

DOSSIER

La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa D. F.

Elia Nora Arganis Juárez

Escuela Nacional de Antropología e Historia
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN: *En este trabajo se muestran las prácticas de autoatención a la diabetes mellitus en un grupo de ancianos. A través de una metodología cualitativa se seleccionaron diez pacientes de dos clínicas de primer nivel en Iztapalapa, Distrito Federal. Los resultados muestran que el tratamiento médico se complementa con formas de autoatención como la automedicación de plantas medicinales y el uso de remedios caseros. Se señalan las dificultades para seguir la dieta y el ejercicio recomendados por los médicos. Concluimos con la importancia de la autoatención y la automedicación en la atención a la enfermedad.*

ABSTRACT: *This article presents findings from an ethnographic study of self-care behaviors among non-insulin dependent diabetes mellitus senior patients. Observation and open-ended interviews were conducted with ten patients from two high level clinics in Iztapalapa, Mexico City. Our research indicates that medical treatment is often complemented with folk remedies for diabetes; influence of the social networks was decisive to its use. The patients emphasize difficulties in the biomedical treatment compliance: dietary changes and exercising. Results reveal the importance of self-care and self-medication in an effective health care.*

PALABRAS CLAVE: *autoatención, automedicación, diabetes mellitus, ancianos*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2,¹ se encuentran entre las primeras causas de muerte en muchos países del mundo. Esto

¹ Diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por trastornos en el metabolismo, debidos a una falta absoluta o relativa de insulina; se produce una elevación excesiva de la glucosa sanguínea acompañada de alteraciones en los lípidos (grasas) y las proteínas. El tipo 1 se desarrolla en la niñez y la adolescencia, y depende de la insulina para su tratamiento; por otra parte, se conoce como tipo 2 a la que aparece por lo general en adultos, después de los 30 años, y puede ser controlada con dieta, ejercicio e hipoglucemiantes orales.

implica un grave problema social, ya que estos padecimientos son incurables, de larga duración, además de que la terapéutica que puede ofrecer la biomedicina² requiere de una gran variedad de cambios en el estilo de vida de los pacientes y muchas veces se fracasa en su control, por la complejidad propia del tratamiento.

La diabetes mellitus ocasiona incapacidad e invalidez, es vivida y reinterpretada por los individuos que la sufren, convirtiéndose en un padecimiento [Fitzpatrick *et al.*, 1990]. La antropología médica, como campo disciplinario de la antropología que estudia el proceso de salud-enfermedad, nos brinda las herramientas teóricas y metodológicas para tener una perspectiva holista sobre la diabetes, considerando tanto los elementos simbólicos como los aspectos estructurales que se involucran en su padecer.

EL MODELO DE AUTOATENCIÓN

Las personas utilizan con frecuencia una combinación de recursos terapéuticos de diversos sistemas médicos; dichas prácticas de atención se organizan en la llamada “carrera del enfermo”.³ Este concepto resalta el papel activo que tiene un actor social en la elección de una serie de estrategias para enfrentar un problema de salud: acudir a algún sistema médico o realizar medidas de autoatención que

² La biomedicina también es conocida como medicina científica, occidental, académica o alopática; explica la enfermedad haciendo mayor énfasis en los procesos biológicos.

³ El concepto de ‘carrera del enfermo’, tiene sus bases conceptuales en las propuestas de la *Sickness Anthropology*, que retomaron las nociones de los itinerarios terapéuticos de Goffman en un enfoque de tipo holístico con influencias de la antropología social británica y la sociología, con una orientación centrada en las prácticas y los contextos sociales. Existe una gran diversidad de conceptos relacionados. Polgar [1963] nos habla de una “cultura médico sanitaria popular”, referida a orientaciones de valor, nociones y comportamientos que pertenecen a situaciones de autoconsulta y de acción legal donde intervienen miembros del grupo social inmediato del enfermo, en contraste con la cultura médico sanitario profesional de los especialistas médico sanitarios. Freidson [1978] nos habla de un “sistema profano de referencia” utilizado antes de llegar al cuidado profesional que se define por la cultura o el conocimiento particular que tiene la gente acerca de la salud, de sus agentes y las interrelaciones de las personas a quienes se solicitan consejo y referencia. Kleinman [1988] ha identificado tres sectores del sistema de atención a la salud: el *profesional*, incluyendo la biomedicina científica moderna; el sector *folk*, consistente en métodos de tratamiento de curadores no reconocidos por la biomedicina; y el sector *popular* de la familia, incluido el autotratamiento hecho sin consultar a practicantes de los dos sectores especializados. Mercado *et al.* [1998] nos hablan de otro concepto; ellos consideran la ‘carrera del padecimiento’ como el proceso en el cual los sujetos enfermos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias medidas y programas para la atención de su padecimiento. Se incluyen las formas y modalidades en que los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modelos de atención existentes en su medio, así como los recursos materiales y simbólicos disponibles. Usan el concepto de ‘manejo del tratamiento’ para dar cuenta de la respuesta adoptada por los sujetos enfermos ante

