

Artículo de investigación

La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2

ANA ELISA CASTRO SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a diversos organismos internacionales entre los que destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sociedad actual vive a la sombra de lo que se ha llamado “la carga mundial de la diabetes”. Debido a que esta enfermedad crónica es la cuarta o quinta causa de muerte entre la mayoría de los países desarrollados y ha llegado a constituir

una epidemia, tanto en los países en desarrollo, como específicamente en ciertas comunidades étnicas,¹ en estratos sociales pobres y en zonas rurales (1). La diabetes se visualiza como uno de los problemas de salud pública más importantes a enfrentar en el presente siglo.

1. Sería el caso de los estadounidenses de origen mexicano y africano y de los pueblos indígenas de Estados Unidos.
2. Se trata de la NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Así, para el 2003 se calculaba que 194 millones de personas en el mundo tenían diabetes (5,1% de la población entre 20 y 79 años) y que esta cifra aumentaría a 333 millones para el 2025 (6,3% de la población entre 20 y 79 años). En cuanto a la prevalencia para la Región de América del Norte se ha calculado en 7,9% y 9,7% para el 2003 y 2025 respectivamente (2). El aumento esperado para los países latinoamericanos se calcula en 160%. Mientras que en el caso de México, el incremento respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200% y es en la región norte del país donde la frecuencia de la enfermedad es mayor (3). Según la Norma Oficial Mexicana en la materia,² para el 2000 se estimaba que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y que cerca del 30% de los individuos desconocía que la tenía; lo anterior significa

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los pacientes diabéticos sobre la intervención nutricional. **Métodos:** estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 34 pacientes diabéticos tipo 2, del área metropolitana de Monterrey y del sur del Estado de Nuevo León. Los datos se analizaron con el apoyo del programa Atlas-ti. **Resultados:** la dieta tiene un impacto psicológico, social y económico tanto en el paciente como en sus familiares y comunidad. Se elaboró una tipología respecto a los patrones de acomodación socio alimentaria que llevan a cabo las familias con pacientes diabéticos: a) *segregante*, b) *en transición* y c) *en transformación*. Esto puede ser aplicado para lograr un menor grado de abandono de las consultas de nutrición y un mayor control glucémico.

Conclusión: Se propone evaluar el impacto cultural de la intervención nutricional y capacitar sobre metodologías cualitativas y participativas al personal de salud.

Palabras clave: nutrición, cultura alimentaria, experiencia del padecimiento, diabetes.

ABSTRACT

Objective: To know about diabetic patients' daily life perceptions in order to explore their nutritional intervention experience. **Methodology:** a qualitative study was done. 34 semistructured interviews were conducted with type 2 diabetic patients inhabitants from Monterrey and Southern Nuevo Leon, Mexico. The data analysis was made with Atlas-ti program. **Results:** dietetic prescription has a psychological, social and economic impact on the patients, their families and community. This study identified a process in the diabetic patients' families: a) segregation, b) transition and c) transformation. The importance of this research consists in its application on health programs to make dietary prescriptions succeed, to minimize the neglect on nutrition consultation, and to reduce or delay complications too. **Conclusions:** the cultural impact of nutritional intervention should be evaluated and specialized training on qualitative and participative methodologies must be directed to health professionals.

Keys words: nutrition, food culture, experience of illness, diabetes.

que existían más de cuatro millones de personas enfermas de las cuales poco más de un millón no habían sido diagnosticadas (4). En cuanto a las estadísticas de mortalidad en México para el 2002 la diabetes se presenta como la principal causa de muerte entre las mujeres (14.6%) y la segunda (9.9%) entre los hombres (5).

Esto nos dibuja un panorama difícil que no se resolverá en el corto plazo. Mientras tanto, ha habido consenso sobre las recomendaciones básicas que todo modelo de intervención debe contemplar adicionalmente a la prescripción farmacológica e incluso sin ella, a saber: el control de peso, la actividad física y una adecuada alimentación. Pues la mayoría de los pacientes tiene dificultades respecto a la cantidad de energía que deben proveerles los alimentos, sufriendo de complicaciones ya sea por hipoglucemia o por hiperglucemia. Aquí, resulta clave el control de los niveles de glucosa en la sangre mediante una buena nutrición. Es necesario subrayar que desde esta perspectiva el manejo nutricional del adulto con diabetes tipo 2 es un aspecto esencial en el tratamiento¹ debido a que permite evitar, disminuir o retrasar la aparición de complicaciones.

No obstante, se reconoce que la diabetes genera aún una gran carga de complicaciones difíciles de explicar debido al amplio espectro de fármacos eficaces existentes (6). A pesar de los esfuerzos realizados, en México: “de cada 100 diabéticos, 14 desarrollan nefropatías; diez neuropatías; siete a diez, pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación) y de dos a cinco, problemas de ceguera (7)”.³ Y es que sólo el 20% de los diabéticos en un país desarrollado logra mantener bajo control sus niveles de glucosa en la sangre (8). Ante estas cifras, no es posible afirmar que el modelo de intervención haya tenido gran éxito.

