

La cultura del diabético: factor esencial para el control de su propia enfermedad. Una perspectiva multidisciplinaria*

Marcos Antonio Cardoso Gómez

RESUMEN

Con el propósito de contribuir a la comprensión, explicación y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2, se presenta un análisis acerca del por qué no puede ser controlada esta enfermedad, si actualmente se cuenta con los conocimientos teóricos y con la tecnología necesaria para tal fin.

Para tal efecto, se ofrece una reflexión conceptual sobre 1) La importancia de la cultura del diabético en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2, 2) La importancia de la integración del aspecto biológico con el aspecto cultural para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y 3) La práctica multidisciplinaria como alternativa de atención a la Diabetes Mellitus Tipo 2.

El presupuesto básico es que para controlar la Diabetes Mellitus Tipo 2, se debe tratar multidisciplinariamente, integrando la cultura del diabético como un factor imprescindible en la terapéutica institucional.

El análisis y la reflexión se realizaron sobre la información obtenida con diabéticos de una zona de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; multidisciplinaria, cultura, integración, medio biológico, medio cultural, tratamiento, control.

ABSTRACT

In order to contribute to the understanding and control of Diabetes Mellitus Type 2, it is presented here an analysis about why this disease can't be controlled despite knowledge and technology advances. This paper presents a conceptual reflection about the importance of the consideration of a 'diabetic patient culture'; of the integration of diabetes biological and cultural aspects and of a multidisciplinary approach when caring for this disease within health institutions. The underlying assumption for this analysis is that to efficiently control Diabetes Mellitus Type Two, the cultural aspects of this disease should be considered as much as its biological aspects. Empirical evidence to support this analysis was obtained from diabetic population in Nezahualcóyotl City in México.

Key words: Diabetes Mellitus Type 2; multidiscipline, culture, integration, biological environment, cultural environment, treatment, control.

Introducción

En México, la Diabetes Mellitus es una enfermedad considerada como problema nacional de trascendental importancia. Empero, actualmente no debería causar mayor contrariedad puesto que debiera ser una enfermedad controlada.

Si aún con la posibilidad de controlarla sigue afectando a la población, entonces es necesario reflexionar por qué se presenta como un problema nacional.

Probablemente se deba a que en la atención profesional institucionalizada, se ha relegado la interacción del aspecto biológico de los individuos con su medio ambiente social, es decir, se ha olvidado integrar las aportaciones de disciplinas como la Medicina, Odontología, Psicología y Antropología, entre otras.

Esta omisión a su vez, ha propiciado que no se integre la cultura del diabético en la estrategia para controlar la enfermedad.

Una posible alternativa ante este vacío sería la integración de la cultura al tratamiento médico. Esto podría lograrse mediante la atención multidisciplinaria porque la multidisciplinaria implica la integración de conocimientos y técnicas de diferentes disciplinas, ofreciendo mayor probabilidad de éxito en el control de esta enfermedad, es decir, la posibilidad de control probablemente se incrementaría si el tratamiento médico considerara como referencia la cultura del diabético.

Con el objetivo de contribuir a la comprensión, explicación y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), en este artículo se presenta un análisis sobre:

- a) La importancia de contemplar la cultura del diabético en el tratamiento de la DMT 2.
- b) La importancia de la interacción del aspecto biológico con el aspecto cultural para el control de la DMT2.
- c) La atención multidisciplinaria como alternativa para el control de la DMT2.

El análisis se presenta como avances de tesis para obtener el grado de doctor en Antropología en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Es una investigación cualitativa orientada en la perspectiva de la Teoría Fundamentada y se realiza con diabéticos de una zona de Cd. Nezahualcóyotl en el Estado de México, que son atendidos en el "Programa de atención multidisciplinaria" de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad

Nacional Autónoma de México. Esta población de diabéticos se ha tomado como referencia en el análisis realizado.

Antecedentes

La Diabetes Mellitus (DM) se considera un problema de salud mundial, ya que se presenta entre el 2% y 6% de la población en el mundo (Gallardo, 1998).

