



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

10

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

“ ASPECTOS CULTURALES ASOCIADOS
A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
UNA ZONA DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL
(CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO
MULTIDISCIPLINARIO)”.

T E S I S P R O F E S I O N A L
QUE P A R A O B T E N E R E L T Í T U L O D E :

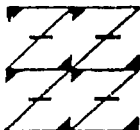
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

JUAN MIGUEL VILLAFÑE

U.N.A.M.

FES
ZARAGOZA



LO HUMANO ES
DE MAYOR SUPERACION

ASESOR : MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

MÉXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACION DISCONTINUA

DEDICATORIA

A mis padres:

Por haberme dado el regalo más grande...
la vida.

A mis hermanas:

Por su apoyo y consejo en todos estos años.

A mis amigos:

En especial a mis compañeros de la Universidad,
por los momentos gratos que hemos compartido.

A mis maestros:

A los que contribuyeron a mi formación profesional.
Especialmente a quienes enriquecieron este trabajo.

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una descripción de algunos aspectos culturales que se encuentran asociados a la Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de una zona de Ciudad Nezahualcóyotl, tales como: religión, familia, costumbres, valores y creencias. Para la realización de la investigación se requirió la participación de 3 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 a las cuales se les aplicaron entrevistas semiestructuradas sobre los aspectos culturales mencionados. Se llevó a cabo un análisis cualitativo de la información recabada que nos indico cuáles son los aspectos culturales que intervienen de manera importante en el control y tratamiento de la Diabetes Mellitus. Los resultados obtenidos destacan la importancia de conocer el contexto cultural de las personas con la enfermedad y pretenden proponer elementos de referencia a los profesionales del área de la salud para contextualizar el tratamiento multidisciplinario de la enfermedad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION I

Capítulo I

DIABETES MELLITUS

Reseña histórica de la diabetes mellitus.....	1
La diabetes en México.....	3
Definición y clasificación.....	5
Diagnóstico de la diabetes mellitus.....	9
Tratamiento de la diabetes mellitus.....	11

Capítulo II

MULTIDISCIPLINA

Multidisciplina e interdisciplina	15
La multidisciplina en el área de la salud.....	19
El equipo de trabajo multidisciplinario.....	21
Programa multidisciplinario de DM2	22
Intervención psicológica	23
La multidisciplina en el DUPAM.....	26

Capítulo III

CULTURA

Definición de cultura.....	32
Tipos de cultura	36
La cultura en México.....	37
Ciudad Nezahualcóyotl.....	40
La colonia Tamaulipas.....	44

Capítulo IV

ASPECTOS CULTURALES

La cultura en el análisis de la diabetes.....	46
Aspectos considerados.....	50
Creencias	51
Costumbres	52
Valores	54
Familia	56
Religión	57

Capítulo V
METODOLOGÍA

Características de la investigación	61
Propósito.....	63
Definiciones.....	64
Método	65

Capítulo VI
RESULTADOS Y ANÁLISIS..... 71

CONCLUSIONES..... 104

REFERENCIAS..... 115

ANEXO 1
Guía de entrevista..... 120

INTRODUCCIÓN

Es más importante conocer que clase de paciente tiene la enfermedad que conocer la enfermedad que tiene el paciente.

Sir William Osler

Hace veinticinco siglos Hipócrates se refería al estar sano como la prueba de que un individuo había alcanzado un estado de armonía con el mismo y con su entorno, mencionaba además que aquello que afectaba a la mente influía también en el cuerpo. Sin embargo, con el tiempo esta forma de analizar al ser humano se fue perdiendo y el estudio del hombre se ha centrado básicamente en el cuerpo.

Esta visión del ser humano ha ocasionado que la mayoría de las veces se conciba a los problemas de salud como si fuesen sólo biológicos y pudiesen resolverse únicamente mediante la investigación médica. Pero en la actualidad como lo dicen McDermott y O'Connor (1996), "las enfermedades que nos amenazan son muy diferentes de las infecciosas contra las cuales ha tenido tanto éxito la medicina. Ahora las principales amenazas son las enfermedades degenerativas, como las dolencias cardíacas, el cáncer, la osteoporosis y la diabetes" (p. 26).

En el caso de la diabetes la atención y los avances se han dado en el ámbito de la medicina principalmente, y a pesar de la existencia de diversos recursos para su tratamiento, la diabetes mellitus (DM) se ha convertido en un problema de salud muy importante.

Las estadísticas a nivel nacional respecto a la DM son alarmantes, pues en el país existen más de cuatro millones de personas con la enfermedad. La diabetes ocupa el tercer

lugar dentro de la mortalidad general y es causante de complicaciones como la amputación de los miembros inferiores, retinopatía o insuficiencia renal. Además los costos económicos asociados al tratamiento y a sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas enfermas.

Es necesario reflexionar lo que está sucediendo con esta enfermedad, pues pese a la existencia de importantes avances en su tratamiento (dietas, ejercicios, medicamentos), aspectos que constituyen la base para su control, la DM sigue siendo una enfermedad no controlada y a pesar de estos recursos se le considera un problema de salud nacional.

Una alternativa al tratamiento de esta enfermedad es el reincorporar la visión integral de un problema de salud mediante la participación de profesionales de otras disciplinas en la solución del problema, esto es, la intervención multidisciplinaria

El tratamiento multidisciplinario de la DM abre la puerta a la participación de diversas disciplinas, como la psicología, en la solución del problema. Una visión multidisciplinaria permitirá incorporar al análisis de la DM, factores que si bien son importantes, se han soslayado en el estudio de la enfermedad como las características culturales y psicológicas en las que se encuentran inmersas las personas con diabetes.

Lo anterior es importante pues se considera que existen numerosas investigaciones respecto a la enfermedad; complicaciones, tratamiento, fármacos, adherencia, y se conoce poco respecto a las características de las personas con la enfermedad.

Partiendo de lo anterior se puede decir que si los médicos conocen bien una dimensión importante del problema, que abarca, su evolución, síntomas, complicaciones, etcétera, es necesario conocer además las características de las personas enfermas. Indagar sus creencias, valores o costumbres, pues son aspectos que influyen en el tratamiento y que no han sido incorporados al análisis y a la solución del problema.

La cultura por ejemplo es un factor que debe ser considerado en el abordaje de un problema de salud ya que el conocimiento con mayor detalle de las características culturales de una persona permite al profesional de la salud contar con más recursos para el tratamiento y control de una enfermedad como la DM. Ya que si se quiere abordar de manera integral el problema de la DM es necesario considerar más aspectos en su análisis.

Creencias, costumbres, familia, religión y valores son algunos de los aspectos culturales que deben ser considerados, ya que el conocimiento de los mismos permite a los profesionales del área de la salud contextualizar el tratamiento de la DM, al tener más elementos de referencia cuando efectúen sus sugerencias a las personas y, por tanto, mayores probabilidades de éxito.

En este punto cabe una reflexión, pues en un equipo de salud es de suponerse que un psicólogo sea el profesionalista que conoce en mayor medida las características de la población, sus valores, creencias o costumbres, pero en la práctica esto no siempre ocurre.

Particularmente en la FES Zaragoza cuando el psicólogo se encuentra en formación se invierte gran cantidad de tiempo en el análisis de teorías o métodos de intervención y se dedica muy poca cantidad del mismo a considerar si estas técnicas van a tener efecto o no en la población, y en términos generales no nos preocupamos por conocer la percepción del problema o las características que presentan las personas atendidas.

Se coincide en este punto con Calpini y Michels (como se cita en Buenrostro, Palacios y Verdigel, 1994), cuando comentan que los psicólogos estamos pagando las consecuencias de una formación en medio de querellas teóricas y escuelas diferentes. Considero que cada vez nos estamos perdiendo en discusiones teóricas sin fin y en una mar de corrientes; el psicoanálisis, el conductismo, el enfoque sistémico, la programación neurolingüística, etcétera y nos estamos olvidando de las características particulares de la gente, de lo humano, que como dice el lema de la Facultad debe ser el eje de nuestra reflexión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Facultad desde el inicio de la formación profesional se enseña al psicólogo a distinguir entre las diferentes corrientes de pensamiento como el materialismo o el idealismo, y se comenta poco acerca de las características de la población que se atiende en las Clínicas Multidisciplinarias.

Considero que los psicólogos debemos dar más importancia a este aspecto y considerar la importancia de conocer a las personas con la enfermedad y sus características sociales, culturales, en las que se encuentran inmersas. Sus creencias, costumbres, valores, etcétera, lo que contribuirá a una mayor comprensión de su comportamiento y a una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento.

Específicamente en el caso de la diabetes cuando una persona no sigue el tratamiento inmediatamente es considerada como tonta, ignorante o inconsciente por el profesional de la salud sin analizar que factores están influyendo en su comportamiento. Es necesario conocer el contexto en que las personas viven para comprender su comportamiento. A este respecto Rogers (1972), comenta:

Me ha resultado de enorme valor permitirme comprender a la otra persona. Puede resultarles extraño el modo en el que he formulado la frase ¿Acaso es necesario permitirse comprender a otro? Creo que lo es. Nuestra primera reacción a la mayoría de las proposiciones (que oímos en la boca del prójimo) es una evaluación o un juicio, antes que una comprensión. Cuando alguien expresa un sentimiento, opinión o creencia es casi inmediatamente sentir "tiene razón", o "que estúpido", "es anormal", "es irracional", "se equivoca", "es injusto". Es muy raro que nos permitamos comprender que sentido le ha dado a sus palabras la otra persona (p. 28).

El estudio de aspectos culturales como creencias costumbres, familia o valores, son necesarios para lograr una mayor comprensión del comportamiento de la gente, específicamente en el tratamiento de la DM, donde se percibe que la visión del profesional de la salud, algunas veces, choca con la de las personas con diabetes.

Al hablar de la relación que existe entre las características culturales de las personas y el tratamiento de una enfermedad McDermott y O'Connor (1996), comentan algo que se

aplica a la diabetes mellitus y que ha dificultado el seguimiento del tratamiento por parte de la persona:

No es posible cambiar de hábitos de forma directa y automática aunque los beneficios para la salud sean evidentes. Actuamos según nuestros intereses, tal como los percibimos. Creencias y valores son algunos de los filtros más potentes. Tal vez una persona sepa que hacer (conducta) e incluso como hacerlo (capacidad), pero aún así puede que se abstenga de actuar porque no es importante para ella (valores) o por que cree que no servirá de nada (creencias) (p. 37).

El seguir omitiendo estos aspectos en el análisis de la DM seguirá generando dificultades al profesional de la salud al momento de elegir el tratamiento, debido a la carencia de un marco de referencia que permita comprender las características culturales y formas de comportamiento de la población.

Es por ello la necesidad de efectuar esta investigación cuyo propósito principal es describir algunos aspectos culturales que se encuentran asociados a la DM tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcóyotl para que sirvan de referencia al tratamiento multidisciplinario.

Con lo anterior se intenta promover la atención multidisciplinaria a la DM tipo 2 en la Clínica Tamaulipas, contextualizada por los factores culturales, resultado de la presente investigación.

Se intenta retomar la importancia de conocer a las personas con DM, su visión del problema, analizando la influencia de la cultura en el comportamiento de la gente hacia la enfermedad. Este fue el motivo para realizar esta investigación en Ciudad Nezahualcóyotl, la razón para escogerla se debió a que la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas presentaba las condiciones necesarias para efectuarla.

Además en esta clínica se lleva a cabo el programa *Diabetes: Un programa de atención multidisciplinaria en la UMAI Tamaulipas* (DUPAM), en el cual quien esto escribe realizó su servicio social y había detectado que la población atendida presentaba un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

marco de referencia diferente al de los profesionales de salud con relación a su enfermedad y a la atención de la misma, factor que no era considerado en los marcos teóricos ni en la explicación del problema.

Es en la colonia Tamaulipas de ciudad Nezahualcóyotl, con un problema de salud muy importante como lo es la DM, donde se desarrollo esta investigación de carácter exploratorio.

El capítulo I brinda una reseña histórica de la diabetes, su definición, su clasificación y tratamiento; se expone la gravedad del problema en la actualidad enfatizando que a pesar de la existencia de infinidad de avances en dietas, ejercicios y medicamentos, aspectos que constituyen la base del tratamiento de la DM2, esta enfermedad sigue siendo un problema de salud muy importante, y pese a los recursos con que cuenta la medicina es necesaria la participación de más disciplinas en el tratamiento de la enfermedad, entre ellas la psicología.

La atención multidisciplinaria como alternativa al tratamiento de la DM se comenta en el capítulo II, definiendo el término y diferenciándolo de la interdisciplina. Se incluye una breve exposición de la forma de trabajo del equipo multidisciplinario en un problema específico como la DM tipo 2, comentando la participación del psicólogo en el mismo. Por último se concluye que siguiendo la línea de la práctica multidisciplinaria es necesario considerar más aspectos, entre ellos los culturales en el estudio de esta enfermedad.

En el capítulo III se expone la importancia de la cultura como marco de referencia, a ser considerada entre otros por el psicólogo, cuando se intenta explicar el comportamiento de la gente. Se comienza con una definición del término y se clarifica desde que ángulo se abordara la cultura en este trabajo. Se proporciona información sobre ciudad Nezahualcóyotl y la colonia Tamaulipas, por ser el lugar donde se llevo a cabo esta investigación y con la finalidad de tener un marco de referencia de la población estudiada.

En el capítulo IV se comenta la importancia de la cultura en el estudio de la diabetes mellitus y se particulariza en los aspectos que se consideraron importantes para tener una visión más global y poder ofrecer un tratamiento integral de la enfermedad, y que fueron: Creencias, costumbres, valores, familia y religión. Cabe señalar que este último aspecto no fue originalmente considerado para el trabajo, sin embargo, debido a la información obtenida durante las entrevistas se decidió incluirlo en la tesis.

La metodología con que se efectuó esta investigación de carácter exploratorio se expone en el capítulo V. Por último en el capítulo VI se proporcionan los resultados iniciando con una breve descripción de las características de las personas participantes en la investigación y una tabla resumida con las categorías empleadas. Posteriormente se incluyen extractos de las entrevistas con las personas con DM2 y un análisis al respecto donde se relacionan con la DM2. Se anexa una interpretación de la manera en que estas categorías influyen en la prevención, control y tratamiento de la DM2.

Finalmente deseo agradecer de manera especial a las personas que acudían al programa por confiar en nosotros y en nuestra institución en un asunto tan delicado como la atención de su salud, y sobre todo por permitirme conocer mis alcances como profesionista de la Psicología.

CAPÍTULO I

DIABETES MELLITUS

*El hombre puede ser dueño de su destino,
aunque también es víctima de su azúcar en la sangre.*
Wilfred G. Oakley

RESEÑA HISTÓRICA DE LA DIABETES MELLITUS

La primera reseña histórica de la diabetes humana se encuentra probablemente en el papiro Ebers del año 1552 a. C. en él se habla de una enfermedad en la que se encuentra presente la *polyuria* (orinar con frecuencia), el mismo síntoma que Celso menciona en el siglo I de nuestra era y al que califica como *polyuria indolora*, orinar con mucha frecuencia pero sin dolor. El mismo autor hizo referencia también a la pérdida de peso provocada por la enfermedad (Aguilar, 1990).

Los médicos de la India, por otra parte, describen cerca del año 600 a. C. la existencia de una enfermedad en la que las personas padecen sed, adelgazan rápidamente, pierden fuerzas y emiten una orina que "atrae a las hormigas por su sabor dulce". En términos parecidos se refieren también en China a esta enfermedad en libros un poco más antiguos a esta fecha (Figueroa, 1990).

En el siglo I a.C. Arateo caracterizó la enfermedad expresando que las carnes y los miembros se derriten en chorros de orina, recomendando para su tratamiento beber vino. Llamo a la enfermedad *diabetes*, del termino griego *diabainein* o atravesar.

Tiempo después, en estudios sobre esta enfermedad Paracelso obtuvo una sal por evaporación de la orina y Willis en 1675, comprobó que esta sal era dulce, por lo que Cullen años después, añadió el calificativo *mellitus* (miel), al nombre de esta enfermedad.

Por su parte Bruner en 1682 intuyó la participación del páncreas en la asimilación de determinados alimentos ahora conocidos como carbohidratos, entre los cuales podemos mencionar básicamente al azúcar o glucosa, sin embargo, no fue sino hasta un siglo más tarde cuando el médico inglés Cawley en 1788 estableció la relación entre la diabetes y la función del páncreas, al encontrar cálculos pancreáticos y la destrucción general del páncreas en la autopsia de un diabético.

En 1797, Rollo efectuó una descripción amplia de la enfermedad y recomendó para su tratamiento una dieta a base de carnes. Por otra parte, el estudio bioquímico del padecimiento se inició cuando Home (1719-1813) y Dobson, determinaron la glucosa en la orina de los diabéticos (Fajardo, 1993).

Lancereaux distinguió en 1877, dos formas de diabetes, una aguda con adelgazamiento y otra crónica con obesidad, creando con esto una clasificación de la diabetes que aún tiene valor clínico y terapéutico.

Unos años atrás en 1869, un estudiante de medicina en Berlín, de nombre Paul Langerhans investigó la estructura de las células del páncreas y descubrió unas agrupaciones celulares esparcidas como "islas en el mar". Esto dio lugar a que en 1893 Laguesse atribuyera a estas formaciones la producción hormonal del páncreas y las bautizara como los "islotos de Lanherhans" en honor del estudiante (Aguilar, 1990).

La relación entre el páncreas y la diabetes se hizo más evidente cuando en 1899, Von Mering y Minkowski demostraron que el páncreas es un órgano de secreción interna, es decir, es una glándula capaz de producir hormonas, cuando extirparon experimentalmente este órgano a un perro provocando así la aparición de la diabetes en el animal (Buendía, Fernández y Garza, 1980).

Este hallazgo indicaba que en el páncreas existe una sustancia capaz de controlar el azúcar circulante, esto es, una hormona que impide el aumento de las concentraciones de glucosa en la sangre. Pero fue de Meyer en 1909, quien sugirió el nombre de insulina para esta hormona generada por las células beta del páncreas insular.

En 1921 el médico canadiense Banting descubrió la insulina y comenzó a utilizarla en el tratamiento de personas con diabetes. Y ya a finales de la década de los cincuenta empezaron a utilizarse un grupo de sustancias hipoglucemiantes orales como el de las sulfonilureas debido a los estudios que realizaron Franke FuchBerson y Valow; tales sustancias fueron las antidiabéticas de la primera generación; la segunda se manifestó hasta 1984 gracias a los trabajos de Moxner (Fajardo, 1993).

LA DIABETES EN MÉXICO

En este país las primeras referencias explícitas de la enfermedad aparecen en la obra de J. Esteynefer que se publica en el siglo XVIII, en un capítulo de su obra titulado "Del demasiado flujo de la orina".

En Michoacán, hacia 1869, el Dr. Juan Manuel González Ureña se refiere también a esta enfermedad al escribir una monografía titulada "Memorias sobre diabetes en general y especialmente, el que se conoce con este nombre en Michoacán".

En la segunda década del siglo XIX se recomendaba como tratamiento el bicarbonato de sosa, la antipirina y el opio bajo la forma de extracto tabático en píldoras. El régimen higiénico era muy importante, se aconsejaban ejercicios físicos y además "debía llevarse una vida más tranquila" (Fajardo, 1993, p. 5).

A partir de los años cincuenta, Salvador Zubirán con un grupo de colaboradores del entonces Hospital de Enfermedades de la Nutrición, empezaron a interesarse en el estudio de la diabetes mellitus, haciéndose desde entonces estudios epidemiológicos al respecto.

Actualmente, la diabetes mellitus (DM), es una enfermedad considerada como problema de salud nacional ya que afecta a gran cantidad de personas en edad productiva y causa importantes modificaciones en la cantidad y calidad de vida de las personas que la padecen debido a las complicaciones que acarrea cuando no es controlada (Díaz, Galán y Fernández, 1993).

Resulta suficiente analizar las estadísticas en el ámbito nacional para darse cuenta de las dificultades que ocasiona DM en México, ya que se le considera como un problema de salud muy importante, según la Norma Oficial Mexicana (NOM) 015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (2001), debido a que:

Alrededor del 8.2 % de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas afectadas de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general (p, 6).

La diabetes es la causa más importante para la amputación de los miembros inferiores, de origen no traumático así como de otras complicaciones como retinopatía o insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares (GIPDIM, 1998; NOM, 2001).

Los costos económicos asociados al tratamiento y a sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas enfermas. Y sí además se agrega que la DM es una enfermedad que tiende a incrementarse en el país, el problema es más grave como lo indica Gallardo(1998):

En México hay un notable incremento de diabetes mellitus. Según se señala en los reportes de la Dirección General de Epidemiología, el número de nuevos casos ha variado de 18.4 por 100,000 habitantes en 1978, a 155.6 en 1990.

Por otro lado, en la Escuela Nacional de Enfermedades Crónicas creada en 1993, se indica que 6.7 % de la población mexicana entre los 20 y los 69 años de edad padece diabetes no dependiente de insulina. Sin embargo, la misma fuente estima que si se toma en cuenta la curva de tolerancia, en realidad la prevalencia estimada se incrementa a 8.2 % (p. 8).

Particularmente en ciudad Nezahualcóyotl la DM ha causado graves problemas de salud a la población, tal y como lo señala el presidente municipal de la entidad al referirse al Diagnóstico Municipal de Salud realizado en 1998: "Este diagnóstico ...permitió saber que en el municipio las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad seguida por la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y enfermedades respiratorias y gastrointestinales entre otras" (Ciudad Nezahualcóyotl, 1998, p. 7).

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La expresión Diabetes Mellitus por sí sola no define a la enfermedad; pero en la práctica médica, cualquier trastorno que produzca una elevación de la glucosa después de un ayuno tiende a denominarse Diabetes Mellitus (DM) (Islas, Revilla y Miranda, 1993).

Según Aguilar (1990), cada día hay mas pruebas que indican que la DM es una enfermedad hereditaria, sin embargo, para que se presente tal padecimiento es necesario que existan dos factores: a) el hereditario, y b) el factor desencadenante.

Sin embargo, menciona el mismo autor que el factor hereditario es menos intenso si sólo uno de los padres es diabético y el otro no lo es, o si no existen antecedentes familiares de diabetes. Pero cuando aumentan los antecedentes por las dos vías, paterna y materna, es más probable la aparición de DM en los hijos. No obstante, sí la herencia biológica de la DM es débil es posible que ninguno de los hijos llegue a sufrir la enfermedad.

Por otra parte, el factor desencadenante no es sólo uno, habitualmente comprende aspectos que están representados por algo que signifique un sobreesfuerzo para el organismo, es decir, un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica que sea capaz de sacar al organismo de su ritmo acostumbrado de vida, y altere la estructura y funcionamiento del cuerpo o su equilibrio emocional.

Entre los factores desencadenantes que con mayor frecuencia causan la DM en una persona con predisposición hereditaria se encuentran, según Aguilar (1990):

- a) La obesidad que determina una resistencia aumentada para la circulación de la sangre y representa un esfuerzo mayor para el corazón.
- b) La tensiones emocionales agudas como es el caso del estrés crónico, las neurosis de ansiedad o de angustia y depresión, en cuyos casos el estrés es capaz de desencadenar la DM pues modifican la estructura, el funcionamiento y el estado mental del persona.
- c) El alcoholismo y/o la farmacodependencia.
- d) Tratamientos para accidentes, intervenciones quirúrgicas o cualquier episodio de la vida sexual de la mujer que constituyen un importante desequilibrio psicofísico que implica una carga emocional.

Al hablar sobre DM algunas personas centran su atención sólo en los niveles elevados de azúcar en sangre y restan importancia a las complicaciones que puedan tener en otras partes de su organismo y en su vida cotidiana.

Entre las definiciones que de DM se tienen se menciona la planteada por Islas, Revilla y Miranda (1993) los cuales sostienen que esta es una enfermedad: "En la que el sujeto que la padece tiene alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y

proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a esta" (p. 1).

Sin embargo para los fines de la presente investigación, se utilizara la definición sugerida en la Norma Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (NOM, 2001). La cual define a la diabetes como:

...la 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 (p. 7).

Resumiendo lo anterior y de acuerdo con Figuerola (1990), la DM es un síndrome caracterizado por:

- a) El aumento de la glucosa en la sangre,
- b) Las manifestaciones clínicas que de ello dependen y
- c) Un conjunto de complicaciones neurológicas, micro y macrovasculares relacionadas.

La DM es una enfermedad crónica que resulta principalmente de la combinación de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, de las grasas y de las proteínas; después de un tiempo se agregan lesiones vasculares y neuropatías que son el resultado de complicaciones tardías y eventualmente de la muerte.

Debido a que la DM acompaña a varias entidades clínicas puede ser considerada un síndrome heterogéneo con un común denominador que es la presencia de una "intolerancia a la glucosa". (Zárate, 1997)

En cuanto a su clasificación para fines prácticos se retomará la sugerida por la Norma Oficial Mexicana (NOM) 015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

- ✓ Diabetes tipo 1.
 - Mediada inmunitariamente.
 - Idiopática
- ✓ Diabetes tipo 2.
- ✓ Otros tipos específicos.
 - Defectos genéticos en la función de las células beta.
 - Defectos genéticos en la acción de la insulina.
 - Enfermedades del páncreas exócrino.
 - Endocrinopatías.
 - Diabetes inducida químicamente por drogas.
 - Infecciones.
 - Diabetes poco común mediada inmunitariamente.
 - Otros síndromes genéticos, algunas veces asociados con la diabetes.
- ✓ Diabetes Gestacional.

La diabetes tipo 1 (DM1), y la tipo 2 (DM2) son los tipos más comunes de diabetes que existen. De acuerdo a la NOM (2001), la DM1 se refiere al tipo de diabetes en la que existe destrucción de las células beta del páncreas generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

La DM2 por su parte hace referencia al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, existiendo una insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando existen ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

La DM2 es la forma más frecuente de diabetes, pues constituye el 90 ó 95 por ciento de los casos, suele iniciarse con un comienzo insidioso. Aunque puede presentarse en

cualquier etapa de la vida, generalmente comienza después de los 40 años. Se dispone de evidencias a favor de la existencia de una fuerte predisposición genética aunque se encuentran también implicados factores ambientales (SAMFYC, 1999).