La política de salud, expresada a través de la Norma Oficial correspondiente, sugiere que variables sociales y culturales estarían implicadas tanto en la prevención, tratamiento y control de la diabetes e incidiendo en el aumento de complicaciones. Sin embargo, existen pocos estudios al respecto, sobre todo aquellos que destaquen el punto de vista o experiencia de las personas implicadas (9), sean los pacientes, sus familiares u otras personas del entorno o comunidad.

El enfoque centrado en el punto de vista o experiencia de la población, de los enfermos o usuarios de los servicios de salud ha permitido clarificar la lógica interna y el sentido que los actores sociales dan a sus prácticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad (10). Así, el presente estudio forma parte de un proyecto más amplio sobre la experiencia de la enfermedad crónica en el norte de México. En este trabajo, se cubre el objetivo específico⁴ de analizar la experiencia que los pacientes han tenido respecto a la intervención nutricional, preguntándonos por qué acuden o se ausentan de la consulta de nutrición y cuál ha sido el impacto o los cambios generados a partir del cambio de alimentación.

ANTECEDENTES

Respecto a la intervención nutricional Andrien y Beghin (2001) han mostrado que la educación en nutrición se ha basado en un sistema “convencional” (17) con resultados poco optimistas debido al bajo impacto que se tiene en

el cambio de hábitos alimentarios, pues la formación que recibe el personal de salud y en particular los nutriólogos, se basa en supuestos “erróneos” (17) tanto conceptuales como estratégicos y metodológicos, a saber, los dos principales: desconocimiento del contexto cultural y la referencia a un modelo de modificación de la conducta humana donde prevalece lo racional, (supone que basta “conocer” para modificar hábitos y comportamientos). Capacitar al personal de salud reporta resultados positivos pero netamente insuficientes y a muy corto plazo, de ahí que (17) muestren que se requiere aplicar un enfoque distinto basado en una mejor comprensión de los determinantes de la conducta humana y la comunicación.

Por otro lado, cabe señalar que existen modelos de intervención y un gran número de estudios que han abordado la cuestión del estado nutricional de los pacientes diabéticos, y la mayoría de ellos lo hace desde la nutriólogía clínica (11) o bien de acuerdo a criterios epidemiológicos (12-16). También, a pesar de que se le reconoce muy poca eficacia debido a que poco contribuye a la solución de problemas (17), la intervención nutricional dirigida a los adultos con diabetes tipo 2 ha comportado básicamente tres acciones: la enseñanza de equivalentes, la cuenta de hidratos de carbono y el monitoreo en la ingesta de grasas (18). A esta perspectiva le subyace un enfoque eminentemente clínico o biomédico, que considera sólo parcialmente los procesos nutricionales, pues se centra en aspectos fisiológicos y/o patológicos de la ingestión, la digestión, la absorción, el metabolismo y la excreción. Esta visión deja de lado la otra dimensión fundamental de los procesos nutricionales, a saber, los patrones alimentarios de las poblaciones o grupos, que sólo se explican a través del acercamiento y comprensión de elementos culturales, sociales, económicos y ambientales (19).

Aunado a lo anterior, las intervenciones e investigaciones se han caracterizado por el desinterés en la perspectiva de los pacientes (20 y 21). Esto a pesar de la importancia demostrada respecto a incorporar el punto de vista de las personas enfermas y no enfermas para mejorar tanto el diseño como el impacto de los programas y servicios de salud (22 y 23).

En México se han llevado a cabo importantes estudios que parten del punto de vista de los enfermos o de los beneficiarios de los servicios de salud: algunos de ellos se basan en el enfoque de la experiencia del padecimiento (24) (25); otros son de corte psicosocial (26) y otros más son estudios etnográficos (27). No obstante los aportes de estas investigaciones (por ejemplo, han clarificado los términos en que los enfermos explican la enfermedad y utilizan los servicios de salud) (28), ninguna de ellas ha profundizado en la dimensión nutrición –alimentación– enfermedad crónica, o más específicamente, muy pocos se han enfocado a analizar la experiencia derivada de la intervención nutricional, es decir, la tríada: nutrición –alimentación– diabetes tipo 2. Lo anterior, pese a que algunos de los autores (29) reconocen que es la *dieta* la forma de control (glucémico) más problemática en la vida cotidiana

3. A esto debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, que es de 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población (PNS 2001-2006: 44).³

4. El objetivo general fue indagar la dimensión subjetiva (individual y colectiva) para conocer la percepción de los propios pacientes sobre la forma en que viven y enfrentan la diabetes en su vida cotidiana.

de los pacientes y sus familias. Una tendencia similar se encuentra en estudios realizados en otros países (30-33), los cuales también sin ahondar en la temática, muestran directa o indirectamente en sus resultados aspectos relacionados con la experiencia de la dieta y cambio de alimentación de los enfermos diabéticos.

