

Problemática laboral en un grupo de personas con diabetes mellitus

Working problems related to a group of persons with diabetes mellitus

Rosario García González^I; Marlene García Castro^{II}; Rolando Suárez Pérez^{III}; Emma Domínguez Alonso^{IV}

^I Doctora en Ciencias. Licenciada en Sociología. Máster en Tecnología Educativa. Investigadora Titular y de Mérito. Profesora Titular y Consultante. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{II} Licenciada en Sociología. Especialista en Trabajo Social. Aspirante a Investigadora. Instructora. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Endocrinología. Profesor Auxiliar y Consultante. Investigador Titular. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Bioestadística. Investigadora Agregada. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la diabetes mellitus interfiere en la actividad laboral de las personas y viceversa, sin embargo, son pocos los estudios basados en investigaciones sobre el tema, por lo que pretendemos acercarnos al problema para identificar dificultades que afronta una persona con diabetes mellitus en nuestro contexto social.

OBJETIVOS: determinar la frecuencia con que el grupo estudiado declara problemas en la esfera laboral, caracterizar estos problemas, e identificar la opinión que tienen sobre la relación de la diabetes mellitus con su desempeño laboral.

MÉTODOS: el universo estuvo formado por los ingresados en el Centro Diurno del Centro de Atención al Diabético en el último cuatrimestre de 2006, y se tomaron como muestra, aquellos incorporados a la actividad laboral en un centro estatal, o que habían sido objeto de jubilación en el 2005. La información fue recogida mediante encuestas y discusiones grupales, los datos cuantitativos fueron procesados utilizando estadígrafos descriptivos, y para las discusiones grupales se usó el método cualitativo exploratorio inductivo.

RESULTADOS: el 25 % de los trabajadores y el 35 % de los jubilados declararon

que existía interferencia entre la diabetes mellitus y la actividad laboral. Identificaron como problemas: posibilidades para una alimentación adecuada (75 %), prolongación de la jornada laboral (21,6 %), esfuerzos físicos violentos (42,2 %), e incomprensiones por falta de información de los jefes administrativos. Todos los jubilados declararon que la diabetes mellitus tuvo que ver con su decisión de acogerse al retiro laboral.

CONCLUSIONES: la frecuencia de problemas para afrontar la vida laboral estuvo presente en trabajadores y jubilados, con un mayor porcentaje en estos últimos. Como principales problemas fueron identificados los requerimientos dietéticos, los esfuerzos físicos violentos, y la prolongación de la jornada laboral. El grupo estudiado considera que una mayor información a los administradores y orientaciones prácticas a las personas con diabetes mellitus podría disminuir los problemas afrontados.

Palabras clave: diabetes mellitus, problemas laborales.

ABSTRACT

INTRODUCTION: diabetes mellitus can affect working activities as well as different aspects of working activities can difficult the accomplishment of diabetes treatment requirements. Nevertheless there are not enough papers on the matter and the purpose of this study was to identify possible difficulties affronting by a group of people with diabetes to develop working activities.

OBJETIVES: to determine the frequency of working difficulties acknowledged by the group, to characterize difficulties found, and to identify opinions on the relationship between diabetes and working activities.

METHODS: the universe was formed by patients admitted in the daily service of Diabetes Care Center from september to december of 2006 and the sample has included those incorporated to working activities at the moment and those retired in 2005. Surveys and group discussions were used for collecting information. Quantitative data were processed using descriptive statistics, and data of group discussions were processed using the inductive exploratory qualitative method.

RESULTS: 25 % of workers and 35 % of retired have recognized some interference between diabetes and working activities. The problems identified were difficulties to accomplish foot requirements (75 %), extension of working day (21.6 %), physical efforts (42.2 %) and a lack of information from managers to understand diabetes situation. All retired people recognized the diabetes mellitus as cause of their decision to have recourse to working retirement.

CONCLUSIONS: problems to face the working life was present in workers and retired people. The major problems identified included alimentary requirements, physical efforts, and the extension of working days. The group studied has considered that more information to managers and practical guidance for people with diabetes mellitus could decrease these problems.

Key words: diabetes mellitus, difficulties on working activities.

INTRODUCCIÓN

El proceso de salud/enfermedad es dinámico, y, desde una base biológica, interacciona con factores sociales, económicos, culturales y de conductas, que lo influyen y modifican.¹⁻³ Dentro de la amplia complejidad de este fenómeno, las enfermedades no transmisibles ocupan hoy un lugar relevante por el constante ascenso de su prevalencia e incidencia en la población adulta, así como por el lugar que ocupan dentro de las principales causas de muerte. Por otra parte, la cronicidad y las limitaciones que estas enfermedades imponen, hacen que las enfermedades crónicas no transmisibles, sean un ejemplo de la necesidad de un tratamiento integral y una dimensión educativa.^{4,5} Dentro de ellas, la diabetes mellitus (DM) se erige en paradigma,⁶ porque requiere de un tratamiento para toda la vida y un seguimiento periódico, a fin de evitar la aparición de complicaciones propias del mal control metabólico,⁷ como son las neuropatías, nefropatía y retinopatía, entre otras.⁸⁻¹⁰

La principal vía para evitar las complicaciones agudas y crónicas de la DM es la normalización de la glucosa en sangre,¹⁰⁻¹² cuyas exigencias pueden interferir o ser interferidas por la actividad diaria del paciente; sin embargo, no son frecuentes los estudios que traten la problemática social de las personas con DM. En este contexto, su aparición en una persona que trabaja, puede variar sustancialmente sus relaciones laborales. Existen condiciones, horarios y contenidos de trabajo que pueden constituir, desde un factor de riesgo hasta una limitación laboral para la persona con diabetes,^{13,14} además pueden contribuir al mal control metabólico, y este mal control no solo representa una afectación física, sino que puede provocar bajo rendimiento, ausencias al trabajo, certificados y peritajes médicos, que en su máxima expresión terminan en jubilación precoz o abandono de la actividad laboral.^{13,14} Se afecta, además, la autoestima, la situación económica del enfermo y la dinámica familiar.

