

El consultorio médico: Espacio para la confrontación cultural. Una experiencia indígena nahua de Ixhuatlancillo Veracruz, México

Marco Antonio Cardoso Gómez^{}, Carlos Serrano Sánchez^{**},
Gloria Marina Moreno Baena^{***}*

Resumen

Se muestra cómo la cultura institucional y la cultura de la persona con diabetes conducen a una confrontación cultural, dentro del consultorio médico, que no permite la comunicación entre médica tratante y enferma de diabetes, lo que contribuye a que la diabetes se consolide como la enfermedad de importancia nacional. Se presenta como evidencia el análisis en una comunidad indígena nahua, de Ixhuatlancillo Veracruz México. El objetivo fue identificar pautas de pensamiento y conducta, que propician la falta de comunicación dentro del consultorio, entre médico tratante y persona con diabetes. Los datos que se exponen fueron obtenidos mediante un estudio de corte cualitativo. Los métodos utilizados fueron la fenomenología y la etnografía.

Palabras clave: Diabetes, cultura institucional, cultura de la persona con diabetes, fenomenología, etnografía.

Abstract

We explore the different and often contrasting personal and group cultural views about diabetes that arise in the physician's consultation room. They often impair communication and contribute to the failure of treatments and maintain this disease as a major health problem in Mexico. Our data were obtained in the Nahua community in Ixhuatlancillo, Veracruz, Mexico. Our purpose was to identify, through ethnography with a phenomenological approach, patterns of belief and behavior and their influence on patient-physician communication.

Key words: diabetes, diabetes and culture, patient-physician communication.

^{*} FES Zaragoza-UNAM; mcardoso@servidor.unam.mx

^{**}IIA-UNAM; serrano@servidor.unam

^{***}FES Zaragoza-UNAM; gloria_mmb@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 3 de noviembre de 2008

Fecha de aprobación: 28 de noviembre de 2008

Antecedentes

La diabetes era una enfermedad rara en el nuevo mundo hasta principios del siglo XX (Alvarado *et. al.*, 2001). Sin embargo, en las últimas décadas ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el planeta, especialmente en el continente Americano (Rodríguez *et. al.*, 2003), hasta llegar a convertirse en una epidemia (Secretaría de Salud, 2003). The International Diabetes Federation (2007) calcula que esta enfermedad afecta a más de 194 millones de personas en todo el mundo y se espera que alcance los 333 millones en el 2025.

México ocupa el noveno lugar en incidencia mundial de diabetes y de seguir la tendencia actual para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio. En nuestro país, estas cifras se deben a la ausencia de un diagnóstico oportuno, la falta de cultura de la prevención y la falta de adherencia a los tratamientos (Federación Mexicana de Diabetes, 2006a).

La población mexicana de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones con una prevalencia nacional de 10.7 % en personas entre los 20 y 69 años, de ese total 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. La prevalencia en México es una de las más altas del mundo y el grupo más afectado es el de las personas en edad productiva (Federación Mexicana de Diabetes, 2007).

En nuestro país esta enfermedad cobró 67,090 muertes en el año 2005 (SIANIS, 2008). Asimismo, en la Encuesta Nacional de Nutrición (en Carrillo y Perales, 2006) se menciona que la diabetes se ubica como la primera causa de muerte general en nuestro país, ya que mueren en promedio seis personas cada hora por causa de padecer la enfermedad y sus complicaciones.

El estado de la República Mexicana, que cuenta con mayor número de personas con diabetes es Veracruz (Federación Mexicana de Diabetes, 2006a):

El 16.1% de la población de más de 20 años de edad, la padece

Es la tercera causa de muerte con el 17.17%

También es la tercera causa de muerte en edad productiva y la segunda en edad postproductiva

La edad promedio de muerte por diabetes es de 66 años y,

La población femenina cuenta con el mayor número de muertes por ésta enfermedad (53%)

Los costos asociados a la enfermedad van desde una consulta médica hasta las visitas prolongadas de personas en el hospital para el tratamiento de complicaciones. El aumento del número de consultas por diabetes requiere que las instituciones se preparen para recibir la demanda de personas con enfermedades crónicas y sus padecimientos, lo que implica mayor gasto económico a futuro.

Los costos más elevados se encuentran en el padecimiento de la enfermedad. En la carga económica que representa una persona con diabetes tipo 2, se considera si ésta tiene que pagar por los servicios de salud, los medicamentos u otros servicios. Sus gastos médicos son entre 2 y 5 veces más altos que los de una persona que no está enferma (FMD, 2007) y estos costos se van elevando conforme la persona pierde gradualmente salud, lo que implica un esfuerzo y una carga mayor para el enfermo y de aquellos que están a su alrededor.

