultura Digital del Tecnológico de Monterrey.

Dr. Moisés Torres Herrera. Doctor en Teoría de la Educación por la Universidad Autónoma de Barcelona. Catedrático de la Universidad Regiomontana, y Director y fundador de Desarrollo de Talento y Capital Humano.

Dra. Hilda Loyola Gutiérrez. Profesora del Posgrado de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Dra. Carmen Isabel López Delgado. Posgrado de la Universidad Pedagógica Nacional, Unidad Monterrey.

Mtra. Jessica Fernández Garza. Economista (UANL) y Maestra en Estadística Experimental (Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro). Profesora del Tecnológico de Monterrey.

Mtra. Tania Hinojosa Huerta. Maestra en Educación (Tecnológico de Monterrey). Directora de Educación en Make Way for Books, Tucson, Arizona, Estados Unidos.

ÍNDICE

PRÓLOGO
Los factores sociales y culturales, una mezcla para comprender la diabetes 11
Sara Maria Estevané Díaz

La diabetes. Percepciones de médicos y pacientes 19
Alma Elena Gutiérrez Leyton
Julieta Flores Michel
María del Roble Obando Rodríguez

Diabetes: una herencia que yo declino. Un abordaje autoetnográfico 27
Alma Elena Gutiérrez Leyton

La diabetes como una oportunidad de cambio para la mejora de la vida personal y familiar 37
Evelyn Liliana Anaya Cepeda

Neuropatía diabética 43
Héctor Adrián López Gutiérrez

El aprendizaje dialógico: elemento clave para impulsar los grupos de autoayuda en diabetes 53
Magda García Quintanilla
Reyna Verónica Serna Alejandro
Arturo Escalante Flores

La masculinidad hegemónica: La enfermedad con perspectiva de género 65
Heidi Alejandra Rosas Treviño

La diabetes y los periodistas. Una visión de los trabajadores de los medios de comunicación 93
Agustín Serna Zamarrón
Oscar Eduardo Guerrero Sandoval

La diabetes en operadores de quinta rueda 129
Yimel Abril Vargas Montelongo
Fabricia Carolina Garza Matamoros
Jessica Lizbeth Ruiz Briones
Gisela Salazar González
Dana Falcón González

Mujeres con diabetes y sus procesos comunicativos para el cuidado de su salud 153
Bertha Alicia Ramírez Salas
Reyna Verónica Serna Alejandro
Julieta Flores Michel

Procesos comunicativos para la educación de la diabetes en una institución del sector salud 161
Jaquelin Guadalupe García Bazaldúa
Yessica Lizbeth Palomo Hernández
Gabriela Ruíz Rodríguez
Nidia Lizeth Ubaldo Garza

La diabetes en la población indígena en la Zona Metropolitana de Monterrey 183
Miroslava Peña Mora
Jonathan Jesús Lira Contreras
Patricia de los Angeles Cavazos Flores

PRÓLOGO
LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES, UNA MEZCLA PARA COMPRENDER LA DIABETES

Sara Maria Estevané Díaz
Instituto Mexicano del Seguro Social

En el mundo ideal, los arquitectos tienen las mejores casas; los maestros, nunca enfrentan problemas de aprendizaje con sus hijos, y los médicos, siempre gozan de buena salud, y nadie en su familia enferma. Pero… en el mundo real todos somos seres humanos, simples y vulnerables que avanzamos por la vida a paso lento, veloz, débil o firme, pero siempre con la extraordinaria capacidad de aprender de nuestras propias experiencias, y con la increíble e inconcebible consciencia de volver a cometer los mismos errores, e incluso de tomar decisiones que pueden impactar de forma negativa nuestra salud.

Pero… ¿cómo entender esto? Tal vez si reflexionamos en cómo las formas de ser tan particulares y diferenciadas del ser humano ante la vida, representan su propia cultura, con capacidad de definir el ritmo en el que evoluciona la vida misma.

Sin duda alguna, podemos entender que nuestras decisiones y acciones determinan no solo la forma de ser y de vivir, sino hasta la forma en la que enfermamos y enfrentamos la falta de salud, es decir, el cómo padecer -en este caso-, la presencia de la diabetes, pero por increíble que parezca, el ser humano siempre encuentra la fuerza para levantarse y seguir, solo, o con el amor de la familia, sin importar las dificultades que le toquen, y mucho menos, la calidad de vida con la que cuente para recorrer el camino.

Y es en este mismo camino en el que los seres humanos coincidimos en lo profesional, para entender -desde la vida misma de quien la padece- un padecimiento tan común y familiar como la diabetes. El extraordinario trabajo de la presente obra, sustentada en la metodología de la investigación que realizan profesionales de la comunicación, permite acercarnos a pacientes con diabetes desde

diferentes perfiles laborales y profesionales, utilizando un gran recurso de la investigación social -la entrevista–, a través de la cual escuchamos voces del alma de seres humanos reales, con particulares formas de ser y de vivir, comprendiendo un poco más cómo padecen y aceptan la enfermedad, encontrando una variedad de matices, que van desde la incredulidad a la resignación; de la incertidumbre al confrontamiento, e incluso, algunos de ellos, llegando a la depresión. Todas y cada una de las experiencias compartidas en los siguientes capítulos detallan con dolor el sufrimiento y limitaciones de la diabetes como padecimiento crónico, y solo en pocos casos se comparten experiencias de aceptación de la enfermedad con actitudes de cambio hacia estilos de vida más saludables.

En lo profesional, con 20 años de trabajo institucional como médico familiar, mi camino laboral se cruza hoy en día con una bella misión de vida, que en realidad ha estado presente desde hace años, pero hoy toma gran fuerza, con la participación en una clínica enfocada en la promoción y adopción de estilos de vida saludables, que tiene como objetivo llevar al paciente al control metabólico y a la mejora en su calidad de vida con el propósito de limitar, evitar y/o retardar las complicaciones propias de este padecimiento. Y sí, el objetivo parece tarea fácil y alcanzable a corto plazo, basta con preguntar ¿quién no querría mejorar sus niveles de azúcar para limitar el daño en su cuerpo y mejorar su calidad de vida? Sin embargo, alcanzar el objetivo no es tarea fácil, ya que implica cambios de hábitos estrechamente enlazados a formas de pensar y de ser.

Cumplir con el propósito de limitar el daño en pacientes con padecimientos crónicos, como la diabetes, representa un verdadero reto que va más allá de entender la fisiopatología de la diabetes, su abordaje multidisciplinario, la importancia de la educación, y la autogestión del padecimiento. Se trata de ir más allá y comprender los aspectos sociales y culturales de la diabetes en nuestra sociedad.

A lo largo de 11 capítulos veremos más allá de la concepción nosológica de la diabetes. Se aborda la experiencia subjetiva del ser humano que sufre ante un padecimiento desde diferentes estratos sociales y laborales, y llegaremos a entender cómo se padece la diabetes abordando el aspecto psicosocial en las formas de vivir bajo ciertas circunstancias, condiciones, tradiciones y creencias, para finalmente, comprender que el aspecto social y cultural determina el actuar ante un padecimiento crónico como la diabetes.

Nada es coincidencia, hoy en día mi camino se cruza con la de excelentes profesionales, enfocados a comprender el impacto de los factores sociales y culturales de una enfermedad que ha puesto en jaque a los servicios de salud a nivel nacional y mundial, destacando en el primer capítulo de la presente obra la cooperación estrecha que se da entre investigadores sociales, médicos y la reconstrucción de la realidad de paciente pacientes con diabetes, lo que permitirá elaborar perspectivas de comprensión más completas, con el fin de plantear transformaciones factibles de la mano de un programa educativo que vaya más allá de la información de la enfermedad y del alcance de los objetivos de aprendizaje a favor de la autogestión, con el fin de que el miso paciente sea capaz de auto monitorearse, regular su comportamiento, estilo de vida y tratamiento farmacológico.

Sin duda alguna, a lo largo de este libro comprenderemos el efecto de la cultura para incrementar, limitar o frenar la presencia de cualquier enfermedad, y a través de la reconstrucción de la realidad de los testimonios de pacientes, entenderemos desde el primer capítulo la indomia de la diabetes como problema de salud pública, y la predisposición de la persona que la padece a tener un pronóstico no tan favorable ante la presencia de alguna complicación por daño a órganos vitales o bien, una tórpida evolución ante la presencia de algún evento infeccioso con consecuencias letales. Basta con analizar la pandemia del COVID 19 que nos ha tocado vivir desde diciembre del 2019 para entender el efecto síndico de la diabetes y la mortalidad por la infección del Coronavirus SARS-Cov-2. La riqueza invaluable de la experiencia de médicos que atienden a pacientes con diabetes, de la mano de la sensibilidad empática por sus pacientes, enfatizan la corresponsabilidad en el abordaje del paciente desde un enfoque biopsicosocial.

En el segundo capítulo, la doctora Alma Elena Gutiérrez Leyton, nos lleva de la mano, sensibilizando nuestro corazón, a través de una hermosa narración de vida que nos acerca a la realidad social que muchas familias han vivido y padecen en estos momentos, y con una magnifica sensibilidad que solo un docente con vocación tiene, tira el ancla con el capítulo La herencia que declino, para que profesionales de la salud, pacientes y familiares, tomemos conciencia del padecimiento.

Bajo el hilo del ensayo La diabetes como oportunidad de cambio para la mejora de la vida personal y familiar en el tercer capítulo, se enfatiza la necesidad de empatizar con el paciente tomando la presencia de la enfermedad como una ¡gran oportunidad de cambio! a la que se puede invitar desde su diagnóstico o bien durante el seguimiento de su padecimiento, con un enfoque en la adopción de una nueva forma de vida, más saludable, que lleve como misión "heredar una nueva forma de existir".

¿Qué pasa si el dolor no se super y llega hasta el alma? ¿Acaso se pierde parte de la vida?... ¿Qué pasa si no se logra un adecuado control en la diabetes?, ¿perdemos la vida?, ¿o solo una parte de nuestro cuerpo? Estas interrogantes toman sentido en el cuarto capítulo Neuropatía diabética en el que se explica la necesidad de retirar el tejido necrótico ante un proceso infeccioso del pie para poder limpiar la herida y evitar que la infección alcance el hueso y se pierda la extremidad, y utilizando la irónica terapéutica de la miel -por aquello de su dulzura-, para regenerar los tejidos lastimados se propone el bálsamo de la introspección para romper con el cauce de lo caótico de la diabetes y de sus complicaciones.

El apego a las indicaciones médicas y la adherencia al tratamiento farmacológico son elementos esenciales para alcanzar metas de control metabólico con el fin de evitar y/o retrasar las complicaciones y el fracaso. Ambos son condicionantes de ingresos a hospital por descompensaciones agudas o complicaciones, con altos costos económicos y mayor deterioro del estado de salud, situación que se rescata en el quinto capítulo El aprendizaje dialógico en el cual se enfatiza la necesidad de mejorar la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica, a través de la educación del paciente en sesiones grupales de pacientes con la misma condición de salud, estableciendo diálogos de experiencias propias, que al compartirse, permiten salir de esa la exclusión social, que mucha veces es asumida por el propio paciente, y en otras ocasiones, es otorgada por el entorno social tras recibir el diagnóstico. De ahí que el aprendizaje grupal de iguales se presente en esta obra como elemento clave para impulsar los grupos de autoayuda en diabetes.

Avanzando en la lectura, en el sexto capítulo encontramos cómo los roles de género pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad ante la diabetes, encontrando que el hombre tiende a descuidar su salud para no mostrar debilidad y no ser una carga económica

en su familia. La masculinidad hegemónica que impera en nuestra sociedad explica la falta de atención del hombre a las acciones preventivas y de detección oportuna que se promueven en las unidades médicas del sector salud público y privado, así como la falta de adherencia terapéutica; en el comportamiento que asume el hombre frente a la diabetes destaca el factor cultural de la masculinidad hegemónica.

Más adelante, en el séptimo capítulo La Diabetes y los periodistas, la recolección exquisita de las experiencias de los pacientes permite visualizar el film de testimonios reales, en algunos casos aceptando la enfermedad, y en otros, negándola, aun cuando las complicaciones están presentes, con afección importante en la calidad de vida. La visión de un periodista quien, en el mundo ideal, debiera difundir las medidas de prevención y estilos de vida saludable, se vuelve similar en su situación a la que se vive en el área de salud: médicos y enfermeras con padecimiento crónicos descontrolados. ¿Qué podría explicar el comportamiento en ambos casos? El aspecto cultural del padecimiento, inmerso en un determinado ambiente social, pudieran contestar a esta pregunta, y retomo la justificación de uno de los pacientes entrevistados, quien ante su falta de apego al tratamiento argumenta las jornadas laborales extenuantes y actividades laborales de "gran importancia", y rescato el testimonio de un cronista que adoptó hábitos más saludables tras el diagnóstico de la diabetes, y al conocer que su madre padecía diabetes, dejó de llevarle pasteles, y desde entonces la invita a comer. En esta investigación se destaca que la mayoría del gremio de periodistas coloca al trabajo por encima de la salud y aunque esta situación no merma en su bolsillo, porque la mayoría cuentan con seguro social, su calidad de vida se deteriora, pero por insólito que parezca se adaptan a las complicaciones, antes que adoptar estilos de vida más saludables.

La visión del cuerpo como herramienta se deja ver en el capítulo ocho, Operadores de quinta rueda, y destaca el uso del cuerpo como herramienta de trabajo para percibir un ingreso económico en los operadores de camiones, quienes nunca se visualizan más allá, y mucho menos ven el riesgo de que esa máquina falle de manera temporal o permanente, con la consecuente falta de ingreso laboral y afección en su calidad de vida. Una vez más los resultados de este estudio dejan ver el factor cultural del género masculino:

no es bien visto cuidarse, incluso, el cuidado lo simbolizan como debilidad, y la falta de cuidado o apego a una vida saludable como sinónimo de fortaleza. Este pasaje retrata las representaciones sociales a través de las cuales podemos comprender las decisiones de las personas, influidas por la interacción social con los grupos con los que convive.

Retomando el enfoque de género, y ahora con relación al femenino, en el noveno capítulo "Mujeres pacientes con diabetes y sus procesos comunicativos para el cuidado de la salud", se diseña un estudio de investigación que tiene como objetivo identificar los procesos de comunicación de las mujeres en diferentes contextos, desde el familiar y el profesional hasta el contexto médico, con los profesionales de la salud, que sin duda alguna, arrojará grandes aportaciones para identificar la situación de la mujer ante la diabetes.

Acercándonos al final, en el décimo capítulo, Procesos comunicativos entre instituciones y pacientes con diabetes, se indaga en los canales y medios de información de una sola institución de salud pública con respecto a la manera de informar y educar a los pacientes con diabetes, encontrando falta de estandarización en los procesos educativos, resultados que nos invitan a reflexionar y obligan a implementar acciones objetivas de autoevaluación, no solo en las instituciones públicas de salud, sino también en el ámbito privado. Recordemos que la diabetes es un problema de salud de todos los estratos sociales, que no se delimita a instituciones públicas.

Finalmente en el undécimo capítulo ,La diabetes en la población indígena en la zona metropolitana de Monterrey, se enfoca en conocer la percepción de la enfermedad de un grupo representativo, indagando en su conocimiento con respecto a la enfermedad, y en los hábitos de alimentación, encontrando que esta población que ha migrado a zonas urbanas por necesidad económica, ha quedado en el olvido y desconoce la información más básica con respecto de la enfermedad y ha modificado sus hábitos de alimentación, incluyendo bebidas con alto aporte calórico, de la mano del consumo básico de alimentos a base de maíz, sin imaginar las repercusiones catastróficas en la evolución de su padecimiento.

A lo largo de once capítulos, esta obra nos permite ver más allá de la concepción nosológica de la diabetes, tocando experiencias subjetivas del ser humano que sufre ante un padecimiento des-

de diferentes estratos sociales y laborales, que de la mano del extraordinario trabajo de la investigación social y las valiosas opiniones plasmadas en dos ensayos de médicos especialistas, nos acercan a la realidad del ser humano, recorriendo el valioso camino de la investigación cualitativa, como una forma de comprensión más amplia del impacto social y cultural en la evolución de la diabetes como padecimiento.

Este esfuerzo que hoy nos entregan estos profesionales de la comunicación y de la salud, va más allá de las investigaciones tradicionales que a través de la metodología cuantitativa buscan explicaciones y predicciones de la realidad futura.

Cuántas veces hemos sido testigos de escenas en la que los hijos de pacientes que fallecen a causa de una complicación por diabetes charlan con familiares diciendo: "Sí, así también murió papá y mi hermana mayor; primero los amputaron, y luego perdieron casi por completo la vista, y al último, compadre, ¡yo los dializaba! Esa es la cruz que le toca vivir a mi familia", una charla que se realiza al tiempo que comen una orden de tacos de tortilla de harina con un refresco de medio litro.

Esta descripción de una situación real nos permite advertir que no es tarea fácil entender el significado de las acciones humanas. Mirar la realidad de un ser humano que se enfrenta a este padecimiento, y captar las características específicas de su vivir, de su lógica y de su propia realidad, nos permite establecer la vigencia de la metodología cualitativa para, de manera metódica, producir conocimiento que empuje verdaderos cambios, factibles y alcanzables. Por ello, destaco el interés de los diferentes profesionales para acercarse al camino de la investigación, y el valor de las aportaciones de los dos ensayos que comparten la experiencia de médicos especialistas, que permiten tener una comprensión más amplia del impacto social y cultural ante la diabetes, destacando el pilar de la educación, para mejorar el apego a estilos de vida saludables y la adherencia terapéutica.

LA DIABETES. PERCEPCIONES DE MÉDICOS Y PACIENTES

Alma Elena Gutiérrez Leyton
ORCID: 0000-0002-4650-6686
Julieta Flores Michel
ORCID: 0000-0002-7878-0487
María del Roble Obando Rodríguez
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

La diabetes es un problema de salud a nivel mundial que en México ha adquirido condiciones de sindemia, es decir, se refiere a problemas de salud sinérgicos que afectan la salud de una población en sus contextos sociales y económicos; un término que reúne lo social y biológico (Mendenhall, Kohrt, Norris, Ndetei y Prabhakaran, 2017). Desde la perspectiva de lo médico-biológico corresponde abordarlo a los médicos en sus diversas especialidades, tal como lo hacen en los siguientes dos capítulos una médica especialista en Medicina Familiar con posgrado en diabetes, y un médico especialista en traumatología y subespecialista en pie y tobillo.

Desde el aspecto social como sindemia -que se aborda en este libro-, la diabetes es una enfermedad que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2018, afecta a 8.6 millones de personas, que equivalen a 10.8% de los mexicanos, y representa un incremento de 2.2 millones más de habitantes con este padecimiento en relación al 9.2% que se reportaba en el 2012. De las 703,047 defunciones registradas en México en 2017, el 88.6% fue por enfermedades o problemas relacionados con la salud y, dentro de estas, las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. En ese periodo, 106,525 personas fallecieron a consecuencia de la diabetes mellitus, de los cuales el 1.9% (1984 casos) corresponden a pacientes insulinodependendientes (INEGI, 2018).

La carga económica que representa la diabetes mellitus para México ascendió en 2013 a 362,859.82 millones de pesos, que equivalen a 2.25% del Producto Interno Bruto (PIB), y es una cifra superior al crecimiento real anual de la economía mexicana registrado por el INEGI al cierre del 2014 (Barraza-Lloréns, Guajardo-Barrón, Picó, García, Hernández, Mora, Athié, Crable y Urtiz, 2015). En su estudio titulado "Carga económica de la diabetes mellitus en México, 2013", publicado por Funsalud establecen que los costos directos de la diabetes mellitus 2 (DM2) en México equivalen a 179,495.3 millones de pesos, en el año 2013, el 1.11% del producto interno bruto (PIB) en el mismo periodo. En la distribución de ese monto, la atención médica de las principales complicaciones de la DM2 representa el 87% de los costos directos. En tanto, los costos indirectos se estimaron en 183,364.49 millones de pesos.

La pérdida económica por muerte prematura es la que tiene mayor peso en estos costos (72.5%); mientras que los costos relacionados con la pérdida de capacidad para desempeñar un trabajo o alguna actividad que genere ingresos de manera temporal (incapacidad laboral) o permanente (invalidez) o de desempeñarlo en un estado que no es de completa salud (presentismo) tienen el mismo peso. El costo de atender las complicaciones de la DM2 y la pérdida de ingresos por muerte prematura representaron el 80% de la carga total. Si estas condiciones de prevalencia y evolución de complicaciones se mantuvieron desde esa fecha, en su momento se calculó que estos costos podrían alcanzar hasta 2.62% del PIB en el 2018 (aún no se han determinado con exactitud, pero son muy factibles) (Barraza-Lloréns et. al en Tovar, 2015).

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) al triplicarse la incidencia de diabetes en el mundo en los últimos 20 años, se ha convertido en un gran desafío sanitario; es una enfermedad crónica degenerativa que incrementa el riesgo de muerte temprana. Se estimó para el 2019 que aproximadamente 4.2 millones de adultos fallecerían como consecuencia de la diabetes y sus complicaciones, lo que equivale a una muerte cada ocho segundos, y se calcula que la diabetes se asocia con el 11.3% de los fallecimientos a nivel mundial por todas las causas posibles entre las personas de este grupo de edad.

La diabetes por años ha superado todas las estimaciones prospectivas. Hace una década, en 2010, la proyección mundial de casos de diabetes para 2025 era de 438 millones, una cifra que al 2019 ya había sido sobrepasada, ya que el 9.3% de los adultos en el mundo de entre 20 y 79 años tienen diabetes: una cifra de 463 millones de personas (Atlas de la Diabetes de la FID), lo que la coloca como la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad y la tercera de años de vida perdidos por muerte prematura.

La diabetes es una enfermedad crónica que necesita ser monitoreada regularmente para mantener el nivel de azúcar o glucosa en la sangre dentro de rangos normales. Esta monitorización depende de una estrategia de tratamiento diseñada y revisada periódicamente por el médico. Los pacientes tienen que someterse a un plan estricto de control y a chequeos médicos y exámenes periódicos, en los que la frecuencia dependerá de la cifra de glucosa y sus complicaciones presentes. El nivel de éxito que se obtenga en este control permitirá al médico familiar, internista o endocrinólogo realizar modificaciones en el plan de tratamiento.

Un abordaje desde lo social

Los artículos de investigación que se presentan aquí como capítulos del libro derivan de una investigación de largo alcance iniciada en 2017 acerca del aspecto social de la sindemia, ya que como se mencionó al inicio de este capítulo, los aspectos económicos y médicos corresponden a otras disciplinas científicas. La investigación macro que alberga los productos aquí presentados tiene como objetivo identificar desde diversos abordajes teórico-metodológicos la forma en que viven la enfermedad las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Pero… ¿cómo se involucran los investigadores en Comunicación y Educación en temas de salud?

Cuando las integrantes del Cuerpo Académico "CA-346 de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Comunicación, Gestión e Innovación del Conocimiento" fuimos convocadas para participar en la Convocatoria del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) por el director de Posgrado de la UANL, doctor Gerardo Muñiz Maldonado, iniciamos nuestra investigación sobre diabetes, a través de nuestro trabajo docente, por ello se incluyen aquí los productos realizados por alumnos de la materia de Métodos Cualitativos de Investigación en niveles de pregrado y posgra-

do (maestría y doctorado), impartida por la coordinadora del libro, durante los semestres enero-junio y agosto-diciembre de 2019 en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL.

En el proyecto anteriormente mencionado se integraron 7 CA de las facultades de Ciencias Físico Matemáticas, Ciencias Biológicas Salud Pública y Nutrición, Ingeniería Mecánica Eléctrica, Medicina, Ciencias de la Comunicación y de la Escuela Normal Miguel F. Martínez (ya que era un requisito de la convocatoria incorporar a un investigador de ese nivel educativo). El proyecto tenía como finalidad el diseño de un dispositivo subcutáneo con comunicación por *bluetooth* a una aplicación para teléfono móvil, lo que permitiría un monitoreo permanente sin necesidad de punciones para obtener sangre a través de lancetas, como es el método más común actualmente. El equipo multidisciplinario se disolvió una vez que los resultados de la convocatoria no fueron favorables. Nuestro CA se propuso iniciar la investigación desde el momento mismo en que fuimos convocadas, para evitar que una vez asignado los recursos nos viéramos presionadas por el tiempo, y desde ese momento lo incorporamos como una de nuestras Líneas Generales de Aplicación de Conocimiento (LGAC) y como un tema de aplicación en nuestras clases de metodologías de investigación.

Durante estos tres años hemos realizado diversos trabajos de investigación para comprender el complejo fenómeno de la diabetes mellitus desde la perspectiva de las Ciencias de la Comunicación, y por ello, este libro aborda el principal proceso comunicativo de una persona con diabetes: el que establece con su médico, que sería -junto con el que mantiene con su familia- el que representa la principal interlocución para mantener un nivel de bienestar y evitar las complicaciones derivadas de la falta de control de los niveles de glucosa.

El objetivo de este libro es reconstruir la realidad de la diabetes desde la mirada de quienes protagonizan el fenómeno: cómo viven y experimentan los médicos tratantes de pacientes con diabetes, y cómo afrontan la enfermedad las personas que padecen esta enfermedad, a fin de caracterizar el fenómeno desde ambas perspectivas, a partir de trabajos realizados con metodología cualitativa. Los resultados que se presentan aquí constituyen el punto de partida para la generación de un Programa de Educación en Diabetes a través del cual se apoye a las personas con esta enfermedad en el conocimiento de su padecimiento para lograr un control adecuado de sus niveles de glucosa y evitar complicaciones.

El corpus está constituido por once capítulos, dos de los cuales están escritos en un formato de ensayo por dos médicos: Evelyn Liliana Anaya Cepeda, especialistas en Medicina Familiar y con posgrado en diabetes, y Héctor Adrián López Gutiérrez, especialista en traumatología con subespecialidad en pie y tobillo. Ambos comparten su experiencia en la atención de personas con diabetes, y ello conforma la perspectiva de los médicos. Los nueve capítulos sobre las perspectivas de los pacientes constituyen, además, un catálogo de la aplicación la metodología de investigación cualitativa, a través de la cual, sus autores, reconstruyen la realidad de diversos grupos de pacientes. En todos los casos, se trata de trabajos de investigación realizados en la materia de Análisis de Datos Cualitativos por estudiantes de diversos programas de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León: del Doctorado en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa, de la Maestría en Ciencias de la Comunicación y de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación.

El trabajo de Alma Elena Gutiérrez Leyton, La herencia que declino. Un abordaje autoetnográfico sobre la diabetes, utiliza este método cualitativo -tal vez el más irreverente hacia el positivismo y los métodos cuantitativos,- ya que describe el fenómeno social desde la propia experiencia de la autora. "La autoetnografía es un acercamiento a la investigación y a la escritura, que busca describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal para entender la experiencia cultural", establecen Ellis, Adams y Bochner (en Bernard, 2019, p. 17). Desde la narración de un evento tan personal como la muerte de su madre a consecuencia de la DM2, y el asesinato de su hermano, un médico recién graduado, la autora reconstruye una forma de percibir la enfermedad. La narrativa de la autoetnografía es en primera persona porque es una intersección entre la biografía y la etnografía; una historia que cuenta la investigadora desde su propia vivencia y que describe la realidad de muchos otros que pueden vivir así a la diabetes. Una característica de la autoetnografía es que sus autores parten de una epifanía que marca sus vidas, y en este caso, qué podría marcarla más que la muerte de la madre y del hermano.

La diabetes como una oportunidad de cambio para la mejora de la vida personal y familiar, de Evelyn Liliana Anaya Cepeda, es un ensayo académico escrito desde una perspectiva orientadora y hu-

mana por una doctora que ha dedicado su vida a la atención de las personas con diabetes, como orientadora y educadora en salud. En su planteamiento rompe el paradigma del médico autoritario que sataniza al paciente, y plantea la posibilidad de que la diabetes se constituya como un evento que detone en la mejora de la calidad de vida del paciente y de su familia.

El trabajo de Héctor Adrián López Gutiérrez, se centra en el proceso de atención y los cuidados que debe tener un paciente con diabetes para evitar complicaciones que pueden llegar hasta la pérdida de sus extremidades. Se centra en el cuidado del pie diabético y sus riesgos.

Magda García Quintanilla, Reyna Verónica Serna Alejandro y Arturo Escalante Flores, en El aprendizaje dialógico: elemento clave para impulsar los grupos de autoayuda en diabetes, abordan el funcionamiento y los beneficios que los Grupos de Apoyo tienen en la vida y tratamiento de los pacientes con diabetes. Su trabajo aborda una metodología cualitativa a través de la técnica de la entrevista semiestructurada y realizan un análisis para identificar la teoría emergente.

Heidi Alejandra Rosas Treviño, en su trabajo Diabetes y las masculinidades: La enfermedad con perspectiva de género, aplica a un grupo de hombres de diversas profesiones y ocupaciones la técnica de la entrevista semiestructurada, a fin de identificar las principales categorías relacionadas con la masculinidad y cómo se afecta con la DM2.

La diabetes y los periodistas. Una visión de los trabajadores de los medios de comunicación, es un trabajo realizado por Agustín Serna Zamarrón y Oscar Eduardo Guerrero Sandoval, quienes seleccionaron como sujetos de investigación a un grupo de reporteros que cubren diversas fuentes en la Zona Metropolitana de Monterrey y que padecen DM2. Cada uno de los periodistas describe cómo afecta la enfermedad a su bienestar y cómo el trabajo que realizan es un problema para mantener un adecuado control de la glucosa.

Las estudiantes de la Maestría en Ciencias de la Comunicación -hoy egresadas-, Yimel Abril Vargas Montelongo, Fabricia Carolina Garza Matamoros, Jessica Lizbeth Ruiz Briones, Gisela Salazar González, Dana Falcón González, develan las percepciones que tienen sobre la enfermedad los operadores de tráiler denominados quinta rueda, así como la forma en que su irregular horario y tipo de trabajo afecta su buena alimentación, los hábitos de sueño y el ejercicio.

Mujeres pacientes con diabetes y sus procesos comunicativos para el cuidado de su salud de Bertha Alicia Ramírez Salas, Reyna Verónica Serna Alejandro y Julieta Flores Michel es un trabajo que presenta el diseño de una investigación cualitativa a través de Focus Group, a fin de rescatar la forma en que las mujeres afrontan la enfermedad.

Los capítulos 10 y 11, Procesos comunicativos entre instituciones y pacientes con diabetes, de Nidia Lizeth Ubaldo Garza , Yessica Lizbeth Palomo Hernández, Jaquelin Guadalupe García Bazaldúa y Gabriela Ruíz Rodríguez y La diabetes en la población indígena en la Zona Metropolitana de Monterrey, realizado por Miroslava Peña Mora, Patricia de los Angeles Cavazos Flores y Jonathan Jesús Lira Contreras, son trabajos realizados por estudiantes de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación.

El primero es una muestra de la dedicación de un grupo de estudiantes que se dio a la tarea de recorrer algunas clínicas del IMSS para conocer cómo se brinda la información a los pacientes con esta enfermedad. Ellas utilizaron la técnica de la observación y acudieron al salir de clases a visitar las clínicas seleccionadas.

En el caso del trabajo sobre la población indígena, sus integrantes consideraron de interés estudiar cómo se afectan en su salud las personas procedentes de diversas etnias que se han asentado en la Zona Metropolitana de Monterrey y por ello realizaron este trabajo en el que utilizaron la técnica de la entrevista.

Cada producto aquí presentado integra el trabajo realizado por las y los autores durante más de las 16 semanas que integran el calendario semestral, ya que si bien el periodo académico tiene esa duración, todos mantuvieron diversas sesiones de trabajo con la coordinadora de la investigación para realizar correcciones y revisar sus trabajos, al concluir el periodo.

Este es solo el inicio de una serie de trabajos que con una participación interdisciplinaria realiza el Cuerpo Académico Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento, el cual agradece la valiosa aportación de la Dra. Sara María Estevané, Directora de la Unidad de Control Metabólico Ambulatorio del Instituto Mexicano de Seguro Social en Monterrey, como prologuista de este texto. Sus reflexiones y análisis constituyen una apreciada retroalimentación a nuestro trabajo.

Referencias

Atlas de diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (2029). Novena edición. Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/es/

Barraza-Lloréns M, Guajardo-Barrón V, Picó J, García R, Hernández C, Mora F, Athié J, Crable E, Urtiz A (2015). Carga económica de la diabetes mellitus en México, 2013. México, D.F. Funsalud. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305319321_Carga_Economica_de_la_Diabetes_Mellitus_en_Mexico_2013/link/57882fa908aecf56ebcb5aa6/download

Bénard, S. (2019).Autoetnografía. Una metodología cualitativa. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

INEGI (2018). Encuesta Nacional de Salud. (2018). INEGI. Disponible e https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf.

INEGI. (2018). Defunciones 2017. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf

Mendenhall, E., Kohrt, B., Norris, S., Ndetei, D. y Prabhakaran, D. (2017). Síndrome de enfermedades no transmisibles: pobreza, depresión y diabetes en poblaciones de bajos ingresos. The Lancet 2017; 389: 951–63. Disponible en https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30402-6/fulltext

DIABETES: UNA HERENCIA QUE YO DECLINO. UN ABORDAJE AUTOETNOGRÁFICO

Alma Elena Gutiérrez Leyton
ORCID: 0000-0002-4650-6686
Universidad Autónoma de Nuevo León

Mi vida se cimbró aquel 1 de mayo de 1996, justo cuando pensaba que mi vida empezaría a ser mejor, más tranquila y sin la presión de ser mamá, empleada y estudiante, además de que mi sueldo y mis condiciones laborales mejorarían sustancialmente. Me había graduado de la maestría en Educación en el Tec de Monterrey: el sueño de mi vida hecho realidad. Becada al 100 por ciento en un programa que se había establecido para formar recursos para la docencia. Algo que cuarenta años antes, cuando iba a iniciar mi licenciatura, era una meta inalcanzable para alguien que había nacido a 1500 kilómetros de distancia y sin las posibilidades económicas para pagar una colegiatura en una institución como esa.

En aquel entonces me habría conformado con poder ir a estudiar Sociología o Antropología a Xalapa, pero mi papá traía metido entre ceja y ceja que eso *no tenía caso.* La hija de uno de sus amigos se había ido a estudiar Derecho a la UNAM y *la regresaron* cuando se embarazó, lo cual reforzó su postura de que *no tiene caso que las mujeres estudien una carrera.*

-"Estudia belleza o comercio, así puedes trabajar en algo cuando te cases", decía convencido.

Mi mamá, por su parte, nos alentaba a que estudiáramos una carrera, pero no podía confrontar a Gutiérrez, como solíamos decirle mis hermanas y yo cuando nos enojábamos por su postura machista. Ella había estudiado en la Normal Enrique C. Rébsamen, bajo la influencia de los pedagogos de la corriente francesa que fundaron esa institución en Xalapa, y estaba convencida de la relevancia de la educación como elemento de movilidad social. Decía que si ella no hubiera estudiado para maestra, se hubiera quedado de niñera de sus sobrinos y cuidando a su mamá, como Tita, el personaje de

"Como agua para chocolate" de Ángeles Mastretta, porque eso era lo que estaba haciendo cuando su hermana Balbina, una profesora formada en el Instituto de Capacitación del Magisterio (ICM), la animó a ingresar a la Normal. Para ello, tuvo que cursar la secundaria nocturna en la Escuela para Trabajadores que todos conocían en Veracruz por sus siglas como el INOCO. El ICM fue el primer antecedente de la educación a distancia en México. El Presidente Manuel Ávila Camacho lo creó en 1943 para formar profesores de primaria a través de cursos intensivos en verano, y materiales para trabajar a distancia durante todo el ciclo escolar, mientras ellos y ellas (principalmente ellas) estaban frente a grupo. Mi tía Balbina fue la primera *letrada* de la familia. Entró así al magisterio y de ahí generó la estirpe: dos de sus hermanas fueron a la Normal (mi mamá y mi tía Sara) y después de ellas, por lo menos una docena de sobrinas.

El carácter jovial que caracterizaba a mi mamá y su entusiasmo por el estudio hicieron que esos años de doble jornada -pues continuaba con el trabajo doméstico para ayudar a sus cuñadas en el cuidado de los niños-, fueran una época de florecimiento que ella siempre recordaba con gran felicidad. Xalapa era -decía-, el lugar ideal para estudiar: no había distracciones y todo se centraba en la actividad de la Universidad Veracruzana.

Se graduó en 1958, con una tesis sobre el juego como estrategia didáctica, y de inmediato se incorporó al Sistema Federal en una escuela unitaria en un poblado llamado El Copital, del municipio de Medellín de Bravo, Veracruz, donde casi todas los hogares tenían al mismo *jefe de familia*.

Ella contaba que le tocó participar como encuestadora del censo de 1960; recorrió todas las casas de El Copital y en cada una preguntaba quién era el jefe de familia -una pregunta machista que todavía prevalece en el Censo- y la mayoría mencionaba a un señor de apellido Lagunes.

Anécdotas como esa eran las que yo iba recordando aquel 30 de abril de 1996 cuando viajamos toda la familia para ir al hospital del ISSSTE de Xalapa donde estaba internada. Hicimos 13 horas desde Monterrey hasta la clínica, cuando en tiempo regular y *volando* eran entre 15 y 18 horas, por la deteriorada carretera costera.

Mi mamá permanecía consciente. Pude verla; ella se esforzaba en hablar y en decirme algo. Me preguntó si ese bebé que se escuchaba llorar en el pasillo del hospital era Carlos Manuel, el hijo

recién nacido de mi hermana Ada, quien en ese entonces tenía tres meses. Le dije que no, que no se preocupara, que pronto podría verlo. Solo se me ocurrió decirle, "no te preocupes, mamá. Ya tendremos tiempo de platicar ahora que salgas de aquí. Te vas a poner bien. Vas a ver que sí".

Pero no fue así. En un par de horas más, el médico a cargo nos llamó para comunicarnos que mi madre había fallecido. ¡Nunca habría imaginado que se puede morir por las complicaciones de la diabetes!, pero así fue. Mi madre murió a consecuencia de un coma diabético el 1 de mayo de 1996.

En ese momento debí haber puesto atención en que en la Notaría de la licenciada Evangelina Baca de Montiel no solo estaría el juicio de intestado de la casa en la que nos criamos mis dos hermanas y yo, sino que también estaba ahí *la otra herencia:* el sobre invisible con la predisposición a la diabetes. Una herencia que, como dice la endocrinóloga Lucía Torres, "nunca debes ir a reclamar" (conversación personal con la doctora Lucía Torres, abril de 2013).

El juicio de intestado sobre la casa de la calle Cristóbal de Olid, allá en el Fraccionamiento Reforma en Veracruz fue más rápido que los anteriores sobre el mismo inmueble, porque "cuando murió mi mamá le había dejado escrito a mano su deseo de la sucesión testamentaria, ya que todavía no concluía la anterior, entonces, con eso, se fue en directo", me contó recientemente, Elsa, mi hermana menor. No he sabido de un inmueble con tantos intestados. Primero, un juicio para que se escriturara a nombre de mi abuelita materna, tras la muerte de mi tía Balbina, hermana de mi mamá y mamá de mi primo Carlos; otro, cuando murió mi abuelita y se promovió el intestado a nombre Carlos que ya era mayor de edad; un tercero, cuando él murió, y por último el de mi mamá. Así concluyeron 34 años de juicios de intestado. Hoy la casa vive sus mejores épocas: alberga el negocio de entrenamiento canino de Elsa y dos consultorios en los que ejerce la psicología junto con sus hijas Bianka e Ivette.

Las penas con pan ¿y la diabetes con qué?

Dicen que las penas con pan son buenas, y algo de cierto debe de haber en ello, porque no recuerdo un solo día de mi vida en la casa materna en la que no haya habido pan. De pequeñas era el pan con leche, después con café. Todas las tardes, a las seis en punto, mi mamá ponía sobre la estufa una rara cafetera -nunca he vuelto a

ver una así- que tenía una tapa de cristal de la que sobresalía una especie de visor en la que se podía notar que empezaba a hervir el agua y a *pintarse* de café. Mientras salía el café, alguna de nosotras iba por el pan a "La Especial", una panadería artesanal ubicada a solo dos calles de la casa, desde donde se podía percibir el olor del pan recién hecho, porque solo eran unos 50 metros los que nos separaban. Mientras escogíamos las *bombas,* los *cuernitos,* los *chamucos* y los *merengues,* se podía ver el horno de leña y a los panaderos en ese baño de vapor. En la barra, Don Evaristo estaba listo para despachar muy orgulloso el pan, con esa cara adusta y sus casi dos metros de estatura. De "La Especial" solo quedó el nombre que dio origen a una serie de franquicias de pan industrializado de la familia Maroño. Hoy, hay una cada 500 metros como las franquicias del Oxxo en todo el puerto de Veracruz.

No cabe duda que la ignorancia mata. Qué lejos estaba yo de imaginar que en cada mordida de pan también había veneno para la salud de mi madre.

Hoy sé que mi mamá debería haber sido atendida por un médico especialista en diabetes, o en su ausencia, por un endocrinólogo. El doctor Arano era un médico general, muy joven en aquel entonces, al que mi papá le *tenía mucha fe,* como si los médicos fueran santos, o figuras de culto. Pero así dicen las personas mayores, o por lo menos así creía mi papá: que a los médicos *hay que tenerles fe.*

Con la preparación académica de mi madre y la experiencia de haber educado a un hijo que se formó como médico me resisto a creer que no dimensionara el impacto dañino que tenían sus *antojos* en su salud. Siempre contaba que además de haber estudiado *con los grandes pedagogos* en la Escuela Normal de Xalapa Enrique C. Rébsamen, había obtenido una beca para estudiar en la afamada Universidad Femenina de Veracruz, algunos semestres de Trabajo Social y hasta francés.

Cada vez estoy más convencida que era una forma de morir poco a poco; de irse de este mundo por no soportar la muerte de ese hijo, que no nació de su vientre, pero al que había criado como propio tras la muerte de su hermana y de su cuñado. Un hijo que le mataron justo dos días después de regresar de San Fernando, en Tamaulipas donde había estado por un año en el ejido La Purísima, para cumplir con su servicio social en el IMSS Coplamar. Fue el día de su fiesta de bienvenida, con sus amigos de la Facultad de Me-

dicina “Miguel Alemán Valdés”, de la Universidad Veracruzana en el puerto de Veracruz, de la cual nunca regresó a casa. Terminó tan desfigurado por los golpes y un atropellamiento de auto, que ni el Dr. Gilberto Aguilar, jefe de Urgencias del Hospital Regional de Veracruz, pudo reconocerlo cuando lo atendió ese 14 de diciembre de 1980, aunque había sido su médico interno de pregrado por un año y lo conocía muy bien y le tenía afecto.

Nunca se supo quién, porqué o cómo pasó. Esas preguntas siempre se quedaron sin respuesta. Y eso que se las planteaba directamente al Procurador de Justicia del estado de Veracruz, Pericles Namorado Urrutia, ese al que Catón siempre utiliza para ejemplificar los nombres raros y feos, pero que es un personaje real. En esa época ya estaba ejerciendo el periodismo. Era reportera en El Diario de Veracruz, de la misma editorial de Don Rubén Pabello, del Diario de Xalapa. Mis colegas de la fuente policiaca me asesoraron, me ayudaron y buscaron, pero nada encontraron. El asesinato de Carlos, mi hermano, quedó igual que miles: en un caso cerrado sin solución.

Treinta años después, se descubrió que San Fernando, Tamaulipas es un pueblo putrefacto, no solo por las dos grandes matanzas de más de 260 migrantes centro y sudamericanos inhumados ilegalmente en fosas clandestinas -ocurridos ahí en 2010 y 2011-, sino porque sus actividades de narcotráfico y secuestro de migrantes son parte de su cultura. ¡Y por ese pueblo tenía que pasar Carlos cada quince cuando salía de La Purísima para encontrarse con Rochy, su novia, que hacía su servicio en Reynosa, y de ahí, cruzar la frontera para disfrutar su descanso de fin de semana en McAllen, Texas! Mi mente elucubra, y como el único hallazgo -no oficial- fue el de un auto con placas de Tamaulipas, con el cual presuntamente se cometió el asesinato, trato de adivinar qué pudo haber visto Carlos como para que a dos días de su llegada después de terminar el Servicio Social, lo hayan ido a matar a Veracruz.

Mi curiosidad de reportera -atenuada un poco por la inactividad del ejercicio de esa profesión, pero nunca eliminada- me impulsa a ir a ese pueblo, y aunque han pasado 30 años de su muerte, me gustaría preguntarle a la gente qué sabe de aquel doctor que atendió el Centro IMSS-Coplamar de 1979 a 1980. Mi hipótesis es que en su estadía pudo haberse enterado de las actividades antisociales de algunas personas, o tal vez atendió a algún herido, o se le murió algún paciente, o cualquier otra información que me aclare

esta duda existencial. Comprendo a las madres que buscan a sus hijos, que no saben dónde están, pero principalmente, comprendo a mi mamá, que murió un poco al sepultar a Carlos.

La ciencia médica tiene su explicación para la diabetes: un síndrome metabólico causado por factores no modificables como la herencia, y factores modificables, en las que la obesidad es el factor de riesgo principal, y que se relaciona con el sedentarismo y el envejecimiento de la población, entre otros (Bernes, 2011). Se estima que para 2019 aproximadamente 4.2 millones de adultos fallecerían como consecuencia de la diabetes y sus complicaciones, lo que equivale a una muerte cada ocho segundos, y se calcula que la diabetes se asocia con el 11.3% de los fallecimientos a nivel mundial por todas las causas posibles entre las personas de este grupo de edad.

Para 2019 ya había sido sobrepasada contemplando que el 9.3% de los adultos en el mundo de entre 20 y 79 años tienen diabetes: lo que equivale a una cifra de 463 millones de personas (Atlas de la Diabetes de la FID, Novena edición 2019), lo que la coloca como la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad y la tercera de años de vida perdidos por muerte prematura. En el caso de México, según la Encuesta Nacional de Salud 2018 (INEGI, 2029) reporta 8.6 millones de personas que viven con diabetes, que equivale a 10.8% de los mexicanos, y representa un incremento de 2.2 millones más de habitantes con este padecimiento en relación al 9.2% que se reportaba en el 2012, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (INEGI, 2019).

Frente a los datos científicos, la cultura popular considera que a la gente "le cae" diabetes cuando sufre una gran pena, un profundo sufrimiento, o un tremendo coraje. Y si bien esta autoetnografía forma parte de un trabajo académico, no puedo dejar de considerar que la sabiduría popular de algo se habrá dado cuenta, que insiste en que la diabetes tiene alguna vinculación con la tristeza y con la actitud de ver la vida. No hay manera de comprobarlo porque mi mamá formaba parte de ese 40% de las miles de personas que no son oportunamente diagnosticadas con diabetes. Entre el diagnóstico tardío, la falta de atención por parte de un especialista en diabetes y su falta de adherencia al tratamiento, sumado a su permanente tristeza, mi mamá es uno de los 8.6 millones de personas que *mueren por la diabetes*.