Particularmente en México, es una enfermedad catalogada como problema nacional porque: a) Hay un notable incremento de ella. Por ejemplo, según se señala en los reportes de la Dirección General de Epidemiología, el número de nuevos casos ha variado de 18.4 por 100,000 habitantes en 1978, a 155.6 por 100,000 habitantes en 1990 (Secretaría de Salud, 1993), b) Afecta a una gran cantidad de personas en edad productiva ocasionándoles importantes modificaciones en la cantidad y calidad de vida por las complicaciones que provoca cuando no es controlada (Secretaría de Salud, 1993; Zárate, 1996) y c) El número de muertes por esta enfermedad que ha llegado a ocupar el cuarto lugar general (Norma Oficial Mexicana, 1999).

Sin embargo, la DM no debería representar mayores contratiempos, puesto que con los conocimientos científicos y la tecnología disponible actualmente debería, en teoría, ser una enfermedad controlada. De acuerdo con Mercado (1996), los profesionales de la salud disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso.

Es decir, la prescripción médica para el control de la diabetes consiste en llevar la dieta, realizar el programa de ejercicios y tomar los medicamentos prescritos por el médico (Dolger y Seeman, 1991; Krall y Beaser, 1992; Anales Nestlé, 1992; Eli Lilly, 1994; Zárate, 1996; Durán *et al.*, 1997; Murillo, 1999).

Esto significa que con los recursos anteriores, debería ser suficiente para que una persona con DM pudiera vivir sin que su enfermedad le generara complicación alguna, o por lo menos las complicaciones podrían ser retardadas de tal suerte que su enfermedad no les impida desarrollar sus actividades cotidianas.

No obstante estos argumentos teóricos, la DM en México ha evolucionado gravemente.

En 1955 se registró una tasa de mortalidad por esta enfermedad de 5.0 por 100,000 habitantes (Zubirán, 1960). Para 1980, la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 por 100,000 habitantes (Vázquez y Escobedo, 1989) y para 1990 se remontó a 31.8 por 100,000 habitantes (Velázquez, Ramírez y cols., 1992).

Conforme al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (1993), la DM se ubicó en México durante 1993, como:

- a) La cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general.
- b) La tercera causa de muerte dentro de los grupos de 46 a 64 años y de 65 años o más.
- c) Conforme al sexo, en las mujeres ocupa el segundo lugar como causa de muerte dentro del grupo de 46 a 64 años y el tercer lugar en el grupo de 65 años o más.
- d) Y se ubicó en el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria.

Durante 1995, el Grupo de Información y Prevención contra Diabetes Mellitus (GIPDIM) (1998), catalogó esta enfermedad como un problema de salud muy importante, debido a que:

- a) Se registraron más de 10 millones de casos.
- b) Fue la cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general después de las enfermedades cardiovasculares, procesos neoplásicos y accidentes.
- c) Se registraron 33 mil muertes sólo en ese año provocadas por DM.
- d) Fue el noveno motivo de consulta en la población económicamente activa.
- e) Fue la primera causa de amputación.
- f) La retinopatía diabética fue la segunda causa de ceguera.

Se calcula que en 1997, a escala nacional, fallecieron por esta enfermedad 36,027 personas, de las cuales, 15,884 eran hombres y 20,141 eran mujeres (INEGI: 2000).

Para 1999, según la Norma Oficial Mexicana (1999) alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía DM y 30% de los afectados, desconocía tenerla. Esto significa que en nuestro país, para ese mismo año, existían más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas. En ese periodo era la cuarta causa de mortalidad general en el país.

Actualmente la DM "es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático,

así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares" (Norma Oficial Mexicana, 1999: 6).

Y de no controlarse esta enfermedad, se incrementará el número de personas que pueden morir por esta causa. La Secretaría de Salud estima que nueve millones de personas la padecen actualmente (Asociación Mexicana de Diabetes en Ciudad Victoria, Tamaulipas, 2000). Hasta la semana 13 del 2000, tan sólo en el Distrito Federal se tienen contemplados 4,830 casos nuevos de diabetes y en el Estado de México 8,002 (INEGI, SSA/DGEI, 1998).