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en dos áreas geográficas de Nuevo León: la zona metropolitana de Monterrey (ZMM) y un área rural del sur del Estado.

Para el tercer trimestre de 2004 la ZMM contaba con 3, 400, 187 habitantes de una población estatal total de 4, 124, 773 (34), es decir, que aglutina a poco más del 80 por ciento de los habitantes de Nuevo León (NL). Por su parte el sur del Estado es identificado como una de las regiones con más pobreza ya que abarca a los municipios que presentan altas proporciones de población subnutrida y migrantes temporales. Se trata de un Estado fronterizo altamente urbanizado e industrializado, ubicado en la región norte con un intercambio sociocultural, económico y político particularmente importante con los estados del sur de los Estados Unidos. Por otra parte, NL ha sido calificado, respecto al *Índice de marginación nacional*, como un estado de muy baja marginación (35). En contraste, NL se ubica entre los Estados mexicanos con mayor frecuencia de diabetes, ocupando, después de Coahuila, el segundo lugar: Coahuila (10.1%), Nuevo León (9.7%), Tamaulipas (9.5%), Durango (9.2%) (36).

En Nuevo León, Estado industrializado donde la mayoría de su población vive en zona urbana, se diagnostica

un nuevo paciente con diabetes cada hora (37). Tan sólo la secretaría estatal de salud⁵ ha reportado para el 2004 una incidencia de 4,340 casos, llegando a una prevalencia de 12,483 de los cuales 52.64 por ciento corresponden a la Zona Metropolitana de Monterrey y 16.07 por ciento al sur del Estado.⁶

En el transcurso de los meses de mayo a noviembre de 2005 se procedió a la búsqueda de informantes que de manera voluntaria aceptaran participar en el estudio. Se aplicó primeramente la técnica "bola de nieve" para identificar informantes en población abierta de la Zona Metropolitana de Monterrey. Además, se recurrió a tres instituciones públicas de salud que tienen formados grupos de pacientes diabéticos y en este caso se realizaron invitaciones formales para lograr la participación. En el caso de los pacientes que habitan en el sur

del Estado, se solicitó el apoyo de un Hospital General de Zona y de un Centro de Salud. La muestra se integró con diabéticos tipo 2; hombres y mujeres; de diferente estrato social; de área urbana y de área rural. Se logró la participación de treinta y cuatro pacientes: 17 mujeres y 17 hombres, de los cuales, 23 habitaban en zona urbana y 11 en zona rural.

Las edades de las pacientes oscilaban de 45 a 70 años; 6 tenían alguna ocupación, 8 se dedicaban al hogar o estaban desempleadas y 3 eran jubiladas. En cuanto a la escolaridad, 10 habían estudiado hasta primaria o menos, 3 nivel técnico, 3 preparatoria y sólo una había alcanzado el nivel de licenciatura. De todas ellas sólo 5 se habían dedicado toda su vida exclusivamente a labores del hogar y llevaban en promedio 10.5 años de vivir con diabetes.

La edad de los informantes diabéticos masculinos variaba entre 41 y 78 años; el nivel de escolaridad predominante es el de primaria (10), seguido por 3 sin estudios, 2 con secundaria, uno con licenciatura incompleta y uno con maestría; cuatro se encontraban desempleados, 10 gozaban de jubilación y tres se encontraban realizando alguna ocupación; y llevaban en promedio 12 años de vivir con diabetes.

Se realizó un estudio cualitativo bajo la estrategia metodológica del estudio de caso. Se elaboró una guía de entrevista. Logrando previamente el consentimiento informado, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas audio grabadas. La mayoría de los encuentros se realizaron en los domicilios de los y las informantes, en la fecha y hora que eligieron. Se obtuvieron aproximadamente 70 horas de grabación. Todas las entrevistas fueron transcritas y para su análisis (38) se contó con el apoyo del programa de cómputo Atlas-ti. Se realizó un análisis temático;⁷ se codificó cada entrevista y se elaboró un listado de categorías analíticas. Se desarrollaron las siguientes categorías analíticas: a) Experiencia sobre la dieta; b) Modelos culturales de referencia para el cambio alimentario (Cuadro I); c) Transformación alimentaria familiar y comunitaria; d) Dinámica de la acomodación alimentaria. Por razones de espacio, en este trabajo sólo se abordan en profundidad las tres primeras.

RESULTADOS

1) La experiencia del padecimiento y la dieta

Al realizar el análisis de los casos estudiados, aparece una experiencia común entre todos y todas las informantes, esto es, independientemente del tiempo de vivir con la enfermedad, de habitar en zona rural o urbana, de ser mujer u hombre, o de pertenecer a uno u otro estrato social o nivel de escolaridad, la diabetes se vive como una enfermedad estrechamente vinculada al apetito y a la comida:

Es la diabetes, te ocasiona mucho apetito, es doble lucha, no sólo dejar de comer y comer lo que nos hace bien, sino controlar el apetito que da la diabetes". "La diabetes es una enfermedad que te da apetito, es uno de los síntomas, nunca se te acaba el hambre, yo siempre tengo hambre, siempre estoy pensando qué voy a comer... Lo más difícil es dejar de comer lo que te gusta (P2).