Siempre es una muerte prematura

No importa la edad que uno tenga al momento de perder a la madre, siempre piensa uno que "es pronto; que debía haber vivido más, porque aún la necesito". No es una idea infundada; ahora que juego en las fuerzas básicas de los adultos mayores, estoy convencida de ello: a los 64 años todavía se es joven para partir de este mundo. Más, si como en el caso de mi mamá, todavía se tienen las fuerzas para seguir en el ejercicio de la docencia; esa profesión que ella amaba y a la que le dedicaba la vida. Más de 35 años con los grupos de primero o segundo de primaria que a las otras profesoras no les gustaban, pero que ella disfrutaba tanto.

Tal vez de tanto convivir con niños pequeños ella era se había vuelto como niña: se escondía detrás de la puerta del refrigerador para que nadie viera que estaba comiendo dulces o tomando refrescos azucarados, como si fuera una travesura. Esos alimentos cargados de azúcar refinada, que tantas veces el doctor Arano le había dicho que *son veneno* para un paciente diabético. Ella se justificaba y decía que *se preparaba* con sus pastillas de nopal deshidratado para tomarlas justo unos días antes de ir a su control con el médico, como si al engañar al glucómetro se engañara a ella misma, y con ello pudiera detener el daño que se autoinflingía.

- "No te preocupes, con el nopal me bajo lo que se me suba del azúcar", solía decir como si hubiera encontrado la cura para enfermedad. Y así, como quien toma el antídoto para ingerir el veneno: dulces en una mano y pastillas de nopal deshidratado en la otra.

No sé cuántos años tuvo diabetes mi mamá. Estas anécdotas fueron de las vacaciones de Semana Santa, un mes antes de su fallecimiento. Nosotros, mi familia y yo, teníamos cuatro años viviendo en Monterrey. En ese viaje supimos de su enfermedad y la acompañamos a la consulta con el Dr. Arano. Él le explicó que no debería comer pan, dulces ni algunas frutas como el mango, el plátano y la naranja.

¡Cuánta ignorancia la mía! Pensé que con los medicamentos que le había recetado, mi mamá mejoraría. Las vacaciones terminaron y nosotros regresamos a Monterrey. Se suponía que ella debería haber tomado sus medicamentos y ajustado su dieta, pero eso no sucedió. Su deterioro se aceleró y un día, mi tía Sara, su hermana, la visitó y sin más que su propia determinación *la llevó a Xalapa porque allá había un señor que la podía curar*.

Nadie se enteró de esa inconcebible e ilógica decisión que solo llevó a una descompensación por la falta de medicación, lo que detonó en que tuviera que ser internada en la clínica del ISSSTE de Xalapa.

Cuando mi hermana Ada me llamó para decirme que mi mamá se había agravado y que estaba internada, nunca pensé que alguien podía *morir de diabetes*. Yo sabía que la gente muere de cáncer, de un accidente, de una embolia, pero… ¿de diabetes?, eso no estaba en mi mente.

Mi reencuentro con la diabetes

Igual que 6.8 millones de mexicanos que han sido diagnosticados con esta enfermedad, no tenía la mínima idea de la dimensión de problema de salud pública, del daño que causa en el funcionamiento de los órganos y cómo acorta la plenitud y la duración de la vida cuando no se mantienen los cuidados prescritos por los especialistas.

Estoy convencida de que "A mí no me va a dar diabetes", tal vez por eso no estaba entre mis preocupaciones. Solo la recordaba cuando me hacían alguna historia clínica.

- ¿Enfermedades que padecieron sus padres? -la clásica pregunta que hacen los médicos en las empresas o cuando ingresa uno al hospital para una cirugía.

Pero parece que ella me anda correteando. En 2017, el doctor en Medicina, Gerardo Muñoz Maldonado, director de Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León convocó al Cuerpo Académico (CA) que coordino, "Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento" para integrarse a un equipo multi, trans e interdisciplinario de 17 CA que participaría en la Convocatoria del Programa de Desarrollo de Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el Tipo Superior (PRODEP) por una bolsa de 50 millones de pesos para el desarrollo de un implante subcutáneo que midiera el nivel de glucosa y lo transmitiera por *bluetooth* a una aplicación en el teléfono.

No sé si fueron los barruntos de la 4T, pero el proyecto no recibió el financiamiento, aunque nuestra participación fue el parteaguas de lo que se ha convertido en la Línea de Investigación a la que le hemos apostado las integrantes del CA desde ese momento. Como equipo y como personas hemos tomado conciencia de la relevancia de esta enfermedad, que ha adquirido dimensiones

de Sindemia. Este compromiso con un problema de salud pública tan grave ha sido el motivo de generar esta autoetnografía, un método/técnica, que como ya se ha planteado en la descripción de la macro investigación que da origen a este libro, permite reflejar desde una evento epifánico a través de la narrativa en la primera persona. Decidí compartir la muerte de mi mamá a consecuencia de un coma diabético como una forma de reflejar elementos relacionados con la escasa comprensión de la enfermedad, que incluso pueden llevar a la pérdida de la vida.

En un país como México, alta incidencia en diabetes y obesidad, los programas de intervención y de educación en diabetes deben considerar la falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte de las personas que la padecen, y considerar que a pesar del nivel socioeconómico y/o los niveles de preparación académica, también carecen de las competencias para controlar el nivel de la glucosa, que junto con la medicaciónadecuada, y el ejercicio, son las estrategias para lidiar con esa enfermedad.

Referencias

Atlas de diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (2029). Novena edición. Disponible en https://www.diabetesatlas.org/es/

Bernes A. S. (2011). The epidemic of obesity and diabetes: trends and treatments. Texas Heart Institute journal, 38(2), 142–144.).

Figueroa Millán, Lilia M. (2000). La formación de docentes en las escuelas normales: entre las exigencias de la modernidad y las influencias de la tradición. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), XXX (1), 117-142. [Fecha de consulta 13 de abril de 2020]. ISSN: 0185-1284. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=270/27030105

INEGI (2019). Encuesta Nacional de Salud. (2018). INEGI. Disponible e https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf.

LA DIABETES COMO UNA OPORTUNIDAD DE CAMBIO PARA LA MEJORA DE LA VIDA PERSONAL Y FAMILIAR

Evelyn Liliana Anaya Cepeda
Instituto Mexicano del Seguro Social

La diabetes tipo 2, vista desde los ojos de un médico familiar, es un complejo de desregulaciones del cuerpo en su totalidad. Para el grueso del personal médico es vista solamente como una alteración en el metabolismo de la glucosa. Sin embargo, hay mucho más detrás de esto. En mi caso, como en el de otros colegas que hemos dedicado a conocer este padecimiento más del tiempo que regularmente se destina en la formación formal/curricular de un médico general o como médico especialista en salud familiar, se desarrolla otra visión: visualizamos a una persona que atraviesa un complejo de situaciones, que pueden verse como un enemigo o un maestro, y no solo para el médico que se enfrenta a un reto terapéutico, también para la persona que lo vive en carne propia y su familia, ya que altera al paciente o lo transforma para bien o para mal, desde la cabeza hasta los pies.

En este capítulo pretendo compartir mi experiencia en el tratamiento de las personas con diabetes, tanto en la consulta privada como en una institución del sector público de salud. Mi intención es la de orientar a quienes experimentan esta enfermedad, así como a sus familiares, ya que se trata de un padecimiento que requiere del apoyo de una red familiar, que generalmente juega un papel estratégico en el bienestar del paciente.

Mi enfoque en etapas tempranas, al menos cuando se trata de la diabetes tipo 2, es verla como una gran oportunidad de cambio. Es por eso que como médico del primer contacto me resulta enriquecedor el diagnóstico oportuno o anticipado, identificándola antes de que se exprese en su totalidad como la prediabetes.

En esta etapa se pueden alcanzar los mejores resultados, ya que se nos da la oportunidad, al médico y al paciente (que se encuentra

dispuesto a hacerlo), a trabajar en conjunto para realizar cambios en la dinámica personal, familiar y en la interacción con el mundo exterior.

Por lo tanto, nos enfrentamos a un primer reto impuesto por la naturaleza del mismo cuerpo humano, y es simple, pero a la vez difícil: te adaptas al cambio, vuelves a lo básico, a alimentarte bien, a dormir bien, a ejercitarte, a intentar encontrar la paz, o en caso de no hacerlo… a sufrir las consecuencias.

Creo oportuno dividir a este padecimiento por etapas, que son las siguientes:

1. la etapa de diagnóstico oportuno o temprano,
2. la etapa de estabilidad de la enfermedad y
3. la etapa terminal.

Esta clasificación ha sido utilizada por otros autores, y me parece una forma sencilla para explicarle a mis pacientes en dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos; para plantear las expectativas que ambos podamos tener al comenzar una alianza terapéutica, a sabiendas de que siempre buscaremos el beneficio máximo, pero planteando metas realistas y alcanzables de acuerdo con la evolución y estado actual de la persona que vive con diabetes. La etapa de diagnóstico oportuno es la que he descrito en las líneas anteriores.

En la etapa de estabilidad de la enfermedad podemos encontrar a un paciente que ya logró definir su manera de alcanzar el equilibrio, y por ello, el seguimiento médico no es tan estrecho, siempre dejando la puerta abierta ante complicaciones, síntomas, dudas o situaciones de descontrol temporal que puedan atravesar el paciente y su familia, para buscar de nuevo llegar al equilibrio o al control.

Sin embargo, también existe el otro escenario, en el que el cuerpo logra compensar por mucho tiempo (a veces hasta 10 años), desgastándose silenciosamente debido a la falta de interés de controlar este conjunto de alteraciones. En este escenario el paciente visita al médico en la primera y la tercera etapa, o en ocasiones solamente en esta última, cuando la diabetes está en descontrol, lo que aumenta el riesgo de padecer infartos al corazón o accidentes cerebro-vasculares, y ya es difícil, volver atrás y resarcir el daño.

En la etapa terminal de la enfermedad nos encontramos con una serie de complicaciones, las cuales tuvimos la oportunidad -en la mayoría de los casos- de trabajar para prevenirlas o limitarlas, sin

embargo, no se logró alcanzar una introspección, convencimiento o determinación para romper el cauce caótico de la enfermedad y ahora tendríamos que trabajar con el control de la enfermedad y la limitación de las complicaciones, particularmente referentes a la vista, la filtración de los riñones o la sensibilidad, no solo de los pies, ya que también puede afectar a otras vísceras u órganos internos, siendo este punto el más difícil, porque el trabajo del médico se limita a intentar disminuir el avance o el deterioro del paciente, aliviar en menor o mayor medida síntomas, y es aquí donde entra con mayor fuerza el apoyo del familiar, y además el compromiso del propio paciente.

El análisis de cada persona es individual, y por ello, para ofrecer un tratamiento es ideal identificar algunos factores, entre los que se encuentran los siguientes:

- los valores actuales de glucosa,
- la red de apoyo con la que cuenta el paciente,
- la posibilidad económica (ya que si se indica un medicamento muy caro, algún paciente no tendría acceso y sería mucho más difícil alcanzar el control, o en otros casos, algunos tendrían la posibilidad de utilizar herramientas novedosas y altamente eficientes, que facilitan el control de la diabetes de manera más rápida y con una estrategia personalizada).

Es importante además mencionar que hay tratamientos vía oral y otros inyectables, y aunque sé que la mayoría de los pacientes prefieren medicamento vía oral, como médico me gusta hablar desde el inicio sobre la insulina, una hormona que juega un papel importante en la diabetes, identificando signos o síntomas tempranos de la resistencia que se genera en el organismo. La insulina como tratamiento, -un gran avance médico que se encuentra a nuestro alcance y que ha cambiado de forma favorable el rumbo de muchas vidas, por su utilidad para conseguir el control-, reduce de forma eficaz el riesgo a las complicaciones, para que cuando llegue el momento de tener que indicarla, tanto paciente como familiares estén sensibilizados de que es un tratamiento que -aunque su aplicación diaria no sea tan satisfactoria-, tendrá un beneficio muy valioso.

Y entonces volvemos a integrar la red de apoyo, ya que además de medicamento, se requiere un cambio de hábitos, que incluye

comenzar a realizar actividad física, y aprender a seleccionar alimentos a partir de sus valor nutricional. Esta es una parte de las más complicadas, ya que requiere convicción, fuerza de voluntad, complicidad/apoyo de la familia, e incluso, integrarse a un grupo de autoayuda, visitar a otros especialistas (como nutriólogos o activadores físicos), para dar inicio a la etapa de estabilidad, en la que se tenga consciencia de lo que es bueno y lo que no, para el organismo.

Para ser médico de personas que viven con diabetes, se debe ser también paciente, ya que no se trata de atender una gripa, en la que se indique un tratamiento para disminuir los síntomas y seguir como si nada. La persona que vive con diabetes debe tener un antes y un después a partir de su diagnóstico, es por eso que a nivel mundial se encuentran bajos porcentajes en la población de pacientes que se cuidan adecuadamente, porque la mayoría no está dispuesto a transformarse.

A través de esta oportunidad de escribir, y en la confianza de que mi comunicación llegue a muchas personas, mi mensaje es el siguiente: cuando llega el diagnóstico de diabetes tipo 2 a tu vida, no todo está perdido, al contrario se ofrece la entrada a una nueva vida, que te lleve incluso a vivir y sentirte mejor que antes, y lo más importante: a heredar a hijos, familiares y amigos una nueva forma de existir.

¿Cómo se puede saber cuándo se tiene diabetes?

Una pregunta que me plantean frecuentemente mis pacientes es la siguiente ¿cómo saber si ya soy diabético? Nosotros los médicos nos guiamos con algunos estándares, la guía más actual es la de la Asociación Americana de diabetes del 2020 que establece indicadores para su identificación. Una forma de identificar si el paciente tiene diabetes es realizándole algún estudio de glucosa, principalmente plasmático, es decir, de sangre central, a cualquier hora del día -a veces en ayuno o sin ayuno- si el resultado es mayor a 200, y el paciente tiene los síntomas clásicos de la enfermedad, entonces es posible considerar que el paciente tiene diabetes.

Los síntomas que deben observarse como una pauta para diagnosticar diabetes son los siguientes:

· Mucha sed
· Que orina mucho más de lo normal o
· Que tiene mucha hambre.

Hay otros síntomas que se involucran con el desarrollo de la presentación de la diabetes como pueden ser la pérdida repentina de peso, un cansancio mucho mayor o más de lo normal para las actividades que está realizando en el día a día. Además de estos signos clínicos, la segunda forma de diagnosticar la diabetes es que la glucosa de ayuno sea igual o mayor a 126 y el tercer criterio sería una hemoglobina glicosilada -que nos da un promedio de los últimos tres meses del nivel de glucosa-, esto se mide en un índice, y si es igual a 6.5 eso nos habla de que puede haber diabetes.

Contamos con otro estudio que es el de tolerancia a la glucosa, que es una bebida que contiene 75 gramos de azúcar y se hace una medición en ayuno y si en un plazo de 2 horas se encuentra un parámetro mayor a 200 es otro criterio, si estos valores se encuentran repetidos.

A menudo podemos encontrar complicaciones como afectaciones en la vista; que haya una pérdida abrupta o gradual de la visión. También observar una pérdida de la función de los riñones, hinchazón de pies o manos, esa serían algunas maneras de sospecharlo. Una retención de líquido en las piernas, o también algunos cambios en los pies.

Cómo podemos evitar las complicaciones

Lo ideal es acercarse con un especialista en diabetes. En mi caso, trabajo con un equipo multidisciplinario que atiende al paciente desde diversas especialidades médicas.

Nuestro objetivo es que la diabetes no transcurra como algo que comúnmente es considerada por los pacientes como "una condena de muerte". No es así. Podemos trabajar juntos. Llevar el control adecuado de la glucosa nos va ayudar a disminuir los riesgos cardiovasculares, así como a gozar de una mejor calidad de vida.

Siempre insistiré en que lo primero es acercarse al médico para hacer valoraciones preventivas y valoraciones correctivas que permitan vivir de manera normal y tranquila, con una calidad de vida, con la finalidad de que cada paciente transmita a sus hijos un estilo de vida saludable como la mejor herencia, que aleje la probabilidad de padecer diabetes.

NEUROPATÍA DIABÉTICA

Héctor Adrián López Gutiérrez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Esta es mi perspectiva como médico, referente al paciente diabético, englobándolo como persona y como el resultado de una patología compleja en su tratamiento y las comorbilidades.

La diabetes es la pandemia del Siglo 21, debido a las causas siguientes:

- a la obesidad globalizada
- al rezago de especialistas en diversos rubros importantes para tratarla
- a las secuelas de la enfermedad tales como la neuropatía diabética, comúnmente conocida como pie diabético.

Mi función como ortopedista cirujano de pie no se reduce a la prevención para identificar anomalías de los pies en forma temprana, sino que va más allá: a la reparación, la reconstrucción y al salvamento de extremidades inferiores, mediante los procedimientos y terapéutica que con base en mi especialidad, me permiten apoyar a mi paciente con diabetes, y más específicamente, a mi paciente con diabetes que sufre alguna lesión o deformidad en sus pies.

El paciente diabético por lo general es un paciente que se muestra renuente a su padecimiento, pasando por diversas fases de aceptación de su situación de salud y el desconocimiento de su nuevo padecimiento, el cual está empapado en mitos que deben disolverse empáticamente con medicina basada en evidencias.

Las diversas fases de que usualmente suceden en el *shock* de la noticia es una usual negación, y es aquí cuando el paciente busca ayuda alterna, complementaria, o alternativa y puede incluir ser guiado en forma adecuada cuando se canaliza con los especialistas en el tema. Lo ideal es que la fase de negación fuera acompañada de un *diabetes coach* que lo guiara y apoyara mediante

sesiones grupales e individuales, mediante aplicaciones o redes sociales, ya que es necesario saber de un tema para poder entenderlo y posteriormente llegar a una aceptación en forma rápida y de la manera más sana posible.

Durante mi entrenamiento en la cirugía del pie tuve la oportunidad de conocer y tratar a distintos pacientes de diversos niveles de afección de neuropatía diabética en los pies. Algunos de ellos requerían una plantilla ortopédica, así como higiene para el manejo de su extremidad; a otros, les faltaba conocimiento acerca de su diabetes, y a otros más, información sobre el manejo oportuno de un pie en riesgo.

El pie en riesgo es todo aquel que tiene alguna deformidad en forma congénita o adquirida, a lo que se agrega la neuropatía diabética. En la mitad de los casos esta situación se complica con insuficiencia vascular periférica. En esos casos es posible que tal deformidad -que estuvo sin ningún problema ni repercusión durante la vida- como un pie plano o un pie cavo, súbitamente tenga afectación gradual, cayendo en la ecuación siguiente:

Para su adecuado y exitoso tratamiento, me apoyo con los especialistas en diabetes, medicina interna, endocrinología y diabetología para lograr que mi paciente logre óptimos resultados por parte del control metabólico.

El factor mecánico que yo puedo aportar para la mejoría de mis pacientes debe siempre ir acompañado del adecuado control glucémico, ya que tales procedimientos quirúrgicos tienen como meta cambiar la postura y estructura del pie, y esto se realiza a

través del posicionamiento y fijación de los huesos del pie, mediante una congruente disección y posicionamiento de los huesos del pie así como debridaciones -el retiro de tejido necrótico- y limpieza de heridas.

Por encima de todo y como el elemento más relevante, subrayo el oportuno diagnóstico de infecciones tales como la osteomielitis, que es la infección sobre los huesos. En mi experiencia, he aprendido a verlo -en una analogía- como un infarto al pie, ya que igual que en un infarto cardíaco, el tiempo juega un factor crítico y vital para poder tener en expectativas funcionales de pronóstico, basadas en un inmediato tratamiento que permitan la adecuada y pronta mejoría del paciente, y le evite un lastre de procesos curativos, así como intervenciones que se traducirían en costos y ansiedad para el paciente.

Vengo de una familia con antecedentes de diabetes en dos generaciones, por lo que durante mis estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la diabetes comenzó a importarme, sobre todo en mi tercer año, durante el internado, al ver en el área de Cirugía General del Hospital Universitario, los estragos que la diabetes hacía en los pacientes que ahí se encontraban internados, con lesiones variables que iban desde la complejidad de heridas en pies y piernas amorfos, hasta lo amputado y grotesco, como infecciones asociadas a úlceras por presión en sacro y columna lumbar con exposición, es decir, de los cuerpos vertebrales, con una anatomía lesionada y tejidos que no parecían tener la capacidad de reparar tales daños. Todo ello, agravado por una diabetes de difícil control por insuficiencia renal y hepática avanzada.

Vi y curé cientos de pacientes; en todos ellos había como común denominador: su actitud de aceptación negativa de las circunstancias, más una depresión que iba de lo sutil a lo grave, envuelta en descuido y en su anhelo por la añoranza de un pasado cuando aún gozaban de mejor salud.

Siempre me apliqué en hacerles curaciones a conciencia, y de la manera más delicada posible, aseando la herida y reavivando sus bordes, mientras platicaba con ellos, tratando de conocer su lado humano, y siempre preguntándole si le estaba doliendo algo durante la curación, que consiste en la desbridación con gasas estériles impregnadas en solución yodada o con agua oxigenada, aplicando

el milenario uso de miel como apósito, para evitar el crecimiento bacteriano y promover la reepitelización, y en muchas ocasiones tuve la oportunidad de poder ver la evolución de muchos pacientes en forma favorable.

Aprendí también que el nivel sociocultural de los pacientes es directamente proporcional al pronóstico de pie con neuropatía diabética, y que abundaban los casos sociales de extrema pobreza y abandono por parte de la familia por ser *algo que ya no sirve.*

Todas estas experiencias, junto con mis conocimientos médicos y de salud complementarias, me enseñaron a ver que, como médico, no puedo enfocarme en la enfermedad, sino en la persona que es atacada por la enfermedad, y que las enfermedades de la mente afectan el cuerpo, y que el cuerpo enfermo afecta la mente, e incluso, al espíritu.

Hoy, esos conocimientos me llevan a poner particular atención en mi salud y en mantenerme sano física y mentalmente, sobre todo, para minimizar las probabilidades genéticas de la expresión de este padecimiento.

Saber que mi abuela hubiera tenido diabetes a mí me cayó por sorpresa cuando era niño, y de ahí el deseo de ser un hombre de ciencia para desarrollar una cura para la diabetes y que mi abuela viviera por muchos más años. Después de eso mi madre entró a un estado prediabético hace aproximadamente 10 años atrás y por eso inició por indicación de su endocrinóloga a tomar metformina, y me dio enorme gusto que empezó a cuidarse en forma temprana y profiláctica acompañado de buena alimentación y ejercicio físico, por lo que al día de hoy puede gozar de una buena salud.

Así que puedo decir que el hecho de ser médico y de que en mi familia exista el antecedente de la diabetes me hizo darme cuenta de la relevancia de cuidar de mi salud con un personal interés, debido a lo que yo podía observar y tratar en mi carrera como médico, que son secuelas graves de una diabetes no controlada.

Desde entonces me dispuse a aprender a comer, debido a que aprendí que el alimento a través de la Dieta de la Zona, puede influir inmediata y continuamente sobre nuestro estado de salud. Esto es tan sencillo como aprender a comer con las proporciones adecuadas de macronutrientes: esa cantidad adecuada en cada comida de proteínas, carbohidratos y grasas.

Alimentación y autocuidado de los pacientes

Nuestro alimento es nuestro medicamento y puede ser nuestra salvación o nuestra perdición. Somos lo que comemos, lo que comemos, diría el maestro galeno Hipócrates, ya que las enfermedades empiezan del centro hacia afuera y de arriba hacia abajo y de ahí entendemos que si usamos la comida como nuestro medicamento, nos permite usarlo para obtener un bienestar una mejoría un estado de desinflamación.

La vida, con la acelerada cotidianidad de hoy, nos mantiene un estrés continuo que genera hiperoxidación, y promueve el envejecimiento prematuro debido al desgaste al que está sometido el endotelio en el cuerpo humano, el recubrimiento de todos los vasos sanguíneos que se encuentran dentro de nosotros.

Por ello, es de vital importancia considerar y tener presente que cada estructura es igual a la función mediante nuestra alimentación.

Durante mi trayectoria, he podido conocer distintos pacientes de varias ciudades, como cuando trabajé durante dos años en un Centro de Urgencias en el Hospital General de una pequeña ciudad al norte de Nuevo León, y había una población muy grande de pacientes con diabetes, y muchas descompensaciones metabólicas. Llegaban a urgencias diariamente.

Pero también había otra población de pacientes que me llamaba mucho la atención, que eran un mínimo porcentaje de la población. Recuerdo a dos personas que habían crecido con la diabetes tipo 1; ambos jóvenes, él de 28 años y ella de 16, ambos de clase media y con una actitud positiva de la vida. Se cuidaban en forma espléndida, usaban solo su insulina. Ella tenía una bomba subcutánea y le iba de maravilla, incluso para realizar actividades de la vida diaria como una niña normal, sin ningún padecimiento. Practicaba gimnasia y disfrutaba de actividades musicales. El joven, de 28 años con la diabetes juvenil o desarrollada durante la juventud, usaba insulina -también padecía hipotiroidismo bajo tratamiento-, y su actividad desde hacía varios años era ir al gimnasio al menos 10 horas a la semana, y su físico era el de un atleta alto, con mínimo grasa corporal, parecido al de un gimnasta.

Y también he visto el otra lado de la moneda, en la cual la diabetes es una enfermedad que no solo pudre el cuerpo, sino también el alma del paciente. Hay una marcada depresión en muchos pacientes con enfermedad avanzada, y esa depresión va acompañada también de dificultad del manejo de las emociones.

Un ejemplo que me llega a la memoria es el de un señor con avanzada diabetes y ceguera parcial, además de una amputación a nivel debajo de la rodilla -le quedó apenas un muñón de unos 15 centímetros- y en la otra pierna aún conservaba su pie, pero con solo un dedo y con la pérdida del arco plantar en forma importante: un pie completamente deforme y no funcional que arrastraba por el piso y tenía úlceras plantares tan severas que estaban colonizadas por cientos de larvas de mosca.

Recuerdo que había que hacerle lavados con una cubeta llena de agua inyectable. En la cubeta se diluían tres o cuatro cajetillas de cigarros Marlboro rojos en el agua, mismos que el paciente fumaba frecuentemente, y se sumergía su pie para que brotaran las larvas de mosca. Recuerdo su mal humor, y lo grosero que él era con el personal médico; siempre estaba enojado, y con una marcada frustración. Era un caso social de una familia problemática del pueblo, y siempre me decía lo mismo con resignación y cinismo "de algo me he de morir, doc". Una frase que -lamentablemente-, he escuchado tantas veces, que he perdido la cuenta.

Diabetes y depresión

La diabetes no solo afecta la células corporales de todo tipo, sino que también ocasiona importantes fenómenos químicos a nivel cerebral, afectando sus neurotransmisores y disminuyendo su producción, por lo que muchos pacientes con diabetes caen en un estatus depresivo en aproximadamente un 80%, en forma cíclica, y eso los lleva a un padecimiento o enfermedad que en teoría también podría romperse con la terapia y educación en la alimentación.

Definitivamente, un paciente que tiene interés en sí mismo busca ayuda médica en forma temprana y se interesa por algo que él percibe que no es normal, ya sea porque le aqueja algún dolor o alguna molestia en la forma, o en la piel de sus pies o de sus uñas, o porque nota algún detalle durante la marcha o en el apoyo de la pisada.

Hay que recordar que esta es una enfermedad que altera la sensibilidad del paciente y por ello, no percibe igual que los demás cuando le duele algo o cuando se lastima.

Son casos que también caen mucho en espectro de lo social, debido a que tratar un paciente con un pie diabético es algo que se puede hacer en forma fácil cuando se atiende en forma temprana,

y puede encontrarse en la expectativa de lo sencillo como tratamientos ortésicos con plantillas para evitar puntos de sobrecarga, o con indicaciones de uso de calzado adecuado, así como modificaciones de hábitos diarios, como el cuidado de la piel y el ejercicio, que le puedan permitir llevar una vida sana, sin ningún problema, siempre acompañado de un adecuado control glucémico.

Con base en las experiencias anteriormente descritas, se puede apreciar que lo más frecuente es una medicina reparativa y reconstructiva, pero no preventiva, y las reparaciones de secuelas de una neuropatía diabética pueden ser exorbitantes. En mi experiencia he visto cómo se agota el capital de pólizas de seguro de gastos médicos mayores sin que logre solucionarse el problema.

En las instituciones de salud pública, en las que no se pueden estar efectuando en forma indefinida tratamientos quirúrgicos múltiples, se comprende que el actuar principal del médico es la resolución de un problema -en este caso el pie con neuropatía avanzada-, pero esto es solo la punta del *iceberg*.

Por ejemplo, el cirujano general es quién se encarga del manejo de heridas complicadas de pie diabético en la institución pública hospitalaria, y tiene como indicación principal que lo que no pueda ser salvado, sea amputado, para lo cual en la actualidad ya se ha iniciado un buen cambio y se cuenta con algunas clínicas de pie diabético y heridas en el medio público que hacen que el diagnóstico y pronóstico de los pacientes sea lo mejor posible, con los mejores cuidados y prevenciones de esta patología en forma temprana.

Otra limitante muy importante, por la que atraviesan mucho pacientes, son los escasos recursos -muy limitados- para tratar una patología con alta cronicidad y manejo quirúrgico múltiple. Está demostrado en la literatura que pueden llegar a gastarse sumas similares a las del tratamiento de un cáncer terminal, lo que significa que puede ser costeado por un mínimo porcentaje de la población en México.

En esos casos es lamentable que por falta de recursos se abandona el tratamiento, lo que predispone altamente a una evolución desfavorable, y se convierte prácticamente en una sentencia prematura de muerte, al crear múltiples amputaciones de uno o más miembros, con poca o nula función sobre el paciente lo cual se torna lamentable y difícil de ser compatible con la vida en una manera óptima.

El papel del traumatólogo en el cuidado del pie diabético

Como traumatólogo, mi punto de apoyo en estos temas de la diabetes es básicamente el cuidado de los pies, para evitar úlceras que pueden ir desde algo a nivel dérmico o superficial, hasta algo que puede llegar a complicar al paciente con infecciones en tejidos profundos como la osteomielitis que es la infección de los huesos, la cual es de difícil manejo, y que debe ser atendido por un especialista, y por lo general, en forma intrahospitalaria, al menos en un inicio.

La principal forma de poner atención al cuidado de los pies de los pacientes diabéticos es, inicialmente, teniendo un adecuado control glicémico, y aunado a eso, hay que valorar si es lo que nosotros llamamos *un pie en riesgo*. Un pie que ya tiene una deformidad establecida de origen congénito o de origen traumático, que una vez que el paciente desarrolla diabetes, puede llevar a que una deformidad ya establecida genere sitios depresión patológica, que a su vez generan úlceras.

Las úlceras pueden ir gradualmente alterando la forma de la pisada, debido a que también están asociadas a cuestiones del pie en riesgo, así como la neuropatía que, a su vez, se ve afectada la insuficiencia arterial periférica, y que generalmente, tras 10 años de haberse establecido un diagnóstico de diabetes, tiende a ir lastimando las paredes de los vasos sanguíneos de pequeño calibre, ocasionando un desequilibrio funcional a nivel de los tejidos que protegen el pie.

Por eso es tan fácil que un paciente con diabetes y con una deformidad asociada en sus pies sea muy propenso incluso -hasta en un 70%- a desarrollar una úlcera debido a la neuropatía que altera la sensibilidad, asociado a la insuficiencia arterial periférica, e incluso asociado a un mal cuidado de la diabetes.

Hay maneras de prevenirlo. La primera es acudir al especialista, así como las siguientes acciones:

- Un manejo temprano.
- Un adecuado cuidado de las uñas.
- Un adecuado cuidado de la piel, que es nuestra primera barrera de defensa de que hubiera algún microorganismo.
- Cuidar o atender las deformidades, como los juanetes o los pies planos, que tienen hasta el 80% de probabilidades más que en un pie normal de desarrollar úlceras.

En un inicio se creía que un pie con úlcera era un pie condenado a ser amputado. Eso ya no es cierto. Gracias a los avances de la medicina se ha desarrollado una escuela de salvamento de extremidades, que se enfoca principalmente en atender un pie para evitar que llegue a crear una complicación.

Hay diversos tratamientos, que pueden ir desde la revascularización, principalmente, para poder tener un adecuado flujo vascular y mejorar la irrigación sanguínea, lo que resulta de gran ayuda.

Inicialmente, hay que tratar también con diversos materiales, como parches muy especializados de fibra, que permiten mantener un lecho adecuado para que se haga una cicatrización, en caso de haber una úlcera.

El enfoque es multidisciplinario y una vez que establecemos un pie en riesgo, hay que cuidarlo evitando zonas de presión, utilizando un calzado cómodo y sin costuras, un adecuado corte de uñas, y mantener una piel humectada a nivel de los sitios que lo permitan, que serían el medio pie, el retropié y la pantorrilla, evitando la colocación de cremas a nivel de los lechos interdigitales (entre los dedos), porque precisamente eso puede predisponer/causar una infección o una ulceración, debido a que humedece la piel, y eso puede generar grietas o micro ulceraciones, que a su vez, pueden ser foco de infecciones.

Los pacientes pueden tener muchos problemas diferentes en los pies. Incluso los problemas normales pueden empeorar y llevar a complicaciones severas. Los problemas de los pies generalmente se producen cuando hay daño a los nervios, lo que se denomina neuropatía, que resulta en la pérdida de sensación en los pies. La mala circulación y los cambios en la forma de los pies o dedos también pueden causar problemas.

Aunque puede causar dolor en una tercera parte de los pacientes, el daño a los nervios debido a la diabetes también puede disminuir la sensibilidad al dolor, calor o frío. La pérdida de sensación, a menudo, significa que es posible que no sienta una lesión en los pies. Tal vez tenga una tachuela o piedra en el zapato y camine todo el día con ella sin darse cuenta. Puede que le salga una ampolla y no lo sepa. Quizá no note una lesión en el pie, hasta que tenga una lesión e infección de la piel.

El daño a los nervios también puede causar desde lesiones microvasculares que lastiman piel, tendones, y sobre todo las articu-

laciones los pies, que son de vital importancia para mantener su estabilidad biomecánica. La pérdida de sensación a menudo significa que es posible que no sienta una lesión en los pies.

El pie como órgano complejo es afectado en su fisiología y anatomía, motivo por el que, por sentido común, debería de ser tratado con un especialista con adecuado conocimiento del pie, incluyendo conocimientos acerca del tratamiento de heridas complejas. Lamentablemente, en México somos muy pocos los especialistas en el área, y con un mínimo crecimiento en el este campo de acción. Y al no haber especialistas certificados a nivel nacional, ha proliferado el crecimiento de pseudo especialistas o aventureros podólogos y podiatras, que si bien están formados en el tratamiento de tejidos blandos de los pies, tienen un limitado campo de acción a etapas tempranas, en las cuales pueden apoyar al paciente con ortesis, cortes precisos de uñas, educación del paciente con neuropatía diabética. Pero existe otro grupo poblacional de personal de salud, que en el medio denominamos *cronicólogos,* debido a que al no poder -o no saber- tratar al paciente integral como deben ser abordados en forma correcta, les ofrecen tratamientos casi mágicos para la resolución de úlceras diabéticas, lesiones en los pies a través de instrumentos como las cámaras hiperbáricas o parches sofisticados que les prometen mejorar la curación de los tejidos.

No hay que olvidar que en realidad estamos tratando las consecuencias de una neuropatía más un micro daño vascular, así como un padecimiento base de tipo metabólico, por lo que es importante tratar al paciente en forma integral y multidisciplinaria y no solo las heridas de los pies, sino la educación nutricional y el adecuado autocontrol glucémico diario, así como la identificación temprana de un pie en riesgo y los cuidados o indicaciones que este debe llevar para evitar cualquier complicación.

Esperemos que en futuro inmediato se propague más la educación en diabetes y se sigan desarrollando centros de tratamiento especializados en nuestro país, para que más pacientes sigan dejando huella durante su andar en esta vida.

EL APRENDIZAJE DIALÓGICO: ELEMENTO CLAVE PARA IMPULSAR LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA EN DIABETES

Magda García-Quintanilla
ORCID: 0000-0002-1006-6893
Reyna Verónica Serna Alejandro
ORCID: 0000-0002-2611-9347
Arturo Escalante Flores
ORCID: 0000-0002-9749-0733
Universidad Autónoma de Nuevo León

Los sistemas de salud se enfrentan a un auge de las enfermedades crónicas que de acuerdo a Llopis Cañameras (2005) también han ido acompañadas de una "reducción de los presupuestos destinados a salud y de un abusivo uso de los fármacos". Esta falta de recursos gubernamentales ha favorecido la creación de organizaciones comunitarias, bajo la denominación de "grupos de autoayuda" o de "ayuda mutua". Una definición amplia sobre las entidades u organizaciones que se hacen llamar "grupos de autoayuda" es que son aquellas que apoyan a personas con el objetivo común de satisfacer sus necesidades frente a un hecho estresante como puede ser la pérdida de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad o alguna causa de estigmatización social etc.

En este escrito vamos a hablar sobre cómo estas comunidades han sido adoptadas por algunas de las áreas gubernamentales encargadas de la salud en México para apoyar el tratamiento de los pacientes con diabetes y mejorar su calidad de vida, así como de uno de los soportes teóricos que deben apoyar el funcionamiento de estos grupos, el aprendizaje dialógico.

El término de grupos de autoayuda se empieza a considerar dentro de la medicina preventiva y de la psicología social como "apoyo social" (AS). El interés por esta temática adquiere importancia en las áreas de la salud cuando se inicia el estudio de las enfermedades y trastornos de connotación social, y relevancia cuando los

programas de rehabilitación y tratamiento incorporan los recursos informales para obtener mejores resultados (Cohen 1985). Es importante recordar que cualquier persona en situación de peligro, angustia, o estrés busque la proximidad de otra persona, sus palabras que le orienten o le den consuelo, y en definitiva cualquier aportación que le ofrezca bienestar, como principio básico de esta necesidad es interesante la frase de Cobb (en Fuster,1997): "el apoyo social comienza en el útero". Los tres factores fundamentales para clarificar el concepto de AS de acuerdo a Llopis Cañameras (2005) son los siguientes:

1.- El nivel comunitario (nación, estado, ciudad, vecinos etc.), donde se da la sensación de pertenencia y de integración social.
2.- En un segundo nivel se sitúan las redes sociales (entendidas como familia amigos compañeros de trabajo, pareja etc.) que aportan un sentido de unión.
3.- El intercambio con otros pacientes en condiciones similares desde donde se esperan intercambios recíprocos y mutuos. La idea de la ayuda mutua es el hecho de que la gente que tienen problemas comunes se agrupa para proporcionarse determinados tipos de apoyo, y de esta manera afrontarlo de mejor forma y en grupo.

Dentro del concepto de AS es importante señalar también el poder de las redes sociales apoyadas en la virtualidad. Es el caso del grupo mexicano de autoayuda "Tragones anónimos" (TA) cuyos inicios fueron en formato presencial (septiembre de 1983), para posteriormente tomar la forma virtual a través de la plataforma Facebook, donde es posible contar con un mayor número de miembros de distintas ciudades y donde se ahorra tiempo, se disminuyen costos de desplazamiento y se salvan las limitaciones físicas.

Este grupo se ha propuesto como misión apoyar a personas para que dejen de sufrir… "por nuestra manera inadecuada de comer compartiendo nuestra experiencia" y el único requisito para ser miembro de la comunidad de TA es el mínimo deseo de dejar de comer inadecuadamente. En su página de esta comunidad advierte: "TA no pertenece a ninguna secta política, religión, organización e institución alguna, no desea intervenir en ninguna controversia, no combate ni apoya a otras". Y continúa con un ob-

jetivo primordial que es: "ayudar a otros a recuperarse de su problemática" (facebook.com/TragonesAnonimos/).

Los grupos de autoayuda o como también se suelen llamar "comunidades de practica" dieron paso a las comunidades de aprendizaje, principalmente porque "su énfasis está, no solo en la generación de conocimiento, sino en utilización del conocimiento generado para transformar las estructuras sociales que conlleven a la superación del ser humano" (Kearney 2012).

En la experiencia referida por García y Palau sobre la implementación de los grupos de aprendizaje para el tratamiento de la diabetes nos comentan que la diferencia entre una educación de corte individual (EI) es que ésta se basa en la comunicación interpersonal, preguntar, escuchar e interpretar. En cambio la educación grupal (EG) favorece el intercambio de experiencias y problemas cotidianos y ayuda a los diabéticos a sentirse parte del grupo compartiendo dudas y conocimientos con otros diabéticos y sus familiares. (Dalmau, García, Aguilar y Palau, 2003).

Ahora bien ¿cómo se puede ejercer apoyo educativo a estos pacientes desde los ámbitos grupales? En primer lugar tomando en cuenta que los miembros de una sociedad no son recipientes que aguardan a ser llenados con cualquier cocimiento sobre la salud, que sea pretendido por los educadores de la salud, Sus hábitos y creencias constituyen elementos de un complejo sistema cultural, que tendríamos que comprender antes de pedir un cambio de hábitos e ideas (Jaime Llopis Cañameras 2005).

Actualmente existe mucha literatura sobre la importancia del trabajo grupal para el aprendizaje, la pregunta sería ¿por qué una persona con diabetes tendría que aprender algo? En primer lugar porque tiene que cambiar sus hábitos e incorporar un nuevo vocabulario a su vida ¿qué hacer cuando…? y ¿qué medios necesito para…?, entre otras muchas más.

La persona con diabetes tiene que mantenerse comunicada para tomar decisiones en un mundo con más opciones, producto de nuevos descubrimientos científicos e intercambios culturales; esto nos lleva al campo del diálogo. "La tendencia dialógica se encuentra tanto en el salón de nuestro domicilio como en el centro de salud" (Aubert, García y Racionero 2009). De acuerdo a estos autores " las personas queremos que lo que concierne a nuestras vidas sea resuelto a través del diálogo […] hay una creciente ten-

dencia a confiar más en el diálogo para resolver los conflictos". Y continúan argumentando que "no queremos los argumentos por la fuerza, sino la fuerza de los argumentos". El camino dialógico de las sociedades red está cambiando la manera en que las personas aprenden, haciendo necesario convertir la dialoguicidad en el centro de los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

A través de autores como Aubert, García y Racionero (2009) tenemos acceso a una información detallada de lo que han analizado los principales pensadores sobre el problema del aprendizaje y su implementación en la educación y establecen siete principios básicos para el aprendizaje dialógico:

a) Diálogo igualitario: que se da entre las diferentes personas que participan en el diálogo y cuyas aportaciones son valoradas en función de sus argumentaciones y no en función de las relaciones de poder.
b) Inteligencia cultural: que incluye la inteligencia académica y la práctica, así como la inteligencia comunicativa que permite llegar a acuerdos a través del lenguaje.
c) Transformación: donde las personas sientan la posibilidad de cambiar su propio contexto.
d) Dimensión instrumental: el aprendizaje dialógico incluye el aprendizaje instrumental de todos los conocimientos imprescindibles para vivir en la actual sociedad.
e) Creación de sentido: para posibilitar un tipo de aprendizaje que parte de la interacción y de las demandas y necesidades de las propias personas, siendo éstas mismas las que guíen su proceso de aprendizaje.
f) Solidaridad: en la que se han de basar las prácticas educativas democráticas que tienen como objetivo la superación del fracaso y la exclusión social.
g) Igualdad de diferencias: valorar la diversidad como un elemento de riqueza cultural.

Y como punto de conclusión a este recetario de elementos básicos estos autores nos dicen que "en la vida cotidiana tendemos a resolver gran cantidad de problemas por medio de nuestras habilidades comunicativas, en lugar de hacerlo individualmente con nuestra inteligencia académica o práctica" (Aubert, García y Racio-

nero, 2009). Lo que supondría que un trabajo en equipo requiere de niveles de tolerancia y solidaridad pero sobre todo de darse las oportunidad de aprender del otro a través del dialogo razonado.

La concepción dialógica del aprendizaje, sostiene que todos tenemos derecho a adquirir aquellos conocimientos y aprendizajes que nos permitan salir de la exclusión social y que todos tenemos la capacidad para hacerlo, así lo afirman también numerosos autores y teorías, desde la idea de Freire (1979) sobre la curiosidad epistemológica que universalmente tenemos todas las personas de comprender y de buscar explicaciones a los fenómenos y a por qué suceden los hechos, hasta la idea de indagación dialógica del conocimiento. Los grupos interactivos tendrían que ser un ejemplo para no excluir a nadie porque todos somos parte de una cadena de apoyo y creación de aprendizajes.

Como parte de una investigación más amplia sobre el problema de la diabetes en México se realizó un acercamiento al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado mejor conocido por sus siglas como ISSTE, que es una organización gubernamental en México que administra parte del cuidado de la salud y seguridad social y que ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y muerte https://www.gob.mx/issste), donde entrevistamos a dos coordinadoras de los grupos de autoayuda para las personas con diabetes y a partir de sus respuestas sobre la forma de funcionamiento de estos grupos en esa institución, pudimos considerar cuatro categorías para iniciar el análisis sobre la puesta en práctica de los grupos de autoayuda y la búsqueda de su conexión con los fundamentos dialógicos para el aprendizaje que deberían de caracterizarlos estas categorías son las siguientes:

- Preparación y función de los coordinadores
- Formación, fines y objetivos de los grupos institucionales
- Mitos y tabús con respecto a la enfermedad y su tratamiento
- Apego al tratamiento una labor educativa.

Preparación y función de la coordinación

De acuerdo con las entrevistas realizadas las coordinadoras cuentan con una preparación universitaria, sin embargo no presentan argumentaciones teóricas de su trabajo, ni una planeación estable con actividades, no se determina el avance del grupo es decir se-

cuencias grupales entre otras, no hay anotaciones detalladas un poco se improvisa sobre la marcha y sobre las circunstancias contextuales (al momento de la observación se le pidió al grupo que desocupara el salón "por parte del director" ya que sería ocupado para hacer otra actividad) Es como si las coordinadoras navegaran contra la corriente sin una definición clara por parte de la institución con respecto a la importancia del trabajo grupal como parte de la terapia a los grupos de pacientes diabéticos.

Trabajo con lo que nos enseñaron en la Facultad de Trabajo Social en grupos eso es en lo que me baso y ya veo las necesidades de ellos de ver qué tipo de plática necesitan. (Coordinadora 1).

Mi función es coordinar a los pacientes, busco ponentes ya sea médicos, enfermeras trabajadoras sociales o nutriólogos. Una vez al mes tenemos una sesión con un invitado… yo por teléfono les hablo para recordarles de la reunión, se organizan eventos por ejemplo el 10 de mayo, se festejan los cumpleaños si ellos tienen alguna problemática pues tratar de ayudarlos, canalizarlos con la nutrióloga, en psicología esa es básicamente mi función. (Coordinadora 1).

Las trabajadoras cumplen con uno de los siete principios básicos para el aprendizaje dialógico "la transformación" tal como lo marcan Aubert, García y Racionero (2009) al intentar la posibilidad de cambiar su propio contexto y llevar actividades sociales a un espacio tomado por el área biologicista.

Los grupos de apoyo… sí, empecé con ellos cuando llegué aquí en el 2011 se empieza batallando juntando pacientes. Empecé con 7 actualmente tengo dos grupos de 15 que se reúnen una vez a la semana. (Coordinadora 2).

