

**Exploración de los significados y prácticas de auto-cuidado de personas
diabéticas controladas y no controladas en Tepoztlán, Morelos**

Guadalupe Delgado Sánchez

Nutricionista

Instituto Nacional de Salud Pública, México

Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán, C.P. 62100, Cuernavaca,
Morelos, México.

Teléfono: 01(777)329 3000, ext. 4166.

E-mail: guadalupe.delgado@insp.mx

Resumen

Objetivo: Explorar los significados y prácticas de auto-cuidado relacionados con la alimentación y la actividad física de personas diabéticas, en la cabecera municipal de Tepoztlán, Morelos. **Diseño y métodos de investigación:** Se aplicaron entrevistas cualitativas semiestructuradas a 15 mujeres y 9 hombres con diabetes, entre 39 y 85 años de edad, residentes de Tepoztlán, Morelos, México en 2008. Se hizo un análisis de contenido y una interpretación sociológica de los datos obtenidos. **Resultados:** Hombres y mujeres mencionaron diferencias en la posibilidad de tener prácticas de auto-cuidado en cuanto a la alimentación y la actividad física. Las mujeres tienen menos redes sociales que los hombres, lo que se explica principalmente por diferencias en la estructura social de género; estas distinciones favorecen a los hombres en la posibilidad de tener prácticas de auto-cuidado. Varios de los entrevistados expresaron no estar satisfechos con la atención que reciben por parte del personal de salud. El consumo de plantas medicinales es una práctica común en la comunidad, que les brinda una sensación de mejoría; sin embargo, la mayoría de las veces esta práctica es prohibida por el personal de los servicios de salud. **Conclusiones:** Es necesario impulsar estrategias que sensibilicen al personal de los servicios de salud sobre la importancia de la calidad de la atención y la comunicación con los pacientes, lo cual facilitaría la incorporación de prácticas de auto-cuidado en ellos. Entre las recomendaciones para mejorar los estilos de vida, se sugiere tomar en cuenta e incorporar las creencias y costumbres de la comunidad, como el consumo de plantas medicinales. Es necesario sensibilizar a los hombres de la comunidad, principalmente a las parejas de las mujeres con diabetes, sobre la importancia de que ellas realicen también actividad física. Debe asegurarse el surtimiento gratuito de recetas médicas en los servicios de salud.

Palabras clave: diabetes; auto-cuidado; alimentación; plantas medicinales; actividad física; diferencias de género; redes sociales.

Introducción

La diabetes es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores sociales, que se caracteriza por la hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (ADA, 2010). El incremento en la glucosa sanguínea puede deberse a defectos en la secreción de insulina por el páncreas o a una respuesta incorrecta del organismo a la insulina producida. Cuando la glucosa no ingresa a las células, el organismo no puede producir energía, la glucosa se acumula y eleva sus niveles en la sangre, lo cual puede provocar la sintomatología de la diabetes: sed, pérdida inexplicable de peso y aumento en la producción del volumen de orina.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de diabetes en mayores de 20 años de acuerdo con el diagnóstico previo es de 14%. En esta encuesta se identificó que 6.3% de las personas mayores de 20 años que residían en el estado de Morelos tenían diagnóstico previo de diabetes (7.2% en mujeres y 5.2% en hombres), 1.6% más que seis años atrás (INSP, 2007). En 2004, la mortalidad por diabetes tipo 2 presentó una tasa de 59.1 por 100,000 habitantes en el nivel nacional, de 59.5 por 100,000 habitantes en el estado de Morelos (ocupando la tercera causa de mortalidad) y de 72.2 por 100,000 habitantes en el municipio de Tepoztlán. En Morelos, la mortalidad por diabetes pasó de 32.1 en 1990 a 59.5 (por 100,000 habitantes) en 2004. En 2007 la diabetes fue la primera causa de muerte de hombres y mujeres en el país: 64 hombres por cada 100,000 hombres y 69.2 mujeres

por cada 100 mil mujeres (SS, 2010). En ese mismo año, el centro de salud de la cabecera municipal de Tepoztlán tenía registrados a 137 pacientes con diabetes.

De acuerdo con los estándares de la *American Diabetes Association* (ADA) cualquier plan para el manejo de la diabetes debe incluir como componentes integrales la educación en el auto-control de la diabetes y el apoyo sobre diabetes en el transcurso del padecimiento. Al desarrollar este plan, se debe considerar la edad del/la paciente, sus horarios y condiciones de actividades, su actividad física, patrones de alimentación, situación social, factores culturales y la presencia de complicaciones de diabetes u otras condiciones médicas. La ADA reconoce que el apoyo nutricional es un componente integral de la prevención y educación en el manejo y auto manejo de la diabetes, además de la importancia que tiene la nutrición como un componente esencial de un estilo de vida saludable. Con respecto a la actividad física, la ADA recomienda asesorar a las personas con diabetes para realizar al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana y, en ausencia de contraindicaciones, alentar a las personas con diabetes tipo 2 a tener entrenamiento de resistencia física tres veces por semana (ADA, 2010).

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 “Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria”, señala las acciones de prevención que deben realizar los sectores público, social y privado en México. Esta norma tiene el propósito de unificar procesos y criterios de observación en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de garantizar una atención adecuada y de calidad a las personas con diabetes. La NOM-015-SSA2-1994, establece que el control y tratamiento debe ser higiénico-dietético en un 80% de las personas con diagnóstico de diabetes. En la modificación a esta norma, se señalan los lineamientos que deben

considerarse en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la diabetes. Sobre la prevención primaria, se señala como un principio básico a la aplicación de medidas idóneas en los ámbitos individual y colectivo para evitar el desarrollo de la diabetes; que los factores protectores para prevenir y controlar esta enfermedad son el control de peso y la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable, y que los esquemas de alimentación que se difunden entre la población deben ser congruentes con sus costumbres y estilos de vida de acuerdo con las regiones donde viven, así como fáciles de comprender. En cuanto al control y tratamiento del paciente con diabetes, se establece que éstos deben iniciarse con medidas no farmacológicas y sólo cuando no se alcancen las metas mediante alimentación y actividad física; que la dieta debe ser variada, con suficiente consumo de frutas y verduras, hidratos de carbono complejos y fibra, así como restringida en el consumo de grasas y de alcohol; que deben monitorearse la glucosa y el colesterol; que la educación debe extenderse a los miembros de la familia, porque comparten factores de riesgo y para brindar apoyo a la persona con diabetes; y que debe fomentarse también la creación de grupos de ayuda mutua y el auto-monitoreo. En el tratamiento farmacológico, debe distinguirse a los pacientes de acuerdo con la presencia de obesidad y uso de insulina. Debe haber vigilancia médica para prevenir complicaciones de aspectos generales, examen de los ojos, neuropatía, pié diabético, nefropatía, dislipidemias, hipertensión arterial e hipoglucemia; al inicio, debe existir contacto frecuente entre el médico tratante y el paciente, hasta lograr el control metabólico.

