

LA CULTURA: UN FACTOR DETERMINANTE EN EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Marco Antonio Cardoso Gómez*

INTRODUCCIÓN

A escala mundial y particularmente en México, la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad considerada como problema de primer orden. Sin embargo, no debería representar mayor complicación, puesto que con los conocimientos científicos y la tecnología disponible, actualmente debería ser una enfermedad controlada, ya que los profesionales de la salud disponen de los recursos científicos y terapéuticos suficientes.

Si aún con estas condiciones la DM sigue causando estragos en la población, entonces es necesario reflexionar por qué se presenta como un problema nacional si se cuenta con los recursos suficientes para que pueda ser controlada.

Probablemente la respuesta se encuentre en varios ámbitos:

1. La práctica multidisciplinaria es una alternativa de tratamiento.
2. En el concierto multidisciplinario se ha soslayado el estudio de la interacción del aspecto biológico de los individuos con su medio ambiente social; es decir, se omite integrar los conocimientos de disciplinas como la medicina, odontología, psicología y antropología.
3. Se ha prescindido del aspecto cultural del diabético.
4. La confrontación de dos culturas en el tratamiento de la DMT2: la médica y la de la persona que padece diabetes.

En este trabajo se exponen algunos elementos conceptuales, con la finalidad de coadyuvar en la comprensión, explicación y control de

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

la diabetes mellitus tipo 2. Es producto de un proyecto de investigación realizado con diabéticos de ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, por lo que esta población se ha tomado como referencia en el análisis realizado.

ANTECEDENTES

La DMT2 no debería representar mayor problema, puesto que los profesionales de la salud disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso (Mercado 1996). Es decir, para que una persona controle su diabetes, lo que requiere es llevar la dieta, realizar el programa de ejercicios y tomar los medicamentos prescritos por el médico (Ely-Lily 1994, Anales Nestlé 1992). Esto significa que con dichos recursos bastaría para que una persona con diabetes pudiera vivir sin que su enfermedad le generara problemas, o por lo menos las complicaciones podrían ser retardadas, de tal modo que la DMT2 no debiera impedirle desarrollar sus actividades cotidianas.

Sin embargo, en México, la DMT2 es una enfermedad considerada como problema nacional, ya que afecta a una gran cantidad de personas en edad productiva y porque causa modificaciones en la cantidad y calidad de vida de las personas que la padecen cuando no es controlada (Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo 1993).

Frente a estas circunstancias es necesario reflexionar por qué la DMT2 se presenta como un problema nacional, si se cuenta con los recursos suficientes para que pueda ser controlada.

Probablemente la respuesta se encuentre en tres ámbitos:

1. Atención multidisciplinaria a la diabetes mellitus tipo 2.
2. Consideración de la cultura del diabético en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.
3. Reflexión sobre el enfrentamiento de dos culturas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: la médica institucional y la de la persona diabética.

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Una alternativa de tratamiento para los problemas de salud es la práctica multidisciplinaria, entendida 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 Gómez y Pérez 1998: 97) ya que:

1. 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).

2. Esto es debido a que las disciplinas que promueven dicha especialización han creado sus propias categorías y métodos de estudio (Díaz Barriga 1988).

3. Esto a su vez ha producido la explicación unicausal del desequilibrio del organismo que soslaya factores que posee la población, como el nivel socioeconómico, hábitos, valores y creencias, entre otros, olvidando que el equilibrio del organismo depende de la interacción de múltiples factores (McKeown 1982, Laurel 1982, Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe 1988).

4. Si se pretende atender algún problema de salud se debe considerar dentro del contexto del todo; es decir, como un sistema. Este último es cualquier unidad que incluya una estructura de retroalimentación y, por lo tanto, capaz de procesar información.

Hay sistemas ecológicos, sistemas sociales y el organismo individual, sumado al ambiente con el cual está en interacción, es un sistema en sí mismo. La regla básica de la teoría de los sistemas es que si uno pretende comprender algún fenómeno o manifestación debe considerarlo dentro del contexto de todos los circuitos completos que sean relevantes para éste. Esto es, se pone el acento en el concepto de circuito comunicacional completo, y en la teoría está implícita la expectativa de que todas las unidades que tienen circuitos completos han de propiciar interacción entre todos los elementos que integran dichos circuitos (Bateson 1993). Esta interacción resulta fundamental porque representa la organización de los elementos que integran el problema.

