

Revista Médica del IMSS

Volumen **44**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2006**
March-April

Artículo:

El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de este sitio:

- ☞ **Índice de este número**
- ☞ **Más revistas**
- ☞ **Búsqueda**

Others sections in this web site:

- ☞ ***Contents of this number***
- ☞ ***More journals***
- ☞ ***Search***



medigraphic.com

El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente

RESUMEN

Introducción: la antropología médica considera los aspectos socioculturales de las enfermedades desde la definición biomédica de la experiencia de quien sufre la enfermedad. El objetivo de este estudio fue definir el modelo explicativo que dos grupos de diabéticos comparten y elaboran a lo largo de su experiencia, sobre las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, así como la existencia de un consenso cultural compartido.

Material y métodos: se estudiaron 88 pacientes en un proceso interactivo, con una guía de entrevista que se aplicó en forma abierta en las salas de espera de consulta externa de dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco.

Resultados: la forma como los pacientes construyen una definición y una explicación de su padecimiento, sincretizan las experiencias vividas de manera procesal. En esta explicación los diabéticos integran elementos de la biomedicina, las medicinas alternativas, de la divinidad e incluso la hechicería.

Conclusiones: los factores anteriores deben ser considerados en el momento del contacto con el paciente, si se piensa que la influencia del médico o del prestador de servicios de una institución tiene como objetivo lograr una mayor efectividad sobre el manejo a largo plazo de los pacientes.

SUMMARY

Introduction: Medical anthropology considers the sociocultural aspects of illnesses, from the biomedical definition of the experience of the one who suffers the illness. This is what makes the difference between a disease and an illness, in other words, an explanatory model of illness. Objectives: To show the cultural consensus elaborated and shared by a group of diabetics through personal experience, of the causes, symptoms, treatment and complications of type 2 diabetes mellitus; to highlight the importance this has in the daily medical practice, and to understand the meaning of type 2 diabetes from the patient's perspective.

Material and methods: 88 patients were studied in an interactive process, with an interview outline that was applied in an open form at the waiting rooms for outpatients at two family medicine units of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) in Guadalajara, Jalisco.

Results: The way in which patients construct a definition and an explanation of their illness is a syncretism of lived experiences done in a procedural manner. In this reconciliation, patients with diabetes integrate biomedical elements, alternative medicines, deities and even sorcery.

Conclusions: These previously mentioned factors should be considered when in contact with the patient if one thinks that the influence of a doctor or institutional health care provider has the objective of achieving a greater effectiveness in the long-term handling of these patients.

Introducción

El Instituto Mexicano del Seguro Social, al igual que otras instituciones de salud en México, enfrenta como uno de los problemas de salud más relevantes, la alta incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud

(ENSA-2000),¹ se encontró una prevalencia de 7.5 % de diabéticos adultos, es decir, 3820 millones de mexicanos que se conocen diabéticos. A esta cifra habría que agregar los que aún no han sido diagnosticados y que se presume son 25 % del total de los ya diagnosticados, de acuerdo con las estimaciones de la misma encuesta.

¹Unidad de Medicina Familiar 51

²Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud

Guadalajara, Jalisco
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Javier E.
García de Alba-García.
Tel. y fax:
(01 33) 3668 3000,
extensión 31818.
Correo electrónico:
javier_91046@yahoo.com

Palabras clave

- ✓ diabetes mellitus
- ✓ antropología cognitiva

Key words

- ✓ diabetes mellitus
- ✓ cognitive anthropology

Desde el momento del diagnóstico, el paciente inicia un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad cronicodegenerativa.²⁴ En el imaginario social,⁵ a este tipo de enfermedades por lo regular se les asocia con ceguera, infartos, afecciones graves de los riñones, embolias o derrames cerebrales, amputaciones, diálisis peritoneal y muerte. A diferencia de las enfermedades infecciocontagiosas, en las crónicas su desarrollo no avanza hacia la curación sino hacia el control adecuado buscando prevenir las complicaciones.