pueden incluir automedicación con fármacos, plantas medicinales, tratamientos rituales o incluso no hacer algo.

Analizaremos la autoatención de la diabetes a partir de los conceptos de Modelos Médicos propuestos por Eduardo Menéndez [1984], quien plantea a la biomedicina como Modelo Médico Hegemónico, ya que el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica ha ido incorporando a su hegemonía a los otros saberes, declarándose la única forma correcta de diagnosticar, explicar atender y solucionar los problemas de enfermedad, y es legitimada tanto por criterios científicos como políticos; ejerce funciones de cura y control y tiende a una subordinación técnica e ideológica de otros saberes y prácticas curativas.⁴

Dentro del Modelo Médico Alternativo Subordinado se incluyen otras prácticas de atención que, si bien provienen de diversas fuentes, se han integrado como sistemas de saberes para enfrentar los padecimientos. Entre ellas tenemos la herbolaria, una práctica terapéutica basada en el uso de plantas medicinales; aunque existe una tradición herbolaria desde épocas prehispánicas que se relaciona con las cosmovisiones particulares de los pueblos indígenas, es una práctica dinámica que ha encontrado nuevas formas de aplicación y uso de las plantas. Con el desarrollo de la mercantilización se han establecido la venta y el consumo de plantas envasadas o procesadas que se ofrecen como una medicina alternativa de origen natural, con el nombre de 'productos naturistas'.⁵

Por otro lado tenemos el Modelo de autoatención, que se refiere a las acciones que se realizan ante un padecimiento o una enfermedad; éstas son llevadas a cabo por la propia persona o por personas inmediatas, y en ellas no actúa directamente el curador profesional. Dichas acciones integran alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades; dentro de estas formas se incluye la automedicación, que comprende el diagnóstico, la selección y prescripción de un

los pocos o múltiples tratamientos indicados para la atención de su padecimiento; esto no sólo remite a los tratamientos prescritos por los médicos, sino también a los indicados por otros terapeutas e inclusive por los integrantes de sus redes o grupos sociales, aun cuando no sean profesionales de la salud.

⁴ Menéndez [1994] señala que en determinadas sociedades, en razón del desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos, y que algunos de ellos llegaron a convertirse en hegemónicos, estableciendo relaciones de hegemonía y subalternidad con otros sistemas. El proceso de *hegemonización* es histórico y, como tal, no está concluido ni se expande de manera homogénea en el conjunto de la sociedad.

⁵ Aun cuando el término de medicinas alternativas es muy discutido, se manejan aquí como posibilidades de atención cuyo acceso estará determinado por las condiciones socioeconómicas e ideológicas en que viven los individuos. Menéndez [1984] las ubica en el Modelo alternativo

tratamiento y la administración del mismo, que puede referir a sustancias o acciones físicas, incluidos los medicamentos utilizados por la biomedicina.

Siguiendo el planteamiento de Eduardo Menéndez [1984:8 y s] la autoatención como modelo es estructural a toda sociedad, supone el primer nivel real de atención, y su *estructuralidad* se basa en las funciones no sólo curativas sino sobre todo socioeconómicas que se cumplen para todos los grupos en que opera. Dentro de este modelo se incorporan procesos no sólo de atención y prevención a la enfermedad, sino que se incluyen los hábitos y conductas cotidianos que se orientan al mantenimiento y el cuidado de la salud.

