



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

DIABETES: UNA HERENCIA NO MUY DULCE REPORTAJE

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

PRESENTA:

JESSICA MIRYAM CASTILLEJOS GARCÍA

ASESORA:

LIC. EMMA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ



MÉXICO, D. F.

2009

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres por su apoyo y amor incondicional.
Por estar conmigo en triunfos y tropiezos.
Son mi orgullo y mayor admiración. Los amo.
Itzel, sabes que siempre te querré y apoyaré.
Mantén tu fortaleza y nunca te rindas.*

*A Emmanuel por ser mi motor y compañero de la vida.
Sin tu ayuda, apoyo y consejos no hubiera dado este paso.
Sabes que te amo, eres la luz de mi vida.
Sigue luchando y alcanza tus sueños.*

*A la profesora Emma por su paciencia y consejos.
Por mostrarme el maravilloso mundo del periodismo.
Por alentarme y señalar mis errores y aciertos.
Gracias por su amistad y ser parte de este proceso.*

*A mis sinodales por sus consejos y paciencia.
Sin sus conocimientos y correcciones no habría logrado este trabajo.*

*A mi tío Alfredo por su ayuda y cuidado.
A todos mis entrevistados por su tiempo y apoyo.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
PARTE I	
Uno entre millones	8
PARTE II	
“¡Es usted diabético!”	29
PARTE III	
Previniendo al enemigo	40
PARTE IV	
Hábitos que matan	57
PARTE V	
El precio de la diabetes	68
REFLEXIÓN FINAL.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	81

INTRODUCCIÓN

La enfermedad denominada Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) es un tema muy amplio. Una vez alguien me dijo que para conocer un poco la magnitud de este padecimiento entre los mexicanos sólo bastaba con preguntarle a un grupo de personas si conocían o tenían a un diabético en su familia.

El resultado del ejercicio fue sorprendente, pues la mayoría de los consultados –de manera informal– admitieron conocer a una persona con diabetes. Llamó mi atención que pocas de estas personas sabían que la DMT2 es un padecimiento prevenible y por ello decidí hacer un trabajo de investigación que informara a sus lectores sobre este tema.

Y es que de acuerdo con la Secretaría de Salud los índices de esta enfermedad han incrementado considerable en las últimas tres décadas y según sus últimos reportes al año mueren 70 mil mexicanos de DMT2, mientras que en el mismo periodo se registran 180 mil nuevos casos, por lo que ya es catalogada como la primera causa de muerte general en el país, superando a enfermedades como diarreas, neumonías e infecciones respiratorias agudas, que hasta inicios de los años ochenta representaban las primeras causas de muerte en el país.

El resultado se encuentra contenido en este relato, donde además de una reconstrucción de hechos y datos duros se presentan entrevistas a especialistas, enfermos y familiares. El objetivo principal es dar una explicación del porqué una enfermedad en la que no es difícil detectar los factores de riesgo crece a pasos agigantados, convirtiéndose, poco a poco, en un problema para el sector salud.

Actualmente, la Secretaría de Salud emprende campañas informativas para prevenir y controlar la diabetes, pero los especialistas en el tema señalan que los primeros resultados se verán en por lo menos 10 años. Aseguran que la tarea no es sencilla, pues en México una parte importante de este sector se ha enfocado más a la curación que a la prevención, entre otras cosas, porque algunos médicos y empresas farmacéuticas han encontrado en la DMT2 un negocio redondo, a lo que habría que sumarle la falta de conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes e incluso de algunos profesionales de la salud.

La complejidad de la problemática es difícil de abarcar en una nota periodística, crónica o entrevista, por lo que elegí el género del reportaje. De acuerdo con Máximo Simpson, el reportaje es “una narración informativa (...); constituye la investigación de un tema de interés social

en el que, con estructura y estilo periodísticos, se proporcionan antecedentes, comparaciones y consecuencias (...)”¹.

El reportaje permite hacer uso de los otros géneros periodísticos, por lo que la narración es más rica y el tema puede ser abarcado de manera más completa, respondiendo principalmente a los tópicos de por qué y para qué. José Luís Martínez Albertos señala que el reportaje “podría definirse como el relato periodístico –descriptivo o narrativo– de una cierta extensión y estilo literario muy personal en el que interesa explicar el cómo han sucedido unos hechos actuales crecientes, aunque estos hechos no sean noticia en un sentido riguroso del concepto”².

La inmediatez de la radio, televisión e internet están devolviéndole fuerza al género del reportaje, el cual luego de quedarse rezagado ante la nota diaria, se convierte en la mejor opción para los periódicos.

Algunos de éstos están recurriendo a una investigación más profunda para ofrecer a sus lectores información que vaya más allá de las notas que ya oyeron o vieron el día anterior.

Asimismo, el reportaje permite a los medios, sobre todo impresos, generar su propia agenda de información, pues partiendo de hechos

¹ Máximo Simpson. “Reportaje, objetividad y crítica social”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Pág. 147

² José Luís Martínez Albertos. *Redacción periodística*. Pág. 102

particulares muestran problemáticas sociales que dan pie a notas de reacción o seguimiento, las cuales, incluso, pueden ser retomadas por otros medio de comunicación.

En el siguiente reportaje se muestra, a través del relato, un padecimiento que no sólo está mermando la calidad de vida de los mexicanos y su sector salud, sino que es un caso particular que refleja una problemática dentro del sector médico y una falta de educación para la salud de la sociedad en general del que pueden desprenderse otras líneas de investigación.

PARTE I

UNO ENTRE MILLONES

Desde 2001 la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) es la primera causa de muerte general en México al quitarle la vida a 70 mil personas al año, de acuerdo a los últimos datos de la Secretaría de Salud. A inicios de los años ochenta ocupaba el séptimo lugar y padecimientos como diarreas, neumonías e infecciones respiratorias agudas eran las principales causas de muerte entre los mexicanos.

El índice de casos de diabetes creció de 7.2 por ciento en 1993 a 9.2 en el 2006, según declaró el titular de esta dependencia federal, José Ángel Córdova en agosto de 2007³, debido principalmente a la incidencia de sobrepeso y obesidad por los cambios en el estilo de vida y hábitos alimenticios, por lo que aseguró que con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se busca reducir 20 por ciento el ritmo de crecimiento de la mortalidad por diabetes respecto a la década pasada.

Y es que la realidad ya superó los estudios que presagiaban que este padecimiento afectaría a 11 millones de mexicanos en 2025, pues actualmente la Secretaría de Salud ya calcula que hay más de ocho millones de diabéticos en el país, padecimiento que consume casi el 34

³ NOTIMEX, “Diabetes mellitus, principal causa de muerte en México: Córdova”, *Milenio Diario*, Diario, México, DF, miércoles 29 de agosto de 2007.

por ciento del gasto de las instituciones públicas de salud y representa un alto costo para los propios enfermos.

San Andrés Mixquic, delegación Tláhuac, 5 de agosto de 2001.

Manuel oye por error lo que sus tíos Alonso y Miguel Martínez, hermanos de su papá, Luis María, comentan en la sala de su casa; éstos hacen una afirmación que lo deja paralizado: su padre había muerto.

–Pero, ¿por qué se tardan tanto? –se pregunta nervioso ante la tardanza de sus hermanos, Tonatiuh y José, y su mamá, la señora Malet, quienes llevaron de emergencia a su papá al médico. Manuel sale a tomar un poco de aire al callejón Francisco I. Madero, en la delegación Tláhuac, y en el que ha habitado durante sus 18 años de vida.

La tarde de ese mes de agosto comienza a dar un giro inesperado, luego de ser un domingo soleado, un cúmulo de nubes opaca la tarde. El tiempo pasa y con él la angustia e incertidumbre. Aunque en realidad la espera no ha sido tan larga –apenas hace media hora que sus padres fueron a ver al médico de la familia–, para Manuel cada minuto parece una eternidad. Mira el reloj con gran insistencia. Sus manos sudan, mientras trata de convencerse a sí mismo de que todo está bien.

Se sienta en la banqueta esperando ver aquel *spirit* negro que su padre había comprado varios años atrás. «Por fin» –exclama mentalmente. El vehículo se estaciona frente a él, su pulso se acelera y, por un momento, su mente se queda en blanco. Su mamá, la señora Malet, baja con un rostro que refleja una profunda tristeza pero, sobre todo, un asombro indescriptible.

Él la observa con una mirada que expresa todas las dudas que lo invaden, dudas que se incrementan cuando ve a sus hermanos, José y Tonatiuh, bajar del carro a su padre inconsciente.

–¿Papá?, pero... ¿qué pasó? –balbucea al tiempo que sus pequeños y redondos ojos oscuros se llenan de lágrimas. Nadie se toma la molestia de contestarle, pero Manuel deduce la respuesta, aquello que no quería creer era verdad, su padre había fallecido.

Sus lágrimas se confunden con las gotas de una lluvia inesperada que acompaña a su padre únicamente hasta la entrada de la casa, «pues desapareció tan sorpresivamente como apareció» –reflexionaría Manuel años más tarde.

Un día antes

El 25 de agosto Luis María Martínez estaba por cumplir 56 años de edad, por lo que su familia remodelaba la habitación que ocupaba dentro de la casa. Aprovechando este reacomodo, Malet, su esposa, se lo había llevado, con permiso del médico, a San Luis Potosí, su estado natal, a visitar a su familia.

– ¿Cómo les fue? –cuestiona Manuel a sus padres a su llegada.

–Bien –responde Malet. Sin embargo, Manuel nota a su padre un tanto apagado y con un rostro que refleja un cansancio que le parece extraño.

Luis María padece desde los 34 años diabetes y hace poco tiempo que enfrenta las principales complicaciones de esta enfermedad. Todo esto lo ha obligado a abandonar la actividad que con amor desempeñó por más de 30 años: la docencia. El último trabajo que tuvo como profesor fue en la Benemérita Escuela Nacional de Maestros, donde laboró 20 años.

–¿Cómo te sientes papá? –pregunta Manuel al fin.

Luis lo ve con una sonrisa cansada y responde:

–Bien, hijo, no te preocupes. El viaje estuvo un poco cansado.

–Ya lo creo –confirma Manuel a la vez que asiente con la cabeza.

Su padre tiene un año con tratamiento de diálisis peritoneal, debido a que la Diabetes Tipo 2 afectó el funcionamiento de sus riñones. No obstante, el médico le pronosticó más de diez años de vida. Manuel, quien es el hijo varón más pequeño (en total son cuatro hombres y dos mujeres) y que estudia la preparatoria, es el encargado de realizarle las diálisis tres veces al día.

Consciente de las medidas extremadamente higiénicas que se necesitan, está preocupado de cómo y quién realizó este procedimiento en San Luis Potosí.

–¿Quién te ayudó con la diálisis?

–Tranquilo, tu madre se encargó de todo –contesta Luis.

Por la noche Malet informa a su esposo que por lo menos hoy y mañana tendrá que estar en el cuarto de sus dos pequeñas hijas, Janeth y Saray, pues el suyo se estaba pintando de color blanco, «ya que debido a su estado de salud –explica Manuel– teníamos que tener su recámara muy limpia para evitarle alguna infección».

–Está bien –acepta Luis con un tono de voz casi inadvertido.

5 de agosto 2001

El sol apenas deja ver sus primeros rayos y Manuel ya está despierto, sabe que necesita madrugar para acabar lo más pronto posible y reinstalar a su papá en su cuarto. Mientras tanto Malet prepara el desayuno para sus hijos y el platillo “especial” para Luis.

– ¿Qué hora es Tona? –le pregunta al mayor de sus hijos.

–Las nueve y media –le contesta éste.