Dicho control depende necesariamente de una serie de cambios que el individuo debe realizar en sus conductas frente al padecimiento, además de las indicaciones terapéuticas y farmacológicas. Los cambios o modificaciones involucran aspectos de los hábitos cotidianos más profundamente interiorizados en el estilo de vida, como la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante circunstancias que provocan estrés emocional.

mentos que puedan integrar puentes entre ellos pasen desapercibidos si la mirada médica no trasciende y no se dirige más allá de la visión biológico-lesional de la enfermedad.

Con el propósito de destacar la importancia que tiene para la práctica médica cotidiana entender el significado de la diabetes tipo 2 desde la perspectiva del paciente, el objetivo central de la investigación fue definir el modelo explicativo que dos grupos de diabéticos comparten y elaboran a lo largo de su experiencia, sobre las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, así como el consenso cultural compartido entre ellos sobre su padecimiento.

Material y métodos

El trabajo se realizó en dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. Se estudiaron 88 pacientes, en un proceso interactivo con una guía de entrevista que se aplicó en forma abierta en las salas de espera de la consulta externa de las dos unidades de medicina familiar.

Los ítems de la entrevista se encaminaron a explorar conocimientos, creencias y valores en torno a la diabetes mellitus tipo 2. Se preguntó específicamente sobre:

- Las causas
- Los síntomas
- El tratamiento
- El riesgo de complicaciones

La elección de estos apartados se decidió retomando la propuesta de Kleinman⁶⁻¹⁰ acerca de los modelos explicativos de la enfermedad. Este autor ha trabajado particularmente en la comprensión social y cultural de las enfermedades. Su propuesta toma distancia del modelo biológico-lesional de la medicina, para centrarse en una perspectiva antropológica del padecimiento. En el concepto biomédico, la enfermedad se entiende como daño a órganos y sistemas del cuerpo humano. La antropología médica se interesa en los aspectos relativos a cómo los pacientes a partir de su experiencia construyen formas de explicarse las patologías. El padecer es lo vivido, lo sentido por las personas, que trasciende las fron-

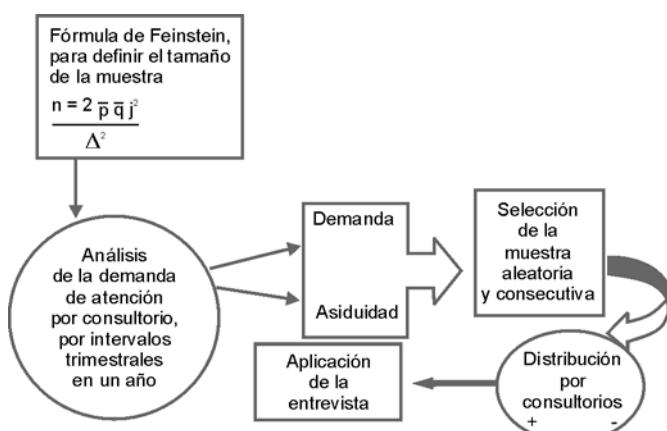


Figura 1. Pasos seguidos para la selección de los pacientes participantes en el estudio sobre el significado de la diabetes

Cuando la persona se conoce diabética, parte de su vida quedará vinculada a una relación constante con el campo de la medicina y los prestadores de servicios de salud. Sin embargo, mientras que en el mundo cotidiano el paciente está inmerso en el proceso de vivir con diabetes, el médico está abocado a atender o tratar a los pacientes diabéticos, en el caso que nos atañe, dentro de un marco institucional. Ambos mundos tienen sus propias dinámicas y posiblemente los ele-

teras del cuerpo individual hacia la familia y la sociedad.^{3,11,12} Esa resignificación de la enfermedad en el padecimiento es la que interesa en una aproximación sociocultural, que conforma lo que Kleinman ha denominado *los modelos explicativos de la enfermedad*.⁶

Universo de estudio

Se analizó mediante un diseño polietápico con tres fases en su desarrollo (figura 1):