Yo hice mis prácticas aquí, y… ya después se dio la oportunidad de que una de las chicas de aquí renunció, y ya pues, mi opción fue quedarme en el grupo de apoyo porque cuando yo hice mis prácticas le ayudaba y ya yo llegué aquí y formé mi propio grupo. (Coordinadora 1).

El trabajo siempre es grupal pero… ya por ejemplo si vemos que alguno necesita trabajo en específico se trabaja con él ¿verdad?, y también se hace una visita domiciliaria en caso de que se

necesite, se habla con la familia, porque sabemos que más que todo no es nada más el paciente el trabajo de apoyo también es para la familia para que su tratamiento se lleve de manera integral. (Coordinadora 1).

Formación, fines y objetivos de los grupos institucionales

Este espacio de participación social, es un recurso para aquellos colectivos que se encuentran en riesgo de exclusión y poseen objetivos y fines concretos como: proporcionar información, dar apoyo individual y familiar, así como proveer de apoyo terapéutico, ayudar a canalizar intereses, etc., pero también tienen una función lúdica, de interacción y relación social que en los casos de "colectivos vulnerables", pueden ver resueltos problemas de incomunicación. Y de acuerdo a Rubio Arribas (2008) estas asociaciones son un referente importante en la vida cotidiana y de relaciones sociales, para las personas que de otra manera no tendrían voz, ni posibilidad de participación social.

Hacemos invitaciones… o sea ahí sí se ponen invitaciones en todo el hospital; les decimos a los médicos que si tienen pacientes diabéticos y yo creo que aquí mi mayor propaganda son ellos mismos, o sea, ellos mismos se dedican mientras están esperando aquí su consulta mire oiga usted es diabético es que yo vengo aquí a un grupo y ellos mismos son los que integran a más al grupo. (Coordinadora 1).

Son grupos de ayuda mutua… son pacientes que tienen una misma enfermedad y que quieren adquirir conocimientos acerca de su enfermedad entonces nosotros los apoyamos por medio de las distintas áreas que son los médicos, las enfermeras, nutriólogos y psicólogos que nos apoyan en el grupo. (Coordinadora 1).

El trabajo en grupo los hace sentirse que ellos no son los únicos que hay más gente que está pasando por el mismo proceso, que lo que les pasa no es de que se van a morir mañana, que es normal lo que ellos sientan tanto física, como emocionalmente. (Coordinadora 2).

Pero nunca había visto el impacto hasta el año pasado que cumplió 15 años el hospital, e hicimos un festejo y el director dice: pues yo los quiero felicitar porque yo los veo muy bien,

aquí no hay pacientes amputados no hay pacientes dializados, todos ven bien, obviamente lo normal, sí, pero todos están completos y ahí fue cuando dije 'tiene razón' o sea, mis pacientes están sanos, han aprendido a vivir con la diabetes. Los objetivos del grupo son aprender y tener una mejor calidad de vida. (Coordinadora 2).

Hay pacientes que entran y salen, que vienen un tiempo y se retiran, básicamente hay varios de los que se han ido es porque son gente más joven y han vuelto a ser gente más activa entonces ya se van nuevamente a sus actividades y pues ya se dedican a sus actividades, no las estaban haciendo por sus motivos de salud que no estaban controlados etc… ya vinieron al grupo vinieron a control y volvieron a ser activos nuevamente. (Coordinadora 1).

Mitos y tabús con respecto a la enfermedad y su tratamiento

De acuerdo a Eguizábal (2016) el pensamiento mágico es la creencia irracional o fantasía, más propia de una etapa infantil de la "salvación", a través de la acción del terapeuta o a través del proceso terapéutico, este término también aparece definido en el DSM IV-TR (APA, 2002) como "creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas". El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño" pero ciertas personas tienden a emprender conductas encaminadas a confirmar estas creencias, conocidas como creencias de guion.

Algunas de estas creencias no son más que autopercepciones, otras son creencias sobre los demás, para esta autora los guiones se dividen en: Ganadores, casi Ganadores y Perdedores en el caso de las personas con diabetes puede ser que su sola condición las lleve a pensar que son "perdedoras" y esa doble etiqueta las sitúa en un escenario donde se espera el milagro como en cualquier cuento de hadas podrá hacerle "vivir felices para siempre"; en lugar de buscar su propia vida, se dedica a esperar un rescate mágico.

En el caso de las insulinas, a pesar de que ellos tienen información hay que estarles remachando toda la información porque aquí tenemos la desventaja que ellos se influyen mucho con los

medios de comunicación y el internet,… son muy receptivos a eso y piensan que si les ponen insulina se mueren, porque ya es lo último que hay que hacer, y hay que decirles que no es así… la insulina es simplemente sustituir la que no producimos entonces me la estoy sustituyendo y ya voy a tener una mejor calidad de vida y mayor tiempo pero como hay muchos mitos referente a eso pues ahí sí. (Coordinadora 1).

Y luego empiezan licenciada es que en la tele lo vi en internet… no sé qué… entonces tenemos que decirles que la insulina que no es mala y que hay muchos mitos sobre la insulina… les digo ese de la insulina, de que ya no tener una vida normal y si la tienen aquí es solamente educarnos. (Coordinadora 1).

Apego al tratamiento una labor educativa

La medicina basada en la evidencia ha desarrollado protocolos y guías de manejo los cuales describen el diagnóstico y tratamiento de un paciente, se detallan intervenciones y esquemas de medicamentos que buscan mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes a corto y largo plazo.

Sin embargo, también se ha evidenciado el fracaso de los tratamientos, el reingreso de pacientes a unidades hospitalarias y el aumento en los costos de la atención a causa de la falta de adhesión por parte de los pacientes a los tratamientos prescritos (Arango, Barrera y Rojas. 2012).

Dentro de la literatura consultada se evidencia que los medicamentos prescritos para tratamientos de largo plazo no se utilizan como son recomendados, limitando sus beneficios y resultando en un mayor deterioro para la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la adherencia al tratamiento supone un acuerdo entre paciente y personal de salud; medida en que la acción del paciente coincide con las recomendaciones acordadas.

La no adherencia no debe ser vista como un problema únicamente del paciente; también debe ser responsabilidad del personal de salud, ya que ellos deben ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento para mejorar sus efectos.

La educación, definitivamente la información, porque muchas veces ellos están bien mal informados o sea porque ellos creen que se van a tomar su pastilla y eso ya les va quitar la diabetes;

yo puedo comer de todo después de tomarme la pastilla y ya, entonces les ponen la insulina y ya. (Coordinadora 1).

Ellos, como un plus, y una manera de que permanezcan en el grupo, es que aquí hay un consultorio de médicos residentes de medicina familiar, entonces ellos tienen ese beneficio de que los médicos residentes los chequen cada mes, como pertenecen al grupo cada mes se les hace su chequeo. Ellos se monitorean en su casa por ejemplo llegan aquí ellos me firman su nombre su edad y… anotar la fecha en que la cita que separaron en ese día. (Coordinadora 1).

Todos están conscientes de checarse con el glucómetro y ha sido un trabajo de mucho tiempo porque al principio si de que ¡hay¡ Licenciada… Es que ya me cheque ayer… y es que esto y lo otro… pero si ha sido una labor de educación entre todo este tiempo de ver que es la mejor forma que tienen. (Coordinadora 1).

Mi función es que ellos aprendan qué pueden comer, cómo combinar los alimentos... para que haya interés hay que hacer una taller culinario así que entonces se hicieron tres talleres y hasta les gustó mucho porque aprendes al ver cómo se preparan y se combinan los alimentos, aprendes porque aprendes. (Coordinadora 2).

Todo es educación y a veces desconocen muchas cosas por ejemplo: les digo yo si en la casa hicieron arroz frijolitos, milanesa y lechuga ¿qué vamos a hacer que nos vamos a servir de las cuatro cosas? No pues que sí… no, pues no qué… ¿por qué? porque el arroz y los frijoles contienen azúcares o se sirven frijoles o se sirven arroz uno o el otro… y sí aprenden. (Coordinadora 2).

Tenemos entonces cuatro categorías para iniciar un análisis más profundo sobre el funcionamiento de los grupos de autoayuda, y contamos con material para analizar el contexto dentro de la clínica u hospital donde se han desarrollado estos "grupos para pacientes diabéticos" (tal como ellos los mencionan), se infiere sobre la preparación que han tenido las coordinadoras de este proyecto institucional, se observa claramente la tendencia al pensamiento mágico del paciente, así como la necesidad de implementar más y mejores opciones para educar a la población diabética y a la población en general sobre esta problemática del sector salud en México.

Referencias

Arango M., Barrera y Rojas. (2012). Propuesta educativa de apoyo a la adherencia farmacológica. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Aubert, García y Racionero. (2009). Aprendizaje Dialógico en Fundación Infancia y Aprendizaje, Cultura y Educación, 21 (2), 129-139 recuperado de file:///C:/Users/quint/OneDrive/Escritorio/aprendizaje%20dialogico/05_06_Aprendizaje_dialogico[7530].pdf

Cohen, S y Syme, L. (1985) Social support and health, Nueva York, Academic Press.

Coob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress" Psychosomatic Medecine, 38: 300-314

Coob, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medecine, 38: 300-314

Dalmau, M., García, G. y Aguilar. (2017). Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. Revista de Atención primaria "Originales" https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13048853

Eguizábal D. (2016). El pensamiento mágico y su influencia en el contexto psicoterapéutico humanista integrativo. Revista profesional para psicólogos y psicoterapeutas.

Bonding.es/pensamiento-mágico-la-terapia 2/#El Pensamiento Mágico

Freire. (1979). Sobre la curiosidad epistemológica que universalmente tenemos todas las personas. En: Aubert, García y Racionero (2009) Aprendizaje Dialógico en Fundación Infancia y Aprendizaje, Cultura y Educación, 21 (2), 129-139 tomado de file:///C:/Users/quint/OneDrive/Escritorio/aprendizaje%20dialogico/05_06_Aprendizaje_dialogico[7530].pdf

Llopis Cañameras J. (2005). Redes sociales y Apoyo Social. Una aproximación a los Grupos de Autoayuda. Revista de recerca i investigación en antropología. Tomado de Periferia número 3, diciembre 2005. www.periferia.name

Rubio Arribas. (2008). Espacios sociales de participación: las asociaciones y los grupos de autoayuda. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas No.18

Organización Mundial de la Salud. (2018). informe mundial sobre diabetes. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Tragones Anónimos tomado de https://www.facebook.com/TragonesAnonimos/

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado https://www.gob.mx/issste
Kearney. (2012). Comunidades de aprendizaje: un enfoque pedagógico de Futuro, Florida Centre De Formació, Barcelona, España.

LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA: LA ENFERMEDAD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Heidi Alejandra Rosas Treviño
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

A la diabetes mellitus tipo 2, se le concibe como una enfermedad crónica degenerativa e irreversible del metabolismo que es resultado del fallo de la producción de insulina, hormona reguladora de la función del páncreas y que, en su diagnóstico, se produce la alteración en la función de diversos órganos, especialmente los vasos sanguíneos, el corazón, los nervios, los ojos y los riñones. En México, la diabetes tipo 2 es la principal causa de muerte entre adultos, según el Registro Nacional de Defunciones en 2017. Los datos 2005-2006 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) mostraron que el 7.1% de los adultos informaron haber sido diagnosticados. En este trabajo de investigación se identificó el desarrollo de dicha enfemedad en la que se mantiene la virilidad como un imaginario que se apoya en una masculinidad hegemónica predominante en el norte del país.

Dentro de los estudios de género, el *ser un hombre* y su construcción se vería amenazada por las características crónico degenerativas de la diabetes mellitus tipo 2.

La construcción de la masculinidad en la cultura, posee un elemento llamado poder, pues ser un *verdadero hombre* significa tener y ejercer el poder de su vida, de su cuerpo, sus acciones y su entorno político. El poder asociado a la masculinidad exige poseer algunas características, tales como ganar, ordenar, lograr objetivos y ser duro, que serían amenazadas por un diagnóstico clínico de DM2.

Planteamiento del problema

Actualmente la Organización Mundial de la Salud establece en una investigación longitudinal que, a nivel mundial desde 1995 a

la época actual, se triplicó el número de personas diagnosticadas con diabetes, y la cifra va en aumento con un cálculo actual de 347 millones. Para el corte del cumplimiento de los objetivos del milenio en el 2030, se calcula que ascenderá la cifra a 366 millones de adultos con diabetes tipo 2 en el 90 % de los casos y su condición especial seguirá siendo vivir en países en desarrollo (Sosa, 2009). La diabetes mellitus es la primera causa de muerte nacional y la tasa de mortalidad crece 3% cada año. Además de que la DMT2 tiene una alta incidencia de muertes en México, la población mexicana se encuentra en los niveles más altos de incidencia de esta enfermedad alrededor del mundo (González-Villalpando, et al 2014). Actualmente, la prevalencia de la diabetes mellitus ha alcanzado el 14,4% de la población (que representa a 7,31 millones de adultos) y, al mismo tiempo, se ha convertido en la causa general número uno de mortalidad, con un 14% del total de muertes; en 2008 un total de 75,572 mexicanos murieron por esta causa (tasa de mortalidad no ajustada 70.8 / 100,000 habitantes (Barquera, 2018).

La falta de efectividad del tratamiento se explica por factores atribuibles al sistema de salud, la relación del médico y el paciente (Barquera, 2013), como puede ser la falta de prevención para la detección de la enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento, los tratamientos especializados y el seguimiento médico hacia el paciente de forma crónica y longitudinal. Los síntomas son comunes y frecuentes en el enfermo. Pues constituyen la problemática principal de la no intervención efectiva del cuidado prolongado. Está establecido que la muestra poblacional del mexicano con DMT2 mostró un componente nativo amerindio ligeramente más alto que los otros grupos étnicos (Cruz et al., 2010) por lo que el problema aumenta si se le suma la variable que la falta de adherencia al tratamiento tiene que ver con la educación y situación económica del paciente.

La población mexicana se encuentra en los niveles más altos de incidencia de DMT2 alrededor del mundo y en dos décadas, el perfil de la enfermedad en México se ha transformado de malnutrición, enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias a un país dominado por la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición (Barquera, 2013) Es la principal causa de muerte entre adultos, debido principal-

mente a los desafíos del autocontrol en los hombres (y mujeres), que pueden pedir informes sobre la atención, el asesoramiento, apoyo y adherencia al tratamiento con sensibilidad de género.

El propósito de esta investigación es identificar cuál es la manera en que un paciente con DMT2 afronta la enfermedad en la vida cotidiana desde su realidad frente a un imaginario social de la masculinidad hegemónica con características que la definen para todos los hombres con una expectativa de poder, autonomía, protección, control de las emociones, virilidad, alrededor y cuáles son las experiencias de los pacientes diagnosticados que han recibido un diagnóstico y pronóstico en una institución de salud. Conocer la forma en la que opera su manejo diario de la enfermedad, frente a su educación como hombre en el pasado, los mandatos de género con los que fue educado, expectativas y realidades que ofrecen un panorama general de las características de su vida actual por medio de entrevistas a profundidad.

La investigación, desarrollada con un diseño hermenéutico fenomenológico, permitirá un acercamiento a los casos específicos del género masculino que padece diabetes mellitus tipo 2, sus condiciones vida, sus experiencias con la enfermedad y choque con la realidad, así como su visualización a futuro como hombres, en algunos casos, la participación familiar y las consecuencias de esta en su tratamiento.

Se parte de las preguntas siguientes: ¿Qué sucede con la construcción de las masculinidades alrededor del diagnóstico de diabetes tipo 2?; ¿Cómo se relaciona la construcción cultural de un hombre con diagnóstico de DM2 su padecimiento, forma de atención médica y adherencia al tratamiento desde una masculinidad hegemónica?; y ¿Cuál es la injerencia de la familia en la atención del paciente con DMT2 en el norte de país en Monterrey, Nuevo León?

Y a partir de ellas se derivan los siguientes cuestionamientos secundarios que también se busca responder en este trabajo:

1. ¿Cómo se evalúa la percepción de "ser un hombre" frente al diagnóstico de la DMT2?
2. ¿Cuáles son los hábitos que estos pacientes han adoptado a lo largo del tiempo en que han desarrollado la enfermedad a partir de un diagnóstico médico en relación a la perspectiva de género?

3. ¿Cuáles son las experiencias de aquellos pacientes que, en su pasado, se les educó como hombres con expectativas propias de vida y cuál es su comparativa con la realidad una vez que se les ha diagnosticado DMT2?
4. ¿Existen incidencias de la teoría hegemónica de las masculinidades con los discursos de los pacientes previos al desarrollo de su enfermedad?
5. ¿Existen incidencias de la teoría hegemónica de las masculinidades con los discursos de los pacientes previos al desarrollo de su enfermedad?
6. ¿Cuál es el papel de la familia en el diagnóstico y adherencia al tratamiento del paciente con DMT2 y su relación con la masculinidad hegemónica en la cultura

A partir de dichos cuestionamientos se establecen los objetivos siguientes: identificar la construcción de diversos tipos de masculinidades alrededor de la diabetes en el norte de país en Monterrey, Nuevo León.

De este objetivo se desprenden los objetivos específicos siguientes: evaluar la percepción de los hombres frente al diagnóstico de la DMT2 y los hábitos que estos pacientes han adoptado a lo largo del tiempo en que ha desarrollado la enfermedad; indagar las experiencias de aquellos pacientes que, en su pasado, se les educó como hombres con expectativas propias de vida y su comparativa con la realidad una vez que se les ha diagnosticado DMT2; descubrir por medio de las entrevistas a profundidad, las incidencias de la teoría hegemónica de las masculinidades con los discursos de los pacientes previos al desarrollo de su enfermedad; descubrir por medio de las entrevistas a profundidad, las incidencias de la teoría hegemónica de las masculinidades con los discursos de los pacientes en el desarrollo de su enfermedad; e identificar cuál es el papel de la familia en el diagnóstico y adherencia al tratamiento del paciente con DMT2

Justificación y viabilidad

Con un cálculo actual de 347 millones de enfermos, la Organización Mundial de la Salud establece que ascenderá en poco tiempo a 366 millones de adultos con diabetes mellitus tipo 2 el 90% es población de países en desarrollo (Sosa, 2009). La población

mexicana se encuentra en los niveles más altos de incidencia de DMT2 alrededor del mundo (González-Villalpando, et al 20149 y es la primera causa de muerte. Con un crecimiento del 3 % anual. Existe una alta incidencia de muertes. La problemática principal de la no intervención efectiva del cuidado prolongado. Pacientes con una DMT2 se caracterizaron por la falta de prevención para la detección de la enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento, los tratamientos especializados y el seguimiento médico, la educación y situación económica del paciente.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 2010, la relación hombre/ mujer en DMT2 es de 8 a 1 (83 y 17 %) y va en aumento.

> *El sistema de salud mexicano se ha esforzado por la mejora en el acceso a la atención y el cumplimiento de las Guías de Manejo del Paciente Diabético, sin embargo, los estudios muestran un inadecuado control metabólico de los diabéticos en el país. (Hernández-Romieu; Elnecavé-Olaiz; Huerta-Uribe; y Reynoso-Noverón, 2011, p. 35).*

La masculinidad es una resultante cultural que logra repensar aún la construcción simbólica de los cuerpos como expresión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, tiene una articulación biológica y cultural. Se considera propio de lo masculino en una cultura y grupo determinados, como las modalidades de organización de la vida social a partir de la definición de relaciones masculino-femenino. Es una categoría que se transforma y es dinámica (UNICEF, 2013).

En este capítulo se analizan por medio de entrevistas a profundidad hechas con personas adultas, masculinas mayores de veinticinco años, que aceptaron de forma voluntaria a contestar preguntas íntimas, tanto de su pasado, como de su percepción de virilidad y su actual vida sexual post diagnóstico dentro del área metropolitana de Monterrey.

Este análisis pretende constatar cómo es que la cultura permea en la forma de vida y adherencia al tratamiento, así como expectativas de vida en los hombres con diagnóstico de DMT2 para reconstruir las categorías básicas de las masculinidades como repercusión de la identidad de género en un padecimiento crónico, degenerativo como es la diabetes.

La investigación es de tipo individual cualitativo con una revisión de un periodo de tiempo de tres meses para el análisis de categorías de la construcción del género masculino por parte de los pacientes diabéticos voluntarios que accedieron a la entrevista anónima por la delicadeza de los datos. Las limitaciones del trabajo son las siguientes: se apela a una muestra no probabilística de sujetos tipo, con disponibilidad para participar en el proyecto. Se aplicó a profundidad a nueve sujetos tipo aleatorios y voluntarios para su posterior análisis transversal.

Marco Teórico

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que se caracteriza por alteraciones en los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre ocasionadas por el estilo de vida de ingesta de una mala dieta, aunque la herencia genética para ser un detonante del a DMT2, Algunos problemas han recibido una mayor atención recientemente, como la obesidad, la cantidad y el tipo de carbohidratos, la ingesta de refrescos y otros problemas nutricionales. Sin embargo, tener sobrepeso, comer azúcar, comer dulces, beber refrescos, se han convertido en parte de del problema de una mala alimentación tendiente al riesgo de desencadenar DMT2 (Weller, 2012).

La Organización Mundial de la Salud OMS establece que la diabetes tipo 2 anteriormente diabetes no insulinodependiente o del adulto tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física y establecen que para 2030, casi 300 millones de adultos tendrían diabetes tipo dos en adultos de países en desarrollo y México irá a la cabeza de estos con el 300% de aumento en 3 décadas. México ha sido objeto de una transición epidemiológica: se ha transformado a ser un país dominado por la obesidad, la diabetes. La mayoría de los pacientes está bajo tratamiento (94.1%), que se basa en el uso de medicamentos reductores de glucosa en la mayoría de los casos (84.8%). Sin embargo, solo una minoría entiende la importancia de las modificaciones del estilo de vida, los hábitos alimenticios (24.1%) y el ejercicio (1.8%) como parte de su manejo.

La conciencia pública sobre la enfermedad es baja. Los pacientes a menudo no entienden los objetivos del tratamiento y no realizan los cambios de estilo de vida necesarios. Se han presentado

programas mal implementados: la falta de infraestructura de los equipos a cargo de los programas es la razón principal de la falta de éxito debido a su excesivo costo por paciente.

La cantidad de glucosa que circula por la sangre se le conoce como glucemia. El aumento de la glucemia es el resultado de los defectos de la secreción de insulina, o en su acción, o en ambas. La insulina es una hormona que se produce en la glándula páncreas y que permite que las células utilicen la glucosa de la sangre como fuente de energía (Organización Mundial de la Salud, 2016).

De no controlarse la glucemia adecuadamente, y a largo plazo, se pueden producir fallos generales en diferentes órganos corporales así como en su funcionamiento, por ejemplo y especialmente, en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

En el problema de la diabetes hay tres aspectos importantes a notar hasta aquí: La población mexicana, al ser herencia del mestizaje, presenta una estratificación sustancial por las proporciones mezcla, es decir que la incidencia por genética es a nivel mundial, aún mayor en México por su origen amerindio con esta propensión predispuesta ya, desde la carga genética desde los marcadores, como TCF7L2. El segundo factor es la educación como un indicador de estatus socioeconómico estadístico." (Cruz et al., 2010, p. 267) y el tercero, es la proporción 8/1 a por parte de los adultos de sexo masculino.

Masculinidades, eje transversal de la diabetes

Desde los años ochenta hasta los 2000 el concepto de masculinidad hegemónica a un marco de estudio ampliamente utilizado para la investigación y el tema de la masculinidad y el hombre.

El concepto como tal de masculinidad es incierto en su significado y tiende a quitar importancia a las cuestiones de poder y dominación. Los hombres que tienen mucho poder social los enmarcan como que tienen una masculinidad ideal. En la sociedad hay una circulación de modelos de conducta masculina admirada, que puede ser realzada por la iglesia o por medios de comunicación (UNICEF 2013).

La masculinidad se define como un conjunto de personas, que están en constante crítica, mediante los estereotipos que se le fueron acreditando en un ideario social que se refuerza por los lazos del patriarcado y los mandatos de género producto de la cultura: El

hombre debe ser fuerte, inteligente y sin la posibilidad de demostrar un lado vulnerable mencionado como "las características de un ser masculino" (Collier, 1998 p.738) sintetizando una brecha enorme entre lo que debería ser un "hombre".

La masculinidad es un aspecto que se ha integrado a las sociedades, históricamente en todas las clases se presentaba, donde se presentaba como un aspecto de cultura, pero no se puede dejar de lado que el masculinidad creció como parte de la educación, incluso en algunos casos las madres y las escuelas participaban en este tipo de crianza un poco al que se menciona "Protest Masculinity" (Poyting, Nobel and Tabar, 2003), es por eso que se tiene una especie de poder de los hombres, donde se jerarquiza a los géneros el uno sobre el otro, por ello se debe ver la dinámica de géneros en la actualidad, donde las mujeres tienen actividades diferentes, gracias a los cambios del mundo globalizado.

El pensamiento sobre la masculinidad

Existe cierto consenso sobre los atributos y los papeles en el comportamiento que se espera para los hombres en la cultura occidental contemporánea, pues no hay acuerdo en relación con la etiología de estos atributos.

Las identidades de género son construidas en el orden social, puesto que los hombres tanto como las mujeres identificamos a la masculinidad con cierto significado y le damos ese valor. Pero es la misma sociedad y nuestro mismo entorno los que le damos esa definición y los que le damos ese poder de género al hombre, y esa opresión de género a la mujer. Como lo dice David Gilmore, la masculinidad no se obtiene si no que se construye, en base a la cultura pública que determina una representación colectiva. Existe una cierta tensión entre la elección individual de nuestras identidades y el orden social que domina nuestro pensamiento. Por ser hombre, inconscientemente siente la presión de exigencias y límites trazados al propio ser todo por la esfera social y la posición que tienen que mantener ante otros sujetos de manera convencional, para pertenecer al grupo heteropatriarcal.

Ya en 1997, la Filósofa Elizabeth Badinter afirma que el proceso de hacerse hombre es más largo y más difícil que ese mismo proceso en la mujer. Tres características mencionan en esta ritualidad: la primera es que a diferencia de las mujeres (y su menarca),

los hombres no atraviesan un giro biológico que determine el pasaje de la infancia a la virilidad adulta; la segunda es que la virilidad se afirma a partir de una serie de pruebas, que frecuentemente implican dolores físicos o psíquicos; la tercera es que el proceso de "masculinización" es acompañado por pares u otros hombres, y que escasamente intervienen en él los padres. Se cree que estos rituales otorgan a los hombres la suficiente auto-confianza y respeto de sus pares para participar en un sistema de relaciones de género que tiende a reafirmar la hegemonía masculina.

La masculinidad como parte de las relaciones de género

Durante décadas, la interpretación de las identidades de género de la masculinidad y la feminidad estuvo afiliada con la teoría de los roles sexuales. Como Eleonor Faur señala, a mitad de la década de 1950, el sociólogo Talcott Parsons argumentaba que "en grupos sociales pequeños, como la familia, existían "roles" definidos y complementarios para cada sexo" (Parsons, 2004).

Fuera de que el hombre y la mujer son biológicamente diferentes, la sociedad impulsó que cada sexo siguiera roles determinados para cumplir lo socialmente esperado de ellos a partir de una socialización sistemáticamente orientada y que en teoría debía asegurar el funcionamiento racional de la sociedad.

Con el género como producto de una construcción cultural y objeto de transformaciones, se cuestionan las ideas de masculinidad y feminidad y se exploran las representaciones sociales derivadas de éstas y que, entre otras cosas, afectan las relaciones sociales.

El modelo de relaciones de género que originó las configuraciones masculinas sustentadas en la provisión económica, la autoridad familiar e, incluso, la autonomía sexual, fue consecuente con un régimen de bienestar –perspectiva señalada por Esping-Andersen– en el cual el estado, el mercado y la familia funcionaban con base en una organización social complementaria en torno a los derechos y responsabilidades de hombres y mujeres, en busca del bienestar de los individuos (Faur, 2004, p. 80). Ya en las últimas décadas, el modelo de relaciones de género que sirvió como sustento de algunos modelos identitarios, se ha ido erosionando, pues existen tensiones y tendencias de cambio en las relaciones de poder y de producción, así como en los vínculos sexuales y emocionales, dentro de la esfera femenina (Faur, 2004, p. 81).

Género y masculinidades en los procesos de desarrollo
Según Connell (1995) , existen ciertas relaciones que configuran las identidades femeninas y masculinas. Estas relaciones pueden ser analizadas en tres diferentes dimensiones:

1. Las relaciones de poder
2. Las relaciones de producción
3. Las relaciones de afecto y la sexualidad

Los marcos analíticos, que son herramientas de análisis para los planeadores de desarrollo, son tres, "roles de género" (quién hace qué), "roles triples" (mujeres en el hogar y en el trabajo) y "relaciones sociales de género" (intervienen instituciones sociales y así se forman). Estos forman parte de las perspectivas del análisis de géneros.

"La inclusión de un análisis de masculinidad puede favorecer la mirada crítica y ayudar a deconstruir relaciones de dominio tanto social como de género" (Faur, 2004, p. 98). Se requiere promover la participación de profesionales de este interés para lograrlo. Los mitos de "ser hombre" y menciona que no son más que un grupo de creencias que consisten en la construcción de lo que un hombre debe de ser y que no siempre coincide con la realidad.

Perspectivas masculinas sobre el mundo público
El análisis se define a través de las condiciones para trabajar de hombres y mujeres, así como el acceso a toma de decisiones y crecimiento profesional en el largo plazo (Faur, 2004).

Existen diferencias en el sentido de poder tomar decisiones entre el hombre y la mujer, el autor Faur (2004) indica que: "las brechas de género consisten en patrones desiguales de acceso, participación y control a los recursos, los servicios, las oportunidades y beneficios producidos por los procesos de desarrollo." (Faur, 2004).

Otro aspecto de las costumbres "masculinas" que analiza Faur en esta sesión es el tema de adicciones tanto al alcohol como a las sustancias psicoactivas. El hombre tiene mayor predisposición a desarrollar un problema de adicción debido a que entre ellos tratan de probar su virilidad con grandes cantidades de alcohol y sustancias, causando solo daño a sí mismos y afectan

directamente al hombre incluso más que a la mujer. "Los hombres son víctimas de su propio invento".

La masculinidad hegemónica o la "masculinidad ideal" se basa en ideales culturales, y es aquí en donde entran todas esas aspiraciones que se tienen de ellos, el cuerpo que deberían de tener, su actitud, los planes a futuro, etc. En general, las relaciones de género están basadas en prácticas no discursivas, como un trabajo asalariado, violencia, sexualidad, trabajo doméstico y cuidado de niños.

Al hablar de masculinidades hegemónicas, también es importante que se hable de las relaciones jerárquicas que existen entre ellos, a nivel local como a nivel global. Por lo que, al implementarse una desmasificación de la masculinidad, e incluir palabras tales como supra y sub hegemónicas, da pie para abordar las relaciones en términos verticales y horizontales.

La masculinidad ante la sociedad es un conjunto de personas, que están en constante crítica, mediante los estereotipos que se le fueron acreditando, como, una persona dentro del entorno social.

La hegemonía masculina puede ser analizada desde tres niveles:

- Local: está principalmente se desenvuelve en la interacción cara a cara de familias, organizaciones o comunidades inmediatas.
- Regional: Identificada por espacios con una cultura en común o mismas ideologías como naciones-estados.
- Global: este se enfoca en el mundo de la política, negocios transnacionales y los medios.

Método y categorías de género

Pierre Bourdieu (1998) sostuvo que la dificultad en el abordaje de la masculinidad consiste en que los marcos de los que disponemos para pensarla provienen de una estructura de dominación que tiene entre los hombres al grupo que ostenta privilegios la categoría de género características asignadas a hombres y representaciones sociales que supuestamente traducen estas características "naturalizadas" en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales de una determinada organización de la vida social, económica e institucional que involucra a ambos sexos.

Categorías de la masculinidad Hegemónica según Connell

Tipo de relación	Le gustan	Le gustan
Poder	Mandar Dirigir Ordenar Hablar duro Ser independiente Ser fuerte	Mandar Ser autoritario Dominio en la relación de pareja Ser fuerte Ser protector
Producción	Trabajar Ser organizado	Arreglar cosas Saber de mecánica Reparar los daños
Afectos y sexualidad	Ser "descomplicado" Actuar como Don Juan Conquistar muchas mujeres Beber "moderadamente" junto a amigos	Insensibilidad Emborracharse Tomar licor hasta ser agresivo

Tabla 1. *Fuente: Faur, E (2004). Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres. Recuperado de: https://www.unicef.org/masculinidades.pdf*

Durante 2018 se registraron un total de 33,013 casos de diabetes tipo 2. En la distribución por sexo se ha registrado que el 50.8% equivalente a 16,782 personas con DMT2 corresponden al sexo masculino (Boletín Diabetes Tipo 2, 2018).

Del total de casos con antecedente heredofamiliar de diabetes, el 49.13% (n=16,220) contaba con el antecedente familiar de diabetes en sus padres, el 35.48% (n=11,714) en hermanos, el 7.62% (n=2,515) en sus hijos y el 6.74% (n=2,225) en otro familiar.

El procedimiento es a través de nueve entrevistas a profundidad de forma aleatoria con nueve sujetos tipo.

Los participantes mantienen las características siguientes: haber sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, ser mayores de 30 años, clase socioeconómica baja, no profesionistas, cabezas de familia, con prestación de acceso a los servicios de salud

para su control y mantenimiento de la enfermedad, trabajadores con excepción de la persona invidente que cotizó más de 500 semanas en el IMSS y tiene acceso a los servicios de salud a pesar de no poder trabajar actualmente.

Resultados

El objetivo de identificar los diferentes tipos de masculinidad a lo largo de los entrevistados y su percepción frente al diagnóstico, la experiencia de su educación en el pasado con las expectativas que se tienen como hombre y sus discursos alrededor de la enfermedad, así como la injerencia de la familia en su tratamiento, son respuestas que se vieron reflejadas claramente al ser entrevistados. Los hombres entrevistados, son hombres que trabajan o que trabajaron en algún periodo de sus vidas y principalmente centraban sus objetivos en el trabajo, a diferencia de ahora que todos sus esfuerzos, incluso el mantenerse dentro de un trabajo en específico es debido a la necesidad de cuidados médicos que necesita al haber sido diagnosticados con DMT2

Pacientes con una diabetes Mellitus tipo 2, se caracterizaron por tener hiperglucemia, hiperinsulinemia y resistencia a la insulina, mientras que aquellos con síndrome metabólico mostraron obesidad, hipertensión, hiperinsulinemia, bajos niveles de HDL e hipertrigliceridemia. Pacientes con DMT2 tuvieron menores niveles educativos que otros grupos tienden a tener mayor nivel de incidencia que los otros grupos (67% vs. 64%)." (Cruz et al., 2010, p. 265) y esto se verá reflejado en algunas de las respuestas que a continuación se enuncian en los entrevistados, fueron cuatro guardias de seguridad de una institución educativa, dos cocineros de una cafetería universitaria, dos maestros de secundaria, una persona invidente, un total de nueve personas.

Trabajo y contexto socioeconómico

El trabajo es una variable fundamental que define lo masculino: "el trabajo hace al hombre y el hombre es del trabajo" (Valdés y Olavarría, 1998 p. 169) el poder ser una persona productiva dentro de nuestra sociedad apela a los más altos estándares del heteropatriarcado en donde se incluye al miembro como uno más del grupo, aun cuando no se le conozca directamente, parece que el trabajo fuere una garantía de fortaleza, honestidad y progreso

en un paradigma positivista de avance lineal incluso, dentro de la vida de una persona diagnosticada con diabetes. En los casos de los guardias entrevistados, a pesar de que han bajado sus expectativas económicas con respecto a sus trabajos anteriores, el trabajo como guardia de seguridad les mantiene su virilidad intacta como autoridad y al mismo tiempo en palabras de los entrevistados, les ofrece un poco más de estabilidad en el trabajo permanecer como empleados de una universidad que les otorga un salario fijo, prestaciones y atención a su salud.

Yo diría por ejemplo el hecho de que no tengo la misma responsabilidad o sea yo en trabajos anteriores tenía muchísima responsabilidad Tenía muchísima gente a mi cargo tenía infinidad de apenas me salía de broncas y ya tenía diez más esperándome, o sea nada que ver ganó muchísimo menos pero la tranquilidad por ejemplo como ahorita que ando de tarde me levanto en la mañana tranquilamente le limpio el patio los perros, convivo un rato con mi esposa ya le hice de almorzar, almorzamos juntos lavó los trastes o sea ese tipo de convivencia antes no la podía hacer o sea antes era de ya llegué ya me voy o sea y salté desde temprano y no sé si regrese hoy De hecho tenía cuartos en los salones de eventos había cuartos como de hotel y yo a veces me quedaba toda la semana en temporadas cortas yo no regresaba la casa para nada o sea yo no regresaba para nada a la casa era de que en diciembre más o menos me iba la primera semana de diciembre o sea digamos ya empezando la segunda y yo No regresaba hasta el 24 o 25 a la casa porque ahí tenía un cuartito con regadera cama todo. (Guardia 1).

Este es uno de los trabajos que más me detiene muchas cuestiones… em, antes era muy… me gustaban las drogas, de hecho, trabajar en constructoras es drogarse mucho, Uy si le platicara…¿todas? Sí. Tengo un amigo, un albañil que es muy amigo mío que también… Sí, una es a veces para aguantar las friegas que te dan que te hace consumir, y otra ya es mañocidad. (Guardia 2).

En estudios previos, se ha asentado que la población mestiza mexicana presenta una estratificación sustancial debido a las variaciones en las proporciones de mezcla genética y que el estatus socioeconómico y educativo también está asociado con

la enfermedad. Dentro de los estudios de género, una de las características de las masculinidades es que por cultural el hombre se convierte automáticamente en el proveedor de su casa y en el caso de tener una familia y diagnóstico con diabetes, esto le dificultaría el desempeño de su rol como proveedor a corto, mediano o largo plazo. Si bien el género es construido en un cuerpo que tiene un sexo definido y al que se le atribuyen características psicológicas, sociales y económicas, lo que resulta en acciones y comportamientos específicos, que casi siempre se traducen en relaciones de poder unilaterales como es la dominación masculina vs. sumisión femenina (Figueroa y Liendro, 1999).

No, ya tengo rato que…Aquí ni hay alcohol…no pues ya con los niños y todo eso pues ya, ya lo empecé a dejar. No pues es el ejemplo, también. A parte mi esposa sí, sí me ha ayudado con eso, me dice: si tú los quieres ver grandes, pues tienes que cuidarlos. De hecho, ella fue la que, la que me ayudó a salir de mis vicios. (Cocinero 1).

En base a ello va agarrando uno práctica y experiencia y ya posteriormente se te facilita el trabajo y pues yo me sentí muy a gusto porque pues es una manera de, este… ingresar un dinero más al gasto familiar, ya, pues antes, solo comíamos carnita cada mes, eso cada mes y medio, te podría decir cada 15 días comíamos carnita, ya leche, ya frijoles, y la sopa que en un principio era, pues ya era variable la dieta, ya era un poquito, hablando concretamente de carne. Otro trabajo pues, qué será. Ya después que termine como maestro de educación, mi carrera como maestro de educación primaria, un profesor, inicié con un pasatiempo o como se diría hoy en día un hobby, la fotografía, y así la empecé a trabajar. (Maestro 3).

La construcción de la masculinidad

La forma de ser hombre en el norte del país, no es una, pero si existe un patrón que puede identificar la legitimación del heteropatriarcado en base a ideas como "no ser mujer (en su construcción social de lo femenino), comprobar que es hombre, aguantarse y no demostrar su debilidad", al respecto, los pacientes diabéticos también pueden tener síntomas somáticos para expresar o divulgar la angustia psicológica, ya que la diabetes puede ser un idioma de angustia (Mendenhall et al., 2010; Nichter, 2010).

Ahorita ya entré en una etapa que hasta lo que resulté bueno, me altera. En una buena noticia, me empieza a temblar…este es el hecho de platicar con alguien o molestarse, alteran. Ya empiezas con la ansiedad. Y ya ahorita actualmente, ya también que te duelen las encías, que te andan doliendo los dientes, el que me vaya a quedar sin dientes, aunque dice mi doctor que no es cierto, pues, digo eso me está pasando. (Guardia 2)

Tanto los pacientes como los miembros de la comunidad informaron que la diabetes puede ser causada por emociones fuertes, enojo o susto (una enfermedad popular vinculada a una experiencia aterradora); los pacientes también informaron nervios (una enfermedad popular que expresa ansiedad) y bebieron alcohol.

No, ahorita no, ya he cambiado bastante. De hecho, desde que entré a estos trabajos, es diferente. Como viví situaciones muy fuertes de más joven. Con el simple hecho de ver enfrente de ti que maten a tu amigo, lo descuarticen. Por eso le detonó también la diabetes, yo creo, por esas impresiones, ¿o qué? Mmm… es que fue más joven todo eso que me pasó. Ahorita ya para mí esto es mi segunda vida, se puede decir, porque hace como unos seis años maso menos me levantaron a mí saliendo de aquí del trabajo para mí casa, cuando llegaron en un taxi, se bajaron los civiles con armas largas y pues me iban a matar… lo bueno es que pasó que los empezaron a corretear… como uso siempre casquete corto. Sí de hecho como en ese tiempo había militares y federales en cubierto, me confundieron y yo les decía: "no soy policía, ni soy militar". Y empiezan a golpearme y me iban a matar, la madriza que te ponen y lo que te quitan de los bancos porque ahí tenía mis tarjetas de crédito. Me bajaron porque ya los andaban alcanzando los malitos, los empezaron a seguir el bando contrario. ¿Ahí en el mero centro? Sí, de hecho, me levantaron como a las nueve de la noche más o menos y me soltaron el domingo en la madrugada como a las dos de la mañana. Me bajaron hasta en calzones, no me quería levantar nadie, los taxistas mejor se iban, ya hasta que un señor grande se paró y fue el que me llevó a mi casa. Por eso volví a vivir. Sí me iban a matar nada más que los empezaron a corretear… por eso la libré ahí. (Guardia 3)

Los significados de Poder

La masculinidad posee un elemento clave, que es el poder; ser hombre significa tener y ejercer poder. El poder asociado a la masculinidad exige poseer algunas características, tales como ganar, ordenar, lograr objetivos y ser duro, es notorio como dentro de la incidencia de palabras que expresan los entrevistados están las palabras: Ganar, trabajar, lograr, llegar a ser, mejor, etc.

De entre las frases que denotan el poder en los entrevistados son con respecto al pasado en la que relatan cómo es que tenían más fuerza, hacían ejercicio, eran más arriesgados en sus empleos, incluso en su propia salud se acercaban al alcohol, a las drogas y a los desvelos con el afán de poder tener uno o dos empleos y ganar más dinero para mantener a sus familias.

Afectos y sentimientos

La masculinidad se ha transformado en alienación, ya que implica suprimir emociones, sentimientos y negar necesidades.

—¿Usted ha llorado por tener diabetes?

—Em, no. No. Enojado sí, gritado sí, y este… maldecido, por decirlo así, sí, pero llorar no. (Guardia 2)

El varón llega a temer que si experimenta y demuestra sentimientos de ternura y afecto puede transformarse nuevamente en un niño dependiente.

Vida sexual y de pareja o parejas sexuales

En el campo de la sexualidad, los hombres asocian su identidad sexual y se "bautizan" como tales solo cuando ejercen las relaciones sexuales. Hay una circunstancia frente a la sexualidad de la persona diagnosticada con DMT2, que su vida sexual, efectivamente ha cambiado por la enfermedad:

Básicamente el carro que yo traía era de la compañía cuando era joven, me pagan viáticos me pagan gasolina y pues realmente yo no ocupaba, o sea, inclusive sin necesitarlo, o sea yo mandara dinero mi casa y al final de cuentas pues me divertía parte de mi trabajo ya cuando ya ha pasado de tiempo o sea básicamente mi trabajo dentro de la empresa era por relaciones públicas,

entonces por eso a mí de repente me encargaban llevar a clientes a donde ellos quisieran a antros y mugrero y medio.

—¿Tables Dance?
—Sí, a donde ellos quisieran. (Guardia 1)

La afirmación de su identidad masculina exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y en una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas.

Yo opino que de alguna manera yo siempre le he dicho, o sea, es que no sé… conoces a ciertas personas, sí viví con otras mujeres, sin ningún tipo de compromiso normalmente no mucho tiempo. Yo pienso que si acaso meses, no más de eso, pero de alguna manera sabes cuando conoce a la persona, como que en automático sabe,s y dices "esta es", ósea déjate de tonterías. Yo por eso siempre de alguna manera, sobrinos o demás les comento "es que no es cierto eso de buscar no funciona o sea cuando han de ser las cosas han de ser y si no han de ser, no han de ser". (Guardia 2)

Una de las repercusiones que tiene la DMT2 recae precisamente en la vida sexual del varón como es el caso de los entrevistados quienes reportaron haber sufrido cambios drásticos en su vida sexual, en el caso de un guardia, manifiesta incluso heridas en el pene y esto le impide la vida sexual ocasionalmente.

Cuando se me disparan los niveles de azúcar, me sale un salpullido, luego como que se cae la piel y es un moho, como te lo dice la doctora. Como ahí no te explican bien qué es, hasta como en el paso del tiempo vas viendo lo que te afecta, porque cuando te sale, tarda en quitarse. Es la piel del prepucio que se adelgaza esa piel y se te aprieta. Lo único que te hacen es que te tienen que bajar los niveles, pero aun así tardan en recuperarse. Tarda, no sé… tres, cuatro meses. Y aunque te estés cuidando, tarda porque nada más se adelgaza la piel. (Guardia 3)

El hecho de que haya menos potencia sexual, pues también, afecta con tu pareja, pues no es la misma emoción que en un princi-

pio, porque ahorita, ya no sirvo, no es lo mismo que un principio el deseo, la misma potencia sexual que sentiría en mí. (Maestro 1)

El apoyo de la familia y acceso a salud

Para el hombre es muy difícil ocupar el papel de paciente y, con frecuencia, niega la posibilidad de estar enfermo y acude a un médico en último momento, ya que lo contrario sería asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad.