A pesar de que casi todas las asociaciones y revistas de instrucción para personas con DM tratan diferentes aspectos de los problemas en la esfera laboral y abogan porque se cumplan las leyes que los amparan para lograr un tratamiento equitativo en los centros de trabajos, desde el punto de vista de la investigación se pueden citar muy pocos estudios publicados sobre el tema. En el Instituto Nacional de Endocrinología fueron realizados algunos¹⁵⁻¹⁷ durante la década de los ochenta, para identificar diferentes aspectos de la repercusión social de la enfermedad. La década de los noventa, marcada por la desaparición del campo socialista y el incremento del bloqueo, presentó una situación transitoria y atípica de carestía general, que afectaba seriamente el proceso social y económico del país, reconocido como etapa de *período especial*, por lo que se hizo necesario dedicar los esfuerzos a la respuesta inmediata de los problemas surgidos durante el servicio asistencial, más que a continuar el desarrollo de investigaciones en este campo (Pérez V. Impacto del período especial en la vida cotidiana de la mujer cubana, en la década de los noventa. Ponencia presentada al tribunal Internacional "Mujeres cubanas contra el bloqueo". 21 de marzo de 2002. Palacio de Convenciones. Ciudad de La Habana).

Ya en los años 2000 se logra una determinada estabilidad que marca el proceso social con características y determinantes específicas, por lo que se impone retomar esta línea de investigación para identificar cuáles son los principales problemas sociales que, en esta década, puede afrontar una persona por ser diabética, y que pueden influir negativamente en el autocuidado y buen control de la DM, por lo que el propósito del trabajo es reiniciar esta línea de investigación con un primer trabajo exploratorio de las dificultades laborales, que, actualmente, puede afrontar un grupo de personas con diabetes. Se persiguen como objetivos determinar la frecuencia con que el grupo estudiado declara problemas en la esfera laboral, caracterizar los problemas laborales referidos, así como identificar las opiniones que tiene este grupo de pacientes sobre la relación de la DM con su desempeño laboral.

MÉTODOS

El estudio se desarrolló como una investigación de carácter descriptivo-exploratorio, y combinó los métodos cuantitativos y cualitativos de investigación. El universo estuvo formado por los ingresados en el Centro Diurno del Centro de Atención al Diabético en el último cuatrimestre de 2006, y se tomaron como muestra, aquellos incorporados a la actividad laboral en un centro estatal, o que habían sido objeto de jubilación en 2005.

Se consideraron criterios de exclusión los siguientes:

- a) Menos de 2 años de duración de la enfermedad, para tomar esta decisión se partió del criterio de que se requieren, al menos, 2 años para superar la etapa de ajuste a la enfermedad.
- b) Desempeño laboral por cuenta propia, porque esta actividad tiene características muy específicas y aún no bien definidas en el país, que, por tanto, requieren de un estudio particular.
- c) Presencia de discapacidades que por sí solas constituyan un elemento de minusvalía, por una complicación de la enfermedad o ajena a ella. Estos casos requerirían también de un estudio específico en el que se puedan evaluar las limitaciones o minusvalías propias de la complicación específica.

La información cuantitativa fue recogida mediante encuestas confeccionadas para el estudio y realizadas cara a cara, en forma de entrevista, con modelos diferentes para los de vida laboral activa y para los jubilados. Dichos cuestionarios fueron piloteados antes de iniciar el estudio en un grupo de pacientes diabéticos atendidos en el mismo servicio de Centro Diurno (de donde más tarde se tomaría la muestra), a fin de determinar el grado de comprensión y dificultad de cada acápite para realizar los arreglos correspondientes. Las variables clínicas contenidas en dicha encuesta fueron tomadas directamente de la historia clínica del paciente.

La información cualitativa se recogió mediante la técnica de discusión de grupo. Para ello, se seleccionaron 2 categorías grupales de discusión, atendiendo a la categoría de análisis *situación ocupacional*. Todos los participantes en el estudio eran invitados a asistir a dicha actividad en fecha acordada dentro del mes correspondiente a su ingreso. Así, se fueron repitiendo grupos de \pm 8-10 personas, hasta lograr la saturación de la información: grupo de trabajadores en el sector estatal, y grupo de jubilados.

Las sesiones tuvieron una duración promedio de 1 h, y se desarrollaron en un ambiente confortable, limpio, con buena iluminación y privado, de manera que no existieran interferencias de personas ajenas a la discusión durante su desarrollo. Se utilizó una guía semiestructurada, por medio de la cual el moderador guió la discusión. Se contó también con la participación de un anotador-observador, quien estuvo atento y recogió todas las incidencias ocurridas durante la dinámica de la sesión, poniendo énfasis en el lenguaje extraverbal de los participantes, además de garantizar la reposición y control de los casetes de audio durante la grabación de la sesión.