Mientras que la autoatención es el elemento fundamental en el proceso salud-enfermedad, desde la epidemiología es diseñado el concepto de autocuidado, enfatizando los estilos de vida en la causalidad y el desarrollo de las enfermedades. Aunque el concepto de estilo de vida se constituyó en las ciencias sociales, se redujo su enfoque holístico original [Menéndez, 1998], y ahora se emplea en las ciencias de la salud resaltando el papel de la responsabilidad individual en la generación de enfermedades.

Así, las medidas de autocuidado sólo refieren a que el enfermo siga un estilo de vida saludable, donde los principales campos cubiertos son las dietas, el ejercicio, la higiene personal y evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco. Las propuestas de educación para la salud se centran en las conductas individuales, con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y responsables. En algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les resulta mucho más difícil, debido a condiciones estructurales de orden económico y cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección [*ibid.*:50].

LAS PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN A LA DIABETES

En México, diversas investigaciones antropológicas han mostrado la importancia del modelo de autoatención y de las formas de automedicación que se constituyen como el principal recurso de atención dentro de la carrera del enfermo [Menéndez, 1984; Campos, 1992; Osorio, 2001].

La tesis pionera de Rojo [1985] sobre el tema de la diabetes nos muestra una visión del contexto sociocultural de un grupo de mujeres con diabetes, pacientes del Hospital General de la ciudad de México. La autora destaca cómo las enfermas realizan diversas prácticas de atención a su enfermedad aunadas al tratamiento médico.

subordinado y señala que aun cuando se ha pretendido estigmatizar a estas opciones, en los hechos se subordinan ideológicamente.

En la Universidad de Guadalajara se han publicado múltiples artículos que se relacionan directamente con nuestro tema. La tesis de Mercado [1996] sobre la experiencia del padecimiento crónico en un barrio de Guadalajara, Jalisco, señala cómo se establece una trayectoria del padecimiento, en donde la mayoría de los enfermos que acuden a los servicios de salud no están controlados y sólo una cantidad reducida cumple con las indicaciones médicas.

Al realizar una investigación con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en una comunidad urbana de Veracruz, encontramos que se desarrolla una serie de estrategias para enfrentar el padecimiento, en una búsqueda incesante por encontrar alivio para los síntomas. Los enfermos ubican la atención de la enfermedad en la lógica de la ideología hegemónica, donde predominan el individualismo, los procesos mercantiles, la secularización así como la responsabilidad personal y familiar en el mantenimiento de la salud o la enfermedad [Arganis, 1998:169 y s].

La importancia de los factores culturales en el tratamiento de la diabetes tipo 2 es retomada por Cardoso [2002], quien en su tesis de doctorado en antropología realizada con pacientes en Ciudad Nezahualcóyotl, México, señala que existe una cultura del diabético que se contrapone a la cultura del médico, lo que condiciona el tratamiento de la diabetes. Como esta enfermedad es atribuida a factores emocionales, para los enfermos parece estar fuera de control, pues los problemas son parte de la vida diaria [*ibid.*:52-55].

Las anteriores investigaciones demuestran cómo, aun teniendo una disponibilidad relativa de recursos profesionales, los enfermos reciben algún consejo o tratamiento antes o durante el tratamiento médico, además de realizar las prácticas de autocuidado de acuerdo con las condiciones socioculturales y económicas en las que viven.

De esta manera nuestros objetivos son describir y analizar las prácticas de autoatención a la diabetes mellitus que realizan un grupo de ancianos residentes en la delegación Iztapalapa del Distrito Federal, tomando como núcleo analítico el modelo de autoatención a la salud, y resaltando la automedicación con plantas medicinales que es uno de los elementos centrales.

LA METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrolló desde una metodología cualitativa que se caracteriza por su intensidad y profundidad temática, por lo que es necesario trabajar con un reducido número de informantes. Para su selección utilizamos la construcción teórico-metodológica de una tipología sobre la base de ciertas características que en este caso fueron: género, acceso a los servicios de salud y migración.

Se establecieron los primeros contactos en dos unidades del primer nivel de atención y a través de la revisión de los archivos clínicos se ubicó en sus domi-

cilios a los informantes clave, como ya se mencionó, un grupo de diez personas mayores de 60 años, residentes en Iztapalapa, Distrito Federal. Estos ancianos tienen un promedio de 15 años de padecer diabetes; cinco de ellos son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los otros cinco acuden a la Secretaría de Salud (SSA).⁶

Se les realizaron una serie de cinco a diez entrevistas estructuradas, llevadas a cabo por la autora a partir de una guía de datos básicos, y a la vez se hizo la observación directa de los procesos que nos interesaba analizar. La información obtenida se analizó identificando la congruencia y consistencia de la información recopilada, así como las contradicciones o lagunas existentes entre los datos observados y los proporcionados por los informantes.

