

Instituto Nacional de Endocrinología

## **Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético**

Lic. Marlene García Castro<sup>1</sup> y Lic. Rosario García González<sup>2</sup>

En nuestros días, al afrontar la situación de salud de los adultos a finales del milenio, se encuentra que las necesidades han cambiado por la influencia de fenómenos ambientales, demográficos y socioculturales. El envejecimiento de la población, la rápida industrialización y urbanización, la tendencia decreciente de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer han modificado las situaciones epidemiológicas del país y han colocado a las enfermedades no transmisibles (ENT) como la mayor prioridad de este sector poblacional, lo que ha impuesto una atención específica tanto a la definición de sus prioridades como al diseño de sus programas de acción. La presencia de una ENT conlleva un seguimiento a largo plazo, exige un modelo de atención que difiere esencialmente del modelo de acción médica para afrontar las situaciones agudas e implica una dimensión integral que trascienda el enfoque meramente clínico para abordar la presencia de factores sociales y las circunstancias de la vida diaria que pueden ayudar o entorpecer el buen control de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento.<sup>1</sup>

En este contexto, la diabetes mellitus (DM) es un problema de salud que se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en nuestro país<sup>2</sup> la cual, además de afectar el estado somático de la persona con diabetes, puede repercutir en su psiquis y en su interacción con la sociedad.

Específicamente en lo referente a la dimensión social, las personas con diabetes podrían tener una mayor probabilidad de enfrentar problemas de índole social, en relación con individuos que no experimenten la existencia de un padecimiento crónico, toda vez que la diabetes exige, de quienes la padecen, readecuaciones en sus estilos de vida.

Algunos de estos problemas de orden social que pueden interferir en la adecuada conciliación del autocuidado y las exigencias terapéutica para lograr un buen control metabólico, se resumen en la necesidad de cambios de horario para la alimentación, tipo de alimentos a consumir, interferencia de la actividad laboral o estudiantil para el cumplimiento del tratamiento, o viceversa, tipos de puestos de trabajo, limitaciones en la realización de esfuerzo físico, etc., los cuales -a su vez- podrían generar en las personas que tienen este padecimiento y otros actores sociales (familia, compañeros de trabajo y/o estudio, amigos) que comparten el mismo contexto social, sentimientos de dependencia, minusvalía, sobreprotección y/o rechazo, entre otros.

En este sentido, la atención a las personas con diabetes se debe realizar dentro de un sistema de atención interdisciplinaria que ponga igual énfasis en el cuidado clínico, la educación terapéutica continuada y el trabajo social, con el fin de identificar y atender las dificultades que las personas con diabetes afrontan o perciben en el desarrollo de su vida diaria, todo lo cual se traduce en el mejoramiento de su calidad de vida y en un óptimo control metabólico, sin menoscabo del desarrollo de su vida diaria y del sentimiento de bienestar general.

El objetivo del presente estudio estuvo dirigido a determinar los problemas sociales referidos por un grupo de personas con diabetes, atendidas en el Centro de Atención al Diabético (CAD) del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), en el último trimestre del año 2003.

## Métodos

Se realizó un estudio exploratorio, cuyo diseño fue de tipo transversal. La muestra fue de tipo intencional (no probabilística), y estuvo conformada por todas las personas con diabetes que ingresaron en el Servicio de Centro Diurno (SCD) del CAD del INEN, en el período de octubre a diciembre del año 2003 ( $n = 189$ ), luego de haber aceptado voluntariamente participar en el estudio\*, mediante la firma de un modelo de consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta la presencia de enfermedades en estado terminal y/o discapacidades que por sí solas constituyeran un elemento de minusvalía.

Para determinar los problemas sociales referidos por las personas con diabetes, en relación con la interferencia de estos en los requerimientos terapéuticos propios de la enfermedad, o viceversa, se aplicó una encuesta realizada en forma de entrevista cara a cara, utilizando como instrumento un cuestionario creado al efecto, que contenía preguntas abiertas y cerradas o mixtas.

Las respuestas a las preguntas abiertas fueron múltiples y diferentes, las cuales, mediante análisis de contenido, se redujeron por sinonimia -para su posterior análisis estadístico- a una cantidad menor, que oscilaba entre 4 y 6 categorías.