Ante estas repercusiones, otras disciplinas, con la finalidad de coadyuvar a la terapéutica médica, han propuesto diversos tratamientos terapéuticos complementarios, porque "el diabético sí puede llevar una vida normal en casi todos los sentidos... Puede hacer casi todo lo que hace la persona que no es diabética. Pero antes, necesita aprender a vivir con su enfermedad" (Dolger y Seeman, 1991).

Algunos psicólogos como Rodríguez (1987) consideran que un entrenamiento en autocontrol de la conducta facilitaría al paciente adherirse al tratamiento médico, porque le permite desarrollar estrategias que le facilitan el cumplimiento del régimen alimenticio, el ejercicio y la toma de medicamentos prescritos por el médico.

O bien, otros, como Labrador y Castro (1987) han propuesto ofrecerle al diabético un entrenamiento en control de estrés a través del cual se le enseñe a manejar sus reacciones físicas y emocionales con el fin de controlar los niveles de glucosa en sangre, que tienden a elevarse ante situaciones estresantes para el paciente.

La atención psicológica dirigida a la persona que desea controlar la diabetes, comúnmente contempla tres áreas de trabajo (NOAH, 1997):

- Técnicas de autocontrol para el tratamiento y su consecución
- Identificación y el manejo del estrés
- Identificación de las ideas irracionales del paciente que generalmente lo llevan a disminuir su autoestima, a crear periodos depresivos y manejos inadecuados de la angustia.

Sin embargo, aún con estas opciones la DM continúa devastando la población, "los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes" (Norma Oficial Mexicana, 1999).

Ante estos antecedentes es necesario reflexionar por qué la DM se presenta como un problema nacional si se cuenta con los recursos suficientes para que pueda ser controlada, esto es, si con los conocimientos y la tecnología que aportan, tanto la medicina como otras disciplinas, la DM debiera ser controlada, ¿por qué sigue causando estragos en la población?

Probablemente la respuesta se encuentre en tres ámbitos:

1. La omisión de la cultura del diabético en el tratamiento de la DMT2.
2. Se ha relegado la integración del aspecto biológico con el aspecto cultural, es decir, se olvida integrar las aportaciones de disciplinas como la Medicina, Psicología y Antropología, entre otras.
3. La falta de promoción de la atención multidisciplinaria a la DMT2, como alternativa de control.

Importancia de la cultura del diabético en el tratamiento para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2

No obstante la premisa ampliamente conocida: "la diabetes mellitus es un problema bio-psico-social", se ha relegado la integración de los conocimientos de disciplinas tanto biológicas como sociales, para el control de esta enfermedad. Parafraseando a Gabriel García Márquez: "Esto es una verdad de perogrullo, es algo que todos sabemos, pero que... a todos se nos olvida".

Por ejemplo, no se integra en la prescripción médica el aspecto cultural; de acuerdo con Béjar, por cultura se entiende "el espacio históricamente desarrollado donde se acumula y desdobra la significación y el simbolismo valorativo de las tradiciones, costumbres, usos y hábitos sociales, que le dan permanencia, continuidad y transformación a la peculiaridad de México y al carácter nacional del mexicano" (1994: 22).

Pese a que México es un país que se caracteriza por la gran diversidad cultural de su población, este aspecto generalmente no es considerado por los profesionales del área de la salud con lo que probablemente se promueve que, en ocasiones se encuentre en la gente cierta resistencia a seguir determinados tratamientos, cuando estos chocan con sus creencias, valores o costumbres.

Además, como indica Mercado, la atención médica actual ha dejado de lado las dimensiones sociales, psicológicas o culturales de los enfermos sin considerarlos parte de la causalidad, de su conceptualización, ni de las acciones ligadas a la atención de la misma. "A pesar de que el análisis

se centra en los pacientes y en su grupo inmediato familiar la mayor parte de las veces se ignora o se minimiza el contexto económico, social y cultural en el cual se encuentran inmersos" (1996: 33).