Es conocido que los avances en la salud de la población dependen de las condiciones sanitarias, de nutrición y de disponibilidad de alimentos; pero más recientemente se ha reconocido que los recursos, el conocimiento y las técnicas para

elegir estilos de vida saludables también son fundamentales. Todo consiste en un cambio de enfoque de “cura” a “cuidado”. El término “auto-cuidado” representa la variedad de decisiones en relación con la salud y el cuidado, tomadas por los individuos sobre sí mismos. Hace referencia a un continuo en el cuidado de uno mismo, asimilando las percepciones, decisiones y opciones disponibles para cada individuo y determinando su propio cuidado. En la década de 1970 las investigaciones sobre la conducta de la salud se enfocaban a la utilización de los servicios preventivos, mientras que las investigaciones sobre la conducta de la enfermedad se basaban en el uso de los servicios curativos. Para la siguiente década, se documentó que la gente monitorea su salud en términos de creencias culturales y estándares de normalidad, y que la mayoría de las conductas relacionadas con la salud se refieren al auto-cuidado y cuidado provisto por las redes sociales. Una de las principales dificultades en la utilización del concepto de auto-cuidado fue la posibilidad de que fuera utilizado para individualizar la responsabilidad por la salud, buscando disminuir el gasto público y culpabilizar al paciente por su estado de salud. El concepto de auto-cuidado se asocia con el de promoción de la salud y tiene una función importante en la optimización de la salud, relacionada con la conducta (Dean et. al., 1995).

En este sentido, la Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2009) establece que los siguientes siete puntos conducen al auto-cuidado de las personas con diabetes: 1) comer saludablemente; 2) mantenerse activo; 3) medir los niveles de glucosa; 4) seguir el tratamiento médico; 5) aprender a enfrentar retos cotidianos; 6) tomar una actitud positiva y adaptarse sanamente al nuevo estilo de vida y 7) reducir riesgos de complicaciones.

A pesar del impacto que tiene la diabetes en el municipio de Tepoztlán, no se ha realizado ningún estudio que permita comprender la percepción que los pacientes tienen sobre su padecimiento y sobre las limitaciones que perciben para su auto-cuidado. El objetivo general de esta investigación fue explorar los significados y prácticas de auto-cuidado, relacionados con la alimentación y la actividad física de personas diabéticas de la cabecera municipal de Tepoztlán, Morelos, México.

DISEÑO Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio tuvo un enfoque cualitativo; entre febrero y marzo de 2007 se realizó observación no participante en la comunidad y se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a 15 mujeres y 9 hombres de 39 a 85 años de edad, con diagnóstico de diabetes, que vivían en la cabecera municipal de Tepoztlán, Morelos, México.

Estrategia de reclutamiento

En el Centro de salud de la cabecera municipal de Tepoztlán, los pacientes diabéticos eran atendidos por un pasante de medicina, quien contaba con una relación de los pacientes con diabetes del municipio que se atendían en el centro. En este listado se disponía de los siguientes datos: sexo, si era paciente controlado o no (con base en los niveles de glucosa en sangre) y el tratamiento prescrito. Se obtuvo el domicilio de los pacientes a través de sus expedientes, cuando se disponía de esta información. La lista de nombres y direcciones de las personas con diabetes atendidas en este centro de salud, permitió visitarlos en sus domicilios, donde se les invitó a participar. Se les explicaron los objetivos del estudio y se les aclaró que podían dejar de participar en el momento en que lo decidieran, y que si no deseaban contestar alguna pregunta, no tenían por qué hacerlo; se solicitó su autorización para audiograbar y posteriormente

transcribir las entrevistas. La mayoría de las veces, aceptaron participar en el momento de la primera visita y sólo en dos casos se tuvo que agendar cita para realizar las entrevistas con posterioridad. El consentimiento informado fue oral.

Entrevista semiestructurada

La guía de entrevista incluyó los siguientes temas: 1) datos generales, 2) significados y prácticas de auto-cuidado relacionados con la alimentación (impacto y significado del diagnóstico de diabetes sobre la alimentación, prácticas alimentarias de auto-cuidado, barreras para realizar prácticas de auto-cuidado en la alimentación, significado de la alimentación, experiencias significativas de alimentación), 3) significados y prácticas de auto-cuidado relacionados con la actividad física (prácticas de auto-cuidado consideradas actividad física, barreras para realizar prácticas de auto-cuidado en la actividad física, prácticas consideradas actividad física, percepción sobre la actividad física) y 4) redes sociales (papel e importancia de la familia en las prácticas y significados de auto-cuidado en personas diabéticas, papel e importancia de los vecinos/amigos/conocidos en las prácticas de auto-cuidado, papel e importancia de los profesionales de la salud en las prácticas de auto-cuidado).

Observación no participante

Desde las primeras visitas a la comunidad y durante el tiempo que duró el trabajo de campo se registraron en un diario de campo las observaciones sobre la dinámica de las actividades de las personas en el centro de salud y en lugares públicos. Esta información ayudó a tener una primera aproximación a la comunidad y a complementar la información de las entrevistas.

Análisis

Se transcribieron los audios de las entrevistas y la información registrada en el diario de campo en un procesador de palabras. Se codificaron las entrevistas de acuerdo con la Teoría Fundamentada (Straus y Corbin, 2002) y con apoyo de la herramienta para análisis de información cualitativa, Atlas.ti 5.0. se realizó un análisis del contenido de la información. El contenido del diario de campo fue útil para contextualizar y enriquecer la información obtenida a través de las entrevistas.

RESULTADOS

Considerando que el auto-cuidado hace referencia a un continuo del cuidado de uno mismo, como resultado de asimilar las percepciones, decisiones y opciones disponibles para cada individuo, y que las personas monitorean su salud en términos de creencias culturales y estándares de normalidad (Dean et. al., 1995), primero se debe caracterizar de manera general la vida cotidiana de los hombres y las mujeres de la muestra estudiada. La población analizada tenía entre 39 y 85 años de edad, con bajos ingresos y escolaridad y ocupaciones semi-rurales (por ejemplo, venta de productos alimenticios como huevo y maíz). La escolaridad de los entrevistados iba de primaria incompleta a secundaria incompleta. Las mujeres se dedicaban a las labores domésticas y a alguna otra actividad que les proporcionara ingresos, principalmente venta de alimentos o abarrotes; las mujeres adultas mayores permanecían en casa, realizando actividades del hogar. Las actividades de los hombres variaban entre las labores del campo y el comercio. La mayoría vivía en una familia extendida, o solos/as. Todas estas características son importantes en la medida en que condicionan, tanto las opciones de auto-cuidado disponibles, como los repertorios de significados a la mano sobre la enfermedad, el cuidado, la alimentación y el estilo de vida en general.

La vida diaria en Tepoztlán inicia alrededor de las seis de la mañana, principalmente para las mujeres, quienes se levantan a esa hora para ir al molino a traer su masa y regresar a casa a “echar las tortillas”, ya sea para el desayuno o para la comida, que su esposo o algún otro hombre de la casa se llevarán para comer en el campo. Después de que han preparado y servido el desayuno, el hombre se va al campo y la mujer se queda en casa realizando las labores domésticas, que consisten en lavar los trastes, barrer, trapear, lavar ropa, plancharla, atender a los niños si hay en el hogar (no necesariamente hijos de ellas, algunas veces de sus hijos/as) o desgranar maíz. Alrededor de las dos o tres de la tarde, la mujer ya está preparando la comida porque su esposo o cualquier otro hombre de la familia llegarán del trabajo o de la escuela para comer. Cuando el hombre llega del trabajo, come y ya no tiene otras actividades en la casa, así que regularmente ve la televisión, cena y se va a dormir. Las mujeres, después de servir la comida a la familia, lavan los trastes y siguen realizando las labores que no terminaron por la mañana, hasta las siete de la noche, hora en que sirven la cena y vuelven a lavar trastes, ahora los de la cena. Las mujeres que ya no tienen esposo, por lo regular pasan el día en casa o buscando la manera de obtener recursos para alimentarse y mantenerse.