Al oír esto, la señora de Martínez sube a despertar a Luis, el cual tranquilamente yace acostado en la cama. Malet siente interrumpir lo profundo de su sueño, pero tiene que bañarlo para que le hagan la primera diálisis del día.

–Luis, Luis –dice casi murmurando al momento que le mueve ligeramente la pierna–, Luis despiértate, ya son nueve y media.

Como si los párpados tuvieran un gran peso, Luis los levanta con trabajo y asiente con la cabeza el llamado de la mujer que ha estado con él durante 30 años.

Después de bañarlo Malet intenta alimentar a su marido, pero su organismo –quizá ya un poco atrofiado– no acepta el desayuno y lo

vomita. Un tanto acostumbrado a esta situación, Manuel, sin preocuparse, prepara el instrumental para dializarlo.

– ¿Ya estás listo papá? –le pregunta en cuanto lo ve salir del baño sujetado de los hombros de su mamá, quien lo ayuda a recostarse en la cama.

Una vez terminada la diálisis, Manuel le toma la presión arterial «y ésta –comenta– parecía indicar que todo estaba normal», así que prosigue a administrarle sus demás medicamentos.

– ¿Cómo estás?, ¿no te molesta? –añade para cerciorarse de que todo esté bien.

–Sí hijo, gracias –responde Luis al momento que cierra los ojos para seguir descansando.

–Bueno, vamos a desayunar, eh, tú mientras descansa –le susurra Malet al oído– Ándale Manuel, vamos a desayunar para que te apures.

Después de casi seis horas de trabajo, Manuel está por concluir su labor de “pintor”, únicamente le hacen falta arreglar algunos pequeños detalles para cambiar de habitación a su padre, quien se encuentra jugando con sus hermanas en la recámara contigua.

–Aohaoh, Aohaoh

–¡Mi papá? –exclama con preocupación Manuel al momento que corre al cuarto de sus hermanas a ver qué ocurre.

–¡Dios mío! –expresa Malet mientras lo sigue con nerviosismo.

Al entrar al cuarto encuentran a Luis totalmente desvanecido, lo primero que les viene a la mente es que se está ahogando, así que Manuel trata de enderezarlo y ayudarlo a respirar, pero Luis vuelve a resollar.

El ambiente en la habitación se tensa. Malet abraza a Janeth y a Saray, quienes no paran de llorar. El ruido pone nervioso a Manuel y le pide a su mamá que las lleve a la sala.

–¿Qué está pasando?, voy a decirle a José que saque el carro, hay que llevarlo con el doctor –dice Malet sin poder evitar que las lágrimas mojen su rostro.

Manuel ya no sabe qué hacer, definitivamente su padre no se está ahogando, trata de actuar rápido, pero siente que sus movimientos y acciones son torpes. Intenta buscar su pulso y no lo encuentra, esto lo asusta aún más. José y Tonatiuh llegan corriendo tras ser informados por

su madre de lo que estaba ocurriendo. Rápidamente lo suben al carro y lo llevan con su médico particular.

A las dos y media de la tarde, el médico Abraham Medina les informa que Luis falleció por un infarto al miocardio, debido a la hipertensión que sufría, como consecuencia del padecimiento que lo acompañó durante 22 años de su vida: la Diabetes Tipo 2.

Un acompañante no muy dulce

Durante mucho tiempo las enfermedades transmisibles constituyeron el principal problema de salud en todo el mundo. Sin embargo, la elaboración de mejores diagnósticos, la oportunidad y confiabilidad de los reportes médicos, y, por ende, el aumento de la esperanza de vida, han incrementado la prevalencia de los padecimientos crónicos degenerativos o de evolución prolongada, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares o la diabetes.

Una de las principales características de estas enfermedades es la ausencia de manifestaciones clínicas en sus etapas iniciales y el riesgo de padecerlas incrementa conforme más edad se tiene. De acuerdo con el doctor Hernán San Martín, en su texto *Salud y enfermedad*, el padecimiento crónico “es un trastorno orgánico y funcional que obliga a

una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido o es probable que persista durante largo tiempo”.

No obstante, este tipo de enfermedades tienen la posibilidad de prevenirse, sobre todo si se actúa para evitar la acción de los factores predisponentes o de riesgo. Y en el caso de los ya enfermos, el tratamiento y la rehabilitación son herramientas que previenen las complicaciones y retardan la muerte de sus enfermos.

Entre estas enfermedades crónico-degenerativas se encuentra la Diabetes Mellitus que, según el médico familiar Alfredo Paredes García⁴, es una alteración metabólica que se caracteriza por la incapacidad para aprovechar la glucosa –azúcar simple de ciertos alimentos– indispensable para la obtención de la energía celular. Unas veces porque la insulina –hormona que abre la puerta de las células al combustible vital– no es producida por el páncreas de manera constante y suficiente, y otras, porque las mismas células no responden a la hormona.

El doctor Ernesto Aguilar Guzmán, en su libro *Cartas a un Diabético*, explica el proceso biológico de la siguiente forma: “la glucosa o azúcar penetra en el cuerpo con los alimentos, a veces como fécula o

⁴ Alfredo Paredes García es médico familiar, cirujano y ginecólogo con más de 30 años de experiencia y quien se ha especializado en el padecimiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 debido a la creciente presencia de pacientes con esta enfermedad en su consultorio en la Unidad Médica del Ángel, ubicada en Rey Moctezuma 93, en la colonia Ajusco Coyoacán, en el DF.

como masa de maíz, y son transformadas por el organismo. La glucosa pasa a la circulación y llega al páncreas, el cual al ser estimulado por la glucosa responde lanzando insulina a la circulación”; esta última también sirve para controlar el azúcar en la sangre.

“Entonces –señala el doctor Paredes García– al carecer las células de su principal fuente de energía, el paciente se encuentra sumamente cansado, con desproporcionada sensación de hambre y progresiva pérdida de peso” –por el aumento de triglicérido en la sangre–.

Cuando la glucosa se mantiene alta, el exceso se acumula en la sangre y supera la capacidad del riñón para retenerla, razón por la que se empieza a perder por la orina, acompañada de una gran cantidad de agua, “lo que provoca que el paciente orine de más y, por lo tanto, tenga mayor deseo de beber agua”, indica.

Es así como el doctor Ernesto Aguilar aclara que la sistematología de la diabetes consiste en poliuria (orina con frecuencia), polidipsia (tomar mucha agua), adelgazamiento, debilidad, calambres, sensación de boca seca, malestar general y, frecuentemente, polifagia (aumento de hambre). En la mujer se presenta comezón vulvar, mientras que en el hombre hay ardor y enrojecimiento del pene. Algunas otras

manifestaciones de la enfermedad son una parálisis facial periférica o diarreas nocturnas.

Juvenil contra adulta

Hasta 1997 los criterios más usados para clasificar a la diabetes eran los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1980 y 1985, no obstante, el criterio de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), publicado en 1997 y revisado en 2004, señala que la Diabetes Mellitus incluye a un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por hipoglucemia que resulta de defectos en la secreción de la insulina, en la acción de la insulina o en ambas.

Tomando en cuenta lo anterior, Javier Gómez y Carlos Aguilar señalan en el libro *Diabetes. Actualidades Terapéuticas* que la diabetes se clasifica en cuatro grupos: la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), Diabetes Mellitus Gestacional y otros tipos específicos de diabetes; en este último se ubican las diabetes derivadas de defectos genéticos de la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, enfermedades endócrinas, la inducida por medicamentos o sustancias químicas, infecciones, por alteraciones inmunológicas, así como otros síndromes genéticos.

Los tipos de diabetes que tienen más incidencia en las sociedades modernas son la Diabetes Mellitus Tipo 1 y la Diabetes Mellitus Tipo 2. Anteriormente, estos padecimientos eran conocidos como diabetes insulino dependiente y diabetes no insulino dependiente, pero el mismo criterio de la ADA elimina estos términos, conservando DMT1 y DMT2.

DMT1

La Diabetes Mellitus Tipo 1 también es conocida como diabetes juvenil, ya que aparece principalmente en las dos primeras décadas de vida, es decir, en niños y jóvenes. Es un trastorno en donde el sistema inmunológico ataca a las células beta (ubicadas en el páncreas) y, por tanto, las destruye. Esto lleva a la carencia total de insulina y desencadena en niveles de glucosa elevados. Debido a esto muchas de las células comienzan a desgastarse, lo que provoca que el hígado produzca más glucosa, convirtiendo a las proteínas de los músculos y de los órganos en más glucosa que el cuerpo no puede aprovechar.

Los riñones, que son los filtros de la sangre, intentan deshacerse de esta glucosa y esto lleva a la persona a la deshidratación, lo que provoca una sed excesiva (polidipsia), asimismo, se presentan orina frecuente, sensación de hambre, pérdida de peso, debilidad, falta de concentración y cansancio.

En este padecimiento el factor más determinante es el genético y su tratamiento requiere de la administración diaria de dos o más dosis de insulina, asociada con un plan de alimentación y de ejercicio.

DMT2

La Diabetes Mellitus Tipo 2, también conocida como diabetes adulta, es la forma más frecuente de Diabetes Mellitus, pues según la Secretaría de Salud, el 90 por ciento de los diabéticos padecen este tipo.

Aquí, a diferencia de la DMT1, la edad es un factor importante, pues ataca principalmente a las personas después de los 40 años, aunque en algunos casos aparece después de los 25, y su prevalencia incrementa conforme la edad.

El doctor Alfredo Paredes García define a la DMT2 como una enfermedad metabólica provocada por la disminución de producción de insulina y aumento en la resistencia celular para poderla metabolizar.

Sus síntomas aparecen de manera más gradual que en la DMT1 y una de sus principales características es que inicialmente es asintomática, por lo que el tiempo que transcurre entre el inicio real de la enfermedad y el diagnóstico puede ser muy amplio. “Se supone que

cualquier individuo con DMT2 empieza diez años antes del diagnóstico con el cuadro básico de la enfermedad”, confirma el médico Paredes García.

Para tratar este tipo de diabetes no es necesario, por lo menos en un principio, la aplicación de insulina, basta con que el paciente lleve una dieta balanceada, realice ejercicio diariamente e ingiera ciertos medicamentos orales.

¿Qué dicen las estadísticas?

En México cada hora mueren seis personas por las complicaciones derivadas de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), una enfermedad que actualmente padecen poco más de ocho millones y medio de mexicanos, por lo que es considerada como uno de los principales problemas de salud que enfrenta el país, y que de no atenderse puede convertirse en una “epidemia” fuera de control para el año 2025, lo que además implicaría un alto costo económico que difícilmente podría enfrentar el sector salud, según pronostican la Federación Mexicana de Diabetes y la propia Secretaría de Salud.

Actualmente la Diabetes Mellitus es la enfermedad crónica no transmisible más común de las sociedades contemporáneas; está entre

las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y crece de manera acelerada en los países en desarrollo como México. De esta manera, la diabetes constituye uno de los mayores retos del siglo XXI en materia de salud, coinciden las organizaciones especialistas en este padecimiento.

Para éstas, dicha pandemia es difícil de detener debido a que existen barreras que impiden el control temprano de la enfermedad; por una parte, el paciente se resiste a modificar su estilo de vida y hacerse responsable de su tratamiento; y por otro, los médicos tardan demasiado tiempo en prescribir nuevas terapias que frenen la evolución del padecimiento.