En suma, la diabetes de acuerdo a Cardoso (2006):

- 1) Muestra una trayectoria de mortalidad ascendente.
- 2) Aqueja a una gran cantidad de personas en edad productiva.
- 3) Causa importantes modificaciones en la calidad de vida y en la cantidad de años que viven las personas que la padecen debido a las complicaciones que provoca cuando no es controlada.
- 4) Constituye un costo económico significativo, tanto para las personas que la padecen como para las instituciones que las atienden.

No obstante, al menos en teoría, todas estas circunstancias no debieran existir. Esta enfermedad debería estar controlada ya que la medicina institucional cuenta con un arsenal científico y tecnológico para tal efecto (Mercado 1996). Además, los recursos terapéuticos institucionales son asequibles a los enfermos: plan de alimentación balanceado, ejercicio físico y los hipoglucemiantes orales y la insulina externa sólo como auxiliares (American Diabetes Association, 2007). La American Diabetes Association ha declarado que los latinos deberían tener su diabetes bajo control (American Diabetes Association, 2004).

Una respuesta a esta condición es que el tratamiento para la diabetes se diseña sobre una paradoja porque los recursos están al alcance de la persona. El tratamiento para la diabetes debe considerar esta paradoja porque, precisamente, la

dificultad principal para el control de esta enfermedad reside en el aprovechamiento de los recursos que son asequibles al enfermo (Cardoso, 2006a).

Es decir, los recursos necesarios están al alcance de la persona, y desde una perspectiva lógica o racional, no existe justificación para no hacer uso del tratamiento médico. La diabetes debiera ser fácilmente controlable. El *quid* es dejar de comer lo que se acostumbra y cambiar el estilo de alimentación. Incluso, la Secretaría de Salud indica: “una alimentación adecuada y la actividad física muchas veces son suficientes para mantener al paciente bajo control bioquímico” (Secretaría de Salud, 2001: 41).

Es una paradoja porque, precisamente, en este aspecto de apariencia fácil reside la dificultad principal para el control de esta enfermedad (Cardoso, 2006b).

Por lo anterior y entre otros aspectos, la enfermedad se ha convertido en un problema nacional con perfiles de epidemia y en consecuencia, de no detener el grave problema que se anuncia, la población mexicana tendrá que asumir las consecuencias tanto económicas como bio-psicológicas al padecer esta enfermedad.

En el presente trabajo se ofrece una respuesta a dicha paradoja: la cultura médica institucional y la cultura de la persona con diabetes conducen a una confrontación cultural (Cardoso *et. al.*, 2007), dentro del consultorio médico, que no permite la comunicación entre médica tratante y enferma de diabetes, lo que contribuye a que la diabetes continúe creciendo, sin visos de control alguno. La respuesta se construyó con base en una experiencia en Ixhuatlancillo Veracruz México, comunidad indígena nahua.

Objetivo:

Identificar pautas de pensamiento y conducta, que propician la falta de comunicación dentro del consultorio, entre médico tratante y persona con diabetes.

Aspectos metodológicos:

El propósito del estudio fue ofrecer una explicación de por qué las personas con diabetes, no se adhieren a los tratamientos, si los recursos para ello están a su alcance.

Los datos que se exponen fueron obtenidos mediante la metodología cualitativa entendida: “no como una solución, más bien, como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia

e impacto de los programas de salud” (Ulin, Robinson y Tolley, 2006: 7). El diseño metodológico fue descriptivo, interpretativo y explicativo.

El área de estudio fue el Municipio de Ixhuatlancillo, población indígena nahua, en la región de Orizaba, Veracruz México. La muestra se conformó por seis personas, tres varones y tres mujeres de esta comunidad, con diabetes tipo 2, sin patologías agregadas, por lo menos con 30 años de edad y por lo menos con un año de haberseles diagnosticado la enfermedad por la médica, titular del Centro de Salud del IMSS de Ixhuatlancillo.

Los métodos empleados fueron dos:

1) Fenomenológico, porque enfatiza lo individual y la experiencia subjetiva para conocer los significados que los individuos dan a su experiencia cotidiana (Rodríguez, Gil y García, 1999). Se basó en las seis fases propuestas por Apps (1991):

a. Descripción del fenómeno de la manera más libre y rica posible, sin entrar a clasificaciones o categorizaciones

b. Búsqueda de múltiples perspectivas, incluyendo las contradictorias

c. Búsqueda de la esencia y estructura del hecho

d. Constricción de la significación del fenómeno

e. Suspensión de juicios mientras se recoge la información y se familiariza con el fenómeno objeto de estudio.

f. Interpretación del fenómeno, sacando a la luz los significados ocultos.