Este procedimiento de codificación consistió en recolectar los datos y escribir todas las respuestas línea a línea, anotando en el texto las categorías descriptivas, para luego tratar de que el listado se condensara en categorías más abstractas de significado. Hicimos esto precisamente porque queríamos lograr en los/las entrevistados/as respuestas espontáneas, sin brindarles preconceptos o categorizaciones *a priori*.

Para el análisis estadístico se utilizaron estadígrafos propios de la estadística descriptiva (frecuencia, media, desviación estándar) y se utilizó la prueba de Chi cuadrado, tomando como valor de significación estadística  $p < 0,05$  para medir el nivel de asociación entre las variables del estudio. Todo este análisis se realizó con la ayuda del software SPSS 11.5 para Windows, y los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

## Resultados

De las 189 personas con diabetes que participaron en el estudio, el 43 % (81) refirió la existencia de algún problema social\*\* (tabla 1). De estas 81 personas con diabetes que refirieron problemas sociales, existió un predominio del sexo femenino (54,3) y una mayor frecuencia de personas ubicadas en el grupo de edad de 25 a 59 años (63 %), donde la mayoría eran universitarios (29,6), y el estado civil predominante favoreció a los casados (59,3).

Tabla 1. Distribución porcentual de los entrevistados, según características sociodemográficas

Variables	No.	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	44	54,3
Masculino	37	45,7
<i>Grupo de edad (años)</i>		
15-24	2	2,4
25-59	51	63
Más de 60	28	34,6
<i>Estado civil</i>		
Soltero	9	11,1
Casado	48	59,3
Unión consensual	12	14,8
Divorciado	9	11,1
Viudo	3	3,7
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	12	14,8
Secundaria	14	17,3
Preuniversitario	22	27,2
Técnico medio	9	11,1
Universitario	24	29,6

N = 81

En relación con las características clínicas de estos entrevistados, se encontró un predominio de personas con diabetes mellitus tipo 2 (84 %) y una media de edad al debut de la enfermedad de  $45,1 \pm 14,2$  años.

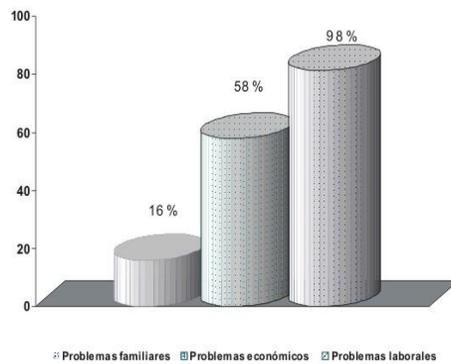
El tiempo de evolución de la diabetes mostró un predominio del 38,3 % para las personas con más de 10 años de evolución, y ocurrió algo similar con los pacientes tratados con compuestos orales hipoglucemiantes (COH) en el 37 %. Por último, la "No" presencia de "complicaciones crónicas" se registró en el 75,3 % de los entrevistados (tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de los entrevistados, según características clínicas

Variables	No.	%
<i>Tipo de diabetes</i>		
Tipo 1	13	16
Tipo 2	68	84
<i>Duración de la diabetes (años)</i>		
< 1	26	32
1 a 5	19	23,5
6 a 9	5	6,2
10 y más	31	38,3
<i>Grupo por edad al debut (años)</i>		
0 a 14	1	1,3
15 a 24	6	7,5
25 a 59	63	77,7
Más de 60 años	11	13,5
<i>Tratamiento</i>		
Dieta	5	6,2
COH	30	37
Insulina	26	32,1
Insulina+COH	20	24,7
<i>Complicaciones</i>		
Sí presentan	20	24,7
No presentan	61	75,3

N = 81

Los problemas sociales referidos por los 81 entrevistados (fig.1) estuvieron relacionados con las siguientes esferas: laboral en 79 personas (98 %), familiar en 13 (16,0) y económica en 46 (58,0).



N = 81

FIG. 1. Distribución porcentual de los entrevistados según tipos de problemas presentados.

Las problemáticas laborales más mencionadas se encontraron relacionadas con dificultades para llevar los requerimientos alimentarios y los medicamentos, los cuales estuvieron asociados, por un lado, al desempeño de la actividad laboral (trabajo fuera del centro y fuera de horario laboral, reuniones en horarios de meriendas o almuerzo) en el 36,2 % de los entrevistados (13), y por otro, a dificultades en la disponibilidad de los alimentos en los centros laborales en 15 personas (41,6). En 8 entrevistados (22,2 %) se detectó la existencia de dificultades en ambos aspectos (fig. 2).

