

Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México*

*Javier E. García de Alba, Ana L. Salcedo
y Berenice López Coutiño*

La diabetes en México ha crecido notablemente. Para conocer sus representaciones socioculturales se realizó un estudio con dos grupos de personas con diabetes, en Tepic y Guadalajara, mediante un diseño transversal organizado en tres etapas, con técnicas antropológicas estructuradas para establecer un consenso cultural, modelos semánticos de causas y complicaciones, y la trayectoria de la diabetes mellitus tipo 2. Los resultados sugieren un modelo compartido de causas en ambos sexos, en el que la diabetes es percibida como un proceso en el que las experiencias y el control de la enfermedad desempeñan papeles determinantes en la construcción de la representación.

PALABRAS CLAVE: diabetes, consenso cultural, modelos semánticos, trayectoria de la enfermedad

Diabetes in Mexico has grown notably. In order to know the socio-cultural representations of diabetes, a study was conducted on two groups of people with this disease in Tepic and Guadalajara, using a transversal design in three stages, with anthropologic techniques structured to establish a cultural consensus, semantic models of the causes, complications and trajectory of diabetes mellitus type 2. The results suggest a shared model of causes for both sexes, in which diabetes is represented as a process in which the experiences and control of the disease play determinant roles in the construction of the representation.

KEY WORDS: diabetes, cultural consensus, semantic models, disease trajectory

JAVIER E. GARCÍA DE ALBA Y ANA L. SALCEDO ROCHA: Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud, Centro Médico de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México.
javier_91046@yahoo.com
analeticiasalcedorocha@yahoo.com

BERENICE LÓPEZ COUTIÑO: Candidata a maestra en ciencias de la salud pública, Universidad de Guadalajara. psique43@hotmail.com

Desacatos, núm. 21, mayo-agosto 2006, pp. 97-108.

Recepción: 3 de enero de 2005 / Aceptación: 16 de marzo de 2005

* Agradecemos a las doctoras Roberta D. Baer y Susan Weller por su apoyo.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud pública mundial que afecta aproximadamente a 140 millones de personas y que probablemente afectará a 300 millones dentro de dos décadas (Wild *et al.*, 2004). En México, la prevalencia se incrementó de 6.7% en 1993 a 8.2% en 2000 (Aguilar Salinas *et al.*, 2003). Además, esta enfermedad crónico-degenerativa está asociada a severas complicaciones que afectan el riñón, la retina y las arterias (Lerman, 2003) y que son la causa de que la diabetes ocupe el primer lugar como motivo de consulta en las instituciones públicas de salud y que represente la primera causa de muerte en los hospitales públicos del país (IMSS, 1999).

Clínicamente esta situación se atribuye a la falta de control glucémico, observado en 63.5% de los pacientes del país (Aguilar Salinas *et al.*, 2003). En el occidente de México el descontrol es de 72% en pacientes atendidos por el seguro social (García de Alba y Salcedo Rocha, 2004). A nivel epidemiológico se dice tributaria de las crecientes tasas de morbilidad y mortalidad, que actualmente afectan a personas de edades tempranas.

El actual modelo biomédico de atención ha dirigido sus esfuerzos para desarrollar programas integrales, incorporando los puntos de vista de otras disciplinas como la educación física y la nutrición. Sin embargo, la mayoría de las veces no se toma en cuenta de manera sistemática y profesional el punto de vista del paciente, en términos del acontecer cotidiano que le da significado y sentido a su experiencia como diabético, como paciente crónico (Conrad, 1987). Esto cobra mayor relevancia porque la experiencia de la enfermedad se vuelve más tensa cuando entra en contradicción el ser y el deber ser en tanto que enfermo crónico en un contexto social. Por ejemplo: un paciente diabético contrasta su saber, basado en el sentido común, con el saber médico especializado (Fitzpatrick *et al.*, 1990); pasa de considerarse “sano” a saberse enfermo; tiene que trasladarse para su atención del área rural al área urbana; o de ser atendido por la medicina tradicional a ser tratado por la medicina especializada.

Se plantea, entonces, la necesidad de incluir la dimensión cultural en el manejo médico de la enfermedad, es

decir, incluir a las disciplinas sociales en la atención del paciente para comprender sus valores, tradiciones y representaciones acerca del proceso salud/enfermedad/atención, y lograr encaminar, en consecuencia, cambios positivos en su atención.

En antropología, el acercamiento para atender los sistemas de sentido se emprende por medio del lenguaje denominado etnosemántica, cuyo objetivo es entender cómo se organiza el conocimiento cultural (Spradley, 1979). Esto se consigue investigando las áreas de sentido llamadas dominios semánticos con el propósito de comprender cómo la gente recurre a dicho conocimiento cultural para desarrollar una conducta o tomar decisiones.