De acuerdo con Castillejo y Colom (1987), la organización es la que explica la fuerza productiva que tiene, en sí mismo, el concepto de sistema: la simple interrelación de los elementos no explica las producciones del todo; esas producciones o acontecimientos se dan

en razón de esa organización que es el elemento clave de la dinamicidad tanto interna como externa del sistema.

Es la organización la que transforma, produce, relaciona y mantiene al sistema, y la que concede características distintivas y propias a la totalidad sistémica.

5. Por lo tanto, un problema de salud no debe concebirse como único e independiente, ya que el atenderlo individualmente no lo resuelve, sino que únicamente le brinda un paliativo. Por ejemplo, tratar de resolverlo exclusivamente desde una perspectiva médica, psicológica u odontológica, es atenderlo desde una de las dimensiones con que se nos aparece el problema. En cambio, para trasformarlo, producirlo, relacionarlo y/o mantenerlo es necesario recurrir a la organización tanto de los conocimientos como a la organización de la práctica profesional propuestos por las diferentes disciplinas.

6. Aunque varias disciplinas han propuesto diversos tratamientos, éstos no logran integrarse desde los conocimientos que explican la DMT2 como problema por resolver, sino que se integran a partir de las acciones, lo que propicia una intervención a nivel multiprofesional (Cardoso y Pérez 1998), que si bien es una opción que ofrece una probabilidad mayor de control, no ha cubierto las expectativas esperadas.

7. Y específicamente la DMT2 debe ser tratada multidisciplinariamente (Cardoso 1998).

IMPORTANCIA DE LA CULTURA DEL DIABÉTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

No obstante lo promisorio de la propuesta sobre la práctica multidisciplinaria, en el concierto multidisciplinario para el tratamiento de la DMT2:

1. Se ha soslayado el estudio de la interacción del aspecto biológico de los individuos con su medio ambiente social; es decir, no se integran los conocimientos de disciplinas como la medicina, odontología, psicología y antropología, entre otras, para diseñar estrategias de intervención que favorezcan a la persona con diabetes.

2. También se ha prescindido del aspecto cultural en el tratamiento de la DMT2, que 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).

Aunque México es un país que se caracteriza por la gran diversidad de su población, generalmente este aspecto no es considerado por los profesionales del área de la salud, lo que probablemente promueve que, en ocasiones, durante el ejercicio profesional se encuentre en la gente cierta resistencia a seguir determinados tratamientos, ya que éstos 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).

Si se considera como primordial esta afirmación, el estudio del contexto cultural puede entonces ser de gran utilidad para el profesional del área de la salud cuando éste trabaje con personas de una población en particular con 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 y de acuerdo con Cardoso Gómez (1998), 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 ha generado un problema más grave, porque cuando el médico le prescribe a su paciente un tratamiento para controlar su diabetes, lo está

enviando a que tenga problemas con su familia, ya que no considera sus valores ni costumbres alimenticias. Por ejemplo, en reuniones familiares como el festejo de Navidad o de año nuevo, los cuestionamientos que prevalecen en las familias mexicanas para la organización de dichas festividades son dos: a quién invitar y qué se les ofrecerá de comer. Las respuestas son: se invita en primer término a la familia y con respecto al ágape, existe una gran variedad de guisos o platillos que ofrecer, pero todos comparten la característica de contener grasas, azúcares y carbohidratos, elementos que, coincidentemente, la dieta del diabético debe prescindir.

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

Tomando como referencia las costumbres mexicanas se puede anticipar que, en esa ocasión, elige por 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 obligue a atender su salud de manera inmediata.

2. También porque, después de todo, 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 *habitus* difíciles de cambiar.

Al no atender estos aspectos culturales, el tratamiento médico choca con los intereses del diabético, que en esos momentos son el convivir con su familia de acuerdo con las costumbres mexicanas establecidas. Este aspecto ha sido desatendido por la práctica médica, lo que probablemente ha determinado su fracaso en el control de la DMT2.

Muy probablemente, la consecución de este importante objetivo 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 *et al.* 1997: 44), por ejemplo, la terapéutica médica exige al diabético que cambie su *habitus*, 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 *habitus*, sistema de disposiciones duraderas y trans-feribles [...], 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).

