

Grupos de autoayuda para diabéticos en contexto rural: la participación de los enfermos

LIVIER MERAZ LERÍN*

La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas, y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres.¹

En la actualidad se ha incrementado el número de casos de diabetes debido a diversos factores, entre los que destacan principalmente el sedentarismo, la mala nutrición, falta de ejercicio, el cambio en los estilos de vida. A ello se suma que tanto los programas como el personal de salud no toman en cuenta las características de la población a la cual van dirigidos. Se requiere de un tratamiento médico alópata, actividad física y dieta alimenticia adecuada para cada persona, de acuerdo con el sexo, la edad, el estado fisiológico, nivel cultural y socioeconómico, estado nutricional, tipo de trabajo y actividad física que realice el paciente, no sólo con el propósito de evitar complicaciones sino de reducir el riesgo de muerte.

* Maestría en Antropología Física, ENAH-INAH.

¹ L. Moreno, "Epidemiología de la diabetes", en prensa.

Antecedentes

Importantes para este trabajo son las aproximaciones al estudio de la salud, la enfermedad y la atención desde una perspectiva socio-antropológica, que plantea la construcción social de los procesos de salud-enfermedad-atención, lo que implica la articulación entre las representaciones y las prácticas que los grupos sociales elaboran para hacer frente a los eventos mórbidos y su relación con los diferentes niveles de atención institucional y no institucional. Este proceso, a su vez, se articula con procesos económico-sociales, políticos e ideológicos.²

Todos los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos en relación con algunos de sus padecimientos para poder explicarlos, solucionarlos o convivir con ellos. Pueden inclusive resignificarlos, para convertirlos en parte normalizada de sus formas de vida, o transformarlos en otro tipo de entidades no asumidas como enfermedades.

De esta forma los padecimientos pueden construir metáforas de la sociedad a nivel genérico, o devenir síntomas de determinadas condiciones culturales y/o económico-políticas que ocurren en un contexto específico. Lo anterior sugiere que la descripción y el análisis de un problema determinado implicaría incluir las condiciones de desigualdad y diferencia que operan en términos relacionales dentro de un campo determinado, tomando en cuenta las características propias de cada actor, y sobre todo centrándose en el proceso relacional que se da entre los diferentes actores sociales.³

Cada sociedad genera sus actividades teóricas, técnicas e ideológicas para enfrentar el proceso de la enfermedad, produciendo sus propios curadores que asumen la organización, transmisión y aplicación de estrategias, tanto para la cura como para el control, normativización y legitimación ante los conjuntos sociales. Este fundamento analítico sirve para destacar que, desde la perspectiva antropológica, cualquier grupo social —y no sólo los considerados “nativos” o las sociedades no occidentales—, puede ser analizado a partir de la relación enfermedad/cultura, enfermedad/ideología; y para afirmar que la enfermedad, ya sea el susto, el empacho, el estrés o la

² M. Grimberg, “Sexualidad y construcción social del Sida. Las representaciones médicas”, en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 68, 1995.

³ E. Menéndez, “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad”, en E. Menéndez, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, 2002, pp. 310-314.

esquizofrenia, independientemente de que se configuren desde una etiología científica o “popular”, son hechos sociales que significan y representan diferentes cuestiones y circunstancias que los grupos sociales experimentan dependiendo de su contexto y momento histórico.⁴

Las enfermedades deben ser interpretadas según la cultura de la persona, pues influye fundamentalmente en el modo en que se experimenta la enfermedad y en la conducta asumida para hacerle frente.⁵ A su vez, Freidson considera que toda enfermedad abarca las ideas que las personas tienen de la misma, cómo son clasificados o diagnosticados los síntomas y signos, cómo la persona se considera en tanto enferma, y cómo se manifiesta la conducta social debida al diagnóstico y al tratamiento. Como toda enfermedad siempre se establece en la realidad social, debe ser estudiada como un hecho social.⁶

El “rol del enfermo” implica un tipo de desviación que se capta a través de un proceso de control social, el cual distingue entre el desviado y el no desviado. Al enfermo se le aísla de las personas que no lo están, privándolo de su legitimidad incondicional a la vez que se refuerza la motivación de los otros a no caer enfermos. El rol del enfermo constituye atributos y expectativas sociales, y constituye una reacción específica de la sociedad.⁷