La guía se dividió en 4 secciones para poder visualizar mejor la problemática en estudio. La primera se correspondió a una sección de *calentamiento*, en la que se les preguntó a los entrevistados sobre sus opiniones y criterios con relación a la DM, y su impacto en relación con la vida social. Luego le siguió otra sección de

profundización, en la cual se habló concretamente sobre la relación existente entre DM y desempeño laboral, teniendo en cuenta la categoría ocupacional de cada grupo. A esta le continuó el *cierre*, en la que se conversó sobre las alternativas para minimizar las dificultades. Por último se realizaron las *conclusiones*, en las que se les agradeció nuevamente la disposición y entrega de los participantes en brindarnos sus opiniones, y se conversó sobre el sentir e impresiones de los participantes durante toda la sesión.¹⁸

Se utilizó la clasificación aprobada por el Comité Estatal del Trabajo y Seguridad Social que divide las ocupaciones en: obrero, trabajador de servicios, profesional, administrativo y dirigente. Las características generales del puesto de trabajo se definieron según relato del paciente, las condiciones de trabajo, la existencia o no de comedor obrero, el horario, la realización de esfuerzos físicos, la prolongación de jornada laboral, etc. En relación con la disciplina laboral se contempló la frecuencia y motivo de ausencias, las llegadas tardes y salidas antes de hora, así como la frecuencia y motivo de certificados médicos y licencias sin sueldo (datos con relación al último año trabajado).

Sobre la productividad laboral, se tuvo en consideración la referencia al cumplimiento del plan de trabajo y las evaluaciones recibidas al respecto (datos con relación a los 5 últimos años trabajados); y sobre la estabilidad laboral, la frecuencia y motivo de cambios de centros de trabajo, o puestos en un mismo centro (datos con relación a los 5 últimos años trabajados). En relación con el proceso de peritaje, se estudió la frecuencia y motivo de proceso de peritaje sufrido, y el dictamen final de cada uno. Igualmente, se le preguntó al participante su opinión sobre cuáles habían sido sus cifras de glucemia, y cómo había sido su control metabólico en el último año.

Se consideraron problemas en la esfera laboral las dificultades en su disciplina, productividad o estabilidad laboral; así como las dificultades para cumplir algún aspecto del tratamiento por exigencias o falta de condiciones en su puesto de trabajo (toda esta información fue tomada desde la percepción y opinión del paciente).

Los resultados del análisis cuantitativo se presentan en tablas y figuras, y se utilizaron los estadígrafos propios de la estadística descriptiva (frecuencia, moda, media y su desviación estándar), así como la prueba de chi cuadrado, para determinar nivel de asociación entre las variables seleccionadas para el estudio. Se tomó como valor de significación estadística $p < 0,05$. La información de la discusión grupal fue procesada según método cualitativo. Mediante el análisis, se aportó orden a la información, y se organizó en patrones, categorías y unidades descriptivas básicas. Después se procedió a la interpretación o comprensión del fenómeno, adjudicando significado y relevancia al análisis. Una vez identificados los patrones generales e interpretados los vínculos y asociaciones que emergieron del análisis, se exploró la existencia de explicaciones alternativas que pudieran haber llevado a análisis diferentes. La triangulación metodológica permitió la identificación de las áreas focales mediante el dato cuantitativo, mientras los cualitativos aportaron sustancia a dichas áreas.

Para el reclutamiento se explicó a los participantes los objetivos del estudio y el proceder de las técnicas, enfatizando que tenían la libertad para decidir participar o no, y que aun habiendo consentido voluntariamente en participar, podían abandonar las sesiones en el momento que lo desearan. También se les comunicó que la información recogida solo sería utilizada para caracterizar los problemas laborales que pueden afectar a personas con diabetes; que en ningún momento se

daría a conocer de donde procedió la información ni se haría ningún otro uso de la información. Se garantizó que la entrevista y la discusión grupal fueran realizadas en un local con privacidad. Se insistió que, participando o no del estudio, recibirían igual atención, y que si el problema estuviera presente en el momento de la recogida de la información, el servicio de Trabajo Social, previo acuerdo con el interesado, asumiría la puesta en práctica de determinadas acciones, como por ejemplo, acudir al centro de trabajo para negociar las posibles alternativas de solución. Después de toda esta información, se entregó a cada paciente un modelo de Consentimiento Informado, tanto para los que participaron en las encuestas como para los asistentes a la discusión de grupo, para que lo leyeran cuidadosamente y después de informarnos sobre su disposición, lo firmaran si así lo deseaba.

RESULTADOS

La muestra quedó integrada por los 116 trabajadores y 23 jubilados (N=139) y sus principales variables generales y clínicas se observan en las tablas 1 y 2. Como se puede apreciar, hay predominio del sexo femenino en el grupo de jubilados. La edad promedio del grupo de jubilados se corresponde con la aceptada en nuestro país en el año del estudio, es decir, que si bien algún caso tuvo una jubilación precoz, esto no representó un problema como grupo, tal como reportan estudios anteriores,¹⁷ y tal como corresponde al nivel escolar de la población cubana, en el grupo también hubo predominio del nivel de enseñanza media superior e universitaria. Como se observa en la [tabla 2](#), las principales variables clínicas estuvieron representadas en ambos grupos, con pacientes tipo 1 y 2 y todos los tipos de tratamiento.