- **Primera fase:** cálculo del tamaño de la muestra, utilizando la fórmula de Feinsten,¹³ la cual aplica para poblaciones con una distribución libre, como ocurre en las unidades de medicina familiar ante la demanda de atención médica; y la selección de la unidad de medicina familiar más grande de la zona y de la más pequeña. La muestra incluyó 60 pacientes diabéticos para la unidad de medicina familiar A y 28 pacientes para la B, para un total de 88.
- **Segunda fase:** definición de los consultorios de las unidades de medicina familiar que participarían en la investigación. Los criterios de inclusión que se siguieron para seleccionar los consultorios del universo de estudio fueron la demanda de atención y la asiduidad a citas pre-fijadas. Para tal efecto, se exploró la demanda de atención de diabetes mellitus tipo 2 por consultorio, a partir de la hoja de registro diario de consulta (4-30-6) de cada consultorio. Con la información obtenida se decidió elegir tres para la unidad de medicina familiar A y dos para la B, de los consultorios con mayor y con menor asiduidad y demanda, dado que ambos criterios ayudan a conformar una muestra propositiva, distribuyendo en números equitativos el total de la muestra.
- **Tercera fase:** elección de los pacientes por entrevistar, que se realizó de manera aleatoria y consecutiva, tomando como base la lista de pacientes a atenderse de los consultorios seleccionados, aplicando en la consulta externa, de manera reservada, la guía de entrevista con un procedimiento interactivo, previo consentimiento informado.

Las preguntas fueron formuladas de la siguiente manera:

- ¿Dígame cuáles son todas las causas que a una persona le producen diabetes?
- ¿Dígame cuáles son los síntomas que una persona siente con la diabetes?
- ¿Dígame cuáles son los tratamientos que le dan a una persona con diabetes?
- ¿Dígame cuáles son las complicaciones que con el tiempo produce la diabetes?

**Ana Isabel
Gaytán-Hernández et al.
Significado de la diabetes
mellitus**

Orden de mención		
Grupo A		Grupo B
n = 60		n = 28
Razón de variabilidad = 17.2		Razón de variabilidad = 13.2
Conocimiento del modelo 0.85		Conocimiento del modelo 0.79
(5 %) fatiga	10°	alcohol (7 %)
—	9°	obesidad (11 %)
(12 % cada una) tristeza, obesidad	8°	tristeza (14 %)
—	7°	gusto (19 %)
(27 % cada uno) estrés, gusto	6°	herencia (25 %)
(28 %) herencia	5°	estrés (29 %)
(33 %) preocupación	4°	preocupación (32 %)
(37 %) alimentación	3°	alimentación (46 %)
—	2°	coraje (61 %)
(65 % cada uno) coraje, susto	1°	susto (68 %)

t de Student = 3.53 p = 0.0006

Figura 2. Modelo de causas a las que dos grupos de diabéticos atribuyen la enfermedad

Una vez realizada la entrevista, se codificaron las respuestas de los pacientes en un primer acercamiento analítico, definiendo las unidades de dato para cada ítem. Posteriormente, estos datos alimentaron un análisis secundario mediante la utilización del Antrophac¹⁴ como herramienta de análisis cualitativo. Este programa computacional sistematiza la información de los datos enunciados en el texto, dilucidando:

1. La estructura semántica componencial del modelo explicativo, que muestra cómo se organiza cognitivamente la experiencia subjetiva, en este caso jerarquizando los ítems acerca de los componentes del modelo explicativo (causas, síntomas, tratamiento, complicaciones) de la diabetes mellitus tipo 2.
2. La presencia de consenso cultural sobre un arreglo particular de ítems (modelo semántico de alguna de las dimensiones de la diabetes mellitus tipo 2 examinadas en el punto 1).

- Este consenso se manifiesta cuando la variabilidad de este modelo semántico o factor 1, abarca tres o más veces la varianza de los modelos subsiguientes.
3. El nivel promedio de conocimiento compartido sobre el modelo semántico consensado en el grupo analizado.