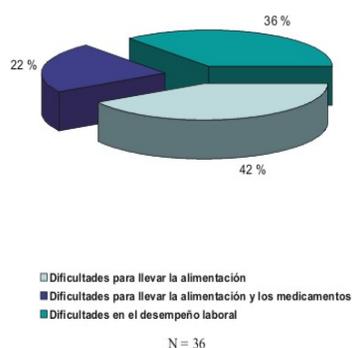


FIG. 2. Distribución de los pacientes según dificultad referida en la esfera laboral.

Llama la atención que en el caso de los 18 jubilados (22,2 %) que refirieron tener problemas, más de la mitad (54,5), ya sea por el proceso de jubilación normal por cumplimiento de la edad o aquellos que alcanzaron esta categoría a través de un proceso de peritaje, respondieron que no se sentían bien con dicha jubilación, y el 3,0 destacó que este proceso le afectó económicamente.

Por su parte, de las 9 personas con diabetes (11,1 %) desvinculadas/amas de casa, el 58 (5) asoció su desvinculación a la presencia de la enfermedad; de ellos, la mayoría (85,7) refirió sentirse psíquica y físicamente mal para continuar trabajando, mientras que el porcentaje restante (14,3) refirió que la presión de trabajo le trajo descontrol metabólico (fig. 3).

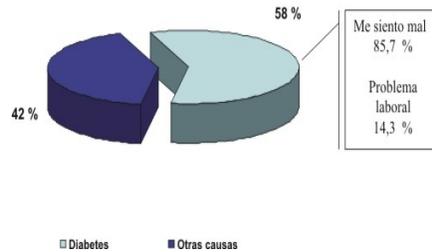


FIG. 3. Distribución de los pacientes, según dificultad para trabajar en la calle, y sus limitaciones.

Otro aspecto de interés para el estudio lo constituyó la situación económica (tabla 3). En este sentido, las dificultades relacionadas con la imposibilidad de llevar el tratamiento por situaciones económicas se encontraron en 46 entrevistados (58 %), donde los principales problemas estuvieron asociados a la imposibilidad de adquirir los alimentos adecuados para la enfermedad (78,7 %), la adquisición de los medicamentos (4,3), alimentación y medicamentos (14,9) y transportación y medicamentos (2,1).

Tabla 3. Principales problemas que presentan los entrevistados para cumplir con su tratamiento

Problema	No.	%
Dieta	36	78,7
Medicamentos	2	4,3
Dieta + medicamentos	7	14,9
Transporte + medicamentos	1	2,1

N = 46

Del total de personas que refirieron tener problemas económicos, el 98 % (45) recibe algún ingreso, ya sea por concepto de jubilación, salario, pensión, trabajo por cuenta propia y/o ayuda familiar, mientras 1 sola entrevistada (2 %) no recibe ninguna entrada económica, vive sola, ha debutado recientemente con la DM y refiere que el problema económico le afecta para llevar sus medicamentos y su dieta (fig. 4).

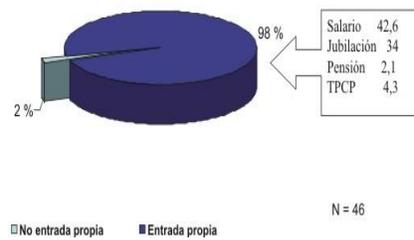


FIG. 4. Distribución de los pacientes según tipo de entrada económica propia.

Por otra parte, la DM también impacta en todos los aspectos de la vida familiar de las personas con diabetes (13:16 %). Según la opinión de los entrevistados, los principales problemas afrontados estuvieron vinculados con las relaciones familiares (7 entrevistados: 55,2 %) a causa de pobre comunicación entre los integrantes de la familia y falta de comprensión hacia ellos y su enfermedad, y la interferencia de la diabetes en las relaciones familiares (6 entrevistados: 51,9 %), por necesidad de reajuste familiar (en horarios y tipos de alimentación y en estilos de vida), así como presencia de estrés familiar, asociados todos al desconocimiento o mal conocimiento de las implicaciones de la enfermedad.