Tabla 1. Distribución de los grupos según principales variables generales

Variable	Trabajadores		Jubilados	
	No.	%	No.	%
Sexo				
Femenino	51	44,0	17	74,0
Masculino	65	56,0	6	26,0
Edad promedio	48,5 ± 12,8		60 ± 6,1	
Nivel escolar	No.	%	No.	%
Primaria	0	0,0	2	8,7
Media	20	17,2	5	21,7
Media superior	52	44,8	9	39,1
Universitario	44	38,0	7	30,5

Fuente: encuesta.

Tabla 2. Distribución de los grupos según principales variables clínicas

Variable	Trabajadores		Jubilados	
	No.	%	No.	%
Diabetes mellitus 1	27	23,3	2	8,7
Diabetes mellitus 2	89	76,7	21	91,3
Duración de la diabetes mellitus Promedio en años	11,5±8,1		13,7±11,3	
Tratamiento	No.	%	No.	%
Solo dieta	5	4,3	1	4,3
Compuestos orales	31	26,7	8	26,2
Insulina	51	44,0	6	21,7
Compuestos orales + insulina	29	25,0	11	47,8
Control metabólico				
Bueno	28	24,1	4	17,4
Malo	47	40,5	10	43,5
No estable	41	35,4	9	39,1

Fuente: encuesta.

La distribución de los grupos según clasificación laboral se muestra en la [figura 1](#), en la que se observa la presencia de todas las categorías laborales con un predominio de los trabajadores de servicio para ambos grupos (trabajadores 25,9 % y jubilados 34,8 %).

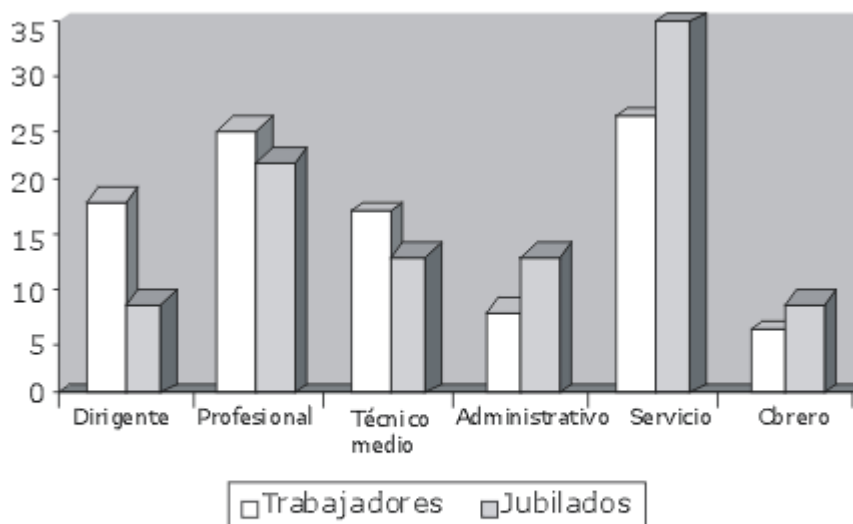


Fig. 1. Distribución de los grupos según clasificación laboral.

El análisis de las encuestas reflejó los resultados siguientes: a la pregunta sobre si la DM afectaba el desempeño laboral o si el cumplimiento del trabajo obstaculizaba el buen control de la DM, 29 trabajadores (25 %) y 8 jubilados (35 %) respondieron *sí* o *a veces* ([fig. 2](#)).

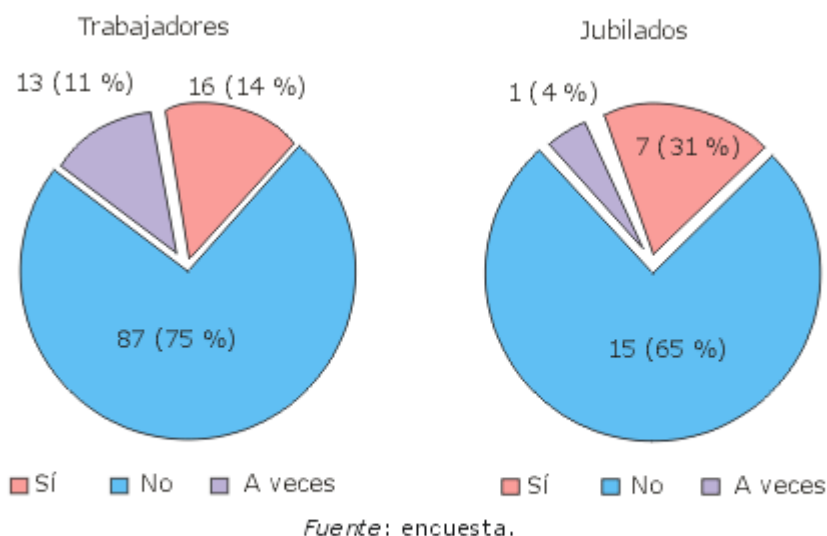


Fig. 2. Distribución de los grupos según criterios sobre interferencia de la diabetes mellitus en la actividad laboral o viceversa.

Cuando se indagaba sobre las dificultades específicas que afrontaban en su desempeño laboral, un alto porcentaje identificó limitaciones para cumplir con los requerimientos alimentarios, prolongación de la jornada laboral y esfuerzos físicos (tabla 3), problemas referidos aún por los participantes que declararon que el cumplimiento del desempeño laboral no obstaculizaba el control metabólico.