Esta experiencia del diabético coloca en el centro del padecimiento tanto a la dieta como al agente de salud que generalmente la prescribe: la nutrióloga. La dieta se percibe como un ideal casi imposible de realizar, se le conoce como

5. Estas cifras incluyen solamente los casos registrados por la secretaría estatal de salud en sus propias instituciones, esto es, en Hospitales Generales de Zona, centros de salud, clínicas y unidades de salud. Por lo anterior faltaría agregar los casos que manejan el resto de las instituciones como IMSS e ISSSTE, instituciones privadas, hospitales y clínicas universitarias.

6. Nos referimos específicamente a los municipios que comprende la Jurisdicción Sanitaria número 8: Rayones, Galeana, Iturbide, Aramberri, Zaragoza, Mier y Noriega y Dr. Arroyo.

7. En el plano metodológico, tanto la colecta como el análisis se orientaron de acuerdo a la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) la cual se refiere a: "una teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí (Strauss y Corbin, 2002:13-14)". Según los creadores de esta teoría, el resultado más significativo sería la generación de conocimientos, el aumento de la comprensión y el hecho de proporcionar una guía significativa para la acción (Strauss y Corbin, 2002).

“dieta rigurosa” y se le identifica como “la lista, hoja o papel de la nutrióloga”, esto en referencia al plan nutricional estandarizado (despersonalizado) que los pacientes reciben por escrito luego de la consulta de nutrición:

“Sé que se tiene que llevar una dieta, un régimen, pero no se puede” (P01); “Sería muy bonito que la siguiéramos tal y como nos lo dicen, sería lo ideal pero nunca nadie lo seguimos” (P02); “Me dieron una dieta como a toda la gente” (P06). “Me dieron un papel la nutrióloga” (P07). “Tengo una hojita, dice cuánto de fruta, de verdura, carne...” (P12). “En el seguro social me dieron a mí una lista con la de nutrición” (P22). “Yo nunca he llevado dieta, dieta dieta rigurosa no” (P24).

Los y las informantes coinciden en su experiencia de vivir en la paradoja que constituye la dieta: todos reconocen que las *dietas* son “buenas” y que las nutriólogas hacen bien su trabajo, esto porque indican la mejor manera (más nutritiva y racional) de comer y controlar los niveles de glucosa en la sangre, pero a la vez sostienen, que es casi imposible apegarse a la prescripción. Por otro lado, la dieta se vive como una imposición corporal, familiar y económica a la cual los pacientes se resisten o desafían ya sea abandonándola o adaptándola. Debido a que resienten malestares severos, muchas veces insoportables luego del intento por llevar la *dieta rigurosa*:

“Es una dieta muy insípida, me sentía que me iba para abajo, que no tenía fuerzas, me ponía débil” (P01), “la dejé porque me sentí más mal de lo que debía sentirme” (P09), “nunca me he sujetado a las dietas que me dan” (P11).

Y aún cuando son las mujeres diabéticas las que mayormente acuden a la consulta nutricional, la mayoría de los pacientes coincide, en que después de un periodo de intentar llevar la *dieta rigurosa*, adaptan ésta a una forma natural o normal de comer: comen casi los mismos alimentos de siempre pero en menor cantidad.

También, las relaciones familiares y la situación económica tienen un impacto importante:

“Yo digo que no se puede llevar, no se puede... la clase de alimentación que hemos tenido toda una vida y cambiarla, cortar completamente así, así, no se puede... Ahora, si hay varios en la casa, ése es el otro problema. Que si hay dos con diabetes y dos que no tienen, no va a ser pura comida de dieta. Se hace el tipo de dos comidas pero está carajo para hacer las dos” (P24).

La dieta divide a la familia en diabéticos y no diabéticos: unos se convierten en los enfermos que deben comer comida de “dieta” y, los otros, son los *no enfermos* o sanos que comen comida “normal”, provocándose una ruptura en la estructura de convivencia, a la vez que se pone en cuestión la pertenencia alimentaria familiar y comunitaria.

Además de lo anterior, específicamente para los pacientes de medio rural y/o de escasos recursos, la dieta constituye algo muy costoso, inaccesible e incluso la perciben como algo exótico, ya que las prescripciones nutricionales incluyen insumos o productos fuera de sus posibilidades económicas o alimentos que no se expenden en el lugar donde viven.

También, aparece otra particularidad entre los varones diabéticos de medio rural: prevalece la idea de que la dieta no está adaptada a las necesidades del trabajador del campo, en este sentido consideran que las recomendaciones de la nutrióloga corresponden más bien a las necesidades de hombres de ciudad que trabajan en oficinas y que realizan actividades que no requieren grandes esfuerzos físicos:

“La dieta está bien para alguien que esté detrás de un mostrador, para estar en una oficina, algo así, porque esa persona con una galleta que tenga allí en un cajón, nomás con que la pruebe con eso se controla. Pero en el campo el jornalero nomás no. Entonces, la persona que no agarra dietas como yo, vamos a suponer, come comidas pesadas pero el mismo trabajo las digiere, sudas” (P28).