Orden de mención	
Grupo A n = 60 Razón de variabilidad = 11.2 Conocimiento del modelo 0.85	Grupo B n = 28 Razón de variabilidad = 13.7 Conocimiento del modelo 0.75
(5 %) dolor de pies	10° bajar peso, nerviosismo, dolor de cuerpo, boca seca (25 % cada uno)
(20 %) boca seca	9°
(28 %) debilidad	8°
(30 %) nerviosismo	7°
—	6°
—	5° dolor cabeza, mareo (29 % cada uno)
—	4° hambre (36 %)
mareo, dolor de cabeza, cansancio, hambre (32 % cada uno)	3° orinadera (43 %)
(62 %) orinadera	2° cansancio (50 %)
(67 %) sed	1° sed (57 %)

t de Student = 5.88 p = 0.0001

Figura 3. Modelo de síntomas relacionados con la diabetes mellitus, referidos por dos grupos de pacientes

Resultados

El perfil sociodemográfico de los pacientes entrevistados no presentó diferencias estadísticamente significativas para los grupos de pacientes de las unidad de medicina familiar A y B; respectivamente para cada una se encontró edad promedio de 63.5 y 60.9 años; sexo, 36 % mujeres; estado civil, 71 y 72 % casados o en unión libre; años de escolaridad formal, 6.6 y 7.1 años.

Por otra parte, los resultados del análisis de consenso mostraron alto grado de acuerdo cultural entre los informantes, aspecto observado en las estructuras o modelos semánticos obtenidos, los cuales fueron prácticamente similares. Los modelos de las cuatro dimensiones de la diabetes mellitus tipo 2 (causas, síntomas, tratamiento y complicaciones) mostraron niveles significativos de consenso en forma de razones de variabilidad

mayores a tres (que indican acuerdo cultural en torno al modelo semántico presentado); además, los grupos manifestaron un conocimiento compartido de los ítems que conforman los cuatro modelos, superior a 80 % de correspondencia, como se muestra en las figuras 2, 3, 4 y 5, elaboradas con base en los datos del análisis cualitativo asistido por computadora. Nótese también que los valores promedio de conocimiento compartido para la unidad A fueron consistentemente mayores y con diferencias estadísticamente significativas para causas, síntomas y complicaciones entre los dos grupos analizados.

A continuación se presentan los resultados específicos para cada uno de los modelos encontrados.

Causas de la diabetes mellitus tipo 2

Se encontró que el gusto, el coraje, la mala alimentación y las preocupaciones, son los cuatro primeros factores que los pacientes identifican como causas de diabetes mellitus tipo 2 (figura 2). Aunque para los pacientes de la unidad de medicina familiar B, el estrés es más importante que la herencia, la cual le sigue en orden de frecuencia a las preocupaciones en el caso de la unidad de medicina familiar A. Es notable que también aparezcan entre las diez primeras causas otras emociones como la tristeza, el gusto y la sensación de fatiga crónica.

El alcoholismo, que se encuentra en el décimo sitio entre los diabéticos de la unidad de medicina familiar B, es mencionado en undécimo lugar por los pacientes de la unidad de medicina familiar A y, por lo tanto, no se encuentra en la figura 2 debido a que sólo se anotan las diez primeras causas mencionadas, pero es importante resaltarlo. Un detalle interesante es la diferenciación que los pacientes hacen entre mala alimentación y obesidad. El concepto de mala alimentación relacionado con la diabetes se circunscribe a comer cosas dulces, sobre todo refrescos, azúcar, tortillas en exceso y comida grasosa.

Estar gordo no es directamente correlacionado con la diabetes. Al referirse a la obesidad, la mayoría de los pacientes dicen que es el médico quien insiste en la necesidad de bajar de peso, pero no retoman la indicación como un objetivo personal. Hay quienes incluso señalan que al bajar de

peso se sienten mal, con debilidad y flojera, y, por lo tanto, no cambian su dieta, aunque algunos mencionan que esta debilidad y flojera es pasajera. En su experiencia, después de un tiempo de sentirse mal, al bajar de peso observan que mejoran sus niveles de azúcar en sangre y empiezan a manifestar una sensación de bienestar, que les permite desarrollar con más facilidad sus actividades cotidianas.