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

O como menciona Durkheim (1982), en cada uno de nosotros, según proporciones variables, está el hombre de ayer; es el hombre de ayer quien, 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: 94-5).

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, 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 (*ibidem*: 97).

Espontaneidad sin consciencia ni voluntad, el *habitus* se opone por igual a la necesidad mecánica y a la libertad reflexiva (*ibid*: 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 (*ibidem*: 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 (*ibidem*: 102).

Considerando lo anterior, es posible suponer que resultaría beneficioso que la terapéutica médica cambiara de estrategia: en lugar de prescribir dogmáticamente, debe respetar los aspectos culturales de las personas que padecen DMT2, para que, recapacitando sobre estos antecedentes, organizara su plan de intervención, y para tal efecto es imprescindible fomentar y ampliar los estudios respecto a las condiciones culturales de los individuos diabéticos.

CULTURA MÉDICA VS CULTURA DE LA PERSONA DIABÉTICA

En este orden de ideas, otro aspecto por reflexionar es el relacionado con la confrontación de dos culturas que se presenta durante el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: la cultura médica institucional y la cultura de la persona que padece diabetes.

Según Le Shan y Margenau «cada cultura realiza ciertos enfoques de lo infinitamente posible y hace que otros enfoques resulten imposibles o incomprensibles» (1996: 198), por lo que con base en los presupuestos teóricos de Juri M. Lotman y Boris A. Uspenskij (1979) sobre el mecanismo semiótico de la cultura, se puede deducir que la cultura médica y la del diabético son antagónicas y, en consecuencia, se puede suponer que dicho antagonismo también sea un óbice importante para el logro del control de la DMT2.

Según Lotman y Uspenskij la cultura es «[...] memoria no hereditaria de la colectividad, expresada en un sistema de prohibiciones y prescripciones [...]» (1979: 71) «[...] y genéricamente pueden dis-

tinguirse dos tipos de culturas, las centradas predominantemente en la expresión y las centradas predominantemente en el contenido [...]» (Lotman y Uspenskij 1979: 76).

Estos autores mencionan:

Que una cultura centrada predominantemente en la expresión es una ritualización rígida de las formas de comportamiento y genera una influencia de la expresión sobre el contenido. Se funda en una designación de lo «correcto» y puede presentarse como un texto por signos de distinto orden en el que el contenido se ha determinado con anticipación y tan sólo es necesario conocer la lengua. En cambio, señalan, que en una cultura centrada predominantemente en el contenido se presupone una precisa libertad tanto en la elección del contenido como en su nexa con la expresión (*ibidem*: 76).

Indican que es propio de las culturas caracterizadas por una orientación que hace prevalecer la expresión al representarse como un conjunto de textos [...] y el concebir al autor de los textos como el personaje más importante, mientras que es característico de las culturas dirigidas predominantemente hacia el contenido el representarse como un sistema de reglas [...] en donde el autor de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de los textos (*ibidem*: 77-78).

Afirman que la cultura puede contraponerse lo mismo a la no-cultura que a la anti-cultura. En las condiciones de una cultura centrada predominantemente en el contenido y que se represente a sí misma como un conjunto de reglas, las antítesis fundamentales son: «ordenado *vs.* no ordenado»; «cosmos *vs.* caos»; «ectropía *vs.* entropía»; «cultura *vs.* naturaleza». En cambio en una cultura centrada predominantemente en la expresión representada como un conjunto de textos regulados, las antítesis fundamentales son: «correcto *vs.* erróneo»; «verdadero *vs.* falso»; en este caso la cultura no se contrapone al caos (a la entropía) sino a un sistema de signo opuesto (*ibidem*: 79).

Aseveran que una cultura orientada predominantemente hacia el contenido, antitética a la entropía (al caos), y cuya oposición fundamental es aquella entre «ordenado» y «no ordenado» se concibe siempre a sí misma como un principio activo que debe propagarse, mientras que ve en la no-cultura el ámbito de una propia difusión potencial. En cambio, en las condiciones de una cultura orientada predominantemente en la expresión, y en la que interviene como oposición fundamental aquella entre lo «correcto» y lo «erróneo», puede no darse en general la tendencia hacia la expansión (en condiciones análogas puede resultar más característica la tendendencia de la cultura a no salir de su propio ámbito, a atrincherarse contra todo aquello que le es opuesto, a cerrarse en sí misma sin extender el propio radio de difusión). La no cultura se identifica, entonces, con la anticultura y de ese modo, por su propia esencia, no puede ser percibida como área potencial de expansión de la cultura (*ibidem*: 82-83).

