

UN OBSTÁCULO ETNOCÉNTRICO
PARA EL CONTROL DE LA DIABETES:
SU PROPIA DEFINICIÓN

Marco Antonio Cardoso Gómez,^{1,2} María Enriqueta
Figueroa Rubio,² Gloria Marina Moreno Baena²
y Leticia Orozco Cuanalo²

¹*Escuela Nacional de Antropología e Historia*
²*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM*

RESUMEN

Este es un ensayo sobre cómo la definición médica de la diabetes *mellitus* produce una conceptualización que propicia y promueve el etnocentrismo médico, y de manera no propositiva deja fuera de concurso la participación de factores psicológicos y culturales para el estudio, tratamiento y control de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: diabetes, etnocentrismo, factores biológicos, psicológicos y culturales.

ABSTRACT

This is an essay on how the medical definition of diabetes mellitus encompasses a conceptualization that includes and promotes medical ethnocentrism, and in a non propositive form leaves out the participation of psychological and cultural factors for the study, treatment and control of this disease.

KEY WORDS: diabetes, ethnocentrism, biological, psychological and cultural factors.

INTRODUCCIÓN

Existen diversos estudios en los que se expone y critica la hegemonía del modelo biomédico o de la medicina institucional para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (Vargas, 1991; Zola, 1991; Hernández, 1994; Mercado, 1996; Strauss y Corbin, 1998; Mercado *et al.*, 1999).

Estos estudios, como muchos otros, hacen hincapié en que no se toma en cuenta a las personas para el control de su enfermedad. Mencionan, entre otros aspectos que:

- a) Se deshumaniza la terapéutica.
- b) Se desdeña o ignora el conjunto de ideas, emociones, estrategias y prácticas del diabético en relación con su padecimiento.
- c) Este enfoque no reconoce que las medidas terapéuticas indicadas por los médicos, apenas son una de las formas como los conjuntos sociales responden, enfrentan y actúan ante sus enfermedades.
- d) Tampoco reconoce que las personas con diabetes manejan y organizan su vida diaria bajo condiciones sociales y materiales específicas, donde la enfermedad y su tratamiento apenas son uno de los tantos problemas que se enfrentan en la vida diaria.
- e) Al soslayar el medio donde vive la persona con diabetes, se omite que la mayor parte del manejo diario del tratamiento se lleva a cabo fuera de los espacios médicos, sobre todo en el hogar y con la participación directa de la persona con diabetes y su grupo familiar.
- f) Se ignora que es en el hogar, principalmente, donde se viven las consecuencias de la diabetes y las dificultades para cumplir con los tratamientos prescritos, donde se hacen evidentes los esfuerzos para hacer los cambios necesarios; se enfrentan los obstáculos para conseguir los insumos necesarios para el tratamiento y se presentan con desnudez los efectos de las complicaciones o las limitaciones ocasionadas por dichas consecuencias.
- g) El desconocimiento de las redes sociales origina que se pierda un factor de apoyo importante, porque es a partir de éstas que la persona busca la forma de sobrellevar o enfrentar su problema.
- h) El modelo teórico-conceptual biomédico está dejando de ser útil para el control de la diabetes debido al carácter incurable

de esta enfermedad, a su elevado costo y a la gran incertidumbre que causa.

i) El uso excesivo del modelo biologicista ha llegado a su límite y es ineludible sustituirlo por otro que aprecie al hombre en su totalidad.

Al cavilar en argumentos de este tipo surge una pregunta: si el modelo biomédico actual de tratamiento de la diabetes muestra limitaciones, en cambio, estudios realizados por otras disciplinas, primordialmente del ámbito social, presentan datos que coadyuvan al control del problema, ¿por qué se soslaya o se hace caso omiso de estas aportaciones y, en vez de ello, se sigue actuando desde la misma perspectiva, acarreado las mismas restricciones?

Podrían hacerse varias suposiciones: condiciones económicas, intereses de poder político, ignorancia de la existencia de otros factores, etnocentrismo cultural, etcétera. Por supuesto que todos estos factores, y muchos otros, participan en la falta de control de esta enfermedad, empero, en el presente estudio se encontró que uno de los factores que conducen a limitaciones importantes es el etnocentrismo.

De acuerdo con Marvin Harris, el etnocentrismo es “la incompreensión del papel que desempeña [la cultura] en el mantenimiento de las pautas de conducta y pensamiento de cada grupo” (1996: 22). El etnocentrismo se genera, fundamentalmente, porque “cada cultura organiza su realidad de una manera específica y sus miembros están convencidos de que ésa es la única visión correcta del universo” (Le Shan y Margenau, 1996: 12). Para reafirmar lo anterior, recordemos que la mayor parte de los nombres que se da a sí mismo cada grupo humano suele significar, de una u otra manera: “los verdaderos hombres” y que quienes no son ellos son considerados “bárbaros” o “primitivos”.

Las deducciones derivadas de los resultados de este estudio son:

a) El etnocentrismo médico que establece la hegemonía del modelo biomédico para el tratamiento de la diabetes se favorece a partir de la conceptualización de la enfermedad misma.

b) Este etnocentrismo no es deliberado, sino que es un producto de la definición de esta enfermedad y de la naturaleza del pensamiento médico occidental.

c) Dicho etnocentrismo conduce a limitaciones que obstaculizan el control de la diabetes.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE DIABETES: ETNOCENTRISMO QUE DIFICULTA SU PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL

Desde la perspectiva científica, una conceptualización se inicia desde la definición del concepto o constructo. Existen varios tipos de definiciones con características técnicas particulares cada una (cuadro 1) y se crean con ciertos propósitos específicos.