Para hacer un poco más clara esta distinción entre la DM1 y la DM2, se expondrá en el siguiente cuadro algunas de las diferencias fundamentales entre ambos tipos de diabetes, mismo que fue tomado de la pagina electrónica de la SAMFYC (1999):

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE DM1 Y DM2		
CARACTERÍSTICAS	DM1	DM2
Sexo	Igual proporción de hombres y de mujeres.	Mayor proporción de mujeres afectadas.
Edad de diagnóstico.	< 30 años.	> 40 años
Forma de presentación.	Brusca	Insidiosa
Peso.	No hay manifestaciones de obesidad.	Obesidad frecuente 80%
Tratamiento con insulina	Casi siempre indispensable	Inicialmente no se precisa; si bien puede ser necesario para mejorar el control metabólico

Debido a que la DM es considerada un síndrome heterogéneo y por lo amplio de su clasificación, a partir de este apartado al utilizar el término DM nos referiremos únicamente a la diabetes tipo 2 (DM2), ya que esta es la clase de diabetes que se ha seleccionado para realizar la presente investigación.

DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS

De acuerdo a Buendía, Fernández y Garza (1980), se puede comenzar a sospechar de la presencia de DM en una persona cuando presenta alguna de las características siguientes:

- *Poliuria* (Orinar con frecuencia). Este signo es uno de los más característicos de la DM, ya que es una manifestación necesaria debido a la eliminación de los altos niveles de glucosa sanguínea.
- *Polidipsia* (Incremento de la sed). Que se produce a consecuencia de la poliuria, y es por tanto paralela a ésta, a veces es moderada, pero otras veces se presenta imperiosamente obligando a la persona a satisfacer constantemente su sed inclusive de noche. Este signo es con frecuencia un elemento que obliga a la persona a consultar al médico, aunque cabe aclarar que en algunos casos de DM no se presenta la polidipsia.
Ambas poliuria y polidipsia son los dos signos funcionales más importantes y son los que le han dado a la DM su nombre.
- *Polifagia* (Ingesta de alimentos sin control). Esta manifestación aunque común, pasa generalmente inadvertida en algunos diabéticos adultos, pues suele tratarse de personas obesas.
- *Obesidad* (Exceso de peso corporal). La obesidad es otra característica frecuente en personas con diabetes tipo 2, de tal forma que todo obeso con antecedentes familiares de DM ha de ser siempre sospechoso de tener diabetes.

El diagnóstico oportuno de la DM se encuentra en manos del médico, sin embargo, existen ciertas características en la historia clínica de una persona que pueden despertar sospechas, tales como: obesidad, antecedentes familiares de diabetes, etcétera.

Se establece el diagnóstico de la diabetes (NOM, 2001; SAMFYC, 1999), cuando existe en la persona una:

Glicemia basal en plasma venoso (en ayunas, sin ingesta calórica en al menos 8 horas previas) igual o superior a 126 mg/dl.

Glicemia al azar en plasma venoso (en cualquier momento del día e independientemente de la ingesta) superior a 200 mg/dl, en presencia de sintomatología diabética.

Glicemia en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dl realizada a las dos horas después de administrar una carga oral de 75 g. de glucosa disuelta en agua

Cabe aclarar que aunque la determinación de azúcar en la orina o de glicemia mediante el uso de la tira reactiva son muy útiles en el control de la enfermedad, no se deben emplear para realizar el diagnóstico. En todo caso se usarán para establecer la sospecha de DM2. (Figurola, 1990)

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En general el manejo de la DM2 se basa en cuatro premisas (Zárate, 1997; NOM 2001), que son: dieta, ejercicio, medicamentos y "educación en su sentido más amplio". Debido a que la DM2 es una enfermedad incurable el objetivo terminal del tratamiento es conseguir una mejor calidad de vida y un desenvolvimiento social más satisfactorio.

- *Dieta.* La dieta esta enfocada a proporcionar las calorías necesarias, ofrecer una nutrición correcta, escoger los nutrientes que asumen las calorías necesarias y distribuir éstas a lo largo del día. La dieta es tan importante que en ocasiones resulta suficiente para controlar la DM2.

El manejo de una buena dieta es indispensable ya que la mayoría de las personas con diabetes presenta exceso de peso corporal, por lo que la primera etapa del tratamiento consiste en reducir el mismo, lo que además contribuye a mejorar la utilización de insulina y a reducir la utilización de otras fuentes alternas de glucosa o carbohidratos.

- *Ejercicio.* Es un auxiliar valioso de la dieta ya que mejora la sensibilidad de la insulina y disminuye el riesgo de complicaciones cardiovasculares; además de proporcionar una sensación de bienestar general. El ejercicio físico por sí sólo no produce reducción de peso pero modifica la bioquímica celular al aumentar la masa muscular y disminuir el tejido graso, además provoca que se produzcan más energéticos.

Cabe mencionar que tanto el ejercicio como la dieta se deben individualizar y tener en cuenta las preferencias particulares y los hábitos del paciente, así como la factibilidad de que los lleve a cabo.

- **Medicamentos.** En cuanto a los fármacos cabe aclarar que al principio del tratamiento, todo agente farmacológico es complementario y nunca sustituto de la dieta o del ejercicio. La selección del medicamento depende de cada caso ya que existen diferentes factores que determinan la opción adecuada, como; la edad, el peso corporal, la severidad de la diabetes y la presencia de otros trastornos, así como la preferencia de la persona.
- **Educación.** La educación es parte fundamental del cuidado de la DM2, hace que la persona sea su propio médico y su mejor vigilante.
En la educación se debe concientizar a la gente que el tener diabetes no implica necesariamente que se deba hacer un cambio drástico en la alimentación, pues lo que se requiere es sólo planear la dieta para mantener el peso ideal, bajar el consumo de grasa y colesterol, usar el azúcar con moderación e ingerir en abundancia vegetales, frutas y cereales.

La dieta, el ejercicio y el uso de medicamentos deben administrarse de manera individualizada y después de haberse discutido las desventajas e inconvenientes con la persona, quien es finalmente responsable de su tratamiento.

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad se puede concluir que para que una persona controle su diabetes, lo que requiere es llevar la dieta, realizar el programa de ejercicios y como complemento, sólo si es necesario tomar los medicamentos prescritos por el médico, así como controlar el estrés (Ely-Lili, 1994; Anales Nestlé, 1992).

Esto significa que con los recursos anteriores debería ser suficiente para que una persona con diabetes pueda vivir sin que su enfermedad le genere complicaciones agudas, o

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por lo menos que las complicaciones puedan ser retardadas y por lo tanto, que la DM2 no le impida desarrollar sus actividades cotidianas.

Sin embargo, aun con estas opciones la DM2 sigue causando estragos en la población y sigue siendo bastante costosa su atención, tanto a nivel de las personas mismas como para el presupuesto gubernamental asignado a la Secretaria de Salud

Ante estas circunstancias y de acuerdo con Cardoso (2000a), resulta importante reflexionar por que el paciente no sigue el tratamiento prescrito por el médico y por que la DM2 sigue causando estragos en la población, si en teoría se cuenta con los conocimientos científicos y la tecnología disponible para hacer de la DM2 una enfermedad controlada.

Refiriéndose a lo anterior y hablando específicamente de la dieta que deben seguir los pacientes diabéticos Zárate (1997), opina que desafortunadamente no existe una fórmula para todos los pacientes y que ésta se debe de diseñar para cada persona tomando en cuenta de manera importante sus hábitos y costumbres.

Resulta interesante que el autor, una persona dedicada a la medicina, indique que gran parte de los fracasos que tienen los pacientes al seguir la dieta se encuentren "originados por una falta de información y educación, ya que, en términos generales el médico no dedica el tiempo necesario para atender lo relativo a la dieta" (p. 46).

De esta manera se puede afirmar que gran parte del éxito en el tratamiento de la DM2, dependerá de la habilidad del profesional de la salud, al adaptar sus sugerencias al contexto en el que se encuentra inmerso el paciente.

Esta línea de reflexión hace evidente que los tratamientos de la DM2 se harían más completos con la intervención de otras disciplinas que complementarían la terapéutica médica.

Ante estas condiciones de alta incidencia de DM2, la psicología ha propuesto alternativas terapéuticas que han pretendido complementar a los tratamientos médicos. Por ejemplo Miguel (1998), sugiere el uso de la de relajación muscular, la técnica de autocontrol y la terapia racional emotiva como complemento para el control de las personas con diabetes.

De esta forma un entrenamiento en autocontrol de la conducta facilita a la persona adherirse al tratamiento médico, lo que permite desarrollar estrategias que le faciliten el cumplimiento del régimen alimenticio, el ejercicio y la toma de medicamentos prescritos por el médico (Rodríguez, 1987).

Por su parte un entrenamiento en control del estrés le enseña al diabético a manejar sus reacciones físicas y emocionales con el fin de controlar los niveles de glucosa en sangre, que tienden a elevarse ante situaciones estresantes para la persona (Labrador, 1987).

Con base en lo anterior y de acuerdo con Cardoso (2000b), la DM2 debe ser tratada multidisciplinariamente pues esto permite obtener al paciente mayores beneficios que con la intervención aislada de varios profesionales de la salud.

En esta modalidad de intervención el psicólogo tendría un papel importante en el tratamiento de la DM2 ya que al investigar características particulares de comportamiento de la población tendría elementos para adaptar el tratamiento a las necesidades específicas de la población atendida.

Por último, cabe señalar que una intervención de este tipo cumple con las especificaciones de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. La cual señala la importancia de la participación de un equipo multidisciplinario en el tratamiento y control de la enfermedad, específicamente en la adopción de medidas de carácter no farmacológico, que son esenciales para el control de la enfermedad.

CAPITULO II

MULTIDISCIPLINA

El cambio significa pasar de un enfoque con acento en las partes a una configuración con énfasis en patrones y totalidades.

P. Drucker

MULTIDISCIPLINA E INTERDISCIPLINA

Antes de hablar de multidisciplina y de atención multidisciplinaria es importante aclarar el término ya que ello evitará una posterior confusión en su utilización y en lo que se entienda por trabajo multidisciplinario.

El concepto de multidisciplina ha sido muy utilizado en la actualidad y a pesar de que su uso es muy frecuente existe en realidad poco consenso acerca del verdadero significado del término.

Analizando la palabra multidisciplina tal cual, el prefijo *multi* nos conduce a la idea de lo múltiple o lo variado, aquello opuesto a lo singular, el término presupone entonces la posibilidad de un complejo el cual aglutina o integra distintos componentes los cuales resultan afines en algo, o que comparten características bajo un concepto que los agrupa.

Es decir, si consideramos la palabra multidisciplina, podemos pensar en una serie de disciplinas cuya afinidad les permite mantener una coexistencia más no necesariamente una complementariedad. Dicho término nos habla de la agrupación de lo diverso bajo un criterio de identidad (Sandoval, Herrera y García, 1998).

Así pues, aunque el término es etimológicamente claro ha propiciado una serie de debates cuando se trata de clasificar el tipo de acciones que deban ser comprendidas bajo la misma clasificación. Lo único que a la mayoría le queda claro es que multidisciplina implica necesariamente un proceso en el cual toman parte diversas disciplinas.

Con base en lo anterior se puede ahora efectuar una revisión de lo que diversos autores han escrito sobre el término.

Una definición del concepto es la propuesta por Michaud, para quien la multidisciplina corresponde a la yuxtaposición de distintas disciplinas sin aparente relación entre ellas. Tesis similar a la planteada por Piaget quien la define como la contribución de dos o más sectores del conocimiento en la solución de un problema sin que las disciplinas participantes sean cambiadas o enriquecidas (Citado en Morales, Montes y Ruvalcaba, 1998)

Los autores anteriormente citados tienen en común el definir a la multidisciplina como la participación aislada de disciplinas en torno a un mismo fenómeno. Sin embargo estas no constituyen el único tipo de definiciones que sobre el término se tienen. En la opinión de Jiménez, Hernández, Galicia y Ortega (1998), la multidisciplina es:

Un modelo educativo que propicia la interacción de diversas disciplinas que se relacionan en el ejercicio profesional desde las aulas universitarias, a fin de acercarse lo más posible a la realidad contemplando la solución de un problema con una perspectiva de abarcar todos los enfoques necesarios desde los diversos conocimientos contenidos en ciencias de diversa clasificación (p. 27).

Para Pujana J. y Pujana I. (1998), el término multidisciplina se refiere a que en un mismo espacio físico se alberguen diferentes carreras de una misma área pero con diferentes planes curriculares.

Una opinión similar es la de Marin (1993), para quien la multidisciplina es un conjunto de disciplinas cuyo único lazo común consiste en impartirse en un mismo espacio

docente. Por su parte Apostel (Como se cita en Cardoso, 1999), opina que la multidisciplina ocurre cuando la solución a un problema requiere obtener información de más de una ciencia sin que las disciplinas que contribuyen sean cambiadas o enriquecidas.

Otro grupo de definiciones ubica a la multidisciplina como una interacción concertada de las disciplinas entre estas se encuentra la propuesta por Ribes, quien la concibe como la acción que reúne paralela pero convergentemente a disciplinas diferenciadas sobre un mismo objeto compartiendo el nivel de acción de cada una de ellas (Citado en Cardoso, 1999).

La multidisciplina planea los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodologías y técnicas de distintas disciplinas en un mismo campo de problemas sin que pierdan la identidad original que las configura como disciplinas, es decir la multidisciplina es la actividad donde diversas disciplinas actúan a nivel práctico ante un mismo objeto (Cardoso, Figueroa, Moreno y Pérez, 1998).

Estas definiciones coinciden en ubicar a la multidisciplina como una serie de acciones coordinadas de diversas disciplinas para resolver un problema en el ámbito práctico, en el cual se considera tan importante la explicación del problema como las acciones coordinadas para resolverlo.

Sin embargo, la dificultad de definir a la multidisciplina se hace mayor cuando diversos autores utilizan indistintamente este término y el de interdisciplina pues se carece de una definición que unifique los criterios de los investigadores respecto a este tema.

Esta confusión en el uso de los términos es precisamente lo que dificulta distinguir las características y límites de cada concepto. Por tal motivo se hace necesario efectuar también una revisión de lo que algunos investigadores entienden por interdisciplina.

Una definición del término es la propuesta por Valades, Álvarez y Vargas (1998) quienes la conciben como: "Un cambio en la interrelación orgánica de los conceptos de diversas disciplinas, hasta el punto de constituir una de las disciplinas particulares" (p. 58).

Por tanto, el dinamismo de la interdisciplina marca la pauta para formar grupos interdisciplinarios cuyos integrantes, aunque de diversas disciplinas tengan la flexibilidad de dominar diferentes conceptos, métodos, datos, términos de otras disciplinas organizando esfuerzos alrededor de un problema común en donde exista intercomunicación continua entre los participantes de las diversas disciplinas.

Por su parte Morales, Montes y Ruvalcaba (1998), nos hablan de una interdisciplina restrictiva, en donde la interacción entre disciplinas no existe en el sentido lineal, y en la cual el campo de aplicación, de cada disciplina participante, esta restringido por las otras disciplinas. Por ejemplo, en el abordaje de lo humano el biólogo, el psicólogo, el sociólogo, el antropólogo, impondrán cada uno un número restricciones que tomadas en su conjunto delimitarán el área de posibilidad dentro del cual situar lo humano.

En el mismo contexto al abordar la interdisciplina Abad, Acoltzing y Aguado (Como se cita en Sandoval, Herrera y García, 1998), comentan que generalmente esta:

Surge de la convergencia de las distintas disciplinas en un objeto o problema de conocimiento. Estas disciplinas, afectadas por las relaciones múltiples y convergentes que se suscitan, se ven obligadas a reelaborar sus propios constructos, consiguiendo mayores precisiones y enriqueciéndose de los logros de los demás (p. 82).

Una definición un poco más completa de interdisciplinariedad es la propuesta por Palmade (1979), quien la concibe como:

La interacción existente entre dos o más disciplinas, esta interacción puede ir desde la simple comunicación de ideas hasta la integración de los conceptos directivos de la epistemología, de la terminología, de la metodología, de los procedimientos, de los datos y de la enseñanza correspondiente (p. 22).

Se ha visto que existen diversas definiciones acerca de los conceptos multidisciplina e interdisciplina, sin embargo cabe aclarar que para los fines del presente trabajo se decidió aceptar las siguientes, mismas que fueron tomadas de Cardoso (1999).

Multidisciplina: Interacción concertada de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación la ausencia o deficiencia de la capacidad explicativa y comprensiva.

Interdisciplina: Proceso de conformación de un nuevo cuerpo teórico disciplinario con objeto de estudio y metodología propios generado a partir de estas disciplinas.

Resumiendo, se puede afirmar que la multidisciplina, que es el concepto que nos interesa aclarar, es entonces, el conjunto de las acciones concertadas, integrales y coordinadas que permiten cumplir un objetivo común de diversas disciplinas, como lo es el dar solución a un problema práctico.

Para terminar podemos identificar ya diferencias entre la multidisciplina e interdisciplina, al respecto Mendoza y Correa (1998), comentan lo siguiente:

En la primera las acciones de diversas disciplinas deben ser concertadas, lo cual le confiere un alto porcentaje de probabilidad de ejecución; la segunda contempla la vinculación de diversas disciplinas como parte de sus procesos operativos, es decir, no son acciones concertadas sino teórico metodológicas, lo cual representa una enorme dificultad en el plano práctico... (p. 69).

LA MULTIDISCIPLINA EN EL ÁREA DE LA SALUD

Específicamente en el ámbito de la salud la referencia de la multidisciplina ha sido frecuente. Se ha visto de acuerdo a lo mencionado en el apartado anterior que su utilización nos permite efectuar acciones coordinadas con el fin de solucionar un problema de salud, como en este caso la DM2 ya que de esta forma se puede abordar de una manera integral.

Se ha concebido a la multidisciplina como el trabajo que implica la participación de diversos profesionales en torno a un problema de salud, los cuales asumen de acuerdo a su área de competencia la responsabilidad por la explicación y el control de algunas de las facetas del problema a resolver.

Weiss (1998), propone un modelo de multidisciplina en el cual integrantes de dos o más disciplinas interactúen previamente entre sí, para que "mediante un intercambio de conocimientos y habilidades generen estrategias para la atención de un problema concreto de salud" (p. 20).

Así mediante la utilización de la multidisciplina este autor propone que cada disciplina enriquezca sus objetivos mediante la incorporación de elementos útiles de las otras disciplinas.

La multidisciplina es una opción y alternativa viable en la atención de los problemas de salud pues, como comenta Capra (1985), existen aspectos relevantes que contribuyen a la deshumanización en la atención a la salud como el hecho de crear especializaciones de estudio y de intervención que marginan al problema de su totalidad.

El no analizar a un problema de salud desde una perspectiva integral ha propiciado explicaciones acerca del desequilibrio del organismo en las que se olvidan factores propios de la problemática tales como: nivel socioeconómico, hábitos, valores y creencias entre otros sin considerar que el equilibrio del organismo depende de la interacción de múltiples factores (Mckeown, 1982; Laurel, 1982; Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988).

Por su parte Morales, Montes y Ruvalcaba (1998), al hablar de la situación nacional en el área de la salud señalan lo siguiente "...se reconoce que los problemas que afectan al país no pueden solucionarse adecuadamente desde campos aislados del conocimiento ni por uniprofesionales" (p. 40).

Resulta evidente que un problema de salud debe ser analizado y abordado desde una perspectiva holística lo que se consigue mediante la atención multidisciplinaria con profesionales preparados para trabajar en esta modalidad de intervención.

Sin embargo, para conseguir que se lleve a cabo la atención multidisciplinaria es necesario contar con un grupo de profesionistas de diversas disciplinas que puedan unir esfuerzos para abordar, explicar y solucionar un problema de salud como lo es la Diabetes Mellitus.

EL EQUIPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

Con lo anteriormente citado se puede concluir que para obtener mejores resultados en la explicación y solución de un problema se deben coordinar las acciones de los diferentes profesionales ya que esto traerá consigo una mayor capacidad de solución en problemas concretos. Esto sólo se consigue a través de la integración de un equipo multidisciplinario.

En lo que concierne a la multidisciplinaria esta se debe construir desde la comunicación e integración de los conocimientos de las diferentes disciplinas participantes, de tal suerte que se propicie en los integrantes de un equipo multidisciplinario la comprensión y explicación homogénea del problema en turno, lo que a su vez servirá de cimiento para la construcción de estrategias de intervención organizadas y concertadas para la solución del problema.

Un equipo de trabajo de diferentes profesionales se ha definido de diferentes maneras, Palmade (1979), nos dice que este: "se compone de personas que han recibido una formación en distintos campos del conocimiento (disciplinar), teniendo cada uno conceptos, métodos, datos y términos propios" (p. 22).

Por su parte García (1994), entiende el trabajo de los equipos multidisciplinares como "un esfuerzo de cooperación entre diversos especialistas que buscan integrar sus estudios, cada uno de los cuales cubre aspectos de una realidad compleja." (p. 122-123).

El objetivo primordial del equipo multidisciplinario es servir de espacio para la integración de esfuerzos de diferentes profesionales en torno a un mismo propósito, sirviendo como medio de integración de conocimientos de profesionales de diversas disciplinas.

Para que el equipo funcione adecuadamente García (1994), sostiene que es necesario que los miembros del equipo tengan la capacidad de "descentración necesaria" para:

- ✓ Comprender y apreciar los problemas planteados a su dominio desde otros dominios.
- ✓ Perseguir aquellos problemas de su dominio que se prolongan en los otros y formularlos adecuadamente a quienes se especializan en estos últimos.

Ya que la multidisciplina se forma resolviendo problemas prácticos una manera de llevarla a cabo es mediante un programa de atención hacia una enfermedad específica como la DM en el que participe un equipo multidisciplinario de profesionales del área de la salud.

Cabe señalar que un programa de este tipo cumple con las especificaciones de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. La cuál, hace referencia a la participación de un equipo multidisciplinario en el tratamiento y control de la enfermedad.

PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE DM2

Debido a esta necesidad de llevar a la multidisciplina a un plano práctico fue concebido el programa de servicio social "Diabetes: Un programa de atención

multidisciplinaria en la UMAI Tamaulipas" (DUPAM), cuya finalidad es propiciar la actividad docente para formar estudiantes en el ámbito multidisciplinario. El programa propone la construcción de un modelo de atención multidisciplinaria en el área de la salud.

La consecución del modelo se efectúa mediante el diseño e instrumentación de un programa de atención multidisciplinaria al problema de Diabetes en el cual se cuenta con la participación de docentes, alumnos y prestadores de servicio social de las carreras de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología.

El programa pretende que los prestadores de servicio social logren:

- ✓ La comprensión de la salud del ser humano desde una perspectiva multidimensional, es decir, que la preservación de la salud está en función de la articulación de los conocimientos disciplinarios y de la atención organizada de las numerosas disciplinas que se han aproximado al estudio y manejo de este proceso (McKeown, 1982; Laurel, 1982).

Por otra parte los beneficios que la comunidad ha obtenido con el programa son:

- ✓ Una mayor calidad a la atención de sus problemas, ya que las demandas de salud son atendidas integralmente, lo que propicia que un problema de salud no sea abordado de manera fraccionada.

El programa multidisciplinario de DM2 propicia la formación de estudiantes de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología en la atención multidisciplinaria a la salud, mediante su participación en la atención a personas que padecen esta enfermedad.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En cuanto a la atención psicológica en el DUPAM esta se realiza en dos modalidades Terapia Individual y Terapia familiar.

Para lograr el control y tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, el psicólogo cuenta actualmente con diferentes estrategias tales como la relajación muscular, la técnica de autocontrol y la Terapia racional emotiva (Miguel, 1998).

Sin embargo, toda intervención psicológica debe partir básicamente del autocontrol como piedra angular del tratamiento y consecución de los mismos, ya que de acuerdo a Rodríguez (1987), un entrenamiento en autocontrol favorece la adhesión al tratamiento médico, lo que permite desarrollar estrategias que le faciliten el cumplimiento del régimen alimenticio, el ejercicio y la toma de medicamentos prescritos por el médico.

Posteriormente al entrenamiento en autocontrol se les proporcionan a los pacientes las bases elementales para la identificación y manejo del estrés, así como la manera de trabajarlo adecuadamente a partir de una técnica de relajación.

La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad. Usando esta técnica se han conseguido buenos resultados en el tratamiento del insomnio, colón irritable, la hipertensión y la Diabetes Mellitus (Davis, Robbins y Mckay, 1985; Labrador, 1987).

El entrenamiento en relajación muscular por lo regular tiene una duración de dos semanas en sesiones de 15 minutos diarios.

La relajación muscular proporciona el modo de identificar los grupos de músculos que se encuentran tensos y distinguir entre esta sensación de tensión y la de relajación profunda. En las sesiones de relajación de acuerdo a Davis, Robbins y Mckay (1985), se trabajan cuatro grupos principales de músculos.

- ✓ Músculos de la mano antebrazo y bíceps.
- ✓ Músculos de la cabeza, cuello, hombros, frente, labios y lengua.
- ✓ Músculos del tórax y del estomago.
- ✓ Músculos de los muslos, nalgas, pantorrillas y pies.

Cada músculo se tensa de 5 a 7 segundos y posteriormente se relaja de 20 a 30 segundos.

Otro factor importante que es necesario trabajar consiste en identificar las ideas irracionales de la persona en relación con la diabetes, con su salud y con su vida en general, ya que estas pueden influir en las expectativas de la persona sobre su salud y sobre el control que puede tener de la enfermedad.

La terapia racional emotiva (TRE), fue desarrollada por Albert Ellis como una forma de sustituir las ideas o creencias absurdas y modificarlas por afirmaciones más de acuerdo con la realidad del mundo. La TRE ha mostrado ser eficaz en problemas como la diabetes (Davis, Robins y Mckay, 1985).

La TRE sostiene que las emociones no dependen totalmente de los acontecimientos reales, pues entre el hecho y la emoción que se desarrolla se encuentra la real o irreal apreciación mental del mismo. De esta forma los pensamientos dirigidos y controlados por la persona son los que crean el mal humor la ansiedad y la depresión.

De acuerdo a la TRE detrás de cada emoción hay un dialogo irracional consigo mismo. es esta propia conversación interna, la interpretación de la realidad la que produce todo el cúmulo de emociones negativas. Sin embargo este diálogo irracional puede cambiarse y con él cambiaran las emociones estresantes a que da lugar.

La terapia racional emotiva es útil cuando las personas se perturban gravemente a sí mismas, aceptan o inventan implícita o explícitamente creencias irracionales, fuertes, absolutistas u obligatorias. Es en ese momento cuando el terapeuta debe realizar su intervención que consiste en la discusión de las creencias irracionales de la persona y llevar a esta hacia una nueva filosofía que les permita comportarse de una manera más racional y llevar una vida más sana. Substituyendo sus creencias irracionales por un modo de ver la vida más racional.