Para algunos autores es importante distinguir entre la enfermedad y el padecimiento. La enfermedad se sitúa en el ámbito médico, en el cual se denomina y codifica el padecimiento en términos teóricos, mientras el padecimiento es considerado la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento. Kleinman menciona que la experiencia del padecimiento se categoriza y explica en el lenguaje del grupo social.⁸

Los grupos de ayuda mutua/autoayuda en torno a la salud, son conocidos por proporcionar soporte emocional a personas que padecen alguna enfermedad. Se considera que uno de los aspectos

⁴ J. Ramírez Velázquez, “Nuevos retos en el estudio de la enfermedad desde la antropología física”, en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XIII, 2008, pp. 863-883.

⁵ R. Fitzpatrick *et al.*, *La enfermedad como experiencia*, 1990, p. 19.

⁶ E. Freidson, *La profesión médica*, 1978, pp. 215-216.

⁷ *Ibidem*, pp. 229-232.

⁸ Citado en X. Castañeda, A. Langer y C. García, “Significados y significantes de la fertilidad. Pertinencias de la metodología cualitativa en la salud pública”, en G. Nigenda y A. Langer, *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Perspectivas en salud pública*, 1995.

fundamentales del cuidado de la enfermedad además del autocuidado individual, es el apoyo social proporcionado al enfermo.

La estructura económica y social determina el funcionamiento de las redes sociales, y el tipo de éstas afecta diversos procesos familiares, entre ellos la naturaleza de la interrelación, las funciones de los cónyuges, es decir, las familias y las redes sociales se afectan mutuamente y se interrelacionan con el complejo social global. Las redes de apoyo tienen efectos directos sobre la salud, y la falta de apoyo se asocia a un incremento en el riesgo de muerte; estas redes no dependen únicamente de la cantidad de recursos materiales de que puedan disponer, sino también de la posibilidad de movilizar elementos como atención y compañía.⁹

Los grupos de autoayuda surgen en Estados Unidos en 1935, como una iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos. Llegan a nuestro país en la década de 1950; más adelante surgen otro tipo de grupos, entre ellos Neuróticos Anónimos, Comedores Compulsivos y Drogadictos Anónimos.¹⁰

Los grupos de apoyo y autoayuda surgen como una alternativa al sistema de cuidados tradicionales, basados en el modelo profesional de la salud.¹¹ Todos los grupos deben considerar ciertos factores para tener un buen funcionamiento, entre ellos crear las condiciones para el trabajo con grupos, conseguir un local, la ubicación de los miembros del grupo, el número de participantes, el explicar que todo lo que se diga y haga en el grupo queda dentro del grupo, y estipular el tiempo de reunión.¹²

Los grupos de autoayuda se forman principalmente por dos objetivos: a) la necesidad de realizar una tarea. En la mayoría de los grupos formales la gente colabora para planear proyectos, organizar actividades y resolver problemas. La gente prefiere trabajar en grupo porque de ese modo el trabajo resulta más fácil. b) La necesidad de pertenecer a un grupo. Los seres humanos necesitan sentirse apreciados y aceptados por los demás; la gente necesita también el respeto ajeno. Si las personas tienden a formar grupos es, entre otras

⁹ E.N. Arganis, "Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa, DF", tesis, 2004, p. 37.

¹⁰ M. Mendoza y L. Caro, *Manual de grupos de autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda*, 1999, p. 9.

¹¹ A. Barrón, *Grupos de autoayuda*, 1997, p. 71.

¹² Instituto de Investigaciones Psicológicas/Facultades de Psicología, *Atención psicossocial. Grupos de autoayuda* (folleto), 1996, pp. 2-4.

razones, para sentirse apreciadas, aceptadas y respetadas por los demás.