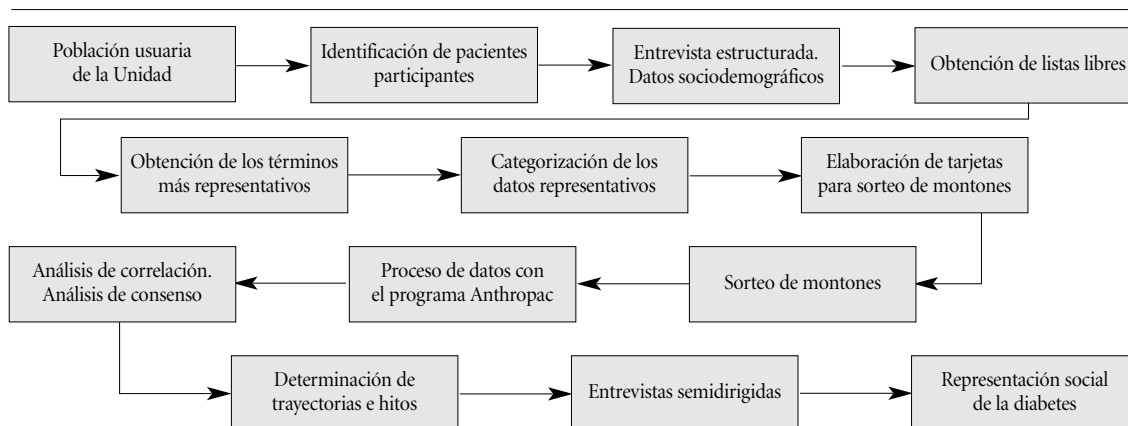
Para aproximarnos al conocimiento cultural de la diabetes mellitus realizamos una triangulación teórico-metodológica retomando los temas básicos del modelo comprensivo (Kleinman *et al.*, 1978), que incluye tópicos sobre las causas, síntomas y signos, tratamientos y complicaciones de la enfermedad (Pachter *et al.*, 1996). Luego aplicamos la técnica de las listas libres y el sorteo de montones de acuerdo con la antropología cognitiva (Weller, 1984; Rommey *et al.*, 1986) para establecer el acuerdo grupal de los tópicos antes señalados en forma de dominios semánticos que agrupan diferentes aproximaciones a la diabetes mellitus; es decir, como un consenso dentro de una subcultura grupal. Por otra parte, exploramos los hitos y las trayectorias relacionadas con las prácticas de autoatención de la enfermedad para obtener el componente de acción social que complementa el elemento estructural antes señalado.

Al efecto, en este estudio pretendemos incursionar en algunas de las dimensiones de sentido de la diabetes mellitus en pacientes de ambos géneros residentes en dos ciudades del occidente de México, con diferente magnitud poblacional.¹ Los datos se determinaron primero en la menor,² en pacientes de medicina familiar.

¹ Los sitios fueron seleccionados para maximizar la diversidad socio-cultural entre los informantes: Guadalajara capital, del estado de Jalisco, ubicada en el occidente de México, es un tradicional polo de desarrollo, de gran influencia social, económica y política a nivel regional. Es la segunda ciudad más importante del país, con una población heterogénea aproximada de tres millones de habitantes.

² Nos referimos a Tepic, ciudad con un desarrollo menor, capital del

Figura 1. Desarrollo del estudio



Cuadro 1. Elementos básicos de la primera etapa de la investigación

Universo	Escenarios	Instrumento	Técnica	Análisis
19 pacientes ³ diabéticos con menos de 10 años de antigüedad (10 mujeres y 9 hombres asistentes a la consulta externa).	Unidad de Medicina Familiar núm. 24 de Tepic, Nayarit, México.	Cuestionario estructurado.	Listas libres.	De frecuencias para conocer los modelos semánticos de las causas y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.

Trabajamos originalmente estas representaciones a manera de modelos semánticos de las causas y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, mismos que luego se contrastaron en pacientes de tercer nivel de atención en Guadalajara, la mayor de las dos ciudades. Finalmente, estos modelos se complementaron con las prácticas de autoatención, referidas como hitos, y la trayectoria de la enfermedad.

Nuestra intención es contestar a las preguntas: ¿Cuál es el conocimiento cultural sobre la diabetes 2 en asisten-

tes de dos unidades de atención médica, en relación con las causas y las complicaciones de su enfermedad? Pero antes indagamos en el siguiente cuestionamiento: 1) ¿Cuál es el consenso cultural sobre las causas y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que asisten a una unidad de medicina familiar de Tepic, Nayarit?; 2) ¿Este consenso es compartido por los pacientes diabéticos residentes en Guadalajara que asisten a un tercer nivel de atención en dicha ciudad?; 3) ¿Cuáles son los principales hitos y la trayectoria de autoatención practicada por los pacientes de ambas unidades?

METODOLOGÍA

El universo de trabajo estuvo constituido por pacientes diabéticos usuarios del Instituto Mexicano del Seguro So-

estado de Nayarit, ubicada al noroeste, dentro del ámbito de influencia de Guadalajara. Cuenta con una población de ascendencia indígena y mestiza de 100 mil habitantes aproximadamente.

³ La muestra fue de conveniencia, y su tamaño tomó en cuenta lo señalado por Weller y Romney (1988). Se estimó un bajo nivel de competencia de 0.50, un nivel de confianza de 0.95, y una exactitud de 0.95.

Cuadro 2. Elementos básicos de la segunda etapa de la investigación

Universo	Escenarios	Instrumento	Técnica	Análisis
28 pacientes diabéticos ⁴ con más de 10 años de antigüedad (17 mujeres y 11 hombres) asistentes a la consulta externa.	Centro Médico de Occidente en Guadalajara, Jalisco, México.	Tarjetas impresas con las causas y las complicaciones a explorar, ordenadas por cada paciente de acuerdo con la similitud de <i>items</i> presentados.	Sorteo de montones.	De consenso con apoyo del programa Anthropac, para evaluar la homogeneidad de modelo de creencias compartidas. Lo anterior implica análisis de varianza para determinar significancia entre niveles de conocimiento; y de correlación entre las personas analizadas.

cial (IMSS), de la unidad de medicina familiar de Tepic y del Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades del Centro Médico de Occidente, en la ciudad de Guadalajara, capital del estado de Jalisco.