El programa multidisciplinario advierte que la salud de una persona con diabetes no solo depende de él mismo, sino que la participación de los familiares es determinante. La intervención de familiares del paciente con diabetes proporciona aportaciones importantes para el análisis del caso particular como son: la cultura, costumbres y aprendizaje de la persona.

Los propósitos de atender a la familia de una persona con diabetes mediante la terapia son: crear las condiciones que favorecen el autocontrol del enfermo mediante el establecimiento de relaciones familiares que atiendan y respalden el programa de control a que esta expuesta la gente.

LA MULTIDISCIPLINA EN EL DUPAM

En el DUPAM se brindan dos tipos de atención disciplinaria y multidisciplinaria, la atención disciplinaria es la que se presenta la mayor parte del tiempo, en esta modalidad de intervención la persona con diabetes es atendida por cada una de las disciplinas y el aspecto multidisciplinario se presenta en las estrategias de intervención que se plantean en reuniones programadas en las cuales se analizan cada uno de los casos, dicha estrategia está encaminada a desarrollar el apoyo entre las disciplinas, y a ofrecer una atención integral a la población.

La DM es una de las enfermedades crónico degenerativas e incurables con mayor incidencia en la población, por tanto el tratamiento que se siga para su control debe ser permanente y requiere un esfuerzo constante. Con los avances actuales en torno a la enfermedad y su tratamiento, se sabe que puede controlarse adecuadamente y el enfermo puede mantener este estado por varios años.

El plan de intervención del programa de DM2 está diseñado para la población que tienen acceso a los servicios de la Clínica Tamaulipas. Debido a que esta es una institución

que brinda atención de primer nivel, el programa se centra únicamente en personas con DM2 sin complicaciones agudas y/o tardías así como en sus familiares.

El programa de atención multidisciplinaria pretende integrar diferentes disciplinas en el área de la salud para favorecer una intervención lo más completa posible que permita a la persona con diabetes llevar un control integral de su enfermedad.

El proceso para la atención multidisciplinaria en el DUPAM es el siguiente: La atención multidisciplinaria a la DM2 parte de una definición orientadora de la práctica multidisciplinaria y de una capacitación a integrantes del equipo multidisciplinario.

Para hacer asequible la multidisciplina, es necesario partir de una definición precisa que logre consensar en el equipo el concepto de multidisciplina y que proporcione indicadores objetivos sobre cómo ejercer esta práctica. La definición que orienta la práctica multidisciplinaria en el DUPAM es la siguiente:

Multidisciplina: Interacción concertada de diferentes profesionales a través de la utilización de sus cuerpos teóricos disciplinarios, para la explicación, comprensión y solución de un problema. Espacio de problematización disciplinario para superar, por medio de la investigación la ausencia o deficiencia de la capacidad explicativa y comprensiva (Cardoso, 1999, p. 35-36).

La multidisciplina se construye desde la comprensión y explicación integral del problema, para finalmente generar estrategias comunes de solución al mismo, en las cuales se requiere de la participación organizada y concertada de las diferentes disciplinas. Por tanto, la multidisciplina implica integración y resolución de problemas.

Además de contar con una definición de multidisciplina que oriente el trabajo del DUPAM es necesario habilitar a los integrantes del equipo multidisciplinario mediante una capacitación que les permita:

- ✓ Desarrollar habilidades en la comunicación necesarias para la construcción del marco referencial común.
- ✓ Constituirse como equipo de trabajo.

La capacitación comprende la aplicación, a los prestadores de Servicio Social, de ejercicios vivenciales, su participación en debates dirigidos y en seminarios sobre diabetes. Los seminarios se realizarán sobre la bibliografía propuesta por los prestadores de servicio social.

Por otra parte, para facilitar la comprensión y explicación del problema es importante la creación de un marco conceptual común que integre los conocimientos de cada una de las disciplinas participantes: Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología. Y que a la vez oriente la creación de estrategias comunes de solución al problema.

El marco referencial común es el eje que conduce la práctica multidisciplinaria, está formado por los conceptos que cada una de las disciplinas aporta a la explicación, comprensión y tratamiento de la Diabetes. Sus funciones son:

- ✓ Que se conciba la salud del ser humano desde una perspectiva multidimensional, articulando los conocimientos disciplinarios y la manera en que se han aproximado al estudio y abordaje de este problema.
- ✓ Facilitar la comprensión amplia e integral del problema de Diabetes.

Una vez realizado el marco referencial sobre la enfermedad se elabora el diseño del programa de intervención a la DM2. Este incluye la selección de estrategias y actividades de intervención de Medicina, Odontología Enfermería y Psicología que se utilizarán para atender a personas con diabetes.

Esta fase incluye el diseño de las formas de evaluación de los resultados de programa. La selección de estrategias y la evaluación se realizan sobre la base del marco conceptual común y son determinadas por consenso de los miembros del equipo.

La instrumentación del programa parte de la atención unidisciplinaria, por lo que se toma como base para construir la atención multidisciplinaria y se da de la siguiente manera:

Los profesores participantes brindan asesoría a los prestadores de servicio social, en la atención a personas con diabetes, mediante conferencias sobre la participación especializada de su disciplina en el tratamiento de la enfermedad con particular énfasis en los estudiantes de carreras distintas a la que pertenecen ellos.

La atención de las personas con diabetes se efectúa por el equipo de prestadores de servicio social, quienes los canalizarán a las disciplinas respectivas y realizan un seguimiento de su tratamiento.

En esta misma fase se realizan sesiones de discusión de caso que pueden modificar las estrategias de intervención empleadas. Estas sesiones son de tres tipos: 1) entre los prestadores de servicio social. 2) Entre los profesores participantes de las carreras de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología. 3) Entre los prestadores de servicio social y los profesores participantes.

Posteriormente se realiza una evaluación de la aplicación del programa con la finalidad de eficientar la instrumentación del programa en el siguiente periodo. La evaluación se efectúa en conjunto entre los profesores participantes y los prestadores de Servicio Social.

Algunos indicadores de la evaluación son: la elaboración de un marco conceptual común, la elaboración de un expediente único por paciente utilizado por todas las áreas participantes, estrategias diseñadas y la evaluación de la atención al problema de diabetes.

En esta fase de evaluación y retroalimentación puede aparecer información que haga necesario modificar la capacitación recibida por el equipo multidisciplinario, o bien, se

pueden detectar indicadores que hagan necesario efectuar investigaciones para superar una ausencia o deficiencia explicativa del problema de la DM2.

Esa fue la razón de este trabajo, ya que se hizo necesario efectuar una investigación respecto a la cultura de las personas que asisten al DUPAM, pues se considero que esta influía en su comportamiento respecto a la enfermedad. El modelo para la atención multidisciplinaria se presenta al final de este capítulo.

Siguiendo la línea de la práctica multidisciplinaria que persigue un tratamiento completo en las personas, se hizo evidente el análisis de más aspectos para complementar el tratamiento que se brinda en el programa de diabetes por ello se analiza la cultura de las personas con diabetes que asisten al programa.

En este punto se coincide con Cardoso (2000a), cuando señala que: "mientras la terapéutica convencional en el área de la salud no considere los valores, las costumbres, y hábitos... del diabético... la DM seguirá causando estragos en la población" (p. 115).

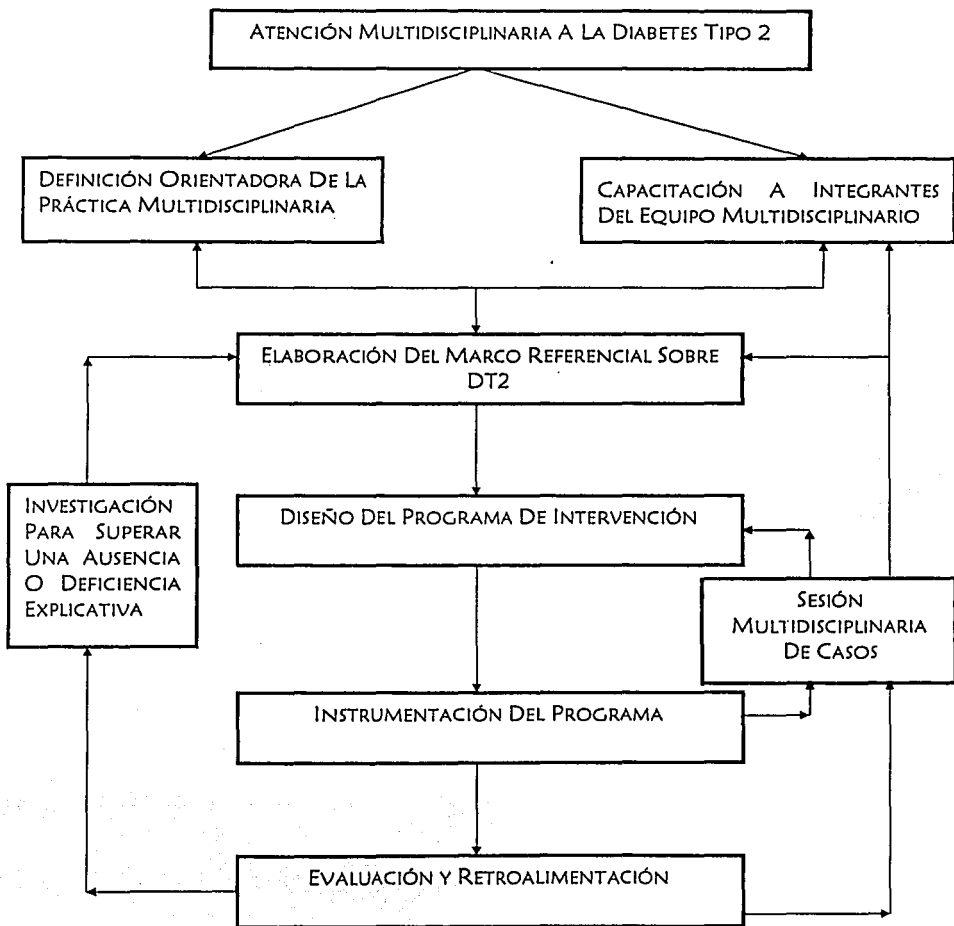
De esta forma para lograr una mayor comprensión de las personas con DM2 es necesario conocer además su entorno social y cultural ya que es necesario tomar en cuenta el papel que desempeñan en el tratamiento y control de la diabetes (Miguel 2000).

Respecto al punto anterior Arganis (1998), comenta un aspecto clave para que las personas con diabetes puedan cumplir el tratamiento:

...se requiere conocer el contexto sociocultural del enfermo con el fin de establecer programas educativos adecuados en los que deberá intervenir un equipo de trabajo interdisciplinario que permita identificar los problemas y buscar soluciones para un control de la enfermedad (p. 386).

DUPAM

MODELO PARA LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA A LA DIABETES TIPO 2



CAPÍTULO III

CULTURA

La enfermedad no solo se presenta en el cuerpo, sino también en el tiempo, en la historia y en el contexto de la experiencia vivida en un mundo social.

F. J. Mercado

DEFINICIÓN DE CULTURA

El concepto de cultura ha sido muy discutido en diversas áreas del saber humano. En la tradición filosófica, literaria e histórica, cultura se refiere primordialmente a ideales de ilustración y refinamiento especialmente en los campos artísticos y del intelecto.

En el siglo XIX específicamente en Alemania se estableció una relación entre la cultura como un ideal intelectual y la cultura como el "genio" característico de un pueblo o una época. Se profundizó también en ese tiempo en el estudio de los estilos artísticos, las leyes, los sistemas filosóficos y la literatura de la época por la manera en que reflejaban y moldeaban el "ethos", o carácter fundamental de un pueblo (Broom y Selznick, 1976).

A pesar de esta distinción, prevalecía en el siglo XIX la idea de concebir a lo cultural primordialmente como un logro intelectual, estético y moral. Gradualmente se efectúa una transición del concepto de cultura a ciertos aspectos de toda una sociedad en una etapa de su historia. Aunque todavía en la actualidad cultura es una palabra que tiene tanto un significado popular como uno sociológico.

Sin embargo en las ciencias sociales como la psicología no se toman en cuenta los aspectos estéticos e intelectuales en el uso del término cultura, así lo manifiestan Beals y Hoijer (Como se cita en Broom y Selznick, 1976):

La cultura no está restringida a ciertos campos especiales de conocimiento; incluye maneras de conducirse derivadas de la gama entera de la actividad humana. Los diseños para vivir, evidentes en la conducta de los esquimales, en los nativos de Australia o en los Navajos son parte de la cultura, tanto como de los cultos europeos y americanos. La cultura incluye no sólo las técnicas y los métodos del arte, la música y la literatura, sino también las que se usan para hacer alfarería, coser ropas o construir casas. Entre los productos de la cultura encontramos los libros de historietas y las canciones populares junto con el arte de Leonardo De Vinci y la música de un Johann Bach (p. 90).

En resumen la cultura se refiere a la herencia social de un pueblo, el término puede designar a toda la conducta humana que se aprende socialmente, no de manera biológica y que además es compartida por un grupo determinado de personas (Mack y Pease, 1980).

El concepto cultura comúnmente se confunde con el de sociedad, pero los dos términos tienen significados diferentes, pues mientras que una cultura es un sistema de normas y valores, una sociedad es un grupo humano relativamente independiente que se perpetúa, que ocupa un territorio, comparte una cultura y tiene la mayor parte de las asociaciones dentro de ese grupo (Horton y Hunt, 1986).

En rigor, una *sociedad* es una organización de personas cuyas asociaciones son de unos con otros, mientras que una *cultura* es el sistema organizado de normas y valores que las personas tienen. Y como comenta Chinoy (1986), aunque se puedan distinguir para fines de análisis, la sociedad humana no puede existir sin la cultura, y la cultura sólo existe dentro de la sociedad.

Por lo que toca a ambos conceptos los límites son muy confusos, la mayor parte de las sociedades tienen contacto con las sociedades vecinas. Muchas veces en la historia dos sociedades se han entrelazado tanto que se convierten en una, como sucedió con las que fueron absorbidas por la sociedad romana (Horton y Hunt, 1986).

Sin embargo, puede ocurrir también que sociedades adyacentes puedan tener culturas distintas como sucede con Estados Unidos y México, o que estas puedan ser muy similares como sucede con Estados Unidos y Canadá.

La cultura constituye otra perspectiva para analizar a la sociedad, si la consideramos como todo aquello que le da sentido a la manera en que la sociedad está estructurada, que le proporciona su esencia, su identidad y todo aquello que hace diferente a una sociedad de otras sociedades. A este respecto Puga, Peschard y Castro, (1992), sostienen que la organización social no puede ser entendida sino como parte de una cultura.

Se puede decir que la cultura es la parte del medio que los individuos crean. Una de las definiciones más conocidas del término fue la planteada por Edward Tylor (Como se cita en Harris, 1996a):

Cultura...es ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. La condición de la cultura en las diversas sociedades de la humanidad, en la medida en que puede ser investigada según principios generales constituye un tema apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción humanos (p. 22).

En esta definición Tylor comenta que al intentar explicar el comportamiento y el pensamiento del hombre, es necesario hacer referencia a la cultura como una influencia importante y determinante en sus actos y reacciones cotidianas.

Una definición que sigue el precedente sentado por Sir Edward Burnett Tylor, considerando la influencia de la cultura en el comportamiento del hombre, es la planteada por Harris (1996a), quien habla de la cultura 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 (es decir su conducta)" (p. 20).

Cultura hace referencia a lo que es socialmente aprendido y compartido por los miembros de una sociedad. El individuo recibe la cultura como parte de su herencia social,

pero a su vez puede introducir modificaciones en su cultura y transmitir las a las generaciones siguientes.

A manera de conclusión y parafraseando a Mack y Pease (1980), se diría que la cultura, abarca toda la manera de vivir de un pueblo, es el legado social que el individuo adquiere de su grupo consistente en las ideas, actitudes y valores comúnmente aceptados que las personas aprenden dentro de una determinada sociedad.

Para el ser individual la cultura es una enorme ayuda a lo largo de su existencia, pues los miembros de cada nueva generación no tienen que empezar "desde el principio", sino que se benefician de las generaciones anteriores, las cuales a su vez aprendieron de forma principal de sus progenitores la manera de ajustarse a su entorno físico y social. Después esta nueva generación traspasará a la siguiente lo que ha aprendido y lo que ella misma ha aportado al todo cultural.

El concepto de cultura se refiere al comportamiento que se comparte y se transmite por el aprendizaje, a esa parte del medio creada por el hombre. Aunque cabe señalar que cualquier conducta sólo pasará a formar parte de una cultura cuando sea compartida por la mayoría de los individuos, o por los miembros del grupo específicamente designados.

Hablando de la cultura en relación al hombre se coincide con Chinoy (1986), al señalar que este es el único ser que posee cultura y que es influido por ella, siendo una de las cuestiones que distinguen al ser humano del resto de los animales, por tanto la importancia de analizarlo sin olvidar la influencia cultural que siempre se encuentra presente en su comportamiento. Influencia que debe ser considerada por el psicólogo al momento de explicar el comportamiento de una persona con diabetes.

Por último se mencionará que la cultura tal y como aquí se ha abordado reúne las siguientes características:

- ✓ Es compartida, por los miembros de un grupo, o por lo menos por la mayoría de estos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✓ La cultura es aprendida, se transmite de generación en generación.
- ✓ Es creada en base a las características del entorno en que se desarrolla un grupo.
- ✓ Se va transformando a lo largo de la historia de una sociedad, e
- ✓ Influye de manera determinante en el comportamiento del hombre.

Es precisamente por este último punto que ha sido necesario analizarla en el trabajo, para brindar una explicación del comportamiento de las personas con diabetes.

TIPOS DE CULTURA

La cultura es un concepto cuyos elementos componentes deben ser identificados, analizados y relacionados el uno con el otro para lograr una adecuada comprensión del término. Se han efectuado distinciones fundamentales en el estudio de la cultura. Particularmente en las ciencias sociales se distingue entre cultura material y no material (Shepard, Southard y Taylor, 1998).

Por cultura no material se entienden todos los aspectos abstractos de la cultura que no se pueden ver o tocar directamente, pero que han sido producidos o asimilados por ella; por ejemplo, no podemos ver o tocar la creencia de que la tierra no es plana, o la creencia en un dios, o las reglas que especifiquen que en occidente se debe comer tres veces al día. Se puede ver que la gente actúa así pero las normas en sí son intangibles

La cultura no material es en gran medida "ideacional", tal y como lo señala Chinoy, (1986), pues se refiere a las normas creencias y actitudes de acuerdo a los cuales actúa la gente.

Por su parte la cultura material se refiere a los aspectos tangibles de la cultura, a los productos materiales de la misma; es decir, aquellas cosas que se pueden ver o tocar. Ejemplos de la cultura material las encontramos en las casas, iglesias, aviones o en los lápices (Shepard, Southard y Taylor, 1998).

La cultura material comprende las cosas materiales que los hombres crean y utilizan. Cuando se hace referencia a tales objetos usualmente se da por supuesto su uso o valor, sin embargo, se debe recordar que las máquinas y herramientas serán inútiles a menos que sus poseedores tengan el conocimiento y la habilidad para manejarlos.

De esta forma para describir completamente a los objetos de la cultura material es necesario conocer sus usos, las actitudes hacia ellos y los valores que se les asignan, así como el conjunto de conocimientos y habilidades que implican (Chinoy, 1986).

Para este autor, la cultura material carece de sentido, a menos que sea vista dentro del contexto de la cultura no material. Por ejemplo si los miembros de una sociedad aislada encontraran una computadora, considerarían a esta como algo carente de utilidad o en el mejor de los casos se utilizaría como base para colocar otros productos. De esta forma la cultura no material sólo adquiere sentido después de haber sido definida dentro del contexto de la cultura no material.

Es importante realizar esta distinción, ya que a partir de este momento al hacer mención de la cultura sólo se hará referencia a la cultura no material, y más específicamente a los aspectos de la misma que han sido seleccionados para realizar la presente investigación.

LA CULTURA EN MÉXICO

En nuestro país los primeros intentos de caracterizar al mexicano en un modo particular de comportarse se encuentran en la época del dominio español. Durante ese periodo en los informes de encomenderos y virreyes, se describe el "modo de ver" de los indios, mestizos y criollos, comparado con lo específicamente español (Béjar, 1994).

A principios del periodo colonial los frailes eran las únicas personas encargadas de conocer y registrar lenguas, historias, costumbres, conocimientos y tradiciones de los

"indios". José Joaquín Blanco escritor mexicano de ese periodo narra como esas crónicas empezaron a considerarse "como algo subversivo y herético en tanto rescataban la cultura de los vencidos, por lo que hubo prohibiciones expresas de no escribir acerca de las 'supersticiones' de estos indios" (Puga, Peschard y Castro, 1992, p. 94).

Durante la colonia y posteriormente los años que siguieron a la independencia se caracterizaron por las diferencias de todo tipo: económicas políticas y también culturales que existían entre los diversos grupos que conformaban al país. Por lo que en ese momento se podría hablar de una cultura indígena, una española y una naciente cultura mestiza.

El interés por la cultura de la Nueva España resurgió, sin embargo, a finales del siglo XVIII en gran medida como respuesta a las corrientes de la Ilustración que denigraban la naturaleza del Nuevo Mundo y de sus habitantes (Puga, Peschard y Castro, 1992).

Un siglo después se presenta en el estudio de la cultura mexicana, que estaba en manos de criollos y blancos, una tendencia a considerar lo indígena y lo mestizo como biológica y culturalmente degradantes, por lo que se tiende a excluir a estos grupos del quehacer nacional.

En el siglo XIX y en el XX una serie de autores, mediante ensayos, estudios e investigaciones, trataron de desentrañar y definir, el carácter, modo de ser, peculiaridades, rasgos distintivos y comportamiento del mexicano tomando en cuenta diversos aspectos entre ellos la cultura (Béjar, 1994).

Lo anterior ha resultado difícil, ya que nuestro país al ser una nación cuya cultura se integra de aportaciones de todos los grupos que la conforman presenta una amplia variedad de elementos y grupos culturales.

De esta forma aunque en el país existen grupos con orígenes culturales heterogéneos, como los que existen en las grandes ciudades, estos adquieren una particularidad cultural común y distintiva al compartir las mismas condiciones

medioambientales, sociales, y económicas del grupo al que pertenecen. A este respecto Puga, Peschard y Castro (1992), señalan lo siguiente:

Suele suceder que grupos que tienen un origen cultural muy heterogéneo adquieren una particularidad cultural común y distintiva, al formar parte de una clase social; esto es, al compartir una misma condición social y económica y similares condiciones materiales de existencia (p. 57).

De acuerdo a estos autores se entiende a la cultura como un proceso dinámico e histórico que se transforma, incorporando nuevas necesidades y perspectivas como las de los grupos étnicos o las clases en sus diversas expresiones culturales.

En una cultura determinada, pueden existir una infinidad de grupos o subgrupos que conviven y dan vida a una determinada sociedad como la de la Ciudad de México, en la que los grupos que la conforman poseen características y condiciones de vida específicas. Al respecto Harris (1996a), comenta que:

Debido al hecho de que muchas grandes sociedades están constituidas por clases grupos étnicos, regiones y otros subgrupos significativos, frecuentemente conviene referirse a las subculturas y estudiarlas. Así, por ejemplo, podemos referirnos a la subcultura de los negros norteamericanos, la subcultura de los suburbios o la subcultura de los campesinos en Brasil (p. 22).

Tomando en cuenta la transformación de la cultura se puede hablar de que en nuestro país coexisten una cultura o subcultura obrera, una campesina o una cultura popular como las que van generando e integrando los sectores populares en torno a las grandes ciudades, como es el caso del municipio de Nezahualcóyotl del que nos ocuparemos en el siguiente apartado por ser el lugar donde se efectuó esta investigación.

El caso de Ciudad Nezahualcóyotl resulta interesante, ya que a pesar de que en sus inicios su población presentaba orígenes culturales diversos, estos se han ido integrando poco a poco y en este momento se puede hablar de una forma de vida específica de los habitantes de este municipio.

CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL

Historia

Nezahualcóyotl (1402-1472) fue el organizador de la alianza de los señoríos de Texcoco, Tlacopan y Tenochtitlán, el séptimo y más importante de los reyes de Texcoco; fue el arquitecto que planeó el Bosque de Chapultepec y los canales para introducir el agua potable a la gran ciudad Azteca, promovió además las ciencias, las artes y los oficios.

Era hijo de Ixtlixóchitl y Matlalcihuátzin y cultivó especialmente la poesía, la astronomía y el urbanismo, aún cuando la mayor parte de su obra fue destruida por los conquistadores españoles.

Nezahualcóyotl es un vocablo compuesto por las voces nezahual, ayuno, ayunar; y cóyotl, coyote, que significa "Coyote que ayuna". En honor a él, se dio el nombre al municipio 120 del Estado de México. Este municipio se erigió el 23 de Abril de 1963, luego de una intensa lucha de los primeros pobladores que se asentaron en las entonces conocidas colonias del exvaso de Texcoco, donde se encontraba el lago del mismo nombre.

Nezahualcóyotl geográficamente se ubica en la porción oriental de la cuenca de México y limita al norte con el Municipio de Ecatepec; al noroeste con la Delegación Gustavo A. Madero; al oriente con los Municipios de Texcoco, Chimalhuacán y La Paz; al poniente con la Delegación Venustiano Carranza, y al sur con las Delegaciones Iztapalapa e Iztacalco. Su cabecera municipal se encuentra a los 19 grados latitud norte y 99 grados de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Ciudad Nezahualcóyotl es el resultado del crecimiento registrado en el Distrito Federal, así como de fenómenos migratorios de familias de diversas partes de la República.

En 1948 se le concede a Raúl Romero crear el fraccionamiento Romero. Los Romero habían fomentado el paracaidismo en esta zona con la finalidad de hacer presión y

conseguir autorización para fraccionar. Las primeras colonias autorizadas fueron México, El Sol y Estado de México; estos terrenos se vendieron a precios muy bajos que fluctuaban de 3 a 4 pesos el metro cuadrado.

Fue hasta 1963, después de un sinnúmero de conflictos entre colonos, fraccionadores y comuneros de Chimalhuacán, en que los entonces 60,000 pobladores de las colonias del exvaso de Texcoco forman la "Unión de Fuerzas" para solicitar la creación del municipio 120 del Estado de México, el cual mediante decreto número 93 de la XLI Legislatura local, se erige el 23 de Abril de ese año.