Considerando como primordial esta afirmación, el estudio del contexto cultural puede entonces ser de gran utilidad al profesional del área de la salud cuando éste trabaje con personas de una población que presenta creencias, costumbres y valores específicos. Al respecto, Capello señala lo siguiente:

Continuamente se reporta que las campañas generales y particulares sobre prevención de enfermedades, medidas de higiene sanitaria física y mental, o planeación familiar fallan, entre otras muchas causas por la imposibilidad de saber cómo enfrentarse a las características psicológicas y formas de comportamiento de la población. Este desconocimiento impide conformar planes y estrategias para los trabajadores de la salud pública que chocan con maneras peculiares de reacción de los diferentes sectores que conforman la población mexicana (citado en Béjar, 1994).

Con base en lo anterior, puede suponerse que el omitir el aspecto cultural, ha propiciado que al no contextualizarse los tratamientos ofrecidos a las personas que padecen DMT2, en lugar de coadyuvar al control de su enfermedad, se les genera un problema más grave cuando el médico le prescribe a su paciente un tratamiento para controlar su diabetes, si este está en contradicción con sus creencias y las de su familia o con sus costumbres alimenticias.

Por ejemplo, en reuniones familiares, tales como el festejo de Navidad o de año nuevo, los cuestionamientos que prevalecen en la mayoría de las familias mexicanas, para la organización de dichas festividades son dos:

- > A quién invitar y
- > Qué se les ofrecerá de comer.

Las respuestas son: en primer término, se invita a la familia. En segundo lugar, con respecto al ágape, se ofrece una gran variedad de guisos o platillos, que tienen en común la característica de contener grasas, azúcares y carbohidratos, elementos que, como indican Krall y Beaser, 1992; Durán *et al.*, 1997; Murillo, 1999, en la dieta del diabético deben contener en cantidades reguladas.

De esta forma, en una festividad de este tipo, el diabético se ve ante la disyuntiva de elegir entre su salud, siguiendo la prescripción médica o la convivencia con su familia con todas sus implicaciones afectivas y emotivas.

Tomando como referencia las costumbres mexicanas se puede anticipar que, en esa ocasión, elige la convivencia familiar a costa de su salud:

1. Debido a que regularmente no se presentan estímulos del orden biológico, como un dolor intenso, que lo obliguen a atender su salud de manera inmediata.
2. Los efectos de la diabetes son a mediano y largo plazo.
3. Por consiguiente, el diabético prefiere la convivencia familiar porque son sus prácticas cotidianas, las que a su vez son producto de creencias, valores y conductas transmitidas socialmente, las cuales no es fácil cambiar.

El siguiente episodio, extraído de una entrevista a profundidad realizada durante el segundo semestre de 1999, es un ejemplo representativo de lo antes expuesto:

Pedro, oriundo de Guadalajara, es profesor de Secundaria e imparte la materia de Biología. Tiene cuarenta años, es de tez morena y pelo negro rizado. Su estatura aproximada es de 1.75 m., robusto, con 97 Kg de peso y con un abdomen bastante prominente. Regularmente viste con camisa a cuadros, pantalón vaquero de mezclilla con un cinturón ancho orlado con una gran hebilla y calza botas vaqueras. Su carácter, activo y frecuentemente muestra disposición a lo que se le solicita. Es casado y tiene dos hijas, de 15 y 13 años y dos hijos de 9 y 7 años.

Felizmente casado, según él mismo, es muy dichoso con su familia y su trabajo le ha proporcionado grandes satisfacciones, afirma estar contento con la vida y tiene diabetes.

Al inicio de su tratamiento, se mostró bastante cooperador. Cuando acudió al programa presentó 280 ml/dl de glucosa en sangre, después de dos meses de atención logró controlar su nivel de glucosa en 120 ml/dl permaneciendo así por espacio de tres meses.

El tratamiento médico consistió en prescripción de hipoglucemiantes orales, de dieta baja en grasas, carbohidratos y azúcares y ejercicio físico.

El tratamiento odontológico consistió en saneamiento básico, eliminación de caries en tres piezas, dos molares y un premolar. Las tres piezas se obturaron con amalgama.

En el tratamiento psicológico tuvo entrenamiento en autocontrol para facilitar y establecer la práctica de la prescripción médica y para apoyar y establecer el aseo bucal.