Tabla 3. Distribución de los grupos según dificultades afrontadas para el autocuidado y control durante el desempeño laboral

Dificultades	Trabajadores		Jubilados	
	No.	%	No.	%
Alimentarias	87	75,0	15	65,2
Prolongación de la jornada laboral	25	21,6	16	69,6
Esfuerzos físicos	49	42,2	13	52,2

Fuente: encuesta.

La dificultad para cumplir los requerimientos alimentarios, la carga de esfuerzo físico y la prolongación de la jornada laboral, no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en relación con el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y el tipo y la duración de la DM. Tal como se observa en la tabla 4, los principales obstáculos reconocidos para poder cumplir con los requerimientos alimentarios fueron: las comidas inadecuadas en los comedores obreros, no disponer de meriendas, y ausencia de comedores obreros en sus centros laborales.

Tabla 4. Distribución de los grupos según obstáculos para cumplir con los requerimientos alimentarios

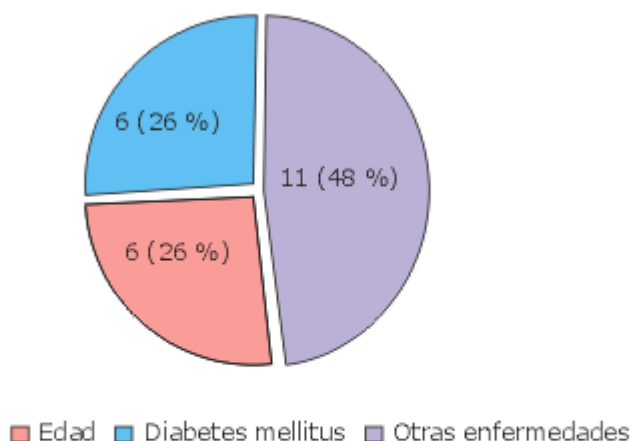
Dificultades	Trabajadores		Jubilados	
	No.	%	No.	%
Comidas inadecuadas	83	71,6	10	43,5
No meriendas	76	65,5	11	47,8
Ausencia de comedor	21	18,1	2	8,7

Fuente: encuesta.

Tres trabajadores (2,6 %) y 2 jubilados (8,7 %) refirieron haber sufrido un peritaje anterior, aunque solo en el caso de 1 trabajador se relacionó la causa con la DM. Aunque de manera general los trabajadores no refirieron problemas con la disciplina y la productividad laboral a causa de la DM, 35 (30,2 %) sí refirieron haber presentado certificados médicos en los últimos 6 meses, y de ellos, casi la mitad 17 (49,5 %) los relacionó con la DM, sus complicaciones o descontrol metabólico, 8 (6,9 %) refirieron necesitar cambiar de plaza por causa de la DM, y 6 (5,2 %) cambió de centro por igual causa.

Por su parte, el grupo de jubilados mostró un promedio de edad de jubilación de $64,4 \pm 10,8$, y un promedio de años trabajados de $32 \pm 8,7$, y se supo que 2 (8,7 %) se jubilaron antes de la edad establecida (sexo femenino = 55 años, sexo masculino = 60 años), y 2 (8,7 %) no reunían los años de trabajo requeridos (25 años) según la legislación vigente en el país en el momento del estudio.

La [figura 3](#) muestra las causas de jubilación, y se observa que 6 pacientes (26 %) tuvieron como causa de jubilación la DM, y de ellos 3 (50 %) preferían que el dictamen no hubiera sido de incapacidad total.



Fuente: encuesta.

Fig. 3. Distribución del grupo de jubilados según causa de jubilación.

Las discusiones grupales se realizaron con 2 grupos de trabajadores (N= 8 y 10) y un grupo de 10 jubilados. Debe destacarse, que si bien en el grupo de trabajadores

la información logró su saturación en el segundo grupo, por lo cual no fue necesario formar un tercero, en el grupo de los jubilados no pudo confirmarse la saturación, pues, por razones diferentes (edad, cuidado de familiares enfermos y otros) no se logró que asistieran más participantes a un nuevo grupo

Las opiniones sobre la posible interferencia o interdependencia de la DM y la actividad laboral mostraron respuestas de extremos diversos, matizadas por diferentes factores, como por ejemplo, el desconocimiento de los requerimientos de la enfermedad o negación de estos, en algunos entrevistados, lo cual se discute más adelante. Unos pocos negaban categóricamente que la DM interfiriera en su vida laboral, y lo expresaban con intervenciones como "el diabético se puede desarrollar normal, igual que otro trabajador" (sexo femenino, profesional, 28 años de DM); o "no he tenido ninguna afectación, no he notado ningún cambio antes y después de la DM" (sexo masculino, profesional, 2 años de DM); o "la DM no me impide nada, trabajo de madrugada, hoy estoy aquí y mañana allá, y entre tanto, como lo que puedo, me adapto" (sexo masculino, 28 años de edad, 9 años de DM. En algún momento se declaró indisciplinado). Otros reconocieron un nivel de interferencia, con intervenciones como: "eso depende. No todos los trabajos son iguales. No todos los jefes tienes igual nivel de comprensión"; o "a mí me ayudan, pero no puedo decir no hago esto o lo otro. Si planteo problemas me limitan, no me promueven" (sexo masculino, militar, 11 años de DM); o "no me he sentido limitada, pero realmente me he ido quitando cosas de encima. Me gusta mi trabajo, no quiero dejarlo, pero tengo miedo a no poder realizarlo, entonces, voy quitándome cosas" (sexo femenino, dirigente, 2 años de DM). Estas intervenciones procedieron de los que reconocieron interferencia y de algunos que no la habían reconocido. Por último, se presentan intervenciones que sentían que no podían seguir trabajando, pues las condiciones no le permitían lograr el cuidado y control de la DM y coincidieron con personas que habían expresado que la DM interfiere en la vida laboral o viceversa. Por ejemplo, "yo trabajo viajando, y no es lo mismo. Como a deshora, meriendo en carretera o no meriendo, no tengo horario regular, estoy valorando retirarme, aunque no quisiera" (sexo masculino, 75 años, 50 años de vida laboral, 8 años de DM); o "la DM ha cambiado todo en mi vida. Tuve que cambiar de puesto de trabajo. Mis compañeros me ayudan, pero no me siento bien" (sexo femenino, trabajadora de servicio, 2 años de DM).