2) Etnográfico, porque permite aprender el modo de vida de una unidad social concreta, mediante la descripción o reconstrucción social del grupo investigado (Rodríguez, Gil y García, 1999). Se basó en las características de Atkinson y Hammersley (1994):

a. Énfasis en la exploración de la naturaleza del fenómeno.

b. Trabajo con datos no estructurados.

c. Investigación de un número pequeño de casos, pero en profundidad.

d. Interpretación de los significados y acciones de las personas, expresados mediante descripciones y explicaciones verbales.

Las técnicas para la obtención de información fueron tres:

1. Entrevista a profundidad. Dado que existe una dimensión histórica de la subjetividad, nuestra forma de sentir la vida, de sentir el placer o el dolor hablan de ella. Evidentemente conforman un espacio íntimo, pero al mismo tiempo constituyen una expresión personal de una dimensión histórica (difícil de reconocer) pero que ahí está, y la entrevista a profundidad es un elemento clave en la producción de significaciones de los sujetos (Díaz Barriga, 1991).

2. Observación participante, porque “permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como éste se produce... [pues] muchos sujetos o grupos no conceden importancia a sus propias conductas, a menudo escapan a su atención o no son capaces de traducirlas a palabras. Estas conductas deben ser observadas si queremos descubrir sus aspectos característicos” (Rodríguez *et al.* 1999: 149).

3. Registros observacionales. Se realizaron grabaciones en audio de las entrevistas, las cuales fueron transcritas, se tomaron fotografías y vídeo y se apuntaron notas en un diario de campo.

La codificación, análisis e interpretación de los datos se realizaron conforme al procedimiento propuesto por Miles y Huberman (1994), el cual constó básicamente de tres actividades:

1. Reducción de los datos. Se simplificó y seleccionó la información para hacerla abarcable y manejable, para ello, primero se realizó una separación de los datos de acuerdo a criterios temáticos, posteriormente se identificaron y clasificaron las unidades en diversas categorías de contenido, y finalmente se sintetizó la información en metacategorías.

2. Disposición y transformación de los datos. Se sistematizó la información vertida por cada uno de los informantes agrupándose en categorías y se comparó, entre participantes, tanto la información como las categorías.

3. Obtención y verificación de conclusiones. Los primeros resultados y conclusiones se obtuvieron desde el principio, al momento de reducir y codificar los datos. Para verificar las conclusiones, se triangulaban poniéndolas a consideración de los participantes así como con el intercambio de opiniones

con otros investigadores.

Resultados

Se presentan referentes contextuales sobre Ixhuatlancillo, sus habitantes y sus costumbres. También se describe una sesión o consulta representativa de la atención médica en la comunidad y posteriormente se presenta el análisis de esta sesión en donde se muestra cómo, en el consultorio médico, al tratar de comunicarse ambos interlocutores, médica y enferma de diabetes, no se desarrolla un diálogo sino se crean dos monólogos, generándose la falta de entendimiento y acuerdo sobre cómo tratar la diabetes.

Del mundo de los ixhuatecos y sus costumbres

Ixhuatlancillo es un municipio de Veracruz que colinda con Orizaba. Es probable que sus habitantes sean descendientes de los tlaxcaltecas fundadores de Ixhuatlán, poblado cuyos restos arqueológicos están en el norte de la ciudad. Esta comunidad abandonó su lugar de origen al principio de la dominación española, pero fueron regresados al mismo sitio en 1601, donde vivieron hasta que durante el siglo XIX se replegaron a Ixhuatlán del Monte, hoy en día Ixhuatlancillo” (García Márquez, 2003).

Los ixhuatecos se ufanan de sus raíces culturales. Según este mismo autor, el lejano recuerdo de la expulsión de los ixhuatecos parece ser el origen de ese franco sentimiento de superioridad moral que los caracteriza.

Aún conservan su lengua natal: el náhuatl. Conforme al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996), de 9,511 pobladores en 1995, 4,591 personas mayores de cinco años eran hablantes de la lengua. Actualmente, según refieren algunos habitantes, no encuentran razones por las cuales promover entre ellos el uso del “español” como llaman a la lengua que se utiliza en México (Cardoso 2005):

Es Gerardo, mi nieto, si habla, nomás que no sabe hablar el español. Mi hija tampoco no sabe hablar el español... porque nomás casi nosotros hablamos así. Está muy chiquito, apenas tiene cuatro años y no habla español porque no se lo hemos enseñado... si es importante que hable el español, pero no se lo hemos enseñado. (Cardoso, 2005).

No obstante, de manera indirecta reconocen que deben hablar español, “porque yo fui a Veracruz, porque yo estuve trabajando de servienta. Cuando yo salí del pueblo no sabía yo nada, allá lo aprendí poquito...” (Cardoso, 2005).