El comercio y el campo como forma de ganarse la vida

La mayoría de los hombres de Tepoztlán trabaja en el campo, por lo que hay temporadas en las que su jornada de trabajo es muy larga, y otras en las que hay poca actividad. Trabajar en el campo no es una actividad que les permita vivir desahogadamente, de modo que, cuando es posible, la gente busca otras maneras de ganarse la vida, casi siempre en el comercio. La mayoría de las veces, esta actividad es desarrollada por las mujeres, ya sea vendiendo tortillas hechas a mano, alimentos

preparados, maíz o artesanías. Los alimentos y las tortillas hechas a mano son vendidos todos los días y también en el mercado que se instala los miércoles, sábados y domingos, en el Centro de Tepoztlán.

La alimentación en Tepoztlán

La alimentación de los tepoztecos se basa principalmente en el maíz, de manera que la tortilla hecha a mano es un alimento imprescindible en su dieta. Cuando sólo comen tortilla, la acompañan con un té o café. En algunos hogares, sobre todo aquellos compuestos sólo por la mujer o por una pareja de adultos mayores, la alimentación puede estar compuesta principalmente por los alimentos que les regalen. Cuando tienen mayores posibilidades adquisitivas, la alimentación suele ser variada e incluir verduras, lácteos, carnes y frutas. La mayoría de las personas dice “comer de todo” o “lo que se puede”. En general no abusan de ningún grupo de alimentos y han realizado varios cambios en su alimentación a partir de su diagnóstico de diabetes.

Prácticas de auto-cuidado en alimentación

Intentos por llevar una alimentación saludable

Cuando las personas llevan poco tiempo de ser diagnosticadas con diabetes, hacen cambios en su alimentación de acuerdo con las recomendaciones recibidas por médicos, vecinos y familiares. Las recomendaciones que menos llevan a cabo son las de los médicos, ya que según sus testimonios, restringen demasiado su alimentación y, en general, no los hacen sentir mejor. Estas recomendaciones consisten en no consumir ni carne ni cereales, sino sólo verduras. Las recomendaciones de las redes sociales informales (vecinos, amigos y familiares) consisten básicamente en remedios

caseros o consumo de plantas medicinales, con los cuales declaran sí sentirse mejor. Algunos utilizan estos remedios caseros como un apoyo al tratamiento médico; otros dejan de utilizarlos, por indicación de su médico, a pesar del beneficio que perciben al consumirlos; otros más no siguen el tratamiento médico y sólo consumen plantas medicinales.

*Sí, nada más porque este.., luego en las mañanas tengo que venir a abrir o tengo que hacerle de almorzar a mi esposo y compartimos la comida... Sí, porque él también tiene un poco de [diabetes]... Ajá, pues este, no les gustaba que hiciera yo otra cosa... Sí porque les digo que sí, sí es bueno y yo sí lo sentí, que me ha hecho bien, entonces, ya les dije a ellos. **Mujer de 67 años, Barrio Santa Cruz - 19:9***

*... luego mi hijo este.. me hace, licuado de fresa. “Pero no le vayas a poner azúcar ¿eh?”. Dice “no”, dice “¿le echo un pedacito de plátano?”. Le digo “pero ya lleva manzana, y la manzana es dulce”. Y me echa un pedacito de plátano, de pronto pues una puntita, ¡órale pues! Pero lo tomo, le digo bien dulce, no se me vaya a subir la azúcar, ¡no, no, ahí voy, ahí voy, ahí voy! Y me hace el licuado con fresa y una manzanita le pone y le echa un pedacito de plátano, pero yo lo siento dulce, dulce. Entonces yo lo pruebo, si tiene azúcar no lo tomo. Sí. Pero sí, ahí voy. Sí, ahí voy. **Mujer de 78 años, Barrio Santa Cruz - 23:8***

Consumo de plantas medicinales

Una parte importante de las prácticas de auto-cuidado de las personas con diabetes es el consumo de plantas medicinales. Las personas con diabetes conocen los efectos positivos de estas plantas sobre la diabetes a través de sus redes sociales, principalmente de vecinos. Entre las plantas que consumen para controlar o coadyuvar en el control de la diabetes, se encuentran la tronadora, semillitas de zopilote, palo de zopilote, hediondilla, hojas de chayote, hojas de níspero, sábila, xoconostle, prodigiosa y té amargo. También mencionaron consumir licuado de avena, amaranto, granola y linaza.

Y yo para acá, pus sí he ido con doctores, pero no este, nomás cuando se me sube [la glucosa] pues. Por ejemplo, una, que luego muy seguido hago una cosa o hago un coraje, voy al doctor, nomás pa' que me la baje nomás. Pero de hecho me la he mantenido nada más así con pura yerba nomás ahorita. Y como por acá hay

*una yerba que me recomendaron que me tomara yo, ya con eso... Aquí la conoce, pues yo la conozco como la tronadora, la yerba... Y ya fui y ya me la tomé y con esa me he controlado hasta ahorita. Y he ido y pues sí, a veces la tengo alta, tengo 130, 125. Cuando más me ha subido es hasta 140, porque de ahí no he pasado. [la consumo] Como té, nada más. Pero a veces me la tomo una vez al mes o a veces cuando me siento... cuando yo siento, voy y me la tomo, nada más, pero me la tomo en la mañana y en la noche... No la agarro del diario. No. Yo la agarré así. Al principio sí, pero ahorita ya no. **Hombre de 52 años, Colonia Huachinantla - 4:5***

*Sí, ¡tanto que ya tomé!, que ya ni ya, ya este.. tomé este... de todo. Pues luego unos este.., unas semillas que les decían este.. de zopilote...Palo de zopilote... Unas semillas que venden por ahí en la plaza... Muchas tomé de esas, tomé yo. Me han dado la este..., la tronadora. Y tampoco. Ya nomás, ya nomás me falta la este... la que me dijeron unas señoras, las este..., es un árbol, es una hierba... Que anteriormente, anteriormente con esa lavaban los trastes, entonces como este..., este que hacen que, tome esos sabores. En aquel tiempo no había nada de eso, había esa hierba, la hedionda, se llama la hediondilla... Eso es un árbol, es un árbol, sí es una planta... **Hombre de 74 años, Colonia El Tesoro - 9:24***

*Pues mire, a veces es que, que las hojas de chayote, que hojas de níspero, que sábila y no hay más cosas... nada más la pura pulpita, y si no el xoconostle. Una, una señora que trabajaba con un doctor naturista me dijo que era la sábila con el xoconostle, y creo nopal... Sí, y sí me dio resultado... Con eso le digo que primera vez, pero ya después ya no lo hice. Ajá. Sí... Pues dicen que el té y que componen de una cosa pero te perjudican otra y las pastillas igual, que los riñones también te los fastidian y si no ya no... Pues no, no sé de momento si puro té o pastillas, porque ve que estoy tomando las pastillas, pero pues los tés también dan resultado. **Mujer de 58 años, Colonia La navidad - 14:21***

Barreras para realizar prácticas de auto-cuidado en la alimentación

Las principales barreras mencionadas por los entrevistados para realizar prácticas de auto-cuidado en la alimentación fueron la falta de tiempo y la falta de dinero. Posiblemente tengan otro tipo de barreras para incorporar prácticas de auto-cuidado a su vida, pero dado que no las conocen y por tanto no las perciben como tales, no las mencionaron en su discurso.

Generalmente, para los hombres que trabajan, la principal barrera para llevar a cabo prácticas de auto-cuidado relacionadas con la alimentación, es la falta de tiempo para preparar alimentos saludables o para acudir a algún lugar en el que puedan consumir alimentos saludables.

