Espacios Públicos
ISSN: 1665-8140
revista.espacios.publicos@gmail.com
Universidad Autónoma del Estado de México
México

González González, Norma; Tinoco García, Alicia Margarita; Benhumea González, Laura E.
Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2
Espacios Públicos, vol. 14, núm. 32, septiembre-diciembre, 2011, pp. 258-279
Universidad Autónoma del Estado de México
Toluca, México

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes *mellitus* tipo 2

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2011
Fecha de aprobación: 21 de marzo de 2011

Norma González González[*]
Alicia Margarita Tinoco García[**]
Laura E. Benhumea González[***]

Resumen

La salud mental es un tema de gran actualidad que ha ido abarcando ámbitos cada vez más complejos e inéditos en el contexto de las relaciones sociales. Hoy en día, sus cuestionamientos e indagaciones van más allá del abordaje convencional de la locura en su acepción más clásica (ocuparse de los estereotipados como locos y de su correspondiente internamiento), para adentrase en problemáticas de índole cotidiana como lo es la salud mental de quienes padecen alguna enfermedad crónica, tal y como puede ser el caso de la diabetes mellitus tipo 2. Precisamente a ello se refiere el presente documento, al énfasis puesto en torno a la manera en cómo el diagnóstico de una enfermedad crónica impacta al enfermo y a su entorno afectivo inmediato, más allá de las meras implicaciones biomédicas.

[*] Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora-investigadora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UAEM.

[**] Doctora en Ciencias Sociales. Profesora-investigadora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UAEM.

[***] Maestra en Estudios para la paz y el desarrollo por la UAEM. Profesora-investigadora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UAEM.

Palabras clave: salud mental y emociones, enfermedades crónicas y salud mental, salud pública, políticas públicas, "nuevas" enfermedades mentales.

Abstract

Nowadays, mental health is a relevant topic that is including increasingly complex areas related to the study of social relationships. Nowadays, it goes beyond the most conventional and classic meaning of madness. Thus, it is necessary to focus on those who suffer chronic diseases such as diabetes mellitus type 2. This paper emphasizes on the patients' emotional impact, and their affective immediate environment; which goes beyond specific biomedical implications.

Key words: mental health and emotions, chronic diseases and mental health, public health, public policies, "new" mental illnesses.

Presentación

La gran variedad de problemáticas en que deriva la presencia y la incidencia al alza de las enfermedades crónico-degenerativas, ha obligado a hacer una serie de seguimientos que no responden a esa primer mirada y definición escrita y descrita en términos médicos; y de ahí al manejo de variables e indicadores epidemiológicos que nos llevan por la historia de una transición en salud (también conocida como transición epidemiológica) que, se dice, han experimentado cada una de las llamadas sociedades desarrolladas al reducir sus tasas de morbi mortalidad por enfermedades de tipo infeccioso e incrementar sus registros epidemiológicos en relación con la presencia de las llamadas enfermedades crónico degenerativas (Gómez, 2002; Livi-Bacci,1993).

Sin duda la información manejada en términos de indicadores y variables sanitarias contribuye en el pasado y en el presente a tener un panorama sobre la problemática de salud en nuestro país (por entidad federativa, municipio, región, jurisdicción sanitaria, entre otras), y en esa medida derivar una serie de acciones tendientes a hacer frente a aquello que se construye y asume como un problema de salud. La posibilidad de manejar estas cifras globales en sus diferentes niveles, se origina en el registro del trabajo que cotidianamente los médicos llevan a cabo al interior de las instancias sanitarias que conforman el sistema de salud nacional, llámese seguridad social, medicina privada, atención a población abierta; y constituyen una herramienta sin la cual, en las condiciones del mundo actual, sería imposible poder establecer un diálogo y una política de intervenciones en salud (ssa, 2007; ssa, 2001; ssa, 2000).

No obstante, desde un horizonte más amplio y complejo, se puede decir que éste es sólo el iceberg de una problemática de la que aún falta mucho por estudiar en términos

microsociales y culturales, con énfasis en ángulos hasta ahora invisibles a quienes tienen en sus manos la política sanitaria, y en alguna medida y sentido, invisibles también para la misma sociedad que expresamente no las ha asumido como una parte consustancial a los requerimientos de una atención integral que desborda el funcionamiento más convencional de la medicina, basado en el conocimiento y atención de una maquinaria biológica al margen de la expresión subjetiva, individual y colectiva de las representaciones y significados que la enfermedad despliega como producto de la misma interacción social (Conde, 2002; Alexander, 2000; Gleizer, 1997; Wolf, 1988). Así, este trabajo se refiere a una significativa variante de la enfermedad, cuando ésta asume el carácter de crónico-degenerativa desplegando un haz de significaciones negativas tanto para el enfermo como para su red familiar y comunitaria más inmediata.

El tipo de miradas que se han privilegiado para el abordaje de la diabetes *mellitus* tipo 2, y por extensión para el conjunto de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas, se ha centrado en los campos económico, biomédico y demográfico, dejando de lado lo que el ámbito subjetivo representa para quienes las padecen, y les supone una serie de transformaciones que inciden en las relaciones y procesos sobre los que se articula el sentido de la vida diaria, en términos de relaciones familiares, vínculos amistosos, relaciones laborales, participación comunitaria. Para el paciente, se sobredimensionan o pierden sentido actitudes o apoyos que son básicos para la manera en que asume el curso de su enfermedad, y que a la larga acaba determinando ámbitos variados sobre los que se construyen indicadores económicos y sociales vinculados a los conceptos de desarrollo y de bienestar.

El apego al tratamiento médico-farmacológico, y el cuidado mismo de la salud, pasan por una serie de filtros culturales, económicos y sociales que usualmente son ignorados por la imposición de una mirada hegemónica (la de la medicina), en la provisión gubernamental de servicio de salud, y ahí radica en mucho el fracaso de políticas que en este rubro reclaman grandes cantidades de recursos económicos pero que carecen de impacto entre la población de destino. La diabetes *mellitus* puede considerarse dentro de este rango, dado que es reconocida como uno de los principales problemas en el campo de la salud pública (SSA, 2007), y a pesar de este reconocimiento e implementación de programas que en el pasado cercano se han diseñado para su control epidemiológico y tratamiento médico, en la actualidad las estadísticas nos siguen hablando del limitado o nulo impacto que tales acciones han tenido hasta la fecha.

Un trabajo más abierto al estudio e incorporación de otras plataformas de investigación que son fundamentales para el análisis, la comprensión y el tratamiento de la

enfermedad, contribuyen a conocer aspectos muy poco considerados hasta el momento, pero con importantes consecuencias en el curso de la enfermedad, ya sea de parte del paciente, como de su entorno familiar, y desde luego a nivel institucional.