Un grupo tendrá éxito si sus miembros ven satisfechas esas necesidades. Un grupo con futuro es el que sabe acoger a sus miembros, y al mismo tiempo, unirlos en un esfuerzo colectivo para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, el mejor método a seguir es el participativo, ya que éste se basa en las experiencias de los participantes y posibilita alcanzar los objetivos del grupo.¹³

El trabajo del grupo sobre un único problema específico, que involucra vivencialmente a todos los miembros de éste, así como su autonomía respecto de los cuerpos profesionales, posibilita una eficacia y continuidad que no se encuentran en otras acciones terapéuticas, incluidas otras estrategias sociales.¹⁴

La utilización del criterio de un grupo para educar a la gente presenta diversas ventajas. En primer lugar, el grupo aporta ayuda y estímulo. Mantener un comportamiento sano no siempre es fácil. En un grupo es posible encontrar el apoyo y la motivación necesarios para fomentar y mantener prácticas saludables. En segundo lugar, el grupo permite intercambiar conocimientos y técnicas. Todos aprenden unos de otros. Por último, trabajar en grupo permite comunicar los recursos de todos los miembros. Los miembros de un grupo pueden ofrecer dinero, trabajo o materiales para ayudar a otros que atraviesan una crisis personal o familiar, o fomentar la salud de la comunidad mediante proyectos como la mejora del saneamiento.¹⁵

La gran mayoría de los grupos de autoayuda, organizados a partir de una enfermedad específica, promueven mecanismos de solidaridad dirigidos a la recuperación de los sujetos que los integran, sin proyectarse más allá de ellos mismos ni impulsar a sus miembros a otros tipos de acciones colectivas dentro de la sociedad global. Este tipo de grupos excluyen la dimensión político/ideológica; en ellos domina la tendencia a trabajar hacia el interior de los grupos y no hacia el campo social “externo”.¹⁶

¹³ G. Álvarez, A. Saldívar y E. Dorantes, *Manual para la formación de grupos de autoayuda para el tratamiento de la tuberculosis*, 2003, pp. 12-13.

¹⁴ E. Menéndez, “Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos”, en *Desacatos*, núm. 29, 2009, p. 119.

¹⁵ G. Álvarez, A. Saldívar y E. Dorantes, *op. cit.*, p. 13.

¹⁶ E. Menéndez, *op. cit.*

Los grupos de autoayuda constituyen la posibilidad de obtener un sentido de pertenencia y proveen de un tipo de asistencia en la cual van unidos ciertos aspectos positivos de ayuda; estos grupos voluntarios, estructurados para el cumplimiento de un propósito especial, presentan ciertos problemas en cuanto a la manera de constituirlos y mantenerlos, ya que todo grupo genera jerarquías, conflictos y micropoder, en función de la dinámica particular que se genera en su interior.¹⁷

En nuestro país los grupos de ayuda mutua (GAM) están conformados por personas diabéticas, hipertensas y obesas, y el propósito de esos grupos consiste en dotar de significado a un problema común para todos sus integrantes y ofrecer nuevos lazos sociales.¹⁸ Estos grupos de autoayuda constituyen un proceso en el cual confluyen varias condiciones, pero cuya expresión más importante es la del apoyo, seguimiento, control y terapia colectiva del padecimiento.¹⁹

Tomando lo anterior como punto de partida, es posible analizar al individuo en relación con el proceso salud-enfermedad-atención, ya que este cuerpo no sólo atraviesa por un proceso de morbilidad, sino también por la búsqueda de bienestar y/o sanación, el cual puede ser proporcionado por los GAM.

Para realizar la descripción de dicho problema de investigación, considero fundamental tomar en cuenta que en nuestros días en la mayoría de las poblaciones se han presentado cambios en la alimentación, mismos que han propiciado el aumento de casos de diabetes y algunas de las personas afectadas que acuden a los dos sistemas de salud —el alternativo y el institucional—, muchas veces no buscan asistencia en este último sistema por encontrarse apartadas geográfica y culturalmente, y ello propicia una búsqueda de opciones de atención para responder a los distintos problemas que se les presentan. De igual manera, cabe señalar que la adherencia al tratamiento varía según la edad, conocimiento sobre la diabetes, autocuidado, creencias de su eficacia, percepción de síntomas o apoyo social, en este caso brindado por el GAM.

Con base en la situación actual, y aproximándonos al punto de vista del actor, encontraríamos algunas respuestas de carácter socio-cultural que tradicionalmente nadie toma en cuenta como importan-

¹⁷ E. N. Arganis, "Estrategias para la atención a la diabetes *mellitus* de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz", tesis, 1998, p. 15.

¹⁸ A. Barrón, *op. cit.*, p. 73.

¹⁹ E. N. Arganis, *op. cit.*, 1998, p. 154.

tes elementos explicativos para una atención efectiva del problema médico de la diabetes.