Tanto la obesidad como la herencia son consideradas dentro de las 10 primeras causas de diabetes porque los pacientes las mencionan como parte de lo que han aprehendido sobre la enfermedad al estar en contacto con otros diabéticos y con servicios de salud. La herencia es un factor reconocido también a partir de la experiencia personal, dado que existe una historia familiar de diabetes en 26.6 % de los pacientes entrevistados en la unidad de medicina familiar A y es mencionada dentro de las 10 primeras causa por 28 % de los pacientes. En la unidad de medicina familiar B, 18 % de los pacientes entrevistados mencionó tener antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2, pero aparece señalada como causa en 25 % de los informantes.

Síntomas

En los dos universos de estudio, la sed, la “orinadera” y el cansancio, constituyen los síntomas de mayor presentación (figura 3). Aunque en ambos grupos el núcleo global de los 10 principales síntomas es muy semejante, sobresalen los síntomas que se consideran característicos de la diabetes, como la sed, el “orinar mucho”, la pérdida de peso no obstante el hambre excesiva que tiene el paciente. Conjuntamente aparece sintomatología que puede ser adjudicada a múltiples patologías como el mareo, la debilidad, el cansancio y el dolor de cabeza. Un aspecto peculiar con estos pacientes es que en su gran mayoría refieren cambios de carácter durante el transcurso del padecimiento. Mencionan que se vuelven irascibles, enojones, con ansiedad, desesperación, coraje o depresión excesivos. De hecho, cuando los niveles de glucemia se elevan, un dato característico que reconocen en su cuerpo es que se vuelven más sensibles y reaccionan en forma desmedida ante los estímulos externos, sobre todo a los que les provocan estrés emocional.

Pocos refirieron estabilidad emocional constante, más bien presentan fluctuaciones variables entre estados de ansiedad y estados de depresión.

**Ana Isabel
Gaytán-Hernández et al.
Significado de la diabetes
mellitus**

Orden de mención		
Grupo A		Grupo B
n = 60		n = 28
Razón de variabilidad = 12.4		Razón de variabilidad = 13.1
Conocimiento del modelo 0.81		Conocimiento del modelo 0.1
(3 % cada uno) no fumar, no alcohol	9°	no alcohol, no fumar (11 % cada uno)
--	8°	tranquilidad (14 %)
(12 %) plantas medicinales	7°	cuidado pies (18 %)
(17 %) tranquilidad	6°	insulina (25 %)
(17 %) nopal	5°	nopal (25 %)
(23 %) insulina	4°	plantas medicinales (32 %)
(33 %) ejercicio	3°	ejercicio (54 %)
(87 %) dieta	2°	dieta(79 %)
(95 %) pastillas	1°	pastillas (93 %)

t de Student = 3.53 p = 0.0006

Figura 4. Modelo de tratamientos para la diabetes mellitus tipo 2, reconocidos por dos grupos de pacientes

Tratamiento

En ambas unidades de medicina familiar, las pastillas y la dieta fueron consideradas por mucho el principal tratamiento de la diabetes como se puede observar en la figura 4. Sigue en orden de frecuencia el ejercicio. Es visible cómo además se considera al nopal y las plantas medicinales como parte del tratamiento. En el momento de realizar la entrevista, los enfermos mencionaron que además de su pastilla utilizan los licuados de nopal, de chaya, apio con perejil, el té maravilloso, el guereque, el matarique, la retama, el palo azul, así como otras plantas medicinales para bajar el azúcar. Se mencionó, aunque con menor frecuencia, la homeopatía, la acupuntura, la orinoterapia y hasta la meditación trascendental. Se debe hacer notar que cuando se exploraron estas respuestas, las terapias alternativas se señalaron como complemento del tratamiento farmacológico. Solamente uno de los informantes mencionó suplir las pastillas por las plantas medicinales en el momento de la entrevista. Aunque en el proceso del tratamiento de la diabetes varios de los pacientes mencionaron haber sustituido durante ciertos períodos las pastillas por las plantas medicinales o la homeopatía,

regresaron a las primeras porque no se “sintieron bien”. Esto es importante ya que indica el sincretismo de los pacientes en la búsqueda de aliviar la diabetes, y las experiencias que se van reflexionando como parte de un proceso a largo plazo del tratamiento del padecimiento.