El campo de la salud mental se halla en el presente muy difundido al interior de la sociedad; tal y como se menciona al inicio de este documento, sus cuestionamientos e indagaciones van más allá del abordaje convencional de la locura en su acepción más clásica (ocuparse de los estereotipados como locos y de su correspondiente internamiento), para adentrase en problemáticas de índole cotidiana como lo es la condición mental de quienes padecen alguna enfermedad crónica, pudiendo ser el caso de la diabetes *mellitus* tipo 2.

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. Puede ser que en el curso del tiempo supere y/o aprenda a controlar estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad de tales características (una enfermedad para toda la vida), pero también puede suceder que nunca se logre superar tal condición, y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas. Es en esta dirección que se hace indispensable visualizar una problemática que de manera urgente reclama una respuesta institucional, que contemple una atención integral a este tipo de padecimientos mejorando la calidad de vida de quienes las padecen, y sin lugar a dudas constituyéndose en un factor importante para lograr indicadores más favorables a su control epidemiológico, impactando toda esta situación en un mejor y más racional manejo de los recursos públicos.

Enfermedad y significaciones individuales y colectivas

En un sentido práctico en el día a día del padecimiento de la enfermedad, el enfermo crónico, junto con su red de apoyo (familiar, social) más inmediata, toma decisiones y lleva a cabo acciones situadas fuera del terreno médico y que se inscriben en ámbitos de relación e interacción social donde el enfermo significa y da sentido a lo que le ocurre a partir de su propio lenguaje, de las representaciones que tiene sobre el concepto de enfermedad crónica en tanto sinónimo de una irremediable e irreversible condena a muerte (Alfaro *et al.*, 2006; Alcántara *et al.*, 2004) lo que en gran medida potencia el dolor y el sufrimiento sobre un hecho del que no se tiene control, y el cual se asume como una verdad (en términos de condena), al ser enunciada por esa autoridad reconocida en la figura del médico, y sobre todo porque día a día la sociedad se encarga de recordarle al enfermo no sólo su condición, sino las

particulares y temidas características de ésta (Barragán-Solís, 2006; Dorr-Zegers, 2006; Barragán, 2005).

En efecto, a nivel macro y con profundas implicaciones micro, hablamos de una construcción social de la idea y del sentido de enfermedad como algo que nos sitúa en las fronteras de la anormalidad, de lo que no se desea. El rechazo se asume desde el momento en el que el diagnóstico coloca al paciente en la condición de padecer una enfermedad que se asume sin cura, y con la que consecuentemente se deberá vivir el resto de la vida, y que además por diferentes vías, dependiendo de la enfermedad de la que se trate, habrá qué hacer frente a complicaciones que minan aun más a la salud, y que según lo establecido por el conocimiento médico provoca daños irreversibles;[1] lo que para el enfermo, supone un mayor sufrimiento que corre de la mano de limitaciones funcionales que son vistas y vivenciadas a la luz de los sentidos y las experiencias que conforman la cotidianeidad (Cárdenas *et al*., 2005; Galán *et al*., 2000; Rollan, 2000).

Inicia un sordo proceso de sufrimiento que de tan común se ha vuelto inaudible e invisible en términos de un planteamiento y seguimiento sociocultural, al ser la enfermedad un fenómeno que se consigna, se localiza en los límites y en la fisiología del cuerpo humano, y asimismo se describe y atiende a partir de un lenguaje y procedimiento científico, en el que no parece haber lugar para aquello que escapa a los usos de esta nomenclatura.

Si ha habido poco interés en esta área en términos académicos, a nivel de atención gubernamental prevalece un vacío total para generar programas, acciones, formación de recursos humanos, tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados como crónico-degenerativos,[2] proporcionando información acerca de la enfermedad, ello quizá sería un buen mecanismo desaprovechado hasta el momento, para revertir las cifras sobre el desapego al tratamiento que este tipo de pacientes suele registrar, y que ha dado lugar a extensos estudios y preocupación por parte de las instancias oficiales (OPS, 2006).

Salud mental y emociones

Aunque tradicionalmente el tema de la salud mental ha sido campo exclusivo de la piscología,[3] ha surgido recientemente un interés de la sociología para recuperar un fenómeno social, el de las emociones, de tal forma que por esta nueva vía se mantiene y fortalece la apuesta de una sociología cultural basada en la enunciación de los modos en que la cultura es una parte central en la construcción de los sentidos y significados sociales, a los cuales, desde luego, no es ajena la construcción social de la enfermedad, sus simbolismos y representaciones a nivel colectivo y de quien (es) la padecen (Layunta, 2005; Alexander, 2000; Wolf, 1988). Desafortunadamente, de parte del campo

de la salud mental no existe un trabajo que evidencie una esfera de relación e interacción que tendría que ser considerada como prioritaria, dados sus orígenes y efectos sociales y por supuesto económicos (Mueller, 2005; Bericat, 2000).

Se trata de hacer visible un ámbito de la vida social, en el que se produce una interacción que da vida a lo microsocial en oposición a lo macro, allí donde se suceden una serie de vivencias cotidianas, experiencias emotivas que han sido apartadas del trabajo serio en la sociología. Tal vez aquí, es necesario apuntar que lo cotidiano pretende nombrar el espacio histórico y cultural donde tiene lugar una amplia gama de actos, hechos, relaciones, interrelaciones, de tal manera que es urgente pensar que ese lugar al que se hace referencia no es ni un espacio físico, ni un espacio vacío al que hay que llenar, sino que se crea a partir del proceso social mismo; así hablamos de un sentido de la sociedad y del trabajo sociológico en permanente movimiento y transformación.

El tema de la salud mental es un terreno sumamente complejo, que durante mucho tiempo ha estado atado al estereotipo de imágenes que han derivado en la necesidad casi exclusiva de una atención psiquiátrica (en la modalidad de internamiento); no obstante, en las tres últimas décadas ha habido un cambio radical en la formulación de los sentidos que en estos momentos alude el campo de conocimiento de la salud mental, tanto en términos académicos como en el de la formulación de programas y acciones sociales y gubernamentales. Así, como razón de este cambio, se esgrime el hecho de que en nuestra sociedad se hacen evidentes problemáticas antes inexistentes, y hoy reconocidas como parte del campo de la salud mental; entre ellas, procesos emotivos y conductuales derivados del padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas (Guinsberg, 2007; Martín, 2003; Szasz, 1994).