Geografía

Las tierras que actualmente pertenecen a Ciudad Nezahualcóyotl correspondían originalmente a los municipios de Ecatepec, Texcoco y Chimalhuacán. El municipio se encuentra a 9 Km. hacia el lado oriente del D.F. dentro del llamado valle de México en terrenos del exvaso de Texcoco, ubicado en la región oriente del Estado de México.

Su altitud media es de 2,400 metros sobre el nivel del mar, su clima templado, semiseco, con lluvias en verano, con una precipitación pluvial de 582 milímetros en promedio anual.

Nezahualcóyotl ocupa una extensión de 77 Km. cuadrados, dividida en 247 mil lotes comprendidos en 4,628 manzanas y un total de 86 colonias. Estas se encuentran divididas en dos partes, 69 para la zona centro del municipio, y la zona norte con 17 colonias, mismas que se encuentran cubiertas casi en su totalidad de servicios públicos como agua potable, recolección de basura, alumbrado público y mercados.

Actualmente, Nezahualcóyotl tiene 86 colonias en un territorio de 63.44 kilómetros cuadrados, esta Ciudad se integró con la contribución territorial de los municipios de Ecatepec, Chimalhuacán, Texcoco, La Paz y San Mateo Atenco. Cuenta con una unidad

administrativa denominada Zona Norte.(UAZN), en los límites con la Delegación Gustavo A. Madero y el Municipio de Ecatepec.

Servicios

No obstante los problemas económicos que enfrenta, Nezahualcóyotl es una ciudad moderna, con todos los servicios; cuenta con 720 escuelas públicas de todos niveles, entre las que destacan la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Aragón de la UNAM, que se ubica en la zona norte del municipio y la Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl (UTN) que se localiza en la zona oriente, además tiene innumerables academias y escuelas privadas, un centro de información y documentación de Nezahualcóyotl (CIDNE).

En el renglón servicios, el municipio cuenta con 45 instituciones bancarias, casas de cambio, 74 mercados, dos modernos centros comerciales, uno ubicado en la zona norte del municipio y otro en la zona oriente en colindancia con el municipio de Chimalhuacán conocido como "Plaza Neza". También existe un parque industrial, donde se han establecido 50 empresas, en Izcalli Nezahualcóyotl, contando además con alrededor de 45 mil giros comerciales.

Nezahualcóyotl cuenta con oficinas de servicio postal y telegráfico, un auditorio municipal, una banda sinfónica, panteón municipal y un centro antirrábico. Tiene también lugares de diversión y esparcimiento como el Parque del Pueblo, la Ciudad Deportiva de Nezahualcóyotl, el estadio Neza 86 y cuatro nuevas casas de cultura municipales y una estatal, diversas salas cinematográficas y arenas de lucha libre.

En el municipio existen: 1 Hospital de 2do. Nivel Regional, 17 clínicas S.S., 1 Hospital S.S., 2 Unidades de Cruz Roja, 3 Clínicas IMSS, 1 Clínica ISSSTE, 1 Clínica ISSEMYN. Existe en la actualidad una gran proliferación de consultorios, clínicas y farmacias particulares.

Población y empleo

Conforme al último Censo de Población y Vivienda, realizado en el año 2000 por el Instituto de Estadística y Geografía e Informática (INEGI), la población de Nezahualcóyotl es de un millón 256 mil habitantes, 60% son mujeres y 40% hombres, de los cuales 64% se ubica entre los 15 y 60 años de edad y un 31 % es menor de 15 años.

La densidad de población real es de 36 mil 800 habitantes por kilómetro cuadrado, mayor a muchos municipios del estado y de la república, ya que el total de población es mayor a varios países centroamericanos o del caribe en su conjunto, o de algunos estados en particular.

La población económicamente activa (PEA), según un estudio del INEGI realizado en 1990, es de 412 mil 307 habitantes, siendo los ramos de comercios y servicios la principal ocupación. La información anterior fue obtenida de la página electrónica del Gobierno de Ciudad Nezahualcóyotl, (Ciudad Nezahualcóyotl, 2001), sin embargo, es conveniente hacer unas observaciones:

En la información que proporciona el municipio se afirma que cuenta con 720 escuelas públicas de todos niveles, no obstante, es conveniente ampliar las referencias con respecto a estos datos.

Ciudad Nezahualcóyotl cuenta con las siguientes modalidades escolares, además de las mencionadas por el municipio: Educación Preescolar; Educación Primaria; Educación Secundaria General; Educación Secundaria Técnica e Industrial; Educación Secundaria por Televisión; Educación Especial; Educación para Adultos; Educación Normal de Maestros; Educación Superior Técnica, Industrial y Científica; Bachillerato General; Bachillerato en Pedagogía y Bachillerato Técnico Industrial.

En cuanto a la infraestructura de salud, además de la información proporcionada por el municipio, en Nezahualcóyotl existen Centros de Salud Tipo "A"; Centro Social

Comunitario; Clínica Materno Infantil; Clínica Hospital ISSEMYM; Clínicas del ISSSTE; Clínicas del Seguro Social; Cruz Roja; Hospitales de Segundo Nivel; Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM; Clínica Odontológica de la UNAM; Centros de Investigación Médica de la UNAM y Sistema de Desarrollo Integral de la Familia.

Por otro lado y con la finalidad de complementar la información que proporciona el municipio, de acuerdo a el XII censo del INEGI realizado en el año 2000, la cantidad de viviendas particulares es de 282,206, el total de ocupantes es de 1' 223, 803, por lo que el promedio de ocupantes por vivienda es de 4.34.

Ahora bien, según la clasificación de entidades federativas realizada por el INEGI en este mismo censo, el Estado de México se encuentra en el estrato 6 y Ciudad Nezahualcóyotl se ubica en el estrato 7 de Bienestar, tanto en la clasificación de municipios a nivel nacional, como en la clasificación de municipios en el Estado de México (INEGI, 2001), en donde, el estrato 1 es el más bajo y el estrato 7 es el más alto.

LA COLONIA TAMAULIPAS

La colonia Tamaulipas se encuentra localizada en ciudad Nezahualcóyotl en la región comprendida entre la Av. Xochiaca al Norte, Av. Chimalhuacán al Sur, Av. Adolfo López Mateos al Oriente y Av. Nezahualcóyotl al Poniente.

Cuenta con los servicios de mercado, Normal, Preparatoria de la Normal, un jardín de niños federal, 2 escuelas secundarias de 2 turnos cada una y 3 escuelas primarias de 2 turnos cada una, una lechería LICONSA, así como con la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la FES Zaragoza, UNAM, donde se brinda entre otros servicios, atención a personas con DM2.

Entre los servicios públicos cercanos a la colonia Tamaulipas se encuentra el Hospital Gral. Dr. Gustavo Baz Prada del ISEM, el Palacio Municipal, la oficialía 01 del

registro civil, una oficina de telégrafos, el Centro Cultural Jaime Torres Bodet, la Ciudad Deportiva Nezahualcóyotl, una estación regional de bomberos y una estación de policía.

La colonia cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua potable, drenaje, pavimentación, recolección de basura, alumbrado público, teléfono, etcétera.

No se cuentan con datos específicos de la población por colonias por lo que se omite dicha información y sólo se dan a conocer datos generales del municipio de Nezahualcóyotl.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS CULTURALES

Solo saliendo con imaginación de su propio cuerpo de creencias y costumbres, puede uno tomar conciencia de su naturaleza real
P. B. Horton y Ch. L. Hunt

LA CULTURA EN EL ANÁLISIS DE LA DIABETES

La vida y las acciones del hombre no ocurren en el vacío sino que se desarrollan dentro de un contexto específico que presenta un conjunto de normas y reglas que la gente sigue y que transmite a las nuevas generaciones. Es precisamente la asimilación de estos aspectos culturales lo que permite al ser humano adaptarse a su entorno social.

Estudiar la influencia de la cultura en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana representa una oportunidad para ubicarnos a nosotros mismos, además de seres individuales como miembros de una colectividad.

Sin embargo antes de analizar la influencia de los diversos aspectos de la cultura en la vida del hombre resulta necesario aclarar un par de cuestiones:

1. Que los aspectos culturales como valores, costumbres, etc., no permanecen inmutables a lo largo del tiempo, sino que se van modificando como resultado de la interacción y evolución social del hombre, considerando a éste como a un sujeto activo.
2. Que la influencia cultural, si bien es de suma importancia, por sí sola no determina totalmente el comportamiento humano.

La cultura empero, desempeña un papel preponderante en la vida del hombre pues en ella los individuos asimilan valores, creencias y reglas de comportamiento que más tarde influirán en las relaciones con su grupo social de referencia, en los modos de percibir su entorno y en el caso específico de las personas con DM2 en la manera de percibir su enfermedad.

Las nuevas generaciones adquieren a través de la cultura las herramientas para adaptarse a su entorno mediante la transmisión de conocimientos y de normas que se realiza de una generación a otra, logrando con esto el avance de la sociedad. Crea también una forma de ver al entorno, una manera de comportarse y de responder ante él.

La cultura crea un mundo que se acepta como un hecho; forma las premisas inconscientes de pensamiento y la acción. La cultura tiende a ser penetrante tocando todos los aspectos de la vida. De acuerdo a Mack y Pease (1980) la penetración de la cultura se manifiesta de dos formas:

1. La cultura provee un contexto dentro del cual tienen lugar la acción y reacción individuales. Aún las acciones racionales están sujetas a la influencia cultural, como cuando una persona establece sus metas y analiza los medios disponibles a la mano para conseguirlos. Las reacciones emocionales están gobernadas por normas culturales tales como sentimientos apropiados de dolor, orgullo herido o de amor. Las reacciones determinadas culturalmente son incorporadas a la fisiología del organismo, condicionando al individuo para que sienta náuseas por algo que ve, huele o guste.
2. La cultura penetra además en todas las actividades e instituciones sociales. Tales como la familia, la religión o los modos de convivencia humanos.

Si se considera lo anterior, el estudio del contexto cultural es una herramienta de gran utilidad cuando se trabaja con personas de una población en particular que presentan creencias, costumbres y valores específicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resulta evidente que el análisis de la cultura aporta elementos de suma importancia para entender la manera en que se comporta un individuo en un grupo determinado y la forma en que actúa en situaciones específicas. Es el caso de una enfermedad como la diabetes mellitus.

Esta forma de análisis resulta interesante al estudiar a una población específica, sobre todo en un país como México que se caracteriza por la gran diversidad cultural de su población y en el que el aspecto cultural generalmente no es considerado como importante entre otros por los profesionales del área de la salud (Miguel, 2000).

El no considerar la influencia cultural en el individuo provoca que en ocasiones durante el ejercicio profesional se encuentre en la gente cierta resistencia a seguir determinados tratamientos, ya que estos chocan con sus creencias, valores o costumbres.

La necesidad del profesional del área de la salud, de estudiar el contexto cultural, se hace ineludible si se quiere tener éxito en los tratamientos de salud. Al respecto, Capello (como se cita en Béjar, 1994), señala lo siguiente:

Continuamente se reporta que las campañas generales y particulares sobre prevención de enfermedades, medidas de higiene sanitaria física y mental, o planeación familiar fallan, entre otras muchas causas por la imposibilidad de saber cómo enfrentarse a las características psicológicas y formas de comportamiento de la población. Este desconocimiento impide conformar planes y estrategias para los trabajadores de la salud pública que chocan con maneras peculiares de reacción de los diferentes sectores que conforman la población mexicana (p. 22).

El omitir el aspecto cultural, ha propiciado que al no contextualizarse los tratamientos ofrecidos a las personas que padecen DM, en lugar de ayudarle al control de su enfermedad, se le genere al paciente un problema más grave porque cuando el médico le prescribe un tratamiento para controlar su diabetes generalmente no considera sus valores ni costumbres alimenticias (Cardoso, 2000b).

Lo anterior sucede porque existen pocos estudios que indiquen cuales son los aspectos culturales que se encuentran asociados a la DM y que establezcan de forma clara la forma en que limiten o favorezcan el control de la enfermedad.

Así pues, resultaría importante que en las investigaciones que se realicen en el área de la salud se tome en cuenta el aspecto cultural de las personas con DM pues de acuerdo a Mercado (1996), la atención médica actual ha dejado de lado "las dimensiones sociales psicológicas o culturales de los enfermos sin considerarlos parte de la causalidad, de su conceptualización, ni de las acciones ligadas a la atención de la misma" (p. 32).

De esta manera resulta necesario analizar que otros aspectos, además de los biológicos, están relacionados a una enfermedad como la DM, pues este autor comenta que los pocos estudios que intentan abordar el tema lo hacen de manera incompleta, ya que "a pesar de que el análisis se centra en los pacientes y en su grupo inmediato familiar la mayor parte de las veces se ignora o se minimiza el contexto económico, social y cultural en el cual se encuentran inmersos" (p. 33).

Los aspectos que deberían investigarse en personas con diabetes, entre otros, son:

- ✓ Sus creencias sobre la enfermedad en torno a su causalidad, gravedad, prevención en ellos y en sus familiares y atención del padecimiento.
- ✓ Sus costumbres, primordialmente las alimenticias y sobre tratamientos alternativos acostumbrados para la atención de la enfermedad.
- ✓ La familia, analizando como influye el grupo familiar en el tratamiento para el control de la DM y el tipo de apoyo prestado.
- ✓ Los valores, esencialmente la salud, analizando la importancia que le atribuyen las personas en su vida cotidiana, y
- ✓ La religión, utilizada principalmente como marco de explicación de la enfermedad y como apoyo en su tratamiento.

Por tanto, se deben considerar entre otras cuestiones algunos aspectos culturales de las personas con diabetes tales como: costumbres, valores, familia, creencias y religión, para investigar si se encuentran asociados a la DM2, y para que los profesionistas del área de la salud tengan elementos de referencia para adaptar sus tratamientos a las características de este grupo en particular.

ASPECTOS CONSIDERADOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cultura es un concepto que integra diversas clases de conocimiento que la gente crea como: arte, música, organización política y familiar. Además hace referencia a creencias y valores, doctrinas religiosas y maneras de comportarse en general. La cultura no procede únicamente de los instintos, ni de la biología, sino de los conocimientos creados por el hombre en la vida social (Baldrige, 1979).

Por lo compleja que es cualquier cultura, y sólo para fines descriptivos y de análisis suele ser útil examinarla parte por parte, considerando cada una o cada combinación de ellas a la vez. Así algunos investigadores sociales analizan la cultura descomponiéndola en pequeños elementos o unidades. Estos representan combinaciones individuales de actos e ideas relacionados con una situación o necesidad de investigación en particular (Mack y Pease, 1980)

Cabe aclarar sin embargo, que cualquier logro o aspecto cultural sólo puede ser comprendido con claridad cuando se analiza la totalidad de la cultura de un grupo social en particular.

La agricultura por medio del arado por ejemplo, es un logro cultural compuesto de muchos aspectos culturales que van desde la forma de fabricar el arado, la manera de conducir las máquinas que tiran de él, el uso de la planta que se cosecha, la siembra de semillas y así sucesivamente a través de una extensa escala de actividades. El crear en un

sólo dios y adorarlo (el monoteísmo), es otro aspecto cultural compuesto por una amplia variedad de creencias, emociones y hábitos específicos (Mack y Pease, 1980).

Resulta importante mencionar que existen elementos comunes a las culturas en todo el mundo, estos se dan en parte por el hecho de que todos los seres son básicamente iguales desde el punto de vista biológico, de tal forma que su necesidad de sobrevivir conduce a ciertas manifestaciones comunes en su conducta, por ejemplo, todas las personas tienen que ingerir determinada cantidad de alimentos y un grupo de personas debe reproducirse para perdurar como sociedad.

No obstante lo anterior las normas de adquirir y consumir alimentos varían de un lugar a otro, y las reglas respecto de quien puede tener hijos, con que frecuencia y en que circunstancias, puede variar entre culturas.

Lo cultural, como se ha concebido aquí, abarca diversos aspectos tales como costumbres, normas, valores, creencias y otros que la gente aprende y comparte dentro de su grupo. Estos aspectos han sido definidos de diferentes maneras, como se detalla a continuación, en donde sólo se mencionarán aquellos aspectos que fueron considerados en la presente investigación.

CREENCIAS

Ya se ha mencionado que existe una distinción fundamental entre cultura material y cultura no material y también que los investigadores de las ciencias sociales han centrado su atención en la cultura no material, particularmente examinando las creencias y las normas de un grupo social, que son dos factores muy importantes de la cultura no material.

Las creencias son un aspecto de la cultura de gran interés debido a que constituyen parte importante en la ideología de un grupo social, influyendo decisivamente en el comportamiento del individuo y en la visión que este tenga del mundo, de su entorno particular, y de sí mismo.

Las creencias son un aspecto importante en el análisis de la DM2 pues proporcionan un referente que permite conocer la visión de la persona con diabetes respecto a la enfermedad.

El diccionario Aristos (1986), menciona que las creencias tienen que ver con la fe y el crédito que la gente le da a una cosa, es el tener por cierto algo que el entendimiento no alcanza a comprender o que no esta comprobada. Más específicamente la creencia se refiere a "el pensar, juzgar, sospechar una cosa o estar persuadido por ella. Tener una cosa por verosímil o probable" (p. 168).

Por su parte el Gran diccionario enciclopédico visual (1992) define a las creencias como "un firme asentimiento y conformidad con alguna cosa" (p. 336).

Hablando de las creencias Shepard, Southard y Taylor (1998), definen a este aspecto cultural de la manera siguiente:

Las creencias son ideas sobre la naturaleza de la realidad que quienes las mantienen las consideran verdaderas... no es preciso que las creencias sean verdaderas para que influyan en el modo de pensar, sentir y comportarse, sino que deben considerarse verdaderas para que puedan ser parte de una cultura (p. 43-44).

De esta forma las creencias son ideas sobre lo verdadero y lo falso, y se consideran importantes para comprender las maneras de entender la realidad que tiene un grupo social en particular, puesto que dan sentido a las experiencias, les ofrecen estabilidad y comprensión y forman una estructura que le da coherencia a nuestras vivencias.

COSTUMBRES

Un segundo aspecto importante de la cultura no material es el que se refiere a lo que se considera apropiado o inapropiado de un grupo social.

Cada sociedad opera bajo un conjunto de reglas y cada grupo tiene cierto reglamento que sus miembros aprenden. Basándose en este aprendizaje, por lo general, los

individuos pueden predecir el comportamiento de las demás personas pues casi todas éstas aprenden tan bien las reglas básicas de conducirse que normalmente no se dan cuenta de ellas.

Se llaman normas sociales a la serie de comportamientos que el grupo espera de sus miembros, son un conjunto de conductas previstas que se encuentra asociado a una determinada situación. Sin embargo no todos los miembros de cualquier sociedad cumplen las normas y tampoco existe alguna norma que se cumpla siempre (Mack y Pease, 1980).

Las normas son guías específicas para la conducta y aunque algunas de ellas se aplican a situaciones estrechamente específicas que pueden ocurrir solo rara vez, otras se aplican a las actividades más comunes de la vida diaria.

Las normas culturalmente sobresalientes, tales como la prohibición del homicidio y del incesto han sido llamadas costumbres (*mores*). Sumner (como se cita en Broom y Selznick, 1976), realizó una distinción entre *mores* y los usos o costumbres típicos (*folkways*) que son normas menos sobresalientes.

Esta distinción fue empleada primeramente por Sumner. Las primeras se refieren a las normas culturalmente sobresalientes tales como las prohibiciones del homicidio, el robo y el incesto. La observancia de las *mores* es exigida de distintas formas y el no acatarlas generalmente acarrea una sanción sobre la persona (Chinoy, 1986).

Por su parte, los usos o costumbres típicas se refieren a normas menos sobresalientes, sólo son prácticas convencionales que la gente acepta como apropiadas pero que no son obligatorias. Las personas que no las siguen sólo pueden ser consideradas como excéntricas o individualistas. En general el arraigo de las personas hacia las costumbres típicas es relativamente bajo y el seguimiento de las mismas depende mayormente de la persona.

En resumen se define a estas costumbres típicas, que son las que se consideraron en este trabajo, como: "Las reglas que se refieren a los modos acostumbrados de pensar sentir y comportarse, pero que carecen de matiz moral" (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 44).

Por ejemplo, en occidente se acostumbra comer tres veces al día y asistir a reuniones formales de corbata, sin embargo una persona rehusarse a usarla sin que se haga acreedor a una sanción. Estas reglas no se consideran vitales para el bienestar de la sociedad, por tanto la desaprobación hacia aquellas que las violan no es tan grande como en el caso de las mores o costumbres.

A pesar de que no existe una distinción tajante entre las costumbres típicas y *mores*, queda al descubierto un aspecto importante en las costumbres, y es que, generalmente la mayoría de las personas de un grupo mantienen la conformidad con ellas.

VALORES

Un complemento de las normas son los valores culturales ya que también sirven de guía para el comportamiento de las personas.

Además de las creencias los hombres también aprenden y comparten los valores de acuerdo con los cuales definen sus objetivos, acciones y se juzgan a ellos mismos y a los demás.

Los valores como pueden ser el éxito, el honor, salud o eficiencia, no son reglas específicas para la conducta, más bien son preceptos generales a los cuales los hombres rinden obediencia y sobre los cuales están dispuestos a tener fuertes sentimientos (Chinoy, 1986).

Tales preceptos generalmente influyen en la apreciación de determinadas cosas, situaciones y acontecimientos, condicionan también su aprobación, los juicios sobre lo bueno y lo malo, lo que es apropiado o no y lo deseable o indeseable.

Los valores son principios éticos respecto a los cuales las personas sienten un fuerte compromiso emocional y que emplean para juzgar sus conductas. Mack y Pease (1980), comentan que los valores:

Son supuestos tanto conscientes como inconscientes de lo que es bueno correcto e importante. Los valores también tienen una estrecha relación con las normas de lo deseable, basta decir que el ethos es decir, las características fundamentales de cualquier cultura son el reflejo de sus valores básicos (p. 93).

Naturalmente las diferencias de los valores de una cultura tienen como consecuencia que surjan divergencias en las estructuras sociales y en los tipos de expectativas en la interacción social.

En occidente, por ejemplo, se valora el éxito material ya sea de un individuo o de una nación, el progreso de los medios de comunicación y de transporte, la posesión de lo novedoso "lo mayor y lo mejor" en todos los aspectos de la vida.

En contraste, los valores en los pueblos orientales (antes que la influencia de occidente llegara a ellos), eran muy diferentes. En la India, por ejemplo, para la mayoría de la población el deseo fundamental era el abandono del deseo personal y la eliminación de las ambiciones de llegar a poseer bienes materiales.

Resulta obvio que esta diferencia de los valores principales entre culturas provoque que surjan distintas expectativas de vida y diferencias en la interacción social (Mack y Pease, 1980).

Por ejemplo, el que un grupo considere como importante su salud provocará que este aspecto sea tratado de manera especial por un miembro del grupo.

FAMILIA

La organización social se forma de las relaciones interpersonales y de grupo, la familia es una unidad social, pero la forma de la familia y gran parte de su conducta familiar son prescritas por la cultura. Puede ser que una cultura evalúe una clase de familia en la que el padre es dominante; otra quizás lo relegue a un papel inferior. La cultura es el diseño y el precepto, es la suma total de los valores, ideas o creencias que sirven de guía para su comportamiento (Broom y Selznick, 1976).

Por otra parte, una gran porción de la organización social no es prescrita culturalmente, sino que surge de la interacción personal y de grupo que no está gobernada totalmente por reglas definidas. Un ejemplo claro de esta interrelación entre cultura y organización social es la familia ya que es el principal grupo de influencia de un individuo y a que su constitución está regulada por normas culturales.

Conforme se va haciendo más compleja una cultura sus estructuras, institucionales como lo es la familia, se hacen cada vez más elaboradas. Definir la familia no es fácil, puesto que el término se utiliza de diferentes maneras. Se ha aceptado la siguiente definición proporcionada por Horton y Hunt (1986, p. 244) ya que incluye a la familia extensa:

1. Un grupo con ancestros comunes.
2. Un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio.
3. Una pareja casada con hijos o sin ellos.
4. Una pareja no casada con hijos.
5. Una persona con hijos.

No hay conocimientos totalmente aceptados acerca del origen de la familia. Según ciertos teóricos el grupo humano originario consistía en el "matrimonio colectivo" (varios hombres y mujeres vivían juntos de manera indiscriminada), y a cuya prole se consideraba hijos de todo el grupo (Mack y Pease, 1980).

De las múltiples tentativas de explicar la importancia y universalidad de la familia, pocas han sido tan persuasivas como la tesis de que ella es funcionalmente necesaria, al respecto Bell y Vogel (como se cita en Mack y Pease, 1980), opinan que en ella:

...vemos aunadas ...funciones fundamentales de la vida social humana: la sexual, la económica, la reproductiva, y la docente. Si no se proveyera la primera y la tercera la sociedad se extinguiría; si no se proveyera la segunda la propia vida se extinguiría y si no se proveyera a cuarta, la cultura llegaría a su fin (p. 382).

La familia es el primer grupo en que se introduce a un niño, en ella adquiere los hábitos fundamentales, la forma de hablar, la obediencia y así sucesivamente.

La familia es un grupo primario para el individuo, no sólo en cuanto a su forma, sino también cronológicamente, ya que es el primer grupo al que se encuentra expuesta una persona y en ella recibe su instrucción fundamental.

Una definición de familia es la proporcionada por Peter Murdock (Como se cita en Mack y Pease, 1980), él la concibe como:

Un grupo social que se caracteriza por la residencia en común, la cooperación económica y la reproducción. Incluye a un adulto de un sexo y otro del otro, dos como mínimo que mantienen una relación sexual aprobada, y uno o más hijos propios o adoptados, de los adultos que cohabitan (p. 381).

Se ha considerado a la familia como importante, ya que ella vincula al individuo a los valores culturales e institucionales. A medida que van cambiando las estructuras culturales e institucionales de una sociedad la familia debe cambiar para adaptarse a ellos, sobre todo porque la familia es el lugar donde se proporciona el aprendizaje para la vida dentro de la sociedad.

RELIGIÓN

Un último aspecto que es importante al analizar la cultura y que puede retomarse en el análisis de las personas con diabetes es la religión, pues cabe señalar que vivimos en un

país predominantemente católico donde la mayor parte de la población asume una postura religiosa.

La palabra religión se deriva del latín *religio*, algunos estudiosos sostienen que el término fue primeramente empleado para designar al poder sobrehumano que requiere una persona para responder en situaciones adversas. Por otra parte el término *religio* también hace referencia a los actos rituales efectuados en el santuario de un dios particular (Wulff, 1991).