Según la Real Academia Española, definición significa “proposición que expone los caracteres de una cosa”. Este término a su vez se deriva de definir, el cual significa “Fijar con precisión la significación de una palabra o la naturaleza de una persona o cosa. Decidir, determinar, resolver una cosa dudosa” (Diccionario de la Lengua Española, 1992: 672). Definición es “la proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial” (Real Academia Española, 1992: 672).

Según el Diccionario de Filosofía de Abbagnano, definición es:

La declaración del significado de un término, o sea del uso que del término se puede hacer en un determinado campo de investigación [...] no existe una esencia preponderante del término (ni nominal ni real), sino posibilidades

Cuadro 1

Tipos de definiciones con sus características técnicas

Kerlinger (1994) indica que existen básicamente dos tipos de definiciones:

- a) Definición conceptual
- b) Definición de constructo

Las primeras hacen referencia a una abstracción formada por generalizaciones sustraídas de casos particulares y las segundas, aunque también hacen referencia a conceptos, tienen un propósito adicional: utilizarse de manera deliberada y consciente con un objetivo científico especial, por lo que pueden expresar más y menos que un concepto.

Las definiciones de constructo, a su vez, se subdividen en dos:

a) Definición constitutiva, la cual define un constructo por medio de otros constructos.

b) Definición operacional, la cual proporciona el significado a un constructo especificando las actividades u “operaciones” para medirlo. De manera alternativa, esta definición es una especificación de las actividades del investigador para medir o manipular una variable.

diferentes para definirlo con distintos fines y todas estas posibilidades pueden ser declaradas esenciales con referencia a sus fines aun cuando lo sean en grados diferentes. Y también desde este punto de vista, puede ser considerada Definición toda restricción o limitación del uso de un término en un contexto determinado. La definición supone el contexto en cada caso [...] un conjunto de presupuestos que constituyan un preámbulo de la Definición [...] podrá tener carácter diferente, según la naturaleza del preámbulo (1985: 289).

Según Giménez, “la tarea de una buena definición es identificar claramente el objeto de referencia mediante una fórmula que lo designe económicamente mediante criterios no heteróclitos” (1994: 34).

De acuerdo con estos significados, definición puede considerarse como: la proposición que expone con claridad y precisión los caracteres genéricos y diferenciales de la significación de una palabra, término, objeto de estudio o naturaleza de una cosa. No existe una declaración o significado único del término sino posibilidades diferentes para definirlo con distintos fines, según sea el uso que del término se pueda hacer en un determinado campo de investigación y todas estas posibilidades pueden ser declaradas esenciales con referencia a sus fines aun cuando lo sean en grados diferentes. También puede ser entendida como toda restricción o limitación del uso de un término en un contexto determinado.

Cumpliendo con las características técnicas correspondientes y con la finalidad de coadyuvar a su control, la diabetes se ha definido de diferentes formas. Esta definición ha sufrido cambios a lo largo de estos años de estudio. Se le han ido agregando factores según los hallazgos científicos, los cuales han orientado la conceptualización del problema.

Hasta el momento, y con base en los conocimientos científicos actuales, la definición ofrece una visión muy precisa de la enfermedad. Como menciona Zárate: “la nueva información obtenida mediante los estudios clínicos, epidemiológicos, moleculares, genéticos y bioquímicos ha permitido replantear el concepto de diabetes *mellitus* en cuanto a la fisiopatogenia, la clasificación, el diagnóstico y la terapia” (1997: 31).

Algunas de las definiciones que hemos encontrado son:

- La diabetes *mellitus* es una enfermedad metabólica [...] No es causada por bacteria ni por virus ni por ningún otro microbio.

Involucra alguna incapacidad por parte del cuerpo para realizar ciertas funciones vitales. Consecuentemente, el diabético no puede aprovechar los carbohidratos ni los azúcares y almidones que consume, convirtiéndolos en el calor y la energía que necesita el cuerpo a fin de funcionar normalmente (Dolger y Seeman, 1991: 11 y 12).

- Un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico por hiperglucemia, la que a su vez es consecuencia de una ausencia o deficiencia relativa en la secreción de insulina y de sus efectos metabólicos o de un trastorno en el efecto biológico de la misma (Foster, 1991).

- La diabetes *mellitus* no insulino dependiente, suele ir asociada con una edad avanzada y con obesidad, pero puede también hallarse en personas jóvenes. Se define normalmente como forma clínica no cetósica y responde a la dieta y al ejercicio sin necesidad de administrar insulina (Gracey y Kretchmer, 1992: 103).

- La diabetes *mellitus* se caracteriza por un nivel de glucosa en sangre por encima de lo normal durante una gran parte o la mayor parte del tiempo (Krall y Beaser, 1992: 2).