Vale destacar que para el caso de los entrevistados que manifestaron que la DM provocaba interferencia en sus relaciones con la familia, esta se traducía en sentimientos de sobreprotección hacia ellos, lo cual obstaculiza el ejercicio consciente y responsable ante el autocuidado por quienes viven con la enfermedad. Esto, desde otro punto de vista, es percibido por las propias personas como un aumento en las responsabilidades (de protección y cuidado) familiares; de este modo, se adiciona la enfermedad como sobrecarga familiar.

## Discusión

La literatura sobre problemas sociales y DM3 -realmente escasa- refiere que la prevalencia de problemas sociales en las personas con diabetes es alta. Resultados similares se obtuvieron en nuestro estudio, donde casi la mitad de los entrevistados refirieron -desde sus percepciones- la existencia de al menos un problema de índole social.

En este estudio, los problemas afrontados por los entrevistados estuvieron relacionados con las esferas laboral, familiar y económica, semejantes a resultados referidos por otros autores.<sup>3,4-6</sup>

Sobre los tipos de problemáticas que referían las personas con diabetes entrevistadas, se pudo constatar que los problemas laborales tuvieron un predominio sobre los de tipo familiar y económico, lo cual concuerda con diferentes estudios.<sup>3,4-6</sup> Algunos de estos trabajos muestran que las personas con diabetes que hacen una vida normal de estudio o trabajo, con plena actividad física e intelectual,

integradas en su entorno con vida familiar y social estable, no consideran la enfermedad como una causa de minusvalía. Sin embargo, cuando la diabetes se convierte en un problema que interrumpe la actividad cotidiana, cuando aparecen complicaciones de la diabetes o cuando se añaden problemas de tipo psicológico o socioeconómico, la minusvalía puede ser real o también puede convertirse en una forma de compensar los perjuicios sufridos por esa situación.

La literatura muestra que aunque en diferentes países las leyes amparan a las personas con diabetes, estas tienen en ocasiones dificultad para lograr una ubicación laboral estable. En Norteamérica, la discriminación en el trabajo está en contra de la ley, pero sucede. Empleadores que han tenido malas experiencias con empleados diabéticos, pueden estar algo predispuestos a darles trabajo.<sup>3,6</sup> En Cuba, las opciones laborales son parejas para todos, de acuerdo con sus capacidades y aptitudes. Si el diabético mantiene sobre sí un estricto control de su enfermedad y si sus jefes son capaces de adecuar sus trabajos a las condiciones que requiere la DM, entonces el comportamiento laboral será idéntico al resto de sus compañeros.<sup>7</sup>

En un estudio realizado en España,<sup>6</sup> los autores refieren que el hecho de ser diabético trae consigo la objetiva inclusión en un cuadro estándar de potenciales problemas que el empresario pudiera tener en cuenta, el cual refleja que estos no pueden desarrollar determinadas tareas, que sufren más bajas laborales, períodos de incapacidad laboral transitoria más prolongados, accidentes y jubilaciones tempranas. Sin embargo, en la realidad esto no ocurre así. Las estadísticas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales indican que la DM no es causa directa de jubilación, y que sólo 2 individuos de 3 000 fueron jubilados por esta causa. Similares resultados declara un estudio cubano realizado en el año 1985.<sup>8</sup>

Aspectos parecidos fueron reportados por *Ragnar* en el contexto mexicano, quien consideró que todas las personas con diabetes tenían igual derecho y posibilidad de incorporarse a los diferentes puestos de trabajo; sin embargo, teniendo en cuenta el riesgo de las hipoglucemias, se deberían evitar profesiones donde la vida propia y/o la de los demás dependan de ellos.<sup>5</sup>

Ejemplo de esto lo vemos en el presente estudio, donde una persona refirió la necesidad de cambio de puesto laboral, toda vez que su principal función radicaba en trabajar en alturas, tenía 10 años de evolución de la enfermedad y presentaba una retinopatía en estadio inicial.