También se le entrenó en el manejo de relajación muscular para controlar el estrés y se realizó una reestructuración cognoscitiva con la finalidad de cambiarle la concepción de que la diabetes es una "desgracia", para que, en contraparte, concibiera a la diabetes como una oportunidad para superarse en la vida.

Al parecer, basándose en los análisis de sangre, esta terapéutica había logrado su objetivo: el control de la glucosa en sangre en los niveles aceptables para un diabético.

Sin embargo, después de dos meses de control del problema y tres meses de estabilización, cinco en total, Pedro comenzó a asistir irregularmente. Conforme avanzaban los días, se mostraba cada vez más enfadado. Dejó de seguir las prescripciones y en consecuencia, obviamente, se elevó su nivel de glucosa.

Una ocasión salió bastante molesto del consultorio médico y como ya estaba yo al tanto del cambio de Pedro, decidí invitarlo a conversar.

Él, un tanto irritado por mi insistencia para platicar, respondió abruptamente a las preguntas del por qué de su molestia y el por qué de su descuido:

Si el médico cree que voy a hacer lo que me indica está loco, está como "operado del cerebro".

— Pregunté: ¿Ha habido algún malentendido con el médico?

— Él contestó que no.

— ¿Lo ha tratado de alguna manera que le moleste o le incomode a Ud?

— No, de ninguna manera.

— ¿No confía en la capacidad del médico o en el tratamiento que le ha estado prescribiendo?

— No. No es eso. No tengo queja en ese sentido. Lo que pasa es que el médico quiere que yo tenga problemas con mi familia y eso no lo voy a aceptar.

— Le pedí que me explicara más ampliamente en que se fundamentaba para suponer eso y me contestó lo siguiente:

— Usted sabe que soy de Guadalajara. Allá mi padre nos enseñó que un domingo con la familia sin "carnitas", sin "chicharrón", sin "barbacoa" conviviendo, no es domingo.

Mi padre nos enseñó a ser así y yo estoy muy contento con esas enseñanzas. Nos permitió ser una familia unida. Me permitió disfrutar de la compañía de mis padres y hermanos. Ahora recuerdo lo feliz que fui allá.

Acá, con mi familia yo trato de seguir las enseñanzas de mi padre. Un domingo en familia sin "carnitas",

sin "chicharrón", sin "barbacoa", no es domingo. Nos acostumbramos desde siempre, con mi esposa, que el domingo es para la familia y sin comer lo que nos gusta, pues no se la pasa uno igual.

Es tan bonito ver a mi familia convivir los domingos, oír sus risas, tan contentos todos unidos, saboreando la comida.

Sin embargo, con el tratamiento que me dan ustedes, pues simplemente hasta mi familia sale afectada. Y para evitarles eso tengo que hacer cosas como: No comer con ellos, separarme e irme a comer a otro lugar de la casa. Me separo porque es tan feo tener enfrente lo que le gusta a uno y no poderse comer, pero es peor pedirles también a ellos que se sacrifiquen. Si cambio mis costumbres, eso me va a llevar a la desintegración de mi familia. Y ya lo pensé bien, como no me queda más que elegir entre mi salud o vivir contento con mi familia los años que me restan, pues prefiero a mi familia y vivir feliz con ellos como lo fui cuando pequeño, allá en Guadalajara².

Lo anterior refleja que el tratamiento médico, al no atender los aspectos culturales, choca con los intereses del diabético, que en esos momentos son el convivir con su familia de acuerdo a las costumbres mexicanas establecidas.

El no incorporar este aspecto, probablemente ha influido en el fracaso del control de la DMT2.

Importancia de la integración del aspecto biológico con el aspecto cultural en el tratamiento para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Muy probablemente la consecución del control de la DMT2 esté en función de que los profesionales de la salud, dedicados a la atención de personas con DMT2, perciban la trascendencia de la cultura del diabético, porque "la cultura es la manera en que los grupos sociales responden a los retos de la sobrevivencia" (Puga, 1997: 44), por ejemplo: la terapéutica médica exige al diabético que cambie sus hábitos, lo que no es posible con buena voluntad, ya que de acuerdo con Bourdieu:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen hábitos, sistema de disposiciones duraderas y transferibles,... es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos (1991: 92).