La salud mental ha formado parte de las agendas de los organismos internacionales ocupados del campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) han impulsado, por lo menos formalmente, la integración de apartados específicos de este campo de atención sanitaria a los programas de gobierno de los países tanto desarrollados como subdesarrollados. El sistemático manejo de indicadores, de variables y modelos epidemiológicos que pretenden medir y dar cuenta de la presencia al alza de enfermedades propias de este campo, así como el gradual pero sólido dibujamiento de un perfil de enfermedades mentales que, curiosamente, va asociándose al terreno de la llamada salud mental y no de la enfermedad mental, suponen un escenario esencialmente distinto de aquel al que solía remitir el sentido de locura, con las reminiscencias y contenidos de obscuridad, fealdad, maldad, entre otras imágenes asociadas a la atención psiquiátrica y psicológica (OMS, 2004; OMS, 2002).

En efecto, el vínculo entre salud mental y emociones se ha ido consolidando desde el último cuarto del siglo pasado, de tal manera que en estos primeros años del siglo XXI nos hemos ya familiarizado con el sentido que remite a la ecuación: problemas de salud mental igual a padecimientos de orden emocional (Heller, 2004; Bericat, 2000). Como se acaba de mencionar, esta transformación no es fortuita y obedece a una serie de cambios significativos que obligan a desterrar el sentido de enfermedad mental más arraigado en un imaginario colectivo, el cual parece hecho a la medida de la imagen liminal que separa al ser humano de la bestia (a la razón de la sin razón), ha surgido a partir de este horizonte un amplio abanico de posibilidades y objetos de estudio (antes ajenos a la indagación científica), uno de éstos tiene que ver, precisamente, con el interés y la importancia de problematizar ámbitos de la vida social pretendidamente agotados en sus representaciones y manejos objetivos, dando por hecho, por ejemplo en el caso de la problemática en salud, que su conocimiento y atención orgánica, así como su definición y operativización funcional a escala social, y desde luego su manejo estadístico (epidemiológico y demográfico), tienen la capacidad de abarcar el conocimiento de un fenómeno de la complejidad que atraviesa el proceso de enfermar, con las correspondientes aristas en términos de discapacidad o del desenlace mortal, a que, en cada caso, puede remitir el curso mismo de la enfermedad.

Enfermedades crónicas, dolor y sufrimiento en la vida cotidiana: una mirada hacia la diabetes

En la actualidad, la diabetes es un tema que mantiene encendidos los focos de alerta a nivel internacional, la Federación Internacional de la Diabetes (FID) en su informe más reciente 2009, señala que la enfermedad se encuentra fuera de control,[4] y también refiere que en 1985 las mejores cifras disponibles sugerían que 30 millones de personas tenían diabetes en todo el mundo; 15 años después las cifras han sido rebasadas a más de 150 millones. Hoy, a no más de 10 años, las nuevas cifras —hechas públicas durante el XX Congreso Mundial de Diabetes en Montreal, Canadá (octubre 2009)—, sitúan el número próximo a los 300 millones, con una edad media mayoritaria entre los 20 y 60 años. La FID puntualiza que si el actual índice continúa creciendo sin control, el número total excederá los 435 millones en 2030, muchas más personas que la población actual del Norte de América (Latinsalud.com, 2009; FID).

En este apartado nuestro objetivo es explicar y comprender a la diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT 2) como una enfermedad crónico-degenerativa dolorosa y que conlleva sufrimiento cotidiano, enfatizando a la enfermedad como experiencia. Para ello el punto de partida es la noción de vida cotidiana y su alteridad ante la cronicidad de la enfermedad y sus complicaciones que

conducen de manera implícita y explícita al dolor y sufrimiento de las personas y sus familiares.

Cuando la cotidianidad se altera ante la enfermedad crónica-degenerativa

La noción de vida cotidiana (Schütz, 1964; Schutz, 1995; Berger y Luckman, 2001) es un marco útil para comprender a la enfermedad como experiencia, ya que nuestra cotidianidad suele transcurrir casi inadvertida mientras no enfrentamos problemas que nos impidan realizar las actividades habituales o disfrutar de la vida. Si el cansancio, las penas, el dolor y sufrimiento aparecen sorpresiva y eventualmente en la cotidianidad, seguro que tienen sabor a vida, ya que en breve todo vuelve al cauce habitual; y de manera casi inadvertida damos por supuesta la capacidad de nuestro cuerpo para actuar y continuar con nuestros proyectos. Tenemos conciencia del sí mismo y de la identidad, un «mí» y un «yo», lo que nos hace suponer también la identidad y continuidad básicas; y nuestras relaciones sociales se basan en la suposición de que los demás pueden entender nuestra experiencia porque nos situamos en el mundo de la vida cotidiana de manera similar, aunque nunca idéntica. "Sin embargo […] corremos el riesgo de que la enfermedad crónica desbarate todo lo que damos por supuesto" (Shuman, 1999: 30).

Las enfermedades crónicas son aquellas cuyos síntomas en las personas se prolongan de por vida y afectan su capacidad para realizar sus actividades habituales; su tratamiento médico es de eficacia limitada y frecuentemente contribuye al malestar físico y psicológico de los pacientes y sus familias; impactan en la percepción que tienen sobre su cuerpo quienes las padecen, en su orientación respecto al tiempo y el espacio, el sentido de su vida y la de sus familias, su autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal (Shuman, 1999:21).

Las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades reumáticas, osteoporosis, coronariopatías, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, diabetes *mellitus* e hiperlipidemias), también son consideradas enfermedades «complejas» o «multifactoriales» debido a que sus explicaciones apuntan a la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y conductas de riesgo (Cocho, 2005) estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los pacientes. Las personas que las padecen y su red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante toda su vida con los síntomas y complicaciones que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa (Tejeda *et al.*, 2006, Tinoco, 2007).

Son varios los retos a enfrentar por parte de quienes están directamente involucrados a los que padecen enfermedades crónico-degenerativas, curarlos es un reto para la

biomedicina; atenderlos es un reto para las instituciones de salud pública, para ellos mismos y sus familiares, debido a los altos costos económicos de los tratamientos cuya base es la medicalización; mientras que las familias de los pacientes enfrentan el reto de sobrellevar los costos emocionales que generan las pérdidas que conllevan los padecimientos crónicos. Ya que "la facilidad o dificultad del proceso afecta a la propia enfermedad, añadiendo o eliminando niveles de malestar. Probablemente es imposible separar las quejas somáticas que resultan de una patología subyacente de los tejidos y los órganos, enmarcadas como dolencia, de las que tienen su origen en las emociones, las tensiones y el contexto social y político en el que la experiencia de la enfermedad se expresa y forma en un primer momento" (Shuman, 1999: 23).

El impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre e impredictibilidad del proceso de enfermedad, el distrés[5] afectivo que genera, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, espirituales y situación autobiográfica (Gómez y Grau, 2006: 195). Por lo anterior, el dolor y sufrimiento en los enfermos y sus familiares es una premisa importante. Consideramos conveniente diferenciar al dolor del sufrimiento, el primero se halla más identificado con la sensación de un daño o lesión corporal, mientras que el segundo se refiere a la pérdida o carencia de un bien o la pérdida o ausencia de un ser querido (Díaz y Flores, 2001; Bericat, 2006).

El sufrimiento no sólo es de los pacientes, también de quienes les acompañan cotidianamente en el curso de su enfermedad. Aunque el dolor y sufrimiento no deben considerarse exclusivamente como efectos o epifenómenos de una determinada enfermedad, sino que el sufrimiento se puede considerar en sí mismo como enfermedad, que conduce a un ámbito no menos complejo como lo es el de los padecimientos mentales (Bericat, 2006: 4). Lo anterior nos permite considerar que si la enfermedad crónica por sí misma es dolorosa y sufriente, cuando las condiciones de vida de los pacientes son de pobreza, el sufrimiento posterior a la enfermedad se agudiza en términos de una serie de carencias que hacen más difícil y complejo el proceso de hacer frente y sobrellevar la enfermedad: aseguramiento de atención médica, disposición de medicamentos, condiciones económicas para ajustarse a un determinado régimen alimenticio, acceso a tecnologías diagnósticas, atención a complicaciones propias de la enfermedad crónica que se padece, entre otros requerimientos básicos.

Dolor y sufrimiento son vivencias afectivas fundamentales del ámbito emocional y relacional de los seres humanos, así como tenemos la necesidad de compartir nuestro placer también nuestro dolor y sufrir (Vallverdú, 2007) por lo que conviene

detenerse en la importancia de dicho ámbito de la vida de los seres humanos, desde diversas perspectivas de las ciencias sociales.

"Las emociones individuales se elevan a lo colectivo, siendo este mismo colectivo el que modifica a su vez el desarrollo de las emociones individuales" (Vallverdú, 2007: 33). Desde la perspectiva de la sociología de las emociones, éstas son una base para la explicación y comprensión de múltiples acciones, vivencias, sucesos, procesos y problemas sociales, ya que "Si la mayoría de las emociones humanas se nutren en el contexto de las relaciones sociales y si, como muchos autores afirman, el objeto propio de la sociología es el estudio de estas relaciones, es obvio que el conocimiento acumulado por esta disciplina puede iluminar aspectos esenciales del mundo afectivo" (Bericat, 2000: 152).

Desde la perspectiva antropológica hay mucho qué decir acerca de la importancia de las emociones en la comprensión de la vida humana porque:

Desde el tema de la emocionalidad, probablemente como desde todo acercamiento riguroso a cualquier asunto humano importante, se plantean todos los problemas antropológicamente radicales: las relaciones entre la mente y el cuerpo, el papel de la razón y de otras funciones acompañantes, la trascendencia de los afectos en el entendimiento y la confrontación cultural. Pero sobre todo se plantea la perspectiva global desde la que se considera el fenómeno de la vida integralmente (Ascensio *et al.*, 2006: 31-32).

También desde la perspectiva filosófico-antropológica se apuntan una serie de reflexiones en torno al importante papel de las emociones en las relaciones humanas y sociales, en la que se considera que "El existir del hombre es inconcebible sin sus vivencias con las cuales el contenido racional está estrechamente conectado con la actitud emotivo-sensorial y afectivo-valorativa hacia el mundo y a sí mismo" (Malishev, 2007: 20).

Los aspectos enumerados en el párrafo anterior son importantes aportaciones para la comprensión del vínculo entre el ámbito emocional y las enfermedades crónico-degenerativas, como la DMT 2, porque hay vivencias afectivas que nacen cuando aquéllas se manifiestan, dado que la enfermedad es un suceso que conlleva una diferencia dolorosa en la cotidianidad y el futuro que damos por supuesto. Las vidas de algunos pacientes quedan dañadas irremediablemente, otros intentan remediar las grietas de sus mundos, en la medida de lo posible y con los apoyos disponibles. Pero definitivamente están aquellos pacientes y su entorno familiar para quienes un mundo anterior desaparece y lo reemplaza uno nuevo cargado de sufrimiento.

Las personas no sólo sufren dolencias, viven su propias experiencias idiosincrásicas de enfermedad, por lo que no hay que tratar las dolencias sino a las personas. "No es que padezca dolor crónico […] es que me duele el cuerpo, la vejiga de mi marido pierde líquido,

las manos de mi madre no se pueden mover con la facilidad habitual, las piernas de mi amigo se arrastran como si llevaran un lastre de plomo, y mi hijo no puede respirar sin una máquina" (Shuman, 1999: 24).

Los seres humanos tenemos la necesidad de compartir socialmente las emociones

Todos sabemos que no es lo mismo ir solo que ir acompañado al cine, al teatro, a un concierto, a contemplar la naturaleza y a tantas otras actividades posibles. Necesitamos compartir nuestras emociones, y cuanto más fuertes e intensas son éstas, más apremiante es el deseo de comunicación. Sucede en todo el mundo, con personas de cualquier sexo, capacidad económica o formación cultural. Necesitamos compartir socialmente nuestras emociones […]. Por ejemplo, ante la noticia de un accidente o terrible enfermedad de una persona próxima, sus allegados comentan de formas diversas acerca de la situación, no están más que expresando su preocupación por el amigo, las dudas acerca de la solución del caso, el miedo ante la inseguridad de la propia vida (Vallverdú, 2007: 32).

La enfermedad crónica genera angustia, miedo, culpa, desesperanza, a pesar de que los pacientes y sus familiares dispongan de recursos para su tratamiento y atención oportuna y adecuada; no obstante, esos sentimientos se agudizan cuando no cuentan con recursos; porque están conscientes o hacen conciencia de que es una enfermedad incurable y antes o durante su tratamiento han tenido noticias de otros tantos pacientes con los mismos padecimientos, quienes no siempre logran evitar las complicaciones, y también porque la vida con una enfermedad guarda algún parecido con la que era antes, pero muchas cosas pueden haber cambiado.