La necesidad de que los administrativos tengan conocimiento de la presencia de la enfermedad es otro de los aspectos que ayuda a la persona con diabetes a sentirse más confiado en las posibilidades de llevar su tratamiento. En este estudio, a diferencia de otros países, la presencia de la DM era de conocimiento de sus administrativos en el 95 % de los entrevistados; sin embargo, muchas veces el desempeño laboral (contenido de trabajo, visitas a lugares, reuniones inesperadas y/o fuera de horario laboral) atenta contra el logro de los requerimientos alimentarios y es ahí donde el administrativo debe jugar un papel más activo, permitiendo flexibilidad y comprensión con los horarios de alimentación y tratamiento, y donde la labor de los trabajadores sociales es importantísima, al entrar en contacto con estos administrativos, para explicarles todo lo relacionado con la enfermedad y las dificultades que puede afrontar una persona con diabetes en el centro laboral, y centrar su explicación en la situación particular de cada individuo.

Otro aspecto de importancia es la situación económica. Varios estudios<sup>4,9</sup> refieren que el costo económico de la enfermedad impacta tanto en la economía del país como en la privada de las personas con diabetes y sus familiares. Estos estudios señalan que en muchas ocasiones las personas con diabetes, por falta de ingresos económicos, llegan al hospital cuando ya tienen presencia de complicaciones en estadios avanzados que hacen más costoso el tratamiento, por lo que refieren la necesidad de poner mayor énfasis en las inversiones para impulsar programas para la prevención de complicaciones en lugar del tratamientos para ellas.

La participación del Estado como suministrador de la atención de salud adquiere magnitudes diversas de un país a otro, tanto en su estructura orgánica como en los beneficios y el grado de control de los servicios de salud.

En Cuba, el Estado asume los gastos en pruebas de laboratorio y atención de salud de forma gratuita para todos por igual; sin embargo, esto no implica que la diabetes no tenga un impacto negativo en la economía familiar e individual, donde las personas con diabetes se ven enfrentadas a un tratamiento para toda su vida, lo cual conlleva requerimientos alimentarios y utilización, en ocasiones, de insulina y/o compuestos orales hipoglucemiantes. Ejemplo de esto lo vemos en el presente estudio, donde las principales dificultades afrontadas por las personas con diabetes giraron en torno a dificultades para llevar la dieta y los medicamentos.

Por otra parte, la DM también impacta en todos los aspectos de la vida familiar de las personas con diabetes, toda vez que trae consigo cambios en las usuales costumbres y comportamientos de la familia, como el régimen alimentario, ajustes en los horarios de comida, así como utilización o no de insulina o compuestos hipoglucemiantes orales. Estos cambios generan en algunos individuos sentimientos de dependencia, minusvalía y/o disminución de la autoestima; sin embargo, está básicamente demostrado que las personas con diabetes mejor controladas metabólicamente son aquellas que cuentan con familias mejor orientadas y sensibilizadas en relación con la DM.<sup>4</sup>

Vale destacar que para el caso de los entrevistados que manifestaron que la DM provocaba interferencia en sus relaciones con la familia, esta situación se traducía en sentimientos de sobreprotección hacia ellos por parte de dichos familiares, lo cual negaba un ejercicio consciente y responsable del autocuidado por quienes tienen el padecimiento. Esto, desde otro punto de vista, es percibido por los propios individuos como un aumento en las responsabilidades familiares sobre la protección y el cuidado, por lo que se adiciona el padecimiento a la sobrecarga familiar ya existente.

La familia cubana se ha caracterizado por seguir siendo la agencia primaria para la construcción de la identidad y en particular para la estabilidad emocional de sus miembros.<sup>10</sup> A través de la socialización adquiere estilos de comportamientos que le facilitan la posterior integración social. Es aquí donde los niños y niñas desarrollan actitudes, valores, ideas, destrezas y normas que se van integrando a su acervo cognitivo y experiencial, lo cual es un aprendizaje vivencial muy afectivo, por su cercanía y permanencia en este sentido;"es en la familia donde se acepta de forma incondicional al ser desnudo, sin máscara, al

ser en esencia",<sup>11</sup> y donde siempre van a existir sentimientos de sobreprotección entre sus miembros, los cuales se acentúan si hay presencia de la DM.

En un estudio realizado en México, se pudo constatar que la responsabilidad compartida dentro de la familia se asocia directamente al buen control metabólico, lo cual contribuye a evitar la sobreprotección de la familia sobre el paciente.<sup>9</sup>

En Cuba se ha demostrado que una debida atención y la orientación a las personas con diabetes y sus familiares lograrían disminuir los sentimientos de dependencia, sobreprotección y minusvalía en ellos. Por eso, las acciones educativas del Programa Nacional de Educación a Personas con Diabetes<sup>12,13</sup> se encaminan a atender al individuo en su integridad soma, psiquis y entorno social, con el fin de lograr el completo estado de bienestar físico, mental y social de la persona con diabetes y sus familiares, enmarcado por la definición en este sentido de la Organización Mundial de la Salud (White Franklin. OMS, Declaración de las Américas, 1998).