En general, viven del comercio. Algunos otros trabajan fuera de Ixhuatlancillo: los varones realizando actividades como albañilería y las mujeres ocupándose en aseo doméstico. También suelen ir a Estados Unidos a trabajar.

En término medio, la estatura es de 1.60 cm. Las mujeres son un poco más bajas que los hombres. Conforme a los resultados de un estudio realizado por González y Ochoa (2005), sólo el 47% de la población presenta un estado de nutrición normal, el 63% presenta sobrepeso y obesidad. En las mujeres predomina el sobrepeso y los varones son delgados, y dicho sobrepeso es debido a su dieta alimentaria, pues el consumo de azúcar, grasas de origen animal, pastas y productos industrializados es elevado y, en contraste, se presenta un escaso consumo de frutas y verduras. Aún cuando en las mujeres predomina el sobrepeso, no obstante, cuando niñas son delgadas (Sanabria y Monsalve 2003).

Obesidad y matrimonio en Ixhuatlancillo

Cardoso (2005), señala que para la época en que las niñas empiezan a aspirar al matrimonio, simultáneamente comienzan a subir de peso. Las madres promueven en sus hijas el sobrepeso y la obesidad, pues con esta conducta se ajustan a las normas y valores preestablecidos en su cultura. Para los ixhuatecos, el prototipo sexual femenino es: *chaparritas, morenitas, anchas de cadera y busto grande*.

Las mujeres conocen estos parámetros y no sólo los aceptan sino hasta los promueven. Ellas se saben y se sienten más atractivas entre más ancha la cadera y el busto más voluminoso. Los varones se sienten orgullosos de su mujer entre más prominentemente manifieste estos atributos. Estos parámetros siempre han existido, o por lo menos, han permanecido en su cultura durante seis o siete generaciones. No logran dilucidar cómo se impusieron estos criterios, simplemente los dan por establecidos y tienen por correcta esta complexión del cuerpo femenino.

La predilección por el consumo de alimentos con altos contenidos de grasas y carbohidratos, entre otros, se debe a que de esa forma, las mujeres se acercan al prototipo sexual imperante en la cultura ixhuateca. Para tener ancha la cadera y el busto desarrollado deben consumir el tipo de alimentos que han privilegiado a lo largo de por lo menos 400 años. Ahora bien, como no existen alimentos que incrementen el volumen, únicamente en esas zonas, deben consumir alimentos que les engruese todo el cuerpo. Los ixhuatecos, aceptan esta condición de buen agrado porque una mujer *gordita* lleva implícita una cadera ancha y un busto grande.

El consultorio médico: espacio para la confrontación cultural

La médica, titular del Centro de Salud del IMSS, con alrededor de 40 años de edad, tenía aproximadamente 1.58 de estatura, de tez morena, de complexión delgada con, aproximadamente, 55 kilogramos de peso, divorciada con 2 hijos. Era una profesional, en el amplio significado del término: capacitada técnicamente; comprensiva y sensible a las necesidades, intereses, valores e infortunios de las personas que atendía; amable, sonriente y siempre dispuesta a la colaboración, entre otras cualidades.

Entre sus múltiples actividades realizaba visitas a domicilio, aun cuando fuera en fin de semana o durante la noche, sin importarle la hora. En una sesión de entrevista, se le preguntó sobre el posible riesgo al que se exponía por esta actividad: un asalto, una violación, etcétera. Ella respondió sonriente:

En esta comunidad no corro ningún riesgo, la gente sabe que aquí no hay otro médico que los atienda, sobre todo por las noches. Ellos valoran eso y a cual más me cuida. Y con respecto a una violación, en esta comunidad es donde estoy más segura, yo no representé ningún atractivo sexual para los varones de aquí, a ellos les gustan gorditas, y pues yo, míreme, tan flaca que estoy, que en lugar de parecerles atractiva, en ocasiones pienso que me consideran una mujer débil.¹

También impartía pláticas a los miembros de la co-munidad, individual o colectivamente, sobre distintas enfermedades y ponía especial énfasis en la diabetes y la obesidad. De igual forma promovía cursos impartidos por otros profesionales.

Durante una sesión de observación se percibió que una ixhuateca, de aproximadamente 30 años de edad y con obesidad evidente, se encontraba entre los asistentes a una plática que impartía la médica sobre diabetes y obesidad, y sus complicaciones. En otra sesión de observación subsiguiente, notamos que la médica le explicaba, individualmente a la misma ixhuateca, qué era la obesidad y la diabetes.