Metodología de investigación

El presente trabajo presentará algunos datos recabados en agosto de 2008 en dos municipios del estado de Guanajuato. En el municipio de Pénjamo se seleccionó una localidad llamada Buenavista de Cortés; por parte del municipio de Cortazar, a personas de este mismo municipio y también de una localidad llamada Parra. Los pacientes de Buenavista de Cortés y Parra fueron entrevistados en su Centro de Salud correspondiente, y los de Cortazar en un salón de eventos.

Se seleccionó a un conjunto de pacientes diagnosticados con diabetes *mellitus* tipo 2, hombres y mujeres que pertenecían a un GAM. Cabe señalar que el grupo de Cortazar ha sido acreditado con excelencia en los estándares requeridos por la Secretaría de Salud, por lo que han recibido distintos apoyos —como ropa deportiva y viajes a algún lugar de la República—. Esta muestra de entrevistados estuvo guiada básicamente por la calidad de la información que podían brindar y el consentimiento para participar en el estudio de forma confidencial.

La selección de los pacientes para este trabajo se deriva de una investigación mayor auspiciada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: “Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos”, en la cual se realizó una investigación cualitativa para documentar la situación en que operan los GAM para personas con diabetes en los servicios públicos de salud, con la intención de elaborar recomendaciones desde la perspectiva de la educación y promoción para la salud (EPS) que promueve la adecuación intercultural como un componente básico para la transmisión apropiada de los mensajes de salud para el impacto eficaz de los programas de prevención a la salud.

La búsqueda de información se realizó en tres de los estados con mayor morbilidad por diabetes, combinando criterios de inclusión con tipos de población que permitieron el estudio de las variables que interesan: población rural, rural indígena y urbana.

Para efectos del presente estudio se tomaron en cuenta sólo las entrevistas realizadas a un grupo de participantes —hombres y mu-

jeros— de población rural, quienes aceptaron llevar a cabo una entrevista que tocó los siguientes temas: percepciones de riesgo y preocupación, trayectorias de atención, momento en que decidieron pedir ayuda, adherencia terapéutica y expectativas creadas ante la institución de salud, con el objetivo de encontrar ciertas similitudes y diferencias que presentan los pacientes en cuanto a experimentar el padecimiento; es decir, acerca de cómo actúan, piensan y enfrentan la diabetes quienes presentan problemas derivados de esa enfermedad y quienes no.

En este sentido interesa conocer cómo los individuos entienden, interpretan y responden a su enfermedad a partir de su contexto social, el que incluye tanto las condiciones materiales como sociales y culturales que le dan significado a su padecimiento y condicionan el conjunto de acciones y estrategias que realizan para enfrentar su padecimiento optando por diferentes tipos de atención (cuadros 1 y 2).²⁰

Resultados

Lo que presentan comúnmente los pacientes diabéticos

Todos los pacientes acuden por primera vez al médico alópata, al Centro de Salud u hospital como primer instancia, ya sea para el diagnóstico propiamente dicho o por algún otro malestar, principalmente relacionado con la causa del padecimiento (accidentes, otro padecimiento, decaimiento del estado de ánimo). Por ello la diabetes les es “explicada” por el personal de salud y, en consecuencia, recetado el medicamento para tratarla; es decir que hay un sesgo importante entre la información proporcionada y la recepción de la misma. En algunas ocasiones no se les explica y, en el mejor de los casos, cuando se hace es demasiada la información aportada, se utiliza un lenguaje muy técnico y los pacientes terminan por no entender lo que padecen, por qué les dio, por qué deben cambiar la alimentación, hacer ejercicio y modificar su “estilo de vida”,²¹ ni por qué deben tomar esos medicamentos.

²⁰ F. Mercado y T. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, 2000.

²¹ La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por

Cuadro 1. Total de pacientes entrevistados (mujeres)

Nombre	Edad	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Lugar de origen
Julia	21	secundaria completa	casada	hogar	Buenavista
Rosalinda	27	primaria completa	soltera	empleada doméstica	Buenavista
Martha	37	analfabeta	soltera	cocinera	Buenavista
Juana	37	primaria completa	casada	hogar	Cortazar
Francisca	39	secundaria incompleta	viuda	vendedora	Parra
Leonora	44	primaria completa	casada	hogar	Buenavista
Claudia	46	primaria incompleta	casada	hogar	Cortazar
Concepción	57	secundaria completa	casada	hogar	Parra
Ernestina	66	primaria completa	soltera	vendedora	Buenavista
Rosaura	86	analfabeta	casada	hogar	Buenavista

Fuente: trabajo de campo, agosto de 2008.