2) El cambio alimentario

Las personas diabéticas se encuentran al centro de un proceso de transformación cultural alimentaria más amplio, en el cual tanto ellas como sus familiares actúan o se conducen de acuerdo a patrones establecidos dentro de su *cultura alimentaria de pertenencia* (Cuadro I). Esta última se ve cuestionada y en mayor o menor medida modificada por la *cultura de la nutrición* (Cuadro I) que ofrecen las instituciones de salud, teniendo un fuerte impacto en la estructura de relaciones sociales y en la identidad de los enfermos crónicos que padecen diabetes. En este sentido, el impacto mayor, se encuentra en el medio rural en relación a limitar el consumo de tortilla:

I: Las tortillas de maíz ¿siempre las ha hecho usted?, ¿compra la masa?:

R: No, el maíz.

I: ¿Usted hace el nixtamal?:

R: Sí, el nixtamal. Por eso me dijo el doctor que ya no debo comer tanta tortilla, porque aquí es lo que uno come más. Tortilla limpia, no de maseca.

De acuerdo a lo anterior, la *dieta rigurosa* afecta la pertenencia alimentaria debido a que adquiere la forma de algo que impide o limita consumir un producto estrechamente vinculado a la identidad nacional y al significado de una “buena comida”. De ahí que, para muchos, sustituir el consumo de tortillas por la de pan integral o cereales de caja resulte un cambio muy difícil de realizar.

La dimensión social de la *cultura alimentaria de pertenencia* (cuadro I), se refiere a las emociones, ideas, significados, alimentos y prácticas alimentarias que en conjunto forman parte de la identidad de una comunidad, grupo étnico o estrato socioeconómico al que se pertenece o del cual el individuo se siente parte. Luego, en su dimensión familiar, la pertenencia alimentaria abarca un conjunto (interrelacionado) integrado por los afectos y vínculos emocionales, significados e ideas, hábitos y prácticas alimentarias de la familia o unidad doméstica a la cual el individuo pertenece. Lo anterior se construye y se hereda de generación en generación y circula a través de rituales de la vida doméstica. Tal y como es posible observar en la siguiente cita donde uno de los entrevistados explica por qué aún con la prohibición médica de comer el *asado de puerco* no puede dejar de hacerlo:

CUADRO I. MODELOS CULTURALES DE REFERENCIA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE PATRONES ALIMENTARIOS EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

I. Cultura alimentaria de pertenencia	<p>a) Hábitos y costumbres alimentarios de la familia.</p> <p>b) Hábitos y costumbres alimentarios del grupo social o étnico.</p> <p>c) Ideas, significados, emociones, valores, vínculos afectivos y sociales asociados a los alimentos.</p>
II. Cultura de la nutrición	<p>a) Alimentos o plan de alimentación prescritos o recomendados por los profesionales de la salud (médicos, nutriólogas, educadores en diabetes, endocrinólogos, trabajadores sociales);</p> <p>b) Alimentos o productos "Light" (descremados y/o bajos en grasa y/o de bajo índice glucémico);</p> <p>c) Instrumentos y procedimientos de control o de vigilancia del nivel de glucosa en la sangre (ej.: el glucómetro).</p>

I: ¿Y dónde aprendió usted a comer el asado?:

P: Con mi mamá. Sí, había una costumbre allá con nosotros en los ranchos, había, ahorita ya se retiraron esas costumbres. De engordar marranos, y era mi cumpleaños me mataban el mío, y ora cumple el que sigue y le mataban el suyo y así. Eso es lo que hacían. No había marrano, mataban un borrego porque sabe igual casi. Y pos mi papá... esas eran las comidas preferidas de él para fiestas de esas" (P26).

Existe un proceso de transformación dado por una serie de elementos emergentes que han ido conformando una *Cultura de la Nutrición*. Se trata de una serie de indicaciones y/o sugerencias de salud prescritas por agentes profesionales de la ciencia médica como endocrinólogos, nutriólogas y educadores en diabetes. Que implican, el consumo de ciertos insumos, la competencia en el manejo de ciertos instrumentos para el control de glucemias y cambio de estilo de vida. Así como de la adopción de nuevas prácticas culinarias y acceso a determinados productos, servicios y alimentos.

3) Transformación alimentaria familiar: patrones y procesos de acomodación socio alimentaria en las familias con pacientes diabéticos

Hemos utilizado la construcción de tipologías con la finalidad de captar las diferencias y los matices en las trayectorias de vida y en los significados (39) que las y los informantes han expresado respecto a la experiencia con la intervención nutricional y el cambio alimentario. La elaboración de patrones se ha basado en el análisis detallado de las trayectorias de los pacientes considerando tres de los aspectos más recurrentes y significativos: 1) la participación, apoyo y/o conocimiento por parte de los miembros de la familia respecto a la enfermedad y tratamiento del paciente; 2) la estructura de convivencia familiar y comunitaria; 3) la transformación de hábitos alimentarios de pertenencia.