Sobre las dificultades afrontadas en el desempeño laboral, las opiniones de la discusión fueron más coincidentes y planteadas por todos de manera general. Estas se centraron en problemas para cumplir los requerimientos alimentarios, prolongación de la jornada laboral y poca comprensión, así como falta de información en los centros de trabajo. Estos aspectos fueron expresados con intervenciones como las que siguen: "no tienen en cuenta la alimentación del diabético. A nadie se le ocurre pensar qué puede comer un diabético" (sexo masculino, técnico, 9 años de DM); o "las comidas son inadecuadas, variadas sí, pero elaboradas con manteca de puerco, refritas, muchas pastas, dulces, refrescos gaseados y azucarados" (sexo femenino, trabajadora de servicio, 2 años de DM); o "no todos los que administran reaccionan igual ni tienen igual información" (sexo masculino, 10 años de DM); o "hay falta información en los centros de trabajo. Quieren ayudar pero no saben qué hacer. Si se prolonga el trabajo o hay una reunión no planificada no entienden que no puedes quedarte" (sexo femenino, maestra, 9 años de DM); o "si hay un trabajo voluntario y no puedes ir, piensan que te acomodaste" (sexo femenino, 3 años de DM).

Cuando se abrió la discusión para plantear alternativas de solución, todas las propuestas individuales fueron asumidas por consenso, y se resumen en las propuestas siguientes: que la persona con diabetes esté bien orientada y controlada, lo que ayudaría a afrontar las tareas con decisiones más adecuadas, y

que se brindaran orientaciones e información básica en los centros de trabajos sobre cómo ayudar en la práctica a sus trabajadores diabéticos. Estas alternativas se plantearon con intervenciones como las siguientes: "conocernos más nosotros mismos para saber qué hacer y cómo manejar las diferentes situaciones"; o "aprender a controlar la DM para poder trabajar sin problemas"; o "dar más orientación en los centros de trabajo, mediante charlas, plegables, programas de televisión, para que sepan cómo ayudar a sus trabajadores diabéticos"; o "decir que somos diabéticos a nuestros administradores y compañeros, y explicarles qué hacer si tenemos una crisis".

Con los jubilados se realizó una discusión grupal con 10 participantes. Sobre las causas de la jubilación y sus opiniones al respecto, se constató que, a pesar de que en la encuesta menos de un tercio tuvo a la DM como causa de jubilación, todas las opiniones expresadas mostraban que la DM era la causa explícita o implícita de la solicitud de la jubilación: "no tenía condiciones para comer. Trabajaba en la calle. Decidí jubilarme porque ya cumplía los requerimientos, pero con otras condiciones hubiera continuado" (sexo masculino, 9 años de DM); o "me gustaba y me gusta mi trabajo. Las condiciones entraron en contradicción con mi salud: viajes al interior, dificultades con la alimentación. Me fue muy difícil tomar la decisión. Quizá me faltó voluntad y uno ante la presión externa dice *hasta aquí llegué*" (sexo femenino, 8 años de DM); o "decidí jubilarme con plena capacidad. Hace 9 años que rechazo la DM y me moriré rechazándola. El diabético es maltratado en el trabajo, por eso me jubilé" (sexo femenino, 9 años de DM); o "me jubilé al inicio de la DM porque me sentía muy mal. Me afectó mucho tomar la decisión. Yo no tenía conocimientos de la DM" (sexo masculino, 3 años de DM, jubilado a los 58 años).

Como principales dificultades vuelven a mencionarse la alimentación, la prolongación de la jornada laboral y la falta de información, pero en este grupo se hace referencia con mayor énfasis a las incomprendiones en los centros de trabajo, lo que se expresaba con intervenciones como: "la alimentación y las horas extras son serios problemas. El diabético no puede afrontarlos" (sexo masculino, 3 años de DM); o "siempre has cumplido y cuando presentas un problema de salud te presionan, lo que importa son las metas" (sexo masculino, 12 años de DM); o "a veces hay variedad de alimentos pero no se elaboran sanos" (sexo masculino, 12 años de DM); o "quieres ir a un trabajo voluntario pero no estás compensada ese día. Hay que cumplir y lo demás no importa" (sexo femenino, 9 años de DM); o "todos trataban de ayudarme pero no saben valorar qué es un diabético. No entienden nada" (sexo femenino, 9 años de DM).

Las alternativas de solución coincidían con las planteadas por el grupo de trabajadores, y al igual que en este, las propuestas individuales eran asumidas por el resto de los participantes. Como ejemplos textuales se pueden citar: "el diabético debe conocer más sobre su enfermedad. Si yo hubiera sabido más no me hubiera jubilado" (sexo masculino, 3 años de DM, jubilado al inicio de la DM); o "no creo que un diabético no pueda trabajar. Hay que llevar charlas a los centros de trabajo para que se considere al diabético" (sexo masculino, 12 años de DM); o "hay que dar más información a los directivos para que nos comprendan" (sexo femenino, 9 años de DM).