Durkheim (como se cita en Mack y Pease, 1980), ha sido uno de los principales estudiosos de este aspecto y define a la religión como "... un sistema unificado de creencias y prácticas relacionadas con lo sagrado, que une en una sola comunidad moral a todos los prosélitos de esas creencias religiosas (p. 434).

Este sistema de creencias que menciona Durkheim es importante ya que proporciona el fundamento para el comportamiento religioso. De esta forma la religión con su sistema de creencias y su organización particulares, influye en la percepción que la persona tiene de su enfermedad y en la manera de responder a la misma.

En esta sociedad las creencias religiosas se han institucionalizado en grupos secundarios llamados iglesias, que constituyen parte importante de la religión. El término iglesia de acuerdo a Mack y Pease (1980) "tiene distintos significados una iglesia es 1) un conjunto de devotos 2) organizados para un fin religioso en forma de organismo, dotado de 3) una jerarquía de funcionarios y guías y 4) un cuerpo de doctrina y de filosofía que los reúne todo en una unidad más o menos sistemática" (p. 435).

Este autor sostiene que mediante la participación de la gente a través de organizaciones religiosas, la actividad religiosa ha servido como centro de integración de otras numerosas actividades como las de carácter recreativo.

La religión desempeña un papel importante en la vida del hombre pues influye en sus actividades y creencias cotidianas, además le proporciona respuestas respecto al significado de su existencia y constituyen un aspecto importante de la cultura, pues de acuerdo a O'Dea (1978) "la cultura es un mundo de ajustes y significados creados por el hombre y en cuyo contexto la vida puede vivirse significativamente" (p. 11).

El aspecto religioso ha jugado un papel importante en la vida del hombre, ya que este necesita no sólo de ajuste emocional, sino también seguridad cognoscitiva cuando enfrenta problemas como una enfermedad crónica. Así la religión (O'Dea 1978; Wulff, 1991 y Gomezjara, 2000), es concebida como una respuesta humana que se engendra en situaciones que surgen de la contingencia, la impotencia y la incertidumbre.

En ese sentido como lo señala Max Weber (Citado en O'Dea, 1978), las religiones del mundo representan la elaboración de diferentes soluciones integradas racionalmente que se dan a estos problemas, las respuestas que da la religión llegan a ser parte de la cultura establecida y de las estructuras institucionales de la sociedad. La religión influye en las actitudes del hombre hacia varias actividades de la vida cotidiana.

De esta forma se retomará una definición que recalca la importancia de la religión en la conducta de la persona y que fue planteada por Southard, Shepard y Taylor (1998):

religión se define como un sistema de normas que guían la conducta referente a la búsqueda del significado profundo de las cosas. Esa preocupación por el significado profundo... es la búsqueda de explicaciones del significado de la vida, de la muerte y de las cosas difíciles de explicar (p. 178).

La cultura como hemos visto posee una función normativa; es decir, se conforma de las normas, creencias y valores culturales que regulan la interacción social. Además moldea e influye de manera determinante el comportamiento de un pueblo. Esta influencia se repite en las diversas subcolectividades que componen la sociedad, tales como los grupos religiosos, comunidades locales, se trata de grupos que comparten la cultura total pero tienen comportamientos peculiares cada uno.

Así pues las normas, la costumbres, los valores y las creencias de los miembros de una sociedad son aspectos de la acción social y colectiva de un pueblo, y que los hacen muchas veces distintos de otros. Aspectos culturales dignos de análisis si se quiere comprender de una forma más completa el comportamiento de los miembros de un grupo social determinado en relación a una enfermedad como la DM2.

Aspectos que se consideran importantes para entender la manera desde una perspectiva más integral y que ayudarán al psicólogo y al profesional de la salud en general a tener más elementos de referencia al trabajar con una población particular, que presenta creencias, valores, costumbres específicos y que influyen en su comportamiento y en la manera de percibir y responder a la DM2.

CAPITULO V

METODOLOGÍA

*La búsqueda de la verdad es más hermosa
que la verdad misma*
A. Einstein

CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

En los capítulos anteriores se han sostenido las siguientes cuestiones:

- 1) Con todos los avances que en materia de atención a la salud se tienen (Dietas, programas de ejercicios, y en forma complementaria medicamentos), la DM2 debería ser una enfermedad controlada, sin embargo en la práctica esto no ocurre así.
- 2) Para hacer más efectivo el tratamiento de la DM2 debería considerarse como alternativa la práctica multidisciplinaria en la atención a esta enfermedad, sobre todo en el caso de la diabetes porque es un padecimiento en el que influyen diversos factores. Y además por que así lo sugiere la Norma Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (NOM, 2001).
- 3) Que se ha omitido un aspecto que, aunque se considera importante, en el momento de elegir el tratamiento de la persona es omitido por el profesional de la salud: la cultura.

Con base en lo anterior parece evidente que mientras la terapéutica convencional en el área de la salud no considere el entorno cultural de la persona con diabetes, la

enfermedad seguirá considerándose como un problema de salud nacional ya que hace falta incluir dichos aspectos culturales como referencia para que los tratamientos puedan avenirse con el estilo de vida de la persona con diabetes y esta los pueda seguir con éxito.

Es por ello la necesidad de efectuar la presente investigación de carácter exploratorio debido a que aunque hay estudios que indican la importancia del ambiente natural y social de la persona con diabetes, no existen investigaciones que se adecuen a las necesidades específicas del Programa Multidisciplinario de Diabetes Mellitus (DUPAM), o que mencionen en que manera limiten o favorezcan las acciones del profesional de la salud en el plano práctico.

En este trabajo se analizó el contexto cultural de la personas con DM específicamente las creencias, valores, costumbres, familia y religión, pues de acuerdo a Mercado (1996), la atención médica ha "dejado de lado las dimensiones sociales, psicológicas o culturales de los enfermos sin considerarlos parte de la causalidad, de su conceptualización, ni de la acciones ligadas a la misma" (p. 32).

Respecto a las características de esta investigación se retoman algunas sugerencias de Lara, Tamez, Eibenshutz y Morales (1999):

- Se considero en el estudio un problema de salud muy importante como la DM2, específicamente las creencias, costumbres, familia, valores y religión de las personas con la enfermedad
- La investigación es de tipo cualitativo y requirió de la utilización de técnicas como la entrevista semiestructurada para explorar estos aspectos culturales.
- Se desarrolla en un ámbito local específico la zona aledaña a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas de la FES Zaragoza, UNAM en Ciudad Nezahualcóyotl.

- La investigación es de carácter exploratorio.
- Y debido a sus características, ésta se sustentará en la Teoría Fundamentada, la cual es una de las metodologías cualitativas más completas (Natera y Mora, 2000).

Se elige este enfoque por que una de las líneas más consolidadas de la Teoría Fundamentada ha sido la del estudio de las personas que padece una enfermedad crónica, Uno de los aspectos más importantes en este enfoque es que la recolección de la información, la codificación y el análisis de los datos deben realizarse simultáneamente. La teoría fundamentada pretende generar teorías preliminares que expliquen qué está pasando en el área específica de estudio (Mercado, 1996).

La Teoría Fundamentada es una metodología utilizada para desarrollar explicaciones preliminares que se basan en los datos obtenidos y analizados sistemáticamente. Además esta teoría intenta comprender las conductas a través del conocimiento de las personas involucradas, así como sus valores, creencias, emociones e interacciones. Es decir el énfasis está en los valores, creencias, hábitos y emociones dentro de un contexto cultural, entendiendo por cultura un sistema de significados que sirven de guía para la acción, la experiencia y la conducta social (Natera y Mora, 2000).

Propósito

El propósito principal de esta investigación es:

Describir algunos aspectos culturales asociados a la DM2 de las personas de una zona de Ciudad Nezahualcóyotl, para proporcionar un marco de referencia al tratamiento del equipo multidisciplinario.

Con los resultados de la presente investigación se pretende:

- ✓ Proponer elementos de referencia que permitan a los profesionales del área de la salud considerar los aspectos culturales en el tratamiento y análisis de la enfermedad.

Definiciones

A continuación se proporciona la definición de los aspectos culturales considerados en esta investigación

Creencias

Las creencias son ideas sobre la naturaleza de la realidad que quienes las mantienen las consideran verdaderas...no es preciso que las creencias sean verdaderas para que influyan en el modo de pensar, sentir y comportarse, sino que deben considerarse verdaderas para que puedan ser parte de una cultura (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 43-44).

Costumbres

Las reglas que se refieren a los modos acostumbrados de pensar sentir y comportarse, pero que carecen de matiz moral (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 44).

Valores

...son supuestos tanto conscientes como inconscientes de lo que es bueno correcto e importante. Los valores también tienen una estrecha relación con las normas de lo deseable, basta decir que el ethos es decir, las características fundamentales de cualquier cultura son el reflejo de sus valores básicos (Mack y Pease, 1980, p. 93).

Familia

Una familia puede ser de acuerdo a Horton y Hunt (1986, p. 244):

1. Un grupo con ancestros comunes.
2. Un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio.
3. Una pareja casada con hijos o sin ellos.
4. Una pareja no casada con hijos.
5. Una persona con hijos

Religión

La religión se define como un sistema de normas que guían la conducta referente a la búsqueda del significado profundo de las cosas. Esa preocupación por el significado profundo ... es la búsqueda de explicaciones del significado de la vida, de la muerte y de las cosas difíciles de explicar (Southard, Shepard y Taylor 1998, p. 178).

METODO

Participantes

Para la realización del presente trabajo de investigación se requirió de la participación de 3 personas con DM tipo 2 y que presentaran los siguientes criterios de inclusión, algunos de los cuales de acuerdo a Miguel (2000), poseen las personas que asisten al programa.

- ✓ Asistencia al programa llamado "Diabetes: un Programa de Atención Multidisciplinaria en la UMAI Tamaulipas".
- ✓ Residencia en la zona aledaña a ésta clínica,
- ✓ Edad entre los 35 y los 65 años, y
- ✓ Con una residencia mínima de 10 años en Ciudad Nezahualcóyotl.

Se coincidió con Arganis (1998), en estos criterios de inclusión al momento de seleccionar una muestra en una investigación similar con personas diabéticas, las cuales fueron: tiempo de diagnóstico con diabetes mellitus, edad (mayor a 40 años), asistencia a un club de diabéticos, y tiempo de residencia en la zona de investigación.

Además efectuar una investigación cualitativa con un número reducido de personas tiene como objetivo estudiar sus características con detenimiento, a través de técnicas como la entrevista semiestructurada (Arganis, 1998).

Se decidió que en la investigación de carácter exploratorio participaran 3 personas, esto con el fin de hacer entrevistas más profundas con ellos. Además se requirió esta cantidad de participantes por que en la investigación cualitativa no es relevante la cantidad sino la composición adecuada de la muestra, ya que "un número mayor de estos no supone más información en el sentido de novedades de conocimientos nuevos sino que implica mayor redundancia (repetición de las claves de los discursos ya obtenidos)" (Dávila, 1995, p. 78).

Para efectuar esta investigación no se utilizó una muestra estadística ya que:

Los criterios de selección de los grupos que intervienen en la investigación cualitativa son criterios de pertenencia y no de representatividad estadística, se pretende incluir a todos los componentes que reproduzcan mediante su discurso relaciones relevantes.

Se trata de seleccionar la muestra para obtener una información bien definida usando una muestra... no estadística, es decir con el diseño hay que localizar y saturar el "espacio simbólico" el espacio discursivo sobre el tema a investigar (Dávila, 1995, p. 77).

Muestreo teórico

Mas que un muestreo estadístico de representatividad Natera y Mora (2000), señalan que:

el muestreo teórico se refiere a la obtención del material necesario para construir los conceptos que son relevantes para el desarrollo de la teoría que se está construyendo. El muestreo se basa en eventos o incidentes, más que en las personas como tales, ya que el interés es registrar información de lo que las personas hacen en términos de la acción e interacción, bajo qué condiciones hay variaciones o permanecen, cuál es el impacto y las consecuencias de cierta conducta, etc., lo que permite el desarrollo de categorías conceptuales (p.81).

El muestreo teórico se considera saturado cuando no se identifican más datos que puedan enriquecer la investigación y estos tienden a ser repetitivos, o cuando el investigador considera que tiene información suficiente sobre el tema de investigación (Natera y Mora, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aparatos y Materiales.

Se utilizaron grabadora reportera, guía semiestructurada de áreas a explorar durante la entrevista (Ver anexo), programa Word (procesador de textos), tarjetas para notas, audiocasetes vírgenes.

La guía de entrevista incluía las definiciones de los aspectos culturales considerados en la investigación y que fueron: creencias, costumbres, valores, familia y religión. Después de cada definición se incluían una serie de temas relacionados a cada aspecto cultural, mismos que fueron explorados durante las entrevistas. La guía completa de la entrevista se incluye al final del trabajo (Ver anexo).

Se seleccionó este tipo de entrevista por que de acuerdo a Sierra (1998), esta "es especialmente útil en la investigación de los sistemas de normas y valores, la captación de imágenes y representaciones colectivas, el análisis de las creencias individualizadas, el conocimiento de los códigos de expresión, así como las cristalizaciones ideológicas" (p. 309).

Además Shellitz, Wrightsman y Cooks (1980), recomiendan el uso de la entrevista sobre los cuestionarios para los estudios exploratorios pues señalan que estos últimos son adecuados para personas con cierto nivel de educación mientras que: "...las entrevistas pueden ser utilizadas en casi todos los sectores de la población" (p. 405).

Escenario.

Los domicilios de las personas con DM2 que se encontraban ubicados en una zona aledaña a la Clínica Tamaulipas. Generalmente las entrevistas se realizaron en las salas de sus domicilios.

Se selecciono este escenario ya que el contexto espacial y situacional de la conversación exige un ambiente familiar, mínimamente íntimo, que haga sentir cómodo al entrevistado, para que esté dispuesto a conversar sin tensiones y de manera relajada (Sierra, 1998).

Procedimiento.

La investigación se efectuó en 4 fases realizándose las siguientes actividades:

Fase A

Se elaboró la guía de entrevista en base a los aspectos considerados en la investigación. La guía incluía la definición de cada uno de los aspectos culturales a describir y una serie de temas relacionados a cada aspecto, la selección de las definiciones se dio en base a una revisión bibliográfica sobre el tema.

Fase B.

Selección de las personas que se incluyeron en la investigación. En esta fase se efectuó la selección de las tres personas que se incluyeron en la investigación con base en las características antes mencionadas.

Fase C

Realización de las entrevistas a las personas con DM2 que asistían a tratamiento en la Clínica Tamaulipas.

Se solicitó autorización a las personas seleccionadas para realizar las entrevistas en sus domicilios y para grabar las mismas. El primer contacto se efectuó en la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas.

La duración de las entrevistas fue de entre 60 y 80 minutos cada una aproximadamente, llevándose a cabo un total de tres por persona en las cuales se exploraron las áreas seleccionadas en la investigación. Además durante las mismas se

tomaron notas en una libreta de apuntes. Las entrevistas se realizaron durante los meses abril y mayo de 2001.

Durante las dos primeras entrevistas a cada persona se les plantearon preguntas abiertas en base a la guía de entrevista, después de estas entrevistas se realizó un análisis preliminar de la información y se efectuó una última entrevista misma que sirvió para esclarecer o abundar en los temas seleccionados.

Fase D

Análisis cualitativo de las entrevistas realizadas en la fase anterior.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo a lo sugerido por Bernard (Citado en Mercado, 1996), inmediatamente después de realizar las entrevistas se efectuó la transcripción de las estas en el procesador de textos *Word*, elaborándose un archivo por cada persona entrevistada. Posteriormente se procedió a codificar la información con base en los aspectos culturales considerados, las categorías generales fueron: Costumbres, creencias, valores, familia y religión, al interior de estas se establecieron otras subcategorías.

Basándose en fragmentos de las entrevistas se efectuó un análisis de la relación existente entre cada aspecto y la diabetes mellitus tipo 2. Elaborándose una tabla resumida donde se incluyeron las categorías exploradas en este trabajo.

Por último, basándose en las categorías iniciales y las derivadas de estas se efectuó una interpretación de la información, a partir de la cual se elaboró una explicación preliminar sobre el papel que juega la cultura con la prevención, tratamiento y control de la DM2.

Es importante mencionar que la religión es una categoría que originalmente no se tenía contemplada en la tesis, sin embargo, debido a los comentarios de las personas durante las entrevistas se decidió incluirla en el trabajo.

Codificación de los Datos

La codificación de la información se realizó mediante el proceso de tres niveles descrito por Hutchinson (Citado en Natera y Mora, 2000).

- 1) Descripción de las narraciones de los participantes en base a las categorías. En este nivel se definen y crean nuevas categorías de análisis se utilizan las entrevistas realizadas.
- 2) Codificación del texto en categorías. Se desarrollan códigos abiertos que sean relevantes y puedan relacionarse unos con otros, para ser integrados en una explicación preliminar. Se denominan códigos abiertos por que pueden ser modificados y ampliados para formar los códigos axiales.
- 1) Códigos axiales. En este nivel los datos se entrelazan de diferentes formas estableciendo conexiones entre categorías y subcategorías de análisis. Finalmente esta integración de categorías y subcategorías permite elaborar una explicación preliminar.

La evaluación de los datos abarco la descripción, análisis e interpretación de la información (Mercado, 2000).

Descripción de las narraciones de las personas entrevistadas. Se seleccionaron fragmentos de las entrevistas que proporcionaron información respecto a las características de las personas participantes en la investigación.

Análisis de los datos seleccionados que tenían relación con la DM2 considerando como categorías principales las creencias, valores, familia, costumbres y religión.

Por último, basándose en las categorías iniciales y las derivadas de estas se realizó una interpretación de la manera en que estos aspectos se encuentran asociados a la prevención, tratamiento y control de la DM2.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y ANALISIS

No enferma el cuerpo sino la persona
McDermott, I. y O'Connor, J.

El presente apartado muestra los resultados de la investigación, considerando los aspectos culturales asociados a la diabetes mellitus tipo 2 seleccionados, creencias, costumbres, valores, familia y religión.

Se incluye en primer lugar una tabla con algunas características generales de las personas participantes en este trabajo. La segunda tabla es un resumen de los aspectos culturales considerados. Posterior a la misma se incluye un análisis de cada aspecto con fragmentos de las entrevistas y una interpretación de la manera en que se encuentran asociados al tratamiento de la DM2.

Tabla 2. CARACTERISTICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Característica	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Promedio
Edad	54	54	62	56.66
Años en Neza	29	35	31	31.66
Años con DM2	8	21	5	11.33
Años Escolaridad	6	2	4	4

Es importante señalar algunas características adicionales de las personas participantes en esta investigación las cuales fueron dos mujeres y un hombre. Ellas se dedicaban al hogar, aunque una vendía complementariamente cosméticos para dama, la

persona de sexo masculino era empleado de gobierno. Dos personas contaban con vivienda propia y la restante rentaba un departamento y recibía apoyo económico de su hijo.

La siguiente tabla resumida incluye los aspectos culturales considerados: creencias, costumbres, valores, familia y religión. Es importante señalar que la religión no había sido originalmente en la guía de entrevista, sin embargo, al final se decidió incluirla al ser un aspecto mencionado por todas las personas durante las entrevistas.

Tabla 3. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CULTURALES		
ASPECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CREENCIAS		
1- La DM2 es atribuida a factores emocionales (problemas personales, disgustos, corajes).	3	100
2- Las personas consideran que la DM2 es una enfermedad que no puede prevenirse.	3	100
3- Los medicamentos son considerados como la parte más importante del tratamiento de la DM2.	3	100
4- Los tratamientos alternativos se consideran un complemento al tratamiento médico y no algo opuesto al mismo.	3	100
5- La DM2 no es considerada una enfermedad grave por las personas hasta que conocen los síntomas.	3	100
6- La ingesta de alimentos (dieta) no tiene mucha relación con el descontrol de la persona con diabetes.	3	100
7- Los factores emocionales (problemas personales,	2	66

Tabla 3 RESUMEN DE LOS ASPECTOS CULTURALES

ASPECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
disgustos, etc.) son la principal y única causa de descontrol de la persona con diabetes.		
8- El seguimiento de la dieta es visto con rechazo, pues su cumplimiento es considerado por las personas como un sacrificio.	2	66
9- La gente no sigue el tratamiento por que cree que no esta enferma (ausencia de síntomas).	2	66
10- Se considera que alimentarse bien es comer de todo sin restricciones de alimento o cantidad.	1	33
FAMILIA		
1- La familia es parte importante en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes.	2	66
2- La experiencia previa de familiares con la enfermedad facilita el seguimiento del tratamiento por parte de la persona con diabetes.	2	66
3- El tratamiento de la diabetes puede provocar fricciones en la familia al solicitar su apoyo, cuando existen complicaciones sobre todo al principio de la enfermedad.	2	66
COSTUMBRES		
1- Los alimentos de mayor consumo de las personas de esta	3	100

Tabla 3 RESUMEN DE LOS ASPECTOS CULTURALES

ASPECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
zona, generalmente son los restringidos por el médico.		
2- La gente está acostumbrada a comer hasta saciarse y la dieta del diabético no llena y no es agradable.	3	100
3- Se acostumbra el consumo de licuado de nopal cada tercer día para controlar la DM2 pues una dosis mayor puede resultar contraproducente.	3	100
4- Las personas han probado diversos tratamientos alternativos para el control de la DM2. Sobre todo al principio de la enfermedad.	3	100
VALORES		
1. Para las personas con diabetes son más importantes las reuniones familiares o sociales que el tratamiento de su enfermedad.	3	100
2. Las sugerencias (prescripciones) de familiares o conocidos son igual de importantes para la persona como las efectuadas por los profesionales de la salud.	3	100
RELIGIÓN		
1- La religión es utilizada como marco de explicación de la enfermedad, de su evolución y de las complicaciones de la misma.	3	100

ASPECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2- El pertenecer a un grupo religioso les ha proporcionado apoyo en su enfermedad.	3	100
3- El grupo religioso ha realizado las funciones de un psicólogo para las personas con diabetes apoyando en el control de la enfermedad y en la aceptación de la misma.	3	100

El siguiente apartado muestra de una manera más detallada los resultados resumidos en la tabla anterior, se consideran las 5 categorías principales y las derivadas de estas. Cada categoría derivada incluye fragmentos de las entrevistas realizadas las cuales fueron la base para la codificación y el análisis de cada aspecto cultural.

Al final de cada categoría se incluye una interpretación de la información obtenida y su relación con la prevención, tratamiento y control de la DM2.

Creencias

Las creencias son ideas sobre la naturaleza de la realidad que quienes las mantienen las consideran verdaderas... no es preciso que las creencias sean verdaderas para que influyan en el modo de pensar, sentir y comportarse, sino que deben considerarse verdaderas para que puedan ser parte de una cultura (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 43-44).

1- La DM2 es atribuida a factores emocionales (problemas personales, disgustos, corajes).

Contrario a la postura médico-científica que atribuye la aparición de la enfermedad a una predisposición hereditaria, para las personas con diabetes el factor causante de la DM2 es un evento desencadenante (problemas personales, sustos, disgustos, corajes). Sin

embargo, ninguna persona de esta investigación hizo referencia al factor hereditario como causante de la enfermedad, para ellos enfermarse de DM2 es un proceso gradual.

Persona 1 Yo me empecé a poner malo por que tenía pleitos con mi jefe pleitos duros, y me fui enfermado poco a poco...

la diabetes le da a todo mundo si le da a uno un susto, un disgusto, si uno tiene coraje entonces a todo mundo le va a dar diabetes.

Persona 2 Es que lleve una vida pesada cada 8 días tenía pleitos yo soy de las personas que no se me desquitar. Nunca me puse al tu por tu con él [su esposo]. Yo sentía que reventaba de coraje por los insultos... en veces esos corajes, me desquitaba con mis hijos les pegaba. A lo mejor de eso de tantos corajes.

Persona 3 es que un día el me hizo pegar un coraje es que mi hijo tomaba y esa vez no sé que le dijo a su esposa taba recién casado. Se enoja yo le dije yo a tu mujer no le dije nada pero si le crees. Me hizo pegar un coraje que como era en la mañana yo no comí en ese día no comí nada, por que hice el coraje 'tonces aquí cuando vine por lo de mis dientes. Entonces le dije por tu culpa ahora tengo [diabetes] del coraje que me hiciste pasar. Yo le dije así 'tonces él para él es por su culpa. Yo no tenía diabetes cuando vine aquí [Clínica Tamaulipas] fue la primera vez y fue de ese coraje que hice por que yo me sentía muy bien.

Lo anterior coincide con los hallazgos de Rojo (Citado en Mercado, 1996), quien señala que la población de bajos recursos que asiste al Hospital General de la Ciudad de México considera que los trastornos emocionales son los causantes de su diabetes. Para las personas de esta investigación en la DM2 no interviene el factor hereditario.

2- Las personas consideran que la DM2 es una enfermedad que no puede prevenirse.

La prevención en las personas con diabetes está descartada, por ello mismo los familiares de gente con DM2 no modifican su dieta ni toman medidas de prevención por que sienten que no tiene caso efectuarlas, pues como la enfermedad depende de eventos

externos (problemas personales) e inevitables es algo que escapa a su control "al que le va a dar le va a dar".

Persona 1 Nuestra plática era que si se podía evitar la diabetes Si hay algún síntoma que uno sepa que le va a dar la diabetes. Si tenía a mamá diabética que cosas me podría anticipar para que no me diera, pero la diabetes le da a todo mundo si le da a uno un susto, un disgusto, si uno tiene coraje entonces a todo mundo le va a dar diabetes.

Yo no sé si sea el destino que cuando uno se va a enfermar se va a enfermar. En pláticas con doctores le decía que bueno como se puede evitar que a uno le dé la diabetes. No hay manera al que le va a dar le va a dar... entonces no hay manera de evitarlo como otras enfermedades.

Persona 2 Para esto yo creo que a cualquiera le puede dar diabetes. Yo desde antes tomaba mucha azúcar, yo mi agua, café o lo que tomara era de 2 ó 3 cucharadas de azúcar que le ponía y siempre me decían, mi esposo siempre me decía estas tomando mucha azúcar pero yo así acostumbraba.

Paciente 3 Por que por primera vez yo me sentía yo fatal, o sea yo me quiero morir, cuando empecé con esa enfermedad por que diosito me había mandado a mi esa enfermedad a mi todo me duele me siento muy mal, me sentí desesperada.

Inclusive se hizo referencia al factor religioso como causa de explicación de la enfermedad en una persona, reforzando las ideas respecto a las causantes externas de la enfermedad. Nadie menciona a sus hábitos de vida como posible causante de la DM2.

3- Los medicamentos son considerados como la parte más importante del tratamiento de la DM2.