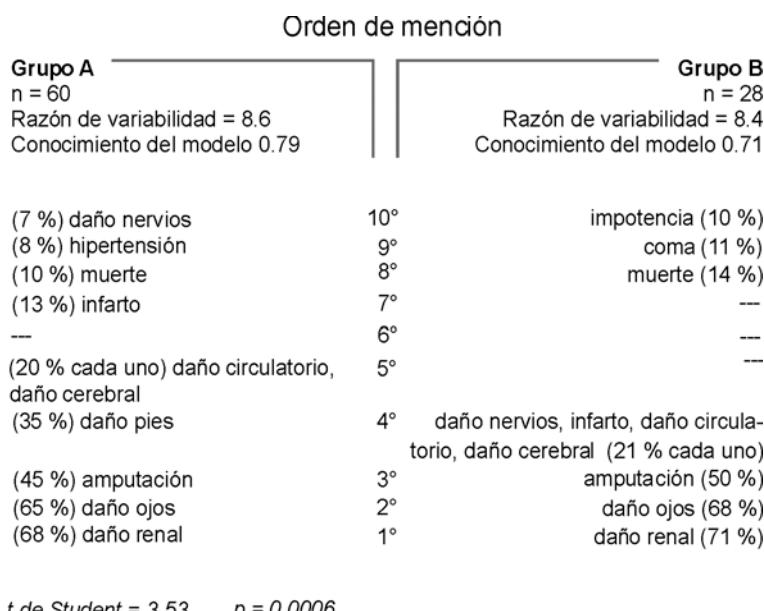


Figura 5. Modelo de complicaciones relacionada con la diabetes mellitus tipo 2, referidas por dos grupos de pacientes

Sobresale, además, dentro de los 10 principales ítems del tratamiento, la mención a la tranquilidad, aunque las personas no se refirieron en este aspecto a buscar ayuda psicológica o psiquiátrica, sino que reconocen que ante los síntomas de “nerviosismo” o las respuestas emotivas frente a los problemas cotidianos, deben tratar de guardar la calma y estar tranquilos.

Es conveniente resaltar que al momento de la entrevista, las personas mencionaron sin lugar a dudas que el principal elemento de su tratamiento es el medicamento. Cuando hablan de la dieta, el ejercicio, la tranquilidad o el cuidado de pies, hacen una diferenciación entre tratamiento y cuidados que deben tener en su cuerpo por ser diabéticos. Específicamente, estos últimos se consideran parte del autocuidado del cuerpo. Pocos pacientes los mencionan de primera instancia como parte de un tratamiento. De hecho, cuando tienen variabilidad en sus

niveles de glucosa, la reflexión va en el sentido de reconocer que se descuidaron en su dieta y consumieron una cantidad mayor de alimentos que pueden elevar esos niveles, o bien, que no siguen las indicaciones del médico, tal y como fueron prescritas, por el rechazo que sienten a estar dependiendo de pastillas. Estos sentimientos forman parte de una fase de renegación sobre el padecimiento. El apego al tratamiento y la dieta se efectúa hasta en tanto se atraviesa esta fase y el paciente consigue aceptar la existencia de un padecimiento cronicodegenerativo en su cuerpo y llegar a la autoidentidad de ser diabético, proceso en el cual los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar un papel trascendental.

Complicaciones

En la figura 5 se muestra de nueva cuenta cómo se comparte el modelo de explicación con algunas variantes. En lo que respecta a las complicaciones, se reconocen fundamentalmente los daños al riñón, a los ojos y las amputaciones. Ambos grupos mencionan la muerte como una posibilidad cercana al padecer diabetes, ubicándola en el octavo lugar.

Un detalle interesante cuando se exploró este apartado es que los pacientes registran subjetivamente las complicaciones de los padecimientos más como riesgos, daños o peligros, interpretándolos de manera distinta a lo que desde la biomedicina se considera factores de riesgo predisponentes de padecimientos.