El Centro Internacional de Diabetes de Minneapolis, en Estados Unidos, informa que en lo que va del siglo XXI, la mortalidad por diabetes en México aumentó 30 por ciento y pasó de 46 mil a 70 mil defunciones por año, mientras que en el mismo periodo se registran 180 mil nuevos casos. Por su parte, la Secretaría de Salud señala que el incremento más notable de la DMT2 se tuvo de 25 años a la fecha, pues escaló posiciones hasta convertirse en la primera causa de muerte general.

En su página de Internet esta institución detalla que la diabetes afecta a más del 11 por ciento de la población, sobre todo entre los 20 y

69 años de edad, y alrededor de nueve millones de mexicanos tienen un alto riesgo de padecerla. Dichas cifras han colocado al país en el noveno lugar de prevalencia de diabetes a nivel mundial –la India encabeza esta lista con más de 30 millones de enfermos– y se estima que más de 246 millones de personas en todo el planeta la padecen.

El actual titular de la Secretaría de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, declaró durante un evento en la Universidad de Monterrey en agosto de 2007 que el índice de diabetes ha crecido de 7.2 por ciento de la población en general, en 1993, a 9.2 en el 2006, por lo que dijo que se deben implementar pronto acciones importantes de alto impacto.

El aumento de este padecimiento se puede atribuir a varios factores. El primero es la elevada predisposición genética que los mexicanos tienen de padecerla; el segundo, a los éxitos que la medicina ha tenido en el control de otros padecimientos, principalmente los infecciosos, lo cual ha permitido al individuo vivir más años.

No obstante, los factores que más incidencia tienen son: la alimentación inadecuada, la falta de ejercicio, el sobrepeso y los cambios en la demografía derivados de la migración, ya que modifica los hábitos alimenticios y de vida de la población.

La Secretaría de Salud también arroja que el 35 por ciento de los diabéticos desconocen que sufren este mal. Además, del total de enfermos, 65 por ciento son mujeres y 35 por ciento hombres.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad incurable, sin embargo, su importancia como problema de salud viene determinada por el desarrollo y progresión de sus complicaciones, pues éstas afectan la vida del diabético y provocan una elevada tasa de invalidez prematura y muerte; pero sobre todo, su coste sanitario es tres veces superior al del tratamiento sin complicaciones.

Actualmente, la información y el autocuidado son las principales herramientas para combatirla. Y es que las acciones tempranas que se tomen en el desarrollo del padecimiento son más benéficas para la calidad de vida de los pacientes y más efectivas en términos monetarios.

Mal milenario

La diabetes no es una enfermedad nueva y en una indagación por la historia se encontró cómo a lo largo del tiempo varios especialistas han intentado explicar este padecimiento y la manera de tratarlo. Sin embargo, en la actualidad, estos esfuerzos parecen no haber sido suficientes, pues el número de casos de diabetes siguen en crecimiento.

Durante el siglo II, Areteo de Capadocia, un médico asiático helenizado, bautizó el padecimiento que en China conocían como la “enfermedad de la sed” con el nombre de *Diabetes* –una palabra que proviene del griego y significa “pasar a través”– y la describió como “una afección extraña que funde la carne y las extremidades en la orina [...] Los pacientes nunca cesan de orinar [...] Todos sufren náuseas, inquietud y una sed quemante [...] Y en un plazo no muy largo expiran”, según citó la revista *Muy Interesante*⁵.

La primera reseña histórica, según citan diversos autores, de la diabetes humana –ya que se cree que los primeros en padecerla fueron los animales– se encuentra en el Papiro de Ebers (o Evers) en 1552 a. C, donde se habla de la *poliuria* (orina con frecuencia).

Por su parte, Celsus, en el siglo I, es considerado el primer autor en dar la descripción más acertada de las manifestaciones de esta enfermedad que él calificó como *poliuria indolora*, pues además de hablar de la frecuencia urinaria sin dolor, aludió a la excesiva pérdida de peso que los enfermos presentaban.

Cinco siglos más tarde, el médico Artius de Amida recomendó un tratamiento que fue utilizado durante mucho tiempo y que era a base de

⁵ GUARNEROS, Roberto. “Una enfermedad muy poco dulce”. *Muy Interesante*. Mensual, México, Carlos Paz Herrera, mayo – junio, 2004

sangrías, narcóticos y eméticos. Mientras tanto en la India, Sisruta ya comenzaba a llamar a la diabetes como “la enfermedad de la orina dulce”.

Un médico árabe sin recursos llamado Avicena (980-1037) dio una casi completa descripción del padecimiento, mencionando incluso, algunas complicaciones, pero sobre todo, subrayó la presencia de una sustancia parecida a la miel en la orina del diabético. Para 1675, Thomas Willis encontró que esta sustancia, llamada glucosuria, además de tener un valor diagnóstico, era constante, por lo que Cullen (1709-1790) añadió al nombre de *Diabetes* el apellido de *Mellitus* (miel).

Aunque Brunner (1682) había descubierto que al extirparle el páncreas a animales se presentaba la poliuria, fue Thomas Cawley el primer médico en asociar la diabetes con el páncreas, esto al encontrar mediante autopsias de pacientes diabéticos destrucción del tejido pancreático. Por su parte, el químico francés, Michael E. Laurent, identificó, en 1796, el azúcar de la orina como glucosa.

En 1841 Trommer, y en 1848 Von Fehling, idearon el desarrollo de las pruebas de óxido cúprico como detección para el azúcar urinaria. Por otro lado, Bouchardt reemplazó dietas comunes por dietas específicas, que cambiaban la ingestión de grasas por hidratos de carbono,

señalando además la importancia de las dietas bajas en calorías e indujo el ayuno.

Opie, en 1900, encontró lesiones en los islotes de Langerhans en el caso de “diabetes mortal”. Frederick M. Allen, perfeccionó en 1914 el tratamiento con base en dietas, sosteniendo que la diabetes está caracterizada por una laceración metabólica total y no exclusivamente de los hidratos de carbono.

En 1922 surgió el descubrimiento que revolucionó el tratamiento de esta enfermedad: la insulina. Este hallazgo de Beating y Best abrió una nueva era para este padecimiento, pues se incrementó el estudio de todas y cada una de las complicaciones que atañen a la Diabetes, principalmente las alteraciones vasculares, pero sobre todo, con el uso de la insulina aumentó la longevidad de los diabéticos.

PARTE II

“¡ES USTED DIABÉTICO!”

San Juan Ixtayopan, delegación Tláhuac, 1986

–Doña Susana, tiene usted diabetes –afirma Alfredo Paredes, el médico que atiende a esta mujer desde hace diez años.

–¡No doctor!, está usted equivocado, ¿cómo voy a tener diabetes?

–alega Doña Susana.

–Bueno, no vamos a discutir, se me va usted a hacer estos análisis

– le indica el médico.

Efectivamente, los resultados le indicaron a la señora Susana Hernández que a partir de ese momento tendría que aprender a vivir con la enfermedad conocida como Diabetes Mellitus Tipo 2, una noticia que le cayó «como un balde de agua fría», según recordaría años más adelante.

–Mire Doña Susana –explica el doctor Paredes– el tipo de diabetes que usted tiene no es tan peligrosa si se controla correctamente.

Estas palabras se quedarían grabadas en la mente de Susana para toda su vida y el tiempo le enseñaría el significado de “controlar

correctamente”, sobre todo, cuando a su sobrina Martha (de 65 años), también diabética, murió al poco tiempo por no cuidarse.

Colonia San José, delegación Tláhuac, 1989

–¿Diabetes!, no doctor, yo no tengo eso, además, nunca me he sentido mal. A mí no se me sube el azúcar y esas cosas – exclama Cuauhtémoc.

–Lo que pasa señor, es que la Diabetes Mellitus Tipo 2 es “silenciosa”, por lo que usted no siente ningún malestar –le explica el médico familiar Ulises García.

Cuauhtémoc Ramos Rivera es un hombre de 45 años de edad y se considera “sano”, por lo que se muestra incrédulo ante las palabras del médico, «seguramente nada más están haciendo esto para asustarme» – piensa. Y es que desde hace algún tiempo sufre de alcoholismo, así que lo primero que se le viene a la mente es que “eso de la enfermedad” sólo es una manera de hacerlo dejar el “vicio”.

–Ahora, lo primero que tiene que hacer señor Ramos, es cambiar su dieta. Hay que evitar los alimentos azucarados y las grasas. Además, en la diabetes son muy comunes los padecimientos renales, así que usted debe dejar la bebida [el alcohol] para evitar una insuficiencia renal –recomienda el doctor García.

El señor Ramos Rivera, quien siempre se ha caracterizado por ser un hombre de carácter terco, se niega a entender aquello que se le explica y se dice a sí mismo: «si no me siento mal, es porque esto no es grave», una idea con la que vivirá durante varios años, debido a que los malestares no serán una constante en su enfermedad.

La noticia de saberse diabético produce diferentes reacciones: negación, angustia y depresión; pero todo depende del momento social, económico y emocional que esté viviendo el enfermo, y el apoyo y comprensión de su familia, amigos y equipo de salud influirá de manera importante en la asimilación del padecimiento.

El doctor Daniel Figuerola, en su libro *Diabetes*, añade que muchos adultos ven la diabetes como una limitación en su vida, sobre todo si se vive algún conflicto laboral, sentimental o social, así que la enfermedad se puede convertir en una carga para el paciente.

–Usted ¿cómo tomó la noticia de su enfermedad?

–Nunca lo creí, pensé que todo era una mentira de mis hijos para hacerme dejar el vicio [alcoholismo], para asustarme, ya que yo no quería entender. –responde Cuauhtémoc Ramos Rivera, mientras permanece sentado en el sillón de su casa, su apariencia es de un

hombre cansado y aunque se muestra amable no puede evitar mostrar la incomodidad que le causa hablar de su enfermedad.

–¿Pero el médico no le explicó en qué consistía la diabetes?

–Sí, claro, pero yo no le creía, pues yo no me sentía mal, así que pensé que era una exageración y que lo que tenía no era grave –admite con cierto tono de tristeza–, pero ya ve.

–¿Entonces siguió usted bebiendo?

–La verdad sí, sobre todo a partir de que me jubilé –el señor Cuauhtémoc se desempeñaba como profesor de primaria–, pues me sentía deprimido y en lo que menos pensaba era en la diabetes. Duraba varios días, bebía sin pensar en nada – confiesa.

Otro factor que, según admite el señor Ramos Rivera, influyó para que no tomara en cuenta la enfermedad, fue la incomodidad que le causaba tener que seguir la dieta recomendada por el médico.

–No me gustaron todas esas prohibiciones que me hizo el doctor, así que como no me sentía mal, decidí no llevar la dieta y me seguía tomando mis refrescos, mis cervezas, chocolates y demás golosinas, pues siempre me gustaron.

Este tipo de negación ante el padecimiento lleva al diabético a actuar como si todo fuera igual que antes, lo cual da lugar a un descuido

en el control de su enfermedad que puede derivar en complicaciones que mermarán su calidad de vida de forma irreversible.

Sin embargo, Figuerola agrega que hay quienes reaccionan de manera más positiva y ven a la diabetes como un reto, como muchos otros en la vida, que debe superarse; así que se esmeran en cumplir con el tratamiento recomendado por su médico y en llevar un control estricto de su padecimiento, el resultado es una vida “normal” y más tranquila.

–¿Qué fue lo primero que pensó cuando le dijeron que era usted diabética?

–Ay señorita, pues me sentí muy mal, bueno primero me enojé, pero cuando los análisis decían que sí, la noticia me cayó como un balde de agua fría, sobre todo porque se me vino a la mente mi hermana y mi sobrina, que también eran diabéticas –se le oye responder a una mujer de 83 años, pero que aparenta 65, de nombre Susana Hernández Galicia.