Cuadro 2. Total de pacientes entrevistados (hombres)

Nombre	Edad	Escolaridad	Edo. Civil	Ocupación	Lugar origen
Mario	30	primaria completa	soltero	-----	Buenavista
Francisco	33	primaria completa	soltero	hogar	Cortazar
Abelardo	53	primaria completa	casado	-----	Cortazar
Jacinto	55	licenciatura incompleta	casado	jardinero	Cortazar
Rodrigo	58	analfabeta	soltero	vendedor	Cortazar
Juan	63	primaria incompleta	casado	campesino	Buenavista
Bernardo	66	secundaria completa	casado	campesino	Buenavista

Fuente: trabajo de campo, agosto de 2008.

las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: "Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas".

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo. Juan Manuel López-Carmona *et al.* "Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2", en *Salud Pública* vol. 45, núm. 4, 2003, pp. 259-267.

Una vez diagnosticada la enfermedad, se suele continuar con el tratamiento médico; sin embargo aun cuando en algunos casos se recomienda tomar té, pocos pacientes reportaron hacerlo; por ejemplo, uno de ellos lo tomaba sin medicamento y otro lo tomaba junto con el tratamiento médico, y ambos terminaron por abandonarlo.

Sólo cuando reciben el diagnóstico por parte del sistema público de salud conocen de su padecimiento, pues antes de ello no tienen la percepción de que al presentarse determinados malestares puedan tener diabetes, se desconocen por completo los primeros síntomas o los establecidos por la medicina alópata —y que se presentan incluso cuando tienen familiares cercanos con dicho padecimiento.

Todos presentan malestares generales como cansancio o fatiga, y la mayoría de ellos señala tener sed constantemente, así como hambre y varias excreciones urinarias;²² pero sólo cuando ya no pueden realizar sus actividades cotidianas comienzan a pensar en algún padecimiento y deciden acudir a un servicio de salud.

Cuando el paciente acude a algún servicio de salud se debe a que ya no puede realizar sus actividades cotidianas; por lo general es por recomendación de algún familiar que acuden a pedir ayuda; es decir, al verlo decaído al familiar le surge tal preocupación que obliga al paciente a ir al servicio de salud, a veces por medio de engaños. Sin embargo, muchos de ellos acuden por su propia voluntad porque los malestares son muchos e intensos, ya sean los propios de la diabetes o los de otro padecimiento. Suelen presentar molestias en los ojos, la cabeza, las piernas, o dolencias del cuerpo en general. Pero una vez diagnosticados y medicados, comienzan a presentar una mejoría.

Además de la ingesta diaria de medicamento, también se requiere un cambio en la dieta y hacer ejercicio por lo menos media hora todos los días, lo que ahora es conocido como hacer un cambio en el estilo de vida. Sin embargo, tales recomendaciones no se siguen al cien por ciento.

Es común encontrar en los pacientes que cuando el médico alópata les indica tomar un medicamento, consideran que es necesario para sentirse bien; o piensan que seguir con el tratamiento es más sencillo y fácil —tomar medicamento todos los días a un horario establecido— que cambiar totalmente otros hábitos, aunque existen

²² Organización Mundial de la Salud, “Nota descriptiva núm. 312, Diabetes”, en línea [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>], consultada el 17 de diciembre de 2009.

los casos en que se olvida por completo tomarlos y lo ingieren cuando se acuerdan de ello. Asimismo, resulta muy común que usen la palabra “cuidarse”; es decir, hacen referencia a frases como hay que cuidarse, tengo que cuidarme, quiero estar bien, quiero estar controlado, logrando así que se apeguen al tratamiento.

En lo referente a la alimentación y sus cambios, es una meta difícil de lograr, debido principalmente a que no se les informa adecuadamente sobre lo que deben y no deben de comer, muchos incluso ingieren alimentos y bebidas que acostumbraban “de vez en cuando”, y hacen saber que les es difícil modificar los alimentos, ya sea porque no les gusta, no tienen buen sabor, o porque se les antoja lo que antes comían o bebían. Es común que no cambien del todo sus hábitos alimenticios, pero comen menos tortilla, toman poco refresco e ingieren menos alimentos con azúcar.