...y al otro día ya no trabaja uno, sino que hasta el tercer día. Ajá... Sí, pues le digo que yo nunca he tenido tiempo... De nada., y como donde me agarre.
Hombre de 61 años, Barrio Santa Cruz – 8:5

Para las personas adultas mayores y principalmente para las mujeres de cualquier edad, la principal barrera para tener prácticas de auto-cuidado relacionadas con la alimentación, es la falta de dinero. A muchas mujeres se les dificulta preparar una comida variada y equilibrada para toda la familia, debido a sus recursos económicos limitados.

...porque como le digo, para que llevara la dieta como me dicen pues... No, no siempre se puede y no a veces sale más caro pues, y luego pues aunque diga “nomás para mí o pa’ todos ya sale más caro”. **Mujer de 41 años, Barrio Santo Domingo - 10:18**

En el caso de las personas adultas mayores, la posibilidad de tener prácticas de auto-cuidado en la alimentación difieren entre hombres y mujeres. Existe la posibilidad de que los hombres adultos mayores cuenten con ingresos de alguna pensión si trabajaron como empleados de alguna empresa, mientras que en general, las mujeres adultas mayores no cuentan con ingresos propios y dependen de los recursos proporcionados por la familia. De modo que para ellas, la principal dificultad para realizar prácticas de auto-cuidado es la falta de ingresos propios o de la familia.

Prácticas de auto-cuidado en la actividad física

La mayoría de los hombres y las mujeres con diabetes conoce los beneficios de la actividad física. Médicos, enfermeras y conocidos han recomendado a las personas con diabetes realizar ejercicio para mejorar el control de su enfermedad. Con excepción de las personas que tienen alguna limitación física, hombres y mujeres con diabetes perciben que realizan suficiente actividad física en las labores diarias del trabajo, dentro o fuera de casa.

Demasiado, demasiado que camino luego para subir. Ahorita por decir, allá arriba me cargo poco nomás, pero acá donde estoy “chambiando”, camino las escaleras de abajo, luego segundo piso, camino más o menos de mínimo en las tardes las recorro como unas 20 veces... trabajo en una parte y de ahí regreso, me voy... en Santa Elena y luego en la tarde también llego y estoy aplanando, estoy haciendo unos aplanados y también este estoy trabajando ya en la noche, pero ya ya muy noche. **Hombre de 43 años, Barrio San Sebastian - 2:8**

Como ahorita mire, yo estoy aquí, yo le digo a mi mamá, “tú no hagas nada”. Este..., yo trapeo, tengo listo aquí, pues nada más son unos cuartitos insignificantes, porque aquí son de mis hermanas, pero yo me pongo a sacudir la mesa, a andar trapeando. Ahorita ya me voy a ponerme a trapear, ya cuando mi hermana viene y nos venga a hacer de comer, ya está puesto el trapeador y ya está limpio. Antes que me duerma, ya le vuelvo a pasar el trapeador, pa’ que aunque me levante tarde, amanece limpio. Y así me voy. Y entonces yo lavo mi ropa, yo lavo las cobijitas que nos tapamos. Entonces yo estoy pus activo, haciendo un poco de ejercicio... diario, diario, porque es el que pues de, de mantenerse uno en el ejercicio, porque aunque poco sudor, va saliendo, porque pus ando agachado, ando haciendo cositas. **Hombre de 54 años, Barrio Santa Cruz – 5:8**

...eh, mi trabajo es pesado aquí, yo me levanto temprano, a las 5, 5:30 a.m., veo mis pollos, barrer aquí, barrer allá y luego ahora con los aires, que ni se ve si barro. Y empiezo a regar y todo eso por allá, es mucho trabajo por allá y yo siento que, bueno eso me sirve de ejercicio también, si yo estuviera sentada.... **Mujer de 78 años, Colonia Los Reyes - 21:7**

Algunos meses antes de que se aplicaran las entrevistas, se impartían clases de actividad física en un lugar público llamado “La casa del pueblo” y la mayoría de las personas entrevistadas asistía a estas actividades. Al momento de realizar las entrevistas, quienes antes asistían a esas actividades recordaban con agrado y añoranza sus reuniones en ese lugar, porque además de que era un espacio en el que hacían ejercicio, socializaban. En algunos casos, principalmente en las personas más adultas, ésta era la red social más importante con que habían contado.

Pues este... los piezas [sic]..., pa' hacer ejercicios, corríamos, caminábamos. Por eso ya no quise ir porque todas corren mis compañeras y yo ya no. Y pura grande... Pura grande. Pues íbamos juntos todos, puros grandes de la tercera edad, pero me gustaba y estaba yo re bien. **Mujer de 78 años, Barrio Santa Cruz - 23:12**

Prácticas de auto-cuidado en actividad física en hombres

Algunos hombres consideran que no tienen tiempo durante el día para realizar ejercicio o actividad física porque su trabajo absorbe todo su tiempo. Los hombres que tienen tiempo de realizar alguna actividad física la realizan y disfrutan, principalmente caminar en el pueblo o hacia el cerro del Tepozteco.

Demasiado, demasiado, siento que sí [me ayuda hacer ejercicio]... Siempre estoy activo. Si no estoy en una cosa, es otra cosa. O sea, yo por eso ahorita no tengo tiempo de hacer ejercicio, porque siempre estoy ocupado. **Hombre de 43 años, Barrio San Sebastián - 2:8**

Ah, pues luego camino de aquí hasta el pueblo ida y vuelta, nomás -se ríe-... caminando aquí a Tepoztlán... Luego voy hasta Santo Domingo... Luego por aquí por la caseta nos vamos. Bajo por Santa Cruz, doy vuelta por aquí y subo por la de acá, por San Miguel... Pues casi todos juntos [realizamos prácticas de autocuidado]... Es que si haces un deporte, porque a ellos también les dan eso de, de que no deben de comer chatarra... porque ella [mi esposa] estaba re gordita, ahora ya no. Sí es activa, pero ahorita que se fue [a trabajar] también hace, también. Pero sí también, de que no, le gusta caminar conmigo. **Hombre de 52 años, Colonia Huachinantla - 4:19**

Prácticas de auto-cuidado en actividad física en mujeres

El caso de las mujeres es distinto y así lo perciben ellas mismas. Las mujeres amas de casa se quedan en el hogar y sólo salen a la calle por alimentos para la familia. Durante todo el día tienen actividades en casa, las cuales nunca terminan, así que no les queda tiempo disponible para salir a caminar o asistir a las sesiones de ejercicio. Aún cuando ellas valoren los beneficios de la actividad física y deseen darse un tiempo para realizarla, no es bien visto por el marido ni por los vecinos que las mujeres salgan a ejercitarse porque consideran que solo salen a la calle “a que las vean”. Las pocas mujeres que realizan alguna actividad son viudas o están separadas de sus maridos y no tienen limitaciones físicas. Algunas mujeres reflexionan sobre las diferencias de género y expresan un anhelo por contar con las libertades que tienen los hombres. Una de las entrevistadas menciona que “él siquiera camina y se distrae cuando se va a trabajar”; otras mujeres, en cambio, parecen aceptar este hecho con resignación.