Puede decirse que, si bien

[...] en un determinado tipo de cultura (centrada predominantemente en el contenido) la difusión del conocimiento se produce a través de su expansión en el área del no-conocimiento, en las condiciones de una cultura de tipo opuesto (centrada predominantemente en la expresión) la difusión del conocimiento solamente es posible en cuanto victoria sobre la mentira (Lotman y Uspenskij: 79, 82-3).

Conforme el tipo de comportamientos de los actores, la cultura médica institucional puede concebirse predominantemente centrada en la expresión, en cambio la cultura del diabético de ciudad Nezahualcóyotl puede concebirse predominantemente centrada en el contenido.

Por lo tanto, conforme estos postulados y las características de las culturas expuestas en el cuadro 1, podemos suponer que se está presentando diariamente un enfrentamiento entre dos culturas diferentes y antagónicas, lo que lleva al fracaso de los propósitos loables de la práctica médica, como lo indica Bourdieu, debido a:

Que en las sociedades «modernas» la vida social se reproduce en campos[...] que funcionan con una fuerte independencia[...] La sociedad, y por lo tanto, la confrontación de las clases, es resultado de la manera en que se articulan y combinan las luchas por la legitimidad y el poder en cada uno de los campos[...] Constituye un campo dos elementos: La existencia de un capital común y la lucha por su apropiación [...] A lo largo de la historia, el campo [...] ha acumulado un capital (de conocimiento, habilidades, creencias, etcétera) respecto del cual actúan dos posiciones: la de quienes detentan el capital y la de quienes aspiran a poseerlo [...] Quienes participan en él tienen un conjunto de intereses comunes, un lenguaje, una complicidad objetiva que subyace a todos los antagonismos, por eso, el hecho de intervenir en la lucha contribuye a la reproducción de ese juego. Sobre esa complicidad básica se construyen las posiciones encontradas. Quienes dominan el capital acumulado, fundamento del poder o de la autoridad de un campo, tienden a adoptar estrategias de conservación y ortodoxia, en tanto los más desprovistos de capital, o recién llegados, prefieren las estrategias de subversión, de herejía [...] (García Canclini en Bourdieu, 1990).

Es decir, en la relación médico-paciente diabético, los actores se relacionan en un campo que es el de la salud:

1. Con intereses similares, la apropiación de los conocimientos que permitan controlar la diabetes, pero con diferentes formas de apropiación;

Cuadro 1.

Características de las culturas centradas predominantemente en la expresión o en el contenido, según Lotman y Uspenskij

Culturas predominantemente centradas en la expresión	Culturas predominantemente centradas en el contenido
1. Contenido determinado con anticipación	1. Libertad de elección de contenido y de su expresión
2. Correlación no arbitraria entre expresión y contenido. Influencia de la expresión sobre el contenido	2. Expresión exterior y relativamente arbitraria de un contenido
3. Ritualización rígida de las formas de comportamiento	3. Libertad de decisión sobre los comportamientos prohibidos y prescritos
4. Conjunto de textos regulados	4. Sistema de reglas
5. Signos	5. Símbolos
6. Correcto <i>vs</i> erróneo	6. Ordenado <i>vs</i> no ordenado
7. Verdadero <i>vs</i> falso	7. Cultura <i>vs</i> naturaleza
8. Cultura <i>vs</i> anticultura	8. Cultura <i>vs</i> no cultura
9. Tendencia a no salir de su propio ámbito y a atrincherarse contra todo aquello que le es opuesto	9. Se concibe a sí misma como un principio activo que debe propagarse
10. Victoria sobre la mentira	10. Difusión del conocimiento
11. La ciencia se contrapone a la religión	11. La ciencia no se contrapone abiertamente a la religión
12. El autor de los textos ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de las reglas	12. El autor de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de los textos

2. Desde un marco cultural diferente, lo que lleva a un desafío porque los médicos solicitan realizar cambios culturales en sus pacientes, pero dichos cambios, en primera instancia, son muy radicales para el diabético porque la forma de explicarse el mundo, y por ende, la forma de conducirse ante él, es completamente antagónica a la de su interlocutor.