Otra coincidencia importante es el afirmar que los alimentos especiales para su dieta son caros; hacen referencia a la leche *light*, verduras, aceite “del caro del que no hace daño” y fruta. Son pocos los que pueden adquirir productos de este tipo.

Pero lo más difícil es realizar ejercicio, muchos de ellos lo intentan, lo llevan a cabo, pero no toda la semana o los días que les son recomendados; en su gran mayoría los pacientes únicamente realizan caminata, porque es lo más fácil de hacer y porque además es lo que más se recomienda por parte del sector salud.

Una vez que logran modificar su alimentación, hacer ejercicio y adherirse al tratamiento, el apoyo del GAM juega un papel importante, y en ese sentido los pacientes expresan que con su ayuda pueden salir adelante, haciendo referencia al apoyo brindado por el médico tratante y el coordinador del grupo.

Coinciden en que solos no pueden llegar a tener una estabilidad, es necesario el apoyo de los compañeros, los ánimos por parte de los mismos y del personal de salud; este apoyo mutuo lo consideran clave para mantener controlado el padecimiento.

A pesar de estar conscientes de que se trata de una enfermedad degenerativa y no curable, se mantienen positivos y apoyados por los amigos, al igual que por los miembros del grupo; aun cuando al principio muchos entran al grupo con cierto recelo, conforme pasa el tiempo comienzan a compartir las experiencias y a hacer nuevas amistades.

Los pacientes señalan que ellos esperan del GAM —y de la institución de salud— apoyo para sobrellevar el padecimiento, pero que

también se les brinde información en relación a cómo fue que les dio diabetes, por qué a ellos, de qué manera cuidarse, qué pasa en el cuerpo de un diabético, para que así puedan ver las cosas más claramente, puedan saber qué les está pasando y tengan manera de controlar el padecimiento.

También requieren de medicamento disponible y atención más regular, ya que las citas se han hecho más espaciadas y ha aumentado el número de personas que acude a las unidades de salud, lo cual ha provocado cierta incomodidad por parte de los pacientes miembros del GAM. Además de estar integrados al GAM, algunos pacientes sienten la necesidad de recibir otro tipo de ayuda, esto se debe a que se necesita la acreditación del grupo y por ello piden apoyo en especie, como ropa deportiva.

Diferencias presentadas en los pacientes con diabetes

Todos coinciden en que buscan ayuda médica al comenzar a sentirse mal o cuando ya no pueden realizar sus actividades cotidianas de manera normal; sin embargo, no todos asisten al sistema público de salud: algunos deciden atenderse con médicos privados porque consideran que no los van a atender adecuadamente en un Centro de Salud, o que hay mucha gente y no les gusta esperar o les es más práctico ir cuando no tienen que trabajar.

Pero una vez que acuden a la institución de salud, pocos recurren a otro tipo de tratamiento que no sea alópata y toman simultáneamente los dos tratamientos, aunque el tradicional sea después abandonado.

En su mayoría los pacientes presentan síntomas característicos de la diabetes: mucha sed, constantes ganas de orinar, mucha hambre; pero no todos los sienten y algunos incluso no llegan a tener malestar alguno que les haga suponer que tienen algún padecimiento; también existen casos en que el diagnóstico de diabetes se da como mera casualidad, por otro incidente que les hace recurrir a la institución de salud. Para acudir por primera vez a la institución de salud algunos pacientes son llevados por sus familiares, sólo una proporción mínima de ellos acude por su propia voluntad.

Todos están convencidos de que deben tomar el medicamento, pero pocos llevan a cabo la dieta y el ejercicio y son todavía menos quienes la siguen al pie de la letra; algunos no siguen la dieta ni

hacen ejercicio por falta de tiempo, o porque simplemente no les gusta y les resulta muy difícil realizarlas.

En su mayoría solicitan apoyo por parte de la institución de salud y que además se les controle el padecimiento. Sin embargo, y en función de sus necesidades particulares, suelen pedir apoyo material para hacer ejercicio, asistencia de personal médico, con información acerca de la diabetes o apoyo emocional.