Los informantes respondían con mucha mayor facilidad cuando se utilizaba la palabra riesgos, en vez de complicaciones. O bien, por sí mismos exclamaban ¡Ah, los riesgos!, y enseguida señalaban alguno de los ítems registrados. Por lo regular hacían referencia a la experiencia personal cuando ya tenían alguna complicación o a la experiencia de personas conocidas. En su valoración, lo peor que le puede pasar a un diabético es que lo dialicen cuando su riñón ya no funciona. Prácticamente esta situación se considera la antesala de la muerte, aunque los pacientes perciben la ceguera también como sumamente “mala”, menos tolerable que las amputaciones. Son importantes los eventos vasculares cerebrales que pueden causar hemiplejia o “parálisis del cuerpo” y sus diversos grados de incapacidad física y mental.

Discusión

Los resultados muestran consenso cultural para los pacientes estudiados, en la conformación de cada uno los modelos explicativos de Kleinman⁶⁻¹⁰ para causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, es decir, existe acuerdo compartido en torno a la estructura y orden jerárquico de los ítems mencionados por los pacientes de las dos unidades de estudio.

El conocimiento promedio de los modelos explicativos estructurados por cada grupo, medido a manera de correlación, fue superior en la unidad de medicina familiar A para tres de las cuatro dimensiones exploradas: causas, síntomas y complicaciones. Estas diferencias las interpretamos producto de una mayor posibilidad de comunicación cultural en el grupo A.

El resultado anterior forma parte de la variabilidad cultural propia de los subgrupos que conforman una cultura; los modelos se van configurando a partir de la propia experiencia del padecimiento, generados en un sistema cultural de significados simbólicos que se vive de manera procesal. En él se integran diversos factores que provienen de las interacciones sociales de los individuos en su transitar por la vida con una enfermedad cronicodegenerativa. Se utilizan en su comprensión elementos que provienen de la biomedicina, de las terapias alternativas, las creencias divinas, lo observado en otros diabéticos, las emociones sentidas, la información recibida a través de los medios de comunicación masiva, libros, revistas, periódicos, y actualmente hasta de la redes electrónicas.

De tal forma, se construye un conglomerado sincrético vinculando ideas, creencias, conocimientos, principios morales y sentires en el cuerpo aquejado por una enfermedad crónica. Los pacientes reflejan en este constructo del padecimiento o modelo explicativo, su forma de entender y explicarse la enfermedad, donde coexisten elementos de diferentes saberes (médico y lego).

Algunos autores han destacado la importancia que tiene para los prestadores de servicios de salud, entender estos modelos de explicación de enfermedades por los pacientes.¹⁵⁻¹⁹ Estos estudios han aportado elementos para la comprensión de los factores socioculturales del comportamiento de los pacientes, para mejorar las estrategias de

intervención de los prestadores de servicios de salud. Se propone que los hallazgos sean utilizados para darle otro sentido a la atención que las enfermedades cronicodegenerativas exigen de la práctica clínica. Entender las formas como las personas perciben la diabetes y su manera de vivir con ella, puede permitir conductas de cambios o de permanencia en la atención, ya que dichos modelos reflejan hábitos profundamente arraigados que pueden o no conducir a un adecuado control y a prevenir o no complicaciones a órganos blanco, en un proceso de largo plazo.

Las cifras de glucosa en sangre, aunque se obtengan periódicamente, para un paciente con diabetes mellitus tipo 2 puede no significar lo que para un médico. Esto implica la necesidad de que el equipo de salud construya junto con el paciente, significados compartidos a manera de modelos explicativos basados en el consenso cultural de ambos. Para lograrlo, no basta con la prescripción de un conjunto de medidas sin sentido desde la perspectiva cultural del paciente, por lo que el proveedor de servicios deberá estar consciente que para un paciente el diagnóstico de diabetes no es sinónimo de "ser diabético", y que cuando el médico prescribe un tratamiento, ello equivale a adherencia y control glucémico.

En una interacción más o menos constante (como en la consulta u otras intervenciones educativas) entre los prestadores de servicios de salud y pacientes, la estrategia de los primeros tendría que dirigirse a facilitar y apoyar la construcción de la identidad (en forma consciente, participativa, reflexiva y crítica)²⁰ del paciente como diabético, además de apoyarlo en la toma de decisiones adecuadas sobre el manejo de su propio cuerpo, para desarrollar una mejor capacidad individual dirigida al autocuidado, con una visión fundamentada en las concepciones del paciente y no sólo desde la idea de las ciencias médicas, que plantean significados y sentidos en ocasiones desconocidos o diferentes en relación al conocimiento y consenso cultural sobre la diabetes mellitus tipo 2.