Las personas que tienen enfermedades pueden decir: "No me siento yo mismo", o, "Me siento como si mi vida se estuviera desmoronando". Entre otras cosas, están hablando de la temida sustitución de los pensamientos, sentimientos, sensaciones, proyectos, recuerdos y planes familiares de su mundo cotidiano anterior. Lo que antes era sólido parece que está ahora construido sobre arenas movedizas (Shuman, 1999: 30). Cada enfermedad crónica tiene sus peculiaridades biológicas y como experiencia cada individuo y familia tienen sus propias interpretaciones y significados *(*Fitzpatrick *et al.*, 1990), cuyas dimensiones se pueden ver influidas por el espacio y tiempo, el género, las condiciones de vida.

DIABETES, VIDA COTIDIANA, DOLOR Y SUFRIMIENTO

Desde la perspectiva de la biomedicina, clínicamente la DMT 2 se define como "un grupo de trastornos con complejas anormalidades metabólicas. Éstas incluyen: elevada producción de glucosa por el

hígado, deficiente secreción de insulina por la célula beta del páncreas y una pobre respuesta del organismo a la acción de la insulina" (Escalante, 2001: 57). También dicha enfermedad "se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina, y por una sensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de la insulina" (González *et al.*, 2000: 1). Los mismos autores consideran que dicho padecimiento también está asociado a otras enfermedades (previas a la diabetes o complicaciones de ésta) como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, accidentes vasculares encefálicos, retinopatía, ceguera, insuficiencia renal crónica, pie diabético.

La Organización Panamericana de la Salud-Bolivia señala que "Si bien la diabetes se caracteriza porque las personas que la padecen presentan complicaciones metabólicas, renales y vasculares; sin embargo, también presentan problemas de disfunción de los nervios periféricos, afección conocida como neuropatía diabética y que provoca muchos dolores" (OPS/OMS, 2009).

Otra de las complicaciones de la diabetes es la polineuropatía diabética que se caracteriza por cambio o pérdida sensitivomotora y de los reflejos, los síntomas son adormecimientos progresivos inicialmente en los pies, luego en los dedos de las manos y luego siguen dolores quemantes que persisten y se agravan por la noche, a éstos se le denomina un síndrome de pies ardorosos y quemantes que molestan al paciente hasta obligarlo a no soportar las sábanas e intentar mitigar su ardor colocando los pies en agua fría. Algunos pacientes, a veces también, sienten dolores quemantes en brazos, tronco, piernas y rodillas (OPS/OMS, 2009).

Aunque podemos seguir enunciando otras complicaciones dolorosas en los pacientes con diabetes, los que hemos mencionado, dejan claro que se trata de una enfermedad sumamente dolorosa y más aún con sufrimiento. La explicación biomédica de la DMT 2 es importante para entender la naturaleza biológica de dicha enfermedad y sus complicaciones, pone énfasis en la patología manifiesta en los tejidos, los órganos y los genes, enmarcadas como dolencia. Entonces podemos decir que a muchas personas enfermas de diabetes les duele la cabeza, les duele el cuerpo, se sienten cansados o fatigados para realizar sus actividades cotidianas, les duelen los pies y sienten que se les queman, les duelen los riñones, etcétera.

En las ciencias sociales encontramos las explicaciones de los determinantes sociales, culturales, económicos y políticos que son parte de las causas de la DMT 2 y más aún encontramos múltiples factores para la comprensión de dicha enfermedad como experiencia de vida, dolorosa y que conlleva sufrimiento en la cotidianidad y para toda la vida de los pacientes y sus familiares.

Debido a que las causas de la DMT 2 están asociadas a las condiciones de vida

y culturales (sobre todo a las creencias) de los pacientes y sus familiares, los regímenes del tratamiento y atención de los pacientes para hacerle frente y evitar al máximo las complicaciones también tienen dicha asociación; y reclaman del paciente diabético el cumplimiento al pie de la letra de una serie de cuidados como la alimentación para llevar una dieta saludable, la práctica de ejercicio, el cuidado de su cuerpo y el tratamiento médico, que a su vez exigen disponibilidad de recursos económicos, culturales y apoyo emocional. Los pacientes encuentran o no, el apoyo emocional en su entorno social más inmediato, su familia, así como de apoyos de amistades, compañeros de trabajo, conocidos, vecinos, etc., en suma, en sus redes sociales de apoyo (Fitzpatrick *et al.*, 1990).

Lo anterior es importante debido a que las personas que padecen diabetes se enfrentan cotidianamente al deterioro de su calidad de vida, lo cual les impacta en la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial, ante la posible incapacidad y muerte, sobre todo si no tienen un tratamiento y atención integral y oportuna. Sin embargo, si las personas que padecen DMT 2 recibieron su diagnóstico oportunamente y llevan un tratamiento y cuidados adecuados, "médicamente se sabe" que pueden vivir y convivir el resto de su vida con ese padecimiento y con calidad de vida, aunque ello no implique que se pueda evitar el dolor y sufrimiento de manera definitiva, por la cronicidad de esa enfermedad (Tejeda *et al.*, 2006).

Muchas personas que padecen diabetes sufren porque sienten dolencias; ardor en las extremidades, manos, brazos; pérdida de sensibilidad motora y reflejos; como consecuencia de la retinopatía pasan de manera paulatina a la ceguera y definitivamente el mundo y la vida ya se ven completamente diferentes y llega el momento en que pierden la vista; también porque para evitar al máximo las complicaciones de la enfermedad ya no se pueden permitir comer alimentos que les gustan, pues les dañan y la vida ya no les sabe igual, o bien no disponen de recursos para llevar una dieta saludable para su tratamiento; o éste y su atención tienen un importante impacto económico que les obliga a reducir gastos en otros aspectos de su vida; o más aún, no encuentran comprensión y apoyo emocional para vivir cotidianamente; porque se enfrentan al estigma social.

Ya hemos dicho que cada paciente interpreta la experiencia de la diabetes (y otras enfermedades crónicas) de acuerdo con sus creencias culturales, por lo que si como parte de las complicaciones de este padecimiento los pacientes sienten afectada su sexualidad, el sufrimiento en torno a ello puede variar en cada caso y de acuerdo a su condición de género. En el caso de muchos hombres se presenta disfunción eréctil. Frente al escenario de pérdida de erección el hombre puede entrar en conflicto con su rol y su papel dentro de la sexualidad y la pareja, y por tanto la familia puede entrar en una espiral decadente muy importante. […] La que se

puede iniciar tanto por la diabetes como por la disfunción "[…] La espiral decadente puede manifestarse en la separación de la pareja. La ruptura de roles tradicionales, la búsqueda de culpables de infidelidad y rechazo" (Mejía, 2007: 232-233).