La Familia o comunidad segregante

Su característica principal es el hecho de apartar o separar al familiar diabético del resto de la familia. Predomina la ruptura de vínculos. El paciente es visto y tratado como diferente, como el "otro", como el enfermo o anormal. Frecuentemente el paciente no comparte las horas o momentos de comida con el resto de los miembros de la familia o evita hacer vida social como asistir a fiestas o convivios familiares. Los ali-

mentos se preparan separadamente: la "comida normal" y la "comida para diabético". La "comida normal" se refiere a los alimentos y su preparación según los patrones alimentarios familiares o de pertenencia, por ejemplo, guisar los frijoles con manteca de cerdo y un pedazo de cebolla. La "comida para diabético" o "comida para enfermo" son los productos y/o alimentos prescritos por el profesional de la salud (nutriólogo o médico) como el aceite de oliva, los edulcorantes, la carne magra y el pan integral, entre otros.

Los familiares no muestran gran empatía y no consideran el factor hereditario de la diabetes, es decir, no creen que ellos también pueden padecerla en el futuro y por lo tanto tampoco ponen en práctica medidas preventivas. La diabetes es percibida como un problema individual. Cabe subrayar aquí, que son las mujeres diabéticas más jóvenes y con hijos pequeños quienes aparecen como las agentes de cambio que rompen significativamente con la segregación familiar alimentaria, ya que muchas de ellas imponen (no sin conflictos) una dieta homogénea a todos los miembros de la familia; esto, a diferencia de las diabéticas de mayor edad que tienen hijos adultos y nietos o de los varones diabéticos de cualquier edad que por razones de género no se implican en la preparación de alimentos.

Familia o comunidad en transición

Transición alimentación - nutrición. Aceptación o integración parcial o relativa del paciente en la familia. Algunos miembros de la familia empiezan a aceptar ciertos productos o alimentos "Light" o que antes creían eran sólo para diabéticos, personas obesas o enfermas. Pero sin abandonar o transformar totalmente los hábitos alimentarios de pertenencia: es un ir y venir entre prácticas de la *cultura de la alimentación* y prácticas de la *cultura de la nutrición*. El ideal de alimentación sigue siendo la "comida normal". El paciente diabético realiza algunos cambios pero existe una cierta añoranza por la "comida normal". Los familiares empiezan a conocer más sobre la diabetes y algunos a tomar conciencia del factor hereditario, esto permite que el paciente diabético reciba una mayor comprensión (no total) y apoyo.

Familia o comunidad en transformación

Transformación nutrición - alimentación. La familia en su conjunto o algunos de sus miembros modifican hábitos o

ANEXO

En el plano metodológico para analizar los datos nos apoyamos en el método de la comparación constante y el muestreo teórico inspirados en la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002).^{*} Se trata de coleccionar, codificar y analizar los datos simultáneamente para desarrollar conceptos; se realiza un contraste permanente de categorías, propiedades

e hipótesis emergentes a todo lo largo del proceso de investigación.

Atlas-ti

Este programa de cómputo, precisamente diseñado por Tomas Muhr basado en la teoría fundamentada,

se utilizó como herramienta en la organización y manejo de datos.

Procedimiento

- Proceso simultáneo: realización y transcripción de entrevistas;
- Identificación de temas emergentes;
- Codificación, separación y organización del texto en unidades menores;
- Lectura y comparación constante de los datos;
- En cada nueva entrevista, búsqueda de puntos de saturación empírica a través de codificación selectiva;
- Identificación de familias de códigos y estructura de significados.

Se identificaron 68 códigos y cuatro categorías analíticas.

CATEGORÍAS ANALÍTICAS

CATEGORÍA	CONTENIDO
Experiencia de la dieta	Nutrióloga; Médico; Sentimientos y emociones; Hábitos alimentarios; Significado de comer y no comer. Distinción entre alimentación y nutrición.
Modelos culturales de referencia para el cambio alimentario	Cultura de la nutrición; Cultura de la alimentación.
Transformación alimentaria familiar y comunitaria	Familia-comunidad segregante; Familia-comunidad en transición; Familia-comunidad en transformación.
Dinámica de la acomodación alimentaria	Procesos: Segregación Transición Transformación Resignificación

prácticas alimentarias de pertenencia. Implica abandonar definitivamente o modificar de fondo una práctica o costumbre familiar o comunitaria heredada por generaciones para adoptar o poner en práctica una alimentación basada en las recomendaciones de los profesionales de la salud y la nutrición, un ejemplo de esto lo constituye el hecho de abandonar la práctica de cocinar con manteca de cerdo y preparar los alimentos sólo con aceite vegetal. Los cambios pueden ser graduales o no y conllevan rupturas y acomodación de la estructura de relaciones sociales - comunitarias. Los cambios los llevan a cabo todos los miembros de la familia y no sólo el paciente diabético. Continuamente buscan información sobre la enfermedad y están concientes de los factores de riesgo, en particular del factor hereditario. Realizan prácticas encaminadas a prevenir la enfermedad.