De las 10 personas entrevistadas seis son mujeres y cuatro hombres que viven en colonias ubicadas en la Delegación Iztapalapa, D. F.; sus edades están entre 64 y 76 años de edad. La mitad de estos ancianos nacieron en otros estados de la república, con un ingreso familiar variable de uno a dos salarios mínimos mensuales (120 a 200 dólares). Los derechohabientes del IMSS son jubilados o pensionados, mientras que los usuarios de la SSA trabajan por su cuenta. Predominan los casados y le siguen los viudos, todos tienen hijos, en un número variable entre uno y 11, generalmente viven con uno o varios de ellos en casas de su propiedad y reciben diversos apoyos económicos y afectivos de su red social.

AUTOATENCIÓN, AUTOMEDICACIÓN Y AUTOCUIDADO

La autoatención incluye diversas acciones para enfrentar el padecimiento, entre las que se encuentran prácticas preventivas, automedicación (ingestión de diversas sustancias, fármacos y plantas medicinales), así como el seguimiento de dietas, medidas higiénicas y la realización de ejercicio que son recomendados por la biomedicina como medidas de autocuidado.

Las primeras acciones para enfrentar el padecimiento se establecieron a partir de lo que se denomina un sistema profano de referencia, donde intervino la cultura o el conocimiento particular que tenían acerca de la salud y las interrelaciones con las personas a quienes se solicitó consejo y referencia.

Estas prácticas dependieron de la intensidad y duración de la sintomatología inicial. Debemos tener en cuenta que, debido a la evolución de la enfermedad, la mayoría tuvo los primeros síntomas hace aproximadamente 15 años, y por ese

⁶ Los datos etnográficos forman parte de una investigación más amplia sobre las representaciones, prácticas y el apoyo social entre ancianos con diabetes que fue presentada como tesis doctoral [*cfr.* Arganis, 2004].

motivo los recuerdos que tienen de ellos están mediados por la experiencia presente con su padecer. Las medidas más comunes fueron el descanso y la limitación de la ingesta de líquidos para impedir el exceso de orina.

Posteriormente todos los entrevistados buscaron la confirmación del diagnóstico y un tratamiento por parte de la biomedicina. De acuerdo con sus posibilidades económicas acudieron a la seguridad social, al sistema de salud o a la medicina privada, pero al reconocer la cronicidad de la enfermedad y agotarse las posibilidades de cura, los enfermos orientaron su búsqueda de atención hacia otro tipo de terapéuticas, y en algunos casos recurrieron a un experto técnico popular o alternativo⁷ (curanderos o naturistas), aceptaron las recomendaciones de familiares y amigos que les sugirieron otros tratamientos como el uso de la herbolaria o productos naturistas que se integraron en prácticas de automedicación.

Todos han utilizado diversos *remedios caseros* cuando se presentan síntomas de hipoglucemia (bajo nivel de glucosa en sangre): consumen refrescos embotellados, jugos de fruta, infusiones de plantas medicinales con azúcar, o recurren a fármacos prescritos por los médicos:

Se siente uno más mal cuando se le baja el azúcar que cuando está alta, si la tengo baja me tomo un té de canela con azúcar poquito a poquito, para que no se suba rápido (María).

Las plantas medicinales son la principal forma de automedicación para la diabetes, desempeñan un papel fundamental por su accesibilidad económica y cultural en las estrategias de este grupo social, y se tiene una representación positiva de su uso porque todos ellos refieren haberlas utilizado con éxito para tratar otras enfermedades. Hay que señalar que este uso de la herbolaria medicinal no implica un abandono de la biomedicina, pues en todos los casos se sigue visitando al médico y se continúa con los tratamientos farmacológicos. Las plantas son un recurso que permite volver al equilibrio, *bajar el azúcar*; en algunos casos se menciona que el sabor amargo de las plantas combate lo dulce del azúcar en la sangre:

Me tomo tres traguitos de tronadora, pero es muy amarga, y cuando me la tomo siento que me zumban las orejas, pero es muy buena porque con la diabetes tiene uno la sangre dulce y con lo amargo se baja el azúcar (Irma).