Finalmente, la enfermedad crónica como experiencia y particularmente la diabetes, así como las emociones que ésta desencadena en los pacientes, pueden ser compartidas con los integrantes de sus redes de parentesco y de amistad y quienes les pueden brindar apoyos diversos y afectos sumamente valiosos para sobrellevar el padecimiento, sin embargo, sólo cada paciente puede sentir sus emociones respecto a su enfermedad. Esto último nos permite subrayar que para comprender en lo profundo las enfermedades como experiencia, es imprescindible trascender la intersubjetividad y acudir a la subjetividad (Schütz, 1964, 1995; Berger y Luckman, 2001).

Derechos humanos y salud

En décadas recientes han surgido posturas, propuestas, organizaciones y movimientos que pugnan por una atención digna del enfermo, y que se inscriben en el reconocimiento de una serie de derechos identificados como derechos humanos. En la historia de los derechos humanos han surgido momentos decisivos en su reconocimiento y consolidación, siendo cada vez más detallados los pronunciamientos en favor de temáticas especiales, como en lo que corresponde al tema aquí abordado.

El derecho a la salud reconocido formalmente surge a partir de 1946 con la constitución de la OMS que lo postula como uno de los ejes centrales de sus objetivos. Más tarde, este derecho y otros que el cumplimiento del mismo derecho implica, fueron desarrollados y adoptados en la Declaración Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. La salud desde entonces fue tomada en cuenta desde una perspectiva más amplia, además de ser ese estado benéfico para el ser humano que le permitía desarrollar plenamente sus actividades, se convirtió también en una condición que los Estados y sus gobiernos deben favorecer para evitar las enfermedades y contar con sociedades sanas (IEPALA, 2010; Díaz y González, 1991).

Respecto del derecho a la salud, Kofi Annan, quien fuera Secretario General de las Naciones Unidas, en alguna ocasión manifestó su deseo porque la salud se dejara de considerar como una bendición esperada, y se concibiera como un derecho humano por el que se ha de luchar (IEPALA, 2010). Y es que la salud y la enfermedad, a pesar de los avances de la investigación y la generación del conocimiento, por tratarse de condiciones que tienen que ver con poseer o no la vida (cruzando invariablemente cada momento de la existencia), no son ajenas de una carga mística, religiosa, espiritual y de fe, lo que vuelve más complejo su abordaje y conocimiento. El derecho a la salud no es

distinto al resto de los derechos humanos universales; parte de una base única de respeto y dignidad de la persona, considerando por supuesto las particularidades de los grupos, las razas, las etnias y las creencias que al respecto de la salud y la enfermedad prevalecen; se menciona que:

> Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública (Comisión Civil Internacional de Observación por los Derechos Humanos, 1998).

Sin duda, diversos debates al respecto del cumplimiento de este derecho se han suscitado, teorías como la libertaria, la utilitarista, la igualitarista o la comunitaria han surgido para definir la mayor conveniencia del tipo y la prestación de los servicios de salud ¿la salud desde el Estado o desde el mercado? En países como México, los ciudadanos tienen que elegir entre el servicio particular de elevado costo o el servicio público de baja calidad.

Así, el principal interés al respecto de este tema se centra no sólo en la salud como una condición que habrá de intentar conservarse, sino también y de manera sustancial en la realidad que viven quienes padecen una enfermedad. Es indispensable referirse, tal y como aquí se ha venido enfatizando, al significado que adquiere enfermar dentro de un sistema de valores; un enfermo es el ser humano que sufre un padecimiento o enfermedad que merma sus capacidades, no todos los enfermos son conscientes de su condición hasta que ellos u otros detectan conductas o síntomas que alteran el organismo o la personalidad.

Asumir el diagnóstico ante la enfermedad, implica un proceso de varias etapas que puede llevarle al individuo desgastes no sólo físicos sino emocionales, racionales e incluso espirituales, vinculados indudablemente al entorno social y cultural. "Cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono" (Farreras y Rozman, 2000: 50).

Así es que la enfermedad está más allá de la afectación o deterioro físico del paciente,

por supuesto que en gran medida su reacción y la de su familia se produce en proporción del tipo de padecimiento y el tratamiento que se le prescriba. Las enfermedades ocasionales y de tratamiento efectivo suelen no alterar de manera profunda el entorno del enfermo, sin embargo, cuando se trata de enfermedades graves, con secuelas que incapacitan a la persona o enfermedades crónico-degenerativas, las circunstancias son diferentes, habrá que recurrir a los medios de los que se tiene alcance para enfrentar las circunstancias y sus consecuencias.

El trato del enfermo y sus derechos

Ante el tratamiento de la enfermedad que no distingue condiciones entre los seres humanos, se han suscitado diversas cuestiones dignas de estudio que van más allá de lo que le compete a la medicina. El problema desde el punto de vista social es que la tecnología y la ciencia médica están básicamente enfocadas en el estudio de la enfermedad, sus causas, sus consecuencias y su tratamiento, olvidándose del enfermo; los padecimientos son impersonales, no tienen nombre ni apellido, el enfermo queda olvidado, es identificado más bien por su padecimiento que por su personalidad, y si a ello sumamos que recurrentemente se ignora el entorno social, el ambiente familiar y las características psíquicas de las personas enfermas, el panorama realmente se presenta desolador. Los sistemas sanitarios en muchas naciones han sido reflejo de una concepción cientificista de la relación salud-enfermedad; a decir verdad, la medicina al igual que otros ámbitos de la vida moderna se ha ido deshumanizando.

Precisamente, las actitudes que han surgido de la problemática antes descrita motivaron la aparición de exigencias sociales que permitieran al enfermo enfrentar con un trato digno su padecimiento y tratamiento. Fue en 1948 cuando a partir de la Declaración de la Asociación Médica Mundial, la OMS en 1968 y la Conferencia Ética Médica de la Asamblea Médica Mundial de 1969, que de manera específica se comenzó a aplicar en declaraciones internacionales el término de *derechos del enfermo,* seguramente con antelación el término había sido aplicado, pero el reconocimiento formal del mismo se da por un organismo internacional hasta entonces (IEPALA, 2010).

Es interesante rescatar que esta primera declaración reconocida internacionalmente surge con la intención de crear o actualizar (por la presencia ya del llamado juramento hipocrático), una base moral para el ejercicio de la medicina, tomando en cuenta las emociones, los sentimientos y el dolor del enfermo. A partir de ese momento, infinidad de declaraciones, reglamentos, guías y pronunciamientos surgen respecto a los derechos de los enfermos, se inicia un periodo de adaptación de leyes, reglamentos,

actitudes y conductas no sólo del personal médico, sino de las propias instituciones.