Como criterios de inclusión al estudio se requería ser diabético tipo 2, contar con uno a nueve años de antigüedad, haber sido diagnosticado por un médico, no presentar complicaciones macro y microvasculares evidentes, no tener problemas para comunicarse, que el paciente supiera leer y que aceptara ser entrevistado.

De acuerdo con Boons, Malinowsky y Lee (en Bock, 1999), las producciones discursivas (declarativas y de acción) de las personas se presentan como el material clave a partir del cual es posible comprender el pensamiento lego. De ahí que se haya considerado la entrevista individual con sus variantes —estructurada y a profundidad— como la técnica metodológica más apropiada para un mejor acercamiento a nuestro objeto de estudio.

Previo a la aplicación de las técnicas de antropología cognitiva en las dos etapas iniciales se aplicó un cuestionario estructurado en el que se recabaron los datos sociodemográficos de los pacientes.

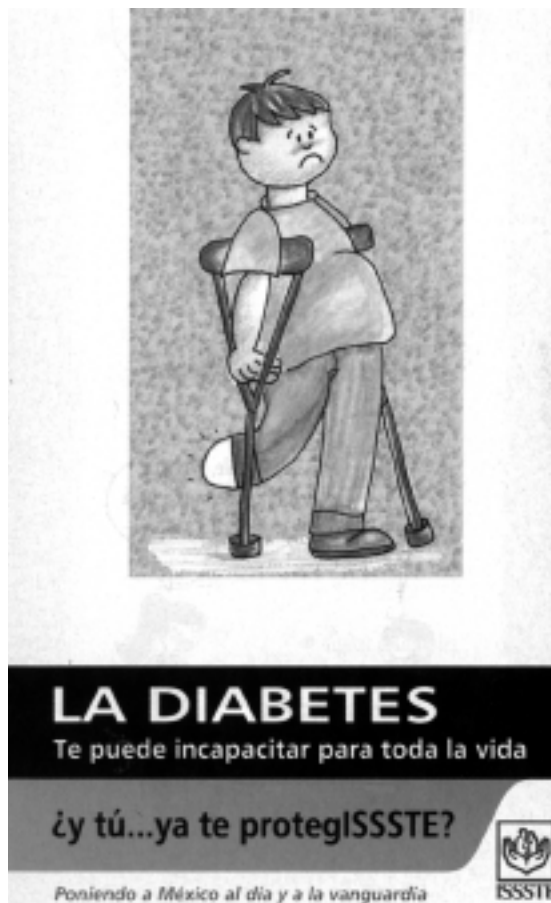
Primera etapa

Para determinar el dominio semántico de la diabetes mellitus 2 (DM2) se trabajó con una muestra propositiva de pacientes calculada de acuerdo con el tamaño de muestra señalado por Weller y Romney (1988), la cual constó de 19 pacientes diabéticos tipo 2 (D2) (10 mujeres y 9 hombres) usuarios de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) núm. 24 de Tepic, todos ellos residentes de dicha ciudad (véase cuadro 1, p. 99). Se aplicó la técnica de listas libres (Bernard, 1998) a partir de dos preguntas: 1) ¿Cuáles son todas las causas que producen diabetes?, y 2) ¿Cuáles son todas las complicaciones que produce la diabetes?

Las respuestas fueron codificadas en categorías incluyentes y tabuladas. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas que permitieran estructurar modelos semánticos de las causas y complicaciones de la DM2. Se consideraron sólo aquellos *items* que hubieran sido mencionados al menos dos veces por los pacientes, en la inteligencia de que las representaciones sociales se dan como acuerdo entre dos o más personas.

Los *items* encontrados sirvieron de base para construir el instrumento del sorteo de montones que consistió en tarjetas impresas, tamaño 40, con cada uno de los *items* codificados escritos con letra de molde, con el fin de confirmar el consenso de los dos modelos semánticos obtenidos.

⁴ Esta muestra también fue de conveniencia y su tamaño se calculó para cada género básicamente en los mismos términos de la muestra anterior, salvo que para los hombres el nivel de exactitud fue de 0.85.



Segunda etapa

Para probar la existencia de un acuerdo cultural más amplio sobre los modelos semánticos de causas y complicaciones obtenidos en los pacientes de Tepic se conformó una muestra propositiva⁵ de 28 pacientes (17 mujeres y 11 hombres) nacidos y residentes en Guadalajara, asistentes a la consulta externa del servicio de Endocrinología del Centro Médico de Occidente (CMO), en Guadalajara (véase cuadro 2).

⁵ Las muestras de la primera y segunda etapas, aunque tomadas al azar en las listas de consulta externa, fueron propositivas. Su tamaño está basado en las tablas propuestas por Romney, Weller y Batchelder (1986).

En la muestra de Guadalajara se aplicó la técnica del sorteo de montones (Bernard, 1998), que consistió en solicitar a los pacientes que hicieran los agrupamientos que consideraran pertinentes, de acuerdo con la similitud de los *items* impresos presentados en las tarjetas blancas, provenientes de los modelos de causas y complicaciones estructurados en la primera etapa. También se les solicitó que explicaran, al finalizar el ejercicio, por qué habían dividido las tarjetas en los respectivos grupos.

Los datos obtenidos fueron procesados con apoyo del programa Anthropac, que facilita el análisis de correlación múltiple, para determinar el grado de conocimiento individual y grupal de los modelos estudiados (causas y complicaciones), y el análisis componencial, para determinar el consenso cultural con base en el acuerdo entre la matriz general de respuestas y las matrices de respuesta de cada paciente investigado.