–¿Y qué fue lo que la motivó a seguir adelante?

–Vivir, yo quiero vivir mucho y creo que las personas que no se cuidan no se han de querer, y yo sí me quiero mucho –dice alzando un tanto la voz– Además el doctor desde un inicio me explicó que mi enfermedad era cuestión de disciplina, de cuidarme y eso es lo que he hecho.

–¿Entonces usted es de las pacientes que sigue las indicaciones médicas al pie de la letra?

–Sí señorita, yo confío mucho en mi doctor y lo obedezco en todo lo que me dice.

–Eso es muy cierto –agrega su hija Marcela– si el doctor le dice “no pruebe un grano de azúcar”, mi mamá no prueba un grano de azúcar hasta que él le diga.

–Retomando el caso de su hermana y de su sobrina, me podría contar ¿por qué pensó en ellas cuando le diagnosticaron la diabetes?

–Ah, pues porque ellas sufrían mucho por la enfermedad y yo no quería estar así, pero el doctor me explicó que esa situación se debía a que ellas no se cuidaron cuando era necesario, y sí, pues yo las veía con sus refrescos o comiendo muchísimo como siempre lo hicieron. Pero desde que el doctor me dijo lo importante que era cuidarme, yo dejé todas esas cosas.

De esta manera, el doctor Alfredo Paredes considera que muchas veces las reacciones del paciente dependen de la información que el médico les proporcione, “hay que explicarles que ser diabéticos no es una tragedia sino una disciplina y si se cuidan pueden vivir, incluso, más que alguien “sano”. Al principio les cuesta mucho trabajo, pero hay pacientes que sí se habitúan como la señora Susana, sólo se requiere

mucha labor de convencimiento, tiempo e información por parte del médico”, explica.

No obstante, tanto Alfredo Paredes como las doctoras Rosa Miranda y María de la Luz Jara, coinciden en que este proceso se complica en los consultorios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sobre todo por la carga de trabajo que tienen los médicos de estas dependencias.

“Al médico familiar [del IMSS] le ha costado un poco de trabajo enfocarse a la prevención debido, principalmente, a todos los trámites administrativos que tienen que cumplir y a la alta demanda de pacientes que tiene cada médico”, señala Rosa Miranda, Jefa de Medicina Preventiva de la clínica 96 del IMSS.

Sin embargo, la doctora María de la Luz Jara, Jefa de Medicina Interna de la clínica 53, plantea que a los médicos del Seguro Social siempre les ha interesado más la curación que la prevención. De tal manera, que acostumbrarse a la prevención se les ha complicado, pero asegura que a raíz de la implementación del programa PREVENIMSS, en 2002, médicos familiares de estas instituciones tienen la encomienda de prevenir diversos padecimientos, ya que se les solicita que si detectan

alguna enfermedad adicional a la que asistió el paciente, lo canalicen con el especialista correspondiente.

La mejor arma

En la DMT2 quien tomará las decisiones de cambiar sus hábitos y controlar su padecimiento es el propio paciente, por lo que la efectividad del tratamiento dependerá en gran parte en él.

La Organización Mundial de Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes indican que los objetivos terapéuticos generales para una persona con DMT2 deben procurar un alivio de los síntomas mediante la corrección del trastorno metabólico; mejorar la calidad de vida mediante prevención de la complicaciones; y el tratamiento de las enfermedades intercurrentes a la diabetes, así como el control de la hipertensión arterial y la dislipemia –aumento de colesterol en la sangre y/o triglicéridos-.

De acuerdo con el doctor Daniel Figuerola, la finalidad del tratamiento de una persona con diabetes es encontrar el equilibrio entre una vida activa con una responsable gestión de su enfermedad y cifras de glucemia lo más cerca posible a la normalidad, además de controlar

las alteraciones metabólicas que normalmente la acompañan: la displemia, hipertensión arterial y obesidad.

También señala que al no ser una enfermedad estática, el tratamiento inicial no puede ser para siempre, sino que debe irse “retocando” conforme a las circunstancias y al paciente.

El tratamiento debe ser flexible y adaptado a las circunstancias individuales de cada paciente, sin embargo en todos los casos es importante que el médico brinde una educación sanitaria y un tratamiento que incluya buena alimentación, fármacos y ejercicios.

El médico Alfredo Paredes asegura que una vez que se diagnostica la enfermedad lo más esencial es recomendar un cambio en la alimentación y el ejercicio, y si el paciente lo sigue adecuadamente, no es necesario el uso de medicamentos, pero si son necesarios se utilizan aumentadores de producción de insulina o en los últimos casos la misma insulina.

A partir de este momento lo más importante es el control del padecimiento. Para ello, tanto el paciente como el médico tendrán que llevar a cabo un proceso de vigilancia y regularización.

El paciente, por su parte, necesitará un proceso de educación que le permita obtener los conocimientos básicos, tanto teóricos como prácticos de la enfermedad para que pueda actuar de manera autónoma.

Con base en esto, podrá prevenir las complicaciones crónicas de la enfermedad, una situación que de acuerdo con el doctor Israel Lerman Garber, en su libro *Atención Integral del Paciente Diabético*, está comprobada a través de estudios epidemiológicos, experimentales y clínicos; mientras que “para evitar las secuelas de las complicaciones tiene gran importancia su detección temprana”, indica el especialista.

Sin embargo, este control no será posible sin la participación activa del paciente, es decir, de su autocontrol, el cual de acuerdo con la Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE, por sus siglas en inglés) debe abarcar siete puntos fundamentales: comer saludablemente, mantenerse activo, monitorearse, seguir el tratamiento médico, aprender a enfrentar retos cotidianos, tomar una actitud positiva y adaptarse al nuevo estilo de vida; así como reducir los riesgos de la enfermedad.

El proceso para que un diabético aprenda a controlar y cuidar su enfermedad se denomina educación diabetológica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el proceso de adquisición de

conocimientos y modificación de hábitos y actitudes tendientes a mantener y mejorar el estado de salud”.

Ésta forma parte del tratamiento o debe formar parte. La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología cita que la educación en diabetes en México nació en los hospitales con las enfermeras, pero con el tiempo se fue incorporando a otros profesionales.

Actualmente existen los Educadores en Diabetes, que son profesionales de la salud capaces de asesorar por su experiencia en el cuidado de personas que padecen esta enfermedad. Sin embargo, el doctor Alfredo Paredes explica que no todos los pacientes tienen la ventaja de acceder a un educador, sobre todo, si no cuentan con seguro social; de esta manera “muchos diabéticos aprenden con la experiencia, en función de los problemas que se presentan día con día”, señala.

Por esta razón, este médico familiar hace hincapié en que el médico particular también debe contar con un conocimiento básico de la DMT2, ya que éste resulta ser el primer contacto del paciente y, en algunos casos, será el único profesional de la salud que visite al diabético, “y uno debe responder cualquier duda y orientar al paciente en un tratamiento adecuado. El médico general debe cubrir los ‘huecos’ que el diabético no puede, por costos, con los médicos especialistas”, agrega.

PARTE III

PREVINIENDO AL ENEMIGO

Susana Hernández Galicia es una mujer que desde hace 20 años es diabética, con el tiempo ha aprendido a vivir con el padecimiento, pero ahora también sabe que es una situación que pudo evitarse, ya que de haber recibido la información adecuada, se hubiera enterado que si varios de sus familiares eran diabéticos, ella era propensa a tenerla, así que “habría tenido los cuidados necesarios para nunca ser diabética”, admite con nostalgia.

Las circunstancias llevaron a la señora Hernández Galicia por otro camino y, como la mayoría de los diabéticos, llegó a la enfermedad casi sin darse cuenta. María de la Luz Jara, Jefa de Medicina Interna de la clínica 53 del IMSS, señala que el problema radica en que los diabéticos detectados “son como la punta de la pirámide”, ya que por cada paciente detectado hay por lo menos diez que no lo están, además de que “los detectados generalmente ya tienen entre cinco y diez años de avance en alteraciones que no se habían presentado, pero que ya estaban ahí”, indica la especialista.

La doctora Jara hace hincapié en la importancia de las campañas de detección de diabetes, pues el diagnóstico se le hace a una persona

que ya tiene la enfermedad mediante diversos exámenes clínicos, mientras que la detección se aplica a personas sanas o aparentemente sanas, por ejemplo, con trillas sensibles que acusan niveles altos de glucosa, para frenar la aparición de un padecimiento de elevada frecuencia.

La DMT2, como varios padecimientos degenerativos, se caracteriza por la capacidad de prevenirse totalmente, es decir, que se puede evitar que una persona, aun teniendo predisposición, se vuelva diabética si actúa en el momento adecuado.

Los especialistas en el tema coinciden en que los principales factores que influyen en la aparición de la DMT2 son: la predisposición genética, mayor longevidad de la población, los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y la obesidad.

Actuar en ellos de manera oportuna permite prevenir el desarrollo de la enfermedad. Daniel Figuerola, en su libro *Diabetes*, indica que las recomendaciones para las personas en riesgo de padecer DMT2 deberían ser: control del peso corporal, actividad física regular, consumir alimentos adecuados y llevar control periódico, pero sobre todo, manifiesta la importancia de los programas educativos como arma para reducir los factores de riesgo.

Alfredo Paredes García, médico familiar particular, por su parte, habla del síndrome metabólico como el elemento con mayor peso en la prevención de la DMT2. “Actualmente los médicos conocemos algo llamado síndrome metabólico, el cual aparece mucho tiempo antes de que se desarrolle la diabetes y te da como síntomas: la obesidad, la resistencia de las células para utilizar la insulina (que aumenta más la obesidad), así como la acumulación de grasa en el abdomen (signo más característico)”, explica.

De esta manera, asegura que dicho síndrome es el estado previo a la diabetes; no obstante, aclara que esto no es lo mismo que la pre – diabetes, pues este término se utiliza en pacientes que muestran elevación de glucosa matutina en forma leve, y las personas con síndrome metabólico no presentan aumento de glucosa, sino que “tienen incremento de lípidos, de peso, debilidad muscular y en las mujeres puede provocar infertilidad”.

Algunos autores argumentan que la DMT2 se origina por la resistencia a la insulina y, otros, a una deficiencia en la producción de esta hormona, sin embargo, el doctor Paredes expone que si se toma en cuenta lo anterior, en el síndrome metabólico hay una resistencia a la insulina sin aumento de glucosa, pero cuando se rebasa esta resistencia

el páncreas deja de producirla y entonces se presenta una deficiencia en la producción de insulina.

Esto debido a que durante el síndrome el páncreas trata de producir mucha cantidad de insulina porque no se utiliza en las células, así que empieza a trabajar de más y llega un momento en que se “cansa” y disminuye su producción. “Hasta este momento, se cree que pasan diez años aproximadamente, tiempo en el que de no actuarse, evoluciona la diabetes”, aclara Paredes García.

En el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) se creó ,en 2002, un programa que, de acuerdo con la Jefa de Medicina Preventiva de la clínica 96, Rosa Miranda, tiene como una de sus principales justificaciones, la detección oportuna, “pues se sabe que de esta manera el ahorro (económico y humano) será mayor”, indica, “así que aquí, en Medicina Preventiva, se trabaja con todas aquellas personas que tienen familiares diabéticos o con sobrepeso y si encontramos a algún sospechoso por medio de una glucometría (examen donde se toma una pequeña muestra de sangre con un instrumento llamado glucómetro, para detectar si hay problemas de glucosa en la sangre), lo canalizamos con el médico familiar, para que lo evalúe”.