Simultáneamente a la *segregación*, la *transición* y a la *transformación* se lleva a cabo la *resignificación*. La cual se instala a través de un largo proceso de elaboración de nuevos significados, de construcción de vínculos afectivos y sociales y de la realización y aprendizaje de nuevas prácticas relacionadas con la alimentación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los hallazgos más importantes de este estudio es que permite comprender o aclarar por qué, a pesar de que el personal de salud realiza un buen trabajo y los pacientes califican como buena o muy buena la intervención nutricional, muy pocos se apegan a la prescripción dietética y abandonan las consultas de nutrición para el control glucémico (8)(17). Dicho conocimiento constituye un aporte específico a considerar en la formación de profesionales del área de nutrición.

Basándonos en el análisis de la experiencia que sobre la intervención nutricional han tenido las y los pacientes participantes en este estudio, ha sido posible identificar un proceso de cambio sociocultural que afecta profundamente la estructuración de las relaciones sociales y afectivas de quienes viven con diabetes. Se trata de la transformación de patrones alimentarios y de la emergencia o afianzamiento de una cultura de la nutrición que impactan incluso la identidad del paciente. Los resultados muestran la complejidad de la cultura alimentaria tal y como lo ha mostrado Contreras (40) y Gracia (41). A nivel familiar-comunitario, en la *familia segregante* el paciente es visto y tratado como diferente y anormal y la diabetes es percibida por los familiares como un problema de salud individual. En la familia o comunidad en *transición* se aceptan algunos cambios, hay un acercamiento relativo al paciente y se mantiene cierto estigma. Pero también se identificó un patrón tipo (transformación alimentación-nutrición) en el cual el paciente deja de ser estigmatizado y se consolida la transformación de hábitos alimenticios de pertenencia.

Los resultados de esta investigación permiten profundizar en la comprensión y explicación de aspectos minimizados, tratados superficialmente o soslayados en diferentes estudios (28, 30-32). Se corrobora y se profundiza en algunos hallazgos de Torres, Sandoval y Pando (28) respecto a que la prescripción dietética altera situaciones culturales y que es una de las cuestiones más polémicas y problemáticas de la vida cotidiana del paciente diabético. El cambio de dieta tiene, la mayoría de las veces, un impacto negativo tanto a nivel psicológico como social y económico.

También, esta investigación cualitativa, por el principio de diversificación interna que se aplicó a la muestra, consideró en igual proporción informantes de ambos géneros y en especial integró el punto de vista de enfermos crónicos que muy pocas veces son tomados en cuenta (41 y 42), a saber: mujeres y hombres diabéticos que habitan en el medio rural. Así, fue posible identificar necesidades y procesos específicos que les afectan.

Con base en lo anterior proponemos las siguientes recomendaciones a partir de los resultados del estudio. En primer lugar, es urgente evaluar la pertinencia e impacto cultural de las intervenciones contempladas en los programas de salud dirigidos a los enfermos crónicos, dado que las acciones y prescripciones del personal médico afectan la vida de los pacientes mucho más allá del alivio de ciertos síntomas y signos de enfermedad, pues se trastoca tanto la familia como la comunidad. Por otro lado, la mayoría de las y los participantes en el estudio mantienen una buena opinión del personal de salud que los atiende y han expresado su deseo e interés por llevar a cabo el cambio de dieta y por ampliar sus conocimientos y comentar sobre sus dudas a las nutriólogas. En este sentido, se propone que se diseñe un programa de capacitación enfocado a dotar de herramientas cualitativas y participativas al personal de salud y de nutrición, e incluso se elabore un manual sobre las competencias sociales y culturales para el trato con los pacientes crónicos. Lo anterior permitiría, volver la mirada hacia quienes atienden directamente a los pacientes y atender el vacío de formación mostrado en algunos estudios (17

