

**Carlos Hernández Teixidó**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
C.S. Calamonte, Badajoz.



Vulnerabilidad social en personas con diabetes

La diabetes, una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo, no solo tiene raíces biológicas, sino que está estrechamente ligada a factores sociales que determinan la vulnerabilidad de ciertos grupos de la población. El concepto de vulnerabilidad deriva de la acumulación de múltiples problemas sociales y tiene una importancia bidireccional como factor de riesgo en cuanto a resultados en salud se refiere.

Llamamos determinantes sociales al conjunto de condiciones en las que una persona nace, se desarrolla y envejece, y que afectan a su salud y bienestar. La influencia de factores económicos, culturales, políticos y sociales modela los determinantes sociales de un individuo y tiene un impacto significativo en la salud y en el desarrollo de enfermedades.

Los condicionantes públicos modifican en un primer momento, como si de un "río arriba" se tratara, todos y cada uno de los condicionantes sanitarios y privados de un paciente. Haciendo que "río abajo" se vea limitada hasta la capacidad de cumplir con un tratamiento o de tener un mejor acceso a la consulta del médico. Y es que el entorno económico, laboral, social y político, influye enormemente en los estilos de vida, en el acceso a zonas libres de contaminación, el acceso a gimnasios, zonas ajardinadas, o simplemente en tener tiempo para realizar ejercicio físico.

Existen múltiples determinantes que influyen en el desarrollo y control de la diabetes, algunos de ellos **modificables** (acceso a servicios sanitarios, barrio, alfabetización y nivel educativo...) y otros **no modificables** (edad, sexo, genética...). En este artículo se valorarán algunos de los determinantes sociales que influyen en la salud de las personas con diabetes.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

La clase social es uno de los mayores determinantes en salud que puede tener una persona. Influye en desigualdades, y sus consecuencias se manifiestan en edades incluso tempranas, pudiendo incluso transmitirse a generaciones futuras. Las inequidades van en perjuicio siempre de las clases sociales más pobres, haciendo que estas personas tengan una esperanza de vida inferior a la de las clases sociales más altas.

Este nivel socioeconómico se puede valorar de diferentes formas, ya sea de forma personal, familiar o incluso por barrios. En cualquier caso, el análisis de grandes poblaciones con diabetes en Dinamarca (donde tienen una atención sanitaria universal) demostró que las personas con una peor renta presentaban complicaciones más graves en relación a su diabetes.

EDUCACIÓN

El nivel educativo suele ser el determinante principal de la ocupación y de los ingresos de una persona, por lo que se podría pensar que esto justifica la relación entre educación y salud. Sin embargo, esta relación va más allá. La educación influye en la capacidad de desarrollar unos estilos de vida más o menos saludables, en la capacidad de identificar síntomas relacionados con la diabetes, o en la importancia que le da cada persona a su diabetes.

En España la relación entre la salud autopercebida y el nivel educativo ha sido valorada en numerosos estudios, obteniéndose siempre que las personas con menor educación presentan una peor salud, siendo testigo de ello indicadores en los estilos de vida como el consumo de tabaco, el alcohol o el sedentarismo. En líneas generales, este grupo de personas presentan un 10-15% más de riesgo de presentar complicaciones micro y macrovasculares.

La **mayor vulnerabilidad** llega en los casos de analfabetismo que aún tenemos en nuestro medio que, con datos del año 2018, sigue superando el 2% de la población, llegando hasta el 5-8% en zonas rurales. Es labor del sanitario, adaptarse a este condicionante y entender las posibles complicaciones que puede tener una persona a la hora de llevar un tratamiento como una terapia insulínica.