Pues en un principio dudaba yo para decirles, ya que, al igual que yo, pensé que los pues a sentir ellos, a hacer sentir mal, desanimarse, o si verdad, así como yo me sentía, muy desmoralizado, muy desanimado, enojado con la vida, dije posiblemente yo traslado, esa, ese sentir mío con mi familia, y pues ya en el momento que se los dije, pues ya, pues hubo comprensión por parte de ellos ya que dijeron que tenía que aprender a vivir con la enfermedad, y yo aún todavía con aquel rencor. ¡Achis!, ¡qué facilidad!, ¿verdad?, "aprendes a vivir con la enfermedad", ¡como ustedes no la tienen!, pero te digo, todo eso es porque, pues sí ¿verdad?, de vivir muy sano, de tener una, pues una dieta muy desordenada o comer lo que uno quisiera, que es lo mismo, y que de repente que te digan, no sabes que, no debes de comer, esto, esto, esto, que es el refresco, la grasa, que carnes rojas que, bueno… te afecta que te lo griten así, en cierta forma de rápido, pues es un cambio muy brusco. (Maestro 1)

En los nueve casos, la forma de descubrir la diabetes fue por casualidad, es decir, que llegaron a la consulta clínica por algún tipo de accidente o enfermedad, no por prevención:

Bueno, y eso por accidente que me pasó, que no, no sanaba, pero desde ahí. Donde yo trabajaba, pues era Bartender… y una vez me corté con un vaso y me llevaron al seguro y, y haz de cuenta que me hicieron las curaciones, y me dieron tres días de incapacidad, y haz de cuenta que en esos tres días no, no me cerró… quedaba igual, quedaba igual… hasta que me sacaron pues un análisis de glucosa, y pues ahí me dijeron que traía 380 de glucosa y ahí me dijeron que tenía azúcar. (Cocinero 2)

Cuando se consideran seis combinaciones exclusivas de concentraciones plasmáticas de glucosa preprandial y posprandial. El fenotipo clínico de los participantes que no tienen una tolerancia a la glucosa normal (TGN) fue generalmente similar, todos los grupos disglicémicos fueron avanzados de edad, con pesos altos, hiperinsulinémicos, hiperproinsulinémicos y dislipidémicos (triacilgliceroles elevados, colesterol HDL reducido) (Ferrannini et al., 2009). Esta descripción es interpretada por uno de los pacientes de forma simple:

> *Andas tenso, y los músculos se tensan y los vasos sanguíneos se cierran, se contraen, entonces de por sí el azúcar el mayor daño que hace es que la sangre se hace muy pegajosa y no circula igual, que ese viene siendo el origen de todos los daños en los órganos, entonces pues haz de cuenta que la sangre, la circulación, se va haciendo más lenta y más lenta, entonces lo que empiezas a sentir pues es una fatiga, un cansancio, siempre andas con sueño y de repente comes y pues no llenas, te da mucha hambre y comes y comes y comes y sientes que no llenas del estómago. (Persona invidente)*

Los imaginarios de ser hombre

Las razones para la desconexión entre su falta de cuidado en su salud y el imaginario de los pacientes, sugieren que estos dan sentido a su diabetes y su manejo a través de un complejo cuadro de dimensiones experimentales subjetivas que tienen un impacto en la esfera de la vida diaria y su autoconcepción masculina frente a su entorno inmediato (familia) y social (laboral amigos), pues ser hombre es hacer "cosas de hombres". La cultura del machismo lleva a las madres a repetir una cultura de patrones de comportamiento y mandatos de género no reflexionados que reeducan a los hijos varones en una certificación de pertenencia al machismo. Los hombres no lloran, no son sensibles, se aguantan y no van al médico, los hombres no lavan ni planchan porque serían afeminados. *Esas son cuestiones de las mujeres*.

Las respuestas de los entrevistados sugieren que ser hombre es seguir un modelo que la sociedad ha caracterizado e impuesto; es ser fuerte, no participar de lo doméstico, iniciarse temprano en la sexualidad y tener trabajo para poder asumir la responsa-

bilidad de mantener la familia: "Me casé a los 16 y fui papá, así me educaron" (Persona invidente).

Con la diabetes, la fuerza físico corporal ha disminuido y como parte del imaginario de ser hombre lo sienten como parte de los síntomas y signos de la enfermedad crónico degenerativa que padecen:

—Se imagina con hijos, ¿o no?

—¿Quiere o no quiere?

—Pues sí quisiera, pero, así como le digo que me ha ido afectado la enfermedad, ya me cansa y a veces salgo, no sé… a barrer o a trapear, y ya empiezo a cansar. Y le pregunté a mi doctora que por qué estaba sintiendo esto, y me comenta que es como si fuera ya una persona de la tercera edad, "ya es prácticamente lo que eres, ya lo que usted haga, haz de cuenta, es el ejercicio de las personas de la tercera edad". Y, pues ya le digo, de tener hijos, no creo". (Guardia 3)

La disciplina

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida de quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención. Esta condición se agrava cuando se es hombre, pues como se ha visto con uno de los entrevistados, de 38 años, asume su condición de salud como la de una persona de la tercera edad debido al estado de deterioro que tiene su cuerpo. Aunado a esta realidad, está la cultura en la que han sido educados los hombres que conforman la muestra de esta investigación, en cuyo caso se presentan a continuación dos historias del imaginario del ser hombre que distan mucho de la realidad que hoy viven:

Sí, yo quería ser piloto; de hecho apliqué al examen, nada más que es un show porque el hecho de que toda prueba de los exámenes no implica que ya estás dentro, ósea, implica que tienes derecho; me sortean y no salgo aceptado, y así como te dicen "más fuerte para la siguiente, Gracias por participar". Sentí -hasta el momento-, me resultó muy frustrante porque me había preparado, ósea brutalmente, física, mental, psicológicamente. Lo que más me frustró fue el hecho de haberlo

logrado; haber pasado con buena calificación ¡y más! que el único que se fue de aquí de Nuevo León, en ese entonces tenía una menor calificación que yo. O sea, porque yo decía "por qué si yo tengo mayor calificación…" Mi tío -que en alguna ocasión me regaló un libro de aviación y no sé, pero me encantó o sea el tema de aviación- jamás ese momento, yo digo que influyó en mis consejos porque yo no siento que desde ese momento haya dicho yo quiero ser aviador… porque en sí el libro me gustó mucho en una novela de aviadores (…) quizás entras con el idealismo básicamente. Yo creo que es el idealismo de todo joven que vamos a cambiar el mundo y que vamos a solucionar los problemas, pero de alguna manera cuando ya entras al mundo real y te das cuenta de que… ¡pero para nada!". (Guardia 1)

Es claro entre los entrevistados que el ideal de la construcción de hombre proviene de otro hombre, en algunos de los casos del mismo padre:

Somos de la generación de los que nos pegaban todavía. Pero con él (padre militar) era de… no sé, de castigo tres reglazos, pero sin meter las manos… y así, empinadito, nada más, tres.. si, mi papá se retiró como sargento primero de infantería, cuando él se iba de destacamento a otra ciudad, mi mamá se encargaba de nosotros… por eso es que viví mucho tiempo en recintos militares desde pequeño. (Guardia 2)

Hombre con diabetes y su adherencia al tratamiento

Adherencia al tratamiento se define desde la Organización mundial de la salud como el seguir la prescripción y toma de medicamentos, dieta y cuidado de la enfermedad en un determinado periodo de tiempo. El problema con la diabetes es que es crónica; el paciente puede hacer concesiones al respecto de su tratamiento. Una vez que este se encuentra en una fase estable de la enfermedad abandona el tratamiento o busca alternativas a la medicina prescrita en los servicios de salud. Es pertinente mencionar la complejidad que representa para el paciente diabético llevar un tratamiento integral y un buen apego a este debido al cambio de hábitos y costumbres (Hernández-Romieu; Elnecavé-Olaiz; Huerta-Uribe; y Reynoso-Noverón; 2011).

La falta de efectividad del tratamiento se explica por factores

atribuibles al sistema de salud, el médico y el paciente. La mayoría de los pacientes están bajo tratamiento (94.1%), que se basa en el uso de medicamentos reductores de glucosa en la mayoría de los casos (84.8%). Sin embargo, solo una minoría entiende la importancia de las modificaciones del estilo de vida, los hábitos alimenticios (24.1%) y el ejercicio (1.8%) como parte de su manejo.

De ahí empecé a ir a la rehabilitación y empecé, me empezaron a tratar cada mes de la glucosa, todo eso y pues ahí, pues ahí había bajas y había altas. (Maestro 1)

Algunas creencias mexicanas distintivas se refieren al tratamiento con jugos de cactus. Los médicos, los pacientes y los miembros de la comunidad piensan que el jugo de nopal es bueno para la diabetes, y los pacientes y la comunidad también opinaron que el jugo de aloe vera es útil.

Me dan metfomina y glibenclamida, la que tomaba. Ahorita pues ya tomo productos naturales y todo eso, la moringa me está ayudando. (Persona invidente)

Mientras que la ganancia de peso y la pobreza tienen un efecto promotor al inducir una alta incidencia de DMT2, como se ha evidenciado en estos estudios, la población mexicana está en riesgo de alcanzar incluso tasas más altas de incidencia. (González-Villalpando, Dávila-Cervantes, Zamora- Macorra, Trejo-Valdivia, y González-Villalpando, 2014).

Pues una vez fíjate que platicando con equis persona, allá en aquellos tiempos decían, preguntó una de las personas, pues de experiencia, ¿por dónde empieza la vejez? Entonces, cómo era el más hablador dije, no pues que las canas. No. Pues ¿entonces? La vejez entra por los pies, pues precisamente es una de las partes donde se afecta más, pues las patas son las que soportan el peso del cuerpo y el paso de los años. (Maestro 2)

En la administración de recursos de salud en México, la partida económica del presupuesto destinado hacia el control y mejora a través del correcto uso y cumplimiento de las Guías de Manejo de

la enfermedad por parte del paciente y del médico en el sistema de salud pública parece no haber tenido un efecto reversible en la población con diabetes, pues los estudios muestran un constante aumento en el control de la enfermedad (Hernández-Romieu; Elnecavé-Olaiz; Huerta-Uribe; y Reynoso-Noverón; 2011).

En ese tiempo yo estaba más pesado todavía, pesaba como 120 kilos, pero era más sano porque hacía deporte pero ya no hago, en parte porque tengo que trabajar. (Guardia 2)

La motivación para el autocuidado es fundamental para mejorar el control glucémico. Por el contrario, la baja adherencia al tratamiento y el autocuidado deficiente se asocia con resultados deficientes, lo que representa una carga significativa para la salud pública. Del total de casos con notificados al SVEDT2, el 84.6% refirió no realizar ningún tipo de actividad física.

Básicamente: número uno, dieta está muy complicado, dentro del trabajo. Está bien complicado pues aquí comes lo que puedes a la hora que puedes, y si puedes, porque ni siquiera nos dan hora de comer; en segundo lugar… te pones un montón de trabas desde cuánto ganas, posición socioeconómica, ósea qué estabilidad económica tiene si tienes propiedades, o sea, trabajo estable cuántos años tienes en el trabajo, qué tanto vas a estar ahí en ese trabajo. (Maestro 2).

Uno de los entrevistados considera que la enfermedad lo ha salvado de todos los vicios que ha tenido, porque su esposa le ayuda y le apoya en el sentido en el que dice que se tiene que cuidar, que tiene que ver a sus hijos grandes, se tiene que cuidar y que la gente se puede morir de cualquier cosa y que él tiene que salir adelante. Algo que le ayuda mucho es que la dieta la puede hacer porque trabaja en la cocina.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social del 44% de las personas aseguradas que tienen control de la DMT2 tienen cubierto el cuadro de insulina que asciende a catorce inyecciones semanales promedio, y los usuarios de insulina no asegurados recibieron una mediana de siete inyecciones de insulina por semana (probablemente una inyección por día).

Actualmente me están poniendo 18 unidades de insulina diarias, de insulina (persona invidente con acceso a los servicios de salud del IMSS por estar pensionado).

Conclusiones

En esta sociedad los hombres mueren primero que las mujeres y habitualmente las causas de muerte reflejan una exposición deliberada de enfrentar riesgos y peligros como es el no tomar claramente una adherencia al tratamiento al "calcular" cada vez que se les sube el azúcar y recurrir a herbolaria y recursos alternativos a la salud pública y la medicina alópata.

Probablemente y por las condiciones de su enfermedad, no importa la edad, una de las categorías de las masculinidades como es la no paternidad parece ser algo no tan importante para todos los entrevistados como la masculinidad hegemónica manda:

Hombre sin hijos es como un árbol sin frutos", sumado a la definición de la paternidad como "la responsabilidad de mantenerlos", parece no configurar en el concepto de ser hombre en forma determinante en estos entrevistados "Ser hombre es tener hijos. Un hijo constituye la prueba de su virilidad, los testimonios indican: "...un hombre sin hijos es un elemento raro que no responde a la naturaleza para la cual fue diseñado". Frases muy agresivas y denigrantes definen a quienes no cumplen con esta función." (UNICEF, 2013)

Un caso en el que parece que la enfermedad lo ha rehabilitado es un cocinero que asume en su vida que la diabetes es una especie de bendición porque es la única forma en la que se hubiera detenido para mantener y velar por todos sus hijos, pues al estar enfermo debe detener el tipo de vida que había tenido en el pasado, con alcohol, drogas y desvelos.

Una categoría que no fue abordada pero que queda pendiente de ser investigada es la comunicación en la relación médico paciente frente a la diabetes en la salud pública y su tratamiento crónico, pues el momento en que los entrevistados manifiestan el instante en que se les diagnosticó la enfermedad, reportan una violencia médica, minimizando su enfermedad, ignoran sus síntomas o por el contrario lo hacen acusándolos, condenándolos a muerte, lejos de ser persuasivos y empáticos. La persona invidente reporta que cuando trabajaba, el médico lo llegó a mandar al psiquiatra pues consideraba que eran demasiadas consultas para una sintomatología que no consideraba importante, pasando por comentarios como "no quieres trabajar", "deja de inventarte cosas", "aguántate".

Referencias

Barquera, S., Campos-Nonato, I., Aguilar-Salinas, C., López-Ridaura, R., Arredondo, A. y Rivera-Dommarco, J. (2013). Diabetes in Mexico: cost and management of Diabetes and its complications and challenges for health policy. Globalization and Health, 1-9. 2018,

Boletín Diabetes Tipo 2 - Cierre 2018 extraído de https://www.gob.mx/salud/documentos/boletin-Diabetes-tipo-2-cierre-2018 el 14 junio 2018

Collier, R. (2002) Masculinities, Crime and Criminology. London: Sage. p. 737-742

Connell, Robert W. (1995). Masculinities. University of California Press, Berkeley. Cruz, M., Valladares Salgado, A., Garcia Mena, J., Ross, K., Edwards, M., Angeles-Martinez, J.,Ortega Camarillo, C. , Escobedo de la Peña, J., Diabetologia DOI.

Cruz, M., Valladares Salgado, A., Garcia Mena, J., Ross, K., Edwards, M., Angeles Martinez, J., Ortega-Camarillo, C., Escobedo de la Peña, J.,

Faur, E (2004). Masculinidades y desarrollo social. Bogotá, Colombia: Arango Editores Ltda.

Ferrannini, E., Massari, M., Nannipieri, M., Natali, A., Ridaura, R. L., y González-Villalpando, C. (2009). Plasma glucose levels as predictors of Diabetes: the Mexico City Diabetes study. Diabetologia, 52(5), 818-824. DOI: 10.1007/s00125-009-1289-8

García, M. J. Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. En: Briceño-León, R., Minayo, M.C.S., Coimbra JR.,

González-Villalpando, C. (2009). Plasma glucose levels as predictors of Diabetes: the Mexico City Diabetes study. Diabetologia, 52(5), 818-824.

González-Villalpando, C., Dávila-Cervantes, C. A., Zamora-Macorra, M., Trejo-Valdivia, B., y González-Villalpando, M. E. (2014). Incidence of type 2 Diabetes in Mexico: results of the Mexico City Diabetes Study after 18 years of follow-up. Salud pública de México, 56(1), 11-17.

Hardy, E., Jiménez, A.L. Masculinidad y género. En: Briceño-León, R., Minayo, M.C.S.,

Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2: S129-S136

Hernández-Romieu, A., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N. y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores.Salud pública Méx vol.53 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2011

Jefferson, T. (2002). Subordinating hegemonic masculinity. Theoretical criminology, 6(1), 63-88.
Messerschmidt, J. W. (2012). Engendering Gendered Knowledge: Assessing the Academic Appropriation of Hegemonic Masculinity. In Men and Masculinities (pp. 56-76). Sage. Doi: 10.11771097184X11428384
Poynting, S., Noble, G. y Tabar, P. (2003). Protesta por la masculinidad y la juventud libanesa en el oeste de Sydney: un estudio etnográfico. En Problemas masculinos: mirando las masculinidades australianas.
Sosa-Rubí, S., Galárranga, O y López-Ridaur, R. (2009). Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. N° 512-519. 2018, Junio 14.
Valdés, T., y Olavarría, J. (1998). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Flacso.

LA DIABETES Y LOS PERIODISTAS. UNA VISIÓN DE LOS TRABAJADORES DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Agustín Serna Zamarrón
ORCID 0000-0001-5704-5590
Guerrero Sandoval Oscar Eduardo
ORCID 0000-0002-5808-6324
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

Los medios de comunicación son un pilar fundamental para informar a la población sobre las campañas de difusión para la prevención de esta enfermedad. Pero en este caso, las voces que son consultadas son reporteros y periodistas que padecen diabetes. Ellos explican lo que conocen de la enfermedad, cómo contrajeron la misma, sus hábitos alimenticios, el consumo de medicamentos y cómo cambió la forma de trabajar al ser un paciente diabético. En el presente trabajo se analizan al reportero y periodista común y corriente que sale a trabajar todos los días a sabiendas de ser un enfermo de la diabetes. Sus peligros y consecuencias han tocado a varios de ellos en su salud. Desde perder la vista, ser amputados y sufrir una serie de lesiones internas al ser diagnosticados con la diabetes.

El trabajo de periodista es una de las profesiones más estresantes que existen dentro de el gran abanico laboral a nivel mundial debido al ritmo de trabajo que se lleva y a los horarios tan irregulares que se tienen dentro del este oficio. Es muy común encontrar a periodistas que muestren cansancio, problemas de visión, problemas de colitis nerviosa y mala alimentación. Al respecto, Miranda (2017) señala que en un estudio realizado por el Investigador Víctor Manuel Medina se obtuvo información relevante sobre las enfermedades que los reporteros y la gente que pertenece a los medios de comunicación desarrollan a través a de los años. El investigador quien retoma un estudio realizado por London Press

Club, afirma que las costumbres de los periodistas para sobre llevar el estrés diario, como lo son el consumo de cafeína, la comida rápida y el consumo de bebidas alcohólicas, los vuelven más propensos a ser incapaces de resolver problemas complejos.

En este sentido, los periodistas están expuestos continuamente a niveles elevados de estrés por lo que es muy frecuente que recurran al alcohol al termino de su jornada laboral con la falsa creencia que esto bajara su nivel se presión. Este hábito a la larga les desarrollará problemas de salud, económicos y laborales.

Por otra parte, el consumo excesivo de la cafeína provoca a la persona que trabaja en los medios riesgos para la salud ya que les traerá como consecuencia problemas de intoxicación por cafeína, dificultad respiratoria, problemas estomacales, triglicéridos altos y a largo plazo se corre el riesgo de sufrir hipertensión arterial. Se debe tener en cuenta que con cada café consumido, el organismo absorbe una o dos cucharadas de azúcar lo que con el tiempo puede desembocar en problemas de diabetes.

Al respecto Medina señala que el 69 % de los periodistas en México reflejaron en su bitácora de alimentación, niveles más bajos de consumo de agua y mayores niveles de cafeína y alcohol dentro de los niveles recomendados. En este mismo sentido, el problema de la obesidad es sin duda uno de los principales retos para la mayoría de los periodistas ya que tienden a desarrollar sobrepeso por su dinámica de trabajo (cubrir eventos y estar frente de una computadora la mayor parte del tiempo), además de que sus horarios tan irregulares no les permiten asistir a un gimnasio o hacer ejercicio por su cuenta. Este sobrepeso les acarreara a la larga problemas de salud. Otras enfermedades que pueden desarrollar los reporteros y gente de los medios son la perdida gradual de la visión, de la audición, de la voz, adicción al tabaco, uso de drogas, túnel carpiano, contracturas musculares y síndrome del ojo seco.

La presente investigación tiene como objetivo principal obtener información sobre los hábitos y costumbres de los periodistas con diabetes a través de la técnica de la entrevista para tratar de conocer principalmente. Se pretende analizar los hábitos alimenticios, de medicación y de cuidado en la salud de los reporteros y periodistas de la ciudad de Monterrey que hayan sido diagnosticados con diabetes y las consecuencias que sus rutinas de trabajo podrían ocasionar en su salud.

¿Qué hábitos influyen negativamente en el estado de salud de los periodistas enfermos de diabetes?, ¿cuáles son los factores por los qué los periodistas que han sido diagnosticados con diabetes, no comen a sus horas y no se suministran sus medicamentos en tiempo y forma?, ¿de qué manera se debe de informar a través de las noticieros, medios de comunicación y redes sociales sobre la prevención y tratamiento de la enfermedad de la diabetes? Para estos periodistas, ¿Cómo deben de ser los mensajes que emitan las dependencias de salud sobre la enfermedad de la diabetes?

El objetivo de investigación es identificar que hábitos influyen negativamente en el estado de salud de los periodistas enfermos de diabetes. Asimismo, identificar los motivos por los cuáles los periodistas que han sido diagnosticados con diabetes, no comen a una hora regular y no se suministran sus medicamentos en tiempo y forma; reconocer a través de la experiencia de estos periodistas la manera en que se debe informar a través de las noticieros, medios de comunicación y redes sociales sobre la prevención y tratamiento de la diabetes; conocer la forma en qué deben de ser los mensajes que emitan las dependencias de salud sobre la diabetes; identificar las condiciones laborales que generan estrés en los periodistas que tienen diabetes.

La presente investigación se realizó a través de la técnica cualitativa de la entrevista de profundidad. Inicialmente como muestra para esta investigación y después de un sondeo con distintos periodistas locales , se tenían contemplado entrevistar a diez periodistas de la ciudad de Monterrey, sin embargo solo entrevistó a nueve periodistas debido a que uno de los profesionistas estuvo internado por quince días en el ISSSTE donde finalmente falleció.

Acerca de la muestra, siete de los nueve están casados y dos son divorciados; todos tienen hijos e hijas; tres cuentan con servicio del Instituto Mexicano del Seguro Social, dos más están pensionados por el IMSS y el resto se atiende médicamente por su cuenta. Algunos de ellos trabajan o en su momento trabajaron como reporteros, editores, maestros de periodismo, locutores en medios que van desde la radio, televisión, plataformas digitales, periódicos, revistas.

Pese a que la diabetes es una de las enfermedades que frecuentemente padecen los periodistas, existen pocos estudios previos que ayuden a entender de forma más amplia las causas

y consecuencias que esta enfermedad acarrea consigo en la vida de estos profesionistas.

Dentro de la presente investigación es de particular interés el observar los hábitos de alimentación, control médico y cuidados preventivos de los periodistas que han sido diagnosticados con diabetes en la ciudad de Monterrey. El período de tiempo en el que se realizaron las entrevistas fue del 25 al 31 de marzo del 2018, siendo contactados a través de sus redes sociales y vía telefónica.

El estudio es relevante porque al conocer las condiciones de salud, de estrés y de información que tienen los reporteros y periodistas de la diabetes, se podrán desarrollar programas adecuados para su control de la enfermedad y nivel de alimentación. Al identificar las deficiencias y áreas de oportunidad para los reporteros y periodistas de Monterrey se podrán establecerse modelos de seguimiento para el control de su enfermedad y forma de alimentación y suministro de los medicamentos. La investigación aportará información sobre la enfermedad de la diabetes en los reporteros y periodistas de Monterrey para desarrollar programas y encaminarlos a un mejor control de la enfermedad.

Metodología

La investigación realizada es del tipo cualitativo al realizar nueve entrevistas de profundidad a periodistas de Monterrey, Nuevo León. El alcance de la investigación es carácter no experimental, realizado bajo un método exploratorio, prospectivo y descriptivo. Su enfoque se sustenta en los reporteros que padecen de la diabetes en varios tipos.

En una primera etapa se contactaron a más de quince reporteros y periodistas que tenían diabetes para explicarles la razón de la entrevista y el objetivo. Posteriormente se hicieron las citas y llamadas para realizar los diálogos; siete fueron de manera telefónica y dos de manera personal. La mayoría de las entrevistas se realizaron después del mediodía y hasta casi la media noche, ya que eran los horarios que podían atendernos los entrevistados.

La técnica que se implementó fue la entrevista de profundidad con nueve reporteros y periodistas que están diagnosticados con diabetes. Ocho tienen diabetes, uno más tiene a casi toda su familia con la enfermedad y él maneja un portal y revista de temas relacionados con la salud. Se eligió la entrevista por ser una técni-

ca eminentemente cualitativa, por su flexibilidad, disponibilidad y el tiempo de cada uno de los entrevistados además de existir una cercanía y amistad con cada uno de los periodistas. Las entrevistas realizadas en la presente investigación fueron realizadas en el lapso de una semana y para su realización se tomaron en cuenta aspectos como la edad del entrevistado, su estado de salud, sus años de experiencia en los medios de comunicación y la información adicional con la que ellos contaban sobre la diabetes.

Algunas de las preguntas que se realizaron a los periodistas fueron por qué se habían dedicado al periodismo, sí antes de elegir esta carrera habían estado o escogido otra, cómo empezaron a trabajar en los medios de comunicación, en qué medios han trabajado, qué fuentes han cubierto, qué funciones desempeñan o desempeñaron en cada lugar donde trabajaron. Luego, en otras interrogantes se les cuestionó sobre cómo se enteraron que eran diabéticos, sí tomaban algún tipo de medicamentos, sobre sus desayunos, comidas y cenas; sus citas con sus doctores en el IMSS o de manera independiente. Cómo su familia y ellos habían reaccionado ante la información de ser diabético, sí cambió su estilo de alimentación y trabajo a raíz de la noticia de que padecían diabetes.

Se les preguntó sobre sus antecedentes de sus familias con la enfermedad, de sí sus hijos o esposa eran diabéticos. Sobre las campañas que hacen los medios de comunicación y las redes sociales para conocer la enfermedad de la diabetes.

También sobre el costo mensual de ser diabético, del apoyo en sus empresas o trabajos por la enfermedad, que sí acudían a cursos, charlas o conferencias que hablarán del tema de la diabetes. Además se les preguntó sobre las consecuencias que les había provocado en su organismo padecer la diabetes, sí las campañas del IMSS u organismos gubernamental son eficientes al transmitir información sobre la diabetes entre otras.

Esta muestra está integrada por nueve periodistas, todos de género masculino, con edades que oscilan entre 47 y 73 años, y con una experiencia profesional de 25 a 50 años en diversos medios de comunicación locales y nacionales. El tiempo de padecer la enfermedad va de menos de un año a 20 años. Siete de los nueve periodistas están casados y dos están divorciados. De ellos, tres no cuentan con seguridad social; dos trabajan por honorarios y otro por su cuenta. Todos tienen hijos. Uno ya está jubilado por

el Instituto Mexicano del Seguro Social y trabaja como *free lance* (independiente y por honorarios). Para proteger su identidad se le ha asignado a cada uno una denominación que son las siguientes:

Denominación asignada	Edad	Experiencia	Años de padecer diabetes	Medicación	Secuelas	Familiares con diabetes	Servicio médico
Periodista	55	33	10	Metformina	Ciego	Sí	IMSS
Boxeador	46	29	19	Metformina	Sobrepeso	Sí	No
Tecnólogo	60	36	16	Insulina	Alta presión	Sí	No
Cantante	60	40	20	Herbolaria	Adelgazó	Sí	UANL
Reportero	49	29	9	Metformina	Adelgazó	Sí	IMSS
Autodidacta	73	50	12	Varias	Cadera dañada	Sí	IMSS
Cronista	54	35	0	Ninguna	Sobrepeso	Sí	IMSS
Editor	47	25	7	Insulina	Pié diabético	Sí	IMSS
Antropólogo	54	33	22	Insulina	Amputación	Sí	No

Tabla 1. *Muestra de participantes y la denominación asignada. Elaboración propia.*

Descripción de la muestra

Reportero es el más joven de los periodistas con 49 años, mientras que autodidacta es el más longevo con 73 años. Tres de los nueve tienen solo un hijo, mientras que los que más tienen son autodidacta con 6 y antropólogo con 14. Todos tienen herencia de la enfermedad a través de sus papás, abuelos, tíos, tías y demás familiares. Siete de los nueve tienen carreras universitarias; uno una carrera técnica y uno más no estudio. Uno más tiene estudios de maestría. Editor es el que menos años tiene en el gremio con 25 por 50 que tiene autodidacta. Tres de los nuevos son insulinodependientes. Todos saben los riesgos que significa ser diabético en sus diversas etapas.

Periodista

Oriundo del estado de Aguascalientes. Con 55 años de edad, se ha dedicado los últimos 33 años de su vida al periodismo. Egresó la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con especialidad en periodismo. Se inició en esta profesión en la campaña del ex gobernador Jorge Alonso Treviño Martínez. Ha laborado como reportero, editor y editorialista en comunicación social del gobierno de Nuevo León; en Santa Catarina y en San Nicolás de los Garza; también, en los periódicos El Diario de Monterrey, El Porvenir, El Sol, La Moneda, y corresponsal de El Nacional y de El Diario de México. Es casado, tiene dos hijos, un varón de 22 años casado; y una hija de 20 años. Ya es abuelo de una niña de dos años tres meses de edad. Desde hace siete años fue pensionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social por quedarse ciego a causa de la diabetes. Estaba en su oficina de la Editora El Sol cuando se le desprendió la retina al estar redactando una de sus dos columnas que escribía. Recuerda con nostalgia a sus padres, ambos viven aún en su natal Aguascalientes y están por cumplir 82 años de edad.

En ocasiones labora por honorarios para revistas de carácter político y se le impidió el ingreso a un periódico regiomontano cuando se enteraron que había quedado ciego. Tiene una computadora a su lado con un software especial para los invidentes. Dice que en su casa anda como pez en el agua, lava la ropa, lava los trastes, hace a veces la comida, barre, trapea y es un fanático bebedor de café. Dice saber toda la información sobre la diabetes, pero lamenta haberla conocido hasta que perdió el sentido de la vista.

Cuando se entera de su diabetes traía 350 de azúcar y él le dijo al especialista que no era diabético. Dice tomar metformina, consultar en la clínica 6 del IMSS situada en San Nicolás de los Garza. Desde su casa en un fraccionamiento de Apodaca, dice no usar insulina, no hace actividad física y gasta 1150 pesos al mes en la comida adecuada para su dieta. Es una persona alegre, se ríe de su falta de vista, dice ser un cazador de cualquier chamba que le caiga para hacer entrevistas, boletines, folletos de información y todo lo que sea útil y para que no se sienta sin hacer nada. No usa zapatos especiales para diabético ni tiene televisión en su casa por la escasez de recursos, pero se entera de la información a través de la radio y los portales de noticias por internet.

Comenta que desayuna avena natural y frutas y café; come normalmente lo que se cocina en su casa y cena un sándwich o algo ligero, todo acompañado de su inseparable café.

En el interior de su casa tiene una colección de música en casetes, discos de larga duración y CD.

Habla que la diabetes es una enfermedad que lo va deteriorando, pero que la puede controlar a la perfección sí lo hace de manera disciplinada. Sube y baja las escaleras en su casa acompañado de un ligero bastón. Pide a los medios de comunicación concientizar a la población y volverlo moda el tema de la diabetes. Dice que el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud gastan muchos recursos económicos en la atención de los diabéticos, pero no la previenen correctamente. Manifiesta que la diabetes no es sólo tener azúcar en la sangre, sino va dañando la vista, los riñones y a veces se llega a la amputación de algún miembro del cuerpo.

Reniega de los medios de comunicación por hacer una cobertura escasa de esta enfermedad. Apunta que la diabetes no debe ser tomada a la ligera porque es crónica y degenerativa y aunque él no padece de hipertensión va de la mano con la diabetes. Aunque heredó la diabetes de su familia, sus hijos aún jóvenes no han tenido los síntomas, por lo que se cuidan. Ambos estudian carreras universitarias en la UANL.

Periodista sigue trabajando por su cuenta en dependencias o en algunas oficinas de gobierno que le piden trabajos a destajo y se le paga por lo que hace. Continúa con su servicio del IMSS por estar pensionado por la ceguera que le provocó la diabetes. Sigue casado y se sigue informando a través de su radio y de las redes sociales de las noticias a diario.

Antropólogo

Es uno de esos periodistas de campo que anda buscando hallazgos de pinturas rupestres en los desiertos del noreste de México. Antropólogo por la Escuela Nacional de Antropología e Historia y con una maestría en Trabajo Social. Es padre de 14 hijos, todos varones, 5 de ellos con diabetes; y hace apenas una semana le informaron que volverá a ser papá. Tiene desde 1985 trabajando en diversas redacciones de periódicos y revistas. Empezó en El Día, Unomásuno, La Jornada, Revista Oficio, Revista Milenio Semanal, Milenio Diario de Monterrey, El Sol y reportero multimedia en Multimedios Estrellas de Oro.

Nace hace 54 años en Sabinas Hidalgo, tiene 34 años de trayectoria profesional en los medios de comunicación y 22 años vive siendo diabético. Es como él se denomina insulinodependiente. Su trabajo como locutor de radio en varias estaciones de la localidad lo hizo estudiar a los diversos grupos de pandilleros de la zona metropolita. Su apodo de Nicho Colombia es bien conocido por todas las clicas de la zona conurbada de Monterrey. Dice haber sido el causante de la firma de un pacto de no agresión de los pandilleros hace poco más de 20 años. Tiene antecedentes familiares de la diabetes. Eran 14 hermanos y su madre murió por la misma enfermedad. Lo mismo la hace de reportero, editorialista, reportero multimedia, crítico y reportero de especiales. Dice que se traumó el día que iba a entrar a laborar a una dependencia estatal en Nuevo León y le ordenaron hacerse estudios generales. Los resultados no fueron nada alentadores; le detectaron azúcar y no fue contratado. En sus períodos de reporteros se tomaba hasta 8 u 9 refrescos de cola. Pero ahora toma de dieta o sin azúcar. Presuponía su malestar por la herencia. Luego supo de todos los daños colaterales que trae el ser diabético: estar enfermo de los riñones, vista, hígado.

Temeroso porque tiene pie diabético acude con un médico naturista que le salvó momentáneamente uno de sus pies. En una ocasión el doctor le marcó la parte del pie que le iba a cortar porque se iría de vacaciones y al final no lo hizo. Y él se lo curó con una plata coloidal que se lo selló repentinamente. Una semana antes de la entrevista le amputaron un pie porque le detectaron una gangrena gaseosa. En su cuenta de Facebook mencionó que dicha enfermedad literalmente *se comió* su empeine y dedos, y los especialistas le confirmaron que tenían que actuar, porque de lo contrario se complicaría su deteriorada salud.

Menciona que va a reconstruirse, que está vivo, y que apenas hasta ahora ha entendido el significado de la palabra familia. Agradece a Dios haber tenido aún vida. Dice que gasta poco más de 1500 pesos al mes entre medicamentos y comida especial para su dieta.

Desayuna fruta y avena con leche de almendra; come pescado o pollo y cena su licuado de avena con ensalada de nopal. Manifiesta que los reporteros que cubren la fuente de salud deben ser muy especializados en los temas que vayan a tocar. Cuando se habla de temas de salud, se le vienen a la mente la diabetes, alta presión, cáncer, y enfermedades respiratorias. Dice que su vida

cambio drásticamente cuando fue diagnosticado como diabético porque cada día aprende cosas nuevas. Define a la diabetes como un huésped que tiene dentro de él y que vivirá en su interior hasta el día que muera. Sugiere que se debe cuidar la población en comer sanamente; dice que la mayoría de los habitantes de nuestro país son diabéticos y muchos ni siquiera lo saben.

Cree que las campañas de las autoridades sanitarias son cada vez más efectivas, que la diabetes sale muy cara y mucho por la alimentación y los medicamentos. Añade que la comida mexicana choca con la diabetes, las tortillas de harina, los chicharrones, la carne asada, y dice que para los diabéticos la carne de puerco es la muerte.

Antropólogo se divorció hace poco de su esposa y vive en la casa de uno de sus hijos en el norponiente de la ciudad de Monterrey.

Ha escrito libros sobre la música del Rebelde del Acordeón *Celso Piña* y del *Binomio de Oro de América.*

Trabaja actualmente en el gobierno del Estado de Nuevo León con jóvenes que dejaron las pandillas y se dedican a impartir conferencias y trabajo comunitario en colonias afectadas por la violencia, pandillerismo y delincuencia organizada.

Autodidacta

El es un periodista de la llamada *vieja guardia,* de esos que se hicieron en las calles y las antiguas redacciones de los periódicos del Monterrey de hace cinco décadas. El es uno de los decanos de los locutores de la radio en Monterrey y sólo otro compañero de la prensa escrita tienen más de 50 años en la talacha periodística. Llega por vocación a la redacción de "El Porvenir", donde el formador y maestros de muchos periodistas Don Francisco Cerda Muñoz, a quién todos llamaban Don Pancho Cerda, le dio cobijo como reportero en ese rotativo por excelencia de la comunidad regiomontana. Primero en "El Porvenir", luego "El Tiempo", "Más Noticias", "El Sol", "Tribuna de Monterrey"; posteriormente "Clave del Noreste", "La Razón", luego tuvo un paso en la administración pública como jefe de relaciones públicas del ex alcalde priista Oscar Herrera Hosking.

Actualmente tiene 73 años de edad, está jubilado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, hace algunos años deja el micrófono en Radio Alegría y el periódico ABC, luego de laborar dos décadas; pero practica la locución desde Núcleo Radio Monterrey desde hace casi tres años en el programa Círculo Informativo Nuevo León al lado del

periodista Rubén Darío Bernal Bernal. Tiene actualmente 6 hijos; la mayor de 48 años, luego otra de 45, una más de 39 y tiene triates de 32 años de edad. Un día estando dormido en su casa se levantó desesperado por una gran ansiedad de sed; de inmediato se dirigió a la cocina a tomar, agua, jugo y refresco porque era abundante su necesidad. Días después de visitar a su doctor de cabecera le dijo esa gran necesidad de refrescarse y de inmediato le dijeron que posiblemente él tenía azúcar. Sus antecedentes es que su madre que tuvo diabetes, aunque murió de otra enfermedad, le platicaba de esa enfermedad. Una hermana menor de él falleció por ser diabética.

Califica esta enfermedad como terrible, porque la diabetes no tiene remedio y es muy difícil controlarla por el tipo de trabajo que se requiere a veces estar o muy temprano en la cabina o salir de madruga de ella en casos necesarios. Desde hace doce años es paciente diabético y se le complicó con una neuropatía; batalla para caminar en tramos largos; usa zapatos especiales para su cuidado y un día simple y sencillamente se resbaló por su fragilidad en las piernas y se fracturó su cadera. Ha acudido a las clínicas de la azúcar porque le dan una dieta muy bien balanceada y los medicamentos le han servido. Sin embargo, eroga entre 5000 y 6000 mil pesos al mes en las consultas con los doctores, los estudios que se requieran y la alimentación especial que requiere.

Casado con casi 50 años de matrimonio, su dieta en la mañana es fruta; a media mañana un almuerzo sin grasa; en la comida no aplica la dieta; por la tarde semillas, nueces. Es de la idea que debes de comer seis veces al día cada 4 horas poquito pero nutritivo. Pero en el mundo del periodismo eso es casi imposible. Conoce en sus inicios de reportero a doctores de la talla de Eduardo Aguirre Pequeño; a Dante Decanini; a Juventino González Benavides; a Enrique C. Livas y Carlos Canseco, entre otros. Sabe que su diabetes es por la herencia de su abuela, más que su mamá. Cuenta la anécdota que un día a un compadre de él le dijo, pásame la dieta, estás bien flaco, y le contestaron: claro, es la diabetes y no te va a gustar; su interlocutor a las pocas semanas falleció de ese mal.

Dice que se impresionó mucho cuando de niño su abuela le enseñaba la glucosa que expelía la orina de ella y se trataban de curar ingiriendo te de pelos elote porque en esas décadas la medicina no estaba muy desarrollada. Platica las historias que un hijo de Don Armando Fuentes Aguirre, el famoso "Catón" tiene un hijo

diabético, al igual que el ex alcalde de San Nicolás de los Garza y ex delegado del IMSS en NL, Jorge Luis Hinojosa Moreno.

Dice que las estaciones de radio y de televisión deben de tocar este tipo de temas, pero sólo lo hacen en cuestiones de tipo comercial. Quiere que se entreviste a personas diabéticas, que ellas narren sus experiencias y vivencias con la enfermedad. Comenta que una hermana suya acude a un club de diabetes del IMSS y también va a otro de la clínica de trabajadores del Universidad Autónoma de Nuevo León. Les ayudan a controlarse.

Recomienda a la población a cuidarse de verdad, y se enoja porque escuchó decir en algún lugar que en México ha bajado el número de diabéticos y eso es imposible; aunado a la cultura gastronómica mexicana con mucha grasa y la herencia familiar, que son algunas causas de esta enfermedad. Fielmente toma su medicamento, que contiene metformina y unos medicamentos adicionales para su neuropatía. Consume pocos refrescos y usa azúcares especiales para diabéticos para endulzar sus bebidas. Cuenta con seguridad social en el IMSS, pero todas sus consultas y estudios los hace su familia con médicos particulares. Espera mejorar de esta enfermedad, pero sabe que es un enemigo a vencer.

Autodidacta ha estado entrando y saliendo en los hospitales por su complicada enfermedad, tuvo una especie de embolia que lo alejó de los micrófonos en el programa de radio en el que participaba a diario para mantenerse activo mentalmente. Los doctores le pidieron cuidados extremos y sólo sale a la calle a cuestiones médicas.

Editor

Con un cuarto de siglo en experiencia dentro de los medios de comunicación, este egresado de la licenciatura de periodismo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, desde hace siete años su vida cambio de manera dramática al serle diagnosticado la diabetes. En sus primeros trabajos en Monterrey, Nuevo León, ingresa a "El Diario de Monterrey" en 1993, donde empieza a desempeñar muchas labores desde reportero de espectáculos, luego en deportes en el rotativo llamado "El Deportivo", en Cablevisión hablando de rock y cine. Entre 1997 y 1998 fue llevado a la sección de locales. Un día por saber el idioma inglés lo mandaron a cubrir una conferencia de un premio Nóbel de Economía, que acudió a Monterrey a una universidad privada y él entrevistó a Jimmy Eckman.

En el 2009, a un compañero muy querido le ofrecen la dirección editorial de "Milenio Tamaulipas" con sede en Tampico, era la época violenta entre los grupos del crimen organizado; aún el grupo de los "Zetas" no se había dividido y esa tierra era muy peligrosa. Emprende con su esposa e hijo el vuelo a la ciudad de Tampico, cuya zona metropolitana también la conforma el puerto de Altamira y Ciudad Madero. Su hijo actualmente tiene 17 años de edad y está sano y además es atlético. Este tamaulipeco de 47 años un día se entera que es diabético y sus planes, forma de vida y de trabajo empiezan a cambiar.

Su abuela era diabética, y falleció a los 58 años de edad; él apenas alcanzaba los ocho años. Su señora madre también des diabética pero ha sabido controlarla. Aunque a veces tiene picos muy altos de concentración de azúcar en su sangre. En el 2011, le dijeron que era pre diabético, y a raíz de eso bajo de peso de casi 130 kilos llego a los 105, de tajó bajó 25 kilos. El dice que es mentira afirmar que la diabetes te da por consumir la comida chatarra sino por el exceso de estrés. Dice que a veces, los mexicanos no dejamos que nuestro cuerpo haga su metabolismo natural. Y eso hace que se deposite la grasa en el mismo cuerpo al no tener actividad física. Eso lo obliga a caminar, luego a trotar y hasta en carreras de 5 kilómetros ha participado porque lo que busca es no deteriorar su salud.

Dice que leyó un libro llamado la dieta de las tres horas y en ese texto se dice que se debe consumir algo ligero, como un plátano, una manzana para que el estómago se autoproteja. Toma medicamento para diabético y usó la insulina, dice que poco a poco la tenderá a dejar al haber progreso en su salud. También recuerda un libro del desaparecido Eduardo del Río, Rius, cuyo título es La Panza es Primero. Dice que su dieta se basa mucho en combinar los vegetales con proteínas, pero insiste que a los carbohidratos hay que darles su justa dimensión. Esta enfermedad le ayuda en su persona porque adelgazó, se mueve más físicamente y el estado anímico lo trae elevado. Su esposa es la que le hace los desayunos y comidas, basados en fruta por la mañana y huevos al gusto. En la comida pescado o pollo con sus porciones de verduras y cena algo ligero como almendras y cacahuates.

Su horario de trabajo es de 6 de la tarde a dos o tres de la mañana porque es el encargado del cierre, y además cuenta con varias responsabilidades más como ser editorialista y reportero del área

de negocios. Consume refrescos sin azúcar; tiene seguro social donde le proporcionan los medicamentos cada mes y se gasta poco más de 1500 a 2000 pesos en la comida especial que usan los diabéticos. Los plátanos son su pasión, no los perdona cuando tiene oportunidad de comerlos. Se le vienen a la mente las enfermedades como el cáncer, cuando habla de temas de salud. Dice que la zona industrial en la refinería en Ciudad Madero ocasiona muchos tipos de cáncer.

Él cree que la clave para superar la diabetes es el ejercicio y la enfermedad se controla. "A mí me vendieron la idea de que la diabetes era incurable, sostiene y afirma, que se puede erradicar". Conoce personas que son diabéticas y tienen más de 90 años. Recomienda balancear la alimentación con el ejercicio.

Editor dejó de hacer ejercicio y se excedió en sobrepeso, sigue con sus rutinas largas de trabajo en el periódico y en una estación de radio, medios en los que colabora en Tampico, Tamaulipas. Cree que seguirá trabajando en aquella entidad hasta que llegue el momento de su jubilación. Con esto de la convergencia digital cada vez su trabajo se va transformando más a redes sociales y nuevas tecnologías que a las ediciones normales en la que empezó a trabajar en el rotativo.

Cronista

Tiene 54 años y es originario de la ciudad de Monterrey, cuenta con 35 años de experiencia dentro del periodismo. Desde muy pequeño leía y escribía todo tipo de cosas. Cuando entra a la preparatoria le llamaba la atención las carreras de periodismo, psicología y leyes, sin embargo, se decide por la carrera de periodismo porque un familiar le comentó que la carrera de leyes estaba muy saturada y que los abogados que egresaban no encontraban trabajo. Otra de las razones por las que escogió el periodismo fue por una tarea que le dejaron sobre un periódico mural y le que agrado. Entra directo a la carrera de periodismo sin examen de selección ya que no existía en aquel entonces. Empieza su carrera en los medios de comunicación como enlace de prensa en el mundial juvenil de futbol de 1983 ayudando hacer boletines y a cubrir los entrenamientos. Después entró a un curso de periodismo en el Diario de Monterrey impartido por Joel Sampayo. Ha laborado en "El diario de Monterrey", "Extra de la tarde" ,"Extra de la mañana", "El momento de Za-

catecas" , "News Papers de Houston" además de haber realizado trabajos para las cajas populares ,CANACOPE y para el municipio de linares. Se ha desempeñado como reportero policiaco, editor, sub director editorial, coordinador y director los diversos medios donde ha trabajado. Ha cubierto las fuentes de Gobierno del Estado, sector privado, los juzgados y de salud.

Su familia está conformada por su madre, cuatro hermanos, dos hijos, su nuera (esposa) de un hijo que falleció y su nieto. Solo la madre tiene principios de diabetes aunque se cuida y se ha mantenido generalmente controlada. Se da cuenta de que su madre era diabética cuando ella le comenta que tenía alto los niveles de azúcar, hace aproximadamente diez años. Su madre cuenta con Seguro Social y se atiende en la clínica siete en San Pedro. Dentro de su familia ha habido dos tías que han muerto a causa de la diabetes antes de los 60 años de edad.