DISCUSIÓN

La cronicidad, las exigencias terapéuticas, y el riesgo o presencia de complicaciones agudas y crónicas, son todos elementos que facilitan que la persona con diabetes

sienta o realmente afronte dificultades y limitaciones que trascienden los aspectos clínicos e involucran su actividad social.^{4-7,11} En el caso específico de la actividad laboral, esta posible afectación tiene una repercusión especial, si tomamos en cuenta que la mayor prevalencia de la DM se encuentra en la población adulta,¹⁹ y que la actividad laboral, propia de este grupo de edades, no solo representa gran parte del sustento o desarrollo económico de la persona y su familia, sino que, además, constituye una importante vía de realización en la esfera individual y social. Si a esto añadimos que hay países donde la legislación vigente veta la presencia de diabéticos en las grandes empresas, que los administradores privados evitan emplear a personas con DM,^{20,21} y que, por otra parte, existen puestos y condiciones de trabajos que no son recomendables a los diabéticos,^{13,15,16} es obligatorio reconocer la necesidad de estudiar la problemática laboral de este grupo poblacional.

No obstante, el tema en la literatura médica es escaso o nulo; en primer lugar, porque se priorizan los estudios clínicos y terapéuticos, y en segundo lugar, porque este tipo de estudio tendría que circunscribirse a la legislación o acciones pre-establecidas por cada contexto social, diferente de un país a otro, por lo que su tratamiento se ha centrado en artículos publicados en revistas de las diferentes asociaciones para diabéticos, basados más en el carácter testimonial y en las solicitudes de igualdad de derechos, que en ocasiones se contradicen con la petición de concesiones laborales para los trabajadores diabéticos.

Cuando se comparan los resultados de las encuestas y discusiones de grupos, se obtuvo una mayor riqueza y mejor interpretación de la información recogida; así, mientras menos de la tercera parte (26,6 %) de los entrevistados declaró que la DM afectaba el desempeño laboral o el cumplimiento del trabajo obstaculizaba el buen control de la DM, en las discusiones grupales, de una manera u otra, todos reconocían que había una interdependencia entre estos fenómenos.

Al igual que en los estudios realizados en nuestra institución en la década de los ochenta,¹⁵⁻¹⁷ se mantienen como principales problemas afrontados, la dificultad para cumplir los requerimientos alimentarios, la carga de esfuerzo físico y la prolongación de la jornada laboral, elementos planteados con independencia de sexo, edad, nivel de escolaridad, tipo y duración de la DM para todas las comparaciones. Tal como se encontró en 1984,¹⁷ la DM no predomina como causa de jubilación en el dictamen de peritaje, y la media de edad de jubilación y de años trabajados se corresponden con los establecidos por la ley de Seguridad Social, actualmente vigente en el país. No obstante, el presente estudio reveló que jubilados que se acogieron a dicho proceso, haciendo uso de sus derechos de edad y tiempo laborado, durante la discusión expresaban que si hubieran tenido otras condiciones o una mayor comprensión en su centro laboral, se hubieran mantenido activos, pero que tomaron la decisión por ver afectada su salud.

Tanto trabajadores como jubilados hacen mayor referencia a la interferencia de las condiciones laborales en su salud que a la interferencia de la DM en su desempeño laboral, y no refieren problemas con la disciplina y productividad laboral, hechos estos mencionados por otros estudios.¹⁴⁻¹⁶ Los criterios sobre la posible interferencia de la DM en la vida laboral o viceversa, se observan influidos por la vivencia personal en el puesto de trabajo, el conocimiento que tienen sobre la diabetes, el valor que cada uno da a su auto cuidado, y la comprensión que percibieron por parte de sus administradores.

Los resultados aquí presentados muestran la necesidad de reforzar la educación terapéutica y la orientación de trabajo social desde el inicio de la enfermedad, para

que la persona con diabetes sea capaz de vivir con un buen control metabólico y tomar decisiones adecuadas que le faciliten afrontar con mayor capacidad su desempeño laboral. Tomar la decisión de jubilarse al momento del inicio clínico, puede ser muestra de falta de orientación adecuada; la expresión del joven diabético *como lo que se presenta y no tengo problemas*, muestra un total desconocimiento o falta de concientización de las exigencias del cuidado y control. También es evidente la necesidad de trabajar con los centros laborales para brindar mayor conocimiento sobre la DM, y sobre todo, orientaciones prácticas sobre cómo ayudar a las personas con DM²⁰⁻²² ante situaciones de crisis. Una posible vía para resolver esta dificultad es trabajar con los médicos de centros de trabajo, para que ellos, a su vez, si hay diabéticos en sus colectivos laborales, orienten al personal directivo y organicen actividades educativas para todos los trabajadores sobre cómo ayudar a los trabajadores diabéticos.

Dadas las condiciones de desarrollo económico social, las dificultades alimentarias y la prolongación de la jornada laboral, son dificultades que parecería que se mantendrán en los centros laborales. Sin embargo, una mejor educación a las personas con DM para que manejen diferentes alternativas de solución, una mejor orientación en los centros laborales para que comprendan estas limitaciones de la persona con DM y faciliten, en la medida de sus posibilidades, la solución completa o parcial de la situación, y, en ocasiones, la intervención *in situ* de un trabajador social que oriente concretamente una medida satisfactoria, son elementos que contribuirían a que la persona con DM pueda prolongar su vida productiva útil, con la consecuente repercusión en su calidad de vida y el beneficio de un individuo contribuyendo al desarrollo social.