Me han dicho [que vaya a un lugar a hacer ejercicio], pero no, casi no... luego en la tarde ya aquí mi esposo y está esperando a comer y ve que hay unos que pues son... dejan que se vayan, pero yo aquí no, lo tengo que esperar con comida, sí... No, pues él como que no le parece eso, que me vaya yo para allá, ajá. Sí me deja que vaya yo a caminar, pero por allá no, nunca le ha parecido... Tengo una cuñada que va a los ejercicios, pero ella es viuda, no tiene esposo y va a hacer muchos ejercicios y me ha dicho, pero a él no le gusta, nunca le ha parecido.
Mujer de 67 años, Barrio Santa Cruz - 19:19

Pues porque ya no hay con quién ir [a hacer ejercicio]... Con mi esposo [iba antes]... Ahorita ya no podemos ir, porque él se va a trabajar a Cuernavaca y regresa muy tarde y ya no..., ya nomás tengo que ir a caminar, este... poco pero cerca, ya no.
Mujer de 48 años, barrio_San Pedro 11:15

A veces me da flojera [hacer ejercicio] o ya hago otra cosa y no me da tiempo, a veces, porque luego tengo que ir a dejar al niño chiquito a la escuela e ir a recogerlo. Como ahorita lo voy a recoger; de aquí me salgo a las doce.
Mujer de 51 años, Colonia Los Reyes - 12:17

Barreras para realizar prácticas de auto-cuidado en actividad física

Además de las desigualdades en la libertad para realizar actividad física entre hombres y mujeres, se encuentran las limitaciones físicas, las cuales aquejaban principalmente a las mujeres de la muestra. Las limitaciones físicas por salud no sólo representan un impedimento para realizar actividad física, sino también para socializar, lo cual es valorado por los entrevistados.

...ejercicio no puedo hacer porque yo tengo un várice en mi pie y me duele mucho... no puedo caminar... Luego tengo un problema de este pie que no puedo, ni este así como, como ahorita que me bajé yo rápido estos escalones, no puedo, porque me truena éste. Nomás me duele y me truena y se me hincha esta rodilla... Se ven las venas así feas y eso me ha costado mucho trabajo, porque yo como ahorita ya no, y por eso ya no puedo trabajar así mucho.
Mujer de 41 años, Barrio Santo Domingo - 10:21

Yo no quería de comer nomás y ya ..., lavaba ahí mi ropita, tenía yo flojera, la amontonaba yo, al fin de cuentas el sábado o el domingo me ponía a planchar y acababa yo de planchar... No orita' [ya no puedo] no, ni estar parada... Ni salir a caminar tampoco... No, orita' no, no puedo soltar la andadera para nada. Siento mis pies como pesados, como entumidos.
Mujer de 82 años, Barrio Santa Cruz - 24:13

Nada más que pues ahorita me están molestando los ojos, de que ya no, veo un poquito empañado... Taban' hinchados [mis pies], pero ya se me bajaron, ya nomás todavía los siento entumidos y como que me fallan pa' caminar.
Hombre de 74 años, Colonia El Tesoro - 9:4

Influencia de las redes sociales sobre las prácticas de auto-cuidado

En el caso de las mujeres adultas mayores, si son viudas, cuentan con el apoyo de alguno de sus hijos, generalmente de alguna hija o de un hijo si este no es independiente. Para las mujeres es difícil tener una red social fuera del círculo familiar, ya que en la comunidad se acostumbra que las mujeres no salgan de casa, en parte para no meterse con los vecinos, porque consideran que si lo hacen, “sólo se buscan problemas”.

Pues con el muchacho pues sí [siento apoyo y creo que me llevaría al médico si me enfermara], y la muchacha pues también. Sí, con ella pues también, pues sí porque con ésta, no creo, porque pues no trabajan, no está, trabaja, pero pues, tiene que ver su niño... Con ellas [platico] pues, ajá. Más ésta, mi hija la que más, a ésta luego a ella es la que más me acompaña como ahorita que voy al doctor, ella es la que me lleva, es la que luego voy y me dice mami vas a ir a Cuernavaca, luego le digo sí, luego dice “vamos te llevo, le digo ándale pues vamos”, ella casi siempre, ella es la que me anda trayendo nada más que como la otra estudia....

Mujer de 41 años, Barrio Santo Domingo - 10:14

No, nomás cuando así luego me siento mal, luego llegan [mis hijos] estoy acostada pues me dicen “¿mamá te sientes mal o qué cosa?”, les digo pues sí, luego pues ya me quieren llevar al doctor pero les digo no, les digo “ya se me va a pasar”.

Mujer de 65 años, Barrio San Miguel - 18:18

Allí están mis hijas y mis hijos [por si me siento mal]... [tengo]Tres [hijas] y cuatro hombres.[los siete viven aquí]... No, me lleva mi hija [cuando tengo que ir a urgencias o a consultas]... De lo que gano aquí, poco me queda... pero de mis hijos, no; hombres, menos. De las mujeres, sí, a veces sí me llegan a traer algo. El muchacho grande que le digo que está ahí, me daba, cien pesos cada la quincena.

Mujer de 85 años, Barrio Santo Domingo - 25:3

Las redes sociales de los hombres, casi siempre cuentan con una red de amigos con quienes pueden convivir y conversar sobre cualquier tema, incluyendo su enfermedad. Además, cuentan con el apoyo de algún integrante de la familia y, si su esposa aún vive, es la principal fuente de apoyo. Sólo los hombres tienen redes sociales diferentes a la familia. Los vecinos y los amigos son una red social de apoyo importante para los hombres de esta comunidad. El consumo de bebidas con contenido de alcohol en

general y como forma de socialización sólo fue mencionado por un hombre al momento de la entrevista. Este comportamiento fue referido más como una forma de socializar de algunos hombres antes del diagnóstico de diabetes, o de asimilarse como personas que viven con diabetes.

No. Ella [mi esposa] prepara por decir, la verdura y todos comemos lo que ella prepara, nada de que “no quiero”. Mi esposa [me llevaría al hospital si me pongo mal]. Me he puesto malo dos veces y ella me ha llevado con mi cuñado al hospital. Sí, pero sí no hay problema, puedo hablarle a mi mamá, a mi cuñado, tanto de parte mía o de parte de ella sí vienen y me llevan, sí me han llevado a Nutrición –al INCMNSZ- dos veces me han llevado, dos veces... Sí, eso sí [me apoyan]. Tanto como su familia de ella como mi familia. **Hombre de 39 años, Barrio San Pedro - 1:15**

No, no. Pues mis hijas, ahora sí que se adaptan a todo. Ellas lo mismo que comamos, para ellas está bien de todos modos... Ellas se conforman con todo y... por ejemplo, hay veces que no les gusta, pero no le ponen peros a nada...Pues estando aquí mi esposa [me llevaría al hospital si me pusiera mal], sería ella y si no, pues contamos con unos vecinos que, pues nos hemos apoyado siempre con ellos... Sí, con mis vecinos sí nos llevamos bien... Con todos los vecinos [convivimos]. Nos apoyamos unos a otros y así. Pero no me da miedo de todos modos ir... Pues si ellos necesitan, hay que cuidarlos también. Si yo necesito, vienen a cuidarme también. Por ejemplo, cuando yo quedé sin trabajo, que no trabajaba yo, mi esposa se fue a trabajar a México, unos vecinos llegaron, cuando no era uno, era otro con su despensa... Era un apoyo para nosotros también. Y el que no llegaba con cosas venía y hacía de comer, porque las chamacas estaban en la escuela. **Hombre de 52 años, Colonia Huachinantla - 4: 15**

... yo luego así, bajita la mano, les digo “no consuman esto”, “no consuman lo otro”, “hagan ejercicio, mucho ejercicio hagan ustedes”, “si se sienten cansados, arrincónense por ahí, y vuelvan luego, no decaiga el ánimo, ¡ustedes síganle, síganle!, porque sólo de esa forma mantenemos los niveles de glucosa, a más o menos que no lo daña a uno, porque si yo, en vez de salir a caminar o verme, de cualquier cosa vengo y me tiro aquí en mi sofá, todo de mí, pues ¿qué sucede?, pues hasta hongos me van a salir ¿no? Pues aquí hay que hacer ejercicio. Como a mi pariente le digo, “pues sí, ciertamente estas malito, pero eso no quiere decir que estés ahí echado, échale ganas”, y lo regaño. **Hombre de 55 años, Barrio Santa Cruz - 7:26**

Aprendiendo a vivir con el padecimiento

Las personas que tienen mayor tiempo de diagnóstico han pasado por procesos que van desde la negación hasta la aceptación de su padecimiento y el aprendizaje de

vivir con él. Esta incorporación de la diabetes en su vida cotidiana les permite ser fuente de apoyo para otras personas que viven con el mismo diagnóstico.