Cómo enfrentan la diabetes quienes tienen problemas serios a raíz de la enfermedad

Los pacientes que presentan problemas más graves por lo general tienen cierta incertidumbre: si lo que padecen es curable, qué es lo que tienen, si la enfermedad puede controlarse o, mejor dicho, si pasará ese malestar que les provoca sentirse decaídos e inhabilitados para realizar sus actividades.

Ya sea por el detonante del padecimiento, o por la complicación del mismo, algunos han tenido que ser hospitalizados, lo cual provoca que tengan más cuidados hacia ellos. Ante esta situación, buscan alternativas terapéuticas que puedan mejorar su situación, pero cuando son dados de alta en el hospital esas alternativas suelen ser un nuevo tratamiento u otro tipo de curación. En este sentido, una paciente presentó pie diabético, y debido a la mala atención y negación de medicinas decidió buscar ella misma las opciones para sanar. Es por medio de amigos, familiares y/o conocidos que se lleva a cabo esta búsqueda, así como la búsqueda de información en relación con diferentes alternativas.

Estos pacientes se caracterizan por tener una actitud ante el padecimiento más positiva, tratan de sobrellevarlo y por ello son los más comprometidos para tratar de seguir el tratamiento lo más apegado posible a lo que se les recomienda en el GAM.

En comparación, los pacientes que no presentan problemas más serios se caracterizan por tener una actitud un tanto despreocupada, en el sentido de que al no presentar algún malestar mayor es más fácil no seguir con la dieta y el ejercicio recomendado. También sucede que al momento de tener el diagnóstico y comenzar a tomar el medicamento perciben cierta mejoría, a lo cual se suma que comienzan a recibir información y apoyo por parte del GAM, y esto provoca que de cierta forma estén más controlados. Sin embargo, en otros

casos no se sigue el cambio de alimentación ni el ejercicio, y mucho menos se asiste al GAM.

Discusión

Los pacientes presentan los tres síntomas característicos de la diabetes y acuden al médico alópata como primera instancia. Se recurre a éste debido a que ya no pueden realizar sus actividades normales, y porque pareciera que este servicio de salud cura la enfermedad; es así como ingieren diariamente su medicamento, pero no logran adaptarse al cambio de alimentación ni a la práctica de ejercicio diario.

Asimilan que es necesario para sentirse bien o mejor tomar el medicamento, ya que es más sencillo y fácil ingerirlo todos los días a un horario establecido que cambiar totalmente otros hábitos, como modificar el tipo de alimentación.

Es necesario para el diabético el apoyo de los compañeros y de la familia, los ánimos por parte de los mismos, del personal de salud y del GAM, factores necesarios para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida.

Son pocos los pacientes que acuden al médico privado, y menos aún los que recurren a otro tipo de tratamiento que no sea alópata.

Algunos pacientes no llegan a presentar algún malestar que les haga suponer que tienen algún padecimiento, por lo que poca proporción de ellos acude al sistema de salud por su propia voluntad.

Algunos otros llevan a cabo la dieta y el ejercicio recomendado; y según sus necesidades suelen pedir apoyo material para hacer ejercicio, apoyo de personal médico, información acerca de la diabetes, o simplemente apoyo emocional.

Los pacientes que presentan problemas serios tienen mucha incertidumbre en cuanto a su padecimiento, en lo que afecta a su cuerpo, han tenido que estar hospitalizados y tienen más cuidados hacia ellos mismos. De igual forma, buscan alternativas terapéuticas que puedan mejorar su situación y son los más comprometidos en tratar de seguir el tratamiento de la manera más apegada posible a las recomendaciones del GAM.

Por el contrario, a quienes no presentan problemas serios les resulta más fácil no seguir con la dieta y el ejercicio recomendado. Sin embargo, al tener el diagnóstico comienzan a recibir información y apoyo del GAM, logrando controlar el padecimiento.

Con esta información se puede observar lo que es común en la diabetes: los pacientes entrevistados presentaron más similitudes acerca de cómo piensan y actúan para enfrentarla porque suelen darse situaciones similares en relación a cómo fue que empezó su padecimiento y con ello su preocupación por curarse. Las opiniones relacionadas con las diferencias en la diabetes señalan que son pocas las acciones tomadas para atenderla, dado que no suele presentarse el uso de tratamientos simultáneos.