² En la descripción anterior se ha cambiado únicamente el nombre en protección y respeto de la persona, eje de nuestras reflexiones.

El *habitus* es la presencia activa de todo el pasado del que es producto: es lo que proporciona a las prácticas su independencia relativa con relación a las determinaciones exteriores del presente inmediato (1991: 98).

O como menciona Durkheim (1982): En cada uno de nosotros, según proporciones variables, está el hombre de ayer; es el hombre de ayer quién, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es bien poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos resultado.

En consecuencia, lo que el médico solicita a su paciente que padece diabetes no es fácil de lograr puesto que se tiene que luchar por reformar la historia del individuo ya que:

Producto de la historia, el *habitus* produce prácticas, individuales y colectivas, produce, pues, historia conforme a los principios engendrados por la historia: asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de principios de percepción, pensamiento y acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y normas explícitas, a garantizar la conformidad de todas las prácticas y su constancia a través del tiempo. (Bourdieu, 1991:94-95).

El problema ha sido que no se ha comprendido que las prácticas del individuo son producto de condiciones específicas, las cuales no pueden ser cambiadas por prescripción ni por argumentación o concertación, ya que dichas:

Prácticas no se pueden deducir de las condiciones presentes que pueden parecer haberlas suscitado ni de las condiciones pasadas que han producido el *habitus*, principio duradero de su producción. Sólo es posible explicarlas, pues, si se relacionan las condiciones sociales en las que se ha constituido el *habitus* que las ha engendrado, y las condiciones sociales en las cuales se manifiestan (Bourdieu, 1991:97).

Espontaneidad sin consciencia ni voluntad, el *habitus* se opone por igual a la necesidad mecánica y a la libertad reflexiva (Bourdieu, 1991:98).

La dificultad para el cambio de *habitus* radica en que no se ha considerado que las prácticas que produce son:

Objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser el producto de obediencia a reglas y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 1991: 92).

La homogeneización objetiva de los hábitos de grupo o de clase que resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia, es lo que hace que las prácticas puedan estar objetivamente concertadas sin cálculo estratégico alguno ni referencia consciente a una norma, y

mutuamente ajustadas sin interacción directa alguna y, a fortiori, sin concertación explícita (Bourdieu, 1991:101).

Mientras se ignore el verdadero principio de esta orquestación sin director de orquesta que confiere regularidad, unidad y sistematicidad a las prácticas, sin organización, espontánea o impuesta, de los proyectos individuales, nos condenamos al artificialismo ingenuo que no reconoce otro principio unificador que la concertación consciente. (Bourdieu, 1991:102).

Con base en lo anterior, es posible suponer que resultaría beneficioso que la medicina institucional cambiara de estrategia, en lugar de prescribir rígida y estrictamente, debiera respetar los aspectos culturales de las personas que padecen DMT2, para que, sobre la consideración de dichas características, organizara su plan terapéutico. Es decir, la integración del aspecto biológico con el aspecto cultural del diabético es consubstancial: la prescripción médica integrada con las creencias, valores, y costumbres del diabético.

Atención multidisciplinaria a la Diabetes Mellitus Tipo 2

Una alternativa de tratamiento a problemas de salud es la práctica multidisciplinaria, entendida ésta como "la interacción concertada, de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución del problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación, una ausencia o deficiencia de capacidad explicativa y comprensiva" (Cardoso, 1999:35-36), ya que:

- a) Existen aspectos relevantes que contribuyen a la deshumanización en la atención a la salud, por ejemplo, el hecho de crear especializaciones de estudio y de intervención que marginan al problema de su totalidad (Capra, 1985).
- b) Esto se debe a que las disciplinas que promueven dicha especialización han creado sus propias categorías y métodos de estudio (Díaz, 1988).
- c) En consecuencia se ha producido la explicación unicausal del desequilibrio del organismo que soslaya factores que posee la población, tales como nivel socioeconómico, hábitos, valores y creencias entre otros, olvidando que el equilibrio del organismo depende de la interacción de múltiples factores (Mckeown, 1982; Laurell, 1982; Holtzman *et al.*, 1988).
- d) Por lo tanto, si se pretende atender algún problema de salud se debe considerar dentro del contexto del todo.