Desafortunadamente, la conducta que ha tendido el reconocimiento de los derechos de los enfermos ha quedado a criterio de las naciones y sus instituciones. A pesar de existir normas generales compartidas, para los organismos internacionales los derechos de los enfermos embonan en el considerado derecho a la salud, razón por la cual los específicos derechos de los enfermos, a pesar de parecer claros y seguros en su cumplimiento, han quedado a la gracia de quien puede o debe respetarlos.

Con el avance de las investigaciones de las ciencias médicas y el afán por acercar al enfermo, los recursos tecnológicos y humanos suficientes en el tratamiento de su enfermedad, han surgido diversas disposiciones respecto a determinadas enfermedades, es decir, los derechos de los enfermos se han tenido que fragmentar para otorgar al enfermo los beneficios que requiere, encontramos entonces los derechos de los enfermos mentales, derechos de los enfermos con cáncer, derechos de los enfermos terminales, derechos de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, entre muchas otras disposiciones que de alguna manera han apuntalado la preocupación por contar con un respaldo para el enfermo más allá del propio tratamiento médico.

Sería injusto no reconocer los intensos esfuerzos de quienes siendo sensibles al enfermo y al enfermar, han pugnado por el reconocimiento de los derechos de los enfermos, más allá de los que les otorgan las instituciones y los médicos. Sin embargo, debemos reconocer que el éxito obtenido hasta ahora no representa una seguridad para quien enferma, aún falta mucho por hacer para contribuir a la cura de las enfermedades desde el aspecto emocional y social. Seguramente será muy cuestionable la afirmación de que la cura de una enfermedad depende en gran medida a la condición psíquica del enfermo, pero la experiencia y la observación la respalda.

Si se revisan las legislaciones, los reglamentos y las disposiciones de cualquiera de los ámbitos relacionados con la salud, seguramente encontraremos renglones que exaltan la dignidad de la persona y el valor de la vida; pero como en muchas otras materias, las deficiencias no radican en lo que está o no escrito, sino en el acatamiento de la norma, pero principalmente en la formación de recursos humanos, del mantenimiento y fortalecimiento de una sociedad integrada por individuos conscientes, solidarios y sensibles al padecimiento ajeno.

De aquí que el estudio de las enfermedades debe compartirse con otras disciplinas que permitan enriquecer el camino sorpresivo de las emociones de los seres humanos. Sin duda, para adentrarnos a estos conocimientos, brindar un panorama general de los aspectos legales y formales que conviven con los actitudinales en la enfermedad resulta necesario, enriquece el diagnóstico y apoya los hallazgos encontrados.

Específicamente vale la pena estudiar el contexto legal, emocional, social y personal en el que viven quienes padecen diabetes *mellitus* tipo 2, enfermedad crónico-degenerativa que precisamente por ir afectando paulatinamente a quien la padece, requiere de protección legal, social y emocional que le permita enfrentar dignamente su enfermedad. Con el estudio de la salud y la enfermedad se comienzan a abrir panoramas de interés inusitado que tradicionalmente pertenecían al estudio de la ciencias de la salud; la salud y la enfermedad resultaron ser objeto de estudio no sólo de la medicina, la biomedicina, la fisiología o la genética por ejemplo, también son importantes para la bioética, la sociología, la antropología, la filosofía, el derecho y varias otras ciencias que se dedican a estudiar las relaciones y el comportamiento de los seres humanos.

Notas

[1] A cada padecimiento crónico degenerativo se asocian una serie de alertas "complicaciones" que por ejemplo en el caso de la diabetes suelen identificarse en términos de pie diabético, retinopatía, complicaciones en el funcionamiento de los riñones, entre las más comúnmente referidas.

[2] Ha habido un mayor impulso al conocimiento y atención de las llamadas enfermedades terminales, a partir del conocimiento y la formación de recursos humanos en el campo de la tanatología. A nivel oficial se han dado algunos pasos para generar instituciones alternas de atención para pacientes (y sus familiares), uno de los problemas sigue siendo el centralismo y el bajo presupuesto destinado a estos centros de atención.

[3] Por largo tiempo, el conocimiento y la discusión en torno a la salud mental ha sido un tema básicamente identificado con el campo teórico y profesional de la psicología y de la psiquiatría, de manera más restringida del psicoanálisis, aunque en este caso con mayores vínculos en términos de una discusión histórica y social. No es fortuito que hoy en día la referencia y el abordaje que define y encauza cualquier tipo de atención y tratamiento terapéutico que haga frente a ésta que se ha asumido como una problemática, continúe siendo campo privativo de la psicología, de la psiquiatría, de ahí que, como se menciona al inicio de este documento, sea imprescindible pensar a la salud mental desde una perspectiva socioantropológica, histórica, filosófica, cultural y con ello abrir paso no sólo a la descripción, enunciación, clasificación, la determinación y el perfeccionamiento de un tratamiento biomédico, sino a una reflexión de fondo con claves para saber sobre ese vínculo tan estrecho, esa indisoluble interdependencia entre el individuo y la sociedad.

[4] La FID es una organización no gubernamental en relaciones oficiales con la OMS y asociada

al departamento de Información Pública de Naciones Unidas. La FID organiza el Congreso Mundial de Diabetes cada dos años. Para más información visitar www.idf.org.

[5] Estrés negativo, dañino para el organismo humano.

BIBLIOHEMEROGRAFÍA

Alexander, Jeffrey C. (2000), *Sociología cultural. Formas de clasificación en las sociedades complejas*, Barcelona, España, Anthropos.

Alcántara, Elizabeth *et al*. (2004), "Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas", en *Revista Investigación en salud*, núm. 3, vol. VI, diciembre, pp. 146-153.

Alfaro Noé *et al.* (2006), "Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2", en *Investigación en salud*, núm. 3, vol. VIII, diciembre, pp. 152-157.

Barragán, Solís Anabella (2005), "La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética", en *Cuicuilco*, núm. 33, vol. 12, enero-abril, México, pp. 61-78.

——— (2006), "El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes", en revista *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 8 (2), pp. 109-117.

Bericat, Alastuey Eduardo (2000), *La sociología de la emoción y la emoción en la sociología*, Papers núm. 62, España, pp. 145-176.

——— (2006), "Sociología del sufrimiento: el sufrimiento como enfermedad social", en *Medicina y Filosofía. La enfermedad y el sufrimiento* (IV), Sevilla, España, Fénix Editorial.