SOLEDAD, VIUEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL

Resulta lógico pensar que la soledad y el aislamiento puede traer consigo síntomas depresivos o de insomnio que alteren de manera directa la resistencia a la insulina a través del sedentarismo y los hábitos insanos. Sin embargo, existe además otra vía metabólica por la que una persona con sentimiento de soledad puede tener un peor control de su diabetes. Y es que la activación sostenida de las respuestas fisiológicas al estrés conduce a cambios en el sistema cardiovascular y en la producción de cortisol. Esto, a su vez, puede conducir a un aumento de la ingesta de alimentos, en particular de la ingesta de hidratos de carbono y a un aumento de la resistencia a la insulina. Estos procesos desempeñan un papel importante en el suministro de suficiente »

LA CLASE SOCIAL
ES UNO DE
LOS MAYORES
DETERMINANTES
EN SALUD QUE PUEDE
TENER UNA PERSONA.
INFLUYE EN
DESIGUALDADES,
Y SUS CONSECUENCIAS
SE MANIFIESTAN
EN EDADES INCLUSO
TEMPRANAS,
PUDIENDO INCLUSO
TRANSMITIRSE
A GENERACIONES
FUTURAS.
LAS INEQUIDADES
VAN EN PERJUICIO
SIEMPRE
DE LAS CLASES
SOCIALES MÁS
POBRES



» glucosa a un cerebro activado y metabólicamente exigente.

Aunque clásicamente, la soledad tiene su pico máximo por encima de los 85 años, existen otros grupos etarios que sufren igualmente esta soledad. En particular los hombres de 30-35 años y las mujeres de 50-60 años son **grupos de riesgo** para desarrollar síntomas de soledad.

En países como Japón está aumentando la frecuencia de aislamiento social severo de más de 6 meses de duración, en el que el individuo afectado permanece la mayor parte del tiempo en su propio domicilio y en los casos más graves en su propia habitación. Este fenómeno es relativamente frecuente en personas de menos de 30 años y se conoce como Hikikomori.

SEXO FEMENINO

El estrés psicosocial secundario a ser mujer y sus consecuencias psicosociales (trabajo doméstico no remunerado, mayores responsabilidades familiares, sentimiento de culpa en relación a la crianza...) hace de ellas más socialmente vulnerables, incluso en empleadas altamente calificadas. Los roles femeninos acarrear en ocasiones mayores tasas de eventos cardiovasculares mayores y episodios recurrentes de síndrome coronario agudo. El insomnio de conciliación y de mantenimiento, más frecuente en mujeres, se ha visto asociado al deterioro del metabolismo glucémico, al aumento de peso, incluso a una mayor incidencia de diabetes tipo 2.

Las guías de práctica clínica relacionadas con la diabetes, recomiendan la individualización terapéutica, teniendo en cuenta la edad, la duración de la enfermedad, el riesgo de hipoglucemia, los eventos previos... Sin embargo, no se incluye el sexo como condicionante al que individualizar a la hora de tomar decisiones clínicas a pesar de que cada vez hay más datos que apuntan a su implicación en la progresión de la diabetes, siendo la **medicina de género** un ámbito descuidado en nuestro medio.

VECINDARIO

La ubicación geográfica de la vivienda afecta a los determinantes en salud de una persona. La accesibilidad a los alimentos saludables o »

» a los servicios de atención médica pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas. Lo mismo ocurre con la exposición a la contaminación del aire, el ruido y otros factores ambientales, que igualmente contribuyen al aumento de incidencia de enfermedades como la diabetes o la obesidad.

A día de hoy, existen en nuestro medio amplias desigualdades, dentro incluso de los mismos barrios, en cuanto a la mortalidad cardiovascular, las complicaciones microvasculares de la diabetes, o el desarrollo de comorbilidades asociadas. Esto mismo fue estudiado por el Observatorio Londinense de Salud, quien a partir de datos recogidos entre 2002 y 2006, observó que un trabajador medio de Londres podía observar cómo la esperanza de vida de las personas de paradas contiguas disminuía hasta más de 6 años. Así, una persona que viva en el barrio de Westminster tendría una esperanza de vida 78,6 años. Sin embargo, quien se bajase en la parada del humilde Canning Town tendría una esperanza de vida de 72 años.

ETNIA Y MIGRACIÓN

Algunas etnias como la de personas latinas o américo-asiática, o las personas de las islas de Pacífico, son por sí mismas un factor de riesgo no modificable para desarrollar diabetes. Tanto es así que se han definido como criterio de cribado alguna de ellas.