- e) Por lo anterior, un problema de salud, y específicamente la DMT2, no debiera concebirse como único e independiente ya que atenderlo individualmente no lo resuelve, solo brinda un paliativo. Por ejemplo, tratar de resolverlo desde una perspectiva médica, psicológica u odontológica exclusivamente, es atenderlo desde una de las dimensiones con que se nos aparece el problema.

Aunque existen diversas propuestas de tratamiento hechas por varias disciplinas, dichos tratamientos no han logrado integrarse desde los conocimientos que explican la DMT2 como problema a resolver, sino que se han integrado a partir de las acciones, lo que propicia una intervención a nivel multiprofesional (Cardoso y Pérez, 1998), que si bien es una opción y ofrece una probabilidad mayor de control, no ha cubierto las expectativas deseadas como lo constatan las estadísticas de morbi-mortalidad de la DM en México.

Por consiguiente, la práctica multidisciplinaria se presenta como una alternativa al tratamiento y control de la DMT2 (Cardoso, 1998). En esta perspectiva se propone integrar los aspectos culturales propios del diabético al plan terapéutico presentado por el médico.

Conclusiones

Con la finalidad de coadyuvar a la comprensión, explicación y control de la DMT2, los elementos conceptuales generados del presente análisis, entre otros aspectos, pretenden contribuir a:

- 1) Minimizar la incompreensión del papel que desempeña la cultura en el mantenimiento de las pautas de conducta y pensamiento.

La incompreensión, ya sea por ignorancia o por negligencia, del papel que desempeña la cultura en el mantenimiento de las costumbres, creencias y valores ha propiciado que abundantes profesionales de la salud sean intolerantes hacia las diferencias culturales de los diabéticos. Y dicha intolerancia, ha propiciado a su vez, que se prescindiera de la cultura del diabético como factor esencial para el control de su propia enfermedad.

- 2) Reducir el etnocentrismo médico.
El etnocentrismo, que de acuerdo con Harris es "la incompreensión del papel que desempeña [la cultura] en el mantenimiento de las pautas de conducta y pensamiento de cada grupo" (1996:22), podría y debiera reducirse, específicamente el etnocentrismo médico porque aquellos profesionales de la salud, intolerantes hacia las diferencias culturales, normalmente ignoran,

u olvidan la siguiente eventualidad: Si hubieran crecido y se hubieran educado en el seno de cualquiera de las familias de sus pacientes diabéticos, todos esos estilos de vida supuestamente irracionales o no cumplidores, como suele calificárseles, serían ahora los suyos.

Así pues, sería factible esperar que, si el médico conociera los valores, las costumbres, creencias y hábitos de sus diabéticos, él sería más sensible, comprensivo y empático, lo que redundaría en una mayor probabilidad de control de la DMT2. En palabras de Albert Einstein: Un pez no tiene conciencia del agua, por que no tiene noticia de ningún otro medio (Citado en Small, 1991:43).

3) Promover la práctica multidisciplinaria

Mientras la Diabetes Mellitus Tipo 2 sea atendida sin considerar la integración del aspecto biológico con el cultural, es decir, mientras la terapéutica convencional

en el área de la salud no considere los valores, las costumbres o creencias del diabético, esta enfermedad seguirá desolando a la población mexicana.

En cambio, si desde una perspectiva multidisciplinaria, se considera la cultura del diabético en el tratamiento que se le prescribe, probablemente se propiciaría que la terapéutica dejara de ser un obstáculo a vencer para convertirse en un comportamiento fácil de realizar ya que estaría dentro del estilo de vida del diabético.

Para tal efecto, la propuesta de Bourdieu podría ser una opción: "sólo se puede superar la aparente antinomia de los dos modos de conocimiento e integrar sus logros si se subordina la práctica científica a un conocimiento del 'sujeto de conocimiento', conocimiento esencialmente crítico de los límites inherentes a todo conocimiento teórico, subjetivista tanto como objetivista" (1991:51).