Confirmamos tal acuerdo cuando el modelo en cuestión es explicado por un solo factor o un modelo de consenso que abarque una razón de variabilidad tres veces mayor a las razones de variabilidad de los factores o modelos de explicación subsiguientes, considerados como viables. Todos ellos, como ya se dijo, fueron evaluados con el concurso del programa Anthropac (Borgatti, 1992).

Para determinar la homogeneidad de las variables intervinientes se compararon, mediante la F de Snedecor con el programa Epi Info 6.4, los promedios de conocimiento grupal entre ambos sexos con las variables sociodemográficas: edad, escolaridad y antigüedad de la diabetes.

Tercera etapa

Se realizaron entrevistas semidirigidas para completar elementos faltantes no captados, como la trayectoria del padecimiento y los hitos significativos en la atención de la enfermedad, con énfasis en las prácticas de autoatención.

Con el propósito de lograr mayor confiabilidad se incluyeron cinco pacientes de cada lugar, los que presentaron los mejores puntajes de conocimiento cultural compartido en las fases previas según el programa Anthropac, procurando establecer una representación balanceada en-

Cuadro 3. Modelo de causas en Tepic, Nayarit

Susto, corajes, herencia, alegrías, preocupaciones, gordura, alcohol, sorpresas, depresión, parrandas, comer (excederse)

Cuadro 4. Modelo de complicaciones en Tepic, Nayarit

Problemas de la vista, amputación, problemas del riñón, infección, pie diabético, heridas que no cierran, atrofia de la piel, circulación defectuosa, azúcar alta, impotencia, muerte, derrames en los ojos, piernas hinchadas, gangrena

Cuadro 5. Modelo de consenso sobre causas en Guadalajara, Jalisco

Factor	En mujeres			En hombres		
	Valor	Porcentaje de variabilidad explicado	Razón de valores	Valor	Porcentaje de variabilidad explicado	Razón de valores
1	4.708	87.2	6.819*	2.927	76.9	5.331*
2	0.690	12.8		0.549	14.4	1.653
				0.331	8.7	
Total	5.398	100.0		3.807	100.0	
Conocimiento		$X = 0.625 + / - 0.283$			$X = 0.496 + / - 0.281$	

F = 1.40 p = 0.24

102 ◀

tre los que tuvieran su hemoglobina glucosilada con menos de 7% de HbA1c⁶ (controlados) y más de 8% de HbA1c (descontrolados).

Todas las entrevistas se realizaron en casa o en un cubículo especial, allí donde se garantizara un ambiente tranquilo y privado entre el investigador y el paciente. La secuencia de captación de datos, como se expuso, se planteó en tres etapas (véase figura 1, p. 99). Con la información recabada obtuvimos un acercamiento a la representación social del padecimiento.

RESULTADOS

Primera etapa (Tepic)

De los 19 pacientes entrevistados, el promedio de edad para las mujeres fue de 55.7 años y para los hombres de 61.3 años. La escolaridad para las mujeres fue de 3.5 años y para los hombres de 4.3 años. La antigüedad de la en-

fermedad para las mujeres fue de 5.8 años y para los hombres de 9.8 años. Para 90% de las mujeres su ocupación es el hogar y 56% de los hombres estaban jubilados (véase cuadro 1, p. 99).

Entre las causas de la diabetes mellitus tipo 2 mencionadas (al menos dos veces) por los pacientes diabéticos en las listas libres se alude a tres conceptos básicos: emociones (negativas y positivas), condiciones personales (herencia y gordura), conductas inapropiadas (consumo de alcohol, diversión y comida) (véase cuadro 3).

Dentro del modelo de complicaciones se señalan problemas orgánicos específicos (la vista, el riñón, el pie diabético, la piel); agravamiento de condiciones patológicas (heridas que no cierran, atrofia de la piel, azúcar elevada o baja, muerte, piernas hinchadas y gangrena, derrames en los ojos); o también entidades tales como la infección y la impotencia sexual, incluyendo procedimientos quirúrgicos como la amputación (véase cuadro 4).

Segunda etapa (Guadalajara)

De los 28 pacientes entrevistados, el promedio de edad para las mujeres fue de 56.2 años y para los hombres de

⁶ La hemoglobina glucosilada HbA1c es una prueba que pone de manifiesto el control glucémico de los pacientes en los tres meses previos a la fecha del examen.

Cuadro 6. Modelo de consenso sobre complicaciones en Guadalajara, Jalisco

Factor	En mujeres			En hombres		
	Valor	Porcentaje de variabilidad explicado	Razón de valores	Valor	Porcentaje de variabilidad explicado	Razón de valores
1	2.608	64.6	2.819	1.493	50.3	1.517
2	0.925	22.9	1.839	0.984	33.2	2.003
3	0.503	12.5		0.491	16.5	
Total	4.036	100.0		2.968	100.0	
Conocimiento	— $X = 0.509 + / - 0.039$			— $X = 0.625 + / - 0.283$		
F = 0.26 p = 0.61						

62.1 años. La escolaridad para las mujeres fue de 4.9 años y para los hombres de 5.6 años. La antigüedad de la enfermedad para las mujeres fue de 15.3 años y para los hombres de 15.9 años. Para 82 % de las mujeres su ocupación es el hogar y 64 % de los hombres estaban jubilados (véase cuadro 2, p. 100).

El análisis de consenso del modelo de causas, obtenido originalmente de los pacientes de Tepic, fue probado en hombres y mujeres asistentes a la consulta externa del Servicio de Endocrinología del Centro Médico de Occidente de Guadalajara. El resultado de la investigación presentó una razón de variabilidad muy cercana a 3 al dividir el primer factor de variación con el segundo. Muestra, además, mayor acuerdo cultural en las mujeres, quienes manifiestan un promedio de conocimiento cultural más alto (sin ser estadísticamente significativo) que el de los hombres (véase cuadro 5).