Utilizadas frescas, empaquetadas o envasadas, se reconoce que las plantas no curan la enfermedad pero son eficaces para controlarla; además permiten a los pacientes disminuir la cantidad de medicamentos de patente, costosos para los usuarios

⁷ Entendemos por expertos técnicos populares a los especialistas que manejan una serie de saberes que provienen de una matriz cultural prehispánica y colonial, aunque incorporen ciertas prácticas biomédicas. Por su parte, los expertos técnicos alternativos son curadores que realizan prácticas médicas con diversos niveles de complejidad y organización desarrolladas al margen del sistema médico occidental o subordinadas a éste: los homeópatas, naturistas, etcétera.

de la Secretaría de Salud que tienen que adquirirlos en las farmacias, además de que muchas veces les ocasionan una serie de problemas gástricos por las dosis ingeridas.

El empleo de la herbolaria se debe en la mayoría de los casos a consejos de familiares, amigos y, en menor medida, como tratamiento de otros curadores: yerberos, curanderos y médicos naturistas. También siguieron sugerencias del personal de salud como la dietista o la trabajadora social, lo que facilitó que se aceptara su uso.

La obtención de las plantas es relativamente fácil para los ancianos, porque éstas se venden en los mercados de las colonias, tianguis,⁸ puestos ambulantes, tiendas naturistas y tiendas de autoservicio. Algunos, como Martha e Irma, tienen plantas cultivadas en los jardines de sus casas; Santiago las conseguía en su pueblo cuando acudía de visita, mientras que María recolecta algunas en el panteón de San Lorenzo, en donde se encuentra ubicada la tumba de su esposo, y otras las compra en el mercado.

Aunque los derechohabientes del IMSS reciben tratamiento farmacológico de manera regular, se automedican con hierbas medicinales. Destaca el consumo del nopal (*Opuntia spp*) en forma aislada o combinado con sábila (*Aloe vera*) y toronja (*Citrus maxima*); también emplean una variedad de plantas en infusión como la damiana de California (*Turnera diffusa Willd*), el boldo (*Peumus boldus*), el carricillo (*Equisetum robustum*), mezclas de plantas envasadas con diferentes marcas, así como especies locales no identificadas como el palo azul (*Eysenhardtia polystachya?*) y la apasicua.⁹ Los integrantes de este grupo conocen un mayor número de plantas medicinales y han utilizado una gran variedad de ellas, incluyendo especies de sus lugares de origen, así como mezclas de hierbas que se venden empacadas como “productos naturistas” (ver cuadro 1).

Las personas que acuden a la Secretaría de Salud han empleado una variedad menor de plantas medicinales, incluso uno de ellos prefiere comprar las medicinas de patente. Dentro de este grupo, la mitad consume nopal licuado, solo o combinado con sábila, xoconoxtle (*Opuntia joconostle*) y el resto ha ingerido cocimientos de raíz de rábano negro (*Raphanus savitum?*) con hojas de tomate verde (*Physalis philadelphica*) recomendado por uno de los integrantes del grupo de diabéticos del centro de salud, y sólo María toma un cocimiento de manrrubio (*Manrrubium vulgare*) combinado con simonillo (*Conyza filaginoides*) y hojas de tomate verde (*Physalis philadelphica*) (ver cuadro 2).

Las investigaciones relacionadas con las plantas utilizadas en la medicina tradicional mexicana demuestran que el nopal, la sábila y el xoconoxtle tienen

⁸ Mercados itinerantes que se ubican una o dos veces por semana en las calles de la ciudad de México.

⁹ El enfermo la mencionó, pero no se pudo hacer la identificación botánica.

actividad hipoglucemiante [Argueta, 1994; Fratti *et al.*, 1991; Román *et al.*, 1992]. Sin embargo, en otros casos no encontramos evidencias de efectividad y para tratar la diabetes, como en el caso del simonillo, aunque el manrubbio es mencionado por Rojo [1985] como una de las plantas utilizadas por sus informantes.

El anciano construye su saber sobre las plantas medicinales a través de la interacción que establece con sus redes sociales cercanas: en el grupo familiar, los vecinos o amigos. No falta alguien que haya padecido diabetes y tenga conocimiento de algún remedio herbolario que pueda ayudar a controlarla.