En el caso de los no asegurados, María de la Luz Jara, recomienda que si tienen uno o más factores de riesgo, acudan continuamente a hacerse pruebas de glucosa o a su médico de confianza para que les sugiera un tratamiento adecuado.

El tratamiento básico en la etapa de riesgo, según los médicos, es una dieta acompañada de ejercicios, que ayude a mantener el peso dentro de los estándares adecuados y una masa corporal de 24, que es la normal, durante toda la vida; esto sin necesidad de medicamentos. “Si se trata al paciente en ese momento, tiene muchas posibilidades de no padecer diabetes, aun cuando tenga predisposición genética”, afirma el médico familiar, Alfredo Paredes.

Un diagnóstico oportuno

Para diagnosticar Diabetes Mellitus Tipo 2, el médico debe tomar en cuenta los datos arrojados por el examen físico y la entrevista hecha al paciente pero, sobre todo, debe correlacionar éstos con los resultados de exámenes especiales de laboratorio que, preferentemente, deben confirmarse con una segunda prueba.

Los criterios oficiales de la Asociación Americana de Diabetes indican que el diagnóstico de diabetes puede establecerse de tres

maneras: cuando en ayunas se encuentren igual o más de 126 miligramos (mg) de glucosa por cada decilitro (dL) de sangre; si el paciente presenta síntomas de diabetes y una concentración de glucosa igual o mayor de 200 mg/dL en una muestra de sangre aleatoria, es decir, sin importar cuándo se ingirió el último alimento; y por último si existe una glucosa plasmática igual o mayor de 126 mg/dL, dos horas después de administrar vía oral una carga de glucosa.

Actualmente se sabe que el diagnóstico precoz de la diabetes es fundamental para desarrollar una prevención secundaria eficaz y así brindarle al diabético una vida plena, tanto en calidad como en cantidad.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es considerada como asintomática, debido a que muchas veces los síntomas se presentan diez años después de que inició el problema, lo que provoca que en varios casos el diagnóstico se haga cuando ya existe alguna complicación.

Diversas encuestas apuntan a que un alto porcentaje de los diagnósticos se hace porque el paciente acude al médico por algún malestar que no se relaciona con la diabetes, es decir, por casualidad. De esta manera, lo recomendable es que si una persona tiene algún factor de riesgo, acuda a realizarse continuamente exámenes de

glucosa, y así evitar que la enfermedad avance afectando partes de su cuerpo.

Y es que en el caso de los padecimientos de elevada frecuencia y alto costo sanitario, lo ideal es realizar campañas de detección más que de diagnóstico. Estas campañas de detección se aplican a la población aparentemente sana de manera periódica (sin exámenes ni datos clínicos), y son con el fin de evitar un diagnóstico inoportuno.

En el caso específico de la diabetes, esta detección se puede hacer por medio de las tirillas sensibles que acusan la presencia de glucosa elevada en la sangre. Sin embargo, la falta de cultura de prevención lleva a la población a pasar por alto la recomendación de medirse la glucosa de forma regular (por lo menos anualmente) aunque se consideren sanas y sin ningún factor de riesgo.

La evolución de esta pandemia es el resultado de por lo menos 15 años de falta de prevención y de no actuarse podría extenderse varias décadas más. Las cifras son claras en ese sentido. De acuerdo con la Secretaría de Salud 13 por ciento de los mexicanos tienen prediabetes, mientras que entre ocho y nueve millones tiene alto riesgo de padecer DMT2, y 12 por ciento de la población joven ya padece tres o cuatro factores de riesgo.

Tomando en cuenta esto, el trabajo del sector salud debe enfocarse en la prevención de los factores de riesgo (obesidad, sedentarismo y malos hábitos alimenticios), pero sobre todo en una prevención secundaria que permita el retraso de las complicaciones diabéticas.

La Secretaría de Salud ha emprendido diversas acciones para combatir la obesidad, al considerarla el principal detonador de enfermedades como hipertensión, infartos al miocardio y diabetes. Entre ellas se encuentran campañas informativas en diversos medios de comunicación, repartición de trípticos y carteles dentro de las mismas instituciones de salud; “Mídete la Cintura”, es la campaña mediática más impulsada en los últimos años por la dependencia federal.

En el 2007 la Secretaría de Salud anunció una Estrategia Nacional para la Prevención y Promoción de la Salud⁶ para combatir la obesidad y la diabetes, que consistía en homologar todas las acciones de las instituciones en el ramo como el Seguro Social, el ISSSTE, el Seguro Popular y la propia Secretaría de Salud para crear una sola estrategia de prevención y atención.

Estas acciones incluían detectar los factores de riesgo mediante la aplicación de una encuesta a la población mayor de 20 años de edad,

⁶ Notimex. Lanzará Salud en 2008 estrategia para combatir obesidad y diabetes. *El Universal.com.mx*

monitoreo de peso, medición de los niveles de glucosa y de la presión arterial, diagnóstico de la enfermedad y promoción de estilos de vida saludables.

De acuerdo con un análisis de la Comisión de Salud en la Cámara de Diputado, elaborado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública con base en diversas notas periodísticas publicadas durante el sexenio de Vicente Fox Quezada⁷, Julio Frenk Mora, secretario de Salud en ese periodo, declaró que uno de los objetivos para la Secretaría de Salud en el 2010 era reducir cinco centímetros de cintura promedio en la población nacional a fin de abatir este problema de salud pública, pues dijo que, de lo contrario, los gastos de asistencia sanitaria y social aumentarían en un futuro próximo.

No obstante, el funcionario federal agregó, según cita el mismo documento, que a pesar de que los programas implementados para reducir la obesidad y mejorar la alimentación demuestran resultados, éstos se ven limitados porque la gente retoma sus hábitos alimenticios, como el alto consumo de la llamada “comida chatarra” y carbohidratos.

Finalmente este análisis arrojó que, pese a ello, en las notas periodísticas de obesidad no se localizaron temas referentes a impuestos

⁷ http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico/11_salud.htm

o regulación publicitaria de las empresas productoras de alimentos “chatarra” y tampoco se encontró información sobre regulación de negocios informales dedicados a la venta de este tipo de productos, sobre todo, afuera de las escuelas.

En cuanto a la prevención secundaria, el análisis de la Cámara de Diputados señala que durante el sexenio de Fox Quezada la Secretaría de Salud buscó intensificar sus acciones de detección y tratamiento de la DMT2 a través del trabajo realizado de forma coordinada con las asociaciones médicas y organismos no gubernamentales del país, así como el respaldo de la industria farmacéutica.

¿Preventiva o curativa?

La mayor responsabilidad sobre la prevención recae en el médico y personal de salud, porque en sus manos está la tarea de educar a la población sobre las enfermedades a las que está expuesta, con base en sus diagnósticos.

La medicina preventiva consiste en considerar no solamente los riesgos para la salud que el paciente presenta en el momento sino también a los que puede estar expuesto los próximos años, por esto es de gran utilidad en enfermedades crónico-degenerativas, pues además

de promover la salud, funciona en el diagnóstico y tratamiento oportuno, es decir, trabaja en detener la evolución del padecimiento y, por tanto, en prevenir sus complicaciones.

Ésta debe trabajarse simultáneamente con la medicina curativa, pues no es una especialidad como la Pediatría, así que todo médico general tiene como misión trabajar en la prevención no sólo de la diabetes sino de cualquier padecimiento.

Los especialistas en el tema coinciden en que estas medidas requieren, para ser aceptadas por la población, de una permanente labor de educación por parte del médico general (pues suele ser el primer contacto del paciente), de programas que hagan entender a los pacientes que la diabetes puede sobrellevarse sin ser una “carga” y ofrecer una buena calidad de vida; pero de acuerdo con la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE), esta situación no ha sido posible porque los mismos médicos no se han puesto de acuerdo en los objetivos y criterios del manejo integral de la enfermedad.

La propia Secretaría de Salud reconoció que la falta de prevención y educación sobre la diabetes son las principales causas de su crecimiento. “Su costo (de la manutención de la enfermedad) es alto porque no estamos previniendo, sólo estamos tratando de poner

parches, así que la inversión fuerte se está haciendo cuando el paciente ya tiene daños irreversibles, en las complicaciones; cuando se tendría que invertir en su prevención, en atacar los factores de riesgo”, señala la doctora María de la Luz Jara, jefa de Medicina Interna en la clínica 53 del IMSS.

Y es que a pesar de que la actividad preventiva no es nueva, siempre ha chocado con los intereses de la medicina curativa, cuya principal misión es atender el problema una vez que ya se presentó y que poco a poco se ha convertido en el centro de atención de casi todos los médicos.

“El problema es que aquí entran muchos intereses en juego, pues muchos médicos sienten que perderán pacientes y la industria farmacéutica está viendo [en la diabetes] un gran negocio, que de prevenirse se le acabaría”, opina la doctora María de la Luz Jara.

Por esta razón, considera importante no sólo estimular al paciente a cuidarse sino motivar a los médicos a prevenir, “hace falta un programa integral contra esta enfermedad para que las generaciones futuras no tengan esta carga”.

Sin embargo el camino no será fácil. El primer paso será concientizar al mismo personal médico, según la SMNE un número importante de estos profesionales tienen la creencia de que las complicaciones de la diabetes son inevitables, por lo que no pueden prevenirse.

En parte tienen razón, pues las enfermedades de duración prolongada, como ésta, se caracterizan por un deterioro paulatino en el cuerpo del paciente, pero omiten que un control óptimo de la enfermedad ofrece al diabético la alternativa de minimizar la aparición y severidad de las complicaciones vasculares, además de que éstas se presentarán en un periodo más lejano, lo cual le brinda una mayor calidad de vida.

Otro de los retos de la medicina preventiva es lograr que la población atienda las indicaciones y acepte modificar su estilo de vida. Y es que la gente, de todos los niveles, ha demostrado indiferencia ante las señales de alarma que les da el personal médico y se niegan cambiar sus hábitos.

Por esto la DMT2 es una de las enfermedades más complicadas de controlar, ya que a diferencia de otros padecimientos crónicos, ésta requiere de una participación activa tanto del médico como del enfermo.

Aquí el paciente es un agente activo que requiere de conocimientos que le permitan tomar decisiones en el manejo de su enfermedad, y el médico, por su parte, deberá ser capaz de guiar al paciente en esta toma de decisiones con información. Sin embargo, la falta de participación y compromiso por parte de ambos, es lo que está llevando al incremento de esta pandemia en México.

Vivir con DMT2 no es una situación sencilla. La persona deja prácticamente todo aquello a lo que estaba acostumbrada. Esta enfermedad implica un cambio en la alimentación, estilo y hábitos de vida, a lo que además hay que sumarle una serie de ejercicios y medicamentos.

Diversas encuestas señalan que el promedio de vida de un enfermo de DMT2 es de 15 años, pero algunos médicos han comprobado que con un tratamiento adecuado los diabéticos puede vivir más de 30 años de manera decorosa, sin sufrimientos y prácticamente sin complicaciones.

Al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes sienten temor, ya que la única referencia que tienen es la de algún familiar o conocido al que la diabetes los llevó al sufrimiento y a la muerte.

Por esta razón, parte de las campañas informativas que emprenda la Secretaría de Salud deberá ser la promoción de casos en los que el tratamiento mejoró la calidad de vida de los pacientes.

Como se mencionó anteriormente, los efectos de la falta de prevención en los años anteriores se presentarán por lo menos una década más entre los mexicanos y las medidas que comiencen a implantarse ahora, arrojarán resultados visibles varios lustros después. Sin embargo, las acciones preventivas ya no pueden esperar más, pues de lo contrario, el sector salud no podrá solventar la situación.