**Ana Isabel
Gaytán-Hernández et al.
Significado de la diabetes
mellitus**

Conclusiones

1. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 estudiados construyeron modelos explicativos, culturalmente compartidos, como una

- manera de entender y explicarse la diabetes (causas, síntomas, tratamiento y complicaciones) en un contexto de vida, para lograr el consenso cultural.
2. El consenso cultural se desarrolla de manera procesal, y al recorrerlo el paciente avanza hacia la identidad de ser diabético, que va desde las causas hasta las complicaciones. Recorrido vivencial donde se van conformando acuerdos culturalmente compartidos, con un promedio variable de conocimiento del modelo en cuestión.
 3. Al visualizar y comprender los consensos culturales de los pacientes, el trabajador de la salud puede darse cuenta de que los modelos explicativos de los pacientes son complejos y dinámicos, y que trascienden la valoración tradicional de control, en base a los niveles de glucosa en sangre.
 4. El control del paciente diabético es una tarea simultánea del proveedor de la salud y el paciente.
 5. Una vez identificado el modelo explicativo de un paciente, lo más importante será el tipo de seguimiento que se le haga, donde la mirada médica debiera tratar de entender lo que el paciente sabe, conoce y tiene como expectativas de su padecimiento, y no sólo cómo evolucionan sus niveles de glucemia.
 6. La apuesta es hacia el reforzamiento de la identidad como diabético, colaborando con el paciente para que éste desarrolle una mayor capacidad de agencia individual, que lo libere de las cargas y los estigmas que pesan sobre su padecimiento, en la búsqueda de una vida más benéfica y placentera.

Referencias

1. Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Castillo C, Attie F, Tapia CR. Prevalence and interrelations of non communicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. *Arch Cardiol Mex* 2003;1:62-77.
2. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977;1:9-23.
3. Good MJ. The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. En: Eisenberg L, Kleinman A, compilators. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holanda: Reidel; 1981.
4. Helman C. *Culture, health and illness*. London, England: Wright; 1990.
5. Bakhtin M. *The dialogic imagination*. Austin, Texas: University of Texas Press; 1981
6. Kleinman A. Toward a comparative study of medical system. *Sci Med Man* 1973;1:55-65.
7. Kleinman A. Medicine's symbolic reality: On the central problem in the philosophy of medicine. *Inquiry* 1973;16:206-213.
8. Kleinman A. Cognitive structures of traditional medical systems. *Ethnomedicine* 1974;3:27-49.
9. Kleinman A, Leon E, Good B. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88:251-258.
10. Kleinman A. *Patients of healers in the context of culture*. Berkeley, USA: University of California; 1980.
11. Kleinman A. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York, USA: Basic Books; 1988.
12. Good B. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge, USA: Cambridge University Press; 1994.
13. Feinstein AR. *Clinical biostatistics*. St. Louis, USA: The CV Mosby Company; 1977. p. 320-324.
14. Borgatti S. *Anthropac 4.0*. Natick, USA: Analytic Technologies; 1996.
15. Hunt LM, Valenzuela-Pugh J. ¿Por qué me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' casual stories and their relationship to treatment behaviors. *Soc Sci Med* 1998;46:959-969.
16. Brown S, Upchurch S, García A. Symptom-related, self-care of Mexican American with type 2 diabetes: preliminary findings of the starr county diabetes education study. *The Diabetes Educator* 1998;1: 331-339.
17. Weller S, Baer R, Patcher L, Trotter R, García de Alba J, Klein R, Glazer M. Latino belief about diabetes. *Diabetes Care* 1999;5:122-128.
18. Alcozer F. Secondary analysis of perceptions and meanings of type 2. Diabetes among Mexican American women". *The Diabetes Educator* 2000;5:785-793.
19. Whittaker A, Broom D. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Soc Sci Med* 2004;58:2371-2382.
20. Viniegra VL. *La crítica, aptitud olvidada por la educación*. México: IMSS; 2000. 