Ahora bien, siguiendo cada apartado del cuadro 1 y haciendo un análisis comparativo entre ambos tipos de cultura, puede observarse que en la interacción cultural entre el médico y su paciente en el campo de la salud se establece una confrontación porque:

1. La cultura médica está determinada con anticipación; en cambio para el diabético existe libertad de elección de contenido y de su expresión es decir, la cultura médica se adquiere por medio de la educación institucional y es considerada como la verdadera.

En contraparte, para el diabético la cultura médica no es ni la verdadera ni la única que genera la salud, condición que lo lleva a escuchar y creer en diversas recomendaciones.

2. Para la cultura médica existe una correlación biunívoca y no arbitraria entre expresión y contenido y *a priori* admite que la forma de expresión influye en el contenido; en cambio para el diabético la expresión es exterior y relativamente arbitraria del contenido. Es decir, para el médico sus prescripciones y la forma en que las expresa son consecuentes y no hay ambigüedad, e inclusive da por establecido que la autoridad que le confiere el reconocimiento institucional garantiza que el diabético acepte el tratamiento que prescribe.

En contraparte, la prescripción médica para el diabético es solamente una forma, entre varias, de atender su problema; por lo tanto, dichas prescripciones son consideradas como una posibilidad, no obstante, el simple hecho de que las prescriba el médico no garantiza que el diabético las acepte, es más, en numerosas ocasiones llega a influir negativamente, de tal modo que el diabético rechaza el tratamiento prescrito por su médico.

3. En la cultura médica predomina una ritualización rígida de las formas de comportamiento; en contraposición, en la cultura del diabético prevalece una libertad de decisión sobre los comportamientos prohibidos y prescritos. Es decir, para el médico las conductas que prescribe deben seguirse al pie de la letra, porque de lo contrario el tratamiento no tendrá éxito. En cambio, el diabético deduce que él está en libertad de elegir qué tipo de indicaciones, de quién escucharlas y cuándo realizarlas porque concibe que existen varios tipos de tratamientos y todos son valiosos.

4. La cultura médica se determina por un conjunto de textos regulados; en cambio, la cultura del diabético se determina por un sistema de reglas.

Esto es, la cultura médica está determinada y legitimada por el conocimiento institucional; en oposición, la cultura del diabético está determinada por reglas sociales legitimadas por la aceptación de la comunidad.

5. La cultura médica fundamentalmente se presenta y se transmite por signos, o sea, por medios escritos. En cambio, la cultura del diabético esta compuesta fundamentalmente de símbolos y se transmite esencialmente de forma oral, por medio de consejos, metáforas, reglas, etcétera. Esto implica que para el médico la transmisión de conocimientos se da expresamente por los libros, y éstos son el único medio válido, ya que aunque se le den consejos, éstos deben estar fundamentados en los libros con reconocimiento científico institucional.

En contraparte, para el diabético la forma idónea de transmitirle conocimientos es a través de consejos de personas con reconocimiento de su comunidad, lo mismo puede ser un médico que un sacerdote, un profesor o hasta un chamán.

6. Una categoría de análisis para la cultura médica es el parámetro de lo correcto para evaluar lo incorrecto y, obviamente, la prescripción médica es la correcta y el comportamiento del diabético es incorrecto, por lo que éste es quien debe ser corregido y conducido al cambio.

En contraparte, en la cultura del diabético la categoría de análisis es ordenado *vs* no ordenado. Esto puede significar que su comportamiento no está totalmente mal, sino únicamente debe modificar algunos aspectos, por lo que el cambio que le pide el médico lo lleva a concebirlo como un cambio radical en su vida, lo que está muy lejos de sus pretensiones y posibilidades inmediatas.

7. Otra categoría de análisis para la cultura médica es el parámetro de lo verdadero contra lo falso y, en consecuencia, el médico se considera poseedor del conocimiento verdadero, y cualquier opinión del diabético, que no esté dentro del criterio de su paradigma, es considerada como falsa.

En cambio, la categoría de análisis del diabético comprende la cultura contra la naturaleza, es decir, sus costumbres, hábitos, valores, creencias, etcétera, contra las prescripciones médicas que representan el conocimiento científico de las leyes de la naturaleza.