Para las personas con DM2 la única vía para lograr el control de su enfermedad es mediante el uso de medicamentos esto se debe a la dificultad de cambiar su alimentación habitual o por que no ven la relación causa efecto entre ambos sucesos, inclusive una

persona señalo que su médico nunca le había sugerido algún tipo de alimentos en particular para su consumo.

Persona 1 Con las pastillas estoy controlado, las pastillas me controlan son lo más importante para mi enfermedad.

Persona 2 Sin pastilla no podría [estar controlada], por que cuando voy al rancho empiezo a comer de todo y se me olvidan las pastillas, y empiezo a sentirme mal.

No le debo de buscar más lo que me cura es la pastilla que me estoy tomando la que me recetaron... el ejercicio es fácil pero yo deje de ir ya ve que le recomiendan que lo haga en casa pero yo no lo hago.

Persona 3 La medicina ya lo comprobé, un día dije voy a dejar esto por que me dijo la esposa del señor de la Conasupo. Me dijo estoy controlada con yoghurt pero con canela y ella me daba mi vasote de yoghurt con canela y todo ese mes no me inyecte para ver que si a ella le hace pos a ver. Yo me lo tomaba y también a el le daba su yoghurt, no me hizo, al mes me fui a hacer los análisis que me tocaba con al doctora y ya me había subido de 300 'tonces quiere decir que si no me inyecto la insulina voy pa' bajo, es lo más importante para mi. Como dice la doctora hasta que dios diga y así es.

Además, para ellos es más fácil incorporar el uso de pastillas a su vida cotidiana que modificar otros hábitos más arraigados como la alimentación. Referían también que después de intentar sin éxito con otros tratamientos retornaban a tomar su medicamento. Esto contrasta con la visión tradicional para la cual lo más importante es la dieta y los fármacos son considerados sólo un apoyo en el tratamiento, más bien, son complementos y nunca sustitutos de la dieta o el ejercicio.

4- Los tratamientos alternativos se consideran un complemento al tratamiento médico y no algo opuesto al mismo.

Siempre que se mencionaba a las personas con diabetes sobre las acciones realizadas por ellos para controlar su enfermedad indicaban que tomaban su medicamento y

su licuado de nopal, o hacían referencia a la colaboración de el medicamento prescrito por el profesional de la salud y el tratamiento alternativo acostumbrado para lograr un mejor control de su enfermedad. Los tratamientos alternativos generalmente los usaban al principio de la enfermedad o cuando transcurrido un tiempo se "aburrían" de las pastillas

Persona 1 El nopal baja la azúcar gacho, no se la controla pero la baja, entonces las pastillas lo traen a uno controlado... Yo por ejemplo me tomo nopal el lunes y el martes en la clínica no salgo tan alto

Persona 2 Eso [el tratamiento alternativo], lo comencé a tomar cuando las pastillas que me daban en el seguro no me hacían, me tomaba las pastillas y no me bajaba nada [el nivel de azúcar] cuando empecé a buscar por otro lado. Sería como complemento al tratamiento que me dan siempre me lo he tomado con la pastilla.

Persona 3 Primero me ponía yo la insulina, luego el licuado [de nopal] y aun así no me bajaba, taba necio para bajarme, un año de tomarme el licuado.

Me siento bien por que me tomo mi jugo, me voy a inyectar después ya desayuno me siento bien, no me siento ni desmayada ni nada.

La utilización de tratamientos alternativos se presentaba también cuando existían complicaciones en las personas con diabetes. Resultaría interesante un estudio con más profundidad al respecto considerando el uso de estos tratamientos en personas distintos periodos de evolución de la enfermedad y diferentes complicaciones. Era evidente que las personas seguían estos tratamientos de acuerdo a una prescripción previamente determinada, aunque también los ajustaban de acuerdo al efecto observado en ellos, y como "se fueran sintiendo" con la dosis

5- La DM2 no es considerada una enfermedad grave por las personas hasta que conocen los síntomas.

Dos de las personas del estudio referían ser las primeras en su familia que presentaban DM2, y no conocían los síntomas o las complicaciones que puede causar la enfermedad, por lo tanto consideraban que la DM2 no era una enfermedad grave y seguían

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

su vida normal hasta que alguna persona cercana a ellos presentaba complicaciones por la DM2, sólo entonces cambiaban su manera de percibir la enfermedad y se mostraban más dispuestos a seguir el tratamiento.

Persona 1 *Por que no sentía nada yo dentro de mi manera de pensar decía que la que la diabetes, no era mala ese era mi pensar no y sin en cambio si vienen muchas perjudicaciones, por ejemplo todo diabético no puede engendrar, ya un diabético se puede quedar ciego, un diabético la pueden cortar las piernas, un diabético le pueden hacer eso del tubo pero ya después va uno conociendo la enfermedad y ya en la cuadra, es cuando.*

No, no veía complicaciones de nada a la primera que le vi complicaciones fue a mi prima Nacha ya se había muerto mi primo el güero. A mi prima Nacha se quedo ciega pero a ella si le pego gacho de que se desmoraliza uno

Persona 2 *No, yo creo que no es grave yo pienso que es como cualquier enfermedad y pues no hacerle mucho caso y llevar su vida normal sin chiquearse... la diabetes es como cualquier enfermedad es lo que yo les he dicho a mis hermanos [apenas se la detectaron a dos de sus hermanos]... tu no le hagas caso nomás te vas a curar, nomás te tomas este medicamento y ya que sí, no se te quita pero no se siente uno muy mal.*

Persona 3 *Yo tomo la enfermedad o sea no le doy mucha importancia, yo no me voy a acomplejar con esa enfermedad.*

Si mi hermana, mi primo [tienen diabetes] y él ya le cortaron la pierna ya tiene 4 años. Cuando le diagnosticaron ya tenía 500 diabetes y no se sentía mal... Le amputaron al pierna yo no quiero que me pase eso por eso me fijo siempre en mis pies me echo alcohol siempre.

Una de las cuestiones por las que la gente considera que la DM2 no es una enfermedad grave es por que no ha presentado complicaciones o por que estas no han sido muy graves. Por esa razón no ven necesario seguir el tratamiento, este es un aspecto más que limita la labor del profesional de la salud en el tratamiento de la DM2.

6- La ingesta de alimentos (dieta) no tiene mucha relación con el descontrol de la persona con diabetes

Contrariamente a las indicaciones oficiales para el tratamiento de la DM2 estipuladas en la Norma Oficial Mexicana (NOM), la dieta y el ejercicio no son vistos por las personas como factores de importancia para ayudar al control de la enfermedad. Mas bien son causa de malestar e incomodidad en la persona pues no ven el efecto que esto tiene a corto plazo en su salud. Ni la relación que tiene la ingesta de determinados alimentos con el incremento de los niveles de glucosa en sangre y mucho menos con futuras complicaciones.

Persona 2 Si otra gente no esta mal [no tiene complicaciones] porque ponerlas a dieta, eso no influye mucho, digamos que me afecte por que dejara de comer, mejor comer bien y estar bien por que si no como decaigo...

El pan si como un panecillo con que me lo coma en la mañana no me hace daño, eso digo yo que de veras digo yo que eso no me hace daño. Siento que lo que me hace daño son los problemas, las preocupaciones, corajes, pero de ahí en fuera la alimentación no tiene mucho que ver en esto.

Persona 3 Cuando voy al club como todos llevan comida que unos llevan chicharrón que queso, que frijoles, todo eso pa' comer y ella [una conocida] casi no come eso, todas tamos diabéticas pero todos comemos, pero no nos hace daño

La persona restante por su parte, sí consideraba que la dieta influía en el control de la enfermedad pero de igual manera no la llevaba a cabo.

Persona 1 Si lo llevan a uno con dieta es cuando uno se sienta, esa es la base cien por ciento y nosotros [su madre y él] nunca hemos hecho dieta.

En lo anterior se coincide con los hallazgos de Arganis (1998), quien comenta que el 75% de las personas no acepta que los alimentos influyen en el control de la enfermedad

y que pese a las sugerencias médicas no eliminaron de su consumo cotidiano las harinas, pastas y leguminosas.

Este punto resulta fundamental para el tratamiento de la enfermedad pues si la dieta es tan importante que en ocasiones resulta suficiente para controlar la DM2. Mientras este fenómeno se continúe presentando en la práctica limitará el trabajo del profesional de la salud y el control de la enfermedad por parte de la persona.

7- Los factores emocionales (problemas personales, disgustos, etc.) son la principal y única causa de descontrol de la persona con diabetes.

La persona con diabetes no conoce o no ve con claridad la relación que existe entre la ingesta en la cantidad y tipo de determinados alimentos o la falta de ejercicio y su descontrol, pues consideran que los problemas familiares y otros de su vida cotidiana son la única causa de la enfermedad y de las complicaciones presentes en ellos. Ninguna persona menciona sus hábitos de vida como su tipo de alimentación o la cantidad de ejercicio realizada normalmente como un factor para lograr el control de su enfermedad a largo plazo, pues no veían las consecuencias de tales hábitos a corto plazo.

Persona 1 Yo me empecé a poner malo por que tenía pleitos con mi jefe pleitos duros, y me fui enfermado poco a poco...

Persona 2 Si pero yo pienso que eso no me afecta para el azúcar por que yo como normal no como mucha tortilla. A mi lo que me afecta son los problemas eso es lo que yo creo, viene el problema y luego el dolor de cabeza.

Siento que no me hace daño [el no seguir la dieta] sino que lo que me hace daño son los problemas, preocupaciones, corajes, pero de ahí en fuera la alimentación no tiene mucho que ver en esto.

Lo anterior es un aspecto más que contribuye a que las personas consideren que su bienestar es algo que escapa a su control pues no pueden evitar las dificultades familiares u otras de su vida cotidiana, dificultando la labor del equipo multidisciplinario y el

seguimiento del tratamiento por parte de la persona. De esta forma mientras las personas no reciban información respecto al tema será difícil que efectúen los cambios necesarios para el control de la DM2.

8- El seguimiento de la dieta es visto con rechazo pues su cumplimiento es considerado por las personas como un sacrificio.

Las personas con DM2 de esta investigación refieren que la dieta prescrita por el profesional de la salud es diferente en cantidad y el tipo de alimentos usualmente acostumbrados por ellos. Razón por lo cual ven con rechazo y consideran un martirio el modificar una de sus costumbres más arraigadas. Esto provoca rechazo a la dieta y a las sugerencias del profesional de la salud.

Persona 1 Antes [de la diabetes] en la comida uno se avienta 8 a 10 tortillas con eso se llena uno, ya le da la diabetes le quitan a uno la tortilla y ya no se llena uno. Me aburro de pepino y me voy a la fruta de temporada ahorita como jicama diario y luego como pepino diario, diario, diario mientras no me aburra. Es para llenar con otra cosa no me lleno.

Persona 2 Cuando comía verduras yo sentía que me quedaba con hambre, que no me llenaba... no sentía hambre sino que no me gustaba comer así... sentí que me estaba acabando me sentí delgada, sentí que me estaba haciendo más mal. [Su hijo le decía] No mamá usted coma de todo a fin que si se ha de morir muérase contenta comiéndose lo que le guste y no, dice si dios no quiere no se va a morir empecé a comer bien y aquí estoy

Entre las personas de una investigación en personas con diabetes, Arganis (1998), encontró que "el 90% asocio el tratamiento biomédico a una serie de situaciones incómodas o difíciles de cumplir, hacerse las pruebas de glucosa, llevar una dieta estricta" (p. 385).

Cuando un profesional de la salud restringe el consumo de determinados alimentos generalmente no considera que la persona no está dispuesta a modificar sus costumbres

alimenticias, esto provoca el rechazo de la dieta sugerida por el médico y que la gente prefiera aceptar las consecuencias de no seguirla a modificar sus hábitos alimenticios, pues prefiere seguir comiendo de todo y vivir feliz poco tiempo a vivir mucho con limitaciones y sin calidad de vida.

9- La gente no sigue el tratamiento por que cree que no esta enferma (ausencia de síntomas).

Para las personas de esta investigación la DM2 no es una deficiencia absoluta o relativa en la producción o acción de la insulina, sino el conjunto de complicaciones que esta acarrea. Por tanto la ausencia de complicaciones sobre todo al principio de la enfermedad provoca que la persona no considere a la DM2 como una enfermedad grave, o que inclusive consideren que no están enfermas pues de acuerdo a su visión la ausencia de síntomas o complicaciones es igual a la ausencia de enfermedad.

Persona 2 Pues yo pienso que si lo llevara uno a cabo [el tratamiento] se ayudara uno mucho Pero como no lo lleva, tal vez ha sido por que no me he sentido muy mal que digamos... a lo mejor si yo me sintiera totalmente mala acudiria. Como la primera vez que fui era por que yo me sentia mal por eso fui.

Por que la gente cree que no esta grave cuando yo me siento mal es cuando quiero llevar las cosas muy como tienen que ser. Prácticamente uno lleva su control no cuando el médico le dice sino cuando se siente mal.

Persona 3 Yo tomo la enfermedad o sea no le doy mucha importancia, yo no me voy a acomplejar con esa enfermedad.

Tal y como lo refieren las personas de esta investigación generalmente acuden a tratamiento cuando presentan las complicaciones de la enfermedad, y sólo siguen las indicaciones de los profesionales de la salud cuando el malestar causado por la enfermedad es mayor y los síntomas se hacen presentes en ellos.

10- Se considera que alimentarse bien es comer de todo sin restricciones de alimento o cantidad.

La gente tiene diferentes conceptos sobre lo que considera una buena comida para las personas con DM2 de este estudio comer bien es seguir consumiendo lo acostumbrado por ellos, aquí no tiene importancia la cantidad ingerida de calorías, grasas, etc., sino la cantidad de alimento que se consumirá, el tipo de los mismos prefiriéndose los acostumbrados por ellos y la situación (fiestas, convivios). Comer "mal" es comer menos o no poder comer determinados alimentos.

Persona 2 Comer bien es... comer todo sin suspender nada, lo que uno se le antoje, los frijoles según los médicos hacen daño, el pan hace daño también si pos yo si lo como. Y no nadamás yo todos por que yo conozco a todos los vecinos que son diabéticos y hacen lo mismo. Yo pienso que uno hace mal y debería enterar al medico para que el médico vea a ver que otra cosa se pueda hacer para nosotros los diabéticos por que si no es la comida ¿entonces que es?.

En el caso de la DM2 Arganis (1998), comenta que entre las dificultades encontradas en para el seguimiento de la dieta se encuentran las ideas de las personas que consideran que modificar su alimentación "... implica no alimentarse como debe de ser" (p. 385).

De esta forma, para las personas con DM2 de este estudio una buena comida no se relaciona necesariamente con el aspecto nutritivo de los alimentos sino que esta más vinculada para ellos con la cantidad de alimento que se ingiere y sobre todo con sus costumbres alimenticias cotidianas, con lo familiares que les resulten. Tal y como sugiere Harris (1996b) la definición de lo bueno para comer no puede basarse sólo en la pura fisiología de la digestión, sino que debe contar también con las tradiciones gastronómicas de cada pueblo y con su cultura alimentaria.

Familia

Una familia de acuerdo a Horton y Hunt (1986, p. 244) puede ser:

1. Un grupo con ancestros comunes.
2. Un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio.
3. Una pareja casada con hijos o sin ellos.
4. Una pareja no casada con hijos.
5. Una persona con hijos.

1- La familia es parte importante en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes.

Tanto para aportar sugerencias sobre el tratamiento de la enfermedad como para proporcionar apoyo tangible en cuestión de dinero, acompañar a la persona con DM2 al médico, ayudarle en sus actividades diarias o para seguir la prescripción médica en general la familia desempeña para los participantes de este estudio un aspecto fundamental para el control de la DM2.

Persona 1 Mi mamá no me puede dejar [sólo], esa es la idea de ella que me esta cuidando por ejemplo ella no se puede mover para ningún lado si no voy yo. Mi hermano el que esta en E. U. la invita y se esta [se queda], pero si no voy yo no puede ir.

Gracias a dios tengo a mi madre si no fuera pior ella se da la joda aquí se para a hacerme de comer, la otra mi hermana también ahorita por que no esta pero le ayuda en la mañana que ha hacer la torta o algo así, me lava, y sábados y domingos viene otra que es la que trae de comer hasta el lunes.

Yo me paraba y ella me hacia de desayunar ella es la que hacia las cosas la doctora le dijo que ya estaba muy trabajada y mis hermanas le ayudan un poco pero ella es la que se da la joda... siempre hemos estado juntos... es donde uno dice que necesita bastón para poder apoyarse de la mujer, que siempre uno necesita el apoyo de la banda.

Persona 3 Uy el me ha ayudado mucho [Su hijo]. El ve por nosotros siempre me anda echando un ojo nos lleva a pasear, a comer.

Quando estaba sola sí, igual ahora me trae mis toronjas, el todo me daba mi gasto, me daba la renta que no me hiciera falta nada.

Esto coincide con lo mencionado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) quienes consideran que:

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de la aparición de una enfermedad crónica esta enfermedad adquiere mayor importancia tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad (Citado en Plata, 2000, p. 26).

2- La experiencia previa de familiares con la enfermedad facilita el seguimiento del tratamiento por parte de la persona con diabetes.

Debido a que la diabetes para algunas personas no es una enfermedad grave, el tener a familiares y/o conocidos con DM2 facilita el llevar el tratamiento pues el paciente conoce de primera mano las complicaciones que puede acarrear el no seguirlo, además el compartir experiencias sobre la enfermedad y el realizar actividades como llevar la misma dieta en una familia hace más fácil de seguir el tratamiento prescrito por el profesional de la salud.

Persona 1 Mi mamá iba a las pláticas del ISSSTE y yo me baso a lo de ella por que yo nunca he ido a una plática a que me lleven con mi dieta sino que yo me baso a lo de mi mamá.

Toda mi familia ha sido diabética yo le decía mi mamá tomo, y no nadamás mi mamá, mi primo Juan, mi tía Nacha, mi tía Esther tomaron la vibora o sea anduvieron haciéndole mucho la lucha por eso yo ya no le hago, ellos ya con su diabetes anduvieron con la vibora, la hiel de pollo un chorro de cosas que hicieron con su diabetes

Persona 3 Si mi hermana, mi primo [tienen diabetes] y el ya le cortaron la pierna ya tiene 4 años. Cuando le diagnosticaron ya tenía 500 diabetes y no se sentía mal. Tomaba pulque en lugar de agua y eso es lo que le ayudo. Le amputaron la pierna yo no quiero que me pase eso por eso me fijo siempre en mis pies me echo alcohol

siempre. En este dedo que se me meten las uñas enterradas yo me las saco pero si me duele o me sangro tantito inmediatamente me echo alcohol me lavo por que no quiero que me pase como él.

Las personas anteriormente citadas tenían experiencia de familiares cercanos con diabetes, conocían algunas complicaciones e intentaban seguir su tratamiento, para ellos la DM2 sí era una enfermedad grave. Por otra parte, para la persona sin experiencia previa de familiares con la enfermedad no lo era y no seguía su tratamiento hasta que presentaba los síntomas de la enfermedad.

Persona 2 Pues yo pienso que si lo llevara uno a cabo [el tratamiento] se ayudara uno mucho. Pero como no lo lleva, tal vez ha sido por que no me he sentido muy mal que digamos... a lo mejor si yo me sintiera totalmente mala acudiría. Como la primera vez que fui era por que yo me sentía mal por eso fui.

Por que la gente cree que no esta grave, cuando yo me siento mal es cuando quiero llevar las cosas muy como tienen que ser. Prácticamente uno lleva su control no cuando el médico le dice sino cuando se siente mal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3- El tratamiento de la diabetes puede provocar fricciones en la familia al solicitar su apoyo, cuando existen complicaciones sobre todo al principio de la enfermedad.

Los cuidados que debe seguir una persona con DM2 que presente complicaciones llegan a involucrar a otros miembros de la familia en el tratamiento, lo cual provoca en el paciente una sensación de dependencia pues se siente una carga para ellos. Esto puede provocar fricciones en la familia ya que debe modificar su manera de vivir, por ejemplo su dieta, tumarse para prestar cuidados al enfermo o acompañarlo a sus citas médicas.

Persona 1 Antes mi hermana me tenía que poner mi inyección y se iba a una fiesta, entonces yo salía a que me inyectara otra persona si ella no podía yo no la estaba molestando y era el pleito por que yo decía que si ellos no tienen tiempo yo no les

voy a obligar a que no vayan a este lado con tal de darme mi medicina. Y ese era el pleito como voy a ver que cantidad de medicina me pongo.

Persona 3 Por que por primera vez yo me sentía fatal, o sea me quiero morir, cuando empecé yo con esta enfermedad por que diosito me había mandado esa enfermedad a mi, todo me duele sentí que me desesperaba, y me di cuenta que a mi hijo mi nuera los desesperaba por que viví con ellos cuando empecé y yo dije me tengo que controlar por que si sigo así me voy a ir a un asilo.

La gente refirió al principio de su enfermedad tener dificultades con su familia, aunque con el transcurrir del tiempo consideran que sus familiares cercanos se logran poner de acuerdo en cuestiones como acompañarle al médico o proporcionarle los cuidados básicos al enfermo. Lo que produce una nueva dinámica pues la familia debe reunirse para acordar lo pertinente y esto genera una mayor comunicación entre los miembros del grupo familiar.

Persona 1 Ahorita ya no, tratamos [de estar tranquilos] la enfermedad nos ha unido más y uno dice gracias a dios ya estamos bien.

[Sus sobrinos] Ahorita se ponen a platicar conmigo pero mi hermana me ha ayudado mucho, somos vecinos todos, ahorita acaba de llegar mi sobrina entonces no está uno sólo, es la ayuda que cuando no está uno está el otro y ahí nos estamos ayudando. Mi hermana me hace el quehacer y esta nos lava y mi mamá diario me hace de comer, son las 3 ayudas.

Persona 3 Uy el me ha ayudado mucho [Su hijo]. El ve por nosotros siempre me anda echando un ojo nos lleva a pasear, a comer.

Lo anterior concuerda con lo señalado por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) quienes al referirse específicamente a la diabetes sostienen que:

Uno de los acontecimientos estresantes que obliga a una readaptación de la homeostasis familiar es la aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema... El factor común de todas estas situaciones es la necesidad

de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adapten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia lo que puede a su vez afectar al familiar enfermo.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la diabetes mellitus con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. (Citado en Plata, 2000, p. 26).

Costumbres

Las reglas que se refieren a los modos acostumbrados de pensar sentir y comportarse, pero que carecen de matiz moral (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 44).

1- Los alimentos de mayor consumo de las personas de esta zona generalmente son los restringidos por el médico.

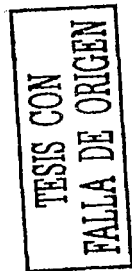
Los alimentos que las personas de este estudio refirieron como las de mayor consumo en sus hogares son, en gran cantidad de los casos, alimentos restringidos por el médico, por tanto es un factor más que dificulta el seguimiento del tratamiento en las personas con diabetes.

Persona 1 Todas la mañanas es un plato de papaya y mi torta y mi sanwich... la torta es de queso de puerco.

pero lo que comemos más es de pollo, de todo comemos chicharrón prensado y carne de puerco. Frijoles diario frijoles y agua, jicama diario es jicama.

Persona 2 la coca es lo que llama más la atención, frijoles es lo que más le gusta a uno. Tortillas frijoles, arroz [fue lo que le "quitaron"].

Desde niña me acuerdo por que yo comía las cucharadas de azúcar... en el rancho había un piloncillo así chicloso, bonito, sabroso me gustaba combinarlo con galleta o cacahuete. Charamusca había una charamusca bien rica eso me gustaba. Ahora ya cuando estaba aquí mi esposo y yo traíamos muchos de esos dulces de fruta cristalizada y eso me encantaba y mis hijos también... las cocadas.



La barbacoa, la carne de puerco ahora casi no como carne. Si hago mole de olla nada mas el caldo.

Ellos comían frijoles, chilito con huevo, que las tortillas si moler el nixtamal, hacer una salsa o guisado de huevo el chile o carnita. En fiestas se da mole con guajolote.

Persona 3 Cuando voy al club como todos llevan comida que unos llevan chicharrón que queso, que frijoles, todo eso pa' comer... todas tamos diabéticas pero todos comemos, pero no nos hace daño por que es arroz, nopales, frijoles,

Este punto es vital en el control de la DM2 y ha constituido la mayor dificultad en el tratamiento de la misma, a este respecto la SAMFYC (1999), comenta que:

En el tratamiento de la DM2, 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 DM2, 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 (p. 36).

En el tratamiento de la DM2 no se han considerado estas costumbres alimenticias al momento de sugerir la dieta, factor que ha dificultado la adherencia al plan alimenticio, cuestión que es clave en el control de la enfermedad. Sólo una de las personas de esta investigación mencionó que había reducido el consumo de determinados aunque con grandes dificultades y después de presentar complicaciones.

2- La gente está acostumbrada a comer hasta saciarse, la dieta del diabético no llena y no es agradable.

El llevar la dieta es un problema para el diabético pues no se acostumbra a comer una menor cantidad de alimento. Además los alimentos sugeridos por el médico generalmente no son los acostumbrados por la mayoría de las personas quienes tienen que buscar sustitutos para quedar satisfechos lo que no siempre logran. Particularmente en el caso de la tortilla que es básica en la alimentación del mexicano.

Persona 1 Antes [de la diabetes] en la comida uno se avienta 8 a 10 tortillas con eso se llena uno, ya le da la diabetes le quitan a uno la tortilla y ya no se llena uno... Le da a uno la diabetes y le quitan la tortilla no se llena uno. Ya uno deja de comer tortilla y uno busca algo de comer.

No yo, yo, yo como toda la fruta a medio día a mí me recomendaron ellos [los médicos], para llenar el chayote, comí mucho tiempo el chayote, ellos en la lista para que se llene coma pepino y chayote pero más le recomiendan el pepino por que no le evitan. Me aburro de pepino y me voy a la fruta de temporada ahorita como jicama diario y luego como pepino diario, diario, diario mientras no me aburra. Es para llenar con otra cosa no me lleno. Si me aviento mi pepino, mi jicama como menos a medio día y si no yo tendría hambre o sea que lo que como soy muy comelón no me lleno y eso es lo que tomo agua. Yo siento que si no como la jicama a las 4 me tendría que aventar 2 platos de comer [guisado].

Persona 2 No me llenaba por que me acostumbraba a comer lo de antes... como hasta donde siento que me lleno

Cuando comía verduras yo sentía que me quedaba con hambre, que no me llenaba... no sentía hambre sino que no me gustaba comer así... sentí que me estaba acabando me sentí delgada sentí que me estaba haciendo más mal. Y parte de eso que es muy caro, que la consulta, que los estudios, la dieta, es muy cara tengo que hacer doble gasto.