- La diabetes aparece cuando la glucosa en sangre es demasiado alta como consecuencia de una insuficiencia de insulina efectiva disponible. Esta carencia puede ser absoluta cuando el páncreas no produce suficiente insulina (o no produce nada), o relativa, cuando el páncreas produce una cantidad normal de insulina, pero por alguna razón el cuerpo necesita más insulina de lo normal, o cuando ésta se vuelve ineficaz y el páncreas no puede producir lo suficiente para compensar [...] Como consecuencia de estas insuficiencias, las células carecen de combustible y el cuerpo padece una falta de energía (Krall y Beaser, 1991: 12).

- Es una enfermedad crónica que resulta esencialmente de la combinación de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las grasas y las proteínas. Después de un tiempo se agregan lesiones vasculares (micro y macro) y neurológicas, que son el sustrato de las complicaciones tardías y eventualmente de la muerte. Por el hecho de que la diabetes puede acompañar a variadas entidades clínicas, se le considera como un síndrome heterogéneo con un común denominador que es la presencia de una intolerancia a la glucosa (Zárate, 1997: 31).

- Es una enfermedad crónica degenerativa, es decir de por vida, la cual se identifica por la falta o mal aprovechamiento de la insulina

(elaborada por el páncreas), con un aumento de glucosa (azúcar) en la sangre y repercusiones en su cuerpo, en sus emociones y en las relaciones que se establecen con las demás personas (Durán *et al.*, 1997: 117).

- La diabetes *mellitus* es una enfermedad que afecta el metabolismo celular y los sistemas enzimáticos que lo regulan, produciendo un disturbio en el balance endocrino que gobierna el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de las grasas, desarrollándose a partir de una producción insuficiente de insulina en relación con las necesidades del organismo (Murillo, 1999: 39).

- El término diabetes *mellitus* describe un desorden metabólico de etiología múltiple caracterizado por una elevación persistente de los niveles de glucosa en sangre (hiperglucemia) junto a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas que ocurren como consecuencia de alteraciones de la secreción y/o en la acción de la insulina (Centro Andaluz de Información de Medicamentos, 1999: 8).

- La diabetes de término *mellitus* describe un desorden metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglicemia crónica con perturbaciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas que resulta por fallas en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambos. Los efectos de la diabetes *mellitus* incluyen daños a largo plazo, disfunción y fracaso de diversos órganos.

Varios procesos patogénicos intervienen en el desarrollo de la diabetes. Éstos incluyen los procesos que destruyen las células beta del páncreas con la consiguiente deficiencia de insulina y otros que resultan en resistencia a la acción de la insulina. Las anormalidades del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas se deben a la acción deficiente de insulina sobre los tejidos blancos que resulta por la insensibilidad o carencia de la misma (World Health Organization, 2001: 2).

- Un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina o ambos (Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 1999).

- Una enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción

o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2001).

A esta Norma de aquí en adelante se le nominará NOM-015-SSA2-1994, 2001.

- La diabetes *mellitus* es una enfermedad crónica causada por una deficiencia hereditaria y/o adquirida de producción de insulina por el páncreas, o por ineficacia de la insulina producida. Como resultado de esa deficiencia aumentan las concentraciones de glucosa en la sangre, lo que a su vez causa lesiones en muchos sistemas del organismo, en especial en los vasos sanguíneos y nervios (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Como puede observarse, existe una gama amplia de definiciones, que si bien han ido evolucionando, todas comparten algunos aspectos. No obstante, la definición oficial en nuestro país, por la que se debe diagnosticar y tratar la diabetes es la última de las definiciones arriba enlistadas, la señalada en la NOM-015-SSA2-1994, 2001. Como lo establece la misma norma:

1. Objetivo y campo de aplicación.

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el Sistema Nacional de Salud.

Al parecer, las definiciones cumplen con las características técnicas descritas en el cuadro 1 y con base en ellas, las definiciones antes enlistadas y específicamente la definición de diabetes indicada por la NOM-015-SSA2-1994, 2001, pueden considerarse como conceptuales porque hacen referencia a una abstracción formada por generalizaciones sustraídas de casos particulares. También las consideramos constructos porque tienen el propósito de orientar la investigación y las acciones para la prevención, tratamiento y control. Son constitutivas porque definen un constructo por medio de otros constructos y son operacionales porque especifican las actividades u “operaciones” para medirla:

- Enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo.

- Con grados variables de predisposición hereditaria.
- Con participación de diversos factores ambientales.
- Se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Por tanto, con base en sus propias características, las definiciones de diabetes antes mencionadas, cumplen la función científica para la que fueron creadas: especificar el objeto de estudio, orientar la investigación y la prevención, tratamiento y control de dicho objeto y especificar las actividades u “operaciones” para medirlo.

Empero, las definiciones de diabetes, en general, y la indicada en la NOM-015-SSA2-1994, 2001, no son la excepción, pues propician una conceptualización restrictiva, ya que dirigen la atención hacia aspectos primordialmente biológicos, y es aquí, precisamente, donde la definición misma limita o excluye la participación de otras disciplinas y genera el etnocentrismo médico. Determinada por sus características técnicas, la definición de diabetes, tal como existe ahora, cumple dos funciones:

1. Orientar la investigación y la prevención, tratamiento y control.

2. Minimizar la oportunidad de intervención a cualquier otro elemento ajeno al área delimitada por la propia definición.

En concreto, al cumplir la función “científica” para la que fue creada, la definición de diabetes es resultado del etnocentrismo médico porque conduce a circunscribir las acciones en el ámbito biológico primordialmente y a soslayar cualquier otro factor que se encuentre fuera de este componente. En otras palabras, sigue el llamado modelo biológico lesional generado en el siglo XIX, en el cual se olvida que las enfermedades son abstracciones de la mente humana y que, como ya lo señalaba Hipócrates: “no hay enfermedades, sino enfermos”. En un contexto actual, eso significa que cualquier enfermedad afecta la integridad biológica, psicológica y sociocultural de la persona que la padece.