De esta manera, además de campañas de prevención, las autoridades sanitarias deben comenzar por controlar la DMT2, así que una vez que se unifiquen criterios, los médicos tendrán que asesorar y brindar a los pacientes una educación diabetológica que les proporcione las herramientas necesarias para tener un manejo adecuado de su padecimiento.

En 2005 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reportó que sólo el 40 por ciento de las personas con diabetes estaba bajo un régimen de tratamiento para controlar el padecimiento y de éstos entre un 30 y 40 por ciento lograron un control metabólico de la enfermedad.

De acuerdo con el médico Alfredo Paredes García, esto se debe a la falta de información que tiene el paciente sobre la enfermedad. De tal manera que, explica, los pacientes diabéticos muchas veces se guían por los mitos y tabúes que han escuchado respecto a las formas de tratamientos, lo cual es otra barrera para un control adecuado.

“Y es que no se les explica por qué tienen diabetes, qué lo puede empeorar o mejorar, es decir, darle una información completa o proporcionarle folletos de fácil lectura y comprensión para enseñarle medidas higiénicas, así como lo que es la enfermedad y lo que le va a ocurrir si no se cuida”, expresa Paredes García, quien reconoce que en ocasiones los mismos médicos, “no entendemos bien lo que es la diabetes, así que el paciente menos”.

“Creo que falta difusión, pero difusión dirigida, porque con lo que hemos hecho no se ha llegado a una sensibilización y al cambio de hábito, que es la principal causa por la que el problema va en ascenso. Para esto debería de cambiarse la forma de dar la información, ya que la actual no se muestra exitosa”, opina la doctora Rosa Miranda, jefa de Medicina Interna en la clínica 96 del IMSS.

A lo que la doctora María de la Luz Jara agrega: “Como médico es desalentador ver que el problema avanza y no estamos haciendo nada

por frenarlo, lo que significa que en diez o quince años seguiremos viendo esta problemática”.

PARTE IV

HÁBITOS QUE MATAN

De acuerdo con el texto del doctor Daniel Figuerola, titulado *Diabetes*, ésta es una enfermedad que tiene una “indiscutible base genética”, pero su aparición clínica está condicionada por fenómenos ambientales como la edad, peso corporal, alumbramiento en caso de mujeres, consumo excesivo de grasas y azúcares refinados, y la poca actividad física.

Y es que las enfermedades hereditarias tienen esa característica: es algo que puede o no desarrollarse y, según la definición de Hernán San Martín en su texto *Salud y enfermedad*, actúa durante el desarrollo del individuo a través de toda su vida. De esta manera, “la influencia del ambiente es tan importante como el hecho de ser portador de anomalías genéticas [...]; pero no hay duda de que éstas puedan ser responsables o contribuir en las inadaptaciones físicas y mentales no clínicas del hombre”.

Asimismo, este autor señala que para “vencer” estas anomalías genéticas se debe actuar en un periodo temprano de la evolución, y en el caso de la diabetes esto puede ser posible, ya que diversos estudios indican la predisposición genética que tienen ciertos grupos de personas.

Para empezar, la Asociación Americana de Diabetes declara que hay 60 por ciento de probabilidades de que una persona desarrolle la enfermedad cuando sus padres, abuelos o tíos la padecen. Si únicamente uno de los padres o un primo de primer grado es diabético la probabilidad se reduce a 40 por ciento, y a 14 y 9 por ciento si sólo el abuelo o un primo hermano sufre el padecimiento, respectivamente.

Por su parte, el doctor Figuerola dice que los individuos de raza negra tienen 9.9 por ciento de posibilidades de adquirir diabetes y los mexicanos 12.6 por ciento, mientras que los de raza blanca tienen 5 por ciento de probabilidades. De acuerdo con este autor, los grupos étnicos con mayor predisposición, son los que han sufrido cambios demográficos en poco tiempo.

De esta manera, Javier Gómez y Carlos Aguilar en *Actualidades Terapéuticas* explican que la población rural en México ha cambiado, ya que en la década de 1950-1960 la población urbana ocupaba el 30 por ciento, pero para el periodo de 1990-2000 ésta ascendió al 70 por ciento.

Por esta razón, agregan, la Federación Mexicana de Diabetes (2005) informa que el área rural tiene una prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 de 10.3 por ciento, mientras que el área urbana tiene 12.6 por ciento. El Distrito Federal, Jalisco y los estados del norte, son los que

reportan una tasa de mortalidad más elevada por diabetes en México, y es que de la misma forma, son considerados los estados con áreas de urbanización reciente.

Los cambios demográficos también influyen en los hábitos alimenticios de la población. La ingesta de frutas y vegetales decae e incrementa el consumo de carbohidratos y comida denominada chatarra. La consecuencia es un aumento en la masa y peso corporal.

Agustín Lara Esqueda, director del Programa de Salud para Ancianos y Adultos Mayores de la Secretaría de Salud durante la administración de Vicente Fox, declaró para *El Financiero* en julio de 2005 que “[...] la enfermedad [diabetes] viene del estilo de vida, [...] cuatro de cada cinco personas con diabetes no tienen carga genética para manifestarla”.

Es así como la obesidad se vuelve el factor de riesgo más importante, sobre todo, si se toma en cuenta que aproximadamente el 70 por ciento de los individuos con DMT2 tienen obesidad al momento del diagnóstico, según cita el texto *Diabetes. Actualidades Terapéuticas*.

Según datos de la reciente Encuesta de Salud Pública y Nutrición 2006, realizada por el Instituto Nacional de Salud y dada a conocer en

septiembre de 2006, reveló que México es el segundo país a nivel mundial, sólo después de Estados Unidos, con mayores índices de sobrepeso y obesidad, ya que 70 por ciento de la población adulta tiene estos padecimientos, es decir, dos de cada tres mexicanos mayores de 20 años sufre de sobrepeso u obesidad.

Sin embargo la cifra más alarmante es la que indica que tan sólo en el Distrito Federal la prevalencia de estos problemas en menores de cinco años es del 15 por ciento, mientras que en los infantes en edad escolar aumenta hasta en un 34.2 por ciento.

La nutrióloga de la UNAM, María del Carmen Iñárritu informó que la obesidad en los niños mexicanos, sobre todo de bajos recursos, se debía, además del sedentarismo y la herencia biológica, a los malos hábitos alimenticios, producto de una costumbre también heredada.

Explicó que en México cada vez con mayor frecuencia la gente incrementa su consumo de carbohidratos (refrescos, frituras, dulces y pastelitos), grasas y carnes, mientras que disminuyen la ingesta de verduras, frutas y fibras.

Julio Millán Bojalil, experto en análisis de prospectiva y autor del estudio "Futuros de la alimentación en México", declaró para la agencia

de noticias Notimex, que la tendencia debe ser, a nivel nacional y mundial, el aumento de la demanda de alimentos frescos y menos procesados, dietéticos y enriquecidos o fortificados con vitaminas y minerales.

Asimismo, consideró pertinente apoyar proyectos orientados a intensificar la producción de autoconsumo, pues de esa manera se evitará la expansión de productos sintéticos.

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) realizó, en el año 2000, un estudio que demostró que los adultos con más de 90 centímetros de diámetro de cintura tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes y quienes no sobrepasan esta medida, aún teniendo predisposición a la enfermedad, disminuyen hasta 90 por ciento el riesgo de padecerla.

Se ha demostrado que la obesidad aumenta la resistencia a la acción de la insulina, particularmente cuando la grasa se acumula en el tórax y el abdomen, lo cual da lugar al síndrome metabólico que, como se mencionó anteriormente, es el estado previo a la diabetes.

Además de los malos hábitos alimenticios, la obesidad puede presentarse por herencia, diversos medicamentos (tales como

eurolépticos, tranquilizantes, antidepresivos y somníferos), alteraciones endócrinas, cambios biológicos como el embarazo o la menopausia. Sin embargo, uno de sus principales aliados es el sedentarismo, y de acuerdo con la Secretaría de Salud entre el 60 y 80 por ciento de los mexicanos mayores de 20 años no realizan actividad física.

El estudio del CENAVECE estableció 83 centímetros como la medida ideal de la cintura, tanto para hombres como para mujeres; aunque para la mujer el máximo permitido es de 85 cm. y para el hombre 95 cm. Tomando en cuenta este aspecto, la Secretaría de Salud lanzó una campaña informativa llamada “Mídete la cintura”, la cual promueve la identificación de la población en riesgo.

A esto habría que agregarle el elemento de la edad, pues la DMT2 es un padecimiento en el que este factor influye de manera decisiva. El Instituto Nacional de Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, informa que en el periodo de 1990-2000 la prevalencia de la diabetes en la ciudad de México en sujetos mayores de 20 años fue menor respecto a los individuos de entre 36 a 64 años; mientras que aquellos individuos entre 60 y 69 años tuvieron un riesgo 34 veces mayor de tener diabetes que los adultos más jóvenes.

Esto puede deberse, además de la influencia de los demás factores, a que la tolerancia a la glucosa tiende a deteriorarse conforme avanza la edad debido al desgaste metabólico provocado por una mala alimentación.

Actualmente las cifras no han cambiado mucho, pues la página electrónica de la Federación Mexicana de Diabetes indica que el predominio de la enfermedad en personas mayores de 20 años es de 10.7 por ciento y 35 por ciento en adultos mayores de 65 años.

La edad es un agente que no debe tomarse a la ligera, pues el ex subsecretario de Desarrollo Urbano y Ordenamiento del Territorio de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), Rodolfo Tuirán, declaró para *Milenio Diario* en noviembre de 2005 que en México había 8.2 millones de adultos mayores, pero para 2050 se espera que esta cifra se multiplique más de cuatro veces, alcanzando los 36.2 millones de adultos mayores.

De esta manera, los principales factores de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 son claros, hasta cierto punto, fáciles de identificar, y su manifestación se presenta con varios años de anticipación, así que el reto es que tanto los especialistas de la salud y la

población en general traten de frenar su evolución y con ello evitar la aparición de esta enfermedad crónico degenerativa.

Punto a atacar

El sobrepeso y la obesidad son una problemática que crece día con día, pero lo más preocupante es que esta situación se presenta cada vez a edades más tempranas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que entre 1996 y 2006 la incidencia de sobrepeso y obesidad en los niños de México aumentó del 21.9 al 28.7 por ciento y afirmó que la esperanza de vida para estos infantes se recontará entre dos y cinco años si no modifican sus hábitos alimenticios.

Los especialistas en nutrición indican que el riesgo de obesidad de un niño es mayor si uno o ambos padres tienen sobrepeso o son obesos, por lo que recomiendan promover dentro del núcleo familiar una alimentación saludable.

Sin embargo para esto tendrán que combatir con un enemigo poderoso: la alta cantidad de comida chatarra a la que diariamente están expuestos los menores. La globalización y cambios demográficos han

influido en la proliferación de cadenas de comida rápida, a lo que habría que sumarle el crecimiento de puestos ambulantes de comida y un alto consumo de golosinas y refrescos.

La comida llamada “chatarra” es aquella que tiene un escaso nivel nutritivo y, por el contrario, un alto contenido de calorías; tienen un buen sabor, son baratos, accesibles y quitan la sensación de hambre, razones por las que son buscados⁸.

Algunos de los ejemplos más solicitados son los tacos, hamburguesas, tortas, quesadillas, gorditas, sopes, tlacoyos, papas fritas, pastelitos, galletas y bebidas gaseosas.

La organización civil El Poder del Consumidor asegura que los hábitos alimenticios se desarrollan en las edades tempranas, por lo que la falta de orientación lleva a los niños a consumir alimentos con altos contenidos de azúcar, grasas y sal.