En otra sesión de observación, algunos minutos después de las 18.00 hrs., momento en el que la médica se disponía a cerrar el consultorio y dirigirse a su casa, llegó la misma

¹ Datos proporcionados en entrevista a profundidad. La información forma parte del acervo de datos del proyecto *El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y El Manantial, dos comunidades afroestizas de Veracruz México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista*. UNAM-DGAPA-PAPIIT, clave: IN 306308-3.

ixhuateca con uno de sus hijos en brazos. Un niño de aproximadamente 5 años de edad, con fiebre y delirando. La médica, presta y sin reticencias, atendió al niño. Después de la auscultación, le anotó a la señora, en una receta, los medicamentos que debía comprar. Ésta mencionó no traer suficiente dinero. La médica, en respuesta, tomó dinero de su propia bolsa y se lo entregó, urgiéndola en la compra. Después de un tiempo de haber administrado el medicamento, se reguló la temperatura del niño y entonces, prescribiéndole indicaciones sobre el cuidado del enfermo, le indicó a la señora que podía llevarse a su hijo.

En una sesión de observación posterior, la señora se presentó en el consultorio con regalos para la médica. Evidentemente, la ixhuateca estaba agradecida con ella por lo que había hecho. Los regalos consistían en comida rica en grasas y carbohidratos.

La médica, al verlos, se enojó y haciendo un sobreesfuerzo por contenerse, le comentó a la señora que no quería sus obsequios, que ella quería que cuidara a su hijo y que se cuidara ella. Le recordó que ya le había platicado, varias veces, las complicaciones de la obesidad y que le había solicitado, en repetidas ocasiones que dejara de comer alimentos que la condujeran a incrementar el peso corporal, alimentos como los que le estaba convidando. Le indicó que le dejara los alimentos sobre el escritorio y después de darle las gracias, le enfatizó que debía cuidar a su hijo y cuidarse ella.

En cuanto se retiró la señora, la médica se acercó al observador, y a efecto de catarsis le comentó: “no sé qué hacer con ellos, por más que me prodigo en atenderlos, usted es testigo de que les he explicado de mil formas porqué deben bajar de peso, y después de todo lo que hago, mire (señalando los alimentos) con lo que me salen. Cómo hacerlos entender. Usted ayúdeme, tenemos que hacer algo, con la diabetes no se juega”.

Los episodios anteriores evidencian que entre la médica y la ixhuateca, enferma de diabetes, no se establece la comunicación. Aún cuando ambas interlocutoras se esfuerzan por comprender a la otra, no se logra el entendimiento. Es innegable que en ambas partes existe buena intención, sin embargo, la buena disposición no es suficiente. La evidencia indica que no existe diálogo sino dos monólogos.

La cultura: obstáculo para la comunicación entre médica y enferma de diabetes

La explicación, producto del análisis del presente estudio, que se dio al acontecimiento fue que sus respectivas culturas

no les permitían comunicarse. Dicha explicación es la siguiente: Considerando como referente la conceptualización de Cardoso (*et. al.*, 2007), ver cuadro 1, dos mujeres, con culturas antagónicas la institucional, la de la médica y la de la comunidad, la de la ixhuateca, se entregan lo mejor que tienen, pero ninguna es capaz de aquilatar lo que se le entrega porque interpreta a la luz de su propia cultura y no reconocen los valores de la otra cultura, por los que se mueve su interlocutora.

La médica, ofrece sus conocimientos y habilidades para ayudar a su congénere, e incluso también le ofreció su dinero y, a cambio, sólo esperaba que su paciente bajara de peso y regulara sus niveles de glucosa en sangre. En cambio, lo que recibió fueron presentes, que interpretó, como que todo su esfuerzo como facultativa era en vano, puesto que le indicaban que la ixhuateca hacía caso omiso de sus indicaciones.

Si la galena hubiese reflexionado sobre los preceptos de la otra cultura y las razones por las que existen, se percataría que la prescripción médica le representa a la ixhuateca un obstáculo para tratar su diabetes, pues una condición *sine qua non*, para el control de esta enfermedad, es bajar de peso, circunstancia que la coloca en una disyuntiva: preservar su salud o preservar lo que considera elementos esenciales de la existencia. Por ejemplo, el alejarse del prototipo sexual ixhuateco, le generaría, entre otros, una pérdida importante: al adelgazar, si bien puede regular sus niveles de glucosa en sangre, en contraparte, se expone a perder lo que en la historia de la humanidad se reconoce como fundamental: perder la oportunidad de crear una familia y procrear descendencia.

Y esta condición significa lo mismo para las demás mujeres de Ixhuatlancillo, por ejemplo, si es soltera y delgada no tendrá pretendientes, o visto desde su perspectiva, *podría no conseguir con quien casarse*. Si es casada, podría dejar de ser atractiva para su marido. Además si tiene hijas, al promover condiciones que las lleven a adelgazar, estaría destinándolas a no casarse y a todo lo que conlleva esta situación.