Ajá. Dice: “todos la tenemos” [la diabetes], dice, “pero nunca se nos desarrolla a todos, pero ahí está, nomás, esperando algo nomás para que se desarrolle”. Dice, “es como parte del cuerpo también, de la familia”. Ahora hay que aprender a vivir con eso también. **Hombre de 52 años.**

“Órale” y le digo [a otro amigo con diabetes]“tú camínale, ¡yo soy tus pies y tú eres mis ojos!”. Le digo así y solamente así. Y ahí vamos los dos. Un día nos bajamos de ahí de su casa pa’ abajo, bajamos, íbamos por donde hay una señora que vende unas gorditas, pero no nos fijamos, luego, ya ve que hay unos coches que ya ni hacen ruido, ¡un enorme colón traíamos y nosotros bien felices! -risas-, ¡vamos caminando en medio!, ¡el Güilo [y el Ciego! -se ríe-. **Hombre de 55 años.**

Percepción de la atención médica

El principal motivo de queja de los entrevistados sobre la atención en los servicios de salud, es la falta de abasto de medicamentos. Los pacientes comentan “¿para qué va uno, si no le dan el medicamento?”; cuando esto sucede, los médicos o las enfermeras les piden que “se den una vuelta” la siguiente semana, pero si no hay existencia de medicamentos, deben comprarlos, lo cual no siempre es posible para la mayoría de los pacientes que reciben atención médica en el centro de salud. Muchas veces tienen que decidir entre comprar medicamentos o alimentos, y lo segundo suele tener prioridad. Una manera de solucionar este problema es comprar el medicamento sólo cuando se sienten muy mal, o comprar una parte de lo que les fue recetado. Cuando las personas tienen mayor disponibilidad de recursos o el apoyo de sus hijos, compran el medicamento, pero aún así consideran que el centro de salud debería de proveérselos, por su alto costo. Para adquirir el medicamento a un precio menos costoso lo compran en farmacias de descuento, porque generalmente no sólo consumen medicamentos para controlar la diabetes, sino también para otras enfermedades crónicas, como la hipertensión.

Algunas personas cuentan con derecho a los servicios del ISSSTE, pero prefieren no asistir a consultas en esta institución porque sienten que no los atienden bien o porque les queda más lejos, por lo que van al jCentro de salud a recibir consulta mensual de control, y adquieren el medicamento en el ISSSTE.

Aquí, como ahora ya está cerca el ISSSTE, me voy allá, porque no me cuesta nada de medicinas, y acá , no me dan las medicinas... Consulta, consulta. Por eso a veces, por eso no quiero ir acá. Me voy al ISSSTE; allá, donde me dan el medicamento. **Mujer de 85 años**

Sí, sí, mi hija tiene ISSSTE, y pues este... digo que cuando sí quiera ir por las pastillitas que me dan, y aquí también voy, me dan, por eso **Mujer de 87 años**

La percepción de la atención médica no siempre es buena. Algunos pacientes mencionan que los médicos se enojan porque ellos no siguen las indicaciones o porque no asisten a consulta; otros señalan que no todos los médicos son buenos, y la satisfacción con la consulta depende de la persona que los atienda. Algunos más mencionan que la atención es muy buena, que los médicos los tratan con respeto y que siempre les aclaran sus dudas.

Las enfermeras juegan un papel importante en la percepción de los pacientes sobre la atención que reciben. Cuando llegan al centro de salud, la primera persona con la que tienen contacto es una enfermera, quien les toma los signos vitales y les da el pase con los médicos. Algunas personas perciben una atención amable por parte de las enfermeras, pero otras consideran difícil el trato con ellas, porque “pueden ser groseras”.

DISCUSIÓN

Uno de los principales hallazgos de este estudio es el amplio uso de plantas medicinales que hacen las personas para controlar su diabetes. Algunos médicos consienten el uso de estas plantas, pero otros lo prohíben, sin considerar el bienestar que esto causa a los pacientes y su reflejo en la disminución en el nivel de glucosa en la sangre. Si bien es necesario profundizar en el efecto de estas plantas, algunos estudios han observado que el consumo de algunas plantas medicinales mexicanas, principalmente durante las primeras etapas del padecimiento, tienen efectos benéficos (Andrade y Heinrich, 2005). Con respecto a las plantas medicinales mencionadas y utilizadas por los entrevistados, algunos estudios sobre la tronadora (*Parmentiera aculeate*) han demostrado su efecto hipoglucemiante, aunque es necesario analizar su toxicidad. Otros estudios con animales han demostrado efectos benéficos en el control de la diabetes, por ejemplo en el nopal, murciélago, malabar, heno, agrimonia y capitaneja. Algunas plantas de las que se han demostrado efectos hipoglucemientes son el guarambo, la cola de caballo, el guayacán o bálsamo amarillo, el chilacayote y el palo santo (Andrade y Heinrich, 2005).

De acuerdo con Dean y col. (1995), la mayoría de las conductas relacionadas con la salud se refieren al auto-cuidado y al cuidado provisto por redes sociales. En México, este concepto aún no ha sido validado ni adaptado, por lo cual es necesario rescatar evidencias que contribuyan a comprender estos procesos. En este aspecto, no todas las personas entrevistadas tienen una red social que favorezca prácticas de auto-cuidado, y más hombres que mujeres tienen redes sociales que facilitan estas prácticas.

Un estudio de seguimiento, realizado con personas con diabetes tipo 1 y 2, encontró una elevada frecuencia de falta de adherencia terapéutica, principalmente en

alimentación y actividad física (Hernández et. al., 2003). La diferencia entre esos pacientes y los entrevistados en Tepoztlán es que éstos no siempre tienen disponibles los medicamentos que requieren para controlar su enfermedad. Sin embargo, los entrevistados tienen menos prácticas de auto-cuidado en alimentación y actividad física también por falta de una red social que los apoye o de los recursos suficientes para llevar a cabo una alimentación adecuada para ellos, y a veces para toda su familia.

En un estudio cualitativo con personas en proceso de diagnóstico de diabetes, se observaron cambios en la percepción sobre esta enfermedad y sobre el riesgo de padecerla. Los pacientes que no fueron diagnosticados con diabetes no percibían que seguían con un elevado riesgo de padecerla (Eborall et. al., s/f). En el caso de los entrevistados en Tepoztlán, no se indagó sobre su percepción durante el proceso de diagnóstico, pero fue posible observar que la percepción de la enfermedad cambiaba conforme avanzaba el tiempo desde que se sabían con diabetes. Los entrevistados con más tiempo de diagnóstico habían aceptado y aprendido a vivir con la enfermedad.

En personas con diabetes, las redes sociales son fundamentales para que lleven a cabo prácticas de auto-cuidado. En concordancia con un estudio realizado en la India (Saggenha B, 2002), los entrevistados de este estudio identificaron que la alimentación adecuada y el ejercicio eran importantes para el control de la diabetes. Sin embargo, hacer esta afirmación no asegura que las personas realicen estas prácticas, también intervienen el tiempo de diagnóstico y la estabilidad emocional, que conforme aumentan conllevan un mejor control del padecimiento (García et. al., 2007).