Asimismo la OMS advirtió que la publicidad de alimentos chatarra dirigida a los niños es otro factor que está desatando la epidemia de sobrepeso y obesidad en todo el mundo.

⁸ GONZÁLEZ Duarte, Alejandra. “Un problema de grandes dimensiones”. *Día Siete*. Semanal, México, 2008, N. 396.

En las décadas pasadas los anuncios, principalmente televisivos, estaban dirigidos a las madres con el objetivo de convencerlas para comprar los productos, pero a partir de la década de los 90, se comenzó a ver a los niños como consumidores autónomos, así que la publicidad se dirigió a ellos.

El Poder del Consumidor llevó a cabo una investigación⁹ para conocer el número de anuncios de comida chatarra que se transmiten en horarios infantiles de televisión y encontró que los niños mexicanos que ven la televisión dos horas al día presencian 12 mil 700 anuncios de comida chatarra al año y ninguno de orientación nutricional.

Este mismo estudio arrojó que el canal 5, de la empresa Televisa, uno de los más vistos por los niños en el país, ofrece en promedio 39 anuncios por hora, de los cuales 17 son de alimentos no recomendables.

A pesar de que la Ley General de Salud en Materia de Publicidad prohíbe que ésta dañe los hábitos alimenticios y la Ley Federal de Protección al Consumidor establece el derecho del consumidor a no ser engañado por la publicidad, es decir, que los productos anunciados te prometan algo que no es cierto, existe un problema a la hora de interpretar la ley.

⁹ CALVILLO, Alejandro. "En las garras de la publicidad". *Día Siete*. Semanal. México, 2007, N. 371.

De acuerdo con la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco) en los anuncios de comida dirigidos a los niños existe un “dolo bueno”, ya que por la exageración publicitaria éstos resultan absurdos y no creíbles.

Sin embargo, Alejandro Calvillo, director de la organización El Poder del Consumidor, explicó que los especialistas han concluido que la mayoría de los niños menores de ocho años no distingue entre un programa y un anuncio. De esta manera, agregó, la utilización de regalos en la compra de los productos y personajes animados (tales como el Tigre Toño o Ronald McDonald) que muestran lo que pueden “lograr” consumiéndolos, resultan efectivos para la seducción de los menores.

Finalmente la Asamblea Legislativa del Distrito Federal indicó que México es el segundo país en el mundo en consumo de refrescos por persona con una ingesta promedio que se acerca al medio litro diario, convirtiéndose así en una de las principales fuentes de caloría para los adultos en el país y su consumo creció 60 por ciento en los últimos años.

El órgano legislativo dijo que un estudio de la Asociación Mexicana de Estudios para la Defensa del Consumidor confirmó que casi 83% de la población no incluía leche en su dieta, algunas de las razones era su alto precio, pero el mismo estudio reveló que las ventas anuales de leche representaban casi la mitad de lo que el país gasta el refrescos.

PARTE V

EL PRECIO DE LA DIABETES

El mal control de la DMT2 deriva en una serie de complicaciones que mermarán la calidad de vida de los pacientes diabéticos e implicarán un alto costo económico.

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud (CNVE) indica que en el país una tercera parte de los infartos al miocardio y la mitad de las insuficiencias renales crónicas son consecuencia directa de la diabetes, mientras que cada 30 segundos alguien pierde una extremidad debido a esta enfermedad y siete de cada diez amputaciones de pierna se realizan a personas diabéticas.

En un paciente sin tratamiento o mal controlado las complicaciones pueden aparecer en los primeros diez años de la enfermedad. La Secretaría de Salud informa que los principales casos de DMT2 se presentan en personas entre los 20 y 69 años de edad, de tal manera que las complicaciones atacan a la población económicamente activa.

“Muy jóvenes los diabéticos quedan discapacitados y se vuelven dependientes. Esto provoca además de gastos a nivel institucional, problemas económicos a nivel familiar, pues muchas veces el pilar de la

casa queda discapacitado y los hijos se ven en la necesidad de abandonar la escuela para poder trabajar”, explica la doctora María de la Luz Jara.

Como jefa de Medicina Interna en la clínica 53 del IMSS, comenta que un paciente controlado puede costar hasta 100 pesos al mes, mientras que un descontrolado varía de acuerdo a las complicaciones que tenga.

“Nosotros recibimos pacientes ya con ceguera, con problemas de circulación, pero el padecimiento más grave es la insuficiencia renal crónica”, indica la doctora Jara, ya que representa la primera causa de atención tanto de consulta externa como de hospitalización.

Cada mes llegan alrededor de 20 enfermos con insuficiencia renal crónica, daños al riñón que produce retención de líquidos, “aunque en promedio llegan 100 casos que aún no necesitan entrar a diálisis, pero que en un periodo de uno a seis meses ya lo necesitarán”, señala la doctora Jara.

A las clínicas del IMSS un paciente con diálisis, de acuerdo con la doctora Jara, les cuesta seis mil pesos mensuales (a un paciente sin seguro le cuesta 12 mil pesos) y los que están internados 13 mil pesos,

sin embargo hay quienes están con diálisis e internados, por lo que el gasto por paciente puede ser de hasta 20 mil pesos mensuales.

Datos del CNVE arrojan que en México los costos directos e indirectos de la diabetes oscilan entre los 100 y 330 millones de dólares por año. En lo individual se calcula que el costo de atención por cada enfermo de diabetes con complicaciones es de alrededor de 52 mil dólares, de los cuales entre 30 y 65 por ciento corresponde a los gastos de hospitalización.

Y es que la aparición de complicaciones incrementa el costo del tratamiento en más de 3.5 veces, pues hay que comprar medicamentos especializados (mínimo 100 pesos cada uno), glucemias en laboratorio, monitoreos de glucosa (glucómetro: mil 500 pesos), consulta con médicos generales y especialistas (de 500 a mil pesos la consulta), zapatos especiales (mil pesos), mientras que cuando el paciente ya se encuentra en fase avanzada o terminal es necesaria la aplicación de insulina, la cual llega a ser el gasto más fuerte.

Después de la insuficiencia renal, la Secretaría de Salud indica que 10 por ciento de los pacientes con diabetes desarrollan neuropatía, lesiones del sistema nervioso autónomo, es decir, en la relación del organismo con sus vísceras y glándulas; 30 por ciento de los problemas

de pie diabético termina en amputación debido a que los altos índices de colesterol obstruyen arterias, arteriolas y capilares, por lo que a los tejidos de las extremidades no llega la sangre suficiente y se gangrenan.

Las enfermedades cardiovasculares son 2.5 veces más frecuentes en diabéticos que en el resto de la población, mientras que el IMSS indica que la diabetes es la primera causa de ceguera en México, debido a que un padecimiento sin control eleva los índices de colesterol, los cuales obstruyen arterias y venas como las que irrigan de sangre a la retina, órgano visual.

De acuerdo con el doctor Agustín Lara Esqueda, ex director del Programa de Salud del Adulto y del Anciano de la Secretaría de Salud, prevenir las complicaciones de esta enfermedad representa un alto ahorro, ya que un diabético detectado oportunamente le cuesta al gobierno alrededor de mil pesos anuales, mientras que de llegarse a complicar, la manutención asciende a más de 15 mil pesos.

De forma general, la Secretaría de Salud invierte cada año casi el 34 por ciento de su presupuesto, pero la Federación Mexicana de Diabetes informó en 2007 que las familias con algún diabético desembolsan entre el 40 y 60 por ciento de sus ingresos anuales para su cuidado.

En un ejercicio sobre el gasto mensual aproximado para el tratamiento de pacientes con diabetes, realizado por esta dependencia, mostró que cuando el paciente sólo requiere algunos medicamentos, gasta 1 mil 217 pesos mensuales, pero el gasto es mayor si la persona necesita de varios cuidados y medicamentos, en donde el desembolso es mínimo de 4 mil pesos al mes.

Estos cálculos recabados con ayuda de la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco), se completa con la siguiente lista¹⁰:

- Hemoglobina glucosilada (cada 3 meses): 87 pesos mensuales.
- Pilas para bombas de insulina: 100 pesos mensuales.
- Visita al endocrinólogo (cada tres meses): entre 267 y 700 pesos mensuales.
- Tiras reactivas, una caja por semana: entre 525 y 1 mil 50 pesos mensuales.
- Antidiabético oral, tres dosis al día: 338 pesos mensuales
- Catéter para bomba de insulina: 400 pesos mensuales.
- Reservorios para bomba de insulina: entre 400 y 450 pesos mensuales.
- Pago mensual de un crédito para bomba de insulina (a 3 años): mil 200 pesos mensuales.

¹⁰ http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2007/bo147_diabetes.asp

Futuro opcional

Son alrededor de las ocho de la noche cuando Israel Martínez regresa a su casa luego de haber ido a hacer un trabajo escolar. Salió poco después de las ocho la mañana y como no cuenta con un teléfono celular, su familia no se había podido comunicar con él. Sin embargo, conforme se acerca, nota que algo extraño está pasando, pues ve a varias personas paradas fuera de su casa.

Su curiosidad de ver qué ocurre lo hace acelerar el paso. Cuando llega a la entrada escucha a aquellas personas cuchichear mientras sujetan un vaso de café con la mano. Israel comienza a tener un mal presentimiento, cruza la puerta y ve a sus tíos y demás familiares sentados en el patio, pero antes de hacer pregunta alguna, la luz parpadeante que sale de la ventana llama su atención.

Con paso lento decide entrar a la sala en donde se topa con una escena que nunca imaginó encontrar: su padre, Luis María Martínez, aquel hombre alegre y apasionado de los libros, en un féretro; la diabetes le ganó la batalla. Su primera reacción lo hace voltear a ver a su madre, Malet, que está del otro lado; ella lo mira sin decir una palabra, pero sus pequeños ojos llenos de lágrimas lo dicen todo. Con su llegada la familia

Martínez se encuentra completa. Él, impactado, se queda de pie tratando de comprender lo que está ocurriendo.

Por su parte, el hermano menor, Manuel, se pregunta qué va a pasar ahora, qué va a ser de su mamá y de sus hermanas. La muerte de su padre es algo que no esperaban y mucho menos en un momento tan difícil económicamente, ya que su enfermedad les ocasionó varios gastos fuera de sus posibilidades, por lo que las deudas de la familia se habían incrementado.

Manuel se ve obligado a echar de lado el dolor más grande que ha sentido en su vida, pues tiene que movilizarse en busca de cazuelas para preparar la comida y dinero para comprar lo que hace falta.

Lo más difícil para él es escoger la ropa que se le va a poner a su padre, algo en lo que no puede pensar al ver a su madre con la mirada perdida en un punto. Él sabe que está destrozada, sólo que el impacto de la noticia no la ha dejado reaccionar.

Y es que sus padres eran una pareja unida y aunque Luis trabajaba mucho siempre se daba tiempo para estar con Malet; les gustaba organizar viajes familiares para convivir con sus hijos, algo que con la muerte de Luis se acabaría.

–Manuel, ¿dónde están las sábanas? –le pregunta una tía

–¿Sábanas?, ¿para qué sábanas? –responde Manuel un tanto desganado

–Para cubrir los muebles de su cuarto –le explica ella.

Las horas pasaban y con ellas familiares y amigos que llegan a la casa de los Martínez a ofrecer su pésame. Mientras tanto, los hermanos de Manuel se movilizan para arreglar los trámites de defunción y los papeles necesarios para poder enterrar, al día siguiente, a Luis en el mismo sepulcro donde hace tres años fue sepultado su hermano.