Desde que supo que su madre era diabética deja de llevarle pasteles en sus cumpleaños y mejor la invita a comer. En su familia se han dado algunos cambios por parte de sus hermanos, dentro de su alimentación y al someterse a dietas para buscar cuidar su peso. Sobre la información que tiene de la diabetes, reconoce que la mala alimentación provoca la obesidad pero también el exceso de azúcares y de grasas, lo que hace que los órganos terminen atrofiándose. En su área laboral, no ha cambiado mucho su forma de realizar las coberturas sino más bien sus hábitos de vida al poner más atención evitando comer alimentos con azúcares, refrescos y grasas además de hacer ejercicio. Aunque ha tratado de concientizar a su familia no es fácil convencer a la gente sobre la importancia de llevar una alimentación sana y una actividad física.

Llega a la fuente de Salud por casualidad mientras buscaba otras notas y se ha sentido a gusto trabajando en está, debido a que es una fuente que se ha auto asignado porque le interesa estar muy al tanto de lo que esta sucediendo, las estadísticas y los nuevos tratamientos. Cuando va hacer una cobertura de salud las enfermedades que se le vienen a la mente son la diabetes, la hipertensión , los problemas circulatorios y los respiratorios. Cuenta con el apoyo de sus jefes para la cobertura de la fuente de salud e incluso lo apoyan cuando tiene que ir algún evento fuera de la ciudad. Siempre que se da la ocasión, platica con sus compañeros de trabajo sobre enfermedades como la diabetes, ya que es una enfermedad

a la que le tiene miedo por el deterioro que va teniendo el cuerpo y como va atrofiando los órganos. Ha asistido a congresos y cursos de salud donde lo que más le ha interesado es la prevención.

A raíz de que supo que su madre era diabética y que tuvo una experiencia similar con uno de sus compañeros reporteros se dio cuenta de que cualquier persona es vulnerable a padecer está enfermedad y que los malos hábitos pueden conducir a ese padecimiento. Una de las ventajas que tiene al cubrir fuente de salud es el poder platicar con los especialistas sobre dudas especificas. La experiencia que tiene con su amigo reportero le dejó claro que se tiene que investigar más sobre esta enfermedad y que existen otros reporteros en la ciudad de Monterrey que no saben que padecen la diabetes ya que la enfermedad no se manifiesta hasta que ya está muy avanzada. Cree que en los medios de comunicación se habla mucho de lo mismo sobre la diabetes pero no se concientiza de que este padecimiento es algo real, y que se debe constantemente recordar a la gente que los mexicanos tenemos un gen que nos hace especialmente susceptibles a la diabetes. En este sentido, aporta el dato de que en México somos el primer lugar en obesidad en el mundo y eso repercute en el desarrollo de esta enfermedad. Piensa que una forma para que los reporteros, los conductores y la gente de los medios puedan colaborar para mejorar la cobertura de la diabetes es el ir a platicar directamente con los diabéticos, con familiares que padecieran esta enfermedad, platicar con especialistas, ver estadísticas y tener en cuenta los subtemas de la enfermedad. Propone además crear un catálogo o un calendario de temas relacionados con la diabetes desde la prevención , el control y la medicación para poco a poco ir concientizando a la población.

Observa que, aunque el IMSS hace campañas al respecto, el no ve que sean efectivas ya que el problema es que los mexicanos siempre dejamos todo para mañana inclusive nuestra salud. La diabetes es una enfermedad que nos debe preocupar aunque seamos jóvenes y que se debe incluso prevenir en los niños ya que somos muy dados a mal alimentarlos. Cree que debemos concientizarnos que la diabetes es una enfermedad real y que es muy peligrosa ya que acaba con la calidad de vida de las personas.

Cronista continua su trabajo intenso de reportero en Multimedios Televisión, maestro en la Facultad de Ciencias de la Comunicación

de la Universidad Autónoma de Nuevo León y como editor de una revista que toca la tema de la salud desde diferentes enfoques.

Hace algunos meses acaba de ser designado presidente de la asociación estatal de periodistas en Nuevo León, organización a la que quiere llevar especialistas que hablen de los trastornos en el trabajo diario de los periodistas y reporteros y tocarán básicamente la alimentación, estrés, diabetes, trabajo de cobertura de violencia, entre otras.

Cantante

Tiene 60 años de edad, se dedica al periodismo porque desde niño supo que era lo que quería y sabía hacer. A la edad de 13 años comenzó sus prácticas en la radio en la XEW. Actualmente tiene más de 40 años de experiencia y ha laborando en el área de comunicación del municipio de Monterrey y en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Ha cubierto todas las fuentes periodísticas aunque la de cultura es la que menos le gusta. Se especializó en la elaboración de reportajes en una revista local pero la dejó porque le generó problemas de seguridad a él y a su familia.

Cuenta con antecedentes familiares de diabetes en su familia materna y también él es diabético, actualmente se encuentra controlado gracias a que toma productos naturales como la moringa y el ajo japonés. Tiene información sobre la diabetes por lo que ya presentía que tenía esta enfermedad antes de que lo diagnosticaran debido los síntomas que presentaba y su experiencia con su madre y un tío que también padecía ésta enfermedad. Tiene alrededor de 20 años con diabetes y la enfermedad no lo ha hecho modificar los hábitos familiares. Tiene asistencia médica por parte de la Universidad y cada seis meses se hace análisis además de un chequeo general al año. La enfermedad no ha afectado su manera de trabajar aunque sí ha ido disminuyendo sus actividades laborales para estar mejor a pesar de que su carga de trabajo ha ido disminuyendo por ser maestro universitario desde 1981.

Se divorcia hace poco más de un año y actualmente vive solo. Menciona que vive mejor que antes y que gasta muy poco o casi nada mensualmente en sus tratamientos de la diabetes. Dentro de sus hábitos alimenticios tiene la costumbre de almorzar café, fruta, pan integral y huevos. No consume refrescos aunque sean de dieta y no le gustan las cosas dulces aunque de vez en cuando

se come una rebanada de pastel. Por la noche cena un yogur con frutas y un café con canela.

Varias veces fue hacer coberturas de salud representando a la Universidad y le gusto la fuente, sobre todo por el contacto que se tiene con los investigadores de la Universidad. En este sentido, observa que la fuente de salud tiene la característica de ser elitista y cerrada aunque reconoce que hay algunos casos de personas que si compartes sus investigaciones a través de los medios. Cuenta con el apoyo en su trabajo por su enfermedad pero que no lo ha necesitado hasta el momento. Platicó mucho con uno de sus compañeros reporteros que también padecía de diabetes para que se cuidara pero no lo logró y falleció. Ha acudido a la clínica de la diabetes de los servicios médicos de la Universidad aunque considera que no hay nada nuevo que aprender. No ha visto ninguna información sobre diabetes en la televisión pero cree que si los conductores o reporteros se tomaran este asunto con verdadera convicción lograrían generar un bien social. Solo ha visto buenas campañas de prevención de la diabetes por parte de la Secretaría de Salud a nivel Federal. Cuando piensa en enfermedades se le vienen a la mente la obesidad mórbida y la diabetes y esta última le recuerda que *le robo a su madre*.

Cantante está en vías de su jubilación en la Máxima Casa de Estudios, porque ya cumplió sus años de trabajo en la UANL, y a que fue diagnosticado con un cáncer que ha avanzado en su cuerpo y prefiere retirarse antes de que la enfermedad le provoque mayores malestares y le impida dar cátedra y salir de su casa y manejar hasta la Facultad de Ciencias de la Comunicación.

Tecnólogo

Cuenta con 36 años de experiencia dentro del periodismo al cual llegó por casualidad ya que estudio la carrera de Ingeniería en electrónica y comunicación. Ha colaborado en medios como: el Porvenir, el Norte, el Diario de Monterrey y grupo Milenio, en donde ha realizado varias funciones como las de corrector de estilo, redactor, traductor, diseñador, reportero, editor de sección, cartonista, columnista y director. Ha cubierto las fuentes de ciencia, de salud y la de tecnología.

Se dio cuenta de su enfermedad hasta que se realiza unos estudios que le solicitaban para poder comprar un seguro, sin embargo,

durante varios años ignoró la enfermedad hasta que llegó un momento en que se vio envuelto con severos problemas de salud. Sus dos padres padecieron diabetes e hipertensión y él es el único que padece diabetes de todos los hijos. Comenzó a cuidarse con dietas y ejercicio, pero la vida que conlleva el periodismo no le permitió ser constante en sus actividades físicas. Fue hasta que un endocrinólogo le dijo que no podía controlar su diabetes solo con ejercicio y dieta que comenzó a usar la insulina. Ha pasado por dos fases, tiene una insulina normal y otra insulina de larga duración. No cuenta con seguridad social para atender su enfermedad ya que esta sub contratado en la empresa donde labora, motivo por el cual se atiende de forma personal y sus gastos mensuales para comprar medicamentos están alrededor de los $1,500.00 pesos.

Vive solo en la Ciudad de México y regularmente no tiene las tres comidas pero su almuerzo típico consiste en unos huevos a la albañil aunque prácticamente no cocina por lo que come en lugares cercanos a su trabajo. Anteriormente tomaba mucha Coca-Cola y ahora ya solo toma refresco light y sin azúcar. La información que tiene de la diabetes es que se trata de una enfermedad crónica pero controlable si se aprende a vivir "controladamente". A partir de que supo que padece de diabetes, sigue la fuente de salud y sus temas con mayor interés con la esperanza de encontrar nuevos medicamentos o formas eficientes de atacar su enfermedad, sin embargo, no asiste a cursos o platicas acerca de la diabetes a menos que la fuente lo requiera.

Aunque no lo ha ocupado, no existe un apoyo formal en su trabajo, lo único que han hecho es canalizarlo con especialistas. No platica con sus compañeros sobre la enfermedad pero las principales enfermedades que tiene en mente con las coberturas y campañas de salud son las enfermedades metabólicas, cardiopatías , obesidad, diabetes y algunos cánceres, como el de mama y el cáncer de próstata. En lo personal no ha visto campañas contra la diabetes que valgan la pena, pero cree que la responsabilidad por la salud es la mejor forma de enfrentar este padecimiento. Las campañas del IMSS y de la Secretaría de Salud no le logran transmitir un mensaje lo suficientemente fuerte para llamar su atención y cree que los médicos comenzaron hacer campañas contra la diabetes muy tarde ya que anteriormente era muy raro encontrar gente obesa y ahora es de lo más normal.

Las herencias genéticas son su mayor temor debido a que su padre murió de Alzheimer y la considera una forma terrible de morir. Cree que sí no se logra controlar la diabetes, los últimos años de vida serán muy sufridos.

Tecnólogo en los últimos meses ha tenido algunas recaídas y ha ido a parar al hospital por sus descompensaciones en el azúcar. Actualmente trabaja desde su casa en lo que llaman *Home Office* por la pandemia del covid 19; aunado a que el rotativo en el trabaja ya tiene un gran avance en su convergencia digital y pronto dejará de aparecer en papel. No sabe sí se quedará a vivir en la Ciudad de México o regresará a Monterrey para estar cerca de su hijo.

Reportero

Es oriundo de Tamaulipas, tiene 49 años de edad y cuenta con 29 años de experiencia dentro del periodismo. Desde la adolescencia le llamó la atención los medios de comunicación , sobre todo el área de deportes y siempre le gusto la carrera de periodismo. Viene a realizar sus estudios de licenciatura a Monterrey en la Facultad de Ciencias de la Comunicación UANL. Ha colaborado en medios como el ABC y la agencia de noticias Notimex donde ha realizando funciones desde teletipista, corrector de ortografía, redactor, productor, reportero, editor y corresponsal. Ha cubierto todas las fuentes aunque la que más le gusta es la de política. Se ve dentro de diez años todavía ejerciendo su profesión ya que le motiva el hecho de que se trata de una carrera que constantemente lo saca de su zona de confort lo que para él es un reto día con día.

Su familia estuvo conformada por sus padres y cinco hermanos donde la mayoría se dedicaron a la docencia. Cuenta con antecedentes de diabetes en su familia en uno de sus abuelos maternos, ninguno de sus hermanos o padres desarrolló o ha desarrollado esta enfermedad hasta el momento , solo él. Padece la diabetes desde hace nueve años y se dio cuenta de que tenia la enfermedad cuando fue a consulta por algunos síntomas que observaba y que no consideraba normales. Antes de empezar su tratamiento llegó a tener niveles arriba de 300 y atribuye el desarrollo de su enfermedad al estrés que tuvo al enfrentar la enfermedad que padeció uno de sus hijos durante nueve meses y su posterior muerte.

A partir de que fue diagnosticado con diabetes, su vida cambio principalmente en lo referente la alimentación, comenzó a dejar

las grasas y los azúcares para mantenerse en forma, aunque por las actividades que conlleva el periodismo, le es difícil llevar una disciplina alimenticia y algunas veces consume refrescos de dieta. Su desayuno cotidiano es huevo, frijoles, verduras o nopales y en la comida puede consumir pollo, pescado e inclusive una carne roja de vez en cuando. Para la cena prefiere un yogur con frutas. Su familia se ha acostumbrado a comer la dieta que el lleva. Cuenta con seguridad social y se atiende en el IMSS por lo que no tiene gastos adicionales por su enfermedad. Los medicamentos que toma son Metformina, Bezafibrato y Glibenclamida.

Dentro de su trabajo no ha tenido la necesidad de solicitar apoyo por su enfermedad, pero si se siente con el apoyo y confianza si lo llegara a ocupar en un momento dado. Cree que la diabetes es una enfermedad con la que se puede vivir y sobrellevarla. No ha asistido a cursos o conferencias sobre este padecimiento pero si ha asistido a las pláticas dentro que imparten en su clínica. Ha cubierto la fuente de salud y le resulta interesante, piensa que el reportero que cubre esta fuente debe tener la sensibilidad y la capacidad de plasmar en una nota la información que realmente sea efectiva para la gente. La información que tiene sobre la diabetes es que se trata de una enfermedad que tiene que ver con los hábitos alimenticios y el sedentarismo. Cuando piensa en campañas de salud las enfermedades que recuerda son las crónico degenerativas, problemas del corazón, el cáncer, la diabetes.

Su forma de cubrir la fuente de salud cambia al ser diagnosticado con este padecimiento, ahora profundiza más en la información buscando conocer más sobre dietas y métodos alternos. Observa la diabetes como una enfermedad a la que todos estamos expuestos, pero a la que podemos evitar, o al menos controlarla con buenos hábitos alimenticios. No ha visto información valiosa dentro de las campañas de salud aunque reconoce los talleres que se imparten dentro de las clínicas del IMSS. Cree que los conductores y reporteros deben ser más sensibles con el tema de la diabetes, además de que deben tratar de conocer más sobre este padecimiento.

Reportero ha batallado en cuestiones laborales desde hace casi un año, la nueva directora de Notimex, empresa en la que trabajaba desapareció todas las corresponsalías en México y despidió a muchos de los colaboradores, algunos con más de 20, 25 y hasta 30 años de experiencia; unos están en litigio y otros como él

aceptaron la liquidación que les ofrecieron. Empezó junto con los corresponsales locales, regionales, nacionales e internacionales una página de noticias donde poco a poco han tenido clientes y con esa entrada de recursos subsisten, aunado a que desempeña asesorías a organizaciones políticas y funcionarios que le piden ayuda en el manejo de medios.

Boxeador

Periodista de 46 años con una experiencia de 29 años. Desde niño le gustaba dar sus puntos de vista y no quedarse callado. Le gustaba el fútbol y llevaba sus estadísticas en una libreta. Empezó su carrera periodística haciendo notas para Patadas Regias y después paso al El gráfico donde le ofrecieron trabajo. Estudió la carrera de Auxiliar contable y electricidad ya que fue una persona muy inquieta que buscaba su lugar hasta que lo encontró en el periodismo.

Ha colaborado para Patadas regias, El gráfico, Box y lucha, Express de la tarde, Multimedios y Milenio. Dentro de las funciones que ha desempeñado en estos medios se encuentran la de reportero, editor de deportes y jefe de prensa. Tiene además una página web especializada en el box y próximamente abrirá un canal en YouTube sobre el mismo tema.

Su familia cuenta con antecedentes de diabetes por parte de sus dos padres y su cuatro hermanos y algunos tíos. La información que tiene sobre la diabetes es que es una enfermedad degenerativa pero que si uno sabe tratarla se puede vivir con ella. Tiene veinte años padeciendo diabetes y la ha controlado con dieta y medicamento. Se dio cuenta que era diabético en una reunión donde se hicieron la prueba de la diabetes con un glucómetro y sus niveles salieron arriba de 300. Atribuye su enfermedad a un fuerte susto que tuvo al estar cuidando a su papá que estaba hospitalizado. Al ser diagnosticado con diabetes, su vida ha cambiado en ciertos aspectos como por ejemplo tener que llevar consigo los medicamentos a donde va, tener que dejar el chocolate, los gansitos etc. Es una persona que llega a pesar 140 kilos, pero a raíz de la enfermedad deja de comer comida chatarra y bajo su peso a 115 kilogramos.

Se atiende en el IMSS pero solo le dan Metformina y otro medicamento y aunque lo han enviado atenderse con la nutrióloga no le ha funcionado del todo las dietas ya que se queda con hambre por lo que se le hace imposible seguir correctamente su régimen

alimenticio. Acudía a las clínicas para el azúcar pero las dejo por que le daban medicamento muy caro y no le bajaban los niveles de azúcar por lo que volvió a los tratamientos tradicionales. Actualmente, gasta menos de 300 pesos al mes en su enfermedad y usa zapatos especiales para diabético que le cuestan 480 pesos con un amigo que tiene zapatería.

Dentro de sus desayunos acostumbra pedir tres gorditas o huevo al gusto, tortillas de maíz o tacos de barbacoa o chicharrón. Su comida es variable, a veces prepara un cortadillo de res y en la cena acostumbra comer un sándwich, tacos de pollo, una gringa o tacos de frijoles con chorizo. Algunas veces toma refresco light pero por lo normal trata de tomar agua con Clight. Lo han operado tres veces y no ha tenido complicaciones ya que le han cerrado bien las heridas porque se cuida, las operaciones fueron por absceso perianal, la otra un absceso en la ingle y la tercera fue una circuncisión. Su enfermedad no ha impactado en su familia ya que lleva una vida normal. No ha cubierto la fuente de salud y no cuenta con el apoyo de sus jefes en el trabajo por su enfermedad.

Cuando piensa en una campaña o cobertura de salud, las enfermedades que se le viene a la mente son el cáncer, la diabetes y el autismo. Las campañas que organizan la Secretaría de Salud y el IMSS no llegan a concientizar realmente a las personas debido a que les hace falta… Además de incluir en sus cuadros básicos medicamentos más avanzados para tratar esta enfermedad. No ha acudido a cursos o seminarios para informarse sobre la diabetes , solamente la información que ha recibido del Seguro Social. Con sus compañeros habla acerca de la enfermedad y les comenta sobre la importancia de hacer deporte ya que ayuda mucho para evitar esta enfermedad.

No ha visto campañas en la televisión efectivas contra la diabetes por lo que piensa que es necesario encausar las campañas para enseñarle bien a la gente lo que es la diabetes ya que el problema radica en que no nos enseñan como combinar nuestros alimentos desde que somos pequeños. Observa a la diabetes como una enfermedad degenerativa de la que el paciente busca encontrar una solución. No se le debe tener miedo a saber si se padece de diabetes ya que si es detectada a tiempo puedes llevar una vida sana y saludable. No ha detectado ningún síntoma de diabetes en sus hijos aunque aún son pequeños.

Los resultados obtenidos a lo largo de las nueve entrevistas ofrecieron tener un panorama más amplio de lo esperado gracias a las aportaciones sobre tratamientos y cuidados preventivos que muchos de estos periodistas aportaron a la presente investigación. Sin duda una de las partes más importantes ha sido el poder obtener información relevante de las experiencias de cada uno de ellos una vez diagnosticada la enfermedad y de cómo la sobrellevan día con día.

Boxeador sufrió la pérdida de empleo donde trabajaba en el periódico Express como editor de deportes y comenzó a trabajar por su cuenta. Aunque se alejó de su familia regresó a su casa para atenderse el problema de diabetes que le aqueja desde hace años. Asesora a empresarios en el ramo boxístico, sigue con su página del deporte de los guantes y colabora en diversos medios de información por etapas.

Resultados

Con base en los datos obtenidos en las entrevistas se pueden identificar las categorías siguientes:

Trabajo por encima de todo. Los reporteros ponen su trabajo por encima de su salud, familia y otros beneficios personales; aunado a las largas horas de trabajo, de viajes y por lo mismo descuidan su alimentación y sus horas mínimas de sueño y están sujetos a una permanente tensión, estrés y descontrol alimenticio. El comer pocas ocasiones en casa por las arduas jornadas laborales, el reportero come en la calle, sin los mínimos requisitos de higiene y de nutrición, lo que puede provocar problemas estomacales, acidez y gastritis. Esto los lleva a la obesidad y al sobrepeso por consumir comidas chatarras y refrescos de cola. Toman agua para estar hidratados al 100%. No están acostumbrados a tomar los medicamentos con estricto orden; a veces lo hacen, a veces no. Son descuidados en el suministro tanto del medicamento como de las insulinas y las visitas normales o de emergencia con el doctor.

Tuve que adecuarme a cambiar la alimentación y el estilo de vida, comprometerme conmigo mismo a alimentarme adecuadamente, a alejarme de los que hace daño. (Periodista)

El diabético hasta que ya tiene un problema fuerte de vista, de pie diabético, de riñones se da cuenta que tiene problemas irreversibles. (Antropólogo).

La diabetes es cuestión de mala alimentación, los malos hábitos te provocan la obesidad. (Cronista)

Yo sigo entrando a la hora que me citen, he trabajado lo mismo en la mañana que en la noche. (Autodidacta)

Medicina Alternativa. *Aunque no me interesaba la cuestión de la dieta, qué tipo de comida podía uno ingerir, alimentos y horarios, alimentos sí, conferencias no hay tiempo. (Antropólogo)*

Todavía en actividad, eso es lo que me gusta y todavía me siento con fuerzas para seguir dando, es una actividad que no tiene rutina que es distinta en el día a día, de repente salen coberturas de actividades que muchas veces son un reto, son de temas muchas veces que en un momento dado dices no estoy tan familiarizado pero a la vez lo ves como un reto que de repente te saca de tú zona de confort pero yo como quiera yo lo veo como un reto para seguir aprendiendo y conociendo, entonces en ese sentido todavía me siento con energía para seguir en actividad. (Reportero)

Pienso hacer un canal de YouTube para seguir posesionando mi página. Y entre mis planes está la realización de un libro de boxeo, ya estoy trabajando en ello, espero que si salen las cosas, estarlo terminando y presentándolo a finales de año. (Boxeador)

He tratado, pero la verdad es que prácticamente se me hace imposible, me ponen una dieta, yo soy una persona que tú sabes que todos los cuerpos son diferentes pero yo soy una persona que peso más de cien kilos y pesaba ciento cuarenta pero a raíz de la diabetes y que tuve que bajar porque deje de comer golosinas y cosas de esas ya me fui a ciento quince y es en lo que me mantengo ahorita pero ya es raro que me coma unas papitas, el chocolate trato de no comer nada absolutamente ni cosas muy dulces que se que me van afectar. (Boxeador)

Derechohabientes del IMSS. La mayoría son derechohabientes del IMSS u otros sistemas de seguridad social, lo que permite que no gasten dinero adicional en medicamentos o tratamientos que reciben en el instituto. No acostumbran a ir con el doctor a realizarse exámenes médicos mínimo una vez al año. Acuden cuándo se enferman realmente y en sus trabajos les piden los comprobantes de las incapacidades para que le sean pagadas. Son pocos los reporteros o personal que trabaja en los medios de comunicación que carezcan de seguridad social, ya sea Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE, o servicios de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Carecen de recursos adicionales para contar con seguro de gastos médicos mayores para ellos y sus familias por ser muy onerosos.

En el seguro no me la he atendido hasta el momento, fui a que me registraran el expediente como diabético, he tenido médicos especialistas en la clínica del azúcar donde te controlan bien. (Autodidacta)

"En servicios médicos de la UANL y con los tratamientos , de hecho cada seis meses me hago análisis, cada año me hago revisión de los signos elementales, de la retina por ejemplo, y estoy estable afortunadamente desde hace muchos años, no he perdido visión y si la he perdido ha sido por tanto creo. Sí, en la noche ya casi no (manejo coche), sobre todo largas distancias, pero sí manejo normalmente". (Cantante)

Aquí yo lo que observo es más que ni los medicamentos, al menos en mi caso, esta en la cuestión de la dieta, por ejemplo, en casa pues mi esposa procura no utilizar tanto las grasas y el aceite y demás para cocinar, el variar la comida por ejemplo en lugar de las carnes rojas, el pollo, el pescado y pues eso ya contribuye a que uno se mantenga en un estado óptimo. En mi último chequeo por ahí andaba entre 145 y 150 que todavía es alto pero como quiera no esta tan elevado a las proporciones que en un momento dado las tuve. (Reportero)

No sienten que haya mucho apoyo para ellos por parte de la seguridad social: El IMSS hace campañas, pero no veo que sean

efectivas, aquí el problema es que siempre dices mañana empiezo, mañana es sábado, el próximo lunes. (Cronista)

Cuando estuve en una plática de diabetimss, con una enfermera. La creencia general de la diabetes es que la provoca la comida chatarra, y no, ella causante real es el estrés, de eso no se habla. (Editor)

Y recalca:

El Seguro social pues la clásica la solida y metformina y ya, pero te voy a decir una cosa, ellos también me han mandado a que me atienda con la nutrióloga, pero como que digo te dan dietas no personalizadas, te dan una dieta general y en la dieta general. Quisiera creer en que en el Seguro esta actuando bien pero hay muchos medicamentos que nosotros ocupamos y que han salido más vanguardistas como el "Janumet" cosas de esas, hay buenos medicamentos pero no los quieren dar, ¿por qué? Porque son más caros y el Seguro no lo mete en su lista. La verdad yo pienso que hace falta no nada más concientizar sino deben de apoyar en ese sentido pero pues bueno a ver ellos a ver como le hacen. (Editor)

Sobre el IMSS, te dicen te vas a comer doscientos gramos de pollo, cien gramos de esto, dos tortillas a lo mucho y ya, ósea es una dieta que te deja hambre, ósea que para el cuerpo de uno es imposible de seguirla, la verdad, te quedas con hambre y todo. No es lo mismo que esa misma dieta se la dan a una persona que pesa cuarenta y ocho kilos, ósea no es lo mismo, son diferentes, es como si te dicen sabes que por ejemplo a mi cuando me duele la cabeza fuerte, tomate una "Naproxen" , yo me tomo una "Naproxen" equivalente no a 500 mg., sino a 1000 mg., en vez de tomarme una, me tomo dos, porque el cuerpo mío es mucho más grande y se supone que el medicamento te lo dan no por la edad, te lo dan por los kilos. (Editor)

Tecnólogo carece de seguridad social y se paga de manera personal sus gastos por la diabetes.

Como soy profesional independiente y en el periódico me tienen así como proveedor externo, no tengo ningún tipo de seguro. Me atiendo con médico particular, yo me pago consultas medicinas y todo. (Tecnólogo)

Manejo de la información. -Se manejaba una información normal, intrascendente de la diabetes y enfermedades afines, principalmente por el desconocimiento del significado real del mal y sus consecuencias en el corto, mediano y largo plazo. Los medios de comunicación emiten muchos comerciales sobre productos que contienen altos contenidos de azúcares. Y también se transmiten infomerciales de las empresas que venden productos para la curación de la diabetes. En ocasiones se toca el tema en programas de análisis o en reportajes normales por el evento de salud o el día internacional de la diabetes. La cobertura cambia drásticamente, al conocer que ellos o algún familiar son prediabéticos o diabéticos, se quieren informar más a fondo de la enfermedad, los medicamentos a usar, los beneficios de la insulina y la forma de alimentación con vitaminas y nutrientes.

No he visto nada, o sea, insisto siguen con la política del miedo, siguen echándole la culpa perse a la alimentación chatarra, esa ha existido toda la vida. A mí me vendieron que era una enfermedad incurable, ahora es controlada y se puede erradicar; el secreto está en comer bien y hacer ejercicio, si se come bien no te ayude los niveles de glucosa, no matarse de hambre ni de ejercicio, hay que balancear ambas. Y hay gente diabética que acaba viviendo más de los que hacen ejercicio y eso está demostrado hasta 80 o 90 años. (Editor)

Es una enfermedad o un padecimiento al que todos estamos expuestos, pero esta en uno el poder tener hábitos alimenticios, de ejercicio y demás para si no evitarla, si en un momento dado controlarla si es que ya se padece. Y por ejemplo en nuestros hijos inculcarles buenos hábitos porque te digo en el pasado no había tanto problema de eso y pues ahorita es muy común afrontar ese tipo de situaciones. (Reportero)

Mucha desinformación, mucha desinformación y producto misma de las costumbres de los hábitos alimenticios, cada vez creciendo más y sobre todo me he dado cuenta de que cada vez

hay más niños diabéticos. Todos tratan de inducirte a comprar productos mágicos, pero realmente enfocados a procurar la salud por la salud sin afán económico no, no hay. (Cantante)

Tecnólogo lanza una crítica a los doctores por su inacción ante el crecimiento de la enfermedad:

Pero lo más terrible de todo esto, los médicos mismos hicieron muy tarde la campaña (contra la diabetes). Yo recuerdo cuando era niño, mis compañeros, era raro que hubiera un gordo, todos flaquitos, los maestros también todo mundo estaba flaco. Dónde estaban los médicos cuando se estaba gestando toda esta epidemia obesidad. No decían tenían, los indicadores y las herramientas cuando lo dijeron era muy tarde. Camino por la zona centro de la ciudad de México. Ahora ves en la calle pocos flaquitos y muchos gordos (Tecnólogo).

Como "influencers", podrían hacerlo si realmente tuvieran convicción de generar un bien social utilizando su imagen como "influencers", como líderes de opinión pudieran por ejemplo quién podría decirte, en el caso de las mujeres María Julia, Lety Benavides y todos esos, pues nomas las ves y dices pues , ridículo y altamente contrastante que señoras así se pusieran hablar tratando de convencer a su potenciales diabéticos porque todos lo somos de cuidarse. (Cantante)

Se caracteriza por que tienes que estar muy al tanto de que es lo que está sucediendo, las estadísticas que marcan cuales es la información que enfermedad es la que debe preocuparte buscar la relación de unas con otras, y si te vas en un sentido más amplio, pues entra a los nuevos tratamientos que están funcionando, los medicamentos que van creando en los laboratorios, los cambios de hábitos de vida para prevenir. (Cronista)

Y manifiesta que la diabetes sí hace cambiar la forma de comportamiento de los enfermos de este mal:

Sí cambia tu cobertura, cambia tu forma de vida sí. Te das cuenta de que la enfermedad que ellos tienen la puedes tener tú, de los

hábitos que puedas llevar te van a conducir a eso tarde que temprano, quizá tu organismo es más fuerte, pero si te excedes vas a caer en eso, entonces dices tengo que cambiar y la cobertura es, te informas y tienes la ventaja de que vas y platicas con los especia a mayoría de los reporteros toma el medicamento normal dado en los centros de salud o adquiridos de manera particular, también en ocasiones adoptan los productos milagrosos o alternativos por considerar que les ayudan a superar la diabetes. (Cronista)

Desde hierbas, tés, medicina homeopática y otros tipos de pastillas a veces son usadas ante la creencia que su salud mejorará.

El internista en Escobedo fue el que me sacó la herida del pie diabético, literalmente me modificó las dosis de medicamento y me hizo análisis y me dictaminó por ahí por allá; y una doctora Delfa, a través de la homeopatía y remedios naturales, fue como salimos, al grado que manejaba niveles muy bajos de azúcar, que eso es más peligros que tener niveles altos. (Antropólogo)

Iban a sacar una insulina en polvo, la bronca de la insulina es que la aplicas todos los días. Acabas todo lastimado, o sea, los dedos cuando te están midiendo el azúcar te están picando las yemas de los dedos, y te quedan hipersensibles de tanto piquete. Entonces vi esa clase de desarrollos, pero nunca, la verdad nunca pudo aterrizarse eso (la insulina en polvo) era un polvo demasiado fino, obstaculizaba todos los mecanismos de suministro. (Tecnólogo)

Compro en la tienda de la Facultad de Agronomía con los bonos de libros. Un frasco de Minho de moringa anda en cien pesos, tomo también una madre que se llama Prostamax o algo así para la próstata y otra cosa más que se llama "cardo mariano" para regenerar y reactivar todas las vísceras, básicamente el páncreas, el hígado, los riñones que es donde se concentra los daños mayores por la ingesta de medicamento, todos los sedimentos que va dejando, es el cardo mariano, me ha estado funcionando bastante bien. La cosa de la próstata y todo ese tipo de cosas. (Cantante).

No se cuidan solos. La mayoría de los reporteros no han aprendido a cuidarse solos en lo que respecta a su enfermedad, dependen en gran

medida de las esposas, familiares o personal médico para que les lleven un control de sus medicamentos y alimentos. Este problema en mucho tiene que ver con su actividad laboral ya que están prácticamente ocupados todo el día y trasladándose constantemente de un lugar a otro. Irónicamente cuando asisten a cubrir las notas a los diferentes eventos, tratan de no perder ni omitir ningún detalle del evento, pero en cuestión de su salud son personas muy distraídas que le cuesta mucho estar al pendiente de los horarios en que deben administrarse el tratamiento para poder tener un mejor control de su enfermedad.

En lo que respecta a su alimentación, los reporteros tampoco han demostrado poder cuidarse solos, la mayoría come en lugares donde no se prepara comida adecuada para los diabéticos ni se tienen las condiciones sanitarias adecuadas. Los reporteros diabéticos no son capaces de mantener buenos hábitos alimenticios que les permitan llevar una nutrición equilibrada. En resumidas cuentas comen lo que pueden y en donde pueden lo cual incide rápidamente en su padecimiento y en su calidad de vida. Dentro de sus comidas algunos reporteros también ingieren refrescos o bebidas azucaradas a pesar de saber que no deben hacerlo ya que estas bebidas aumentan su nivel de azúcar en la sangre aunque señalan que solo toman ocasionalmente esta bebida, inclusive algunos todavía de vez en cuando comen rebanadas de pastel.

Mi desayuno prácticamente es muy regular porque me levanto y le digo de repente a mi esposa vámonos fuera, me como tres gorditas en algún negocio o pido un almuerzo que son huevo al gusto, como a la mexicana, unos frijolitos, tortillas de maíz y pues algo así. O me dice que la lleve unos tacos ya sea de barbacoa o de chicharrón o algo así y pues claro ya me como unos taquillos de lo mismo. Pero lógico primero el medicamento y ya después de un rato me tomo un café y luego… ya como. (Boxeador)

Tampoco son capaces de tener su peso ideal, la mayoría de los entrevistado tienen un peso mayor a los 100 kilogramos lo que sin duda nuevamente les complica aun más este padecimiento al no controlar o mantener los niveles recomendables de azúcar en la sangre

He tratado pero la verdad es que prácticamente se me hace imposible, me ponen una dieta, yo soy una persona que tú sabes

que todos los cuerpos son diferentes pero yo soy una persona que peso más de cien kilos y pesaba ciento cuarenta pero a raíz de la diabetes y que tuve que bajar. (Boxeador)

Otro aspecto a considerar es el hecho de que la mayoría no ha aprendido a mantener los cuidados mínimos que la enfermedad exige, varios no compran los zapatos adecuados para los diabéticos, otros siguen comiendo algunas veces pastel y la mayoría se encuentra laborando en ambientes donde el estrés es una constante dentro del trabajo.

Vida sin ejercicio. Las jornadas laborales del reportero suelen ser de más de ocho horas al día, además de tener horarios muy irregulares, por lo que no puede llevar un horario fijo que le permita mantener una rutina de ejercicio constante. Frecuentemente lo más que llegan hacer de ejercicio es el caminar durante algunos minutos al día pero por su dinámica de trabajo no llegan a desarrollar la disciplina del ejercicio constante.

Uno de los principales motivos para no hacer ejercicio en prácticamente todas las personas es la "falta de tiempo" y eso es lo primero contra lo que lucha el reportero. Ninguno de ellos manifestó realizar alguna actividad física o estar inscrito en algún centro deportivo que le permita llevar de mejor manera su enfermedad a pesar de decirse informados y conocer sobre la importancia del ejercicio para el control de éste padecimiento.

Es una enfermedad o un padecimiento al que todos estamos expuestos, pero esta en uno el poder tener hábitos alimenticios, ***de ejercicio*** *y demás para si no evitarla, si en un momento dado controlarla si es que ya se padece. (Reportero)*

Por ende, las consecuencias de no realizar alguna actividad física hace que se dispare la obesidad en la mayoría de ellos y se ponga en riesgo su salud al incrementarse los niveles de azúcar en su metabolismo.

El diabético necesita hacer ejercicio constante, necesita alimentarte bien sin grasas, sin azúcar, sin harinas, ese tipo de cosas para que el cuerpo no engorde, lo ideal es que no tengas gramos de grasa. (Cronista)

Estabilidad Económica. En lo que respecta a la situación económica de los reporteros con diabetes se puede observar que la mayoría cuentan con seguridad social por lo que los medicamentos para tratar su enfermedad se les proporciona sin ningún costo, esto es muy relevante ya que según estimaciones realizadas en diversos estudios un tratamiento adecuado para un enfermo diabético oscila entre los 10 mil a 45 mil pesos por año. Este beneficio, hace que su situación económica no se vea afectada además de que los medicamentos que compran adicionalmente para tratarse alternativamente, no tienen un alto costo.

Otro factor que les ayuda es que la mayoría se cuentan con un trabajo fijo y estable lo que les permite tener ingresos frecuentes para poder hacer frente a los gastos cotidianos y a los de sus medicamentos alternos. Y como tercer factor de estabilidad económica puede observarse que el único reportero que esta pasando por una situación económica precaria es a quien más le ha afectado la enfermedad al perder la vista.

> *Precisamente estaba trabajando en El Sol, estaba trabajando cierto día así normalmente y pufff de la nada se me desprendió la retina del ojo izquierdo, fui con un oftalmólogo privado y pues desprendimiento de retina. (Periodista)*

Por otra parte algunos entrevistados han manifestado que existen medicamentos de más desarrollados y actualizados pero ninguno menciona si los adquieren y cuál sería el costo de ellos.

Finalmente puede observarse que si bien la mayoría se encuentran económicamente estable, no hay tampoco un nivel de vida desahogado que les permita llevar una vida de ostentosa.

Disonancia. Es notable el grado de disonancia que existe en los reporteros diabéticos sobre el conocimiento que tienen de la diabetes y la forma en la que llevan su padecimiento día con día. Existe una especie de arrogancia por parte de éstos informadores al creer que conocen todo la información respecto a la enfermedad y descartan el estar continuamente asistiendo a conferencias o cursos para actualizarse sobre los últimos avances en medicamentos o tratamientos para controlar esta enfermedad a menos que la fuente se los exija.

A pesar de saber sobre la importancia de llevar una buena alimentación, la mayoría sobrepasa los 100 kilos de peso lo que sin duda los pone en una situación riesgosa en cuanto al surgimiento de otras complicaciones de salud derivadas de este padecimiento.

Pero, ¿Cómo encuentra tiempo el reportero para hacer ejercicio? Al ser un reportero diabético, el ejercicio debería ser una de las prioridades a realizar durante el día, sin embargo, esta actividad no se ve reflejada en la agenda diaria del reportero. Pareciera que olvida que es portador de esta enfermedad y actúa como si fuera una persona sana a la cual no le va a pasar nada ya que controla la enfermedad.

Sin embargo las consecuencias ya en muchos de ellos son evidentes, varios de ellos ya han sufrido intervenciones quirúrgicas que les ha ido disminuyendo su calidad de vida.

He visto como otra gente ha perdido extremidades y todo de hecho yo estuve preocupado un tiempo porque ya me han operado a mi tres veces y esas tres ocasiones pues soy diabético verdad y he tratado de cuidarme y ya gracias a Dios nunca he tenido una complicación, siempre me han cerrado bien las heridas todo me ha dado buenos resultados, ¿por qué?, porque me cuido. (Boxeador)

Llama la atención que a pesar de haber sido diagnosticados con este padecimiento, varios de ellos pretenden solo disminuir alimentos y bebidas que saben que les hacen daño, adoptando una actitud casi infantil hacia su padecimiento.

Me dice que la lleve a unos tacos ya sea de barbacoa de chicharrón o algo así y pues claro ya me como unos taquillos de lo mismo. (Boxeador)

Conclusiones

1) Los periodistas reconocen a la diabetes como una enfermedad peligrosa, mortal y con secuelas peligrosas que pueden provocar la muerte.
2) Los reporteros no tomaron las previsiones necesarias para enfrentar la diabetes antes de que la enfermedad les fuera detectada.

3) Un gran apoyo para los periodistas enfermos de diabetes es su familia y la forma en que los ayudan o protegen a llevar la diabetes.
4) Caso contrario sucede a los periodistas divorciados, ellos batallan más en tener un estricto régimen de alimentación, atención oportuna de servicio médico y de ingerir sus medicamentos.
5) No acuden los periodistas a tratamientos psicológicos o de apoyo de terapias de grupo para llevar más digerible la enfermedad.
6) Su régimen de alimentación no es el óptimo pese a ser pacientes diabéticos.
7) Los periodistas y reporteros con diabetes trabajan siempre horas extras en sus trabajos cotidianos, pese a su enfermedad y en ocasiones olvidan tomar a tiempo sus comidas y medicinas o no acuden a sus citas con los doctores.
8) No cuentan con los recursos económicos suficientes en caso de enfrentar una emergencia de salud por sus bajos salarios, en algunos trabajos sí los apoyan en su tratamiento y visita a los doctores, pero en otros, trabajan por lo que hacen y no trabajar significa dejar de percibir recursos económicos.
9) Algunos acuden a trabajar por su cuenta o por honorarios para obtener más recursos y poder adquirir comida o medicamentos para sus tratamientos.
10) Destinan una cantidad superior entre el 20 a 30% de sus ingresos mensuales sólo a la compra de medicinas o comida especial por ser diabético.
11) Por la escasez de recursos no adquieren zapatos o ropa adecuada para poder trabajar adecuadamente en su día a día.
12) Existe poca cobertura de los medios masivos de comunicación en temas de la diabetes con medidas de prevención para la población.
13) En ocasiones se privilegia los temas de salud en el aspecto comercial que la difusión de cápsulas informativas sobre la prevención de la diabetes como enfermedad.
14) Algunos sufrieron discriminación o no fueron contratados en los trabajos que solicitaron por su calidad de enfermos diabéticos.
15) La enfermedad de la diabetes es siempre heredada por los papás, abuelos o familiares de los reporteros y periodistas enfermos.
16) Posiblemente la mayoría de los periodistas con diabetes, heredarán la enfermedad a sus hijos y nietos.

17) La comida mexicana choca contra la diabetes, ya que es rica en harinas, grasas, aceites, carnes de puerco y de res y frituras; que son sumamente dañinas para los pacientes diabéticos.
18) Por ser diabéticos, los periodistas y reporteros son considerados como población vulnerable en la sociedad.
19) Los reporteros deben de cubrir más información sobre la diabetes y sus repercusiones en la salud de su trabajo.
20) Acudir a las charlas y capacitaciones para entender la enfermedad y enfrentarla cuando ésta haya sido detectada entre la comunidad reporteril.
21) La diabetes puede controlarse con más información en los medios masivos de comunicación
22) Las campañas realizadas por el sector salud en general no ha tenido la suficiente penetración entre la sociedad para hacer conciencia y prevenir la enfermedad.
23) La redes sociales en sus diversas modalidad escasamente tocan la enfermedad o dan a conocer previsiones sobre la diabetes.

Referencias

Miranda, E. (2012). https://www.clasesdeperiodismo.com/2012/10/30/claves-para-combatir-las-enfermedades-tipicas-de-los-periodistas/ https://www.clasesdeperiodismo.com/2012/10/30/claves-para-combatir-las-enfermedades-tipicas-de-los-periodistas/

Miranda, P. (2017). Asegura estudio que 90% de reporteros padecen estrés. El universal. Recuperado de http://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/asegura-estudio-que-90-de-reporteros-padecen-estres

Sierra, A. (2016). Las enfermedades que afectan a los periodistas. Metro Libre. Recuperado de https://metrolibre.com/actualidad-y-pol%C3%ADtica/nacionales/57745-las-enfermedades-que-afectan-a-los-periodistas-cb0.html

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Ediorial Paidós, España, 1992-Pág-100 -132 Recuperado de: https://www.onsc.gub.uy/enap/images/stories/MATERIAL_DE_CURSOS/Entrevista_en_profundidad_Taylo_y_Bogdan.pdf

LA DIABETES EN OPERADORES DE QUINTA RUEDA

Yimel Abril Vargas Montelongo
Fabricia Carolina Garza Matamoros
Jessica Lizbeth Ruiz Briones
Gisela Salazar González
Dana Falcón González
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

Existen actividades laborales que, por las demandas propias de la actividad, implican un mayor desgaste para las personas que las desempeñan, tal es el caso de los conductores o camioneros quienes cuentan con jornadas laborales de muchas horas, tareas sedentarias y que les brindan pocas posibilidades de desarrollar un estilo de vida saludable; estas actividades también podrían influir en el desarrollo de la enfermedad diabetes.

En el caso particular de los conductores, factores como el estrato socioeconómico y el género constituyen elementos que influyen en su concepción del cuidado de la salud en el trabajo. Con respecto a la situación socioeconómica, es importante considerar que la mayor parte de estos trabajadores son adultos que pertenecen a un estrato bajo, quienes suelen tener la creencia de que el cuerpo es una herramienta de trabajo usada para la obtención de un ingreso monetario. El género culturalmente constituye otro factor relevante en diversas sociedades, donde se asignan al hombre atributos de masculinidad, como fortaleza física, donde el deseo de cuidarse puede asociarse a condiciones de debilidad que son percibidas como poco varoniles.

Tomando en cuenta que el cuidado de la salud en el trabajo es derivado en parte por la interacción social, consideramos que las representaciones sociales son un medio para comprender las decisiones de las personas influidas por la interacción social con los grupos con quienes el individuo convive cotidianamente. Además,

conocer la percepción que tiene la persona respecto a la enfermedad de la diabetes, contribuye también al análisis de estos casos.

El Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 de Nuevo León publicó que en 2010 las principales causas de morbilidad en el estado de Nuevo León en el lugar nueve fue la diabetes mellitus con 349 defunciones, en cambio en el 2016 la obesidad ocupa el octavo lugar con 520 defunciones.