Para fortalecer esta condición encubierta, además de las limitaciones circunscritas en la propia definición, existen otras restricciones de tipo legal, prescritas en NOM-015-SSA2-1994, 2001, que también inciden en la conceptualización:

11. Tratamiento y control.

11.1 El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

11.3 Componentes del tratamiento.

11.3.1 El médico, en colaboración con el equipo de salud, tiene bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico, conforme a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

11.3.4 Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente para su consecución...

Como puede observarse en las definiciones antes enlistadas, la enfermedad se caracteriza claramente en lo concerniente al ámbito de la medicina, lo que genera que las acciones se encaminen a incidir primordialmente en esta línea. No parece importar el bienestar de quien padece diabetes, lo importante son los parámetros biológicos medibles, incluidos los fisiológicos y los bioquímicos.

PARTICIPACIÓN DE DIVERSOS FACTORES AMBIENTALES EN EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES

Si bien, por otro lado, la definición de la NOM-015-SSA2-1994, 2001, con una postura de vanguardia, también declara “con participación de diversos factores ambientales”, podría decirse que la aseveración es tan amplia que abarca todo, pero particularmente nada, de tal suerte, que la loable intención de exhortar al estudio de la enfermedad incorporando otras perspectivas, se queda en el terreno de las buenas intenciones.

Esto se debe primordialmente a que no se está cumpliendo con los criterios científicos de constitutividad ni de operacionalidad en lo concerniente a los factores ambientales.

La NOM-015-SSA2-1994, 2001 no especifica, es más, ni siquiera hace alusión a qué se debe entender por este tipo de factores. Por tanto, la definición en este aspecto no cumple con la función para la que fue creada, porque no proporciona el significado ni especifica las actividades u “operaciones” para medir los factores ambientales.

La literatura existente en el ámbito médico, que es donde está depositada la responsabilidad legal para el tratamiento y control de la diabetes, no aclara este vacío en la definición. Por factores ambientales pueden entenderse un sinnúmero de aspectos y circunstancias, empero desde la perspectiva del modelo biomédico, regularmente esta expresión suele circunscribirse a factores físicos, por ejemplo:

Con relación a los factores ambientales, éstos juegan un importante papel en el desarrollo de la DT2 en los sujetos susceptibles. Así, la obesidad –más del 20% del peso ideal o un índice de masa corporal superior a 27 kg/m² (12)– es un factor frecuentemente asociado a la DT2, presentándose hasta en el 80% de los pacientes (Centro Andaluz de Información de Medicamentos, 1999: 11).

Otro ejemplo: En la NOM-015-SSA2-1994, 2001, el estrés se considera como factor físico:

3.13 Cetoacidosis, a la complicación aguda, por deficiencia casi absoluta de la secreción de insulina y de la hiperglucemia que de ahí resulta. Tal situación conduce al catabolismo de las grasas como fuente de energía, produciendo la formación de cuerpos cetónicos, lo cual se manifiesta como acidosis metabólica. Esta condición puede ser precipitada por estrés, infecciones, otras enfermedades, alimentación inadecuada o la omisión del tratamiento.

11.10.5 La utilización de la insulina de acción rápida no está indicada en el primer nivel de atención, ya que se utiliza en el tratamiento de complicaciones metabólicas agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar), o bien en casos de hiperglucemia secundaria a enfermedades, estrés, diabetes tipo 1 y durante el embarazo.

En algunas otras publicaciones de este ámbito se hace referencia al estrés, sin embargo, el estrés físico es el que predomina: “muchos tipos de estrés, especialmente el estrés físico como el producido por una enfermedad o lesión, pueden desencadenar la diabetes...” (Krall y Beaser, 1991: 24).

El estrés mental se toma como otra forma de factor ambiental; sin embargo, al mencionársele de forma tan distendida se propicia que sea considerado como secundario en el tratamiento de la diabetes *mellitus*.

El estrés resulta cuando algunas causas sobre el cuerpo provocan que se comporte como si estuviera bajo un ataque. Las causas de estrés pueden ser físicas, como lesiones o enfermedades. O pueden

ser mentales, como problemas en el matrimonio, trabajo, salud o finanzas (ADA, 2001).

Existen otros aspectos mencionados en la literatura médica que conciernen al ámbito psicológico, por ejemplo: la negación, el temor, la culpa y la depresión, entre otros (Durán *et al.*, 1997; Solís y Guillén, 2000). Pese a ello, por no estar puntualmente señalados en la definición, se soslayan y por lo tanto, poco se hace por su atención.

El estrés mental, así como la negación, el temor, la culpa y la depresión son competencia de la psicología, pero al considerárseles secundarios se toma la participación de la psicología como secundaria.