Persona 3 Me dijeron ahora vas a comerte 3 tortillas. Ay le digo no me voy a llenar y ya me comía yo mis 3 tortillas y hay veces como ayer comimos nopales, frijoles negros que es lo que hago yo. Ya no cenó, ni el tampoco o sea que nuestro estomago ya está acostumbrado.

Otro aspecto importante en que la persona con diabetes siente malestar es por tener que efectuar doble gasto para la comida, es decir una comida para ellos y otra para el resto de la familia pues a raíz del diagnóstico de DM2 es el único miembro del grupo que debe modificar su alimentación. Todo lo anterior provoca rechazo a la dieta prescrita y dificulta el cumplimiento de la misma.

3- Se acostumbra el consumo de licuado de nopal cada tercer día para controlar la DM2 pues una dosis mayor puede resultar contraproducente.

Esta forma de tratamiento de la DM2 fue mencionada por todos los participantes como una sugerencia efectuada por un familiar o conocido, ellos indicaron que al principio acostumbraban el consumo diario del licuado de nopal pero que después se lo tomaron cada tercer día excepto el paciente número 1 quién desde el principio lo tomo cada tercer día por la experiencia previa de sus familiares con esta enfermedad y con este tratamiento en particular. Aunque la frecuencia del consumo del nopal se debió también a la experiencia propia a como se "fuera sintiendo" con el nopal, es un proceso que se va dando por ensayo-error.

Persona 1 Me tomo el nopal por que aquí lo toman mi mamá y mi familia.

Yo tomo mi licuado para lo de la diabetes. de nopal cada tercer día. Mi licuado de nopal cada tercer día un día si y otro no

Persona 2 El licuado de nopal lo tomé mucho [diario] le ponía sávilu xoconostle, hojas de tomate, jugo de naranja licuado y me lo tomaba pero fue cuando comencé a estar mala de mis manos y de mis pies, por que bueno ya ve que luego platica uno con otras personas me dijeron que eso es lo que me estaba haciendo daño por que no me lo tomaba de vez en cuando sino diario, diario, y eso era lo que me estaba afectando.

... es que yo lo tomaba diario y me dicen que es una vez por semana o dos veces y yo lo tomaba diario con jugo de naranja, nopal, xoconostle, cascaras de tomate verde y sávilu, mucha gente es eso lo que acostumbra y dicen que si les da resultado a mi me dio resultado por que me normalizaba el azúcar.

Persona 3 Si ahorita ya no tomo [diario], ya no me gusta, pero de principio digo un año me tome los licuados que le digo especial todo un año me tome ese licuado no pues sabia feo me lo tomaba y no me hacia nada iba yo con la doctora por que ahí cada mes me checaban ahí en el seguro dije ahí mas me cuido más se me sube la

cochina azúcar, dije no voy a tomar licuado [el especial], yo me lo voy a hacer de vez en cuando de cada tercer día. entonces iba yo donde hacen los jugos especiales para diabéticos y me lo daban de nopal, xoconostle, trocitos de piña me echaban dos ejotes, luego me echaban perejil, epazote.

El consumo de nopal es considerado por los médicos como benéfico para la disminución de los niveles de glucosa tal y como lo comenta el IMSS: "el nopal contiene una gran cantidad de fibra y otras sustancias solubles las cuales se encargan de absorber más lentamente los azúcares que consumimos durante el día, evitando así que la glucosa aumente en sangre" (1999, p. 3).

Es importante señalar que las personas de este estudio acostumbraban el consumo del nopal por sugerencias de familiares o conocidos y no por prescripción médica. Además algo en lo que todas las personas coincidieron, fue en los ingredientes que debía contener el licuado de nopal, y que fueron la mitad de un nopal, xoconostle, jugo de naranja o toronja y presentaron ligeras variaciones en los demás ingredientes del licuado.

4- Las personas han probado diversos tratamientos alternativos para el control de la DM2. Sobre todo al principio de la enfermedad.

Cuando una persona es diagnosticada con DM2 generalmente "le anda buscando" remedios alternativos para obtener el control de la enfermedad pero después de un tiempo deja de utilizarlos por falta de resultados o selecciona los que más le han recomendado y surtido efecto sobre todo cuando la prescripción fue hecha por algún familiar cercano a ellos; el licuado de nopal, entre los más comunes. También prueban otros tratamientos cuando sienten que el tratamiento del médico no surte efecto en ellos y/o cuando "se cansa" de él.

Persona 1 Toda mi familia ha sido diabética yo le decía mi mamá tomo, y no nadamás mi mamá, mi primo Juan, mi tía Nacha, mi tía Esther tomaron la víbora o

sea anduvieron haciéndole mucho la lucha por eso yo ya no le hago, ellos ya con su anduvieron con la vibora, la hiel de pollo un chorro de cosas que hicieron con su diabetes

Persona 2 *Entonces le busque por otro lado por que luego ve que le anda uno buscando. [Se refiere al medico naturista].*

El licuado de nopal lo tomé mucho le ponía sávila xoconostle, hojas de tomate, jugo de naranja licuado y me lo tomaba pero fue cuando comencé a estar mala de mis manos y de mis pies, por que bueno ya ve que luego platica uno con otras personas me dijeron que eso es lo que me estaba haciendo daño, por que era muy frío, por que no me lo tomaba de vez en cuando sino diario, diario, y eso era lo que me estaba afectando.

Persona 3 *A mi hijo le decian que tomara yo el té de lágrimas de San José tome ese té pero primero otro té que estaba compuesto por varias yerbas, venia revuelto con palos. Yo lo senti amargo, no lo va a creer que hasta mi saliva en la madrugada me tenia que parar para enjuagarme la boca y desde entonces no me los tomo. Me los tome precisamente en el año que me dio la diabetes. Así [después] yo me tome diario, diario. Para no hacerlo, ya me decía mi hijo yo te doy dinero, entonces iba yo donde hacen los jugos especiales para diabéticos y me lo daban de nopal, xoconostle, trocitos de piña me echaban dos ejotes, luego me echaban perejil, epazote.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto al tratamiento que sigue el paciente diabético como complemento al tradicional, es preocupante que en ningún caso las personas reporten esto al médico que los atiende, esto se debe quizás a la actitud de los profesionales de la salud cuando esto ocurre y que generalmente es de descalificación o rechazo. Tal y como lo comenta una persona de esta investigación.

Persona 1 *[En el trabajo] Conoci a muchos que le daban el nopal, el nopalillo, la vibora de cascabel, y había una doctora que decía que eso era brujería que no le ayudaban para nada, pero yo digo que si.*

En mi trabajo no nos quitaban nada [dieta] tampoco. Ahí también había doctores.

Bueno también era el pleito con la doctora porque ella dice que éramos brujos [¿por qué?] pues por que come uno nopal. Ahí era el pleito con los doctores.

Esto coincide con lo planteado por Cardoso (2000a), al hablar de la confrontación cultural que existe entre la cultura del profesional de la salud y la de la persona con diabetes, lo que sin duda ha dificultado la comunicación entre ambas partes durante el tratamiento.

Valores

"...son supuestos tanto conscientes como inconscientes de lo que es bueno correcto e importante. Los valores también tienen una estrecha relación con las normas de lo deseable, basta decir que el ethos es decir, las características fundamentales de cualquier cultura son el reflejo de sus valores básicos" (Mack y Pease, 1980, p. 93).

1- Para las personas con diabetes son más importantes los convivios familiares o sociales que el tratamiento de su enfermedad.

Los participantes en este estudio revelan dificultades para seguir la dieta en convivios familiares pues en esas ocasiones "especiales" valoran más el convivir con su familia y aceptar las consecuencias a largo plazo por no seguir las indicaciones médicas, a rechazar los alimentos y romper con los hábitos familiares que le han inculcado, además en esas reuniones generalmente se acostumbran a consumir los alimentos que el diabético tiene restringidos en su dieta y este es un factor importante de descontrol de su enfermedad. La familia y el convivio con los suyos son más importantes que el tratamiento de su enfermedad.

Persona 2 Si por que como tengo varios hermanos y varias cuñadas entonces voy con ellos y pues me invitan a comer. No puedo guardar la dieta por que allí hay de todo... y luego a uno se le antojan las tortillas calentitas.

A mi papá le gustaba mucho que fuéramos todos, todos ahí convivíamos en lo que era la casa de él, la casa grande de mis papás, todos hasta los que están allá se iban a convivir ahí con nosotros los que llegábamos de aquí eso le gustaba mucho

a él... tratamos de estar siempre juntos, seguido. Cualquier fiestecita vamos, en año nuevo, el día que falleció, Santa Cecilia, hacemos mole, casi lo más barbacoa y hay que romper la dieta, hay barbacoa, consomé, pancita, frijoles, tortilla arroz, todo. Aquí igual si uno de mis hermanos tienen una reunión o alguna fiestecita que tienen yo soy la única que esta con el y mi familia también es unida. Mis hermanos los que están allá [en E. U.] de cada ocho días siempre están juntos si no es el sábado o es el domingo y hacen de comer.

En una fiesta dondequiera que sea 1 o 2 cubas es lo que me tomo más ya no y no me hace daño pues, es lo que yo siento... El martes salí con 180 de 130 que salí del martes [pasado] de ese día me senti desguanzada.

Persona 3 [En su pueblo] Allá [como] lo que se me antoja, luego mi hermana como sabe lo que se me antoja dice que crees mana te hice unas gordas. Como tiene metate me hace unas tortillas pero gordas. Digo no si estoy aquí yo creo que engordo o se me sube mas la azúcar uno de los dos luego, calentitas del comal y una salsa, y le echan que nopal asado, para que quieren carne.

No, no guardo la dieta por que me ando comiendo hasta 4 tortillas por que están bien ricas. Dicen ay ya párale, por que, digo ay manita no es de todos los días, ya luego me hacen mi atole, el chileatole ahí lo hacen con chile guajillo y me lo dan hasta doble vez, no con eso ya para que quiero más.

Al respecto Toro (1999) indica: "Gran parte de nuestras celebraciones sociales de muy distinta índole se concretan en comidas compartidas. Son múltiples las situaciones alimentarias en que el alimento ingerido entraña un valor añadido que está determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come y, en consecuencia, también por las experiencias anteriores en situaciones semejantes". (p. 2-3).

En estas ocasiones "especiales" las personas con diabetes prefieren convivir con su familia y/o conocidos a seguir su tratamiento aunque sepan que eso les puede generar un descontrol a largo plazo. Pues les han inculcado la importancia de las reuniones familiares y sociales. Por otra parte la gente que acude al programa en su mayoría proviene de provincia y al asistir a su comunidad de origen se dan el "lujo" de comer "de todo".

2- Las sugerencias (prescripciones) de familiares o conocidos respecto al tratamiento de la DM2 son igual de importantes para las personas como las efectuadas por los profesionales de la salud.

Para las personas con DM2 de este estudio la opinión de sus conocidos era de igual o mayor importancia para el control de su enfermedad, que la efectuada por los profesionales de la salud, e inclusive las sugerencias de los primeros cobran mayor importancia sobre todo cuando las prescripciones médicas chocan con sus creencias o costumbres, pues las sienten fuera de su marco de explicación, lo que ocasiona que la persona otorgue mayor importancia a la prescripción familiar.

Persona 1 Me tomo el nopal por que aqui lo toman mi mamá y mi familia.

[En el trabajo] Conoci a muchos que le daban el nopal, el nopalillo, la vibora de cascabel, y habia una doctora que decia que eso era brujeria que no le ayudaban para nada, pero yo digo que si.

Persona 2 Con diferentes personas de aqui de la colonia por que aqui hay mucho diabético... me decian que con el licuado de nopal mis hermanos allá en el rancho también lo siguen acostumbrando mucho.

Persona 3 [Su nuera le dijo] No lo tome [el medicamento] por que se le pueden caer los dientes puede quedar ciega, bueno todas esas cosas, se le puede caer el pelo se le puede afectar el estomago y no me lo ponía... Dice que le decian como ella trabaja en Toluca, ella es cocinera en las fabricas y me dice: no allá las compañeras yo le dije de usted y dice no que no se lo tome si yo hasta ciega estoy quedando por lo mismo que estoy tomando. Digo ay le digo pues no se y 'tonces pues tanto que me decia pues no me lo tomaba.... Y a ella le dice que le dijeron y ella me lo dijo a mi y yo de creída.

En el tratamiento de la DM2 el profesional de la salud no ha considerado la importancia de las sugerencias efectuadas por conocidos o familiares del enfermo al proporcionar sus sugerencias a las personas con diabetes. Sería importante indagar que

otras cosas además del tratamiento médico está haciendo la gente para controlarse ya que esto incrementaría la comunicación y la confianza entre ambas partes.

Religión

"...religión se define como un sistema de normas que guían la conducta referente a la búsqueda del significado profundo de las cosas. Esa preocupación por el significado profundo ... es la búsqueda de explicaciones del significado de la vida, de la muerte y de las cosas difíciles de explicar" (Southard, Shepard y Taylor 1998, p. 178).

1- La religión es utilizada como marco de explicación de la enfermedad, de su evolución y de las complicaciones de la misma.

Las personas de este estudio refirieron ser muy católicas y hacen referencia frecuentemente a la religión para explicar su enfermedad. Inclusive llegan a considerar que la DM2 es producto de acciones negativas realizadas en el pasado lo que provoca sentimientos de culpa en ellos, esto sobre todo al principio de la enfermedad o cuando existen complicaciones.

Persona 1 hay muchas dificultades mientras diosito nos ayuda no hay dificultades. Y se lo mete uno en la cabeza y toda la cabeza le esta dando a uno vueltas... Digo que todo lo hace dios algo debo de pagar yo, tengo que pagarlo pero no creo que sea malo que diosito me este castigando [con la diabetes], pero dentro de mi manera yo digo que algo habrá.

Y esas son las ideas de uno y yo fui bien pedo, bien pedo y rompí juramentos y yo decía si me vas a castigar castigame a mi y no a mi familia y luego si me pongo a pensar que son castigos [sus complicaciones] que yo jure. A los 19 rompí mi primer juramento.

Persona 2 yo creo que muchos piensan que se van a morir... y aquí hay personas que se han muerto y se enfermaron después que yo pero yo pienso que nadie se muere si dios no quiere.

A dios le pido que me ayude a superar esto que lo tome como cualquier cosa. Por que nadie muere si dios no quiere ya cuando dios diga hasta aqui pues hasta aqui.

Persona 3 *Al principio de la enfermedad yo decía ¿por que a mi, que he hecho yo para que me castigue diosito con esa enfermedad? Soy católica, tons decía, por que dios me manda este castigo... ahora me pongo a rezar voy a los retiros.*

Si, ya te quieres morir pero dios todavia no te quiere, tienes que sufrir, así que ni modo aguántate hasta que diga dios hasta aqui llegaste...

De igual forma las expectativas de control de la enfermedad así como las complicaciones de la misma están ligadas para ellos a decisiones divinas. Factor cultural que las personas consideran como importante y que generalmente no es considerado al momento de sugerir el tratamiento y que debe ser retomado por el psicólogo.

2- El pertenecer a un grupo religioso les ha proporcionando apoyo en su enfermedad.

Los entrevistados manifestaron realizar actividades religiosas como asistir a retiros espirituales, pertenecer a grupos de la Iglesia, mismos que les proporcionan distracción y han servido para incrementar su red de apoyo social, además el participar en eventos u organizaciones de este tipo sirve para mantenerlos ocupados en actividades que les proporcionan satisfacción y tranquilidad.

Persona 1 *Si, cada 8 días viene una persona para rezar, esa persona nos ha ayudado mucho. Mientras haya trabajo gracias a dios uno la lleva bien. La base es que yo tengo trabajo gracias a dios se imagina sin poder comer o eso, seria peor. Nos vienen a rezar cada jueves... pues es de aquí de nuestra iglesia yo pertenezco a los matrimonios, esas personas son las que ahora vienen a visitarnos cada jueves como media hora que se confiesa uno*

Persona 2 *Le pido paciencia para superar esto... me ha ayudado mucho... me he sentido tranquila por que voy a los temas, yo voy a unos temas de la Biblia y... va uno conociendo a dios a nuestros semejantes todo eso ayuda a uno mucho.*

Los temas son dos veces por semana miércoles y viernes y visitar enfermos... y eso lo ayuda a uno, encuentra una fortaleza bastante agradable. Y esto si nos ayuda a curarnos por que esto me ha ayudado a mi también, me ha ayudado bastante, me he sentido bien.

Persona 3 Pues fijese que cuando yo sali de ahí [retiro] sali bien tranquila, que no me dolía nada a pesar de que iba yo con estos dolores... dicen entrégate a Cristo y si yo digo que lo voy a ver lo si voy a ver... y así con una voz bien tranquila que usted se relaja y ahí como que se relaja uno que cuando dicen que va pasando Cristo y que nos esta tocando yo muevo los pies, ya no me dolía. Yo sali de ahí que ya no me dolía nada, bien tranquila.

Tal y como lo comenta O'Dea (1978), la religión hace que el individuo se identifique con su grupo, y mediante su participación a través de organizaciones religiosas la actividad religiosa sirve como centro de integración de numerosas actividades, entre ellas la de carácter recreativo.

La religión ayuda también a que la persona tenga esperanza en su tratamiento y en lograr el control de la enfermedad, es importante también reforzar el comportamiento del diabético en los cuidados de su enfermedad y hacer referencia a tales aspectos religiosos a los que el paciente atribuye gran importancia para el control de la DM2 y para su vida en general.

Persona 1 A mi me pasan las personas [médicos] que creen en dios o sea que le dan esperanzas primero dios con esas pastillas y ya como que me dan aliento, con esas pastillas va a salir adelante primero dios, le dan esperanzas.

Lo que yo siento es que no le hagan a usted perder la fe por ejemplo con el doctor de los ojos tuve un pleito... me perjudicaron en el son de que yo iba a poder ver [en las esperanzas que tenia de recuperar la vista]... le dije que si podía seguir adelante... el médico me dijo yo no soy dios para volverte a dar la vista. Da coraje o sea que ya sé que no eres dios... no le dan a uno esperanza. Por ejemplo ahí me citaban cada tres años, cada 5 años con mis enfermedades, yo le decía a chirrión

dentro de 5 años a poco voy a aguantar y a otra persona le decían: si duras o si no [si no mejoraba] te operamos. Pero no le daban esperanza de si voy a vivir esos años o si me van a operar o no.

3- El grupo religioso ha realizado las funciones de un psicólogo para las personas con diabetes apoyando en el control de la enfermedad y en la aceptación de la misma.

Al principio de la enfermedad es importante la aceptación de la misma por parte de la persona y más cuando esta presenta complicaciones. En ese periodo la participación de las personas de este estudio en una agrupación religiosa les ofreció una alternativa para compartir sus dudas con las personas de un grupo, les ayudó a aceptar la enfermedad y a tener algo en que creer (esperanza), en su tratamiento. En ese sentido el grupo religioso ha realizado las funciones de un psicólogo pues libera a la gente de los sentimientos de culpa que pueden presentar y les proporciona tranquilidad "espiritual".

Persona 1 Si ellos no han dejado de venir [sus compañeros del grupo religioso] ya tengo yo 5 años así, ellos no han dejado de venir ni un jueves hoy vienen en la tarde como a las 6, cada jueves cada jueves y cada tercer domingo del mes vamos a misa de los enfermos a sea ahí moralmente lo enseñan a que crea en dios que el sabe por que suceden las cosas y espiritualmente lo alivian, por decir, cuando le pasan las cosas siempre esta uno renegando, por que a mí, por que a mí así era yo.

Me han ayudado mucho espiritualmente dice "qué es lo que has recibido ahorita que estas enfermo analiza que no todo es malo o sea que dios no nos abandona". Gracias a dios a mi madre le ha dado salud si no sería peor.

Y luego pienso que es lo que esta pasando es por que hice algo mal en la vida, y en lo espiritual [grupo religioso] le dicen no por malo te esta pasando eso [la DM2] y le enseñan a uno a creer, ahorita como ya estoy así es como uno le da valor a las cosas es cuando uno cree en dios, hay muchas cosas que a uno no le cuestan y que no las sabe aprovechar.

Persona 2 Le pido paciencia para superar esto... me ha ayudado mucho [el grupo religioso]... me he sentido tranquila por que voy a los temas, yo voy a unos temas

de la Biblia y... va uno conociendo a dios a nuestros semejantes todo eso ayuda a uno mucho.

Los temas son dos veces por semana miércoles y viernes y visitar enfermos... y eso lo ayuda a uno encuentra una fortaleza bastante agradable. Y esto si nos ayuda a curarnos por que esto me ha ayudado a mi también, me ha ayudado bastante, me he sentido bien.

Persona 3 Como en marzo fuimos a un retiro de dos dias... me gusta por que tienen unos cantos y me siento relajada cuando están orando, que cuando dicen que dios esta pasando que nos esta tocando, que cierre uno los ojos y todo eso que uno debe de pensar que Cristo 'ta pasando, que por que uno debe de entregarse a dios, entonces toda la gente está así. Serán creencias lo que usted quiera pero fijese que iba yo con un dolor de piernas, taba yo muy mal... Pues fijese que cuando yo sali de ahí sali bien tranquila, que no me dolía nada a pesar de que iba yo con estos dolores... Dice va pasando en cada asiento y esta tocando las piernas y ellos tan orando igual, señor alivia a los enfermos y así con una voz bien tranquila que usted se relaja y ahí como que se relaja uno que cuando dicen que va pasando Cristo y que nos esta tocando yo muevo los pies, ya no me dolía. Yo sali de ahí que ya no me dolía nada; bien tranquila.

Al respecto Frankl (1990), comenta que aunque la religión no tiene un motivo psicoterapéutico brinda al hombre seguridad y tranquilidad espiritual, contribuyendo además a mantener su equilibrio psíquico.

La aceptación de la enfermedad es un punto clave en el que el psicólogo debe intervenir y en el que como se ha visto, debe considerar la importancia que las personas otorgan al factor religioso como marco de explicación de la enfermedad y sobre todo la influencia que esta tiene en su comportamiento.

Cabe reiterar que al psicólogo y al profesional de la salud no le corresponde comprobar o juzgar la veracidad de las creencias en las que se basa la religión más bien se debe interesar en la influencia de estas en comportamiento del hombre.

CONCLUSIONES

Lo humano eje de nuestra reflexión

En los últimos años ha existido un notable incremento de las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, sin embargo los tratamientos utilizados actualmente no han tenido el éxito que deberían si se consideran los recursos y los avances que en materia de salud se tienen, prueba de ello son las estadísticas actuales sobre la enfermedad y las complicaciones asociadas a ella.

Debido a esta situación surge la necesidad de involucrar a otras disciplinas además de la medicina en el tratamiento de esta enfermedad. Es el caso de la psicología, pues así como se considera que la enfermedad es el resultado de una combinación de factores biológicos, sociales y psicológicos, así también debe ser su tratamiento. En el caso de la DM2 el control de la persona debe ser considerado como un objetivo que se puede conseguir mediante la participación de diversas disciplinas que aborden los diversos factores que influyen en la enfermedad.

Los psicólogos, al participar en el estudio de la DM2 y de las enfermedades crónicas en general, debemos considerar los aspectos culturales y sociales de las personas, ya que si bien, el comportamiento es una cuestión de primer orden para la psicología, debemos entender que los actos individuales no son azarosos, sino que tienen un sentido determinado por las costumbres, valores y creencias comunes de la colectividad y que han sido interiorizados por el individuo.

En ese sentido, el análisis del comportamiento de las personas con diabetes debe considerar el contexto cultural en que viven, sus creencias, valores, costumbres, pues en el caso de esta enfermedad cuando una persona no sigue el tratamiento inmediatamente es calificada por el profesional de la salud como tonta, inconsciente o ignorante, sin que se investigue que factores están influyendo en su comportamiento y en su no adherencia al tratamiento.

Ejemplo de lo anterior lo constituyen los resultados de este trabajo, los cuales muestran, entre otros, la percepción que estas personas tienen de la enfermedad. La DM2 es para ellas el conjunto de síntomas, complicaciones y limitaciones que impone la enfermedad, algo concreto, y no algo tan abstracto como "una absoluta o relativa deficiencia en la acción de la insulina". La diabetes no es considerada una enfermedad grave por las personas hasta que conocen por alguna persona cercana o presentan ellos mismos los síntomas, y es hasta entonces cuando se encuentran más dispuestos a seguir el tratamiento.

Además estas personas consideran que la DM2 es una enfermedad que no puede prevenirse y totalmente dependiente de factores externos, problemas personales etcétera. Estas creencias han dificultado la modificación de sus hábitos, lo que ha puesto en peligro no sólo su salud, sino la de sus familiares, ya que en sus hogares no se realiza ningún cambio en cuestiones como costumbres alimenticias, ejercicio o información sobre la enfermedad y sus complicaciones.

Un factor terapéutico, basado en las características culturales del diabético, que optimizaría el tratamiento sería el mostrar las complicaciones de la DM2. Es importante concientizar a la gente al respecto pues la DM2 es una enfermedad grave que amerita cuidados y modificación de hábitos aunque no existan complicaciones en las personas, pues la meta que deben tener es seguir siendo diabéticos sin complicaciones.

Un ejemplo de tal intervención lo constituyen las sesiones de sensibilización desarrolladas por el DUPAM en la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, donde, mediante diapositivas se muestra a la gente algunas de las complicaciones de la enfermedad.

Basado en estas características de la población el equipo multidisciplinario debe realizar intervenciones considerando las creencias que las personas tienen acerca de la DM2, pues la mayoría considera que no tiene control sobre la enfermedad lo que ocasiona que las personas con diabetes no tomen medidas para lograr el control de la misma. Lo anterior, es un factor que limita el trabajo del profesional de la salud en el control de la enfermedad.

La familia es otro aspecto primordial en la vida de las personas con diabetes y que debe ser considerado por el profesional de la salud pues de ella proviene gran cantidad de información sobre la DM2 y apoyo para el seguimiento del tratamiento mediante sugerencias para el control de la enfermedad.

El apoyo familiar parece surgir y se hace evidente ante la presencia de complicaciones causadas por la DM2. Pues así como la persona no se considera enferma por que no presenta síntomas, la familia tampoco considera necesario prestar apoyo al familiar con diabetes ni modificar sus hábitos de vida en relación a la nueva enfermedad hasta que las complicaciones en la persona se hacen presentes.