En concreto, se pierde la posibilidad de conseguir un compañero con quien procrear una familia, un proveedor para el sustento y preservación de esa familia, una persona con quien compartir su vida y acompañarse cuando sean ancianos, entre otros aspectos.

Los ixhuatecos no reparan deliberadamente en estas condiciones, aunque si están conscientes de su existencia, ya que las privilegian sobre detener las complicaciones de la diabetes. Simplemente eligen por lo que hasta la fecha les

ha redituado un mayor beneficio: continuar con sus antiguos hábitos alimentarios porque ello les ha permitido asegurar su supervivencia, individual y colectiva, y mantener su identidad con respecto a los otros grupos sociales aledaños a Ixhuatlancillo.

Si bien, es loable la intención institucional, la ayuda no ha considerado las consecuencias que les genera por no considerar los valores antes referidos: al reducir el consumo de alimentos con altos contenidos de grasas y carbohidratos, condición imprescindible para regular los niveles de glucosa en sangre, también las está conduciendo a adelgazar, y ello atenta contra su cultura.

En contraparte, la enferma de diabetes, en reconocimiento por lo que la médica había hecho por ella, también le entregaba lo mejor que tenía: comida que la conduciría hacia una complexión aceptada socialmente, conforme a los cánones de la cultura ixhuateca, aunque con eso le indicaba que no estaba dispuesta a seguir sus prescripciones para tratar su diabetes.

La ixhuateca también pretendía generarle un beneficio a la médica. Acorde con los valores de su cultura, ella sentía compasión por la galena, pues al verla delgada, divorciada y con vida por delante, consideró que debía ayudarla para que fuera atractiva y así, obtener todos los beneficios de esta condición, y para tal efecto, la médica debía aumentar su peso corporal.

Una reflexión sobre estos valores culturales en confrontación con el tratamiento médico para el control de la diabetes, nos permite observar que el pretender llevar a cabo la prescripción médica, conduce a las ixhuatecas, a un conflicto en su percepción de la vida: hacer uso del tratamiento médico conduce al control de la diabetes, empero, en su perjuicio, les acarrea consecuencias sociales de no menor importancia.

Conclusiones

Se han propuesto varias estrategias institucionales para prevenir y controlar la diabetes. Entre ellas, proporcionar educación sobre la enfermedad a personas que la padecen (ADA, 2004). Desde una perspectiva lógica, el educar a los enfermos debería haber resuelto el problema. Es incuestionable la contribución de la educación en este problema, sin embargo, la diabetes es la primera causa de muerte en nuestro país.

Otra estrategia es la adherencia terapéutica: “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982, citado en Ferrer, 1995: 38), empero, en México, la falta de adherencia a los tratamientos, es uno de los principales problemas para el control de la diabetes, se estima que 56% de las personas se encuentran descontrolados y sólo el 40% de las personas diagnosticadas están bajo tratamiento (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

Estas estrategias no están impactando como debiera porque la falta de comunicación entre médico tratante y enfermo de diabetes está influyendo determinadamente. No existe comunicación entre ellos porque pretenden comunicarse con códigos culturales antagónicos. El médico, al pretender comunicarse conforme a los preceptos indicados por su cultura, la institucional, presenta comportamientos que complican el entendimiento con las personas que atienden y para incrementar el efecto, en contraparte, el enfermo también trata de comunicarse conforme a los cánones de su cultura, los cuales, al galeno le parecen irracionales, sin sentido o hasta absurdos, por ejemplo la práctica chamánica.

Esto es, como la cultura es el filtro por el que se explican su realidad cada uno de ellos, ese filtro, la cultura, conduce sus acciones y como cada uno de ellos responde conforme filtros diferentes entonces no se establece la comunicación y por ende, tampoco se da el entendimiento: ni el médico es capaz de transmitirle a la persona con diabetes lo que para él es importante, ni la persona con diabetes logra hacer que se le reconozcan sus necesidades, intereses, valores e infortunios, factores de suma importancia para ella.

En esta forma de comunicación se pretende imponer al otro, los argumentos propios mediante los códigos de la cultura propia, porque “cada cultura organiza su realidad de una manera específica y sus miembros están convencidos de que ésta es la única visión correcta del universo” (Le Shan y Margenau, 1996: 12). Esta circunstancia ha favorecido a que la enfermedad se haya convertido en un problema nacional con perfiles de epidemia.