8. Una categoría más de análisis de la cultura médica es la cultura contra la anticultura y, por lo tanto, la cultura médica se considera a sí misma como «la cultura» y todo aquello que no coincida con sus premisas es considerada como la anticultura, como lo falso que se opone a lo verdadero y correcto, lo que implica, en consecuencia, un rechazo rotundo de esta última.

En cambio, la cultura del diabético concibe a la contraparte, a la cultura médica, no como oposición sino como ausencia de cultura, por lo que considera que las costumbres, creencias, valores, etcétera, deben difundirse. Esto es, el médico rechaza la cultura del diabético, sin embargo, este último, en vez de relegar su propia cultura, trata de integrar a su concepción las prescripciones médicas.

9. La cultura médica presenta una tendencia a no salir de su propio ámbito y a atrincherarse contra todo aquello que le es opuesto. La cultura médica tiende a preservar su hegemonía y se cierra, rechazando todo lo que le es opuesto.

En cambio, la cultura del diabético se concibe a sí misma como un principio activo que debe expandirse. Sus premisas son consideradas como principios activos que merecen y deben ser propagados. Para el diabético, su cultura es digna de transmitirse, por lo que, lejos de abandonarla, procura compartirla.

10. Una premisa básica de la cultura médica es la victoria sobre la mentira, lo cual implica que todo conocimiento que no es objetivo es considerado como mentira que debe ser destruida.

En cambio, en la cultura del diabético es aprobado y hasta recomendado que todo conocimiento sea difundido. Por tanto, cualquier conocimiento que represente una opción para controlar su enfermedad se estima que debe ser aceptada e incluso que debe ser difundida, *v. gr.* las prácticas chamánicas.

11. La cultura médica antepone la supremacía de sus conocimientos sobre las prácticas religiosas como medio preponderante para el control de la enfermedad.

En cambio, para la cultura del diabético, tanto las prescripciones médicas como cualquier otra prescripción o práctica religiosa son consideradas con el mismo valor, e incluso virtualmente se consideran como complementarias, de tal forma que sin esta integración, el control de la enfermedad no tendrá éxito.

12. Para la cultura médica, el autor de los textos ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de las reglas; es decir, el conocimiento científico y sus generadores representan el nivel de confianza más alto.

En cambio, para la cultura del diabético el autor de las reglas ocupa un lugar jerárquicamente más alto que el autor de los textos. Esto es, las personas de mayor edad, con más experiencia en la vida o

aquellas que han heredado y que son depositarias de un saber social tradicional representan el nivel más alto de confianza.

Es por esta razón que cuando las prescripciones del médico son antagónicas a los consejos proporcionados por un personaje importante de su familia o de su comunidad, prefiere los de éste último. Por ejemplo, sustituir algún medicamento para controlar el nivel de glucosa en sangre como los hipoglicemiantes orales por algún té de cualquier hierba, como el de cáscaras de tomate, entre otros.

Con base en lo anterior puede advertirse que no es suficiente con la buena voluntad tanto del médico como del diabético, sino que se precisa que el tratamiento deba respetar y contemplar los patrones culturales de cada uno de los interlocutores, porque por no haberlo hecho así, dichos patrones, en lugar de coadyuvar han propiciado una confrontación que ha dado lugar a la falta de entendimiento entre médico y paciente.

Asimismo, la falta de consideración de dichos patrones culturales han propiciado que el médico conciba a su paciente como desobediente, poco cooperador, negligente e irresponsable, entre otros aspectos y que el diabético conciba a su médico como inflexible, enérgico, exagerado, incomprensivo y regañón.

Parece evidente que estas percepciones del otro poco influyen para la colaboración, en cambio contribuyen a que cada quien actúe de acuerdo con sus principios culturales, propiciándose un distanciamiento que lejos de favorecer la cooperación para la consecución de un fin común, se genera una justa entre dos rivales en la cual siempre pierde la persona que padece diabetes.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con lo anterior se puede concluir que:

1. Mientras la diabetes mellitus tipo 2 no sea atendida multidisciplinariamente con la perspectiva de la interacción del aspecto biológico con el social; es decir, mientras la terapéutica convencional en el área de la salud no considere los valores, las costumbres o creencias del diabético, la DMT2 seguirá causando estragos en la población, ya que, de acuerdo con Bourdieu, «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).