y 28) denominado "incompetencia cultural" (20) para la atención de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ruíz, Mercado y Perea. "La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos". *Inv. Salud*, 2006, 7: (1) 23-30.
- (2) Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas, 2003. From: www.idf.org/e-atlas. Consultado el 10 de julio de 2006.
- (3) Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud 2000*. 2003, México.
- (4) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. *Rev Mex Patol Clin*, 2001, 48: (2)83-109.
- (5) DGIS- Dirección General de Información en Salud. "Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002". *Salud Pública Mex*, 2004, 46: (2)169-185.
- (6) Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 43.
- (7) Ibid, p. 44.
- (8) Cruz, A. "Falló el control de la diabetes y ya es una pandemia: científicos". *La Jornada*, 2006, 30 de junio.
- (9) Ruíz, Mercado y Perea. Op. cit.
- (10) Mercado-Martínez, et al. "Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes". *Aten Primaria*, 2003, 31: (1)32-38.
- (11) Blanco-Hernández, et al. "Lipoperóxidos, actividad antioxidante y factores pro-oxidantes en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2". *Bioquímica*, 2004, 29: (4) 118-125.
- (12) Calderín Bouza, et al. "Síndrome metabólico en familiares de primer grado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2". *Revista Cubana de Endocrinología*, 2005, 16: (3) 12-25.
- (13) Vázquez, JL, Gómez, H, Fernández, S. "Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2006, 44: (1) 13-26.
- (14) Perichart, et al. "Fisiopatología y atención nutricia de pacientes con diabetes gestacional". *Ginecol Obstet*, 2006, 74:218-223.
- (15) López-Fontana, et al. "Influencia de la pérdida de peso y la actividad física sobre factores de riesgo cardiovascular de mujeres obesas". *ReSPyN*, 2006, 7: (1). Avalaible at: www.respyn.uanl.mx/vii/1/articulos/influencia.htm
- (16) Briones, N, Cantú, P. "Valoración dietética y estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus no insulina dependientes con presencia o ausencia de hipertensión arterial". *ReSPyN*, 2004, 5: (1). Avalaible at: www.respyn.uanl.mx/v/1/articulos/diab-mell.htm
- (17) Andrien, M, Beghin, I. *Nutrición y comunicación. De la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición*. México, Universidad Iberoamericana; 2001. 110 págs.
- (18) Hunot, C. "Manejo nutricional del adulto con diabetes mellitus tipo 2". *Inv. Salud*, 2001, 3:66-74.
- (19) Berrón, LN. "Más que los principios de nutrición y salud, imperan intereses económicos en la industria alimentaria". *Ciencia, Conocimiento, Tecnología*, 2005, 13:10-12.
- (20) Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. "Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres". *Salud Pública Mex*, 2005, 47: (6) 440-446.
- (21) Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. "Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo". *Salud Pública Mex*, 2004, 46: (1) 56-63.
- (22) Andrien, M, Beghin, I. op. cit., p. 13.
- (23) Ruíz, Mercado y Perea. Op. cit., p. 24.
- (24) Mercado-Martínez, et al. Op. cit.
- (25) Ruíz, Mercado y Perea. Op. cit.
- (26) Torres M. *Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara; 2004. 169 págs.
- (27) Torres M, Castañeda J, Chong F. "Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes mellitus". *Inv. Salud*, 2005, 7: (1) 42-49.
- (28) Torres-López M, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. "Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005, 21: (1) 101-110.

- (29) Ibid, op. cit.
- (30) Thorne S, Paterson B, Russell C. "The structure of everyday self-care decision making in chronic illness". *Qualitative Health Research*, 2003, 13: (10) 1337-1352.
- (31) Graft A. Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. *BMJ*, 2005. Available at: www.bmjjournals.com/cgi/reprintform
- (32) Peel E. "Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes". *Journal of Health Psychology*, 2005, 10: (6) 779-791.
- (33) King N, et al. "You can't cure it so you have to endure it": the experience of adaptation to diabetic renal disease". *Qualitative Health Research*, 2002, 12: (3) 329-346.
- (34) Data Nuevo León 2005. Available at: www.data.nl.gob.mx
- (35) CONAPO-Consejo Nacional de Población. *Índices de marginación*, 2000. México, 2001.
- (36) Instituto Nacional de Salud Pública, op. cit.
- (37) Gobierno del Estado de Nuevo León (2004). *Programa Sectorial de Salud y Seguridad Social 2004-2009*. Available at: www.nl.gob.mx
- (38) Strauss, A., Corbin, J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Contus Editorial Universidad de Antioquia, 2002.
- (39) García, B. y O. de Oliveira. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México, 1998.
- (40) Contreras, J. *Cultura y alimentación. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona, Universidad de Barcelona; México, Editorial Alfaomega, 2002.
- (41) Gracia, Mabel. *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona, Institut Catala d'Antropologia y editorial Icaria, 2000.
- (42) Álvarez, R. *Salud pública y medicina preventiva*. México, D.F. – Santa Fé de Bogotá, Manual Moderno, 1998.

ANA ELISA CASTRO SANCHEZ PH, D.

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Salud Pública y Nutrición
Dirección: Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col.
Mitras Centro, Monterrey, N.L.
Tel./fax: (81) 83339967
E-mail: aelisacs@yahoo.com.mx, acastro@faspyn.uanl.mx

Resultados preliminares del presente trabajo fueron expuestos en la modalidad de cartel durante el XVIII Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes (Boca del Río, Veracruz, 22-24 marzo de 2006) bajo el título: "Transformación de patrones alimentarios en la enfermedad crónica: resultados de un estudio cualitativo con mujeres y hombres con diabetes mellitus tipo 2 del norte de México".

Este trabajo recibió apoyo económico de la Secretaría de Educación Pública a través del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP/103.5/06/0207).

SIN CONFLICTO DE INTERÉS.



Rafael Coronel