En comparación con las mujeres, los hombres tienen redes sociales más sólidas y amplias. Las redes sociales de las mujeres son miembros de la familia, generalmente otras mujeres. Las redes sociales de los hombres son diversas. Por lo regular ellos

tienen más de una red social, que puede estar compuesta por integrantes de la familia (principalmente mujeres), vecinos y/o amigos. Por su parte, las mujeres son las responsables de las labores necesarias para que el resto de la familia (principalmente los hombres) puedan realizar sus actividades, y estas labores se realizan en espacios cerrados en los que no es fácil crear y mantener redes sociales; por ejemplo: cuidar y educar a los hijos, lavar ropa, trastes y preparar los alimentos. Esta diferencia en las fuentes de apoyo de hombres y mujeres ha sido identificada en estudios realizados con personas diabéticas de otros países, como el de Robles y col. (1995). Ellos encontraron que el principal apoyo para llevar a cabo un control de la enfermedad son los cónyuges, que los hijos varones apoyan más a hombres ancianos y con otra enfermedad crónica, y que los cuidadores más jóvenes atienden a ancianos sin cónyuges o con familias con más hijos e hijas. En un estudio realizado en India (Sridhar et. al., 2002) se observó que la mayoría de los hombres recibía apoyo en la adherencia a su tratamiento (alimentación, ejercicio y medicamentos), mientras que pocas mujeres recibían apoyo de sus parejas. En este sentido y de manera similar a los resultados del estudio de García y col. (2007) realizado con personas mexicanas con diabetes, una de las principales barreras para las personas con diabetes de Tepoztlán para tener prácticas de auto-cuidado en la alimentación era la imposibilidad de preparar comidas separadas o diferentes a las del resto de la familia, que al igual que en el estudio mencionado, podría explicarse por la falta de apoyo de la familia y por la escasez de recursos. En ese estudio, más personas con un adecuado control de la enfermedad mencionaron tener apoyo de sus familiares, principalmente los hombres, mientras que las mujeres en general, reportaron percibir poco apoyo de sus familiares y más de los médicos (García et. al., 2007). En Tepoztlán, en cambio, las mujeres no identifican a los médicos como

una red social, pero sí perciben poco apoyo de parte de su familia, principalmente su pareja. La ausencia de una red social en las mujeres podría explicarse por la construcción social de género de la comunidad, de acuerdo con la cual, los hombres son los encargados de “proporcionar” los recursos necesarios para el sustento de la familia y tienen libertad para socializar en la comunidad y en el espacio laboral, mientras que las mujeres permanecen en el espacio doméstico y evitan socializar más allá de lo que se considera socialmente “adecuado”.

En las entrevistas realizadas en el estudio de García y col. (2007) la actividad física más mencionada fue la de caminar; en comparación con las personas que tenían un control pobre de la diabetes, las personas que tenían un mejor control fueron más modestas en el reporte de su actividad física. A diferencia del énfasis puesto por los autores de ese estudio, las personas entrevistadas en Tepoztlán relacionan la actividad física con el bienestar físico y emocional, ya que cuando realizan algún tipo de actividad física tienen la oportunidad de relacionarse con otras personas. Se puede indentificar dos barreras principales para realizar actividad física: para las mujeres y los hombres adultos mayores, la discapacidad física, y para las mujeres adultas, la falta de autonomía y apoyo de sus parejas. De manera similar, en un estudio realizado en la India con personas diabéticas, más mujeres dijeron depender de sus parejas para realizar ejercicio (Sridhar et. al., 2002).

A pesar de que los servicios de salud no forman parte de una red social reconocida por las personas entrevistadas, la relación, comunicación y percepción de la atención entre usuarios y prestadores de salud sí influye en las prácticas de autocuidado de las personas con diabetes. Algunas de ellas mencionaron que reciben una mala atención por parte del personal médico y de enfermería del centro de salud,

incluyendo el maltrato de estos profesionales y la falta de surtimiento de las recetas médicas. Esta situación se refleja en una disminución de las visitas médicas de seguimiento y en un aumento de la proporción de personas que no consumen medicamentos. Aunque fueron pocas las personas que dijeron que su comunicación con el personal del centro de salud era inadecuada, algunos de sus comentarios y explicaciones sobre su renuencia para utilizar insulina y seguir las recomendaciones sobre alimentación que proporcionan los médicos, dejan ver que no existe una comunicación adecuada. La falta de comunicación entre los pacientes diabéticos y el personal de los servicios de salud ya fue documentada en estudios anteriores. Por ejemplo, Peel y cols. encontraron que el auto-monitoreo de estos pacientes disminuía a través del tiempo, y que uno de los motivos de ello era la poca importancia que el personal de salud otorgaba a dicha práctica. En este estudio, algunos pacientes interpretaban las lecturas del nivel de glucosa en la sangre como un reflejo de sus buenos o malos comportamientos, mientras que otros no sabían ni cómo interpretar los resultados ni qué hacer ante niveles elevados de glucosa en sangre (Peel, et al, s/f). García y col. (2007) encontraron que varias personas con diabetes que vivían en Guadalajara percibían que no tenían “voz” durante la consulta médica. En un estudio sobre la percepción de los pacientes de las complicaciones de la diabetes tipo 2, ellos manifestaron tener dificultades para comunicarse con los profesionales de la salud (Gale et. al., 2008). En un meta-análisis (Norris et. al., 2002) en el que se analizó la eficacia de la educación para el auto-manejo de la diabetes sobre la disminución de la hemoglobina glucosilada (una medición de glucosa en sangre unida a hemoglobina que refleja el control de la persona con diabetes y predice la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2) se encontró que el único predictor significativo de la disminución de

la hemoglobina glucosilada era la duración del contacto entre el paciente y el educador de la salud. Aunque durante las entrevistas del estudio de Tepoztlán los entrevistados no expresaron la necesidad de tener mayor tiempo de contacto con el personal de salud, es probable que esto, de ocurrir, mejoraría la percepción de los usuarios del centro de salud sobre la calidad de la atención.

En este sentido, Hollman y Lorig (2004) proponen que el paciente debe ser un acompañante activo en su tratamiento, que aplique su propio conocimiento. Afirman que un apropiado manejo de la diabetes debe incluir un verdadero compañerismo entre el paciente y los profesionales de la salud y que los resultados del manejo de una enfermedad crónica se reflejan en los síntomas, las funciones fisiológicas, físicas y emocionales, así como en la calidad de vida. Mencionan que a través del tiempo, la enfermedad crónica impacta en la habilidad del paciente para desarrollarse en sus actividades normales, por lo que la actitud o la percepción del paciente sobre su situación, es determinante.

En un estudio cualitativo realizado con médicos generales que participaron en un programa de mejora de la calidad de la atención, la mayoría de los médicos mencionaron como dificultades para mejorar la atención en el cuidado de la diabetes su percepción sobre la falta de interés de los pacientes por cambiar su estilo de vida, y algunos señalaron la falta de tiempo para cumplir con las guías de recomendaciones basadas en evidencia (Goderis et. al., 2009). En Tepoztlán, no se aplicaron entrevistas al personal de salud, por lo que no se cuenta con su percepción sobre la actitud de las personas con diabetes y sobre las barreras que enfrentan para realizar prácticas de auto-cuidado y durante la consulta médica. Esta ausencia limita la capacidad del estudio para comprender mejor la dinámica entre el personal de salud y las personas

con diabetes que viven en Tepoztlán, así como su repercusión en las prácticas de auto-cuidado. En especial no permite comparar estos resultados con los reportados en el estudio citado, sin embargo, la mención de los entrevistados de algunas de sus prácticas, (por ejemplo acudir al centro de salud cuando su glucosa está muy elevada o controlar su diabetes con plantas y semillas medicinales) permite suponer que los médicos y las enfermeras del centro de salud de Tepoztlán probablemente tengan una percepción similar sobre sus pacientes y sus propias dificultades para mejorar la calidad de la atención que les brindan.