Es conveniente involucrar en mayor medida a la familia en el control de la DM2 ya que de acuerdo a la perspectiva multidisciplinaria el tratamiento debe ser integral y abarcar la mayor cantidad de aspectos. Esto concuerda, además, con lo propuesto por González y Ramírez quienes para incrementar la adhesión al tratamiento recomiendan "una intervención más exhaustiva con la familia del diabético para modificar el aspecto fundamental que a todos los pacientes parece afectar y es la diferencia de los hábitos alimenticios y la dieta diabética" (Citado en Plata, 2000, p.26-27).

Por ello se sugiere implementar la prevención en los familiares de las personas con diabetes involucrándolos en actividades específicamente diseñadas para ellos como las sesiones de información sobre la enfermedad.

Respecto a la dieta que es considerada por los profesionales del área de la salud como la parte más importante en el tratamiento y control de la DM2, cabe señalar que la alimentación acostumbrada por las personas dificulta el seguimiento del tratamiento pues consideran particularmente difícil modificar sus costumbres alimenticias. Resultando más fácil para ellos incorporar el uso de medicamentos a su vida cotidiana que modificar sus costumbres alimenticias más arraigadas, cuestión que lleva a la persona a considerar que el medicamento es lo más importante y a veces la única medida a tomar para el control de su enfermedad.

Nuevamente el equipo multidisciplinario debe proporcionar información a las personas con diabetes y a sus familiares en cuestión de alimentación, pues para la gente la dieta prescrita es considerada un sacrificio ya que no comen lo que les gusta y/o no comen hasta que se llenan, factores ambos que de acuerdo a su percepción son indicativos de una buena comida.

Un aspecto más que contribuye al no seguimiento de la dieta es el desconocimiento de la relación que existe entre la ingesta de determinados alimentos y/o cantidades de los mismos y el incremento de los niveles de glucosa en sangre.

La religión es otro aspecto considerado como marco de explicación de la enfermedad y que ha sido dejado de lado por parte de los profesionales del área de la salud al momento de efectuar sus recomendaciones.

Cabe señalar que la pertenencia a un grupo religioso ha brindado a la gente, por lo menos a los participantes en esta investigación, la posibilidad de relacionarse y conocer personas, además de proporcionarles la oportunidad de desarrollar actividades que les

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

proporcionan distracción y satisfacción tales como asistir a retiros espirituales, visitar enfermos, etc.

El profesional de la salud debe de considerar la importancia que el diabético atribuye a tales aspectos y aunque en lo particular no comulgue con ellos, no debe censurar la participación de la persona en tales actividades pues son cuestiones que, tal y como lo refieren los participantes en este estudio les proporcionan bienestar y tranquilidad.

Además, independientemente de la postura religiosa que se tenga cuando las personas con diabetes se cuestionan o se afligen por las complicaciones o causas de su enfermedad y después de reflexionarlo más, o como en este caso, de platicarlo con las personas de su grupo religioso concluyen que: "dios sabe por que hace las cosas". En ese momento dejan de pensar en las causas de la DM2 (el "por que a mí") y aceptan vivir con su enfermedad, por lo tanto, sí mediante la religión las personas con diabetes realizan actividades que les proporcionan distracción y bienestar tal aspecto puede ser considerado en el proceso del tratamiento.

Las conclusiones anteriores indican, en términos generales, que en el análisis de esta enfermedad no se ha considerado que las personas con diabetes organizan su vida de una forma bajo condiciones sociales y culturales específicas, donde la DM2 y su tratamiento constituyen sólo una de las diversas situaciones que se les presentan en la vida diaria.

Los profesionales de la salud hemos considerado también que la atención a la enfermedad es prioridad para las personas con DM2, sin embargo, para ellos algunas veces no es así. La diabetes se convierte en un aspecto prioritario sólo cuando se presentan complicaciones. Es por ello que la enfermedad y su atención generalmente pasan a segundo término, además la DM2 no siempre es la única enfermedad que presentan las personas que asisten al programa.

Es evidente, después de analizar este trabajo, que las personas dan un significado a su enfermedad diferente al que los profesionales de la salud le asignan, este significado se

traslada a todos los aspectos de su vida. En este punto es necesario efectuar una distinción entre dos elementos que si bien se encuentran juntos en el análisis una enfermedad constituyen algo diferente:

1. La enfermedad en sí, que hace referencia a anomalías en la estructura o función de los órganos o sistemas del organismo, abarca los síntomas físicos, los cambios y manifestaciones orgánicas que tiene y que son abordados por los médicos, odontólogos y enfermeras, generalmente.
2. La manera en que la persona vive su enfermedad, el concepto que tiene de ella, la manera en que impacta en sus actividades cotidianas, la experiencia subjetiva de la DM2 en este caso.

Esto último punto es similar a lo que Mercado (1996), denomina la *Experiencia del Padecimiento* y que hace referencia a la manera en que las personas, los miembros de su familia o su red social más cercana interpretan y responden a la enfermedad. Y a lo que McDermott y O'Connor (1996), denominan *Dolencia*, concepto utilizado al referirse a la experiencia subjetiva de la enfermedad.

Como lo menciona Mercado (1996), el modelo explicativo de los profesionales de la salud se ha orientado a la enfermedad y el de las personas con diabetes al padecimiento, es decir, a la manera en que viven su enfermedad.

Por otra parte, en cuanto a la participación del psicólogo está debe cobrar mayor importancia en el tratamiento de la DM2, ya que parte fundamental del manejo de la diabetes se hace fuera de los espacios médicos, sobre todo en el hogar y con la participación de la familia, y es allí donde se encuentran algunas dificultades para seguir los tratamientos médicos prescritos.

Un aspecto importante en la participación del psicólogo en el estudio de las enfermedades crónicas es que este debe centrar su estudio de manera prioritaria en

cuestiones como el impacto de la DM2 en los ámbitos emocional, familiar, laboral, social, etcétera (padecimiento o dolencia), sin olvidar que los efectos o síntomas de una enfermedad son interpretados en una forma específica por cada persona en función de su contexto social y cultural. Y sólo como complemento debe indagar las deficiencias orgánicas o físicas, de la diabetes (la enfermedad).

La psicología debe centrarse en el estudio de la persona sin olvidar que se desenvuelve en un contexto determinado, pero priorizando para su estudio los aspectos emocionales, la forma en que el paciente y su familia viven la enfermedad o en como ha interferido con su conducta cotidiana.

Para ello es necesario que los psicólogos efectúen más investigaciones de diversos aspectos asociados a la enfermedad que permitan al profesional de la salud elaborar estrategias de intervención acordes a las características de la gente, analizando aspectos culturales, psicológicos y sociales de la diabetes (el contexto de la enfermedad), para contar con más elementos de referencia al momento de elegir el tratamiento de la DM2.

Por ejemplo, en este trabajo se investigó y analizó el papel de las creencias o costumbres como marco de explicación de la DM2 y como posible influencia en la conducta ante la enfermedad, y la religión como una manera de responder a la diabetes. Elementos propios del contexto cultural de las personas con diabetes.

A continuación se sugieren en términos generales algunas líneas de investigación que podrían ser retomadas en trabajos posteriores.

- ✓ Los resultados de este trabajo sugieren que existe una relación directa entre el conocimiento de las consecuencias de la DM2 y el conjunto de acciones de cuidado que realiza el enfermo para lograr el control de su enfermedad. Se podría profundizar en este aspecto.

- ✓ Otra línea de investigación sería el analizar el autoconcepto de las personas con diabetes asociado a su dependencia cuando presentan complicaciones.
- ✓ Evaluar el impacto de la DM2 en diversas áreas de la vida de las personas que viven con un enfermo crónico por ejemplo en el ámbito laboral, averiguando también el punto de vista de las parejas o familiares de las personas con DM2 y la forma en que la enfermedad ha afectado sus relaciones sociales, su sexualidad, etcétera.
- ✓ Efectuar investigaciones con grupos personas de diferente edad o con diferentes periodos de presentar la enfermedad, para averiguar si con el transcurso del tiempo se van modificando las formas de responder la DM2.
- ✓ Específicamente podrían analizarse las creencias o costumbres alimenticias en personas con reciente diagnóstico de DM2 y en una fase avanzada de la enfermedad para entender como evoluciona el proceso, como lo enfrenta el paciente o su familia a lo largo del tiempo. Se pueden también investigar a fondo el contexto cultural, y con base en este elaborar programas de intervención basados en las características culturales de las personas.
- ✓ Respecto al apoyo proporcionado por la familia además del apoyo social tangible se puede, en otro trabajo, evaluar la percepción que el paciente tiene del apoyo que recibe de sus familiares. Para tal efecto podrían retomarse las sugerencias de Shaefer y cols. (citado en Lazarus y Folkman, 1986) quienes distinguen tres tipos de funciones del apoyo social.
 - Apoyo emocional: Es la posibilidad de contar y confiar en alguien que contribuya a la sensación de que uno es cuidado y querido.
 - Apoyo tangible. Se refiere a la ayuda directa prestamos regalos y los servicios que se brindan como cuidado al enfermo u otorgar trabajo
 - Apoyo informacional. Es proporcionar información para que el individuo reconozca cuales van siendo los resultados de sus actos.

- ✓ En cuanto a la utilización de tratamientos alternativos al tratamiento médico, destaca el del consumo del licuado de nopal el cual aunque actualmente es recomendado por algunos médicos, hasta hace algunos años su utilización en diabéticos no era avalada por ellos. Sería interesante averiguar la utilización de tratamientos alternativos a lo largo de la enfermedad y en personas con un grado diferente de complicaciones.
- ✓ Por último se puede investigar si los resultados hubiesen sido los mismos si el entrevistador se presenta como médico, y no como psicólogo como ocurrió en este caso.

PROPUESTAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Considerando lo anteriormente expuesto en este trabajo se han elaborado las siguientes propuestas:

- ✓ Es evidente que se deben buscar nuevas alternativas de solución a problemas de salud como la Diabetes Mellitus, y no dejar que el problema lo resuelva sólo una disciplina. Por tanto, el tratamiento de la DM debe ser complementado por otras disciplinas además de la medicina, entre ellas por supuesto la Psicología.
- ✓ Es necesario dar mayor énfasis a la atención multidisciplinaria sobre todo en problemas como la Diabetes Mellitus, ya que de esta forma se atenderá el problema en forma integral y se tendría una visión más global del mismo.
- ✓ Los tratamientos del área de la salud deben considerar la cultura de las personas con diabetes, ya que es necesario tomar en cuenta el papel que creencias y costumbres juegan en el mantenimiento, control y tratamiento de la DM.
- ✓ La cultura de las personas con diabetes no es una característica abstracta del entorno social, y que por lo mismo es soslayada. La cultura es un recurso disponible que el profesionista de la salud debe estudiar y utilizar, ya que la cultura no solo configura el

comportamiento del hombre en su enfermedad o es una referencia para la explicación de sus acciones, más bien es una fuente de donde se deben tomar los recursos necesarios para lograr que el paciente obtenga el control de su enfermedad. Es el caso del apoyo familiar con que cuentan los participantes en esta investigación.

Específicamente en los casos de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza y del DUPAM se propone lo siguiente:

- ✓ Efectuar investigaciones que puedan proporcionar más información sobre la diabetes. Para lograr lo anterior es indispensable crear espacios para trabajar multidisciplinariamente. Por ejemplo en la FES Zaragoza se podrían utilizar las clínicas "multidisciplinarias" en donde lo que se hace generalmente es brindar al público atención unidisciplinaria.
- ✓ Sería recomendable además, que en la FES Zaragoza (Una unidad Multidisciplinaria de la UNAM), se incluyera en los programas de estudio por lo menos un módulo en donde se toque el tema de la multidisciplinaria, ya que de esta forma se tendrían más elementos para poder trabajar multidisciplinariamente.
- ✓ En cuanto al programa multidisciplinario de diabetes se pueden implementar sesiones grupales coordinadas por psicólogos en donde las personas compartan experiencias e interactúen pues esto incrementaría la comunicación entre ambas partes y el conocimiento de la población con diabetes.
- ✓ En la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas sería deseable la presencia de un pasante y asesor de la carrera de Q. F. B., sobre todo para facilitar la atención a las personas en cuanto a pruebas de laboratorio, interpretación de análisis, etcétera.
- ✓ Proporcionar mayor información a la población de la zona acerca de los servicios con que cuenta la Clínica Tamaulipas para poder atender a un mayor número de personas y observar más claramente el comportamiento de la población con la enfermedad.

- ✓ Respecto a los materiales de información elaborados para las personas con DM2, estos deben efectuarse considerando el nivel de escolaridad que en el caso de este estudio fue de primaria, y la edad de la gente, pues la mayoría de los asistentes al DUPAM son adultos mayores y referían que no les era tan fácil la retención de la información proporcionada en las pláticas del equipo multidisciplinario. Se sugiere la elaboración de materiales de información escritos con contenidos breves y con lenguaje coloquial.

- ✓ Por último los psicólogos al abordar este problema, debemos dirigir la atención a las personas con diabetes y no a la diabetes de las personas, centramos en el impacto de la DM2 en diversos ámbitos de su vida, en la visión de la persona de la diabetes (el padecimiento o dolencia), y no en los aspectos fisiológicos (enfermedad), donde el profesional más capacitado es el médico, pues como dice el lema de la Facultad lo humano debe ser el eje de nuestra reflexión.

REFERENCIAS

1. Aguilar, E. (1990). Cartas a un diabético. México: Trillas.
2. Anales Nestlé. (1992). Diabetes Mellitus. México: Compañía Nestlé.
3. Arganis, E. (1998). Ideas populares acerca de la diabetes y su tratamiento. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 36 (5), 386-387.
4. Aristos: Diccionario ilustrado de la lengua española. (1986). Editorial Ramón Sopena: Barcelona.
5. Baldrige, V. (1979). Sociología. México: Editorial Limusa.
6. Béjar, N. R. & Capello, G. H. (1990). Bases Teóricas y Metodológicas en el Estudio de la Identidad y Carácter Nacionales. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
7. Béjar, R. (1994). El mexicano: Aspectos culturales y psicosociales. México: UNAM.
8. Broom, L. & Selznick, P. (1976). Sociología: Un texto con lecturas adaptadas, Editorial Continental. S.A. de C.V.
9. Buendía, D., Fernández, A. & Garza, I. (1980). Manifestaciones orales de la Diabetes Mellitus. Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista. D.F., México: ENEP Zaragoza, UNAM.
10. Buenrostro, A., Palacios, C. & Verdiguél, L. (1994). Servicios psicoeducativos: Diagnóstico, intervención y tratamiento. México: FES Zaragoza, UNAM.
11. Capra, F. (1985). Punto crucial. Barcelona: Integral.
12. Cardoso, M. (1999). Multidisciplina e Interdisciplina en el área de la salud. Salud problema, 4 (7), 31-37.
13. Cardoso, M. (2000a). La confrontación cultural: un factor determinante para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Investigación en Salud, 2 (2), Universidad de Guadalajara. 110-116.
14. Cardoso, M. (2000b). La cultura del diabético: Factor esencial para el control de su propia enfermedad. Una perspectiva multidisciplinaria. Salud Problema, 5 (9), Nueva época. UAM Xochimilco. 33-40
15. Cardoso, M., Figueroa, E., Moreno, G. & Pérez, J. (1998). Elementos para una definición conceptual de multidisciplinaria. En M. Cardoso, & J. Pérez (coords.) Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria. (pp. 89-93) México: FES Zaragoza, UNAM.

16. Ciudad Nezahualcóyotl (1998). Segundo Informe de Trabajo. H. Ayuntamiento de Ciudad Nezahualcóyotl. Nezahualcóyotl, México: Autor.
17. Ciudad Nezahualcóyotl. (2001). Página del municipio de ciudad Nezahualcóyotl. Cd. Nezahualcóyotl, México: Autor. [En red]. Disponible en www.nezahualcoyotl.mx
18. Chinoy, E. (1986). Introducción a la sociología. México: Paidós Mexicana S.A. de C.V.
19. Dávila, A. (1995). Las perspectivas metodológicas cualitativas y cuantitativas en las ciencias sociales: Debate teórico e implicaciones praxeológicas. En J. Delgado & J. Gutiérrez, (Coords). Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. (pp. 69-78) Madrid: Editorial Síntesis S. A.
20. Davis, M., Robbins, E. & Mckay, M. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. España: Ediciones Martínez Roca.
21. Díaz, L., Galán, S. & Fernández, G. (1993). Grupo de autocuidado de Diabetes Mellitus. Salud Pública de México, 35 (2), 169-176
22. Ely Lily (1994). Como controlar su diabetes mellitus. Indiana: Autor.
23. Fajardo, G. (1993). Diabetes Mellitus: Su historia en el tiempo y el espacio. En S. Islas, & A. Lifshits (Comps). Diabetes Mellitus. (pp. 8-14). México: Nueva Interamericana-MacGraw Hill.
24. Figuerola, D. (1990). Diabetes. Barcelona, España: Salvat editores.
25. Frankl, V. (1990). Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Herder.
26. Gallardo, M. (1998). Diabetes mellitus. Comunidad Zaragoza, 4 (3), 8-10.
27. García, R. (1994). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. En E. Leff, R. García, P. Gutman, V. Toledo, H. Vessuri, R. Fernández & R. Brañez (Coords). Ciencias sociales y formación ambiental. (pp. 116-129). Barcelona, España: Gedisa.
28. GIPDIM (1998). Grupo de prevención y autocuidado de Diabetes mellitus. M. Mejía, (Coord.) México: IPN.
29. Gomezjara, F. (2000). Sociología. México: Editorial Porrúa.
30. Gran diccionario enciclopédico visual (1992). México: ENCAS.
31. Harris, M. (1996a). Antropología Cultural. Madrid: Editorial Alianza.
32. Harris, M. (1996b). Bueno para comer: Enigmas de la alimentación. Madrid, España: Editorial Alianza.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

33. Holtzman, W., Evans, R., Kennedy, S. & Iscoe, Y. (1988). Psicología de la salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Bol. of Saint Panam, 245-279.
34. Horton, P. & Hunt, Ch. (1986). Sociología. México: Libros McGrawHill de México S. A. de C. V.
35. IMSS (1999). La diabetes mellitus: el nopal y el aguacate. [Boletín emitido por la Delegación noreste del D. F. del IMSS]. Calidez, (11) México: IMSS pp. 3-4.
36. INEGI (2001). Información geográfica: Estratos de los niveles de bienestar. [En red]. Disponible en: www.inegi.gob.mx/difusion/spanol/niveles/1y/nivbien/variables/nacional17.html
37. Islas, S., Revilla, M. & Miranda, P. (1993). Diabetes Mellitus. Concepto y clasificación. En S. Islas, & A. Lifshits, (Comps). Diabetes Mellitus. (pp. 1-7). México: Nueva Interamericana-MacGraw Hill.
38. Jiménez, B., Hernández, A., Galicia, A. & Ortega, I. (1998) Construcción de una definición de multidisciplina. En M. Cardoso, & J. Pérez. (coords.), Construcción de una definición conceptual de multidisciplina. (pp. 27-28) México: FES Zaragoza, UNAM.
39. Labrador, F. (1987). La adhesión al tratamiento médico; análisis y modificación. En Revista española de terapia del comportamiento, 5 (3), 157-164.
40. Lara, N., Tamez, S., Eibenshutz, C. & Morales, S. (1999). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: Una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En F. Mercado & T. Torres (comps.), Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica (pp. 97-122). México: Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés.
41. Laurel, C. (1982). Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Proceso salud, enfermedad y epidemiología social. Curso efectuado en la Escuela de Enfermería y Obstetricia IPN, México.
42. Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. México: Ediciones Roca.
43. Mack, R. & Pease, J. (1980). Sociología y vida social México: UTEHA.
44. Marin, D. (1993). La formación profesional y el curriculum universitario. México: Diana.
45. McDermott, I. & O'Connor, J. (1996). PNL para la salud México : Ediciones Urano.
46. Mckeown, T. (1982). El papel de la medicina. México: Siglo XXI.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

47. Mendoza, V. y Correa, E. (1998). La multidisciplinaria en trabajo comunitario de las ciencias sociales de la salud. En M. Cardoso, & J. Pérez. (coords), Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria (pp. 69-70) México: FES Zaragoza, UNAM.
48. Mercado, F. (1996). Entre el infierno y la gloria: La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara.
49. Mercado, M. F. (2000). El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En M. F. J. Mercado & L. T. M. Torres (Comps.). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica (pp.47-72). México: Plaza y Valdés.
50. Miguel, J. (1998). Atención psicológica individual [Tríptico]. México: Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, FES Zaragoza.
51. Miguel, J. (2000) Programa Multidisciplinario de Diabetes Mellitus [Informe Final de Servicio Social] (Disponible en Banco de Información de Psicología FES Zaragoza)
52. Morales, M., Montes, M. & Ruvalcaba, V. (1998). La Multidisciplinaria. En M. Cardoso, & J. Pérez. (coords), Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria (pp. 39-41) México: FES Zaragoza, UNAM.
53. Natera, G & Mora, J. (2000). La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. En M. F. J. Mercado & L. T. M. Torres (Comps.). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica (pp.73-95). México: Plaza y Valdés.
54. NOM, (2001). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994: Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. En la actualización del Diario Oficial de la Federación. [En red]. Disponible en : <http://www.ssa.gob.mx/nom/nom015ssa21.htm>
55. Palmade, G. (1979) Interdisciplinaria e ideologías Madrid: Narcea.
56. Plata, A. (2000). Una estrategia psicológica de intervención como alternativa para la modificación de hábitos familiares que favorezcan el control del paciente diabético. Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología. México: FES Zaragoza, UNAM.
57. Puga, C., Peschard, J. & Castro, T. (1992). Hacia la sociología. México: Alhambra Mexicana.
58. Pujana, J. & Pujana, I. (1998) Multi e interdisciplinaria en la docencia de las carreras médicas. En M. Cardoso, & J. Pérez. (Coords) Construcción de una definición conceptual de multidisciplinaria (pp. 65-68) México: FES Zaragoza, UNAM.
59. Rodríguez, F. (1987). Modificación de conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento en diabéticos tipo II. Revista española de terapia del comportamiento, 5, (3)
60. Rogers, C. (1972). El proceso de convertirse en persona Barcelona, España: Ediciones Paidós.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 61 SAMFYC (1999). Diabetes mellitus tipo 2: Tratamiento. Grupo de diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 15 (15), 1-25. (Boletín terapéutico redactado por CADIME). [En red]. Disponible en www.eica.es/aiens/samfyc
62. Sandoval, R, Herrera, F. & Garcia, G. (1998) Multidisciplina e interdisciplina: Semántica, racionalidades y práctica.. En M. Cardoso, & J. Pérez. (Coords). Construcción de una definición conceptual de multidisciplina. (pp. 81-85) México: FES Zaragoza, UNAM.
63. Shellitz, C., Wrighstman, L. & Cooks, S. (1980). Métodos de investigación en las relaciones sociales Madrid, España: ediciones Rialp S. A.
64. Shepard, J., Southard, S. & Taylor, B. (1998). Sociología. México: Editorial Limusa.
65. Sierra, F. (1998) Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En C. J. Galindo, (Coord.). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. (pp. 277-345). México: CONACULTA y Addison, Wesley, Longman.
66. Toro, J. (1999). El cuerpo como delito. Anorexia y Bulimia. Cultura y Sociedad. España: Ariel Ciencia.
67. Valadez, R., Álvarez, A. & Vargas, F. (1998). La formación de licenciados en informática y el quehacer multidisciplinario. En M. Cardoso, & J. Pérez. (coords). Construcción de una definición conceptual de multidisciplina. (pp. 57-59) México: FES Zaragoza, UNAM.
68. Walkerman, S. J. (1993). Tratamiento dietético del diabético. En A. S. Islas & J. A. Lifshitz. (comps) Diabetes Mellitus. (pp. 208-225). México: Mc Graw-Hill.
69. Weiss, B. (1998). Un nuevo concepto de multidisciplina. En M. Cardoso, & J. Pérez. (Coords). Construcción de una definición conceptual de multidisciplina. (pp. 19-21) México: FES Zaragoza, UNAM.
70. Wulff, P. (1991). Psychology of religion: Clasic and contemporary views [Psicología de la religión: Visiones clásicas y contemporáneas]. E. U. A.: Hamilton Printing Company.
71. Zárate, A. (1996). Diabetes mellitus. México: Trillas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO

GUIA DE ENTREVISTA

CREENCIAS

Las creencias son ideas sobre la naturaleza de la realidad que quienes las mantienen las consideran verdaderas... no es preciso que las creencias sean verdaderas para que influyan en el modo de pensar, sentir y comportarse, sino que deben considerarse verdaderas para que puedan ser parte de una cultura (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 43-44).

Se incluyeron en esta categoría las creencias sobre la enfermedad, en torno a su causalidad, sobre la gravedad de la DM2, la prevención en ellos y sus familiares y sobre la atención de la enfermedad.

COSTUMBRES

Las reglas que se refieren a los modos acostumbrados de pensar sentir y comportarse, pero que carecen de matiz moral (Shepard, Southard y Taylor, 1998, p. 44).

En este rubro se explora el tipo de alimentación acostumbrada, la modificación de las mismas después de la DM2 y sobre tratamientos alternativos acostumbrados para la atención de la enfermedad.

FAMILIA

Una familia puede ser de acuerdo a Horton y Hunt (1986, p. 244):

1. Un grupo con ancestros comunes.
2. Un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio.
3. Una pareja casada con hijos o sin ellos.
4. Una pareja no casada con hijos.
5. Una persona con hijos

Se investigó la influencia del grupo familiar en el tratamiento de la DM2, la existencia de apoyo en la familia para lograr el control, el tipo de apoyo prestado, la variación del comportamiento de la familia desde el comienzo de la enfermedad.

VALORES

... son supuestos tanto conscientes como inconscientes de lo que es bueno correcto e importante. Los valores también tienen una estrecha relación con las normas de lo deseable, basta decir que el ethos es decir, las características fundamentales de cualquier cultura son el reflejo de sus valores básicos (Mack y Pease, 1980, p. 93).

Se incluyeron comentarios sobre la importancia atribuida al tratamiento de la DM2 y el valor dado a la salud.

RELIGIÓN

... religión se define como un sistema de normas que guían la conducta referente a la búsqueda del significado profundo de las cosas. Esa preocupación por el significado profundo... es la búsqueda de explicaciones del significado de la vida, de la muerte y de las cosas difíciles de explicar (Southard, Shepard y Taylor 1998, p. 178).

Se exploró la religión como marco de explicación de su enfermedad, como apoyo en su tratamiento y el papel que el grupo religioso ha jugado en su enfermedad.