También la cultura y el aspecto económico de las personas que tienen diabetes se consideran como factores ambientales. Si bien en la literatura médica se hace referencia a ellos y no se niega su importancia, tampoco se especifica lo que pudieran ser o significar éstos, por ejemplo:

En el tratamiento de la DM, la dieta constituye la base fundamental sobre la que se ajusta cualquier otra medida complementaria del tratamiento. En numerosas ocasiones, constituye la única terapia necesaria. Sin embargo, conseguir la adherencia del paciente al plan alimenticio constituye uno de los principales retos dentro del tratamiento de la DM, por lo que dicho plan debe establecerse de manera individualizada de acuerdo con el estilo de vida del paciente y los objetivos del tratamiento, para lo que deberán tenerse en cuenta aspectos culturales y/o económicos y otros factores propios de los hábitos de vida del paciente (Centro Andaluz de Información de Medicamentos, 1999: 36).

Reconocer la existencia de factores culturales y económicos en el tratamiento de la enfermedad es un avance importante que, sin embargo, no cristaliza porque dichos factores no se mencionan de forma constitutiva ni operacional en la definición de diabetes, lo cual produce un resultado contrario al esperado: soslayar dichos factores en el tratamiento médico.

Considerar el aspecto económico en la conceptualización del tratamiento médico de la diabetes sería benéfico porque se comprenderían las condiciones con las que cuenta la persona para cumplir con la prescripción médica, lo cual, a su vez, optimizaría el control de la enfermedad, ya que, de acuerdo con la observación de Mercado (1998), las personas que tienen un trabajo estable y, por tanto, un

ingreso económico fijo, enfrentan la enfermedad de una forma diferente a quienes viven en función de un ingreso económico inestable (como podría ser un albañil o un vendedor ambulante), o quienes ni siquiera cuentan con un empleo o cualquier otra forma de ingreso. Esta observación alude al hecho de que el recurso económico es imprescindible para satisfacer, entre otros aspectos, las necesidades básicas para la supervivencia diaria, antes que atender la enfermedad.

Por ejemplo, dado que el tratamiento de la diabetes consiste básicamente en seguir el plan alimentario prescrito por el médico, la dieta se debe apoyar con ejercicio físico y con hipoglucemiantes orales y, cuando es necesario, con insulina externa, por tanto, para cumplir con la prescripción, dieta especial y diferente a la del resto de la familia y comprar medicamentos, es condición necesaria contar con recursos económicos que permitan satisfacer estos requerimientos, además de aquellos propios del ámbito familiar y social, tales como alimento y vestido para la familia, transporte diario, gastos que implica la vivienda, como renta, luz, agua, etcétera. Si se cuenta con el recurso económico necesario para satisfacer necesidades primarias, entonces se está en condiciones de atender la enfermedad, en cambio si no se cuenta con el dinero suficiente para atender dichas necesidades primarias, entonces la enfermedad pasa a segundo término y puede darse el caso de que la enfermedad nunca sea atendida.

Ahora bien, además del factor económico, existe otro que dificulta el tratamiento y control de la diabetes: el factor cultural.

Específicamente, la importancia de considerar la cultura de la persona con diabetes radica en que por medio del estudio de este aspecto se puede comprender, entre otras cosas, por qué la persona no sigue la prescripción médica cuando el factor económico no es el obstáculo principal.

Como ya se mencionó, la dieta es el fundamento en el tratamiento de la diabetes, sobre ella se ajusta cualquier otra medida complementaria y en numerosas ocasiones conforma la única terapia necesaria. Sin embargo, conseguir que el paciente cumpla con el plan alimentario representa uno de los principales retos en el tratamiento de esta enfermedad.

La diabetes se ha enfrentado, predominantemente, desde la perspectiva del modelo biomédico. Los médicos construyen una explicación y prescriben tratamientos confiados en que ellos son los

poseedores del conocimiento y las técnicas para el tratamiento de esta enfermedad y por ello son los únicos capacitados para controlarla. Se parte del supuesto de que a estos profesionales de la salud se les debe obediencia por el hecho de tener un título profesional otorgado por alguna institución. Según Mercado (1998), los médicos asumen que los pacientes quieren o deben seguir sus indicaciones y, por lo tanto, confían en la obediencia de la persona enferma, la cual a su vez, “es vista como un ‘paciente pasivo’, como el objeto sufriente de un curador activo, o acaso como el portador de un rol de enfermo el cual debe cumplir de acuerdo a lo estipulado” (Mercado, 1996: 14). Como también advierte Zola (1991): al ver a la persona como paciente se asume tácitamente que se trata de alguien débil, dependiente, indefenso e incapaz de atenderse o tomar decisiones sobre su situación. La respuesta institucional ante la falta de control de la diabetes, es responsabilizar al enfermo por no seguir, cumplir o adherirse a las prescripciones de los médicos.

El cumplimiento del tratamiento médico es entendido como la obediencia que tienen los enfermos a la prescripción médica, para lo cual se aducen razones de tipo científico, técnico, administrativo o de autoridad (Mercado, 1996: 30).

Al no-cumplimiento se le da una connotación de “desviación”, por el cual, la explicación del fracaso se busca en los propios pacientes (Mercado *et al.*, 1999: 181).