Antes del entierro, Malet y sus hijos le ofrecen una misa en la parroquia de San Andrés Mixquic, aquella pequeña iglesia con acabados de piedra que cada noviembre recibe a cientos de visitantes y por la que el papá de Luis hizo varias acciones para rescatarla. Llena casi en su totalidad debido a la importancia que este hombre tuvo para la colonia por su profundo amor por aquel pueblo donde vivió toda su vida, Luis estuvo acompañado de familiares y amigos, siendo uno de ellos el párroco que oficiaba la misa, por lo que se permite decir: “Hemos perdido a un gran hombre”.

Son poco más de las doce del día y un cielo opaco cubre a las personas que acompañan a la familia en el cementerio. La tristeza y la

nostalgia invaden el ambiente. Manuel aún sigue sin comprender lo que pasa y prefiere pensar que todo es un mal sueño, así que cuando despierte su padre estará en casa; sin embargo, a partir de ese momento, nada volverá a ser igual, pues el pilar y sostén de su familia se ha ido, las complicaciones de la diabetes acabaron con su vida y a la familia Martínez sólo le queda el dolor y la carga de las deudas económicas que la enfermedad les dejó.

REFLEXIÓN FINAL

Para poder realizar este reportaje el primer paso fue tratar de entender en qué consistía la enfermedad conocida como Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). Términos médicos y textos especializados no hicieron de este proceso algo sencillo.

El objetivo inicial de mi trabajo de titulación era presentar dos historias que permitieran al lector comprender la importancia de prevenir y controlar la DMT2, sin embargo, conforme avancé en la investigación comprendí que no podía dejar de lado el papel que el sector médico y la misma sociedad juegan en la proliferación de esta enfermedad en el país, pues era parte fundamental para poder explicar la problemática.

Mi corta experiencia en el periodismo me ha demostrado que este tipo de situaciones es común, ya que la idea que el periodista y los propios jefes de información tienen inicialmente de un reportaje casi siempre se modifica al hablar con los involucrados directamente en los hechos.

De esta manera, presentar un reportaje, crónica o entrevista como trabajo de titulación me parece acertado, pues además de ir descubriendo aspectos como éste, nos permite, a aquellos que elegimos

la opción de periodismo, poner en práctica los conocimientos que adquirimos a lo largo de la carrera, pero sobre todo, nos lleva a cuestionarnos sobre lo que queremos hacer como profesionales.

Fuera de las aulas aún existe la discusión de si el periodista se forma en la práctica o en las universidades, sin embargo, al realizar mi trabajo de titulación aprendí que la universidad te da la base y ésta se irá puliendo en el ámbito profesional y con la experiencia.

Desarrollar un reportaje tiene varias etapas, pero donde enfrenté varios problemas fue en el proceso de investigación, ya que en el caso de las instancias oficiales como el IMSS o la propia Secretaría de Salud, fue difícil encontrar a la persona a quién debía dirigirme para solicitar la información requerida, de tal forma que considero que a lo largo de la carrera se debería profundizar más en la enseñanza de las funciones y forma de trabajar de las áreas llamadas de Comunicación Social o Enlace a Medios, pues muchas veces éstas son nuestro primer contacto con las fuentes de información.

El Plan de Estudios de Ciencias de la Comunicación contempla materias como Metodología de la Investigación en Comunicación, Técnicas de la Investigación en Comunicación y Periodismo y Organizaciones de Comunicación Social, por lo que al salir de la

Facultad uno piensa que ya está preparado para el campo laboral, pero en él descubre que se complica encontrar temas e incluso contactar a las personas necesarias para completar una nota.

Por ello considero que la labor de los titulares de estas materias será ampliar los conocimientos sobre aquellas oficinas que nos facilitarán información o permitirán hacer el enlace, sobre todo con los funcionarios; aprendizaje que sin duda mejorará el desempeño del egresado en el campo laboral.

El trabajo de titulación es muchas veces el primer contacto que el egresado tiene con el ámbito laboral y a diferencia de los trabajos escolares, aquí se empieza de cero: uno busca el tema y define la forma en que se realizará la investigación y cómo se redactará. Durante el proceso se puede llegar a pensar si realmente se está haciendo un trabajo periodístico, pero al ver el resultado uno entiende que la formación académica se asimiló casi de manera inconsciente, y el trabajo final es sólo el reflejo de ese proceso de formación, por lo que el logro brinda más seguridad en el ámbito profesional.

Antes de concluir este trabajo me gustaría agregar un comentario final. La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una enfermedad que para poder controlarse y prevenirse requiere de una fuerte campaña informativa que

vaya dirigida no sólo a los diabéticos, sino que también contemple a la población en general y sobre todo a los niños, ya que actualmente son uno de los sectores más vulnerables debido a la alta incidencia de obesidad que presentan.

A pesar de los esfuerzos del sector salud por hacer campañas sobre la diabetes, siguen sin brindar una información más precisa sobre la enfermedad, así como sus causas y principales complicaciones.

De esta manera, creo oportuno comenzar con una campaña que no sólo diga que hay que comer bien, sino que explique cómo y qué se debe comer, para posteriormente hablar de cada una de las enfermedades que se pueden desencadenar por la obesidad, entre ellas la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR Guzmán, Ernesto. *Cartas a un diabético*. México, Editorial Trillas, 1997.
- ÁLVAREZ Alva, Rafael. *Salud pública y medicina preventiva*. México, Editorial El Manual Moderno, 1998.
- BAENA Paz, Guillermina. *Manual para elaborar trabajos de investigación documental*. México, Editores Mexicanos Unidos, 1981.
- BOSCH García, Carlos. *La técnica de investigación documental*. México, Editorial Trillas, 1985.
- ECO, Humberto. *Cómo se hace una tesis*. México, Editorial Gedisa, 1985.
- FIGUEROA, Daniel. *Diabetes*. España, Editorial MASSON, 1997.
- GARCÍA Márquez, Gabriel. *Relato de un naufrago*. Colombia, Editorial Diana, 2000.
- GARCÍA Márquez, Gabriel. *Noticia de un secuestro*. México, Editorial Diana, 2002.
- GÓMEZ Pérez, Javier; AGUILAR Salinas, Carlos. *Diabetes. Actualidades terapéuticas*. México, Editorial M&M, 2004.
- HERSEY, John. *Hiroshima*. España, Editorial Océano, 2002.
- JOHNSON Stanley; HARRIS Julian. *Reportero profesional*. México, Editorial Trillas, 1980.
- KAPUSCINSKY, Ryszard. *El emperador*. España, Editorial Anagrama, 2004.
- KAPUSCINSKY, Ryszard. *El imperio*. España, Editorial Anagrama, 2003.
- LERMAN Garber, Israel. *Atención integral del paciente diabético*. México, Mc Graw-Hill, 1998.
- MARTÍNEZ Albertos, José Luís. *Redacción periodística (Los estilos y los géneros en la prensa escrita)*. España, Editorialc A.T.E, 1974.
- RIVADENEIRA Prada, Raúl. *Periodismo*. México, Editorial Trillas, 1980.
- SAGATORE, Luigui; POLI, Gianangelo. *Diccionario médico*. México, Editorial Teide, 1980.
- SAN MARTIN, Hernán. *Salud y enfermedad*. México, Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, 1981.
- SIMPSON, Máximo. “Reportaje, objetividad y critica social”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, N° 86-87, UNAM, 1977.
- Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A. C. *SAM Diabetes*. México, Intersistemas Editores, 2002.
- TRUMAN, Capote. *A sangre fría*. Editorial Bruguera, 1979.

- WALLRAFF, Günter. *Cabeza de Turco*. Barcelona, Editorial Anagrama, 1988.
- WELLER, Bárbara. *Diccionario enciclopédico de la salud*. México, Editorial Mc Graw-Hill, 1997.

- Agencia de Noticias NOTIMEX. “Ssa inicia campaña para prevenir y controlar el sobrepeso”. *El Universal*. Diario, México, DF; domingo 30 de octubre de 2005, pág. A25.
- BRITO, Omar. “Campaña difundirá peligros de obesidad y diabetes”. *Milenio Diario*. Diario, México, DF, miércoles 27 de abril de 2005, pág. 38.
- CALVILLO, Alejandro. “En las garras de la publicidad”. *Día Siete. Semanal*. México, 2007, N. 371.
- CONTRERAS, Consuelo. “Cinturas peligrosas”. *Milenio Diario*. Diario, México, DF, lunes 31 de enero de 2005, págs 4-5.
- GÓMEZ, Marisela. “Diabetes, una mala herencia”. *El Universal*. Diario, México, DF, sábado 12 de marzo de 2005, suplemento especial de Salud, pág 2.
- GONZÁLEZ Duarte, Alejandra. “Un problema de grandes dimensiones”. *Día Siete. Semanal*, México, 2008, N. 396.
- GUARNEROS, Roberto. “Una enfermedad muy poco dulce”. *Muy Interesante*. Mensual, México, abril de 2000, págs 4-5.
- IRABIÉN, Lucía. “Ahorca diabetes finanzas de salud”. *Reforma*. Diario, México, DF, lunes 16 de mayo 2005, pág.8
- LARA Esqueda, Agustín. “La diabetes: alerta de salud en México”. *Diabetes Hoy*. Mensual, México, Carlos Paz Herrera, mayo-junio 2004.
- NOTIMEX, “Diabetes mellitus, principal causa de muerte en México: Córdoba”, *Milenio Diario*, Diario, México, DF, miércoles 29 de agosto de 2007.
- NOTIMEX “Lanzará Salud en 2008 estrategia para combatir obesidad y diabetes”, *El Universal*, Diario, México, DF, lunes 17 de septiembre 2007.
- ROBLES, Magdalena. “Advierten sobre aumento de población de adultos mayores”. *Milenio Diario*. Diario, México, DF, viernes 4 de noviembre 2005, pág. 17.
- SERVÍN Magaña, Rosalía. “Diabetes mal del siglo”. *El Universal*. Diario, México, DF, domingo 14 de noviembre de 2004, suplemento especial de Salud, pág. 1 – 2.

- AGUILAR Moreno, Luís. *La diabetes mellitus como problema de salud pública y sus relaciones con la odontología*. Tesis para

obtener el grado de Lic. en Odontología. Escuela Nacional de Odontología, UNAM, 1997.

- CASTELLANOS Bueno, Rafael. *La educación sobre diabetes mellitus: los factores que la determinan y su influencia en el control metabólico y complicaciones crónicas*. Tesis para obtener el grado de Especialista en Endocrinología y Nutrición. UNAM – Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, 1996.
- Instituto Nacional de la Salud Pública. www.insp.mx
- Federación Mexicana de Diabetes. www.fmdiabetes.com
- Secretaría de Salud. www.ssa.gob.mx
- Agencia de Noticias NOTIMEX. www.notimex.com.mx
- Senado de la República. www.senado.gob.mx
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). www.issste.gob.mx
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). www.imss.gob.mx
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. www.diabetes.org/espanol
- La Jornada. www.jornada.unam.mx/2004
- La Crónica. www.cronica.com.mx/nota
- http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico/11_salud.htm
- http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2007/bol47_diabetes.asp
- El Financiero. www.economista.com.mx

ENTREVISTADOS

- Alfredo Paredes García, médico particular, Unidad Médica del Ángel.
- María de la Luz Jara, jefa de Medicina Interna de la clínica 53 del IMSS.
- Rosa Miranda, jefa de Medicina Preventiva de la clínica 96 del IMSS.
- Emmanuel Martínez, Cirujano Dentista (testimonio).
- Susana Hernández Galicia, Ama de casa (testimonio).
- Cuauhtémoc Ramos Rivera, Profesor (testimonio).