	2010		2016	
1	Infecciones respiratorias agudas	30,717	Infecciones respiratorias agudas	20,842
2	Infecciones intestinales agudas	5,292	Infecciones intestinales agudas	4,303
3	Infección de vías urinarias	3,083	Infección de vías urinarias	2,987
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,325	Úlceras, gastritis y duodenitis	1,016
5	Otitis media aguda	1,173	Conjuntivitis	881
6	Hipertensión arterial	445	Gingivitis y enfermedades periodontales	880
7	Asma y estado asmático	427	Otitis media aguda	859
8	Conjuntivitis	402	Obesidad	520
9	Diabetes mellitus (Tipo II)	349	Escabiosis	369
10	Neumonías y bronconeumonías	342	Hipertensión arterial	357

Tabla 1. *Principales causas de morbilidad general en Nuevo León 2010-2016.* **Nota.** Tasa por cada 100,000 habitantes. **Fuente:** SUAVE, 2016, citado en el Plan Estatal de Desarrollo 2016 - 2021 Nuevo León (2018).

El Plan Estatal de Desarrollo menciona las principales causas de mortalidad en el estado de Nuevo León siendo la diabetes la numero tres, esta enfermedad es índice de atención para el gobierno en torno al desarrollo inmediato de programas de salud para la prevención.

La diabetes es un padecimiento crónico cuya incidencia se incrementa en forma alarmante a nivel mundial. Dos factores se asocian importantemente a este incremento: estilos de vida no saludables que favorecen el desarrollo de la enfermedad y el envejecimiento de la población, frecuentemente acompañado de enfermedades crónico degenerativas. Se estima que para el año 2035 la prevalencia se incremente en un 51%, impactando en mayor proporción al sexo masculino. En México, la prevalencia de DMT2 es más alta en los hombres que en las mujeres (15.82% y 13.2% respectivamente), constituyendo la primera causa de mortalidad directa e indirecta (enfermedades cardiovasculares) a nivel nacional y la tercera en el Estado de Nuevo León.

	CAUSAS
1	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos
3	Diabetes mellitus
4	Enfermedades cerebrovasculares
5	Accidentes

Tabla 2. *Principales causas de mortalidad en Nuevo León 2015.*
Fuente: INEGI, 2015.

El objetivo de esta investigación es caracterizar la percepción que tienen sobre la enfermedad, los hombres que trabajan como traileros, con diabetes sin control, para conocer el nivel de comprensión que tienen sobre la diabetes.

Para ello se partió de la siguiente pregunta de investigación: ¿qué factores impiden incorporar la dieta y la actividad física en el estilo de vida hombres traileros, con diabetes sin controlar?

Para la elaboración del presente trabajo de investigación, existieron algunas limitaciones, referentes a la existencia y disponibilidad de datos, así como para el trabajo de campo, en la aplicación del instrumento. Se pudo observar, la falta de estadísticas locales, nacionales e incluso internacionales, sobre la diabetes específicamente en los traileros, evidenciándose otra problemática, que es el poco seguimiento o falta de interés, para estudiar la diabetes en operadores de tráiler.

Así mismo, en la revisión de la literatura, gran parte de los autores que abordan esta enfermedad, la relacionan con la hipertensión, un factor de riesgo que por sí solo puede abarcar un trabajo de investigación. Por lo que en dichos textos, no se habla en exclusividad de la diabetes, provocando que no se profundice en el tema.

En el trabajo de campo y la aplicación del instrumento, se hicieron notar dificultades, principalmente por la cuestión del tiempo.

De 14 operadores con diabetes de la empresa X, solo 6 pudieron ser entrevistados, por falta de disponibilidad de los operadores, debido a que cada uno de ellos cuenta con horarios diferentes que varían según sus actividades y programación de viajes. Por lo que la aplicación del instrumento, se programó de acuerdo a la hora estimada de llegada del operador.

Hubo jornadas de larga espera, e incluso algunas de las entrevistas, se realizaron en horarios nocturnos, cuando arribaban los traileros a la empresa.

Considerando que esa era la única oportunidad de acercamiento con los traileros, para la aplicación del instrumento, se tornó complicada la situación, primeramente por el cansancio de los operadores, que regresaban de una actividad laboral, dificultándose el desenvolvimiento de la misma entrevista, por la prisa de los operadores de querer ir a descansar o seguir con sus actividades, provocando además que la duración de la entrevista no pudiera ser tan extensa.

Así mismo, otra complicación fue la falta de un lugar idóneo. Por el corto tiempo que se dispuso para abordar a los operadores y por su poca disponibilidad, se recurrió a entrevistar en una zona que si bien, estaba aislada de la compañía, pertenece a la misma, impidiendo que se lograra un ambiente de confianza y de privacidad.

Marco teórico

La situación laboral de los camioneros

Ciertas profesiones hacen más propensas a las personas a padecer determinado tipo de padecimientos. Según Orozco-Solis, Colunga-Rodríguez, Preciado-Serrano, Ángel-González, Vázquez-Colunga, y Colunga-Rodríguez (2017), la ideología capitalista prevalece la importancia de la producción por encima de la salud de los trabajadores. En el caso de los camioneros, debido a las largas jornadas de trabajo, el sedentarismo y las condiciones precarias de

trabajo, les es imposible llevar un estilo de vida saludable por lo que son más propensos a presentar problemas de salud (Sanz, 2017; Lopez, Gil, Quelmadelos, Campos, Estades y González, 2018). Sin embargo, es necesario entender también la importancia que tiene su labor. Según la INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2014 citado por Sanz, 2017) el personal que se dedica al autotransporte de carga en México representa un 49% de los empleos en el sector. A nivel nacional e internacional esta profesión es indispensable para el desarrollo económico y la competitividad en las cadenas de logística. En México existen más de 400,000 camiones de carga trabajando diariamente a lo largo y ancho del país. Contrariamente, la actividad de chofer se considera como una actividad de segunda u oficio común. Inclusive no es necesario preparación escolar avanzada, aunque se requieren más de 150 horas de capacitación para obtener una licencia (Sanz, 2017). Para Sanz (2017) la profesión de camionero debería percibirse como un trabajo especializado debido a que

Las personas se exponen a riesgos y exigencias, no sólo derivadas de la organización y división técnica del trabajo -tales como estructuras del mercado, jornadas, rotación de turnos, ritmo intenso y trabajo nocturno- que pueden afectar tanto la fisiología, como la salud mental del individuo; y que, también, los expone a riesgos que pueden ocasionar lesiones y hasta la muerte (p.252).

Según datos de López, et al. (2018), el 27.4% de los conductores de camiones son obesos; el 25% son hipertensos; 48% tienen colesterol alto; 29.5% triglicéridos altos; 6.5% padece hiperglucemia; y 15.8% tienen síndrome metabólico. Además, los conductores tienen un 13% de riesgo de padecer diabetes. El síndrome metabólico (SM) en un conjunto de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. De acuerdo al tercer panel de tratamiento de los adultos del Programa Nacional de Educación Sobre el Colesterol de Estados Unidos (NCEP-ATPIII) se define como SM cuando un individuo presenta ⩾3 de los siguientes componentes: a) obesidad central b) hiperglucemia en ayunas, c) triglicéridos, d) disminución del colesterol de la lipoproteína de alta e) hipertensión arterial (Trujillo-Hernández, Trujillo-Magallón, Trujillo-Magallón,, Brizuela, García, González, López, Minakata, Rincón, Tintos, Torres, Vásquez, y Guzmán, 2017).

Esta información es compatible con el estudio para determinar la frecuencia de los factores de riesgo de desarrollar diabetes Mellitus tipo 2 en choferes, realizado por Muñoz (2010) en Ecuador donde el resultado arrojó que el 37.5% de los operadores encuestados tuvieron antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en los familiares de primer grado de consanguinidad; el 51.3%, sobrepeso; el 25.0%, obesidad y el 45.2%, fueron sedentarios; todos estos factores que despuntan la posibilidad de tener diabetes.

Adicionalmente, esta población lleva a cabo rutinas perjudiciales que afectan de manera considerable la incidencia de enfermedades como el uso del alcohol, el tabaco, una alimentación altamente calórica y con mucho sodio, y falta de actividad física habitual. Los datos de la investigación española señalan de 37% de los conductores son fumadores; 35% realizan ejercicio físico al menos tres veces al día y solo 32% tiene una alimentación saludable que incluye frutas y verduras (López et al. 2018)

Según un estudio realizado por Sanz (2017) acerca de las condiciones laborales de los camioneros, encontró que estos están propensos a padecimientos físicos como enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, musculares, esqueléticos y fatiga; psicológicos como depresión, ansiedad y estrés post-traumático; y conductuales como el abuso de sustancias y tabaco. En este sentido, los camioneros tienen 2.5 más probabilidad a sufrir una lesión o enfermedad ocupacional y 7 veces más propensión a morir en el trabajo debido a "la extensión de las horas de trabajo y fatiga, trabajo por turnos y la privación del sueño, fatiga postural, la exposición al ruido y las vibraciones, el estilo de vida sedentario y una dieta poco saludable, la exposición a los humos de escape de motores diésel, y otros factores de estrés en el trabajo" (p.253). Rojas (2014) también afirma que "existe una elevada prevalencia de enfermedad entre los choferes, las más comunes son la hipertensión, la diabetes, el infarto, las cardiopatías, salud mental deficiente, la disfunción sexual, la apnea, la lumbalgia y dolor músculo-esquelético, que en conjunto se han atribuido a una combinación de factores no favorables del estilo de vida y malas condiciones de trabajo" (p. 346).

Como lo menciona la autora Rojas (2014) el número severo de causas de enfermedades y accidentes de este grupo, comparado con otro grupo de trabajadores laborales influye tanto en la salud

pública como en la seguridad vial. En este sentido, los autores Díaz, Collado, Melián, Suárez, Vera, y Aldana, (1995) agregan con la investigación realizada en la Habana cuba donde midieron la mortalidad de los pacientes con diabetes que los choferes que padecen diabetes tienen un riesgo de sufrir accidentes de tráfico mayor que los no diabéticos.

De manera similar, Suitman (2015) realizó un estudio para evaluar el estilo de vida y la presencia de factores de riesgo cardiovascular de los choferes de camiones y encontró que el 86% de los camioneros están por encima del valor nutricional normal, y la mayoría presenta obesidad, inclusive el 75% tienen circunferencia de cintura fuera de los límites normales y presentan riesgo de enfermedades. Además, encontró que su alimentación es diferente porque descubrió que entre la población de los choferes tiene un bajo consumo de productos lácteos y su consumo se limita casi de manera exclusiva a lo enteros por encima de los descremados; se consume principalmente alimentos de res y pollo y muy poco pescado; comen una alta cantidad de arroz, pastas, pan y frituras; utilizan azúcar, y toman todos los días gaseosas y jugos artificiales. También se encontró que el 32% fuma todos los días más de 10 cigarrillos; el 70% tiene medidas de presión arterial anormales y el 55% son sedentarios porque su actividad física no cumple con el tiempo mínimo de 150 minutos semanales.

En otro estudio brasileño acerca de los cuidados de salud de los camioneros Hino, Regina, de Carvalho, de Oliviera y Ferreira (2017) encontraron que los que se dedican a esta profesión son predominantemente los hombres, que viajan sin interrupción por largas horas y que están expuestos a desarrollar hábitos inadecuados para mantenerse despiertos por horas y horas, lo que puede comprometer su salud física. Los resultados de las entrevistas señalan, por el contrario, que el 54% de estos acuden al servicio médico solo en caso de urgencias y el 37% que tiene más de un año sin atender su salud. Es importante entender que los hombres tienen una mayor propensión a adquirir enfermedades derivadas de sus comportamientos y factores culturales de riesgo. No obstante, en los hombres (18%) existe una creencia que ellos son más fuertes que las mujeres y no se enferman, y un hombre que continuamente va a médico es débil. Esto ocasiona que los hombres perciban poco valor en los sistemas de atención médica lo que los vuelve

más vulnerables a las enfermedades porque se pueden agravar si no se tratan a tiempo. Además, el 43% considera que los horarios de trabajo no son compatibles con los horarios en los que operan los centros de salud.

Por esta razón, se toma como referente la teoría de la representación social de Serge Moscovici, uno de los modelos relativamente recientes en psicología social, que ha realizado las principales aportaciones al campo de estudio. "La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos" (Mora, 2002, p. 7). Es decir, condiciona el comportamiento del individuo y su integración e interacción con otros miembros de su grupo social.

Estos conocimientos que suelen ser específicos, proceden del sentido común, son socialmente elaborados y son utilizados para comprender e interactuar (Viveros, 1993; Hueso, 2006; Mora 2002), a su vez, cabe destacar que este conocimiento se constituye a partir de nuestra información, saberes, modelos de pensamiento, recibidos y transmitidos por la tradición, la educación y la comunicación social (Viveros, 1993), como también puede estar influenciado, por el bombardeo de información constante que los medios de comunicación divulgan (Banchs, 1984, citado en Mora, 2002) o de la misma interacción del sujeto con su entorno social y cultural (Hueso, 2006).

Robert Farr, citado en Mora (2002), agrega que las representaciones sociales tienen doble función. La primera es hacer que lo extraño resulte conocido y lo invisible perceptible.

Veamos cuál es su pertinencia en el campo de los estudios, sobre la salud y la enfermedad, y qué aporte hacen éstos a la problemática de la representación social.

Para fines de este trabajo en donde se aborda el tema de la diabetes, tenemos que la representación social induce al sujeto a posicionarse ante su enfermedad y ante el modo de atenderla y manejarla. El estudio de las representaciones sociales del padecimiento comprende, no sólo información sobre las concepciones de lo que implica enfermar, padecer o atender una enfermedad, sino también sobre las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones (Torres, 2002, citado en Hueso, 2006).

Las representaciones sociales, definidas por Moscovici como "Universos de opinión", pueden ser analizadas a partir de las 3 dimensiones siguientes:

a) **La información:** Suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno. Aquí, la riqueza de datos, se forman a partir de las relaciones cotidianas.
b) **Campo de representación:** Expresa la organización del contenido en forma jerarquizada. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas.
c) **La actitud:** Es la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Es el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación (Mora, 2002).

La diabetes, al vivirse en sociedad, demanda atender las condiciones individuales de la persona y su entorno familiar y social: costumbres, hábitos, creencias, roles, redes de apoyo, ingreso económico, entre otras (Peñaranda, 2013, citado en Cardoso-Gómez, et al., 2019, p. 1108)

Atender el padecimiento, involucra las creencias del enfermo, debido a que en muchas de las ocasiones se ve a la enfermedad, como mala, un castigo de los dioses, cruel, traicionera, venganza de enemigos, maldición inexplicable, incurable , compañera de toda la vida, intromisión intolerante en sus planes, entre otras. La enfermedad se percibe como peligro, al darse cuenta el individuo de su vulnerabilidad y temporalidad de su existencia. Para muchas personas, la diabetes significa interrumpir planes, estudios, el trabajo, además de que es señal de debilidad, vergüenza, humillación, motivo para afecto o lástima. (Rivera y Raygoza, 2019; Cardoso-Gómez, et al., 2019).

Método

Está investigación estuvo basada en un enfoque cualitativo, transaccional y exploratorio. El método cualitativo resulta particular-

mente conveniente por sus mismas características. Es útil para conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad y no a través de la medición de una cantidad limitada de elementos o variables como lo es en una investigación cuantitativa (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2006). También este enfoque posee la capacidad de trabajar inductivamente lo que permite a la investigadora desarrollar conceptos a partir de los datos y no de teorías preconcebidas (Álvarez, 2004). Además, es flexible lo que posibilita el uso de estrategias adecuadas para obtener datos de acuerdo con el curso de la investigación y no considerando solo una recolección pre estructurada que permiten los métodos cuantitativos (Álvarez, 2004). Finalmente, el enfoque cualitativo resulta de valor para esta investigación porque precisamente se requiere proporcionar a los participantes la libertad de expresar sus opiniones personales con la finalidad de que se enriquezcan los resultados (Hernández Fernández y Baptista, et al., 2006)

Por su parte, los estudios exploratorios son particularmente útiles cuando se requiere examinar un tema o problema de investigación que se ha investigado vagamente del cual se tienen muchas dudas o exista poca información (Hernández Sampieri, et al., 2006). Dado que el tema no presenta muchos avances en el contexto de Monterrey, lugar donde se desarrollará el estudio, resulta viable la utilización de este enfoque. Cabe mencionar que un proceso exploratorio puede resultar poco refinado, sin embargo, es útil para orientar sobre las tendencias e ilustra el fenómeno que se estudia (Paredes, Álvarez, Lega y Vernon, 2011).

Finalmente, la investigación fue transaccional porque se pretendía recolectar datos de lo que sucede en un solo momento. Según Bernal (2000 citado por Márquez, 2013) "los estudios transaccionales, transversales o seccionales, centran su atención en obtener información del objeto de estudio en una única vez y momento dado" (p.46). Hernández Sampieri, et al. (2006) describe a los diseños transaccionales como si fuera tomar una fotografía del momento.

Técnica de investigación. Existen diferentes definiciones para el concepto entrevista cualitativa, ya que según García (2008), depende tanto de la conceptualización y de la práctica de la entre-

vista, así como de las perspectivas, paradigmas y posturas que se adopten respecto a la investigación cualitativa. Por su parte, Taylor y Bogdan (1987) expresan que la entrevista cualitativa debe entenderse como los encuentros, cara a cara, entre el investigador y el entrevistado, dichos encuentros dirigidos hacia la comprensión de determinadas situaciones, expresadas con sus propias palabras.

Para el sociólogo Alonso (1999) la entrevista de investigación es una conversación entre dos personas, un entrevistador y el informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el fin de que se dé un discurso conversacional, continuo y con cierta línea argumental sobre un tema en específico, definido en el marco de una investigación.

La técnica de entrevista de investigación social es útil cuando el punto más esencial que interesa recoger es la visión subjetiva de los participantes, cuando se desea explorar los diversos puntos de vista y perspectivas de los involucrados en torno al tema de investigación, según García (2008).

Por su parte, Taylor y Bogdan (1987) señalan que el método de investigación debe estar determinado por ciertas circunstancias del escenario o por las propias personas estudiadas, además de considerar las limitaciones a las que se enfrenta el investigador. Plantean una adecuación de las entrevistas a profundidad en las siguientes situaciones:

- Cuando se busca estudiar acontecimientos del pasado.
- Cuando no se puede tener acceso a un tipo de escenario en particular o no hay accesibilidad de las personas de otro modo.
- La investigación depende de una gama amplia de escenarios y/o personas.
- Cuando existe la limitación de tiempo en comparación con otras técnicas de recopilación de información.

Muestra. Para esta investigación, se consideró a la empresa X por la accesibilidad a ella y las facilidades para con las investigadoras. Dicha empresa cuenta con una plantilla de 137 operadores en total, de los cuales 14 son diagnosticados con diabetes y por cuestiones de disponibilidad de los operadores, se pudieron entrevistar únicamente un total de seis.

Resultados

Una vez revisados los resultados, obtenidos de las entrevistas realizadas a los operadores de la empresa X, las respuestas relacionadas al tema de estudio, se agruparon en diferentes temáticas que son: Nivel de estudios, trabajo/tiempo, historia clínica, antecedentes familiares, factores detonantes/de riesgo, comida/dieta, ejercicio, adherencia al tratamiento, familia, información y percepciones, que se detallan a continuación.

Nivel de estudio: Esta comprende el grado máximo de estudio acreditado en los participantes de la muestra.

Trabajo/tiempo: Detalla la manera en la que la profesión demanda tiempo para otras actividades de la vida diaria.

Historia clínica: Cuándo y de qué manera fueron diagnosticados con diabetes. Incluye tiempo, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

Antecedentes familiares: Referencia a la historia médica-familiar del padecimiento.

Factores detonantes/de riesgo: Aquellas actividades, hábitos y padecimientos que pueden potencializar las consecuencias de la enfermedad.

Comida/dieta: Manera en la que se alimentan, dónde lo suelen hacer y qué tipo de alimentos acostumbran a consumir.

Ejercicio: Activación física realizada de manera regular.

Adherencia al tratamiento: La forma en la que manejan la enfermedad y el manejo de los medicamentos señalados por el médico.

Familia: Hace referencia a el papel que juegan los familiares, para sobrellevar la enfermedad.

Información: Calidad, cantidad y fuentes de información que poseen los operadores con respecto a la diabetes.

Percepciones sobre la enfermedad

Nivel de estudios. Los resultados muestran que la mayoría de los operadores entrevistados tienen principalmente estudios básicos, mientras que el resto cuenta con un estudio medio superior.

Trabajo/ tiempo. Todos los participantes consideran que su trabajo es de tiempo completo, es decir, de 24 horas, considerándolo excesivo y extenso.

El trabajo de los camioneros resulta demasiado demandante lo que ocasiona que se encuentren mal alimentados y con falta de descanso. El trabajo es de tiempo completo y esto dificulta la adherencia a los tratamientos y la posibilidad de llevar un estilo de vida saludable. Sin embargo, un punto favorable de este oficio son las revisiones constantes a las que son sujetos por parte de las empresas empleadoras.

Algunos problemas que refieren los participantes con respecto a la enfermedad en su trabajo son: que se pueden ver limitadas las percepciones económicas además de a existencia de incomodidad para desempeñar sus labores (por ejemplo micciones frecuentes y la imposibilidad de encontrar sanitarios).

Por otro lado, algo favorable para los operadores dentro de la empresa X, es que señalan que nunca se les ha negado un permiso para acudir al médico y así mismo, reciben atención médica de manera continua.

Historia clínica. Se encontró que en general los operadores reciben una buena atención médica pero pocos de ellos mantienen una adherencia adecuada a su tratamiento debido a su mismo oficio que les dificulta que lleven un control diario de su enfermedad. Sin embargo, todos los entrevistados tienen un conocimiento claro de la gravedad de la enfermedad. No obstante, se refleja que los participantes rehúsan recurrir a sus tratamientos médicos básicamente porque se sienten bien, y consideran que de lo contrario lo podrían incluir en su estilo de vida diaria.

Se señala a continuación una breve historia, de cada uno de los casos estudiados.

- **Caso 1.** Está diagnosticado con diabetes. Se ha atendido algunas veces. Tiene medicamento de insulina, pero solo lo toma cuando se siente mal.
- **Caso 2.** Va al médico cada mes. Tiene variación en su presión arterial pero lo considera normal. Le detectaron la diabetes hace 7 años, porque tenía síntomas de sed, ansiedad y fatiga. Regularmente no tiene síntomas. Se hace exámenes 2 veces al año.
- **Caso 3.** Le detectaron la diabetes hace 2 años, le recetaron medicamento, sin embargo no se lo toma y ya no volvió al doctor. No va al médico aunque considera que debería hacerlo. No se hace exámenes de laboratorio.
- **Caso 4.** Le detectaron la diabetes hace un año, que se comenzó a sentir mal. Le realizan periódicamente exámenes médicos en su empresa y acude a sus consultar con médico familiar en el IMSS. Pide permiso cuando se siente mal. Los síntomas que presentó fueron: fatiga, cansancio, sed, o como el menciona "cosas anormales". Sí se cuida. Toma sus medicamentos y trata de llevar bien sus comidas.
- **Caso 5.** Le detectaron la diabetes hace 3 años en el trabajo. No tiene síntomas. Hace 6 meses que consultó por última vez. El síntoma que refiere, es solo sueño. Y considera que su cansancio, puede ser peligroso en la carretera.
- **Caso 6.** Se considera todavía sano. Acude al médico cada mes por medicinas y cada 3 o 4 meses para análisis. Nadie lo motivó a acudir al médico, el acudió porque se sintió mal. No tiene síntomas, pero sabe que algunos de los síntomas son: fatiga, sueño y dolor de cabeza.

Antecedentes familiares. En la mayoría de los casos se encontró que cuentan con antecedentes familiares de diabetes. Sin embargo, ninguno de ellos ha sufrido la muerte de familiares a causa de la enfermedad. Esto se relaciona con la actitud de los participantes, de no toman con seriedad el tema del control de la enfermedad.

Factores detonantes / riesgo. Todos los participantes señalan que duermen poco, por lo general de 5 a 8 horas diarias y de manera irregular, debido a las actividades de la profesión.

Se encontró que de manera generalizada los operadores tienen hábitos nocivos que favorecen la aparición de la diabetes; todos toman,

todos fuman, muchos se drogan, presentan sobrepeso, no duermen bien y no tienen tiempo para hacer ejercicio de manera regular.

Comida/dieta. Debido a sus actividades y horarios laborales, comen todo lo que encuentran en el camino durante sus trayectos en la carretera, en lugares como fondas, puestos o restaurantes. Así como también se encuentra, que tampoco alguno de ellos, lleva algún control de las calorías ingeridas en los alimentos que consumen.

La mayoría basa su dieta diaria en el consumo de productos de carne roja; mencionando como otros complementos, los frijoles, el arroz, caldo, menudo, la carne de lagarto, huevo y tacos. Se encontró que en su mayoría, realiza tan solo una comida al día, o cuando mucho dos.

Algunos participantes refieren que los doctores suelen indicarles la dieta necesaria a seguir, pero consideran que es difícil llevarla a cabo, debido a que mencionan que los alimentos que se deben eliminar son únicamente azucares y grasas. Sin embargo, también consideran que las dietas indicadas por el médico, no contienen los suficientes nutrientes y terminan comiendo de todo.

Teniendo en este tema, otro dato importante, que es el apoyo familiar, para facilitar el cumplimento de la dieta necesaria. Ya que la mitad de los operadores, indican que cuando se encuentran en casa, su pareja suele prepararles alimentos adecuados para su dieta.

Ejercicio. Uno de los participantes está consciente de su sedentarismo, otro de ellos realiza actividad física una vez por semana y cuatro de los casos no se consideran sedentarios.

Dentro de los que no se consideran sedentarios, dos de ellos señalan que es por la actividad física que realizan diariamente por su trabajo, mientras que el resto no percibe la necesidad de la actividad física en su día a día o no comprenden lo que significa ser sedentario.

Adherencia al tratamiento. Todos los entrevistados, consideran haber obtenido una buena atención médica, así como también, saben de la importancia de los medicamentos prescritos para control de su enfermedad. Lo demuestra una de las opiniones que dice: “yo creo que me puedo sentir mejor si la trato de controlar”.

En su totalidad, no cuentan con el conocimiento y monitoreo de los niveles de la glucosa.

Tres de los casos, solo toman medicamento cuando se sienten mal o se acuerdan de la necesidad de tomarlos. Dos de los operadores, toman su medicamento de forma regular, pero reconocen que si el doctor se los receta es porque realmente lo necesitan, y uno de ellos no lo realiza, debido a la sustitución que hace por remedios caseros, sin prescripción médica.

Entrando nuevamente en el tema laboral, se considera por algunos de ellos que los medicamento son importantes, pero su oficio no les permite su consumo indicado.

Familia. Todos consideran que el apoyo familiar es importante. En la mayoría de los casos, algún miembro de la familia, los motivó a tener un diagnóstico médico y a llevar un estilo de vida más saludable, así como a tomar acciones en su cuidado.

Uno de los comentarios obtenidos es: "el apoyo de la familia te mantiene arriba".

Información. Una de las principales fuentes de información, que tienen disponible los pacientes es la misma información obtenida por el médico, desde su diagnóstico. Sin embargo, solo la mitad de los entrevistados consideran que cuentan con información necesaria, pero incompleta. Y algunos otros, comentan obtenerla del internet y de sus compañeros o conocidos que padecen la enfermedad.

La minoría de los operadores, considera oportuno recibir la información por parte de profesionales en la empresa en donde labora, ya que señala lo siguiente: "como en el caso de uno como operador, a falta de información, adquieres la enfermedad. Porque no te cuidas, porque comes muchas grasas, porque comes muchos azúcares, no hay un balance como tal. Entonces eso te orilla a que te de la enfermedad".

Solo la mitad de los operadores entrevistados, conoce que una de las consecuencias de la enfermedad es la muerte y uno de ellos sabe que es la amputación de una extremidad.

Percepciones sobre la enfermedad. Todos conocen la gravedad de la enfermedad, pero desconocen el desarrollo de la misma, la mitad de los entrevistados toman la enfermedad de manera tranquila,

donde uno de ellos menciona que si te preocupas y mortificas es peor, así como otro, externa que no quisiera preocuparse por eso.

La enfermedad, para algunos de ellos es de gravedad si no se controla. En algunos casos, consideran que la enfermedad se puede prevenir con cultura e información. Y para otros, sólo es de preocupación cuando presentan malestares.

Así mismo, un entrevistado señala que: "si se tiene un control y buena alimentación, no sigue avanzando", mientras que para otro de los operadores, su mentalidad es la siguiente: "Cuando te vas a morir, te vas a morir. Ni con todo el medicamento del mundo vas a vivir. Dios dice ¡hasta aquí! Yo por eso vivo la vida al diario. A mi esta enfermedad no me presiona. Es psicológico más que todo."

"La azúcar es la que está acabando con muchas personas" es lo que menciona uno de los operadores, coincidiendo dos más de ellos, que externan que para cuidarse hay que quitarse los dulces. Sin embargo, en algunos casos se considera que el medicamento suele bajar de más los niveles de azúcar en la sangre por lo que requiere de manera regular, consumir alimentos que lo contengan, complementando con la siguiente frase: "consumo lo dulce, cuando mi cuerpo me lo pide. Siento el deseo del paladar dulce". Mencionando uno de ellos que "para estar bien alimentado, a penas en casa".

Dentro de las motivaciones se encuentran comentarios como "voy a salir adelante", "al final de cuentas la enfermedad está, pero si no la controlas, pues te va deteriorando", "es bueno invertir en salud", mientras por otro lado, se encuentran comentarios negativos acerca de la percepción de la enfermedad como: "Yo no estoy enfermo porque no tengo la actitud como esa gente corajuda", "no creo que tenga la enfermedad por que no me siento mal" además de que dos de los casos, señalan asociar la tristeza con la enfermedad. Y así mismo, uno de ellos señala que "no es posible prevenir la diabetes, porque es un hábito que te heredan tus padres".

Por otro lado, algunos de los casos, cree que no existe discriminación hacia la gente que padece la enfermedad, debido a que realizan sus actividades con normalidad. "Ir al médico no te hace vulnerable o afeminado" dando pie a la cuestión de género, que pareciera no influir en el control de la enfermedad, debido a que se señala lo siguiente: "Como hombre mi actitud ante la enfermedad debe ser fuerte y positiva para denotar eso en mi familia", "cualquiera puede ocupar de ir al médico, al final de cuentas si vas es

porque realmente te quieres y te interesa tu salud y tu persona", "se ocupa fuerza para mantener este estilo de vida". Contrariamente, uno de ellos menciona que "el hombre es muy cobarde, y más cuando te dicen que tienes algo", así como también se señala de manera negativa que "ir al médico y controlar tu enfermedad te hace vulnerable y frágil" y "la gente se burla de eso".

Conclusiones

En esta investigación de carácter cualitativo se logró obtener a través de la entrevista a operadores del sector del transporte de quinta rueda de la empresa X, información sobre su calidad de vida y percepciones acerca de lo que consiste vivir con la enfermedad diabetes y cómo afecta ésta a su entorno laboral.

Los resultados arrojados nos permiten afirmar que dicho padecimiento no es visto como una enfermedad grave, a pesar de saber las consecuencias que puede traer consigo un mal seguimiento de la misma. Las jornadas largas de trabajo es un factor influyente en el seguimiento del tratamiento, pues al no contar con suficiente tiempo para realizar necesidades básicas, como comer y dormir, los operadores no siguen los cuidados debidos; además de no contar con los recursos suficientes durante sus viajes para poder realizarlos. Tal como se señaló en el capítulo dos, uno de las problemáticas principales y más complejas de resolver en cuanto al control de la diabetes, es que el paciente integre la enfermedad a su vida personal y logre un balance, incorporándolo como parte de sus actitudes.

La conciencia de este padecimiento está presente en cada uno de los entrevistados, sin embargo, la mayoría de ellos no siguen un adecuado control de la misma, ya que consideran que con solo quitar el azúcar basta para sentirse mejor. Tal como se mencionó en el capítulo dos acerca de la adherencia al tratamiento, factores como el conocimiento y creencias del paciente acerca de la enfermedad, procesos motivacionales, estados afectivos y la voluntad para recuperar la salud; son de suma importancia para que dicha adherencia se pueda dar.

Se encontró que la familia es un factor importante para el control y cuidado de la enfermedad, a pesar de no tener una convivencia diaria con ellos, debido a las largas jornadas de trabajo a las que se enfrentan los operadores. Contrario a lo que Romero y González

(2006) encontraron en su estudio, señalando que existe una falta de interés por parte de los pacientes en cuidarse a sí mismos, así como también la falta de apoyo familiar para cambiar su estilo de vida no saludable. Por otro lado, Rodríguez, Córdoba-Dona, Escolar-Pujolar, Aguilar-Diosdado y Goicolea (2018) mencionan que la familia tiene un papel fundamental para el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Tomando en cuenta que la mayoría de ellos tienen familiares que han padecido dicha enfermedad, esta información no les es relevante para considerarlo como un foco de atención y / o prevención.

La falta de información es una causa por la cual los operadores no mantienen un estilo de vida saludable. Su percepción acerca del conocimiento sobre la enfermedad tiende a parecerles que es buena, que conocen los síntomas, los medicamentos e incluso llegan a sustituir su tratamiento médico por tratamientos alternos y remedios caseros. Según López y Corona (2017) aunque es indispensable contar con información médica, los pacientes tampoco conocen los padecimientos acerca de su enfermedad y lo reducen a que "es un mal que los afecta, una enfermedad grave que no se cura".

Consideramos a este sector laboral vulnerable por lo cual es necesario seguir con este tipo de estudios enfocados en los operadores del transporte quinta rueda. Se encuentra también un área de oportunidad para las organizaciones de salud y las propias empresas para contar con programas de salud enfocados a disminuir la presencia de esta enfermedad y principalmente en el control de la misma para las personas que la padecen, ya que actualmente no se cuenta con este tipo de programas.

Referencias

Alfonso, L. (2018). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral, 33(4).

Alonso, L. (1999). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez, Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, Madrid p.225-240.

Álvarez, J. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa fundamentos y metodología. México: Paidós.

Alzás, T., Carrasco, A., y Catarreira, S. (2019). Análisis mediante representación gráfica de los aspectos sociales, emocionales y cognitivos en pacientes con Diabetes Mellitus. CIAIQ2019, 2, 70-79.

Candib, L.M. (2007). Obesity and diabetes in vulnerable populations: reflection on proximal and distal causes. Ann Fam Med, 5, 547-56.

Cardoso-Gómez, M., Zarco-Villavicencio, A., Ponce-López, M., Aburto-López, I., Moreno-Baena, G., y García-Casas, M. (2019). Padeciente: una propuesta conceptual para la atención de la enfermedad y el padecimiento de personas con diabetes. CIAIQ2019, 2, 1106-1111. Recuperado de: https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2225/2149

Castillo-Arriaga, A., Delgado-Sánchez, V., y Carmona-Suazo, J. (2006). Percepción de riesgo familiar a desarrollar diabetes mellitus. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44(6), 505-510.

Catalán, G., Jaimes, J., Sainz, J., Medina, L., y Valverde, J. (2017). Barreras socioculturales en el manejo de la diabetes en hombres de origen mexicano: revisión sistemática. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, 14(91), 3.

Cruz, M., Ledezma, J., y Campos, A. (2019). Empoderamiento del paciente diabético, una estrategia de salud para el control de la enfermedad. Journal of Negative and No Positive Results, 4(3), 295-303.

De la Rubia, J. , y Cerda, M. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. Revista iberoamericana de psicología y salud, 6(1), 19-27.

DeFronzo, R. (2004). Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. Med Clin North Am, 4, 787-835.

Díaz O., Collado, F., Melián, R., Suárez, R., Vera, M., y Aldana, D. (1995). Mortalidad en diabéticos insulinodependientes: Ciudad de La Habana, 1965-1991. Revista Cubana de Medicina, 34(2), 89-98.

García, T. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). Nure investigación, (33).
Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N., y Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. Salud pública de México, 53.
Hino, P., Regina, T., de Carvalho, P., de Oliveira, J., y Ferreira, R. (2017). ANALYSIS OF TRUCKER'S HEALTH CARE. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, 11.
Hueso, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. Índex de enfermería, 15(55), 49-53. Recuperdo de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011
Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Defunciones 2017. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf
Lindner, L. M. E., Rathmann, W., & Rosenbauer, J. (2018). Inequalities in glycaemic control, hypoglycaemia and diabetic ketoacidosis according to socio-economic status and area-level deprivation in Type 1 diabetes mellitus: a systematic review. Diabetic Medicine, 35(1), 12-32.
López, Á., Gil, M., Quelmadelos, M., Campos, I., Estades, P., y González, R. (2018). Valoración del Riesgo Cardiovascular en Varones Conductores Profesionales del Área Mediterránea Española y Variables Asociadas. Ciencia & trabajo, 20(61), 1-6.
López, A., y Corona, M. (2017). Significado de la experiencia de vivir con diabetes mellitus en la cotidianidad del adulto. Jóvenes en la ciencia, 3(2), 164-168.
Márquez, C. A. (2013). Uso de los estilos de enseñanza en educación física: un estudio exploratorio en alumnos de sexto, séptimo y octavo semestre de la EEFYD en la UJED. Praxis Investigativa ReDIE: Revista electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos, 5(9), 43-51.
Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social, 1(2).
Muñoz, D. (2010). Detección precoz de factores de riesgo para desarrollo de diabetes mellitus 2 en los choferes profesionales del azuay (Master's thesis).

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Informe Mundial de Diabetes. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=2F610405E5AD9ED8C2F2558FBFC3B3FF?sequence=1

Orozco-Solis, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M., Ángel-González, M., Vázquez-Colunga, J., y Colunga-Rodríguez, B. (2017). Representación del autocuidado de la salud en el trabajo de conductores de autobús urbano de Guadalajara, México. Cadernos de Saúde Pública, 33, e00139815.

Paredes, M., Álvarez, M., Lega, L., y Vernon, A. (2011). Estudio exploratorio sobre el fenómeno del "Bullying" en la ciudad de Cali, Colombia. RLCSNJ, 6(1).

Portilla, L., Seuc, A. e Instituto Nacional de Endocrinología (1995). Construcción y validación de un cuestionario para evaluar la respuesta adaptativa a la enfermedad en pacientes diabéticos. Revista Cubana de Psicología, 12(3).

Plan Estatal de Desarrollo 2016 -2021 Nuevo León (2018). Programa de Salud. Recuperado de: http://www.nl.gob.mx/publicaciones/programa-sectorial-de-salud

Ramón, C. (2018). Diabetes Mellitus tipo 2: barreras y perspectivas en el control del paciente.

Rintala, T. M., Jaatinen, P., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2013). Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. Journal of family nursing, 19(1), 3-28.

Rivera, R., Arcos, L., y Raygoza, N. (2019). Representación social de la diabetes tipo 2 en mujeres bajo la teoría del núcleo central. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 21(1). Recuperado de: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/16120

Rodríguez-Gómez, K. (2004). Una caracterización de la pobreza femenina en México conforme al modelo colectivo de hogar. Estudios demográficos y urbanos, 29(1), 113-164.

Rodríguez, G., Córdoba-Dona, J., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., y Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. Atención Primaria, 50(10), 611-620.

Rojas, D. Prevalencia de enfermedad en operadores de autotransporte. Psicología latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales, 345.

Romero, M., C., y González-Juárez, L. (2006). Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. Index de Enfermería, 15(52-53), 16-19. Recuperado en 01 de octubre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100004&lng=es&tlng=es

Sandín, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Arriola, L., y Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. Avances En Diabetología, 27(3), 78–87. doi:10.1016/s1134-3230(11)70013-8

Sanz, L. (2017). Choferes del autotransporte de carga en México: investigaciones sobre condiciones laborales y la cadena de suministro. Revista Transporte y Territorio, (17), 251-266.

Suitman, C. (2015). Estilo de vida y factores de riesgo de enfermedades cardiovascular en choferes de camiones.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Torres-López, T., Sandoval-Díaz, M., y Pando-Moreno, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cadernos de Saúde Pública, 21, 101-110.

Trujillo-Hernández, B., Trujillo-Magallón, E., Trujillo-Magallón, M., Brizuela-Araujo, C., García-Medina, M., González-Jiménez, M., López-Peña, G., Minakata-Nieto, J., Rincón-Gutiérrez, L., Tintos-Rueda, T., Torres-Velasco, R., Vásquez, C., y Guzmán-Esquivel, J. (2017). Frecuencia del síndrome metabólico y factores de riesgo en adultos con y sin diabetes mellitus e hipertensión arterial. Revista de Salud Pública, 19(5), 609-616. https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n5.56960

Viveros, M. (1993). La problemática de la representación social y su utilidad para los estudios de salud y enfermedad. Recuperado de: http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5102/1/La%20problematica%20de%20la%20representacion%20social.pdf

World Health Organization [WHO]. (2003) Adherence to longterm therapies: evidence for action. Recuperado de: http://www.who.int/ chronic-conditions/en/adherencerep.pdf>.

MUJERES CON DIABETES Y SUS PROCESOS COMUNICATIVOS PARA EL CUIDADO DE SU SALUD

Bertha Alicia Ramírez Salas
ORCID: 0000-0002-4525-9361
Reyna Verónica Serna Alejandro
ORCID: 0000-0002-2611-9347
Julieta Flores Michel
ORCID: 0000-0002-7878-0487
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta a 422 millones de adultos a nivel mundial (OMS, 2016). De acuerdo con la American Diabetes Association, en 2012, 29.1 millones de estadounidenses -el 9.3% de la población-, tenía diabetes; en 2013 la OMS reportó que el 25% se concentra en América Latina, lo cual es atribuible a la falta de tratamiento o al descuido por parte del paciente (Orlando, Kevin, Evert y Grisella, 2015). En el caso de México, se calcula que los 6.8 millones de afectados aumentarán a 11.9 millones, lo que representa un incremento de 175%, frente al aumento del 148% en América Latina (Gil-Velázquez, et. al 2013). Este aumento en el número de personas afectadas se considera un problema de salud pública a nivel mundial y es ocasionado por el envejecimiento de la población, ya que se presenta con mayor frecuencia en personas mayores. "Debido a las diferencias demográficas, en países ricos predomina en los mayores de 60 años y en los países en desarrollo, la edad se ubica entre los 40 y 60 años" (Gil-Velázquez, et. al 2013, pp. 58-59). En estas cifras el grupo de mayor riesgo está conformado por las mujeres (11%), seguidas por los hombres (9.7%) Este trabajo se enfoca en el estudio de los procesos comunicativos de las mujeres enfermas con diabetes y los contextos con los que se relacionan, considerando en ello a sus médicos, familiares y cuidadores, a fin de establecer qué mecanismos emplea para la localización de información relacionada con el tratamiento de su enfermedad y

el mantenimiento de su bienestar, así como su percepción sobre su enfermedad y la forma en que interactúa con su entorno.

En esta ponencia se presenta un avance de este trabajo que integra el planteamiento del problema y la revisión de antecedentes.

Planteamiento del problema

La diabetes es un serio problema de salud: "una de cada 14 muertes es provocada por esa enfermedad. Entre los 45 y 64 años de edad es la primera causa de defunción entre los mexicanos y su incidencia oscila entre 10 y 15 por ciento de la población adulta, es decir, poco más del doble del promedio de los países de la OCDE, afirmó Enrique Graue Wiechers, rector de la UNAM. A nivel global, 415 millones de personas padecen Diabetes Mellitus Tipo 2. México tiene el doble que Estados Unidos por razones genéticas y dietéticas" (UNAM, 2016).

La diabetes es una de las principales causas de deceso en el mundo, nuestro país no es la excepción, ello se atribuye a la falta de tratamiento o a descuidos del paciente y que además de hospitalización requiere del seguimiento periódico, Orlando, Kevin, Evert y Grisella (2015). Es un mal crónico que requiere ser monitoreado con frecuencia para mantener el nivel de azúcar en la sangre en los rangos normales. El monitoreo implica un tratamiento para diabéticos que requiere de la supervisión periódicamente de un endocrinólogo.

En la complejidad del problema de salud que implica la diabetes para el paciente que es diagnosticado, emerge la necesidad de comprender los procesos comunicativos y de aprendizaje que emprenden los pacientes con diabetes para el cuidado de su salud con perspectiva de género, guiados por su deseo de recuperar la salud.

Se pretende responder a las preguntas siguientes: ¿cómo son los procesos de comunicación y de aprendizaje sobre la diabetes que realizan las pacientes con diabetes para el cuidado de su salud?, ¿cuáles son los medios de búsqueda a los que acceden las enfermas con diabetes?, ¿cómo son procesos de aprendizaje en las pacientes con diabetes?, ¿cuál es la percepción de la diabetes que tienen las mujeres que la padecen?

Propósito de la investigación

Con esta investigación se pretende identificar los procesos de comunicación que establecen las pacientes con diabetes con sus

entornos, a fin de caracterizar su interacción con su contexto: como médicos, enfermeras y familiares, así como caracterizar los procesos comunicativos que establece con su entorno y con los profesionales de la salud para su cuidado.

Objetivos específicos

Para alcanzar el objetivo general se deberán cubrir los objetivos específicos siguientes:

Caracterizar los procesos comunicativos médico-pacientes femeninas al momento de conocer el diagnóstico de diabetes.

Identificar los procesos de búsqueda de información y los medios que utilizan las mujeres que padecen diabetes.

Analizar los procesos de aprendizaje que realizan las pacientes con diabetes para la comprensión y manejo de la enfermedad.

Describir los procesos comunicativos que establecen las mujeres que padecen diabetes con los profesionales de la salud para su cuidado.

Identificar la percepción que tienen las enfermas de diabetes sobre su enfermedad desde la perspectiva de género

Antecedentes

Hayes-Bautista (1998) identificó que las emociones intensas en los latinos como vergüenza, pena, rechazo y desilusión eran percibidas como detonantes de enfermedad, mientras que Coronado, Thompson, Tejeda y Godina (2004) destacan que las emociones fuertes como temor, ira y tristeza eran las causantes de diabetes tipo 2 en los mexicoamericanos. Los elementos para combatirla eran el nopal y la pulpa de aloe vera.

El campo de la salud ha sido una de las más relevantes aplicaciones de las tecnologías de comunicación. El uso de las Tecnologías de Comunicación e Información (TIC) ha sido valorada por autores como Walter, Gozzer y Abad (2011) como una herramienta que impacta en la eficiencia, especialmente en el manejo de "las historias clínicas electrónicas, y de sistemas de soporte a las decisiones médicas" (p. 16), pero subraya cómo la diferencia en el nivel de desarrollo de los países ha sido un elemento que evidencia el desbalance entre unos y otros, aunado al nivel de aceptación y el dominio en el manejo de estos recursos. En su trabajo, realizado en Perú, ellos estudiaron la percepción hacia un sistema informático para

promover la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos (CareNet) por parte de los métodos endocrinólogos. Para ello aplicaron una encuesta al finalizar un taller que involucró el uso de computadoras, e incluyó a médicos endocrinólogos del servicio de endocrinología del Hospital Nacional. En dicho taller se capacitó a los médicos en el uso del sistema CareNet en su rol de médicos a cargo del tratamiento del paciente. Los médicos endocrinólogos reportaron una percepción positiva hacia el uso de las tecnologías de información y comunicación y al sistema CareNet. Los hallazgos obtenidos en su investigación destacan que la totalidad de médicos reportó que el sistema CareNet es fácil de ingresar, fácil de aprender a utilizar, fácil de ingresar datos, fácil de responder consultas por Web, fácil de visualizar los datos de los pacientes, fácil de editar el perfil de usuario, y fácil de salir del sistema. Walter, Gozzer y Abad (2011) compararon estos resultados con la percepción positiva que reportaron en un estudio previo usando encuestas. 14 pacientes diabéticos en un hospital de Perú hacia un sistema o programa usando celulares o la Internet para el soporte de pacientes con diabetes, en el que la mayoría de los pacientes expresaron su interés de participar en un programa de soporte para su diabetes usando celulares y la Internet (Curioso, Gozzer, Valderrama, Rodríguez-Abad, Villena y Villena en Walter, Gozzer y Abad, 2011).