Las medidas tomadas para contrarrestar la diabetes son muy distintas: si no se llega a presentar una complicación, no se buscan alternativas para atenderla, y al no tener ninguna molestia no se cree que valga la pena cuidarse y seguir las indicaciones. En la medida que se van manifestando problemas serios, surge la preocupación de tener una complicación, y con ello se buscan alternativas para su control y evitar riesgos mayores.

Conclusión

Los principales resultados ponen en evidencia que los GAM son un importante y eficaz apoyo para los enfermos; sin embargo, no basta con citarlos a las sesiones de grupo si no hacen una labor de convencimiento para que acepten los cambios de manera satisfactoria. Es así como los participantes creen que pertenecer al GAM los ayuda a llevar una vida más sana, sobre todo por el soporte de los compañeros con los que comparten sus experiencias.

Los GAM son efectivos si se cuenta con personal de salud comprometido en ayudar a los diabéticos con información adecuada y apoyo. Sobre todo orientarlos para que modifiquen su alimentación y que hagan ejercicio, ya que —como se comprobó en el grupo de Cortazar— puede haber pacientes que no tengan necesidad de ingerir los medicamentos, siempre y cuando estén bien controlados.

Sin embargo, algunos pacientes no se apegan al GAM, sobre todo porque no acuden regularmente a las citas por razones de trabajo. Son estos grupos los que no funcionan del todo correctamente, pues aun cuando se les cita y se les proporciona el medicamento, pareciera que la información no es del todo comprensible, y tampoco se les motiva lo suficiente para llevar a cabo una rutina de ejercicio que puedan realizar con los demás integrantes en horarios que no afecten sus actividades cotidianas.

Por último, es importante señalar que el grupo acreditado muestra más motivación para participar en las diversas actividades internas, y mayor compromiso para llevar una vida sana; lo anterior da la impresión de que además de recibir orientación, el apoyo en especie (ropa deportiva o paseos), también juega un importante papel en el funcionamiento de los GAM.

Bibliografía

- Álvarez, G., A. Saldívar y E. Dorantes, *Manual para la formación de grupos de autoayuda para el tratamiento de la tuberculosis*, San Cristóbal de las Casas, El Colegio de la Frontera Sur, 2003.
- Arganis, E.N., "Estrategias para la atención a la diabetes *mellitus* de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz", tesis de maestría en Antropología Social, México, ENAH-INAH, 1998.
- , "Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes *mellitus* residentes de Iztapalapa, DF.", tesis de doctorado en Antropología Social, México, ENAH-INAH, 2004.
- Castañeda, X., A. Langer y C. García, "Significados y significantes de la fertilidad. Pertinencias de la metodología cualitativa en la salud pública", en G. Nigenda y A. Langer, *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Perspectivas en salud pública*, México, Instituto de Salud Pública, 1995, pp. 79-98.
- Barrón, A., "Grupos de autoayuda", en *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*, Madrid, Siglo XXI, 1997.
- Fitzpatrick, R. *et al.*, *La enfermedad como experiencia*, México, FCE, 1990.
- Freidson, E., *La profesión médica*, Barcelona, Península, 1978.
- García M.C. (coord.), "Las aplicaciones de la antropología física", en *La antropología en México. Panorama histórico*, México, INAH, 1988.
- Grimberg, M., "Sexualidad y construcción social del Sida. Las representaciones médicas", en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 68, 1995.
- Instituto de Investigaciones Psicológicas/Facultades de Psicología, *Atención psicosocial. Grupos de autoayuda* (folleto), Xalapa, Universidad Veracruzana, 1996.
- López-Carmona, J.M. *et al.*, "Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2", en *Salud Pública*, vol. 45, núm. 4, 2003, pp. 259-267, en línea [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003000400004&lng=en&nrm=iso].

- Mendoza, M. y L. Caro, *Manual de grupos de autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda*, México, Secretaría de Desarrollo Social, 1999.
- Menéndez, E., *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, Bellaterra, 2002.
- , “Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos”, en *Desacatos*, núm. 29, enero-abril de 2009, pp. 107-120.
- Mercado, F. y T. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, México, Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdez, 2000.
- Moreno Altamirano, L., “Epidemiología de la diabetes”, en prensa.
- Ramírez, V. Josefina, “Nuevos retos en el estudio de la enfermedad desde la antropología física”, en *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XIII, 2007, pp. 863-883.
- Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva núm. 312, “Diabetes”, en línea [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es>], consultada el 17 de diciembre de 2009.