No quedan dudas de que el conocimiento de los problemas que enfrentan día a día las personas con diabetes, el reconocimiento de la repercusión que tiene la enfermedad sobre el individuo, la familia y la sociedad y, a su vez, el reconocimiento de cómo pueden interferir los problemas sociales en la adhesión al tratamiento y el buen control, resultan de gran importancia para el equipo de salud.

Específicamente para el trabajo social, esto resulta como un punto de partida para una verdadera intervención donde se conozca y comprenda la realidad en la que se desenvuelven las personas con diabetes y los otros actores que comparten el mismo contexto social, mediante la ejecución de actividades dirigidas a la satisfacción de las necesidades y a hacer realidad su bienestar, con vista a modificar el medio social y mejorar las condiciones de vida que resultan negativas o perjudiciales para lograr el control deseado de su enfermedad, así como ayudarlos en la búsqueda de alternativas eficaces dirigidas a lograr un equilibrio entre las exigencias del tratamiento y su desempeño sociocotidiano.

## Referencias bibliográficas

1. García R, Suárez R. La dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Endocrinol* 2001;12(3):10.
2. \_\_\_\_\_. Dimensión educativa en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Endocrinol* 2001;12(3):178-87.
3. Rivera B. Factores sociales que influyen en el control de los pacientes diabéticos. Disponible en URL: <http://www.smsp.org.mx/rhigiene/docs/Rivera.doc>
4. Colectivo de autores. Manejo médico de la diabetes insulino dependiente (tipo 1). Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología; 1994:106-17.
5. Hanas R. Diabetes tipo 1 en niños y adolescentes, jóvenes y adultos. Edición Priprensa e Impresi, México 2000.p.216-27.
6. Sanhonorato J, Gómez JM. Empleo privado y diabetes. Madrid;2001. Mimeografiado.

7. Suárez R. ¿Trabajan menos? Revista Control. La revista del paciente diabético. Cuba: Rev Control 1980;CD:51-3.
8. García R, Suárez R, Gutiérrez M, Dieste W, Mateo de Acosta O. Comportamiento del trabajador diabético en una empresa industrial. Rev Cubana Hig Epidemiol 1985;23:391.
9. Robbins JM, Vacarino V, Zhang H, Kasi S. Socioeconomic status and type 2 diabetes in African, American and Non-Hispanic Women and Men: Evidence from the third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Public Health 2001;91:76-83.
10. Fleitas R. La familia en el análisis sociológico. Familia y maternidad como dimensiones de la identidad femenina. Selección de lecturas sobre trabajo social comunitario 2000.p.94.
11. Jesús M. Hacia una actuación socioeducativa con las familias. Programa de infancia y familia, área de población y de familia. Caritas Española. Selección de lecturas sobre sociología y trabajo;2001.p.143-8.
12. García R, Suárez R, Mateo de Acosta O. Programa de educación en diabetes del INEN. Una estrategia de comunicación interactiva. Rev Asoc Latinoamer Diabetes 1994;3:112.
13. García R. Programa de educación en diabetes en Cuba. Filosofía, métodos y líneas de trabajo. Rev Asoc Latinoam Diabetes 1998;6:S55.p.125.

Recibido: 3 de marzo de 2005. Aprobado: 22 de abril de 2005.

Lic. *Marlene García Castro*. Instituto Nacional de Endocrinología. Zapata y D, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba. Email:[jorge.calero@infomed.sld.cu](mailto:jorge.calero@infomed.sld.cu)

\* En el caso de la persona que no quisiera participar en el estudio o que aún después de haber dado su consentimiento para participar deseara abandonarlo, seguiría recibiendo la atención del servicio social establecida.

\*\* Los resultados que se muestran corresponden a las 81 personas con diabetes que refirieron la existencia de problemas sociales.

<sup>1</sup> **Socióloga. Especialista en Trabajo Social.**

<sup>2</sup> **Doctora en Ciencias. Investigadora Titular.**