En el caso de los emigrantes, a menudo mantienen nexos con familiares y amigos en sus pueblos de origen, y gracias a ellos obtienen plantas medicinales propias del lugar. Las respuestas individuales a los tratamientos con plantas medicinales permiten a los ancianos reconocer cuáles son las más adecuadas para ellos: cuando el resultado es positivo, las siguen usando; en caso de no obtenerse el efecto esperado, o al presentarse reacciones secundarias, suspenden su uso.

La presencia o escasez de recursos monetarios establece un acceso diferencial a las plantas medicinales: los ancianos con menores ingresos prefieren adquirir plantas medicinales como el nopal, que son baratas y de fácil acceso, mientras que quienes tienen mayores entradas pueden invertir tiempo y dinero en buscar opciones herbolarias más costosas.

Si bien reconocen que la atención médica recibida en el IMSS o en la SSA es buena, utilizan de manera complementaria otros tratamientos, de acuerdo con una serie de expectativas de la posible mejoría de su padecer. Se señala que *lo natural no hace daño*, y por lo tanto puede utilizarse con frecuencia de manera combinada con el tratamiento biomédico, para lograr un mejor control del azúcar, disminuir el consumo de las pastillas o incluso suspender el empleo de la insulina.

En la autoatención también se incluyen las medidas de autocuidado: el tipo de alimentación, el ejercicio y la higiene. Aunque las prescripciones sobre la dieta y la actividad física son establecidas por el personal de salud, los ancianos toman decisiones y evaluaciones respecto de las acciones a seguir, basadas en los lineamientos obtenidos en la consulta médica, y determinadas por las condiciones socioeconómicas concretas en que viven, ya que casi todos tienen ingresos reducidos. Los propios médicos reconocen la falta de seguimiento de la dieta y el ejercicio como los obstáculos más importantes del tratamiento.

Tanto en el Seguro Social como en la Secretaría de Salud, la práctica común es que los médicos les hagan recomendaciones generales sobre la alimentación y que los envíen con las encargadas de nutrición para las indicaciones particulares.

El médico en sí no me ha dicho nada, sólo que tengo diabetes y que debo tomarme esto, la dietista sí me explicó sobre la dieta, pero es difícil seguir pues como estoy jubilado no me alcanza el dinero (Fernando).

Casi todos han tenido problemas con el seguimiento de los regímenes alimenticios, lo cual se debe a varias causas: por un lado es cuestión de gustos, no incrementan el consumo de verduras porque no les gustan; por otro lado están las cuestiones económicas, ya que señalan que seguir la dieta “sale caro”, mientras que ciertos alimentos recomendados en la dieta les hacen daño:

A veces no tengo, a veces que no me gusta, son puras verduras, además la dieta sale cara. Antes tomaba la leche de la CONASUPO, pero la dejé de tomar porque me hace mal, tengo que tomar leche descremada y sale cara, también me dicen que tengo que comer el pan integral, pero sale a más de diez pesos, también la fruta sale cara, a veces tengo mucho hambre y no tengo dinero para fruta, mejor me como una tortilla con sal, poquita porque no me gusta muy salada (Natalia).

Encontramos que las ideas sobre los alimentos no tienen correlación con los consejos médicos. Se les entrega una hoja de dieta con las restricciones alimenticias, y aunque a estos enfermos les resulta fácil identificar el azúcar por su sabor dulce, les resulta difícil disminuir el consumo de productos que creen que no la contienen, como arroz, frijoles, tortillas y bolillos.

Un problema común que enfrentan las mujeres es la elaboración de los alimentos, porque las que viven con su familia tienen que preparar comida para todos y a veces los miembros de la familia se oponen a compartir la dieta de la anciana, quien termina por comer lo mismo que los demás.

La dieta me mata, no puedo comer plátanos y a mí me encantan, además uno que está en la cocina no puede dejar de probar la comida, de probadita en probadita acaba uno comiendo de más, ahora que fui con el doctor me regañó y me dijo que debo de bajar de peso (Beatriz).

Las cantidades y tipos de alimentos que se consumen por los ancianos dependen de sus hábitos culturales y de sus condiciones socioeconómicas; sin embargo, encontramos que en las reuniones sociales y familiares ingieren refrescos embotellados, aunque procuran que sean *light* o los rebajan con agua para “quitarles lo dulce”.