Cuadro 1. Características de la cultura institucional y características culturales de las personas con diabetes

Características de la cultura institucional	Características de la cultura de la persona con diabetes
La cultura institucional se adquiere por medio de la educación institucional y es considerada como la verdadera.	La cultura institucional no es ni la verdadera ni la única que genera la salud, condición que lo lleva a escuchar y creer en diversas recomendaciones.
Las prescripciones y la forma de expresarlas son consecuentes y no hay ambigüedad. Se da por establecido que la autoridad que confiere un título institucional garantiza la aceptación por parte de la persona, del tratamiento prescrito.	La prescripción de los prestadores del servicio de atención a la salud es solamente una forma, entre varias, de atender el problema. El hecho de que la dicten ellos no garantiza que la persona la acepte.
La prescripción terapéutica debe seguirse al pie de la letra.	Existen varios tipos de tratamiento y todos son valiosos, por tanto, se puede elegir de entre todos ellos.
Determinación y legitimación por el conocimiento institucional proporcionado fundamentalmente mediante los libros.	Determinación por reglas sociales que son transmitidas mediante prohibiciones y prescripciones legitimadas por la aceptación de la comunidad.
Transmisión de conocimientos expresamente por el único medio válido: los libros	Transmisión de conocimientos través de consejos de personas con reconocimiento de su comunidad.
La prescripción institucional es la correcta y el comportamiento de la persona con diabetes es incorrecto por lo que éste es quien debe ser corregido y conducido al cambio	Su comportamiento no está totalmente mal, sino desordenado, por lo cual únicamente debe modificar algunos aspectos.
Los prestadores del servicio de atención a la salud se consideran poseedores del conocimiento verdadero y cualquier opinión del enfermo, que no esté dentro del criterio de su paradigma es considerada como falsa.	Las costumbres, hábitos, valores, creencias, etc., que significan el conocimiento social heredado se contraponen a las prescripciones de los prestadores del servicio de atención a la salud que representan el conocimiento científico de las leyes de la naturaleza.
La cultura de la persona con diabetes es considerada como la anticultura, como lo falso que se opone a lo verdadero y correcto, por tanto, la anticultura debe desaparecer.	Concibe a la cultura institucional, no como oposición sino como ausencia de cultura, por lo que considera que sus costumbres, creencias, valores etc. deben difundirse y transmitirse.
La cultura institucional tiende a preservar su hegemonía y se cierra y rechaza todo aquello que le es opuesto.	La cultura de la persona con diabetes se concibe a sí misma como un principio activo que merece y debe ser propagado.
La cultura de la persona con diabetes, sobre la enfermedad, es considerada una mentira, la cual, debe ser destruida,	Cualquier conocimiento que represente una opción para controlar la enfermedad se juzga que debe ser aceptado e incluso que debe ser difundido.
La cultura institucional antepone la supremacía de sus conocimientos sobre las prácticas religiosas como medio preponderante para el control de la enfermedad.	Tanto las prescripciones de los prestadores del servicio de atención a la salud como cualquier otra prescripción o práctica religiosa son consideradas con el mismo valor y complementarias para el control de la enfermedad.
El conocimiento científico y sus generadores representan el nivel de confianza más alto.	El autor representante de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el científico o el autor de libros.

Fuente: Elaboración propia a partir de conclusiones de investigación, 2009.