En cambio, si se considera la cultura del diabético en el tratamiento que se le prescribe, 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.

2. Además, con la finalidad de incrementar la probabilidad de lograr el control de la diabetes mellitus tipo 2, es conveniente promover una concertación de culturas, que de acuerdo con Cardoso de Oliveira «[...]esto ocurre si los grupos operan de modo dialógico y muestran voluntad de aceptar el argumento más sólido concerniente a los juicios de valor expresados discursivamente. Esta apertura al argumento más sólido solamente es posible, a final de cuentas, porque los grupos contrarios no se muestran totalmente impermeables a la razón[...]» (1997: 85).

REFERENCIAS

ANALES NESTLÉ

1992 *Diabetes mellitus*, Compañía Nestlé, México.

BATESON, G.

1993 *Una unidad sagrada*, Gedisa, Barcelona.

BÉJAR, R.

1994 *El mexicano: aspectos culturales y psicosociales*, UNAM, México.

BOURDIEU, P.

1990 *Sociología y cultura*, CONACULTA/Grijalbo, México.

1991 *El sentido práctico*, Taurus Ediciones, Madrid.

CAPRA, F.

1985 *Punto crucial*, Integral, Barcelona.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R.

1997 La etnicidad: ¿Está en juego la ética global?, en L. Arispe, *Las dimensiones culturales del cambio global: una perspectiva antropológica*, UNAM, Cuernavaca, México.

CARDOSO GÓMEZ, M.

- 1998 Importancia de la cultura como referencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus, *Comunidad Zaragoza*, 4, FES Zaragoza-UNAM.

CARDOSO GÓMEZ, M. ET AL.

- 1998 Multidisciplina: una propuesta de integración en la atención al paciente diabético, en M. Cardoso Gómez y T. Pérez (et al.), *Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria*, FES Zaragoza-UNAM, 2a. edición, México.

CARDOSO GÓMEZ, M. Y T. PÉREZ,

- 1998 *Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria*, FES Zaragoza-UNAM, 2a. edición, México.

CASTILLEJO, J. Y A. COLOM.

- 1987 *Pedagogía sistémica*, CEAC, S. A., Barcelona.

DÍAZ BARRIGA, A.

- 1988 *Ensayos sobre la problemática curricular*, Trillas, México.

DÍAZ-NIETO, L., S. GALÁN-CUEVAS Y G. FERNÁNDEZ-PARDO

- 1993 Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II, *Salud Pública de México*, 4 (3), FES Zaragoza-UNAM, México.

DURKHEIM, E.

- 1982 *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia*, La Piqueta, Madrid.

ELY-LILY

- 1994 *Cómo controlar su diabetes*, Ely-Lily and Company, Indiana.

GALLARDO, M.

- 1998 Diabetes Mellitus, *Comunidad Zaragoza*, 4(3), FES Zaragoza-UNAM.

HOLTZMAN, W. H., R. EVANS, S. KENNEDY E Y. ISCOE

- 1988 Psicología de la salud: contribuciones de la psicología y mejoramiento de la salud y de la atención de salud, *Bolletín of Saint Panam*: 245-279.

LAUREL, 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.

LE SHAN, L. Y H. MARGENAU

- 1996 *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh*, Gedisa, 1a. reimposición, España.

LOTMAN, J. Y B. USPENSKIJ

- 1979 Sobre el mecanismo semiótico de la cultura, en J. Lotman, *Semiótica de la cultura*, Ediciones Cátedra, Madrid.

MCKEOWN, T.

- 1982 *El papel de la medicina*, Siglo XXI, México.

MERCADO, J.

- 1996 *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara, México.

PUGA, C., J. PESCHARD Y T. CASTRO

- 1997 *Hacia la sociología*, Alhambra Mexicana, 2a. edición, 7a. reimposición, México.

VÁZQUEZ, R. Y P. ESCOBEDO

- 1989 Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987), *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28(3-4): 157-170.

VELÁZQUEZ, M., ET AL.

- 1992 Información epidemiológica de mortalidad en México, *Boletín Mensual de Epidemiología, Secretaría de Salud*, 7(12): 217-229.

ZUBIRÁN, A.

- 1960 La diabetes mellitus como problema de salud pública, Primer Congreso de Salud Pública, México.