El concepto de ejercicio es otro problema que enfrentan los ancianos con diabetes. Los médicos les señalan que éste debe ser una actividad adicional en su vida diaria, caminar o incluso hacer aeróbicos adecuados para la tercera edad. Algunos de los pacientes consideran que dentro de su casa hacen suficiente ejercicio o que éste representa un esfuerzo considerable, porque además padecen de otros problemas, de allí que la mayoría no lo haga: “Me gustaría hacer ejercicio, pero me duelen mucho las piernas” (Teresa).

Existen recomendaciones médicas que se refieren a la higiene y sobre todo al cuidado de los pies, los problemas circulatorios en los miembros inferiores (conocida como pie diabético), constituyen una complicación frecuente entre los enfermos de diabetes. Todos han recibido indicaciones como evitar el uso de

medias, calcetines o zapatos apretados, cortarse las uñas de los dedos de los pies en forma recta, para evitar que se entierren, y no arrancar las callosidades para evitar infecciones. En términos generales se siguen estas recomendaciones, pero señalan que habitualmente no les revisan los pies en sus consultas mensuales a menos que tengan algún problema y se lo hagan manifiesto al médico:

Empecé con una llaga en el dedo del pie, no me componía, me daba miedo que me lo cortaran y me empezaran a hacer cachitos; vine con la doctora y me dijo que sólo era un callo, que no me debo de cortar ni arrancar el pellejito sino que me lo lime con esas limas que usan ustedes las mujeres, me mandó medicina; ya me compré una lima de esas grises y después de bañarme me lo tallo (Jorge).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque los ancianos enfermos reciben atención biomédica en las instituciones de salud, establecen una serie de prácticas de autoatención a la diabetes que son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente o desaparecen en el transcurso de la carrera del enfermo.

Estas medidas para enfrentar la enfermedad se caracterizan por la búsqueda incesante de soluciones a su padecer. Así, cuando presentan molestias identificadas con una baja en el nivel de glucosa, se emplean remedios caseros para aliviar los síntomas.

Para mantener el control de su glicemia, el tratamiento farmacológico se combina con plantas medicinales sugeridas por familiares y amigos, con la idea de que lo natural no hace daño. En su consumo desempeñan un papel importante los recursos económicos, el conocimiento de las plantas medicinales a través de sus redes sociales y la accesibilidad a los productos.

Por otra parte, muchas veces no se cumple con las medidas de autocuidado recomendadas por el personal de salud, ya que la elaboración y el consumo de ciertos alimentos, las prácticas de higiene y el ejercicio se ven limitados por sus condiciones socioculturales y económicas.

La autoatención aparece como un modelo sintetizador de distintas fuentes, que van desde sus propias experiencias en la atención al padecimiento, de lo referido por familiares y amigos; además, de manera indirecta, influye el contacto con los curadores profesionales, ya que los conocimientos técnicos de médicos, personal de salud, curanderos y otros especialistas alternativos son apropiados y se les da un uso particular.

Podemos concluir de acuerdo con Menéndez [1984] que la autoatención constituye la principal estructura de atención y control del proceso salud enfermedad dentro de los grupos sociales, y dentro de ella se ubica la automedicación, que en nuestro estudio de caso refiere fundamentalmente a las plantas medicinales.

De esta manera, el análisis antropológico de las formas de autoatención a una enfermedad crónica, como la diabetes, nos brinda interesantes perspectivas de análisis, muestra la complejidad del proceso de salud-enfermedad. Esto puede llevar a trascender del análisis teórico hacia la construcción de propuestas para un trabajo interdisciplinario que permita mejorar las condiciones de atención de los enfermos en el mediano plazo.