En consecuencia, al no cumplir con el régimen médico, se señala al enfermo como el único perpetrador de su propia enfermedad. Se le califica de desobediente, negligente, necio, irracional, entre otros epítetos (Cardoso, 2000; Mercado, 1996).

Probablemente una respuesta a la falta de control de la diabetes se encuentre precisamente en este ámbito: se ha considerado a la persona con diabetes como un “paciente pasivo”, y se omite que, además de atender a la prescripción médica, también responde a otras exigencias tanto de índole personal como del medio cultural, tales como su estado emocional, sus actividades cotidianas, su situación económica, su actividad laboral, su experiencia de padecimiento, etcétera. Por ejemplo, un aspecto configurado culturalmente, digno de ser considerado en la terapéutica médica, es la forma en que las personas enfrentan su enfermedad, es decir, su experiencia de padecimiento.

La experiencia de padecimiento, que también está determinada por las condiciones económicas de la persona, según Mercado *et al.*, se entiende:

[...] como aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de sus estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (1999: 2).

Atender la experiencia del padecimiento posibilita la comprensión de cómo la persona vive su enfermedad y las dificultades que enfrenta y, por ende, por qué no sigue la prescripción médica, según Vargas:

Cada persona tiene particularidades biológicas, psicológicas y socioculturales que dependen, entre otras cosas, del material genético heredado de sus ancestros, de la influencia del ambiente, del lugar geográfico en que se encuentra, del momento del ciclo de vida por el que transcurre, y del tiempo en que vive. Sus ideas sobre lo que es la salud y la enfermedad, la manera de diagnosticar y tratar los problemas de salud, el uso de servicios médicos, y sus sentimientos hacia lo anterior, reciben también múltiples influencias. Entre ellas se encuentran las ideas y las prácticas que tiene su grupo social y cultural, las vivencias que ha tenido con las enfermedades en su persona o en su familia, y la totalidad de su experiencia vital que denominamos biografía de la persona (1991: 4).

Por ejemplo, Mercado (1998) afirma que en sus estudios realizados en un barrio popular de Guadalajara, México, encontró que a una mujer enferma de diabetes, de recursos económicos reducidos, le resulta prácticamente imposible preparar dos tipos de comida, una para la familia y otra para ella, mientras que los hombres, en condiciones similares, terminan comiendo lo que se prepara en el hogar.

Otro ejemplo que señala este mismo autor es la concepción que tiene la gente del barrio sobre los medicamentos. Estas personas consideran que los medicamentos son importantes para el control de la enfermedad, pero también lo son los diferentes remedios que les recomiendan sus familiares o la gente de su comunidad.

Aducen que estos remedios son naturales, en cambio los medicamentos, si bien son benéficos para la salud, también, en contraparte, generan efectos negativos por ser artificiales y externos al individuo, o sea, los consideran una droga. Además se encuentra ampliamente difundida la idea de que las medicinas del Seguro Social o del Centro de Salud son de menor calidad y menor eficacia respecto a las adquiridas en las farmacias.

Al no contextualizarse los tratamientos ofrecidos a las personas que padecen diabetes, 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, lo induce a tener problemas con su familia, ya que no considera sus valores ni costumbres alimentarias.

Como menciona Cardoso (2000), en reuniones familiares 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:

1. A quién invitar.
2. 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, pero todos comparten la característica de contener grasas, azúcares y carbohidratos, elementos que, como indican Krall y Beaser, 1991; Durán *et al.*, 1997; Murillo, 1999; NOM-015-SSA2-1994; 2001, en la dieta del diabético deben ser reguladas. Dado el fuerte arraigo de las comidas consideradas propias de estas festividades, la familia y el paciente están imposibilitados de seguir las indicaciones dietéticas en esas fechas, consideradas como de excepción.

En una festividad de este tipo, el diabético se encuentra ante una disyuntiva: 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, el paciente 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 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 de acuerdo con sus creencias, valores y conductas transmitidas socialmente, las cuales no son fáciles de cambiar.

Al parecer, en el tratamiento de la diabetes no se ha considerado el porqué las personas con esta enfermedad no siguen la prescripción médica y, en cambio, prefieren sus antiguas prácticas y costumbres. Una explicación a este hecho es la siguiente:

Cuando un “individuo nace en una determinada cultura, las orientaciones y creencias básicas de ésta lo forman y permanecen profundamente arraigadas durante toda la vida en su personalidad” (Le Shan y Margenau, 1996: 18). Dicho de otra forma: en cada uno de nosotros y en proporciones variables, está la persona de ayer. Es esta persona de ayer quien, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos resultado (Durkheim, 1982).

Este moldeamiento se establece al compartir una cultura, ya que en este proceso se comparten valores aceptados por todos los miembros de una sociedad y con base en ellos se establecen patrones de conducta, derechos y obligaciones que regulan y norman la interacción social (Parsons, 1982), porque la cultura es un sistema de significados que sirve de guía para la acción, la experiencia y la conducta social (Natera y Mora, 2000).

La cultura, el patrón integrado de conocimientos, creencias y comportamientos, los cuales incluyen el lenguaje, ideas, creencias, costumbres, tabúes, códigos, instrumentos, técnicas, valores, ideales, etcétera (Lara *et al.*, 2000), puede entenderse, por tanto, como el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (Harris, 1996). Es importante y hasta imprescindible atender estos factores, entre otras consideraciones, porque según Strauss y Corbín (1998), la mayor parte del manejo diario se hace fuera de los espacios médicos, sobre todo en el hogar y con la intervención directa de la persona enferma y de su grupo doméstico.