En lo que respecta a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 no se encontraron elementos para considerar un solo modelo semántico, tanto en hombres como en mujeres. Nótese además que la diferencia entre los promedios de conocimiento estimado en el modelo de consenso sobre las complicaciones, aunque no estadísticamente significativo, fue menor en las mujeres que en los hombres investigados (véase cuadro 6).

El análisis de correlación entre las variables edad, escolaridad, antigüedad de la enfermedad, y las variables respecto al conocimiento individual sobre causas y complicaciones, no mostró niveles importantes de asociación, como se puede observar en el cuadro 7 (p. 104).

Tercera etapa (entrevistas semiestructuradas en Tepic y Guadalajara)

De los diez pacientes entrevistados, cinco estaban controlados y cinco descontrolados (tres y dos de Tepic, dos y tres de Guadalajara). Obtuvimos un listado de síntomas de hiperglucemia y de hipoglucemia, así como la estructura de los relatos, la estructura cognitiva y los patrones básicos de comportamiento de los pacientes controlados y los no controlados.

Obsérvese en los cuadros 8 y 9 (p. 104) que la debilidad es un síntoma que comparten las dos condiciones de hiper e hipoglucemia en la estructura de los relatos de los pacientes (cuadro 10, p. 105). Nótese que la búsqueda de atención, en primera instancia, no es con el médico, sino con personajes significativos del entorno inmediato. Los problemas detectados se refieren principalmente a la identidad como paciente diabético, en lo tocante a la oscilación de sentirse bien o mal, es decir, lo relativo a la alternancia entre control y descontrol glucémico.

En el relato de los pacientes, la diabetes es representada a manera de un proceso, que describe la percepción de eventos que rompen la cotidianidad y la aparición de nuevas experiencias; se trata de un cuestionamiento para entender lo que ocurre. Se identifican las acciones estratégicas basadas en sus propios recursos culturales e históricos. En este contexto el apoyo social de actores significativos no médicos desempeña un papel importante para la definición del padecimiento y las vivencias experimentadas en pos del control de la enfermedad. Dentro

Cuadro 7. Correlaciones efectuadas en pacientes de Guadalajara

Variables	Conocimiento sobre causas		Conocimiento sobre complicaciones	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad	r = 0.17	r = 0.02	r = 0.19	r = 0.02
Escolaridad	r = 0.30	r = 0.24	r = 0.38	r = 0.16
Antigüedad de la diabetes	r = 0.23	r = 0.14	r = 0.40	r = 0.12

Cuadro 8. Principales síntomas referidos de azúcar alta

Sed, cansancio, debilidad, poliuria, cefalea difusa, mareo, sueño, hambre

Cuadro 9. Principales síntomas referidos de azúcar baja

Debilidad, desmayo, cefalea punzante, escalofrío, temblor, vista borrosa

de este esquema cognitivo (cuadro 11), la definición del problema es primordial para dar significado y sentido a la representación social de la diabetes como un marco para la acción cuando los pacientes buscan, evalúan y eligen información e indicaciones.

En el cuadro 12 (p. 106) se presentan, a manera de contraste, los patrones de conducta de los pacientes controlados y los no controlados. Nótese que el paciente controlado, además de identificarse como tal, es proactivo en la búsqueda de apoyo social y no se limita a la toma de una sola clase de medicamentos, sino que combina otras formas terapéuticas para optimizar su autocuidado, a diferencia del paciente descontrolado que recurre a un solo tipo de medicina.

COMENTARIO

El dominio cultural de los diabéticos investigados en la UMF 24 de Tepic plantea un modelo de causas de la diabetes mellitus tipo 2 constituido principalmente por emociones negativas de tipo agudo o crónico, como son los sustos, los corajes y las preocupaciones. Al aplicarles el escalamiento multidimensional (MDS) se percibe en los

hombres y en las mujeres un modelo de causas que opone lo interno (las emociones) a lo externo (la comida, el alcohol, etc.), y que resulta diferente al modelo biomédico que plantea una causalidad interna de tipo fisiopatológica, basada en la deficiencia cuali-cuantitativa de insulina por medio de diversos mecanismos (Garza Elizondo *et al.*, 2003).

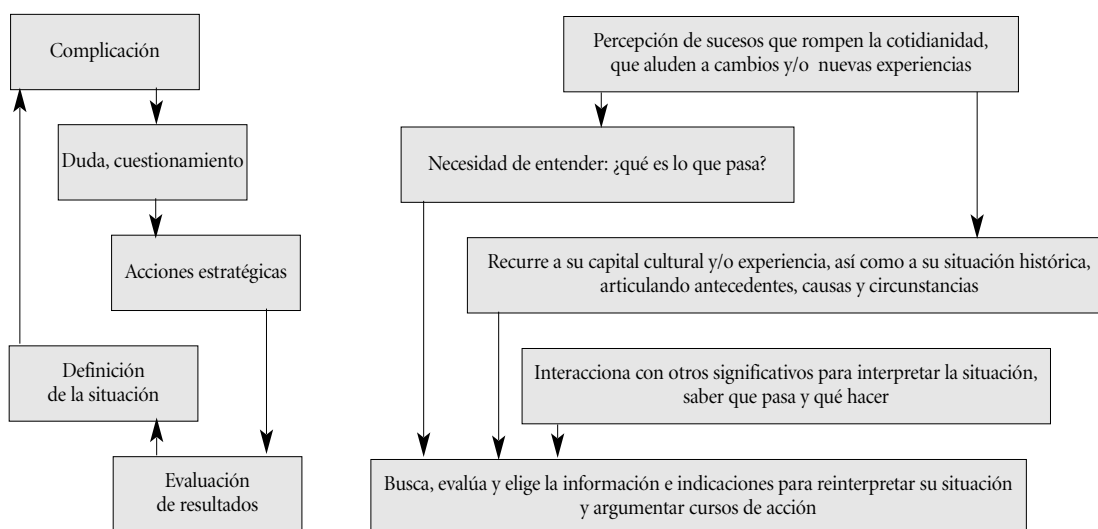
En lo que toca a las complicaciones, el modelo de consenso encontrado en hombres y mujeres retoma del modelo biomédico elementos anatómicos, funcionales y de enfermedades específicas que hacen de él un híbrido de conocimientos médicos manejados por legos. Los resultados encontrados plantean la hipótesis de que el acuerdo cultural sobre la DM2 es más sólido en lo que se refiere a causas que a complicaciones, lo cual explicaría, en parte, la falta de apego al tratamiento medicamentoso en nuestro medio (Alcozer, 2000).