Berger, Peter L. y Thomas Luckmann (2001), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

Cárdenas, Velia M. *et al*. (2005), "Calidad de vida del paciente con diabetes *mellitus* tipo 2", en *Revista CIENCIA UANL*, núm. 3, vol. VIII, México, pp. 351-357.

Cocho, Germinal (2005), "Sociedades complejas. Fenómenos críticos y evolución al borde del caos", en Enrique Ruelas y Ricardo Mansilla (coords.), *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*, México, UNAM / Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades / SSA / Plaza y Valdés Editores, pp.13-34.

Comisión Civil Internacional de Observación por los Derechos Humanos (1998), *Entrevista con Mary Robinson, alta comisionada de la ONU por los DDHH*, en http://cciodh.pangea.org/?q=es/node/17, consultada el 26 de diciembre de 2009.

Conde Gutiérrez, Fernando (2002), "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina", en *Revista Española de salud pública*, núm. 5, vol. 76, septiembre-octubre, pp. 395-408.

Díaz, José Luis y Enrique Flores O. (2001), "La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo", en *Salud Mental*, núm. 004, año/vol. 24, agosto, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, pp. 20-35.

Díaz, Tejeda Arcadio y Asunción González de Chávez (1991), "Acerca de los derechos de los enfermos", en *III Mesa Redonda de Ombudsman Europeos*, Florencia, Italia, noviembre de 1991, en http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr22.pdf.

Dörr-Zegers, Otto (2006), "En torno al sentido del dolor", en *Salud Mental*, núm. 4, vol. 29, julio-agosto, México, pp. 9-17.

Escalante, Pulido J. Miguel (2001), "Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Actualidades", en *Investigación en Salud*, año/vol. III, marzo, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, pp. 57-61.

Farreras, V. y Ciril Rozman (2000), *Medicina Interna*, 14ª ed., Madrid, Elsevier.

(FID) Federación Internacional de Diabetes (18/01/2010), en www.idf.org

Fitzpatrick *et al.* (1990), *La enfermedad como experiencia*, México, Fondo de Cultura Económica / Conacyt.

Galán, Rodríguez Antonio *et al.* (2000), "Análisis del concepto de conducta de enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar", en *Anales de psicología*, núm. 2, vol. 16, pp. 157-166.

Gleizer, Salzman Marcela (1997), *Identidad, subjetividad y sentido en las sociedades complejas*, México, FLACSO / Juan Pablos Editor.

Gómez, Rubén Darío (2002), "La transición epidemiológica y salud pública: ¿explicación o condena?", en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (2), Medellín, Colombia, pp. 57-74.

Gómez, Sancho Marcos y Jorge A., Grau Abalo (2006), "Dolor y sufrimiento", en *Dolor y sufrimiento al final de la vida*, Madrid, España, Aran Ediciones, pp. 192-284.

González, Fernández Rebeca S. *et al.* (2000), "Características clínicas de la diabetes mellitus en un área de salud", en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, núm. 2, vol. 16, Ciudad de la Habana, Cuba, marzo-abril.

Guinsberg, Enrique (2007), "Salud mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva", en Edgar Jarillo Soto C. y Enrique Guinsberg (edits.), *Temas y desafíos en salud Colectiva*, Argentina, Lugar Editorial.

Heller, Agnes (2004), *Teoría de los sentimientos*, México, Ediciones Coyoacán.

(IEPALA) Instituto de Estudios Políticos para América Latina y África (2010), *Curso sistemático de derechos humanos*, en http://www.iepala.es/curso_ddhh/, consultado el 3 de enero de 2010.

LatinSalud (2010), www.latinsalud.com, consultado el 18 de enero de 2010.

Layunta, Maurel Beatriz (2005), "Deconstruyendo el dolor. Un relato sobre y desde la fragilidad", en *Athenea Digital*, núm. 8, otoño, Barcelona, España, pp. 1-12.

Livi-Bacci, Massimo (1993), "Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina" (IV Conferencia Latinoamericana de Población), en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México, INEGI / IIS-UNAM.

Malishev, Mijail (2007), *Vivencias afectivas. Expresión de la existencia humana,* México, Plaza y Valdés Editores.

Mejía Modesto, Alfonso (2007), "La diabetes, la familia y la condición de género", en Norma González González, *Pobreza y salud en el Estado de México: La atención no hospitalaria de la diabetes*, UAEM / CEMAPEM / Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 197-240.

Martín, Alfonso Libertad (2003), "Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad", en *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (3), La Habana, Cuba, pp. 275-281

Mueller, Fernand-Lucien (2005), *Historia de la psicología. De la antigüedad a nuestros días*, México, FCE.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), *Programa mundial de acción en salud mental*, Ginebra, Suiza.

——— (2004), *Invertir en salud mental*, Ginebra, Suiza.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2006), "Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo régimen alimentario, actividad física y salud", en *40 Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo* OPS/OMS. Washington, USA.

OPS/OMS (2009), "Dolores que sufren diabéticos. Salud y bienestar", Centro de noticias OPS/OMS Bolivia, Santa Cruz, Bolivia, 29 de septiembre.

Tejeda, Tayabas Luz María *et al*. (2006), "Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento", en *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición,* núm. 1, vol. 7, enero-marzo, en http://www.respyn.uanl.mx/vii/comunicaciones/percepciones_diabetes.htm, consultado el 25 de noviembre de 2010.

Tinoco García, Alicia M. (2007), "Redes de parentesco y otras redes sociales de apoyo en la cotidianidad de personas que padecen diabetes mellitus tipo 2: experiencias de mujeres integrantes de un grupo de apoyo mutuo", en Norma González González, *Pobreza y salud en el Estado de México: La atención no hospitalaria de la diabetes*, México, UAEM / CEMAPEM / Miguel Ángel Porrúa, pp. 133-195.

Rolland, John S. (2000), *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*, Barcelona, España, Gedisa.

SSA (Secretaría de Salud) (2000), *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes*, México.

——— (2001), *Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes 2001-2006*, México.

——— (2007), *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México.

Schütz, Alfred (1964), *Estudios sobre teoría social*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

——— (1995), *El problema de la realidad social*, Argentina, Amorrortu Editores.

Shuman, Robert (1999), *Vivir con una enfermedad crónica*, España, Paidós.

Szasz, Thomas (1994), *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal,* Argentina, Amorrortu Editores.

Vallverdú, Jordi (2007), *Una ética de las emociones*, Barcelona, España, Anthropos Editorial.

Wolf, Mauro (1988), *Sociologías de la vida cotidiana*, Madrid, España, CÁTEDRA.

World Diabetes Foundation (20103), *Diabetes Voice*, Bruselas, Bélgica.

World Health Organization (2008), *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, ONU.