En el hogar se padecen las consecuencias de la diabetes y las dificultades para vivir con los tratamientos prescritos; se enfrentan los obstáculos para conseguir los insumos necesarios para el

tratamiento; se realizan los esfuerzos para hacer los cambios necesarios, y se presentan con desnudez los efectos de las complicaciones o las limitaciones ocasionadas por las mismas.

En síntesis, la mayoría de las definiciones de diabetes delimitan la conceptualización al aspecto médico de la enfermedad y aun cuando en la definición propuesta por la NOM-015-SSA2-1994, 2001 se reconoce la importancia de los factores ambientales, las definiciones dejan de lado los aspectos psicológicos, culturales y económicos de los diabéticos.

Como consecuencia de esta indeterminación, la definición de diabetes por sí misma genera un etnocentrismo médico, es decir, presenta la terapéutica médica institucional como la única opción válida para el tratamiento y control de esta enfermedad porque, al ser tan específica en unos aspectos, circunscribe la forma de trabajo al ámbito médico y al ser tan inespecífica en otros, soslaya los factores psicológicos, culturales y económicos de la persona con diabetes.

CONCLUSIONES

Con base en lo anterior pensamos que se debe ampliar la definición de diabetes con la finalidad de no concebir la medicina institucional como la única opción válida para la atención, debido a la incompreensión del papel que desempeñan otros factores de corte psicológico, económico y sociocultural en el inicio, desarrollo y control de esta enfermedad. Si bien, el etnocentrismo médico no es deliberado, produce limitaciones que dificultan la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Concretamente, la conceptualización derivada de la definición de diabetes genera las siguientes limitaciones:

a) El etnocentrismo médico que establece la hegemonía del modelo biomédico en el tratamiento de la diabetes, es favorecido por la misma conceptualización de la enfermedad.

b) Este etnocentrismo no es deliberado, sino que es producto de la definición de esta enfermedad y del pensamiento médico "científico" de raíces positivistas.

c) Dicho etnocentrismo conduce a limitaciones que obstaculizan el control de la diabetes porque:

- Al centrar la definición de esta enfermedad en el aspecto biológico, particularmente en el fisiológico, de una forma tan precisa y al no mencionar explícitamente otros factores que intervienen en la enfermedad, la definición orienta hacia un tipo particular de acciones, las de la medicina, y deja de lado otros factores igualmente importantes como los culturales y económicos de la persona con diabetes y, en consecuencia, también deja fuera las acciones correspondientes para incidir en dichos factores.

- Al no incluir explícitamente elementos que permitan una concepción más amplia del problema, se excluye, minimiza o restringe la participación de otras disciplinas. Dicho puntualmente: se disgrega la atención multidisciplinaria como estrategia para el control de esta enfermedad, con lo cual se contraviene la NOM-015-SSA2-1994, 2001 ya que en ella se señala: “11.4.2 Es responsabilidad del médico preferentemente apoyado con equipo multidisciplinario a inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo”.

- Como consecuencia de las limitaciones anteriores, se favorece y fortalece el etnocentrismo médico, es decir, se deja fuera de concurso la participación de otras disciplinas y, en cambio, se favorece y promueve la concepción de la medicina institucional y el médico como los únicos que cuentan con los conocimientos científicos válidos para tratar esta enfermedad, ya que dicha definición ha propiciado que la diabetes sea concebida como:

Una enfermedad incurable, por lo cual la finalidad de su tratamiento es eliminar los signos y síntomas [...] y prevenir las complicaciones futuras. Para tal fin se hace uso de las habilidades clínicas adquiridas y se confía en la incorporación de medicamentos y de la tecnología cada vez más avanzada. Se trata, al final de cuentas, de controlar, limitar o normalizar aquellas alteraciones orgánicas o funcionales de los sistemas corporales. En forma paralela se asume la idea de que son exclusivamente [...] los médicos, quienes poseen los conocimientos y las técnicas que los capacitan para elaborar el diagnóstico y dictar las acciones, pasos y procedimientos a seguir para su atención tanto en el corto como en el largo plazo (Mercado, 1996: 14).

- Finalmente, la definición de diabetes, al generar una conceptualización etnocéntrica, simultáneamente contribuye a la deshumanización de la terapéutica porque favorece el estudio de la enfermedad

y descuida a las personas que la padecen, es decir, conduce al estudio de la diabetes desestimando a las personas.

Por consiguiente, ampliar la definición de diabetes con elementos psicológicos y socioculturales, entre otros aspectos, podría contribuir a reducir el etnocentrismo médico. Esto es, se contrarrestaría 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 ese otro grupo, todos esos estilos de vida supuestamente irracionales serían ahora los suyos.

Así pues, sería factible esperar que, si el médico conociera, entre otros aspectos, los valores, las costumbres, creencias, emociones y hábitos de sus diabéticos, él sería más sensible, comprensivo y empático, lo que redundaría en una mayor probabilidad de controlar la diabetes. Parafraseando a Albert Einstein: un pez no tiene conciencia del agua, porque no tiene noticia de ningún otro medio (citado en Small, 1991: 43).