Bibliografía

- ANALES NESTLÉ (1992). *Diabetes Mellitus*. México: Compañía Nestlé.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE DIABETES EN CIUDAD VICTORIA, Tamaulipas, 2000. Pagina en red. www.geocities.com/HotSprings/7584*
- BÉJAR, R. (1994). *El mexicano: aspectos culturales y psicosociales*. México: UNAM.
- BOURDIEU, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.
- CAPRA, F. (1985). *Punto crucial*. Barcelona: Integral.
- CARDOSO, M. (1998). Importancia de la cultura como referencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus. En: *Comunidad Zaragoza*. 4:17-18.
- CARDOSO, M. y J. PÉREZ (1998). *Construcción de una definición conceptual de multidisciplina*. México: UNAM - FES Zaragoza.
- CARDOSO, M. (1999). Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. En: *Salud Problema*. 4(7):31-37.
- DÍAZ, A. (1988). *Ensayos sobre la problemática curricular*. México: Trillas.
- DOLGER, H. y B. SEEMAN (1991). *Cómo vivir con la diabetes*. México: Diana.
- DURÁN, L., P. BRAVO, M. HERNÁNDEZ y J. BECERRA (1997). *El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.
- DURKHEIM, E. (1982). *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia*. Madrid: La Piqueta.
- ELI LILLY. (1994). *Cómo controlar su diabetes*. Indiana: Eli Lilly Company.
- GALLARDO, M. (1998). Diabetes Mellitus. En: *Comunidad Zaragoza*. 4 (3)
- GIPDIM, (1998). *Grupo de Información y Prevención contra Diabetes Mellitus*. Coordinadora General Maribel Mejía Soto. IPN.
- HARRIS, M. (1996). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza.
- HOLTZMAN, W. H., R. EVANSS, S. KENNEDY y Y. ISCOE (1988). *Psicología de la salud: Contribuciones de la psicología y mejoramiento de la salud y de la atención de salud*. Bol. of San Panam.
- INEGI (1993). *Información estadística del sector salud y seguridad social*. Cuaderno No. 11. México.
- INEGI, SSA/DGEI (1998) *Secretaria de Salud de México*. Página en red www.ssa.gob.mx
- INEGI (2000) *Información estadística del sector salud y seguridad social*. Cuaderno No. 15. México.
- KRALL, L. y H. BEASER. (1992). *Manual Joslin de Diabetes*. Barcelona: Masson-Salvat.
- LABRADOR, F., y L. CASTRO (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. En *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 5(2).
- LAURELL, C. (1982). *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Proceso salud, enfermedad y epidemiología social*. Curso efectuado en la Escuela de Enfermería y Obstetricia. IPN. México.
- MC KEOWN, T. (1982). *El papel de la medicina*. México: Siglo XXI.
- MERCADO, J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México: Universidad de Guadalajara.

- MURILLO, J. (1999). *Vivir con diabetes*. España: Neo Person.
- Norma Oficial Mexicana 1999. México: Secretaría de Salud. Nov. 1999.
- NOAH (1997) *Pregúntale a NOAH sobre Diabetes*. Página en red. www.noah.cuny.edu*
- PUGA, C., J. PESCHARDD y T. CASTRO (1997). *Hacia la sociología*. México: Alhambra Mexicana.
- RODRÍGUEZ, F. (1987). Modificación de conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento en diabéticos tipo II. En *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 5(3).
- SMALL, C. (1991). *Música. Sociedad. Educación*. México: Conaculta-Alianza
- SECRETARÍA DE SALUD (1993). *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- VÁZQUEZ, R., y P. ESCOBEDO (1989). Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987). En: *Revista Médica del Instituto Mexicano el Seguro Social* 28(3-4):157-158.
- VELÁZQUEZ, M., L. RAMÍREZ y Cols. (1992). Información epidemiológica de mortalidad en México. En: *Boletín Mensual de Epidemiología*, Secretaría de Salud 7 (12).
- ZÁRATE, A. (1996). *Diabetes Mellitus*. México: Trillas.
- ZUBIRÁN, A. (1960). *La diabetes mellitus como problema de salud pública*. Primer Congreso de Salud Pública. México, D. F.