En el estudio las Aplicaciones centradas en el paciente y el uso de la tecnología de la información Demiris, Afrin, Speedie, Courtney,Sondhi, Vimarlund, Lovis. Goosen y Lynch (2007) destacan el uso de "las aplicaciones de teleasistencia en el hogar, donde el uso de las tecnologías de telecomunicación y videoconferencia, permiten que un proveedor de atención médica en un sitio clínico se comunique con los pacientes hasta sus hogares. La interacción es por videoconferencia, a lo que se le denomina una visita virtual. En este contexto, el término real incluye una interacción cara a cara.

Justificación del estudio

Este trabajo sustenta su relevancia en los datos que proporcionará a los pacientes, instituciones, familiares y cuidadores sobre la forma en que en un contexto particular se vive la diabetes por parte de un grupo específico como las mujeres afectadas con esta enfermedad. Comprender cómo enfrentan las pacientes la comunicación de un diagnóstico de este tipo y las estrategias

que emprenden para la búsqueda de información, así como para su cuidado y mantener su bienestar, permitirá a las instituciones del sector salud diseñar campañas pertinentes que atiendan a las características particulares de este grupo.

En cuanto a estilos de vida y tratamientos terapéuticos: El estilo de vida ha sido definido como "el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene un grado de control voluntario" (Rodríguez, López, Munguía, Hernández y Martínez, citados por Figueroa et al. 2014 p. 30). Las causas del incremento en los casos de diabetes de tipo 2 y las estrategias de prevención sitúan como principales responsables a los estilos de vida que adoptan los individuos, y por ello son blancos prioritarios de las intervenciones terapéuticas y educativas. La presente investigación será de gran utilidad ya que explorará, describirá y analizará los procesos comunicativos de aprendizaje de los pacientes con diabetes, para el cuidado de su salud. El estudio es factible de realizar por las aportaciones que realizará en el área de comunicación, educación y salud.

Delimitaciones

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Monterrey, N.L., con mujeres que han sido diagnosticados con diabetes tipo 2 enfermas de diabetes, mayores de 55 años, que viven en contextos familiares, es decir, no se incluyeron mujeres que residan en casas-hogar para ancianos.

Limitaciones

La presente investigación se encontró con escasa información en lo referente al enfoque de género. En México no abundan líneas de investigación relacionadas con el tema, por lo que se recurrió a las aportaciones literarias de origen extranjero (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) así como el aprovechamiento de materiales de congresos nacionales e internacionales que fueron surgiendo durante la recopilación en el tiempo establecido en la calendarización.

Método

Este trabajo mantiene un abordaje de corte cualitativo a través de la técnica de entrevista semiestructurada y de Focus Group. La muestra es de tipo propositivo e intencional y se conformó con base en la accesibilidad y disponibilidad, a través de un muestreo teórico (Erland-

son, Harris, Skipper y Allen, 1993). Se pretende que los propios protagonistas de la problemática que se estudia reconstruyan su realidad a través de la narrativa y de la construcción de consensos a partir de sesiones de Focus Group (Chávez, 2001). Tal como lo plantean Erlandson et. al. (1993), el trabajo naturalista es un enfoque metodológico que busca que los involucrados en el fenómeno sean quienes expresen sus sentimientos, vivencias, miedos y actitudes frente a una situación, en este caso, a la forma en que viven la diabetes las mujeres. Su narrativa permite la construcción de categorías interpretativas y por ello en este tipo de trabajos no se construyen hipótesis como punto de partida, sino como resultado del trabajo interpretativo.

El trabajo de campo se realizó durante los semestres agosto-diciembre de 2018 y enero-junio de 2019, e incluyó la realización de los Grupos de Discusión y posteriormente de las entrevistas. Los grupos de mujeres se dividieron por edad y de acuerdo a la adherencia al tratamiento.

Resultados preliminares

Las participantes dijeron aceptar su condición de diabetes; expresaron los principales cambios que tuvieron qué hacer en su vida a raíz de conocer el diagnóstico; la manera en que los médicos las tratan para mantener bajo control la enfermedad; así como la re educación en materia de alimentación que han tenido que afrontar tanto ellas como sus familias.

Tienen un conocimiento acerca de la diabetes adquirido a través de los especialistas que las tratan; sin embargo, algunas de ellas recurren a estrategias alternativas recomendadas por personas conocidas, tales como tés de hierbas y pastillas que no son prescritas por sus doctores.

En cuanto a la relación con sus médicos mencionaron que la mayoría de ellas acude al Seguro Social o a los Servicios Médicos de sus lugares de trabajo. Consideran que les dan un trato digno generalmente, sin embargo, a veces sienten que las regañan mucho cuando salen altos sus niveles de glucosa, lo que las hace sentirse culpables, aunque esto haya sido motivado por problemas emocionales, más que por salirse de la dieta. Reconocen que los médicos son expertos, pero a veces son muy secos para tratarlas.

En su comunicación destaca la importancia que le dan a la comida cotidiana; algunas expresan que ya se acostumbraron a comer

verduras, pollo, pescado, y algunas frutas que los nutriólogos les han recomendado; sin embargo, también reconocen que en ocasiones se "portan mal" e ingieren refrescos o pastel, pero admiten que eso les perjudica en su tratamiento.

Expresaron que han aprendido a reconocer sus síntomas relacionados con los alimentos que consumen, han adquirido la experiencia, primero lo vivieron, se les explicó, fueron con el doctor y les dieron una hoja de dieta, con lo que deben de comer y lo que no; destacan que ahí supieron que ni panecito, ni azúcar, ni harina les estaba permitido comer y ya poco a poquito fueron aprendiendo.

Algunas de ellas mencionaron que sus padres también fueron pacientes con diabetes, pero no todos siguieron los tratamientos médicos. Este aspecto hace que a ellas les preocupe que sus hijos puedan presentar la enfermedad, pues la mayoría de los esposos de las participantes en este estudio, también son personas con diabetes. Por eso han procurado cambiarle a sus hijos el estilo de vida. Refieren que batallan más con los esposos que con los hijos para que adoptaran una nueva forma de alimentación.

Todas las participantes en este estudio están conscientes de la importancia de su involucramiento en el tratamiento de su enfermedad, de alimentarse sanamente, de hacer ejercicio y procurar mantener en control las emociones que trae consigo este padecimiento.

Referencias

Bokova,I.(2017) La alfabetización en la era digital, eje del Día Internacional de la Alfabetización, 8 de septiembre de 2017. Recuperado en 30 de octubre de: https//:es.unesco.org/themes/alfabetización-era-digital-eje-del-dia-internacional-alfabetizacion.

Coronado,G, Thomnson, B.,Tejeda, S.y Godina R.(2004) Attitudes and beliefs among Mexican Americans about type 2 diabetes. Revista Journal Health of Care for the Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15531816

Curioso, W., Gozzer E., Valderrama M., Rodríguez-Abad J., Villena J. y Villena A. (2009). Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes, en un hospital público del Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [online]. 2009, vol.26, n.2, pp. 161-167. ISSN 1726-4634.

Curioso, W., Gozzer, E. y Rodríguez, A. (2011). Acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación y percepciones hacia un sistema informático para mejorar la adherencia al tratamiento, en médicos endocrinólogos de un hospital público de Perú. Rev Med Hered [online]. 2011, vol.22, n.1, pp. 15-22. ISSN 1018-130X. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100004

Chávez, G. (2001). De cuerpo entero… Todo por hablar de música. Reflexión metodológica de sobre la técnica del Grupo de Discusión en relación al discurso social sobre música construido por niños, jóvenes y adultos de la tercera edad. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. Universidad de Colima.

Demiris, G., Afrin, LB, Speedie, S., Courtney, KL, Sondhi, M., Vimarlund, V., Lynch, C. (2007). Aplicaciones centradas en el paciente: Uso de la tecnología de la información para promover la gestión de enfermedades y el bienestar. Un Libro Blanco del Grupo de Trabajo de AMIA Knowledge in Motion. Revista de la Asociación Americana de Informática Médica: JAMIA, 15 (1), 8-13.http://doi.org/10.1197/jamia.M2492

Diabetes: perfiles de los países 2016. Recuperado de Internet en febrero 8 del 2018 en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/

Erlandson, D., Harris, E., Skipper, B. y Allen, S. (1993). Doing naturalistic inquiry: A guide to methods. Estados Unidos: SAGE Publications.Figueroa, M. E. et al. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gaceta Médica de México. Recuperado el 7 de octubre, de http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gm141e.pdf

Gil-Velázquez,L., Sil-Acosta, M., Aguilar-Sánchez, L., Echevarría-Zuno, S., Michaus-Romero, F., y Torres-Arreolac, L. (2013). Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013;51(1):58-67 http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboleti

Graue, E. (2016). La obesidad: una epidemia en México. Boletin UNAM-DGCS. Ene-28 -2016. Recuperado el 30 de octubre, de www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_060.htm

Hernández,R., Fernández,C. y Baptista, P. (2003) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill

Informe mundial sobre la diabetes. Recuperado el 8 de febrero del 2018 en: http://www.who.int/diabetes/global-report/es/

Kerlinger, F.N. (1998) Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill.

Orlando, C. P., Kevin, Q. Ll., Evert, D. R., y Grisella, B. (2015). Memorias del XXXVIII Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica. Disponible en http://rmib.somib.org.mx/pdfs/Memorias2015/36-TLS1-036.pdf

PROCESOS COMUNICATIVOS PARA LA EDUCACIÓN DE LA DIABETES EN UNA INSTITUCIÓN DEL SECTOR SALUD

Jaquelin Guadalupe García Bazaldúa
Yessica Lizbeth Palomo Hernández
Gabriela Ruíz Rodríguez
Nidia Lizeth Ubaldo Garza
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

La diabetes es un problema de salud pública nacional que afecta a más de 4 millones de mexicanos y que impacta no solo en su nivel de bienestar, sino de manera económica a nivel individual y en la economía nacional. A pesar de ello, no existe información suficiente para que los pacientes mantengan un cuidado adecuado de sí mismos, que les permita un nivel de bienestar y que les evite las consecuencias por el mal cuidado que pueden ir desde amputaciones hasta la muerte. Para lograr un nivel de educación sobre su padecimiento, hacen falta campañas de información bien diseñadas, centradas en el cuidado de la alimentación, el monitoreo, la actividad física y el correcto uso de los medicamentos. Los medios de comunicación juegan un papel relevante ya que constituyen "canales de mayor audiencia en la televisión mexicana, ya que solo un 34.4 por ciento de la publicidad en los medios televisivos es dirigido a la salud" (Rojas, 2016, p. 195).

Esta investigación surge con la finalidad de caracterizar los canales y medios de información que utiliza el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para informar y educar en diabetes a sus derechohabientes, a fin de establecer cómo es la información que ofrece la Institución. Se busca identificar cuáles son los procesos comunicativos que establece el IMSS para informar a sus derechohabientes sobre esta enfermedad, ya que el IMSS (creado por el gobierno federal el 19 de enero de 1943) "es el princi-

pal organismo encargado de proporcionar servicios de seguridad social en nuestro país y tiene una gran responsabilidad de lograr que se cumplan los objetivos básicos" (Colegio De Contadores Públicos de México AC, 2012). "Solo en el IMSS se brindan más de 231 millones de consultas por año a nivel nacional" (Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud, 2016, p. 76).

La diabetes es una enfermedad incurable, pero las personas con diabetes pueden tomar ciertas medidas para controlar su enfermedad; sin ellas, con el paso del tiempo puede provocar daños en otros órganos como el riñón, el corazón, los ojos, provocar amputaciones, la muerte o un trastorno mental. La probabilidad de tener diabetes tipo 2 aumenta con la edad y después de los 45 años es más probable que se presente; otros factores son la herencia, el sobrepeso, la presión arterial alta, entre otros (National Kidney Foundantion, 2016).

La diabetes es una enfermedad que se produce cuando la glucosa en la sangre llega a niveles demasiado altos. La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía y proviene de los alimentos. La insulina, una hormona que produce el páncreas, ayuda a que la glucosa de los alimentos ingrese en las células para usarse como energía. Algunas veces, el cuerpo no produce suficiente insulina, inclusive nada, o no la usa adecuadamente, por lo cual la glucosa se queda en la sangre y no llega a las células (NIH, 2016).

El costo de la diabetes a nivel nacional fue de 343, 226,441 en 2011, lo que equivale a 1.8 billones de pesos del Producto Interno Bruto (PIB), (Banco Mundial, 2011). Su atención representa un gasto que puede llegar a ser hasta un 30 por ciento del ingreso del paciente. "Cada 24 horas se gastan en México más de 137 millones de pesos en pacientes con diabetes" (Ojanguren 2013, p. 85).

El costo directo de la enfermedad para el Instituto Mexicano del Seguro Social es de 921,232,855 miles de millones de pesos, de los cuales 357 millones 498 mil 753 pesos corresponden a medicamentos; 296 millones 275 mil 722 pesos a la atención de complicaciones;160 millones 290 mil 894 pesos de consultas; 107 millones 167 mil 486 de hospitalización (Aguilar et al., 2015, p. 303). Mientras que en los casos indirectos se presenta lo que representa el gasto de un paciente en el tratamiento.

El costo indirecto de la enfermedad para los pacientes que llevan este tratamiento es de 1,163,513,197 anuales; de los cuales 1,108,472,727 corresponden a discapacidad permanente; 53, 367,038 en mortalidad prematura y 1,673,432 en discapacidad temporal (Aguilar et al., 2015, p. 303).

Objetivo

El objetivo de esta investigación es caracterizar los canales y medios de información que utiliza el Instituto Mexicano del Seguro Social para informar y educar en diabetes a sus derechohabientes, a fin de establecer cómo es la información que ofrece la Institución y pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las características de los canales de información que el IMSS utiliza para educar a los derechohabientes sobre la prevención y tratamiento de la diabetes?

Los resultados permitirán conocer cómo funcionan en la práctica las campañas de información y educación en diabetes de sus derechohabientes.

Limitaciones

La principal limitación de esta investigación constituye el recurso de tiempo, ya que se realizó durante un periodo de 16 semanas, como parte de la Unidad de Aprendizaje Métodos de Investigación para Comunicación, y la condición de estas investigadoras como estudiantes del curso al tiempo que se aprendía sobre procesos metodológicos. Aunado a ello, se enfrentó la dificultad de traslado a las 5 clínicas del IMSS donde se realizó el trabajo de campo ya que se ubican en 4 municipios de la Zona Metropolitana de Monterrey: Monterrey, Guadalupe, San Nicolás de los Garza y General Zuazua.

Marco Teórico

"La diabetes es la primera causa de muerte en México desde el 2001 y podría incrementarse de 25 a 40 millones para el 2030 reduciendo la esperanza de vida entre 5 y 10 años" (INEGI, 2013). La enfermedad puede controlarse una vez diagnosticada, también puede eludirse la aparición o progresión de las complicaciones crónicas. La mayoría de los recursos necesarios para lograrlo están disponibles desde el primer nivel de atención (Comité de Educación en Diabetes Fundación IMSS, 2007, p. 1).

La falta de información sobre la diabetes es uno de los principales problemas para su tratamiento, lo que influye en la prevención de la enfermedad (Gómez Encino y Cruz, 2015). Estos autores realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 97 participantes con diagnóstico de diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social (Delegación Tabasco) sobre el conocimiento que tenían respecto a la enfermedad. A los 97 participantes se les aplicó una encuesta sobre 3 puntos importantes: en el primer punto preguntaron temas sobre el azúcar como causa de la diabetes, producción de la insulina, herencia en los hijos de padres diabéticos, sus posibles curaciones; en el segundo punto, acerca de las cifras de la hipoglucemia e identificación de los síntomas; en el último grupo de cuestionamientos se preguntaba sobre el correcto uso del alcohol y yodo para el aseo de las heridas del paciente y uso de medias y calcetines para el pie diabético, y encontraron que existe un conocimiento intermedio de la enfermedad.

El constante monitoreo de los niveles de azúcar -o de glucosa- en la sangre del paciente con diabetes permite un mejor control de su enfermedad. Solo que los derechohabientes no acuden lo suficientemente a sus consultas "tan solo en el año 2004 las consultas otorgadas en el IMSS representaron un promedio de 3.7 para cada paciente diabético al año, y solo las delegaciones de Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sinaloa, San Luis Potosí, Tlaxcala y Veracruz Norte brindaron un promedio de cuatro consultas o más. Solo en 6.5 % de los pacientes había antecedente de exploración del pie diabético" (IMSS, 2004).

El 45% de las personas con diabetes en México es atendido por el IMSS. El Programa Integrado de Salud con las siglas del Instituto Mexicano del Seguro Social (PREVENIMSS), es el programa enfocado a la atención de 33 millones de derechohabientes, el cual ha logrado la cobertura de acciones preventivas en un promedio de 70 a 85% de la población, respecto a la detección de diabetes. "El tratamiento individual de la diabetes es complejo, requiere personal altamente entrenado y tiene resultados modestos a un elevado costo, además, debe ser permanente" (ENSA 2000). El lenguaje empleado y los numerosos vínculos tienen la finalidad de hacer la lectura más amena y facilitar la búsqueda a quien no es médico.

Metodología

Este trabajo tiene un enfoque de corte cualitativo, a través de la técnica de la observación participante, a fin de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los actores y experimentar la atención recibida por un derechohabiente en un módulo de información de una clínica familiar perteneciente al IMSS. Se optó por la observación participante ya que de acuerdo con Taylor y Bogdan (1986) permite acercarse a la realidad y recoger datos de primera mano, así como vivenciar lo que enfrenta cada día el sujeto común.

El trabajo de campo se realizó durante el semestre enero- junio de 2018 y estuvo a cargo de todas las integrantes del equipo, quienes acudieron a las clínicas del IMSS de manera individual y realizaron las observaciones. La investigación está basada en el horario del centro de monterrey. El procedimiento fue el siguiente: cada una llegó a una de las clínicas y se dio a la tarea de identificar la señalética sobre las campañas de diabetes, que en mayoría está ausente, por lo que cada una solicitó información en los diversos módulos y en los consultorios, o en los módulos de DiabetIMSS según eran referidas para obtener folletería o para visualizar los carteles informativos.

Resultados

Los resultados de las observaciones realizadas evidencian que no existen procesos estandarizados para la divulgación de información que oriente a las personas con diabetes. Cada clínica actúa como si se tratara de instancias autónomas, sin vinculación y sin presupuesto. En algunas, la única información son fotocopias, y si bien existen talleres derivados de la Campaña PREVENIMSS, solo quien busca con ahínco encuentra esa información.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en este trabajo de investigación. En esta tabla se describe el tipo de información que se ofrece en cada una de las clínicas que integraron la muestra.

Clínicas	Municipio	Información que ofrecen
Clínica 27	Guadalupe	Cartilla de cuidado de la alimentación dado por una nutrióloga. Cuenta con 2 folletos enmarcados sobre cómo cuidar el pie diabético.
Clínica 6	San Nicolás de los Garza	Pizarra con folletos y trípticos sobre la diabetes mellitus. Manual sobre la diabetes.
Clínica 68	Guadalupe	Entregan fotocopias sobre el cuidado del pie diabético, acerca de la enfermedad, tipos de diabetes. Mural con metas estimadas para un control y prevención de la diabetes tipo II.
Clínica 70	General Zuazua	Ofrecen folletos, pero deben solicitarse en módulo de PREVENIMSS. Entre el material que entregan se encuentra un manual sobre cómo cuidar la alimentación de una persona con sobrepeso.
Hospital de Zona	Monterrey	No contaban ninguna información.

Elaboración con los datos obtenidos en el recorrido de las Clínicas.

Descripción por clínica
Clínica No. 27, 6 de febrero 2018 8:45 horas
Día 1

Al entrar por la puerta principal de la clínica se encuentra inmediatamente la farmacia, de lado izquierdo está un módulo de información el cual nadie estaba atendiendo, de lado derecho se encuentra una escalera para el segundo piso, debajo de éstas se encuentra un cuadro de corcho en el cual ponen información sobre enfermedades, pero hoy no hay nada; de lado derecho se encuentra un pasillo, el cual si sigues caminando hasta el fondo podrás observar que a mano derecha se encuentran los consultorios, y al fondo un módulo de nutrición. Al entrar atiende una señora de aproximadamente 40 años a la cual le pedí amablemente si me podía proporcionar información o folletos respecto a la prevención de la diabetes.

—Buenos días, disculpe. ¿Tendrá folletos sobre la diabetes?

La señora lo meditó un poco y respondió:

—Por el momento no contamos con folletos, pero puedo darte información sobre la alimentación adecuada para personas con diabetes, pero déjame tu cartilla y te llamo en un momento.

Afuera del consultorio, las paredes lisas no tienen ninguna información. Después de 5 minutos la nutrióloga me llamó de nuevo y me preguntó para qué necesitaba la información, a lo cual yo le respondí:

—Para dárselo a un familiar que pudiera ayudarle.

—Bien, como te dije, por el momento no tenemos folletos sobre la diabetes pero la alimentación de un diabético debe ser balanceada según el plato del buen comer y hacer 20 minutos de ejercicio.

La nutrióloga me mostró una cartilla en la cual se encontraban distintas recomendaciones para la buena alimentación.

Justo de lado derecho de la puerta principal se encuentra el módulo de PrevenIMSS, el cual es un cuarto cerrado, solo en la parte de enfrente tiene vidrio templado. Al entrar estaba la sala de espera, se encuentran las sillas alrededor del espacio, y en la parte superior entre el techo y la pared, están unos banderines.

Entré por la puerta izquierda en la que se encontraba una señorita de aproximadamente 25 años.

—Disculpe, ¿de casualidad tiene folletos sobre la prevención de la diabetes?

—No, no nos han llegado. ¿Para quién lo necesitaba?

—Un familiar.

—Bueno, ¿Está afiliado al IMSS? Puede venir y agendar su cita para una plática. Son pláticas de hora y media a las que él podrá asistir para ayudarlo con su tratamiento. Dígale que venga él personalmente, lo esperamos.

Clínica 6, 20 de marzo 2018 19:56 horas
Día 1

Al entrar en la Institución, justo en frente de la puerta principal, se encuentra un pizarrón de acrílico representando, a través de folletos y trípticos, la diabetes mellitus, forrado con papel china color

celeste. Las palabras escritas tienen diferentes tamaños, el contenido de los folletos es el siguiente; uno muestra la importancia del control de la glucosa, otro es una guía del plan alimentario para el paciente con diabetes y hay un tríptico que habla de la Federación Mexicana de Diabetes A. C.

Al llegar al lugar, mientras una de nosotras estaba leyendo los folletos, otra se acercó con una persona encargada de limpieza de la clínica:

—Buenas noches, ¿de casualidad sabe dónde puedo obtener información de esos folletos que están en aquel pizarrón?

—Si mija puedes ir a preventiva y ahí te atenderán, es por ese pasillo en la segunda puerta, si te dan porque yo la semana pasada pedí para mi hijita que está en la secundaria y me dieron folletos, condones y todo sobre prevenir embarazos y enfermedades, pero creo ahorita ya cerraron, todos se van a las 8 de la noche (en lo que leímos los folletos y conversamos, dieron pasadas de las 20:00 horas).

—Muchas gracias, señor.

Al acercarnos a la puerta que nos señaló, estaba cerrado y el horario de atención es de 8 a las 16 horas.

En el módulo de atención y orientación al derechohabiente había unas hojas con los horarios los cuales eran de las 12 a las 20 horas, por lo cual, no obtuvimos folletos relacionados con la diabetes, solo tuvimos la oportunidad de tomar algunas fotos y recabar dicha información.

10 de mayo 2018 14:42 horas
Día 2

En la entrada principal se encontraba una pareja con un niño, los cuales preguntaron:

—¿Está cerrado?
—No lo sé, también acabo de llegar.

Una señora que estaba cerca nos dijo:

—La entrada es por urgencias, porque hoy es día festivo.
—Gracias. Respondimos.

Me dirigí hacia la entrada por urgencias y había una fila, el guardia decía una y otra vez:

—Sólo citados, sólo citados.

Hubo quienes se iban de la fila y otras personas seguían, como solamente iba a pedir información de la diabetes y por querer saber lo que pasa en un día festivo, continué en la fila, hasta que el guardia comenzó a decir:

—Deben mostrar su cartilla, si no, no pueden entrar, deben mostrar su cartilla, si no, no pueden entrar.

Como no llevaba cartilla, opté por retirarme de la fila.

16 de mayo 2018 14:56 horas
Día 3

En la entrada principal se encuentra un cartel que tiene escrito: Semana Nacional de Salud, 1 de junio, vacunas gratuitas. Entré a la clínica y a mano derecha, a tres metros está un puesto, en el cual hay dos enfermeras diciendo que vacunan gratuitamente, sólo se requiere de la cartilla de salud, que de igual manera, esta información está en una lona que tiene el puesto.

Entré al módulo de atención y orientación al derechohabiente y estaba una doctora:

—Buenas tardes, ¿dónde puedo conseguir información de la diabetes?

—Buenas tardes, Trabajo social, a lado de farmacia, frente al elevador.

—Muchas gracias.

Cerré la puerta y pregunté a personas que se encontraban en la clínica cómo llegar a trabajo social, me indicaron que en el primer piso, me subí al elevador e iba una pareja con un niño.

—Buenas tardes, dije.
—Buenas tardes, respondieron ambos.
—¿Cuál es, el que sea, el uno?, preguntó el varón a su pareja.
—Sí, tú pícale, respondió la señora a su pareja.

Al estar en el piso uno, pregunté cómo llegar a trabajo social, me dieron indicaciones. Al llegar a trabajo social se encontraba una doctora.

—Hola buenas tardes, me mandaron aquí para información de la diabetes.

—Buenas tardes, pues yo tengo algunos folletos, pero ya tienen años que no nos traen ni un tríptico ni nada, la doctora Lucy es la que tiene más folletos y recientes, es que yo si tengo pero son pocos, la doctora Lucy tiene los mismos que yo pero aparte tiene más, es que como ella es la que tiene un grupo de diabéticos, ella es la que tiene esa información.

—¿Dónde puedo encontrar a la doctora Lucy?

—Ah si, ella está en el módulo de diabetes, mira está el módulo de atención, después un consultorio y después dos puertas, en la segunda puerta, ahí está, es que yo tengo muy pocos, mejor ve con ella, es la doctora Lucy.

—En la segunda puerta, ¿verdad?

—Sí, ahí está, ella te puede dar esa información.

—Está bien, muchas gracias.

—De nada.

Frente a la segunda puerta que me indicó la doctora, había unas sillas, me senté y estaba esperando que alguien saliera del consultorio. En la puerta había un cartel que tenía imágenes de métodos anticonceptivos, cerca había otro cartel que tenía como título: Programas Integrales de Salud, debajo de ello: Hospital General de zona con medicina familiar. Después de aproximadamente 3 minutos salieron dos doctoras, y estaban cerrando la puerta con candado.

—Hola, buenas tardes, disculpen, ¿alguna de ustedes es la doctora Lucy?

—Buenas tardes, no, ¿Qué ocupabas?

—Me mandaron aquí para obtener información de la diabetes.

—Ah no, eso apenas en crónico degenerativo.

—Bueno, muchas gracias.

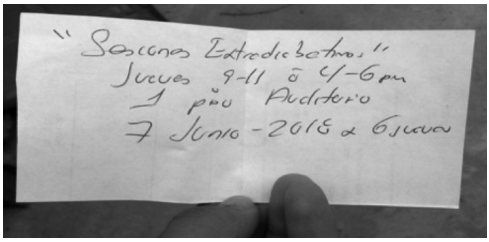
—Ándale, de nada.

En el consultorio que tiene por nombre crónico degenerativo había una señora haciendo fila.

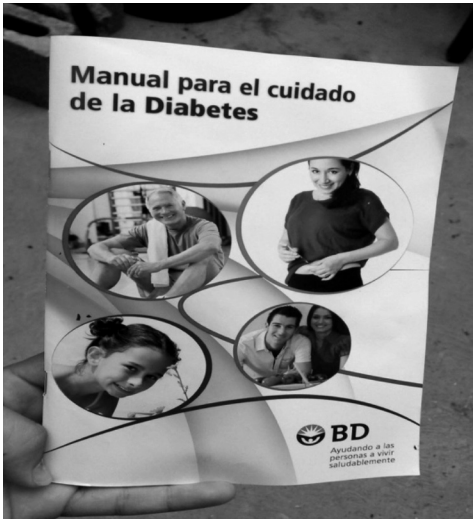
—¿Qué se va a checar mija?, ¿el azúcar?
—No, solo vengo a pedir información de la diabetes.

Cuando tocó mi turno entré al consultorio.

—Hola buenas tardes, vengo a pedir información de la diabetes.
—¿Tienes diabetes?
—No, un familiar.
—¿Y tu familiar tiene seguro?
—Sí.
—Bueno mira primero que nada tendremos un curso, el cual se llama extra DiabetIMSS, se llevará a cabo desde el jueves 7 de junio, durará seis semanas, tendrá dos horarios, uno de 9 a 11 de la mañana y otro de 4 a 6 de la tarde, esto para facilitar a los pacientes el que puedan asistir, ya que algunos no pueden venir en la mañana y otros no pueden en la tarde, ya por eso son dos horarios, será aquí en el auditorio, y bueno, en ese curso se les estará brindando información referente a la diabetes; cómo se originó, cómo deben tratarla y aspectos relacionados con ella. Por lo pronto lo único que te puedo dar es este manual (va y toma un manual de un cajón), en este manual también vienen ciertas cosas relacionadas con la diabetes, léelo, empápate de él, ponlo en práctica y ven con tu familiar al curso.
—¿También puedo asistir aunque no tenga diabetes?
—Sí, tú puedes asistir, para que acompañes a tu familiar, ¿buscabas algo más?
—No, solo venía por esta información.
—Bueno, te espero en el curso, acompaña a tu familiar.
—Claro, muchas gracias.
—De nada, hasta luego.



Pedazo de papel en el que la doctora anotó la información del curso.



Manual que la doctora me entregó, abarca temas como; ¿qué es la diabetes?, ¿por qué es importante lograr un buen control?, ¿cuáles son los niveles de glucosa deseables?, automonitoreo, alimentación, ejercicio, complicaciones agudas o de corto plazo, mitos y realidades de la insulina, la inyección de insulina, aplicación de la insulina, problemas que se pueden presentar por una técnica de inyección incorrecta, riesgos relacionados al reúso de las agujas y jeringas y cuidados de la insulina, sin embargo, en la parte trasera del manual, menciona que la información suministrada en la publicación se ofrece con fines exclusivamente educativos e informativos y no debe ser interpretada como instrucción o consejo médico, que antes de tomar cualquier acción basada en la publicación, consulte a su médico o al profesional de la salud que lo atiende.

Clínica No. 68, 6 de abril del 2018 a las 11:30 horas
Día 1

Al llegar a la Clínica Número 68 del Instituto Mexicano del Seguro Social; fuera de él, no se encuentra ninguna información (flyers, folletos, indicaciones), pero al entrar al Instituto lo que más abundaba de flyers e información eran acerca del cáncer de mamá y la tuberculosis. Al indagar un poco más a fondo dentro del Instituto a lado de la entrada

principal, nos encontramos con una pequeña pancarta que nos hablaba de un módulo que invita a que se unan y tengan un control sobre la enfermedad, en específico para la prevención y a la mejora de la calidad de vida del paciente diabético, este módulo se llama DiabetIMSS, que se encuentra en el segundo piso de lado derecho al fondo, pero no cuenta con ninguna indicación o publicidad para que los derechohabientes lleguen al módulo y al consultorio que se encuentra a lado del módulo para las consultas de las personas diabéticas.

En el consultorio que está a lado del módulo, hay una pequeña impresión que, para acudir a este módulo o aula de citas, su horario de atención es de 8:00 a 20:00 horas. Primero se debe ir con su médico especialista del mismo y un equipo médico de salud te atenderá.

Dentro del consultorio, tocamos la puerta para poder entrar, una enfermera nos dio el paso emocionada de ser personas jóvenes interesadas de saber sobre la prevención de esta enfermedad, se puso a buscar dentro de los gabinetes folletos, revista, entre varios artículos más, mientras esperábamos nos quedamos a escuchar la plática que daba la doctora acerca de la enfermedad, dentro de la plática habían alrededor de 11 personas. La doctora, para hacer más dinámica la plática, repartió tarjetas con imágenes con frases como: "caminata, rutinas de alimentación, tomar agua" entre otras más, y los pacientes conforme levantaban la mano, hablaban su experiencia que tenían con la frase, cómo la aplicaban en su vida diaria, y después la doctora hablaría sobre cómo deberían aplicarla en su vida, ya que eran consejos para sobrellevar su enfermedad.

Dentro de las pláticas, hubo demasiados comentarios sobre cómo sobrellevar la enfermedad:

> —Pues, yo en realidad nunca he hecho trampa en los exámenes, pero mi suegra me ha contado que antes de sus exámenes ayuna o simplemente se toma un té de neem que, según ella es muy bueno para regular la glucosa por un momento obvio, pero así no te regañan los doctores por lo que comes, comentó una paciente de 40 años dentro del consultorio.

Otros mencionan como casi no tomaban agua, más refrescos, o a veces cuando iban a fiestas no comían en todo el día con tal de comer durante la fiesta cosas que no podían comer, como pastel, refrescos, dulces, entre otras cosas más.

—Yo, cuando voy a las fiestas ni cocino, le digo a mi esposo que se llene en el desayuno para que aguante pa' la fiesta, ¿veda´? y pues ya cuando andamos en la fiesta pues pedimos como 2 o 3 platillos los 2, más aparte de eso, pues si hace calorcito, pues unas buenas cervecitas o de que las cocas bien heladas con una carnita no hace mal, argumento una señora de 33 años dentro de la plática.

Mientras comentaba la doctora habla de cómo esas cuestiones estaban erróneas, y les explicaba cómo quitarse de la mente esas ideas que hacían mal a su cuerpo y cómo le habían tocado pacientes que le decían que si se comen un pastel solamente aumentaban la dosis de la insulina que se inyectaban y así decían que se regulan sus niveles de azúcar, pero en realidad lo único que dañan es más a sus órganos dándole insulina de más.

—Me ha llegado a tocar como pacientes por falta de información no saben que al aumentar la insulina les puede dar una hipoglucemia aparte de eso, afectan más a su cuerpo, en específico a su riñón, argumenta la doctora.

También les comentaba cómo el sedentarismo, afectaba no solo a su peso sino también que no ayudaban a su cuerpo a disminuir la grasa acumulada para bajar sus niveles de colesterol en la sangre y afectan más a sus niveles de glucosa.

—Si ustedes no hacen ejercicio, la insulina no surte efecto deseado, ya que tiene que estar en constante movimiento su cuerpo para que la insulina haga mejor efecto. También, ustedes toman una pastilla llamada metformina, esas pastillas también le ayuda al metabolismo, pero sus consecuencias son; diarrea, vómito, ausencia de apetito y aceleramiento del metabolismo, más tampoco es algo que no es como de que no voy a caminar pero me tomo la metformina y no pasa nada, la metformina es algo que está estipulado ya en su vida diaria. El módulo de DiabetIMSS está asociado con la Federación Mexicana de Diabetes A.C y se puede encontrar en su página de Facebook y la meta de este módulo es tener la glucosilada en menos de 7 y no subir más que eso.

Después de la plática, la enfermera nos dio unos pequeños artículos que nos dan solo un pequeño panorama de lo que es la enfermedad, digamos que es lo básico del tema, pero está muy concreto y entendible para cualquier público, en otras palabras, para cualquier edad.

Nos dimos a la tarea de investigar, alrededor de cuánta gente visita este módulo por día, en nuestra sorpresa, nos dimos cuenta de que la cifra era alrededor de 45 personas, las cuales en la tasa de población de Guadalupe sería menos de un cuarto de la población, sería solo una pizca de ella.

Clínica No. 70, 7 de mayo del 2018 19:02 horas
Día 1

Al entrar a la clínica y observar no hay ni un cartel de información acerca de la diabetes, caminé por la clínica buscando algo de información a la vista pero nada, ya que esta cuenta con un solo pasillo algo largo y es el que conecta a todos los consultorios que hay en la clínica, en entrada se encuentra el guardia y checando que tipo de publicidad tienen pegada y tienen sobre obesidad, el cáncer de mama, el cuidar la alimentación, entre otros. Me dirigí a PREVENIMSS, para preguntar sobre lo que yo ando buscando, pero lo único que me dieron de información es sobre el objetivo que tienen que es prevenir enfermedades crónicas degenerativas, infecciosas o de transmisión sexual, así como evitar embarazos no deseados, obesidad y mejorar la salud bucal y visual, contribuyendo a mejorar la calidad de vida los derechohabientes de la institución.

Afuera del consultorio había unas hojas pegadas con los horarios de atención: lunes a viernes de 8 a 13 horas y de 14:30 a 18:00 horas. Para consultas sin citas o sin ser derechohabientes de esta clínica son solamente los días jueves de 12:00 a 13:00 horas y de 16:00 a 17:00 horas, hay otra hoja impresa que colocaron en la ventana de la puerta por fuera que dice "NO TOCAR, ESPERE SU TURNO".

Como ya pasaba de la hora de atención quería saber si aun había alguien adentro que me brindara algo de información o folletos, me acerqué y le pregunté al de farmacia, que está enfrente de ese consultorio:

—Disculpe, ¿sabe si hay alguien dentro de preventiva?
—Creo que no, solo dan las 6 y se van.
—¡Ah! perfecto gracias.

Enseguida me dirigí con el guardia de seguridad a preguntar.

—Disculpe, ¿sabe si hay alguien en preventiva?, lo que pasa es que quería ver si me podían dar información sobre la diabetes.

Él le pregunta a una secretaria de los consultorios que están primero:

—Tienen folletos sobre obesidad, la señorita está buscando.
—Al parecer no, no he visto.
El guardia se dirige conmigo de nuevo y me dice:
—Déjeme checar en Rayos X, creo que ahí hay… No, no había pero se los doy de prevención.

Nos dirigimos hacia allá y una doctora abrió la puerta, pero según el personal ya no había nadie que me pudiera atender, en fin, me brindaron unos folletos sobre la diabetes, que son una copia en hoja de máquina, un tríptico sobre la diabetes y una guía alimenticia.

—¿Son para ti los folletos señorita?
—Sí, yo quiero la información, disculpe, ¿y no dan pláticas o algo sobre esto?

Me ignoró, no contestó no sé si lo hizo a propósito o realmente no me escucho, me di la vuelta, le agradecí y me salí.

17 de mayo del 2018 17:00 horas
Día 2

Asistí nuevamente acompañando a mi mamá, pues ella iba a renovar su cartilla y pensé que era una buena oportunidad que aprovechar para ir a pedir más información. Entramos a la clínica y el guardia en la entrada como otras ocasiones en las que he ido, nos dio la bienvenida y nos dirigimos a ventanilla de atención al derechohabiente ahí atendieron de forma rápida, en lo que mi madre arreglaba ese asunto, yo decidí recorrer el pasillo de la clínica para ver qué nuevo material tenían o qué habían puesto en cuanto a publicidad, y pude notar que tenían sobre alimentación, sobrepeso, el cáncer de mama, pero nada sobre lo que yo estaba buscando, llegué al consultorio donde está Medicina Preventiva y toqué la puerta pero noté que había un letrero (una hoja de máquina, un texto con marcador) que decía "cerrado", me dirigí con el guardia.

—Disculpe, ¿Sabe a qué hora abrirán?
—Hasta mañana ya que la muchacha anda de vacaciones.
—Bueno, muy bien muchas gracias.
Y regresé con mi mamá para irnos a casa.

22 de mayo del 2018 14:00 horas
Día 3

En esta ocasión fui porque iba a darme de alta en el IMSS. Entré, me acerqué a ventanilla, nuevamente me atendieron rápido, me mandaron al departamento de Preventiva para llenar mi cartilla con los datos necesarios.

La dinámica es poner la cartilla fuera del consultorio y noté que ya había 5 cartillas antes que la mía, dieron las 14:30 horas en lo que hice el trámite, el horario de atención es a partir de las 15:00 horas y estuve sentada un buen rato se dieron las 15:00 horas y yo solamente veía a una pareja de doctores entrar y salir del consultorio sin llamar a algún paciente, seguía todo apagado dentro del consultorio no fue hasta las 3:27 horas que empezaron a llamarnos por turno, me atendieron hasta las 16:15 horas. Pasé, me tomaron peso, estatura y todo lo necesario para llenar mi cartilla, al terminar me senté y empecé a hablar con la doctora.

—Disculpe, tendrá alguna información sobre diabetes.
—¿Tienes diabetes tú?
—No. Es un familiar, solamente que quiero estar un poco informada sobre ello, ya he leído en internet pero algunas cosas pues no les entiendo por el tecnicismo.
—Sí, mira tengo esto.

Comenzó a buscar folletos hay me supe que si cuentan con variedad de folletos sobre diversas enfermedades.

—Mira aquí está, esta información es básica, ¿Hace cuánto sabe tu familiar que tiene diabetes?
—Tiene poco como un mes, pero realmente nunca cuidó su alimentación y pues también me gustaría saber para yo prevenir.
—Sí, mira aquí está todo, qué es lo que puede y no puede comer una persona, cuáles son las causas los síntomas, aquí viene todo.
—Muy bien muchas gracias, de verdad.

—De nada, para servirte cualquier cosa aquí puedes venir en nuestros horarios.

—¿Y tiene algunas pláticas sobre diabetes que den aquí?

—No, por el momento no contamos con ello.

—Bien, gracias.

Y me dieron un folleto ya me habían dado en la primera ocasión que acudí a la clínica y me fui.

Hospital de Zona, 5 marzo 2018 15:30 horas
Día 1

Había una escasa información sobre la diabetes. Al observar la puerta principal no existía ningún cartel o anuncio ilustrativo sobre el tema. Adentrándome más a las instalaciones observé que la mayoría de las personas era gente mayor.

—Disculpe- me acerque a la encargada del área- ¿Tendrá alguna información relacionada de la diabetes o su prevención, tengo un familiar a quien me gustaría apoyarlo.

—Mira, aquí no tenemos folletos relacionados. ¿Qué unidad médica está más cercana a tu domicilio?

—Guadalupe.

—Bueno, puedes ir ahí con tu cartilla del seguro y explicarles que información necesitas.

—Muchas gracias.

Mi búsqueda de información no paró ahí, seguía observando las instalaciones tratando de, por lo menos, ver un método de prevención o como detectar la diabetes. Pero no había nada.

Interpretación de resultados

Cuatro de las cinco clínicas en las que se realizó la observación cuentan con información sobre la diabetes, en las cuales nuestro equipo de investigación tuvo que pedir informes. En los folletos obtenidos se proporcionaba información sobre el cuidado de la alimentación como medio preventivo de la diabetes para el cuidado del pie diabético.

El IMSS catalogado como la institución con mayor número de afiliados en el país, encabeza la lista de pacientes diabéticos. Por consiguiente; adolece de graves deficiencias en el manejo comu-

nicativo de la información sobre diabetes para un buen monitoreo de la enfermedad.

La información de los folletos que el Instituto Mexicano del Seguro Social proporciona a sus derechohabientes es oportuna pero el canal que lo hace no lo es. Para recibir información sobre la diabetes tienes que ir directamente a preguntar a un módulo en el cual se tardan mucho en atenderte y la mayoría de las ocasiones no lo hacen de buena manera, ni con la suficiente información. Hay personas que no tiene conocimiento suficiente de la enfermedad, y se les es muy difícil ir directamente a preguntar sobre ello. El mensaje debería estar localizado en puntos estratégicos, como en nutrición y área médica, donde se encuentre un mayor número de personas. Otra desventaja que se notó es que en ocasiones al atenderte te hacen ir a varios módulos ya que no cuentan con la organización suficiente.

Conclusiones

Con respecto al logro del objetivo

Con los datos recabados, las principales características sobre cómo el IMSS educa a sus derechohabientes es a través de medios impresos, con frases sencillas, escasas de información que no ayuda al derechohabiente a educarse en la prevención de la diabetes, además que para conseguir dicha información, es necesario solicitarla, e inclusive, no la llegas a obtener.

Con respecto al método utilizado

El método cualitativo utilizado en nuestra investigación nos sirvió para adentrarnos en la perspectiva del derechohabiente, en cómo recibe la información por parte del seguro social en caso de querer saber cómo detectar y prevenir la diabetes.

Con respecto a sus aprendizajes como investigadores

La falta de difusión sobre la prevención y tratamiento de la diabetes nos consterna; la diabetes es una de las principales causas de muerte en México y no se está dando el suficiente enfoque para su prevención. Comprobamos la eficacia del método cualitativo, en él vemos más a fondo de las cifras y los porcentajes, vemos realmente que esos número representan personas, que sufren y desean saber de esta enfermedad, como personas que por su ignorancia, no saben cómo sobrellevarla.

Referencias

Aguilar, C., Hernández, S., Hernández, M., y Hernández, J. (2015). Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L15-Acciones-para-enfrentar-a-la-diabetes.pdf

Banco Mundial (2011). Grupo Banco Mundial, México: https://datos.bancomundial.org/pais/mexico?view=chart

Calderón, M (2014). "Propuesta de campaña social para prevenir la diabetes tipo 2 en el Centro de Salud Nueva Aragón", Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Caro, A y Valcácel, Beatriz. (2009, Febrero). El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad. Revista Española de Salud Pública, 83, p.1.

Colegio De Contadores Públicos De México AC. (2012). El IMSS, pieza fundamental del bienestar de la sociedad mexicana. Marzo 14, 2018, de Excelsior Sitio web: https://m.excelsior.com.mx/opinion/2012/06/18/colegio-de-contadores-publicos-de-mexico-ac/841877

Comité de Educación en Diabetes Fundación IMSS, A. C. (2007). El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. Editoriales pág. 1.