CUADRO 1.
Plantas medicinales utilizadas en
el tratamiento de la diabetes por
los derechohabientes del IMSS

NOMBRE	USO EN EL PASADO	USO EN 2002
Natalia	Té Azteca, Naturate, Daron, Asceta (marcas comerciales de mezclas de plantas medicinales para infusión)	Té Azteca (mezcla comercial de plantas medicinales)
Teresa	Licuado de nopal con sábila y toronja, cocimiento de damiana de California; Diabetil (marca comercial de mezcla de plantas medicinales para prepararse en cocimiento)	Licuado de nopal con sábila y toronja
Martha	Licuado de nopal, chayote, sábila, ejote, tomate crudo; cocimiento de rábano negro con "cáscara" (hojas) de tomate; cocimiento de damiana de California; cocimiento de boldo	Diabetil (mezcla comercial de plantas medicinales)
Santiago	Cocimientos de carricillo, cocimientos de palo azul, cocimientos de apasicua, cocimiento de una mezcla de plantas medicinales, licuado de nopal	Licuado de nopal con sábila y toronja
Fernando	Cocimiento de una mezcla de plantas medicinales	Ninguna

FUENTE: Trabajo de campo en San Lorenzo Tezonco, México D. F., 1998-2002.

CUADRO 2.
Plantas medicinales utilizadas
en el tratamiento de la diabetes
por los pacientes de la SSA

NOMBRE	USO EN EL PASADO	USO EN 2002
Irma	Licuado de nopal, xoconoxtle y sábila, cocimiento de rábano negro con "cáscara" (hojas) de tomate	Licuado de nopal, cocimiento de tronadora
Beatriz	Licuado de nopal	Licuado de nopal
María	Cocimiento de manrrubio, simonillo y "cáscara" (hojas) de tomate verde	Cocimiento de manrrubio, simonillo y "cáscara" de tomate (hojas). Pancril selvático natural (cápsulas comerciales de plantas medicinales)
Jorge	Licuado de nopal, xoconoxtle y sábila; nopales asados, cocimiento de rábano negro con "cáscara" (hojas) de tomate	Licuado de nopal ocasionalmente
Genaro	"Tés" para la diabetes	Ninguna

FUENTE: Trabajo de campo en San Lorenzo Tezonco, México D. F., 1998-2002.

BIBLIOGRAFÍA

Arganis, Elia Nora

- 1998 *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosamaloapan Ver.*, tesis de Maestría en Antropología Social, México, ENAH.
- 2004 *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa, D.F.*, tesis de Doctorado en Antropología, México, ENAH.

Argueta, Arturo (coord.)

- 1994 *Atlas de la medicina tradicional mexicana*, México, INI.

Campos, Roberto

- 1992 "Prácticas médicas populares: Algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa", en Campos R. (comp.), *La antropología médica en México*, México, Instituto Mora/UAM, pp. 186-210.

Cardoso, Marco Antonio

- 2002 *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl*, tesis de Doctorado en Antropología, México, ENAH.

Fitzpatrick R. et al.

- 1990 *La enfermedad como experiencia*, México, FCE.

Fratti C. A. et al.

- 1991 "Influence of Nopal Intake upon Fasting Glicemia in Type II Diabetics and Healthy Subjects", en *Archives of Medical Research*, vol. 22, núm. 1, pp. 51-56.

Freidson, Elliot

- 1978 *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Península.

Harrison

- 1991 *Principios de medicina interna*, México, McGraw-Hill Interamericana.

Kleinman, Arthur

- 1988 *The Illness Narratives: Suffering Healing and the Human Condition*, Nueva York, Basic Books.

Menéndez, Eduardo

- 1984 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, CIESAS, colección Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86.
- 1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, colección Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179.
- 1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", en *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, México, UAM-Iztapalapa, pp. 71-83.
- 1998 "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", en *Revista Estudios Sociológicos*, núm. 26, México, pp. 37-67.

Menéndez, Eduardo y René Di Pardo

- 1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización*, México, CIESAS.

Mercado, Francisco Javier

- 1996 *Entre el infierno y la gloria*, tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, México, El Colegio de Michoacán.

Mercado Martínez, Francisco et al.

1998 "La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara", en *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*, Universidad de Guadalajara, México, pp. 223-246.

Osorio, Rosa María

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS/INAH/INI.

Polgar, Steven

1963 "La acción medica-sanitaria en la perspectiva intercultural", en Freeman, Levine y Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Nueva Jersey, Prentice-Hall, pp. 317-419.

Rojo, Ana María

1985 *La mujer diabética y su contexto sociocultural*, tesis de Licenciatura en Antropología Social, México, ENAH.

Román R. R. et al.

1992 "Hypoglycemic Activity of Plants used in México as Antidiabetics", en *Archives of Medical Research*, vol. 23, núm. 3, pp. 105-108.

Secretaría de Salud

1994 *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*, México, Secretaría de Salud.