CONCLUSIONES

Al ser éste un estudio cualitativo, su objetivo fue el de explorar las percepciones subjetivas de las personas con diabetes en Tepoztlán acerca de sus posibilidades de auto-cuidado frente al padecimiento, y no el de dar cuenta de los resultados objetivos de dichas prácticas. En ese sentido es importante resaltar que si bien los entrevistados del estudio reconocen los beneficios de mantener una alimentación adecuada y saludable, sólo las personas que tienen mayor apoyo social y tiempo de diagnóstico han aprendido a vivir con la enfermedad y han incorporado en su vida diaria prácticas de auto-cuidado.

Las mujeres expresan mayores dificultades para realizar prácticas de auto-cuidado debido a que cuentan con menos apoyo en su familia, principalmente de su pareja. Las principales dificultades que manifestaron tener para desarrollar estas prácticas fueron la falta de recursos para preparar alimentos saludables para toda la familia y el hecho de que ésta no acepte consumir este tipo de alimentos. Las mujeres

manifestaron adquirir autonomía en la toma de decisiones, incluyendo su alimentación y actividad física, cuando se separaban de sus parejas o cuando enviudaban.

Un mayor tiempo de diagnóstico se asocia con la aceptación y asimilación de la diabetes, de manera que las personas integran a su vida cotidiana prácticas de autocuidado. Esta asimilación permite a la persona que ha pasado por este proceso, ser fuente de apoyo para otras personas que viven con ese padecimiento. La falta de surtimiento de recetas médicas fue otra de las barreras más mencionadas para el autocontrol de las personas con diabetes, ya que no cuentan con los recursos económicos suficientes para adquirir el medicamento, lo cual agrava la falta de motivación para asistir a las consultas médicas de revisión. Sólo las personas que contaban con derecho al ISSSTE tenían la posibilidad de obtener medicamentos gratuitos.

Todos los hallazgos de este estudio pueden resultar de utilidad para mejorar las estrategias de prevención, atención y control de la diabetes en contextos similares al observado, e incluso para mejorar la atención de otros padecimientos. Por ejemplo, podrían implementarse estrategias dirigidas a sensibilizar al personal médico y de enfermería sobre la importancia de ofrecer un mejor trato y comunicación con los/las usuarios/as de los servicios de salud. Sería aconsejable que estos prestadores de servicios consideraran e incorporaran las costumbres y los hábitos de alimentación de la comunidad en las sugerencias que hacen para mejorar las prácticas de auto-cuidado relacionadas con la alimentación y la actividad física. Como suele recomendarse, no deberían prohibirse alimentos ni delimitar la alimentación a un solo grupo de éstos; es importante que los prestadores de servicios de salud se aseguren de que las personas que padecen diabetes conozcan la importancia de tener una alimentación saludable y equilibrada, así como brindarles las herramientas necesarias para lograrla con sus

propios recursos y costumbres. A este respecto, podría buscarse un equilibrio entre el tratamiento médico y las prácticas tradicionales de control del padecimiento. El personal médico y de enfermería podría ser un acompañante o guía de los pacientes en la búsqueda por incorporar a la diabetes en su vida cotidiana. Con respecto a la actividad física, se podría explicar a los pacientes que las actividades que realizan como parte de su vida diaria implican algún tipo y nivel de ejercicio físico y que de acuerdo con el control que tengan de su padecimiento, algunos tipos y niveles de actividad son recomendables y otros no. Sería importante implementar estrategias que difundan la importancia de que mujeres y hombres con diabetes realicen actividad física, con el objetivo de sensibilizar a los hombres sobre la necesidad de que las mujeres de su familia también tengan actividad física. Sobre este tema, los servicios de salud podrían crear o gestionar con las autoridades competentes, espacios y programas de actividad física para hombres y mujeres de la comunidad. Finalmente, el sistema de salud debe garantizar el abasto y surtimiento de recetas médicas para los pacientes. Estas acciones contribuirían a mejorar la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención de los servicios de salud que reciben y mejoraría su calidad de vida.

Futuras investigaciones deberán seguir indagando en la percepción que tiene el personal de salud sobre las personas con diabetes, las principales barreras para ellos como proveedores del servicio y las que perciben por parte de los pacientes para tener prácticas de auto-cuidado. También queda pendiente un estudio en profundidad de los efectos que tienen las plantas medicinales utilizadas por los tepoztecos para controlar la diabetes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in diabetes-2010. *Diabetes Care* 2010;33 (Suppl 1):S11-61.
2. Andrade A, Heinrich M. Mexican plants with hypoglycaemic effect used in the treatment of diabetes. *Journal of Ethnopharmacology* 2005;99:325–48
3. Dean K, Kickbusch I. Health related behavior in health promotion: utilizing the concept of self care. *Health Promot Int* 1995;10(1):35-40.
4. Eborall H, Davies R, Kinmonth AL, Griffin S, Lawton J. Patients' experiences of screening for type 2 diabetes: prospective qualitative study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomized controlled trial. *BMJ*; DOI: 10.1136/bmj.39308.392176.BE.
5. Federación Mexicana de diabetes (FMD). Disponible en URL: <http://www.fmd-diabetes.org/v2/paginas/index.php>. Consultado el 28 de marzo de 2009.
6. Gale L, Vedhara K, Searle A, Kemple T, Campbell R. Patients' perspectives on foot complications in type 2 diabetes: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2008; DOI: 10.3399/bjgp08X319657.
7. García J, Salcedo AL, Lopez I, Baer RD, Dressler W, Weller SC. “ Diabetes is my companion”: lifestyle and self-management among good and poor control Mexican diabetic patients. *Soc Sci & Med* 2007;64:2223-35.
8. Goderis G, Borgermans L, Mathieu C, Van Den Broeke C, Hannes K, Heyrman J, Grol R. Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implementation Science* 2009;41(4). DOI: 10.1186/1748-5908-4-41.

9. Hernández L, Téllez JF, Garduño J, González E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex* 2003;45(3):191-7.
10. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports* 2004 May-June;114(3):239-43.
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Morelos. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007.
12. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
13. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria".
14. Norris SL, Lau J, Smith J, Chmid CH, Engelgau MM. Self management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002;25(7):1159-70.
15. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M (eds). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México; INSP/SS, 2006, pp 80.
16. Parry O, Peel E, Douglas M, Lawton L. Patients in waiting: a qualitative study of type 2 diabetes' perceptions of diagnosis. *Family Practice* 2004;21(2):131-6.
17. Peel E, Douglas M, Lawton J. Self monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: longitudinal qualitative study of patients' perspectives. *BMJ*; DOI: 10.1136/bmj.39302.444572.DE.

18. PROYECTO de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes; para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2007, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
19. Robles L, Mercado FJ, Ramos IM, Alcántara E, Moreno NC. Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Publica Mex* 1995;37(3):187-96.
20. Saggentha B. Ph D thesis (submitted), Andhra University, Visakhapatnam, 2002, En Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Sciences* 2002;83(12):1560.
21. Secretaría de Salud. Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, por grupos de edad. Disponible en URL: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>. Consultado el 12 de marzo de 2010.
22. Shamah T, Villalpando S, Rivera JA (eds.). Resultados de Nutrición de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud: 2006.
23. Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Sciences* 2002;83(12):1556-64.