Diagnóstico general del sistema nacional de salud (2016). Informe sobre la salud de los mexicanos. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras: El Censo de Pacientes Diabéticos, (2004). Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [en línea] 2006, 44 (Julio-Agosto): [Fecha de consulta: 13 de marzo de 2018]

Federación Mexicana de Diabetes. (2014). Diabetes en México. Febrero 20, 2018, de Federación Mexicana de Diabetes Sitio web: http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico/

Fernández Cantón, S. La mortalidad por diabetes mellitus en población derechohabiente del IMSS, 1990-2005: Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. [Fecha de consulta: 8 de mayo de 2018]

Fernández, S. El IMSS en la mortalidad nacional (1990-2005). Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 48, núm. 3, 2010, pp. 339- 348

Gómez-Encino, Guadalupe del Carmen, Cruz-León, Aralucy, Zapata-Vázquez, Rosario, Morales- Ramón, Fabiola, Nivel de conocimiento que

tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación con su enfermedad. Salud en Tabasco [en linea] 2015, 21 (enero-abril): [Fecha de consulta: 18 de abril de 2018] Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/487/48742127004.pdf SSN 1405-2091

INEGI (2013). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes, soporte en línea: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf

Kumate, J., Anzures, R., et al. (2007). El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45, 103.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). ¿Qué es la diabetes? febrero 20, 2018, de Nacional Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Sitio web: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es

National Kidney Foundation. (2016). National Kidney Foundation, New York, E.U.: https://www.kidney.org/es/atoz/content/diabetes-los-ojos-el-coraz%C3%B3n-los-nervios-los-pies-y-los-ri%C3%B1ones

Núñez Bustillos, (2011). Voto de castigo a corrupción e impunidad en México. Guadalajara, México: ITESO.

Ojanguren Silvia, (2013) Diabetes un mal que a muchos afecta, en revista KENA, sección: salud, noviembre 2013, ISSN 1870, pág. 84

Rojas S. (2016), la representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. Salud colectiva. 2016; 12(2):189-201. Doi: 10.18294/sc.2016.73

LA DIABETES EN LA POBLACIÓN INDÍGENA EN LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY

Miroslava Peña Mora
Jonathan Jesús Lira Contreras
Patricia de los Angeles Cavazos Flores
Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

La principal causa de muerte de millones de indígenas en México es la diabetes.

En esta investigación se hablará de manera detallada y uniforme el tema de la diabetes en México, enfocada en el sector más vulnerable de la población, me refiero a las comunidades indígenas.

Una enfermedad de "ricos" que está afectando a muchos pobres, el costo *per cápita* para tratar dicha enfermedad ronda entre los 13 a 20 mil pesos mensuales.

Estos datos alarmantes evidencian que a los mexicanos no les gusta cuidar su a salud, la mayoría no tiene acceso a guías de nutrición para evitar este tipo de enfermedades muy peligrosas.

La diabetes mellitus (DM) era una enfermedad rara en el nuevo mundo hasta principios del siglo XX. A partir de 1940 empezaron a reportarse casos de diabetes en las comunidades indígenas de Norteamérica y en la actualidad se ha informado de comunidades Pimas donde 50% de la población mayor de 35 años padece la enfermedad. Desde entonces se ha postulado que las poblaciones indoamericanas poseen un gen ahorrador que las hace susceptibles a DM, obesidad y dislipidemias cuando cambian sus patrones de alimentación.

En México la DM ha tenido un ascenso alarmante, en 1970 la diabetes como causa de muerte ocupó la posición número 12, actualmente se encuentra en la tercera posición. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) ha reportado la prevalencia de hipercolesterolemia (HC) en 8.8% y de hipertrigliceridemia (HTG) de 5.4%.

En México se han realizado pocos estudios sobre prevalencia de trastornos metabólicos en grupos indígenas. Se reportaron prevalencias de DM 6.3% y 10.5% en hombres y mujeres, respectivamente, de tribus Pi-mas de Sonora, 2.1% en Mazatecas de Oaxaca y no se observaron casos de diabetes en poblaciones Tepehuana, Huichol y Mexicanera en Durango.

El estudio de enfermedades como la DM y las hiperlipidemias en los indígenas mexicanos aporta información sobre los factores ambientales que inciden, con respecto a poblaciones genéticamente similares, pero con estilo de vida diferentes. (Alvarado-Osuna, 2019).

Los indígenas de las diferentes regiones del país que padecen diabetes, se encuentran dentro de una nueva sociedad, un mundo nuevo y desconocido para ellos, eso no los detiene a explorar todo lo que los rodea, el factor clave por el cual ellos padecen esta enfermedad es porque cambiaron totalmente su alimentación, claro, al emigrar a otra región te tienes que adaptar a ella. Muchos de ellos son de escasos recursos, no lo detiene a comprar alimentos llenos de azúcar, pero si los limita a adquirir atención médica personalizada, a comprar medicamentos y tratamientos necesarios para controlar la enfermedad.

La diabetes se lleva de la mano con la obesidad, pero no significa que tienes que tener sobrepeso para padecer esta enfermedad, no se trata de sobrealimentación, sino de mala alimentación, 7 de cada 10 mexicanos con sobrepeso padecen diabetes, 2 de esos 7 son indígenas. (IDF Diabetes Atlas, 7° edición, 2015).

Nuestro interés por esta investigación nace de notar que la diabetes mellitus es una epidemia que afecta a nivel mundial a millones de personas, entre ellas se ven afectados los indígenas por ser un sector vulnerable de la población ya que no tienen acceso a la atención médica primaria en muchas ocasiones y carecen de información al respecto.

Las preguntas de investigación determinantes fueron las siguientes:

¿Cuáles son los procesos que realizan los indígenas con relación a la diabetes mellitus?, ¿de qué manera viven con la enfermedad?, ¿cómo la interpretan?, ¿cuáles son los cuidados que mantienen con relación a la enfermedad? y ¿qué tanta información tienen acerca de ella?

Nuestro objetivo de investigación fue caracterizar los procesos que realizan los indígenas que padecen diabetes, a fin de identificar cómo se cuidan, sus hábitos alimenticios previos y posteriores al diagnóstico, su situación emocional, económica, su nivel de actividad física, técnicas de curación, medicación y monitoreo, prevención, así como su perspectiva respecto a la enfermedad e información que tienen respecto.

Los costos que genera esta enfermedad son elevados y aumentan durante las últimas décadas; provocando gastos considerables en los servicios de salud, derivados del tratamiento y el manejo de las complicaciones, así como el incremento de los costos asociados a la pérdida de productividad de las personas afectadas. Los Compromisos de Gestión se crearon con la visión de ser una herramienta útil y eficaz para la evaluación de diferentes programas de atención a los pacientes (Morice et al., 1999).

Nos limitamos al primer grupo que consideramos entrevistar para obtener los datos de nuestra investigación cambió de zona (migró al sur a sus estados de origen) para celebrar las festividades a partir del Día de Muertos por lo cual ya no fue factible incluirlos en la muestra. Por otro lado, en diversas organizaciones no atendieron la solicitud para realizar las entrevistas a personas que formen parte de este grupo.

La delimitación del sujeto de estudio será un grupo de indígenas de edad productiva: (Inicialmente el perfil fue de sujetos de un) rango de 25-50 años de edad, hombres y mujeres, con diabetes mellitus, que vivan dentro de la colonia Héctor Caballero, encontrar qué tipo de tratamiento llevan a cabo, cómo se alimentan, qué tipo de actividad física realizan, cosmovisión respecto a la enfermedad, que atenciones reciben de parte del gobierno y que tanto conocimiento tienen acerca de la enfermedad (conforme cambió la delimitación de la muestra inicial, cambió la ubicación geográfica a habitantes de la zona metropolitana de Monterrey).

La delimitación del sujeto de estudio es un grupo de indígenas de edad productiva:

Rango de 25 a 50 años de edad, hombres y mujeres, con diabetes mellitus, que vivan dentro de la colonia Héctor Caballero, encontrar qué tipo de tratamiento llevan a cabo, cómo se alimentan, qué tipo de actividad física realizan, cosmovisión respecto a la enfermedad, que atenciones reciben de parte del gobierno y que tanto conocimiento tienen acerca de la enfermedad.

Marco Teórico

Se profundizaron los datos que se recolectaron para sustentar la investigación que se está realizando, pues en estos se forman las bases de lo que lo que se quiere representar acerca de la problemática que tiene la comunidad indígena con la diabetes, además de las teorías que se están sustentando en el proyecto y los resultados que se están consiguiendo en base a los artículos que fueron seleccionados en esta investigación.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades más dañinas a nivel mundial y ha tenido una propagación que ha crecido exponencialmente en los últimos años. La carga mundial de la diabetes se estima que tiene un crecimiento que ha llegado casi al doble, ya que, en 1980, la población afectada por la diabetes se marcaba en 108 millones, aumentando del 4.7 al 5.8% de la población adulta. De esta manera, se han registrado también 2.2 millones de muertes anuales por el aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo, dados los índices de glucemia elevados por encima de los valores ideales en la sangre. Debido a que es complicado acceder a las pruebas complicadas de laboratorio para diferenciar la diabetes de tipo 1 y la de tipo 2, no existen cálculos separados de la frecuencia mundial de diabetes de tipo 1 y de tipo 2.

En la última década, se ha encontrado un aumento en la prevalencia de la diabetes con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los países de ingresos altos. Debido a nuestro diseño evolutivo el sedentarismo y la alimentación condicionan la salud de indígenas como de no indígenas, por formar parte de los modos de vida adquiridos paulatinamente. Page menciona que la hipótesis del gen ahorrador ofrece un elemento de asociación, el cual carga con ciertas susceptibilidades para contraer algunas enfermedades en específico, pero no se debe olvidar que las posturas de los grupos dominantes responsabilizan el carácter étnico a diferentes síndromes y enfermedades no transmisibles.

El pueblo Huichol del Occidente de México ha tenido que introducir elementos culturales de la Globalización a sus costumbres tradicionales por la cual se han alterado las formas de producir alimentos para su subsistencia y la realización de actividades físicas con la intención de prevenir las enfermedades traídas por el mestizo que antes no existían en sus comunidades como la diabetes.

La consecuencia del padecimiento de la diabetes más relevante percibida por las personas de la comunidad Huichol, afecta su cotidianidad, al no poder trabajar en las labores propias de los roles de género, así como su estatus comunitario y su ritualidad pues se dificulta trasladarse a lugares sagrados ceremoniales.

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo padecían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, con ello también hubo un incremento en los factores de riesgo, como el sobrepeso o la obesidad.

En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes, la mayoría de las muertes ocurren en personas con menos de 70 años.

La diabetes y sus complicaciones conlleva importantes pérdidas económicas para las personas que la padecen y sus familias, así como para los sistemas de salud y las economías nacionales por los costos médicos directos y la pérdida de trabajo y sueldos.

Prevalencia

La diabetes de tipo 1 no puede prevenirse con los conocimientos actuales. Existen enfoques efectivos para prevenir la diabetes de tipo 2, así como las complicaciones y la muerte prematura que pueden derivarse de todos los tipos de diabetes.

No hay soluciones sencillas para combatir la diabetes, pero mediante intervenciones coordinadas con múltiples componentes pueden lograrse cambios importantes. Todos tienen un papel que desempeñar en la reducción de los efectos de la diabetes en sus diferentes variantes. Los gobiernos, los profesionales de la salud, las personas con diabetes, la sociedad civil, los productores de alimentos y fabricantes de productos alimenticios y los proveedores de medicamentos: todos son partes interesadas. En conjunto pueden hacer una contribución importante para detener el aumento de la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas que tienen la enfermedad.

Factores socioeconómicos del país

Los costos directos rondan desde los 7 mil millones de pesos hasta los 31 mil, esto solo hablando de la consulta médica, diag-

nóstico y atención, tomando en cuenta el sector público como instituciones del IMSS e ISSSTE.

En cuanto al sector privado se mantiene en una media de 1,792 mil millones de pesos. Dando un total de 60 mil mdp. En medicamentos se gastan alrededor de 133 mil mdp, hospitalización 39 mil mdp, complicaciones 110 mil mdp. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Seguro Social (2010).

La revista Forbes publicó en abril del 2016 que en México solo la atención de la diabetes cuesta 72,654 millones de pesos anuales, el costo per cápita es de 13,266 pesos. Es decir que en 6 años el costo subió 12,920 millones de pesos.

Como medida para combatir la obesidad infantil y la diabetes en México, se implementó un impuesto adicional en el 2014, denominado Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) a bebidas saborizadas con azúcares añadidos. Dicho impuesto sufrió un ajuste al alza a partir del 1 de enero del 2018, aumentó de 1 peso a 1.17 pesos por litro. Como resultado se juntan 18 mil 937 millones de pesos por concepto de este impuesto, el cual bien se podría utilizar para desarrollar programas para evitar este tipo de enfermedades. Lamentablemente en México reina la corrupción (Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo, 2014).

Por otro lado, México se enfrenta con problemáticas tales como infecciones, desnutrición y salud reproductiva y, por el otro, los desafíos emergentes de las enfermedades crónico-degenerativas (Yañez, 2013).

En términos biomédicos, la DM es un "síndrome". Entre sus características, están las alteraciones metabólicas, principalmente hiperglucemia y complicaciones a largo plazo, dejando afectados a los ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. En la DM aumenta la cantidad de glucosa en sangre, ya que las células no pueden metabolizar de forma adecuada los azúcares (Yañez, 2013). Éste síndrome altera las funciones del páncreas, lo que genera deficiencia en la producción de insulina. La insulina es una hormona en el cuerpo que ayuda a utilizar la glucosa para generar energía. En algunas ocasiones, el páncreas deja de producir totalmente insulina. Cuando existe resistencia periférica a la insulina e hiperinsulinismo en algunos diabéticos, éstos son asistidos con mayor dificultad por el sector salud, dado a los elevados costos que genera el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Etnias afectadas por la diabetes en México

En un estudio realizado sobre la prevalencia de diabetes en indígenas otomíes del estado de Querétaro por Alvarado-Osuna, Milian -Suazo y Valles-Sánchez (1993) se encontró que el 4.4 por ciento de la población padece esta enfermedad, en su mayoría hombres (75%), esto puede atribuirse a los cambios en sus hábitos alimenticios debido a sus costumbres en las que se prioriza la salida de los hombres al trabajo en las ciudades. Tradicionalmente su dieta está basada en tortillas y leguminosas.

En un estudio realizado sobre la prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados, en población mazateca del estado de Oaxaca, México por Castro-Sánchez, Escobedo-De la Peña, (1997), se encontró que con el fin de estimar la prevalencia de diabetes en una comunidad indígena mazateca, así como los factores de riesgo relacionados, se realizó un estudio transversal en Huautla Oaxaca. Se estudiaron 798 sujetos de los cuales 16 fueron diabéticos para una prevalencia de 201 % La prevalencia se incrementó con la edad, pero a partir de los 65 años se observó un descenso, sobre todo en las mujeres La prevalencia fue un poco mayor en las mujeres (2 2%) que en los hombres (1 6%) Se observó una relación con la obesidad, la distribución de la grasa corporal, los antecedentes familiares y la hipertensión arterial.

El 38.9% de los 162 pacientes que acudieron al estudio tienen edad de 51 a 60 años, 122 de ellos son mujeres, 118 son personas casadas, hay 93 analfabetas, 92 desempleados, mas de la mitad del total tiene tendencia a fumar y a beber alcohol.

Hábitos de alimentación

Como en otras partes de México, los alimentos básicos aquí son el maíz (casi invariablemente: tortillas), el frijol y el chile. Los alimentos suplementarios son aquellos disponibles localmente, el más importante de los cuales es el pulque. La carne se come en muy pequeñas cantidades y es usualmente de borrego o cabra, ya que estos animales son los que mejor se adaptan a las condiciones de esta región. Frecuentemente, la sangre de los animales es consumida y la carne se vende para adquirir alimentos más baratos. Esto mismo sucede con la producción de pequeñas cantidades de leche, huevo y carne de aves. El único animal silvestre que suele consumirse es el conejo. Los frijoles son relativamente caros y se consumen en cantidades

menores que en otras partes de México. El consumo de chile es elevado. Pequeñas cantidades de cebolla, ajo, tomate y más raras veces jitomate se utilizan como saborizantes en las preparaciones.

La grasa más comúnmente usada para cocinar es la manteca de cerdo, aunque en cantidades relativamente bajas.

Se consumen casi todas las plantas que pueden.

Los niños son alimentados al pecho hasta edades avanzadas, algunas veces durante varios años, y no fue raro encontrar mujeres con varios niños lactando a la vez. El estado común de las mujeres en edad fértil era el embarazo o la lactancia. Las encuestas dietéticas de hijos cuyas historias indicaban que continuaban siendo amamantados en alguna medida fueron excluidas de las tabulaciones.

El pulque es bebido para casi toda la población y frecuentemente en grandes cantidades, en muchas casos sustituye totalmente al agua. Está generalizada la creencia de que dicha bebida es muy nutritiva; muchos hombres afirmaban que no podrían trabajar si no bebían pulque y que servía como sustituto de la carne en la dieta. Aun los bebés y niños pequeños lo consumen considerablemente.

Debido a que los microorganismos que causan la fermentación no son removidos, éstos aportan alguna cantidad de vitamina C.

El consumo promedio de pulque por los hombres, según nuestros registros de dietas, era de 1 a 2 1 litros por día; esta estimación posiblemente sea baja, dada la dificultad de obtener un registro adecuado del consumo de un líquido bebido en forma abundante a cualquier hora. No era raro encontrar hombres que bebían 10 litros al día. El contenido de alcohol del pulque es bajo (3 a 5%), pero no obstante eso, comúnmente se observaba ebriedad, particularmente los días de mercado y de fiesta.

La importancia relativa del pulque y otros alimentos que es el resultado del análisis de 100 registros de dietas, seleccionadas según el número de habitantes y distribución de la edad y el sexo en las comunidades de estudio. Los porcentajes se ordenan de acuerdo con las principales fuentes de cada nutrimento. Como puede observarse, las tortillas son por mucho el alimento más importante por sí solo, seguidas del pulque. Esto no significa que el pulque tenga un elevado valor nutritivo o que sea especialmente recomendado como fuente de cualquiera de estos nutrientes; sin embargo, debido al carácter marginal en la dieta del resto de los alimentos, este adquiere importancia, especialmente por su aporte de vitamina C.

Características de la alimentación de los indígenas (antes y después)
Según un estudio del estado de nutrición y los hábitos alimentarios de comunidades otomíes en el Valle del Mezquital de México. (Anderson et al., 2009) ya que la región es árida y se encuentra vulnerabilizada dado a que económica y culturalmente está deprimida, los habitantes comen pocos alimentos que se consideran esenciales para una alimentación balanceada. Los productos de origen animal tales como la carne y los lácteos, así como frutos y verduras es extremadamente bajo. Por otro lado, a través del consumo de tortillas, pulque y las plantas de la zona que son considerables comestibles, logran una dieta suficientemente adecuada. Con este antecedente podemos ver que las características regionales así como geográficas limitan mucho el consumo de una ingesta balanceada acorde a los principios que conocemos de manera común.

Descripción Metodológica
Esta investigación se realizó a través del enfoque cualitativo, dado a su naturaleza social y no contable por el acercamiento a la manera en la que las personas (en este caso específico los indígenas que radican en la zona) conllevan la enfermedad desde su perspectiva, el entendimiento que tienen acerca de ella, cómo es que la perciben y cuáles son el tipo de cuidados que llevan a cabo a partir de su conocimiento y tradiciones. Se utilizó la técnica de la entrevista.

Nuestro equipo estuvo conformado por 6 personas, pero de acuerdo con su participación y compromiso, quedó finalmente integrado solo por 3 estudiantes. Utilizamos diversas herramientas tecnológicas (tales como Google Docs, Google Drive, WhatsApp, Gmail así como grupos de Facebook) para mantenernos interconectados de manera constante, adicionalmente a las sesiones de manera presencial. A través de la redacción de textos de manera simultánea en el documento (dentro de Google Docs en la primera edición), de esta manera pudimos tener *feedback* de la doctora Alma Elena Gutiérrez Leyton, quien impartió el curso de Proyectos de Investigación en Comunicación del séptimo semestre de la licenciatura en Ciencias de la Comunicación. Entre las técnicas a utilizar para llevar a cabo el trabajo de campo escogimos la entrevista a profundidad (que fue el abordaje general a las personas que formaron parte de la muestra final) y la observación (para describir el lenguaje no verbal durante las entrevistas). En un principio lle-

gamos a considerar técnicas tales como el grupo nominal pero no fue posible acceder a un grupo o comunidad en el que se pudiese aplicar por el proceso de migración durante el otoño, ya que en la época de las celebraciones tales como el Día de Muertos y Navidad, es habitual que los grupos indígenas que son originarios del sur del país migran de regreso a sus hogares.

Los instrumentos utilizados para poder llevar a cabo las entrevistas a profundidad fueron el *rapport* (con algunos individuos con los cuales fue posible) y también el acceso brindado por nuestros *gatekeepers* en nuestras propias comunidades (como vecinos, personas conocidas que tenían amigos pertenecientes a los grupos que entraban dentro de la posible muestra).

La guía de la entrevista fue elaborada en una sesión de dos horas después de diez semanas de trabajo de escritorio, considerando los diversos factores que podrían llevarnos a entender la caracterización de los indígenas y sus rituales, así como hábitos alrededor de la diabetes, sugerimos diversos segmentos para la guía de la entrevista: Herencia, cultura, alimentación y cuidados. De estos segmentos surgieron diversas variables que nos permitieron llegar a las preguntas finales, en el segmento de herencia existía la variable de ascendencia, lugar de procedencia y migración. En el segmento enfocado en cultura añadimos las variables de los hábitos del grupo, la chamanería, los ritos y la herbolaria. El segmento dedicado a la alimentación fue de peculiar atención, ya que uno de los factores principales para notar en qué momento se deformaron los hábitos alimenticios de los indígenas es notar los cambios relevantes de su ingesta previa (de origen) y actual, y en base a esto poder entender un poco más que hábitos detonaron quizá la diabetes. Y por último, el segmento enfocado a los cuidados contuvo las variables de el servicio médico (para ver si tenían cubierto el mismo), el tratamiento, la actividad física así como el monitoreo y el seguimiento.

El proceso de investigación tuvo una duración de 4 meses aproximadamente, y sufrió una variedad enorme de cambios en su duración. ya que comenzó con el trabajo de escritorio dentro de la universidad, una vez planteado nuestro problema de investigación (a través de una sesión de preguntas que resultan interesantes para estudiar) durante el mes de septiembre, buscamos artículos científicos que resultaron pertinentes para el tema que abordamos.

Conforme nos acercamos al tema (durante aproximadamente dos semanas) a través de los antecedentes históricos y los estudios realizados previamente, notamos que dentro de las personas indígenas con diabetes a nivel internacional había problemas compartidos, lo cual nos llevó a considerar que sería propio investigar cuáles eran las diferencias entre las etnias que radican aquí y aquellas que eran sujeto de estudio de otras investigaciones que teníamos a nuestra disposición.

En un periodo de alrededor de 3 a 4 semanas propusimos la muestra inicial, así como delimitamos nuestro propósito central, los objetivos, la justificación, la viabilidad (que por momentos fue el rubro más fluctuante dado a la migración por la temporada), por ende, este último nos costó trabajo, ya que nuestra primera opción (como parte de una comunidad dentro de un centro comunitario habitando en el municipio de Juárez, Nuevo León) se encontraba fuera de nuestro alcance, decidimos buscar otras instancias y organizaciones. Para este momento, muchas de las instancias se encontraban vacías por que los indígenas no radicaban en la zona. El ingreso (durante las últimas 3 semanas de la investigación) en el campo de estudio fue turbulento, tuvimos que cambiar de grupos de estudio en diversas ocasiones, lo que nos llevó a ajustar nuestra muestra inicial tres veces.

Nuestra muestra para esta investigación constó de 20 entrevistas semiestructuradas con personas de diversas comunidades indígenas, entre ellos personas que contactamos a través de una asociación, algunos de nosotros encontramos a personas a través de vecinos o conocidos que nos brindaron la información necesaria para recolectar los datos necesarios. Los criterios de selección para la muestra eran: ser indígena, tener diabetes y vivir en la zona metropolitana de Monterrey. El contexto bajo el que se desarrolló la investigación misma fue dentro de la zona metropolitana de la ciudad de Monterrey, durante el periodo de otoño del 2018.

Resultados

Caminamos tramos largos para obtener más información al respecto de cómo vivían los indígenas y llegamos a la Alameda Mariano Escobedo, situada en el centro de Monterrey, donde encontramos un pequeño grupo de gente que vendía artesanías mexicanas en la calle, figuras de barro, muñecas hechas mano, por curiosidad

nos acercamos para ver bien lo que vendían, de pronto fluyó una conversación muy formal, a tal punto que me comentó que eran provenientes de Oaxaca, la mercancía que vendían era para comprar medicamentos e insulina para tratar su diabetes.

Seguimos nuestro camino en busca de más verdad, recabar más información fidedigna, y vaya que encontramos a muchos participantes que cumplían con las características que buscábamos (ascendencia indígena y portador de diabetes). Todos los participantes consideran que es mucho mejor la calidad de vida en el norte del país. La mitad de ellos lleva viviendo más de un año en Nuevo León y que tienen planeado establecerse de manera permanentemente aquí. Todos cuentan con el mismo fin, mantener un patrimonio digno sin carencias con sus descendientes y poder brindarles un mejor futuro que el de ellos, unos cuantos comentaron que los medicamentos para tratar su enfermedad solo estaban disponibles en Monterrey, además de contar con un empleo que les da facilidad de adquirir un seguro médico.

La dijo que sus padres aún se encuentran con vida y gozando de estupenda salud. La alimentación y el estilo de vida que se vive en los pueblos de Oaxaca es completamente diferente a lo que hay en Nuevo León. Un hallazgo a resaltar es que los adultos mayores no le prestaban atención a la enfermedad, o no tenían noción de que era lo que significaba esta, para ellos significaba "una perdición sin cura alguna". De los entrevistados, la mayoría vive con su pareja y no están seguros si padecen de dicha enfermedad, por lo general notan los síntomas hasta que están en una posición en la que su salud está comprometida de manera obvia.

Poco más de la mitad de nuestra muestra mencionó que no acostumbraban ir al médico como rutina, debido a que en su pueblo al enfermarse un miembro de la familia, se daban remedios caseros como tés o comida que ayudaba a dar fuerzas. Estos mismos mencionan que debido a un malestar que los llevó al hospital de emergencia se enteraron que padecían de diabetes. Asistieron por rutina al médico, esto antes de conocer el hecho de que padecen diabetes, en su mayoría por una simple fiebre o deshidratación, sin sospechar que los síntomas que presentaban eran debido a la diabetes.

La mayoría de los pacientes mencionaron que el médico no les resolvía dudas y la información era escasa, dejándolos con muchas dudas y por si fuera poco les dieron diagnósticos erróneos.

Casi la totalidad de las personas dijeron que les prescribieron una dieta estricta y que por su falta de recursos no pueden seguir al pie de la letra lo indicado por el médico; los principales motivos por los que no siguen el tratamiento es por escasos recursos más que por desinterés o desconocimiento. Un pequeño grupo contestó que no atiende la enfermedad de manera adecuada, unos por desconocer el tema, otros debido a sus creencias, afirman que el medicamento es caro, tienen mala alimentación o simplemente la falta de recursos económicos.

En algunos casos, se registró que los originarios de pueblos indígenas que utilizaban la herbolaria local como remedio medicinal para tratar la diabetes y otras enfermedades, en su mayoría son tomados en forma de té para aliviar malestares y consideran que lo natural es mejor para el cuerpo que los químicos.

Para los indígenas, representan la diabetes como una enfermedad que no les permite llevar a cabo la vida normal, con restricciones, alimentación limitada, monitoreo continuo y que representa cambios radicales en su vida.

En su mayoría -allá en su pueblo de origen- acostumbraban alimentarse de legumbres, tortillas, café, totalmente diferente a su dieta actual. Ahora solo se preocupan por tener más energía para realizar sus labores, consumiendo alimentos y bebidas con altos niveles calóricos. La Coca Coca es la bebida más popular que destaca en su nueva dieta, dado a su módico precio (que en ocasiones resulta más económico que el agua) y su alto contenido de azúcar, que les brinda un golpe de energía al consumirla.

Con relación al consumo de bebidas alcohólicas, más de la mitad de los indígenas entrevistados que participaron en esta investigación admite que ingieren estas bebidas con alta frecuencia, pero no solo eso, sino que también tomar refrescos con alto grado de azúcar se volvió una tendencia entre ellos, ya que el la totalidad de los entrevistados, esto principalmente para adquirir energía para hacer las labores diarias, se presentaron diferentes marcas, la que más mencionaron fue Coca Cola.

Interpretación de Resultados

Comparamos los resultados de otros estudios y los obtenidos de esta investigación y notamos que la alimentación cambió, anteriormente su consumo de carne, leche y sus derivados, frutas

y verduras era extremadamente bajo pero que se remediaba con la tortilla, pulque y plantas; hoy en día un poco más de la mitad de los indígenas entrevistados conforman su nutrición con alimentos que los proveen de energía, especialmente bebidas energizantes con altos niveles calóricos. A pesar de todo, las tortillas de maíz continúan siendo el alimento más importante por sí solo.

Por lo visto, el consumo de alcohol no ha cambiado pues en otros estudios encontramos que en algunas comunidades indígenas el pulque ha sustituido el consumo del agua y eso variaba en todas las edades inclusive en bebés y niños, pues los indígenas consideran esa bebida como una aportación excelente de vitaminas y sumamente saludable (Anderson, Calvo, Serrano, Payne).

Lo que encontramos en nuestros resultados y lo que vimos en otros estudios demuestra que sí han cambiado varios detalles en la forma de lidiar con la pre diabetes y/o diabetes. El indígena de hoy en día es una persona que convive con la cultura occidental, y está informado sobre la enfermedad pero que desgraciadamente la falta de recursos económicos es lo que no les permite tratarse debidamente. Por supuesto que desean estar sanos, pero como se mencionó anteriormente el tratamiento para la diabetes es sumamente costoso.

Sin embargo, la religión, los ritos y la chamanería mantienen un papel importante en esta enfermedad pues algunos no creen en los medicamentos y optan solamente por tratarse con herbolaria; o los que por sus creencias puedan estar ligados a pasar ayunos en donde su alimentación queda dañada pues pierden horas para nutrir su cuerpo y esto perjudica crucialmente en una persona que padece o podría estar por adquirir esta enfermedad.

Conclusiones

La técnica que utilizamos tras realizar esta investigación fue la entrevista, misma que consideramos la mejor opción, pues los indígenas tras haber pasado un rato conviviendo con nosotros, nos proporcionaban un poco más de información referente a cómo lidian con esta enfermedad.

Uno de los detalles que se presentaron durante nuestra investigación fue el tiempo, en el mes de Noviembre muchos indígenas dejaron Nuevo León para visitar sus pueblos natales por las festividades del día de muertos y por lo tanto se complicó al momento de localizarlos.

Puesto que alcanzamos el objetivo con respecto al procedimiento metodológico, nos hubiera ayudado mejor aprovechar otras herramientas tecnológicas con los entrevistados, es decir, no solamente grabar con audio sino también con video, pues al momento de plasmar los resultados es más sencillo identificar y recordar las respuestas que nos dio cada uno.

Logramos identificar que están desinformados en cuanto a la gravedad que causa esta enfermedad. Durante esta investigación no solamente aprendimos sobre indígenas con diabetes, sino los costos que genera esta grave enfermedad, que va más allá de la alimentación, que es una enfermedad que afecta el cuerpo entero, que algunas comunidades acostumbran usar huaraches lo cual es un problema muy grande cuando se trata de un pie diabético, que muchos de ellos tienen familiares con antecedentes de diabetes y aún así no le generan importancia pues carecen de información. Que por muy descabellado que suene, es más económico comprar una gaseosa que una botella de agua.

Trabajar en esta investigación demostró la responsabilidad profesional que mantenemos cada uno de nosotros, sin embargo, no se puede culpar a la ''comunicación'' puesto que hoy en día contamos con teléfonos inteligentes que permiten interactuar a cualquier hora del día, aún así la disposición para sacar este trabajo adelante no fue la misma con los demás integrantes pues no hubo cooperación y disposición equivalente al momento de plantear este trabajo final.

Esta investigación servirá para concientizar a todo aquel que lo lea, ya que además de tratar el problema de salud va más allá de la carencia de conocimientos y por esto nos referimos a la falta de credibilidad que mantienen los indígenas cuando se les trata el tema de la diabetes.

Con los datos obtenidos tras esta investigación es posible afirmar que todos estos hechos, y pocos cuidados tengan como consecuencia una regla sin fin de casos de diabetes en indígenas.

Referencias

Alvarado-Osuna, C., Milian -Suazo, F., y Valles-Sánchez, V. (1993). Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. Salud Pública Mex 2001;43 pp. 459-463

Alvarado-Osuna, C., Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. Recuperado de http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6341/7638

Anderson, Richmond K, Calvo, José, Serrano, Gloria, & Payne, George C. (2009). Estudio del estado de nutrición y los hábitos alimentarios de comunidades otomíes en el Valle del Mezquital de México. Salud Pública de México, 51(Supl. 4), S657-S674.

Araujo M, Moraga C, Chapman E, Barreto J, Illanes E. Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2016;(40)5:371–81.

Arizpe, L. (2002), Migración, etnicismo y cambio económico. Un estudio sobre migrantes campesinos a la Ciudad de México, El Colegio de México, México.

Bermedo, S. (2015). Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Revista Chilena de Salud Pública, 19(1), p. 47-52. doi:10.5354/0719-5281.2015.36339

Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del Siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. Revista Perú de Medicina y Salud Pública [online]. 2010, vol.27, n.1, pp.114-122. ISSN 1726-4634.

Cardona Arias, J., Rivera Palomín Y., Llanes Agudelo, O. (2011). Prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemias en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomaprieta, Colombia. Revista Investigaciones Andina, vol.14, n.24 p.130
http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v14n24/v14n24a05.pdf

Castro-Sanchez, H. & Escobedo de la Peña, J. (1997) La prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados, en población mazateca del estado de Oaxaca, México. Gac Méd Méx Vol. 133 No. 6 Recuperado Septiembre 20, 2018 https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1997-133-6-527-534.pdf

CEPAL/OPS/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2014), "Los pueblos indígenas en América Latina ▪ Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos" Do-

cumento de Proyecto, 128 p., Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/S1420783_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

CEPAL/OPS/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2010), "Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Inequidades 124 Los pueblos indígenas en América Latina ▪ Síntesis estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos", Documento de Proyecto, LC/W.348, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/S1420783_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Cerda-Flores, R. Dávila-Rodríguez, M. Cortés-Gutiérrez, E. Rivera-Prieto, R. Calderón-Garcidueñas, A. Gaspar-Belmonte, J. Ibarra-Costilla, E. & Rojas-Alvarado, M. (2003) Genética de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Noreste de México. III. Alta Prevalencia en los individuos con Los Apellidos Martínez y Rodríguez. Ins. Mex. Seg. Soc. Vol. 4 No. 3. Recuperado http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2003/spn033e.pdf

García-Serrano, V; Crocker, R; García de Alba,J. (2017). Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia Wixarika del occidente de México. Revista Chilena de Antropología 35: pp.113-130. doi: 10.5354/0719-1472.2017.46151 https://semanariorepublicano.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/46151/48168

Guevara-González MB., Linares-Vieyra C., Rodríguez-de Mendoza LE. (2008) Prevalencia de trastornos bucales en población con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46(3):237-245.

International Diabetes Federation (2015), Atlas de la Diabetes de la FID. (Séptima edición) recuperado de: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Jacklin, K., Ly, A., Calam, B., Green, M., Walker, L., & Crowshoe, L. (2016). An Innovative Sequential Focus Group Method for Investigating Diabetes Care Experiences With Indigenous Peoples in Canada. International Journal of Qualitative Methods, 15(1), 160940691667496. doi:10.1177/1609406916674965

McDermott, R., Campbell, S., Li, M., & McCulloch, B. (2009). The health and nutrition of young indigenous women in north Queensland – intergenerational implications of poor food quality, obesity, diabetes, tobacco smoking and alcohol use. Public Health Nutrition, 12(11), 2143-2149. doi:10.1017/S1368980009005783

Medina Fernández J., Medina Fernández I., Candila Celis J., Yam Sosa A. (2018) Saberes y prácticas de una población rural maya con Diabetes Mellitas tipo II sobre las plantas medicinales. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): pp. 76-91. https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/10232/1/RevistaRqR_Primavera2018_Mayas.pdf

Morice, A. Roselló, M. Aráuz, AG. Sánchez, G. Padilla, G. (1999) Diabetes mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial de la diabetes (Número 1). Recuperado de: https://www.who.int/diabetes/global-report/es/

Yañez, P. (2013). La diabetes mellitus entre los comcaac de Socaaix, Sonora: Significados, usos y razones para una epidemiología sociocultural. Estudios De Antropología Biológica, 16. Retrieved September 11, 2018, from http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/56759

ACERCA DE LOS AUTORES

Sara Maria Estevané Díaz. Es Médico Familiar por la Universidad Autónoma de Coahuila. Especialista en Medicina Familiar por la UANL (2004). Directora de la Unidad de Control Metabólico Ambulatorio del Instituto Mexicano de Seguro Social en Monterrey, N. L. Revisora y asesora de protocolos de investigación clínica para el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1909, 1906 y 1904. Autora de artículos, capítulos de libros y ponencias de investigación. Docente en Diplomados y cursos dentro y fuera del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Correo electrónico: estevanesara@gmail.com

Alma Elena Gutiérrez Leyton. Es Doctora en Ciencias Políticas y Sociales por la UNAM (2004). Tiene maestría en Educación con especialidad en Comunicación por el Tecnológico de Monterrey (1995) y es licenciada en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Veracruzana (1984). Es profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y coordina el Cuerpo Académico "Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento".
Correo electrónico: alma.gutierrezly@uanl.edu.mx

Julieta Flores Michel tiene el Doctorado en Educación por la UNED Costa Rica (2013). Sus grados de maestría y licenciatura son en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2000) y por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (1985), respectivamente. Es profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Fue presidente de la Red de Investigación Educativa RIE-UANL (2018-2020) e investigadora invitada por la Sorbonne Nouvelle Paris 3 en el proyecto Políticas Públicas de Educación hacia Medios (2013-2017). Es miembro del Cuerpo Académico "Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento".
Correo electrónico: julieta.floresmc@uanl.edu.mx

María del Roble Obando Rodríguez, es Maestra en Enseñanza Superior, por la Universidad Autónoma de Nuevo León (1993). Es Licenciada en Administración de Empresas por el Tecnológico de Monterrey (1977). Es profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y es integrante del Cuerpo Académico "Gestión Académico-Administrativa de instituciones de Educación Superior".
Correo electrónico: maria.obandordr@uanl.edu.mx

Evelyn Liliana Anaya Cepeda es Diabetóloga (Posgrado en Diabetes CEDIMO/ITESM 2017), es Médico Familiar por la Universidad de Monterrey (2016) y Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2010). Se desempeña en área de Urgencias dentro del Departamento de Atención Médica Continua en el primer nivel de atención del IMSS, y ofrece su práctica privada para la atención de Salud Familiar y Diabetología.
Correo electrónico: draeveanaya@gmail.com

Héctor Adrián López Gutiérrez es Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2009). Especialista en traumatología y ortopedia. (Hospital Christus Muguerza). Subespecialidad en Cirugía del pie y tobillo (ISSSTELEON Hospital San Jose Mty). Certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia vigente. Experto en pie diabético (Universidad Anáhuac). Diplomado en Urgencias Médicas (UNAM Médica Sur). Diplomado en Acupuntura China (Universidad Autónoma de Coahuila, Campus Torreón). Diplomado en Quiropraxia y Osteopatía (Centro de Terapias Alternas, Ecatepec, Estado de México).
Correo electrónico: drheclopez@gmail.com

Heidi Alejandra Rosas Treviño. Es candidata a Doctora en Filosofía con Orientación en Comunicación e Innovación Educativa (2020). Tiene dos maestrías una en Estudios Humanísticos el Tecnológico de Monterrey (2010) y una en Bioética por la Universidad de Murcia, España (2013), es licenciada en Comunicación por la Universidad Iberoamericana (1999). Es profesora de cátedra en el Tec de Monterrey en el área de humanidades y profesora la en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: heidi.rosastvn@uanl.edu.mx

Magda García Quintanilla es Doctora en Pedagogía por la Universidad Autónoma de Barcelona. Tiene maestría en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y es Licenciada en Pedagogía por la misma Universidad. Actualmente es profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de UANL y miembro del Cuerpo Académico "Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento".
Correo electrónico: magda.garciaq@uanl.mx

Reyna Verónica Serna Alejandro es Doctora en Educación por la Nova Southeastern University. Profesora de la UANL desde 1981. Integrante del Cuerpo Académico consolidado UANL 346: Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento. Es egresada de la Licenciatura y Maestría de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL, y tiene la especialidad en Investigación Educativa, por la Universidad del Estado de Morelos. Maestra en Educación Media y Normal, con especialidad en Lengua y Literatura Españolas, por la Escuela Normal Superior del Estado, y profesora de Educación Primaria, por la Normal Miguel F. Martínez. Ha sido instructora de capacitación en el Gobierno de Nuevo León y en diversas empresas de la iniciativa privada. Actualmente es Coordinadora del Doctorado en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa en la FCC. Es Consejera Maestra de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UANL, desde 2017.
Correo electrónico: rvserna@yahoo.com

Arturo Escalante Flores es Licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2018) y graduando de la maestría en Comunicación Deportiva con orientación en Mercadotecnia de la UANL. Es especialista en manejo de redes sociales.
Correo electrónico: arturo.escalanteflr@uanl.edu.mx

Yimel Abril Vargas Montelongo es Licenciada en Mercadotecnia por el Tec de Monterrey. Actualmente es estudiante de posgrado en la Maestría en Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Labora como docente en la Facultad de Ciencias de la Comunicación para la licenciatura de Mercadotecnia y Gestión de la Imagen.
Correo electrónico: yimel.vargasmn@uanl.edu.mx

Fabricia Carolina Garza Matamoros es estudiante de la Maestría en Ciencias de la Comunicación por la UANL. Licenciada en Ciencias de la Comunicación por la misma universidad (2017) con especialidad en Marketing Digital por el World Trade Center-Monterrey (2017). Coordinadora de Mercadotecnia y Business Development.
Correo electrónico: fabricia.garzamtm@uanl.edu.mx

Agustín Serna Zamarrón es Profesor de la Facultad de Ciencias de la Comunicación y Candidato a Doctor en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Colaborador del Cuerpo Académico "Estudios de Cultura, Comunicación y Tecnologías de Información", con registro CA-UANL-239 con las siguientes líneas de investigación: Estudios sobre Comunicación y Cultura, Estudios sobre Comunicación y Tecnología aplicada a la Educación, y Comunicación Política de la Ciencia y Periodismo Científico.
Correo electrónico: sernazamarron@gmail.com

Jessica Lizbeth Ruiz Briones es Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente, es estudiante becada por mérito académico, del posgrado en Ciencias de la Comunicación en la misma casa de estudios. Se desempeña como servidor público en la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Apodaca N.L., en el área de comunicación de la Subsecretaría de Deportes y Recreación.
Correo electrónico: licjessicaruiz@gmail.com

Gisela Guadalupe Salazar González. Licenciada en psicología con orientación en psicología social por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Actualmente es estudiante de posgrado en Maestría en Ciencias de la Comunicación de la UANL. Laboralmente se desempeña como Jefa de Capital Humano en la iniciativa privada.
Correo electrónico: gisela.salazar@gmail.com

Yessica Lizbeth Palomo Hernández. Estudiante del 8° semestre de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León e Intern en Relaciones Humanas por la Sociedad Nacional Promotora de Becarios, S.C.
Correo electrónico: yessihdz17@outlook.com

Bertha Alicia Ramírez Salas es doctoranda del Doctorado en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa (UANL). Es Maestra en Ciencias por la UANL (2006), licenciada en Ciencias de la Comunicación por el Tecnológico de Monterrey (1983). Profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Integrante del Cuerpo Académico "Comunicación, Innovación y Gestión del Conocimiento". Se desempeña como Coordinadora de Tutoría en la Facultad de Ciencias de la Comunicación UANL.
Correo electrónico: bertha.ramirezsls@uanl.edu.mx

Oscar Eduardo Guerrero Sandoval es Profesor de la Unidad Académica de Docencia Superior en la Universidad Autónoma de Zacatecas y Candidato a Doctor en Filosofía en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Licenciado en Ciencias de la Comunicación con especialidad en información por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2006.
Correo electrónico: jhiur1@gmail.com

Dana Falcón González es estudiante de la Maestría en Ciencias de la Comunicación de la UANL y es licenciada en Administración por la Facultad de Contaduría Pública y Administración de la UANL (2012). Es profesora en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: dfalcong@uanl.edu.mx

Jaquelin Guadalupe García Bazaldúa. Estudiante del 8° semestre de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo.
Correo electrónico: jaquelinggb@hotmail.com

Gabriela Ruíz Rodríguez. Estudiante del 7° semestre de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: gaby_fcc@outlook.com

Nidia Lizeth Ubaldo Garza. Estudiante del 8° semestre de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: lizeeth333000@gmail.com

Miroslava Peña Mora. Es egresada de la licenciatura de Ciencias de la Comunicación en Facultad de Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: miros.penan2@gmail.com

Jonathan Jesús Lira Contreras. Es egresado de la licenciatura de Ciencias de la Comunicación en Facultad de Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: clasicoregio120@gmail.com

Patricia de los Angeles Cavazos Flores. Es egresada de la licenciatura de Ciencias de la Comunicación en Facultad de Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Nuevo León.
Correo electrónico: patriciacavazosf@gmail.com

T & R Desarrollo Empresarial, S. A. de C. V.
Santa Fe # 1932, Residencial La Española, Monterrey, Nuevo León
Teléfono (81) 8486 4240. **Contacto:** editorialtyr@gmail.com

Primera edición.
Se terminó de imprimir el 24 de Junio de 2020
en Monterrey, Nuevo León, México.

El tiraje fue de 100 ejemplares impresos en papel bond
y portada en couche, plastificado mate,
encuadernación rústica en hotmelt.

LA PRESENTE OBRA, sustentada en la metodología de la investigación que realizan profesionales de la comunicación, permite acercarnos a pacientes con diabetes desde diferentes perfiles laborales y profesionales, utilizando un gran recurso de la investigación social -la entrevista–, a través de la cual escuchamos voces del alma de seres humanos reales, con particulares formas de ser y de vivir, comprendiendo un poco más cómo padecen y aceptan la enfermedad, encontrando una variedad de matices, que van desde la incredulidad a la resignación; de la incertidumbre al confrontamiento, e incluso, algunos de ellos, llegando a la depresión.

Dra. Sara Maria Estevané Díaz (Prologuista)
Unidad de Control Metabólico Ambulatorio
Instituto Mexicano del Seguro Social

LOS REPORTES DE INVESTIGACIÓN que conforman los capítulos del libro, derivan de un proyecto de largo alcance iniciado en 2017, sobre la diabetes mellitus como sindemia, desde el abordaje de lo social. La investigación macro tiene como objetivo identificar, desde diversos marcos teórico-metodológicos, la forma en que viven la enfermedad las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Se trata de trabajos de investigación realizados en la Unidad de Aprendizaje de Análisis de Datos Cualitativos y de Metodologías de Investigación, por estudiantes de diversos programas de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León: el Doctorado en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa, la Maestría en Ciencias de la Comunicación y la licenciatura en Ciencias de la Comunicación.

Dra. Alma Elena Gutiérrez Leyton
Editora y Coordinadora
Facultad de Ciencias de la Comunicación
Universidad Autónoma de Nuevo León

9 786079 842611

T&R Editorial

www.tyreditorial.com
Contacto: editorialtyr@gmail.com