Las conclusiones de nuestra investigación ponen de manifiesto un dominio cultural compartido de causas de la diabetes entre los pacientes de Tepic y los de Guadalajara, con una representación más organizada en el género femenino,⁷ donde se obtuvieron los promedios de conocimiento más altos. Es importante señalar que la edad, la escolaridad y la antigüedad del padecimiento, como variables cambiantes en las que se esperaría un aprovechamiento temporal positivo, no se asocian a un mayor o menor nivel de conocimiento cultural, lo cual habla a favor de un enraizamiento cultural profundo y temprano, más ligado a un atributo de menor variabilidad como es el género, condición relacionada con las

⁷ Moore *et al.* (1966) han demostrado para pacientes tuberculosos una diferencia significativa de conocimientos a favor de las mujeres.

Cuadro 10. Estructura del relato sobre la diabetes como padecimiento

INICIO		→ FINAL + EVALUACIÓN		
¿Cómo se dio cuenta?		¿Qué expectativas tiene?		
Secuencia de microasuntos: trama de los episodios				
Percepción de síntomas para definir la situación	Búsqueda de atención programación	Diagnóstico y experiencia del padecimiento	Transcurso de la y/o adopción de cuidado	Adaptación a la enfermedad
Como consecuencia de una causa atribuida	Saber qué pasa y decidir los "motivos por"	Identificación o rechazo como paciente	Oscilación entre la percepción de niveles de azúcar, la lucha por el control glucémico	Redefinición de identidad y "motivos para" afrontar la enfermedad
TRANSICIONES				
Malestar e incapacidad en la vida cotidiana	Consejo de otros significativos	Aceptación o negación del padecimiento como crónico, incurable y sólo autocontrolable	Experiencia significativa de consecuencias de la enfermedad en sí mismo o en un ser querido	

Cuadro 11. Estructura cognitiva del paciente diabético

▶ 105

funciones femeninas de madre, educadora, proveedora, cuidadora, etc., funciones vinculadas en nuestro medio con la reproducción de conocimientos, significados, valores y representaciones, que influyen en los pacientes con diabetes mellitus y en los no diabéticos (Moore *et al.*, 1996; Browner, 1988, 1991).

Esta situación debe ser tomada en cuenta para el desarrollo de programas de promoción a la salud y atención integral de la diabetes, por el papel que desempeñan las

mujeres como sujetos emergentes en nuestra cultura urbana al reforzar un modelo básico de causalidad que repercute en la cultura de salud poblacional y, por ende, en el control exitoso de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

Los resultados hablan a favor de un conocimiento compartido entre grupos asistentes a la consulta externa de la seguridad social de dos ciudades diferentes en lo que respecta a las causas de la diabetes mellitus, aspecto rele-

Cuadro 12. Patrones básicos en los estilos de afrontamiento

Circunstancias características	Personas con diabetes con un estilo de vida definido de prácticas de atención.	Personas con diabetes sin un estilo de vida definido de prácticas de atención.
Padecer diabetes	Como consecuencia de haber descuidado su salud y provenir de familia con diabetes.	Como consecuencia de sucesos externos, fortuitos, como castigo o herencia fatal.
Identificación como paciente con diabetes mellitus tipo 2	Se aceptan como pacientes responsables a partir de un evento significativo.	Niegan, eluden ser personas con diabetes, buscan opiniones que les sean favorables y se guían por sus sensaciones.
Acciones de autocuidado	Como consecuencia de la búsqueda activa de apoyo múltiple y profesional para prevenir complicaciones.	No son sistemáticas, el apoyo es limitado al médico alópata u homeópata y búsqueda de remedios "curativos".
Complicaciones	Desencadenan temor racional por considerarlas amenazantes y ser susceptibles.	No se consideran susceptibles y hay tendencia a distraerse para no recordarlas

vante para la planeación y el desarrollo de una atención realmente comprensiva, debido a que en el modelo de atención médica del IMSS la gente acude tanto a una clínica periférica como a los grandes centros médicos.

Las principales causas identificadas concuerdan con las señaladas para población de origen hispanohablante en Estados Unidos, México y Guatemala por Weller *et al.* (1999), como es el caso de las emociones fuertes. Se comprueba, además, que este conocimiento es compartido con la población no diabética y que las variaciones se deben a una menor experiencia por una menor o mayor prevalencia de la diabetes y no por contar con diferentes creencias.