REFERENCIAS

ADA: Stress, página Web de la American Diabetes Association, obtenida el 12 de septiembre de 2001, de [www.Diabetes.org/main/application/commercewf?origin=*.jsp&event=link\[f4\]](http://www.Diabetes.org/main/application/commercewf?origin=*.jsp&event=link[f4])

ABBAGNANO, NICOLA

1985 Diccionario de filosofía, Fondo de Cultura Económica, México.

CARDOSO, MARCO ANTONIO

2000 La confrontación cultural, factor determinante para el control de la diabetes *mellitus* tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria, *Investigación en Salud*, vol. II (2): 110-116.

CENTRO ANDALUZ DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

1999 Diabetes *mellitus* tipo 2: Tratamiento, *Boletín Terapéutico Andaluz*, año XV, 15, 1er semestre, página Web de la Escuela Andaluza de Salud Pública, obtenida el 23 de agosto de 2001, de www.easp.es/cadime

DOLGER, H. Y B. SEEMAN

1991 *Cómo vivir con la diabetes*, Diana, México.

DURÁN, L. I., P. BRAVO., M. HERNÁNDEZ Y J. BECERRA

1997 *El diabético optimista*. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud, Trillas, México.

DURKHEIM, EMIL

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

FOSTER, D. W.

1991 Diabetes Mellitus, J. D. Wilson, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, R. G. Petersdorf, J. B. Martín, A. S. Fauci & R. K. Root (eds.), *Principios de medicina interna de Harrison*, Interamericana Mc Graw-Hill, México: 2018-2041.

GIMÉNEZ, GILBERTO

1994 La teoría y el análisis de la cultura. Problemas teóricos y metodológicos, A. González y J. Galindo (coords.), *Metodología y cultura*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México: 33-65.

GRACEY, M. Y N. KRETCHMER

1992 Diabetes *mellitus* no insulino-dependiente (tipo II) en las poblaciones en vías de urbanización, Anales Nestlé (ed.), *Diabetes Mellitus*, vol. 49, 2, Compañía Nestlé, México: 103-111.

HARRIS, MARVIN

1996 *Antropología cultural*, 4a reimpresión, Alianza Editorial, Madrid.

HERNÁNDEZ, C.

1994 The experience of living with insulin-dependent diabetes: lessons for the diabetes educator, *The Diabetes Educator*, 21(1): 33-37.

KERLINGER, F. N.

1994 *Investigación del comportamiento*, 2a edición, Mc Graw Hill, México.

KRALL, L. Y R. BEASER

1991 *Manual Joslin de diabetes*, Masson-Salvat, España.

LARA, N., S. TAMEZ, C. EIBENSCHUTZ Y S. MORALES

2000 Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos, J. Mercado y T. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y prác-*

tica, Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés Editores, Guadalajara: 97-122.

LE SHAN, L. Y H. MARGENAU

1996 *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh*, Gedisa, España.

MERCADO, FRANCISCO J.

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

MERCADO, F. JAVIER

1998 El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria, *Relaciones*, 19 (74): 137-164.

MERCADO, FRANCISCO JAVIER, L. ROBLES., I. M. RAMOS., N. MORENO Y E. ALCÁNTARA

1999 La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico, *Cad. Saude Publica*, 15(1): 179-186.

2001 Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de enero de, página Web de la Secretaría de Salud, obtenida el 21 de febrero de 2002 de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/>

MURILLO, J. J.

1999 *Vivir con diabetes. Guía para pacientes, sus familiares y educadores*, Neo Person, Madrid.

NATERA, GUILLERMINA Y J. MORA

2000 La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones, Mercado, J. y T. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés Editores, Guadalajara: 73-95.

2002 Organización Mundial de la Salud: Diabetes, página Web de la Organización Mundial de la Salud, obtenida el 25 de febrero de 2002, de <http://www.who.int/m/topics/diabetes/es/index.html>

PARSONS, TALCOTT

1982 *El sistema social*, Nueva Alianza, Madrid.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

- 1992 *Diccionario de la Lengua Española*, vigésima primera edición, Espasa Calpe, dos volúmenes, Madrid.
- 1999 Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 23: 4-18.

SMALL, C.

- 1991 *Música, sociedad y educación*, Conaculta-Alianza, México.

SOLÍS, J. Y L. GUILLÉN

- 2000 *Diabetes. Guía preventiva y manejo*, Selector, México.

STRAUSS, A., J. CORBIN

- 1998 *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*, SAGE Publications, Thousand Oaks.

VARGAS, LUIS ALBERTO

- 1991 Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer, *Gaceta Médica de México*, vol. 127, 1: 3-5.
- 2001 World Health Organization, Definition, Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation: Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, Geneva; 59p WHO/NCD/NCS/99.2, página Web de la World Health Organization, obtenida el 23 de agosto de 2001, de http://www.who.int/ncd/dia/dia_publications.htm#RECENT%20WHO%20PUBLICATIONS

ZÁRATE, A.

- 1997 *Diabetes mellitus. Bases para su tratamiento*, Trillas, México.

ZOLA, IRVING K.

- 1991 Bringing our bodies and ourselves back in: reflections on past, present, and future Medical Sociology, *Journal of Health and Social Behavior*, 32: 1-16.