Bibliografía

- Alvarado, O., S. Milian y S. Valles (2001) "Prevalencia de la diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes". En *Salud Pública de México*. Vol. 43. N° 5: 459-463.
- American Diabetes Association. (2004). "La diabetes y los latinos" <http://www.diabetes.org/enespanol/diabetes-and-latinos.jsp>, (obtenida el 1 de septiembre de 2004).
- American Diabetes Association. (2004). "La diabetes y los latinos" American Diabetes Association. *Iniciativas latinas*. <http://www.diabetes.org/espanol/iniciativas-latinas-sumario.jsp> (Obtenido el 11 de abril de 2007).
- Atkinson, P; Hammersley, M. (1994) "Ethnography and participant observation". En N. K. Denzin; S. Lincon (Ed.) *Hanbook of qualitative research*. Thousands Oaks, C.A.: 248-261.
- Barfield, T. (2001) *Diccionario de antropología*. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- Cardoso, M. (2000) "La confrontación cultural: un factor determinante para el control de la diabetes mellitus tipo 2", en: *Investigación en salud*. Vol. II. N° 2. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Cardoso, M. (2005). "La obesidad y el matrimonio como patrones culturales antagónicos al tratamiento médico institucional para el control de la diabetes en Ixhuatlancillo Veracruz". En Serrano, C.; Hernández, P. Y Ortiz, F. (Eds.) *Estudios de antropología biológica*. Vol. XII. UNAM, IIA, INAH, AMAB: 583-598.
- (2006a). "La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. Cultura, dieta y diabetes". *Cuicuilco*, n° 37, volumen 13 mayo-agosto, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia-INAH: 129-147.
- (2006b) "Cultura y diabetes en Nezahualcóyotl, Estado de México". En Peña, F. y Alonzo, A.: *Miradas antropológicas sobre la salud y el trabajo en el México de hoy*. México, ENAH, CONACULTA-INAH, PROMEP: 67-87.
- Cardoso, M.; Pascual, R.; Figueroa, M.; Moreno, G.; Orozco, I. (2007) "La cultura institucional vs. La cultura de la persona con diabetes", *Estudios de antropología biológica* Revista de la Asociación Mexicana de Antropología Biológica. México, Vol. XIII.: 957-968.
- Carrillo, A. y Perales, A. (2006) "Diabetes Mellitus, cuando el azúcar empalaga la sangre" Revista *Conversus*, Instituto Politécnico Nacional, México; Septiembre (53): 26-29.
- Díaz Barriga, A. (1991) "La entrevista a profundidad. Elemento clave en la producción de significaciones". *Tramas* (3). *Subjetividad y procesos sociales*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México: 161-178.
- Federación Internacional de la Diabetes (2004) *Economía y diabetes*. <http://www.fmdiabetes.com/diabetes/economia.asp> (Consultado el 25 de febrero de 2004)
- Federación Mexicana de Diabetes (2006) <http://www.fmdiabetes.com/www/noticias/noticias.asp?id=20060306212755> (Obtenido el 08 de abril de 2006)
- Federación Mexicana de Diabetes. (2007). *Diabetes en números*, de <http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnúmeros.asp> (Obtenido el 02 de abril de 2007).
- Ferrer, V. (1995). "Adherencia a o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados". *Revista de Psicología de la Salud*, 7, año 1: 37-38.
- García, M.(2003) *Raíz y razón de Ixhuatlancillo*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- González, B. y A. Ochoa (2003) "Genética y nutrición en dos comunidades de la región de orizaba". Ponencia presentada en el XII Coloquio Juan Comas, Tlaxcala, Tlax., México, Simposio "La población prehispánica y actual de la región de Orizaba: una perspectiva bioantropológica".
- Hernández, M. y Olaíz G. (2002) "La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública", *Ciencia: Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, 3, vol. 53: 8-17.

- Holt, R. (2004) "Diagnosis epidemiology an pathogenesis of diabetes mellitus an update for psychiatrist (schizophrenia and diabetes 2003: an exerted consensus meeting)". *The British Journal of Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists. supplement 47; Vol. 184, april 2004: 55-63. <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi#> (Obtenido el 23 de septiembre de 2004)
- Instituto nacional de estadística, geografía e informática. (1996). *Veracruz. Censo 95 de población y vivienda. Resultados definitivos*. Tabulados básicos. México.
- Internacional Diabetes Federación. (2007). The human, social and economic impact of diabetes. <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=41>, (Obtenido el 18 de abril de 2007)
- Leshan I. Y H. Margenau (1996) *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh. Un paso más allá de la realidad física*, Gedisa, España.
- Mercado, F. (1996) *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.
- Miles, M. y A. Huberman (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, C.A.: Sage.
- Murillo, J. (1999) *Vivir con diabetes. Guía para pacientes, sus familiares y educadores*. Madrid, Neo Person.
- Rodríguez P.; Gil J.; García E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*, 2ª ed., Editorial Aljibe, Granada.
- Rodríguez, M.; C. López; P. Rodríguez; M. Jiménez (2003) "Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México". En *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, n° 5; vol. 41: 383-392.
- Sanabria, X. Monsalve, T. (2003) "Crecimiento físico en escolares indígenas y mestizos de la región de Orizaba". Ponencia presentada en el XII Coloquio Juan Comas, Tlaxcala, Tlax., México, Simposio "La población prehispánica y actual de la región de Orizaba: una perspectiva bioantropológica".
- Secretaría de Salud (2001): "Modificación a la Norma Oficial Mexicana nom-015-ssa2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (2001)" *Diario Oficial de la Federación del 18 de Enero de 2001*; <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/> (consulta del 21 de febrero de 2002)
- Secretaría de Salud (2002). Comunicado de prensa no. 027, 2002 del 1 de marzo de 2002, página web de la *Secretaría de Salud de México* http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-personas-con-diabetes.htm (obtenida el 23 de marzo de 2002).
- Secretaría de Salud. (2003). "Principales causas de mortalidad general, 2001", México, <http://www.salud.gob.mx/index.html> (obtenida el 4 de julio de 2003)
- Secretaría de Salud. (2008). "Mortalidad" <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>, (obtenida el 17 de julio de 2008)
- Strauss, A.; Corbin, J. (1994) "Grounded theory methodology". En N. K. Denzin E. y S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Editorial Sage, Thousand Oaks, C.A.
- Ulin P.; Robinson E. y Tolley E. (2006) *Investigación aplicada en Salud pública. Métodos Cualitativos*. USAID, FHI y OPS (1); 286 págs.