Las desigualdades sociales que implican condiciones étnico/raciales guardan relación con una mayor prevalencia en diabetes, percepción de discriminación, barreras idiomáticas y un menor autocuidado de los estilos de vida. La presión asistencial a la que se ven sometidos la mayoría de los sanitarios impide ofrecer en ocasiones una correcta educación terapéutica. Se ha demostrado que si el manejo de las personas con diabetes se ve centrado sobre las necesidades y condicionantes de ese paciente (y no sobre las necesidades organizativas), y si las decisiones son llevadas a cabo de forma compartidas, se consiguen soluciones funcionales y una mayor implicación del paciente.

En conjunto, los genes y antecedentes previos a la migración, la discriminación que pueda sufrir en el país de acogida limitando las posibilidades legales y económicas, así como un peor acceso a la sanidad y a los servicios sociales, moldean el buen o mal control de enfermedades crónicas como la diabetes.

En otros casos, la religión y creencias propias de cada comunidad puede influir de igual medida en su enfermedad. El caso del ayuno durante el Ramadán debe ser un punto a tener en cuenta a la hora del manejo de la patología, pese a que las personas con diabetes están eximidas de cumplirlo.

Realizar el Ramadán puede tener efectos beneficiosos en cuanto al descenso de las glucemias, tanto si el paciente tiene un tratamiento con antidiabéticos no insulínicos como si el paciente está insulínizado. Es importante acordar un ajuste de dosis de fármacos con riesgo de hipoglucemia como la insulina y que el paciente esté entrenado en el reconocimiento de síntomas de hipoglucemias. **D**

CONCLUSIONES

La vulnerabilidad social mediada por los determinantes en salud expone al individuo a una modificación de su enfermedad. La elaboración de programas orientados a mejorar la calidad de vida del paciente y del desarrollo de políticas públicas para disminuir las desigualdades sociales, podrían contribuir a mejorar la salud de las poblaciones y en particular al control de la diabetes en personas vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández-Teixidó C, López-Simarro F, Arranz E, Escobar FJ, Miravet S. Vulnerabilidad y determinantes sociales en diabetes. *Semergen*. 2023 Jul 21;49(8):102044. doi: 10.1016/j.semerg.2023.102044
- García-Soidán J. Impacto de los determinantes sociales en la salud. *Diabetes práctica*. 2022;1 Supl Extr 1:1-38, <http://dx.doi.org/10.52102/diabetpract/gestiondiabetes/art2>
- Tamayo M, Besoain A, Rebolledo J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit*. 2018;32:96-100, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Cruz Roja Española. Informe sobre la vulnerabilidad social - 2018. Madrid, España. 2018. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/-/informe-sobre-la-vulnerabilidad-social-2018>
- Henriksen RE, Nilsen RM, Strandberg RB. Loneliness increases the risk of type 2 diabetes: a 20 year follow-up - results from the HUNT study. *Diabetologia*. 2023 Jan;66(1):82-92. doi: 10.1007/s00125-022-05791-6. Epub 2022 Sep 28. PMID: 36168066; PMCID: PMC9729154.
- Anothaisintawee T, Reutrakul S, van Cauter E, Thakkins-tian A. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2016;30:11-24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2015.10.002>
- Ramírez-Morros A, Franch-Nadal J, Real J, Gratacòs M, Mauricio D. Sex differences in cardiovascular prevention in type 2: Diabetes in a real-world practice database. *J Clin Med*. 2022;11:2196, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11082196>. Erratum in: *J Clin Med*. 2022 Aug 02 11 (15). PMID: 35456292
- Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I, Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. Desigualdades socioeconómicas en salud entre la población envejecida de España. *Gac Sanit*. 2020;34:276-88, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008>
- Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, Adam E, Duncan GJ, Katz LF, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes: A randomized social experiment. *N Engl J Med*. 2011;365:1509-19, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1103216>
- Hassanein M, Afandi B, Ahmedani M, Alamoudi RM, Ala-wadi F, Bajaj H, et al. Diabetes and Ramadan: Practical guidelines 2021. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;185:10985, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109185>