CONCLUSIONES

La frecuencia de problemas para afrontar la vida laboral estuvo presente en trabajadores y jubilados, con un mayor porcentaje en estos últimos. Las principales dificultades afrontadas fueron los problemas para llevar una alimentación adecuada, la prolongación de la jornada laboral, y los esfuerzos físicos violentos. El grupo estudiado considera que una mayor información a los administradores y orientaciones prácticas a las personas con DM podría disminuir los problemas afrontados.

RECOMENDACIONES

Si bien este estudio solo tuvo un carácter descriptivo-exploratorio para acercarnos al problema después de 2 décadas, y las características de la muestra no permiten generalizar sus resultados, poner en práctica todas estas acciones, divulgar estos resultados en el Sistema Nacional de Salud y continuar estudios que profundicen la información sobre el tema, resultarían útiles para dar soluciones concretas a los problemas actuales. En este sentido, habría que priorizar, en primer lugar, estudios con grupos controles que permitan establecer claramente cuáles son dificultades propias de las personas con DM y cuáles son dificultades de los centros laborales que afectan a todo su colectivo y limitan especialmente a las personas diabéticas.

Es importante garantizar un proceso educativo que ayude a la persona con DM a afrontar de forma práctica su autocuidado y control, para tomar decisiones

adecuadas ante las dificultades en su desempeño laboral, así como organizar actividades de información y entrenamiento con los médicos de los centros laborales, para que estos garanticen la información necesaria sobre las características y necesidades de sus trabajadores diabéticos y las medidas concretas que en cada centro específico se puedan tomar.

Se sugiere, además, continuar estudios sobre el tema que contribuyan a profundizar en los problemas laborales de la población diabética cubana, que sirvan de base para establecer acciones conjuntas del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto D, Aguirre del Busto C. La salud como valor social. Lecturas de Filosofía y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.57.
2. Rojo N, García R. Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Rev Cubana de Salud Pública. 2000;24:91.
3. Araujo R, Borroto R. El problema de la determinación del proceso salud/enfermedad. Análisis crítico para su evaluación. Boletín del Ateneo «Juan C. García». 1994;OPS(2): 32.
4. García R, Suárez R. La dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Rev Cubana Endocrinol. 2001; 12:93.
5. Assal J PH. From metabolic crisis to lon term diabetes continuous. A plea for more efficient therapy. In: Davidson JK (ed). Clinical Diab Mell. A problem oriented approach. 3rd ed. New York: Thieme; 2000. Chap 49.p.799-943.
6. Viniestra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev Med del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). 2006;44:47.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2007. Diabetes Care. 2007;30(Suppl 1):s4.
8. England J, Asbury A. Peripheral neuropathy. Lancet. 2004;363:2151.
9. Freeman R. Autonomic peripheral neuropathy. Lancet. 2005;365:1259.
10. Díaz O. Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. Rev Cubana de Endocrinol. 1999; 10: 13.
11. Macía M, Pérez L. La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud. Rev Cubana Ang Cir Vasc. 2003; 1:68.
12. Grupo de Estudio de Educación Terapéutica de la SED 2000. Hablemos de diabetes: estrategias en la práctica diaria. Colección Hablemos de. Serie especial para profesionales sanitarios. Madrid: Editorial ACVG. A Menarini Diagnostics.p.51.

13. 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.
14. Centro de Noticias ONU. Página principal. OIT analiza la diabetes en el lugar de trabajo [citado 2 Oct 2009]. Disponible en: [http://www.un.org&spanish&news&fullstorynews.aspnewsID\)10900](http://www.un.org&spanish&news&fullstorynews.aspnewsID)10900)
15. García R, Suárez R. Nuestros resultados. Revista Control. La revista del paciente diabético. 1984;1 (enero-marzo):6.
16. García R, Suárez R. Sondeo exploratorio sobre la actividad socio- ocupacional del adolescente diabético. En: Colectivo de Autores. La diabetes mellitus. Aspectos de interés. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986. p.113.
17. García R, Suárez R, Aguiar M. Procesos de peritajes en pacientes diabéticos. Rev Cubana Salud Pública. 1992;18:95.
18. Romo M, Castillo C. Metodología de las Ciencias Sociales aplicadas al estudio de la nutrición. Rev Chil Nut. 2002;29:213.
19. World Health Organization. The diabetes Program. Geneva WHO. 2004. 21. Obrador JL. Disimulan la diabetes para encontrar trabajo [citado 2 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/264267/0>
20. Medtronic Ibérica. La diabetes en el trabajo. Diabetes in Europe [citado 2 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.parliamodiabete.com>
21. Diabetes y oficina ¿Cómo aprender a llevarla a nuestro sitio de trabajo? [citado 2 Oct 2009]. Disponible en: <http://entornomedico.net/diabetesclub>
22. Krames Online-Diabetes. Viva su vida. [citado 2 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.wishard.kramesonline.com/spanish/3,S,86172>

Recibido: 31 de junio de 2009.

Aprobado: 1º de agosto de 2009.

Dra. *Rosario García González*. Centro de Atención al Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología. Calle 17 No. 510 esq. D, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: educdm@infomed.sld.cu