El hecho de que las mujeres de Tepic y Guadalajara tuvieron un promedio de cinco o más años de antigüedad en su enfermedad⁸ y que compartieron el mismo modelo, sugiere la posibilidad de que el modelo biomédico no ha impactado significativamente la representación social de estos grupos sobre las causas de la diabetes mellitus tipo 2. Esto, junto con otros elementos del contexto, puede influir en la no modificación del pronóstico del padecimiento (Tamez y Vacalis, 1989), al dificultar un entendimiento adecuado acerca de aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes por parte del paciente. Situación que agudiza el aumento de las

tasas de morbilidad y mortalidad por diabetes, como ha venido sucediendo últimamente en las instituciones públicas de atención médica en México.

La falta de consenso sobre las complicaciones esboza una población que presenta menos acuerdo sobre el desenlace final del padecimiento, lo cual pone de manifiesto el manejo de varias representaciones sociales sobre las complicaciones de la diabetes, que pudieran ser resultado de una falta de identidad en buena parte de los pacientes. Otra posible causa se debe a que el contexto social obliga al grupo de enfermos estudiados (obreros, empleados y pensionados) a dar más peso a circunstancias inmediatas como parte de sus estrategias de supervivencia. Por lo tanto, el contexto social y, en menor proporción, el control ejercido por el paciente determinan el tipo de materiales a partir de los cuales se constituyen los contenidos de la representación. La mayor parte de éstos proviene del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia, que circula en toda sociedad en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores considerados como básicos, de referencias históricas y culturales que integran la memoria colectiva, así como la identidad de la propia sociedad (Ibáñez, 1994).

En la estructura de los relatos de los pacientes, en la representación social de la diabetes mellitus tipo 2, se evidencia el carácter procesal del padecimiento y la atención médica como una segunda instancia para el cuidado de la enfermedad. El médico y los medicamentos no representan el centro de la trama, los principales problemas se refieren al ser y deber ser como paciente diabético, as-

⁸ El programa de atención del IMSS indica una consulta mensual para el paciente diabético, en la que se le ajusta el tratamiento, lo cual implicaría en cinco años 60 oportunidades para incidir constructivamente en el modelo cultural de la enfermedad que posee el paciente.

pecto que involucra redes de apoyo económico, emocional y de ayuda doméstica para alimentarse. El enfermo se debate en la oscilación entre sentirse bien o mal, es decir, entre el control o descontrol glucémico, como estilo de afrontamiento en el que la vivencia de experiencias significativas puede o no modificar su conducta.

El esquema cognitivo del paciente con diabetes gira en torno a la definición del padecimiento, que da sentido y significado a las acciones y conductas posteriores. Aquí la representación social de las causas de la diabetes desempeña un papel importante, ya que la definición de la enfermedad va aparejada con la definición de su identidad social, que puede darse para beneficio o perjuicio del paciente.

Los patrones de conducta estructurados son significativos en el caso del paciente controlado. La identificación como paciente proactivo implica una representación del padecimiento y una práctica de la autoatención que coinciden con la búsqueda de una amplia base de apoyo social para el control de la diabetes mellitus tipo 2.

El paciente descontrolado, al contrario, se limita a la toma de una sola clase de medicamentos, sin combinar otras formas terapéuticas para llevar a bien su autocuidado. Sólo busca el remedio que pueda "curarlo", lo cual pone de manifiesto fallas en la estructuración de su identidad social (Echebarria, 1993), producto de una representación social disociada con una práctica efectiva en el control de la enfermedad.

Lo anterior explica, en parte, los problemas de apego al tratamiento, e inclusive el rechazo a ciertos medicamentos como la insulina, por considerarla como ligada a estados de gravedad y producir ceguera, así como las modificaciones en la toma de medicamentos, ya sea por no presentar una hiperglucemia asintomática o para evitar síntomas de hipoglucemia debidos a la falta de sistematización en el manejo integral de la diabetes.

Estos hallazgos dan cuenta de la postura que las personas con diabetes asumen ante su padecimiento y la forma en que debe ser manejada y atendida. Por lo tanto, los profesionales de la salud requieren estar informados sobre estas representaciones, puesto que es muy posible que su manera de percibir la diabetes no coincida con la de los diabéticos.

Para lograr un paradigma de manejo integral de la diabetes se necesita trabajar de forma multidisciplinaria. Esto implica tomar como objeto de estudio el conocimiento cultural sobre la salud/enfermedad humana, percibirlo como un proceso de carácter vital histórico, de manera tal que podamos encaminar nuestros esfuerzos al establecimiento de sistemas de significados, sentidos y dimensiones que, por un lado, coadyuven a estructurar una teoría general de la salud, pero también una nueva cultura de salud, en la que se establezca la representación sociocultural a manera de puente entre los modelos culturales de la población y los de las instituciones de salud.

En suma, la inclusión de un enfoque antropológico cognitivo en el área de la salud no sólo pone de manifiesto la importancia de las comparaciones socioculturales para generar hipótesis que guíen nuevas investigaciones, sino también la relevancia de la producción de conocimientos prácticos que, a su vez, sirvan para impulsar la ampliación del modelo biomédico de la enfermedad en forma de programas multidisciplinarios comprensivos de promoción y atención a la salud (Rubel *et al.*, 2000).

► 107

CONCLUSIONES

1. Los resultados encontrados sugieren un acercamiento a la representación compartida sobre el modelo de causas de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Tepic (Nayarit) y Guadalajara (Jalisco).
2. Hay mayor acuerdo y conocimiento cultural sobre las causas de la diabetes en las mujeres que en los hombres.
3. El modelo biomédico no parece impactar la representación social de las causas de la DM2.
4. La representación de las complicaciones de la diabetes no es uniforme y está influida por el pensamiento biomédico.
5. En el relato de los pacientes, la diabetes es representada como un proceso en el que desempeñan un papel importante el apoyo social de actores significativos no médicos en la definición de su padecimiento y las vivencias experimentadas para el control de la enfermedad.
6. Dentro del esquema cognitivo de los pacientes, como un marco para la acción, la definición del problema es

primordial para dar significado y sentido a la representación social de la diabetes.

7. Los patrones de conocimiento y de conducta de los pacientes controlados se manifiestan pragmáticos y adaptativos, a diferencia de los pacientes descontrolados, que son rígidos y limitados.
8. Se requiere desarrollar programas comprensivos de promoción y atención al paciente con diabetes que incorporen la cultura del enfermo mediante el uso sistemático de disciplinas tales como la psicología social, la antropología, la sociología, la lingüística y la historia y poder así establecer puentes socioculturales entre pacientes y proveedores de servicios de salud.

Bibliografía

- Aguilar Salinas, C. A. *et al.*, 2003, "Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes in Mexico", *Diabetes Care*, vol. 26, núm. 7, pp. 2021-2026.
- Alcozer, F., 2000, "Secondary Analysis of Perceptions and Meanings of Type 2 Diabetes Among Mexican American Women", *Diabetes Educator*, vol. 26, núm. 5, pp. 785-795.
- Bernard, R. H., 1998, *Handbook of Cultural Methodology*, Waltham, Mass.: Aldine De Gruyter.
- Bock, P. K., 1999, *Rethinking Psychological Anthropology*, 2ª ed., Waveland Press Inc., Prospect Heights, Illinois.
- Borgatti, S. P., 1992, *Anthropac 4.0., Analytic Technologies*, Matick.
- Browner, C. H., 1988, "Women's Secrets: Bases for Reproductive and Social Autonomy in a Mexican Community", *American Ethnologist*, vol. 15, pp. 84-97.
- , 1991, "Gender Politics in the Distribution of Therapeutic Herbal Knowledge", *Medical Anthropology Quarterly*, núm. 5, pp. 99-132.
- Conrad, P., 1987, "The Experience of Illness: Recent and New Directions", en Peter Conrad y Julius Roth, *The Experience and Management of Chronic Illness*, Jai Press, Connecticut, p. 1-31.
- Echebarria, E. A. y González Castro, 1993, "Social Knowledge, Identities and Social Practice", *Papers on Social Representations*, vol. 2, num. 2, pp. 117-125.
- Fitzpatrick, R. *et al.*, 1990, *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México.
- García de Alba G., J. E. y A. L. Salcedo R., 2004, *Perspectives of Diabetes Control in Two Groups of Mexicans Diabetics*, ponencia presentada en el 64º encuentro anual de la Society for Applied Anthropology Association, 31 de marzo-4 de abril, Dallas, Texas.
- Ibáñez, T., 1994, *Psicología social constructivista*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.
- Garza Elizondo, M. E., G. Calderón Dimas, A. M. Salinas Martínez, G. M. Núñez Rocha y E. Villarreal Ríos, 2003, "Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2", *Revista Médica del IMSS*, vol. 41, núm. 6, pp. 465-472.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1999, *Programa de atención a la diabetes mellitus*, Subdirección General Médica, México.
- Kleinman, A. L., L. Eisenberg y B. Good, 1978, "Culture, Illness and Care", *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, pp. 251-258.
- Lerman, I., 2003, *Atención integral del paciente diabético*, 3ª ed., Mc Graw Hill, México.
- Moore, C. *et al.*, 1996, *Testing an Hypothesis about to Gender and Knowledge of Respiratory Illness in México*, ponencia presentada en el 96º encuentro anual de la Society for Applied Anthropology Association, 22 de noviembre, San Francisco, California.
- Pachter, L. M., S. Niego y P. J. Pelto, 1996, "Differences and Similarities Between Health Care Providers and Parents Regarding Symptom List of Childhood Respiratory Illnesses", *Ambulatory Health*, núm. 1, pp. 196-204.
- Romney, A. K., S. Weller y H. Batchelder, 1986, "Culture as Consensus: A Theory of Culture and Informant Accuracy", *American Anthropologist*, vol. 88, pp. 313-338.
- Rubel, A. *et al.*, 2000, *Contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture*, ponencia presentada en el encuentro de la American Applied Anthropology Society, 22 de marzo, San Francisco.
- Spradley, S. P., 1979, *The Ethnographic Interview*, Harcourt Brace Javanovich College Publisher, Fort Worth.
- Tamez, E. G. y T. D. Vacalis, 1989, "Health Beliefs, the Significant Other and Compliance with Therapeutic Regimens among Adult Mexican-Americans", *Diabetes Health Education*, vol. 20, pp. 24-31.
- Weller, S. C., 1984, "Cross Cultural Concepts of Illness", *American Anthropologist*, vol. 86, pp. 341-351.
- y A. K. Romney, 1988, *Systematic Data Collection*, Sage Publications (Qualitative Research Methods Series, núm. 10), Newbury Park.
- R. D. Baer, L. M. Patcher, R. T. Trotter, M. Glazer, J. E. García de Alba G., R. E. Klein, 1999, "Latino Beliefs About Diabetes", *Diabetes Care*, vol. 22, núm. 5, pp. 722-728.
- Wild, S., G. Roglic, A. Gree, A. Anders, R. Scirie y H. King, 2004, "Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projections for 2033", *Diabetes Care*, vol. 27, núm. 5, pp. 1047-1053.