



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y EMOCIONALES
GENERADAS POR EL PLAN DE ALIMENTACION PARA
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

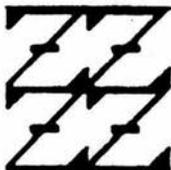
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

GUILLERMINA CARRANZA MENDOZA

SERGIO MEJIA MAURIES

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO ES
DE NUESTRA REFLEXION

DIRECTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOZO GOMEZ
ASESORA: LIC. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

MEXICO, D. F.





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

Guillermina Carranza Mendoza

A mis Padres:

*Por ser un ejemplo inquebrantable de
lucha y superación ante las adversidades.*

A mis Hermanos:

*Por darme la oportunidad de compartir
con ellos la aventura de la vida, por
su apoyo incondicional y sus consejos
siempre acertados.*

A mis Amigos:

*A todos aquellos que han compartido
en algún momento o siguen compartiendo
el tesoro incalculable de la amistad.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Carranza
Mendoza Guillermina
FECHA: 31/09/04
FIRMA: 

Sergio Mejia Mauries

A mis Padres:

Por su invaluable ayuda y lucha constante.

A mis Hermanos:

Por ser mi ejemplo y fuente de fortaleza.

y

A Mónica Ramírez Lúa:

Por ser mi cómplice guerrera en las batallas.

*Por qué el deseo de "enseñar", y "enseñar de corazón",
crea en los alumnos un agradecimiento, que
constituye terreno idóneo para el apostolado.*

Josemaría Escrivá de Balaguer

Finalmente agradecemos a todos los profesores que contribuyeron a nuestra formación profesional, especialmente a los sinodales por su invaluable colaboración para llevar a buen término la realización de la presente tesis:

Mtra. Raquel del Socorro Guillen Riebeling

Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez

Dr. Bonifacio Caballero Noguez

Lic. Ma. Enriqueta Figueroa Rubio

Lic. Javier Rivera Contreras

Junio del 2004

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y EMOCIONALES GENERADAS
POR EL PLAN DE ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2

Carranza Mendoza Guillermina
Mejía Mauries Sergio

Director: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez.
Asesora: Lic. Maria Enriqueta Figueroa.

El propósito de la presente investigación es caracterizar las alteraciones fisiológicas y emocionales generadas por el plan de alimentación prescrito por el médico para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y su posible relación con el establecimiento de éste, así como determinar si las alteraciones fisiológicas y emocionales están condicionadas por la cultura alimentaria. Esta investigación es de corte cualitativo, se utilizó el método de la teoría fundamentada y comprendió los niveles descriptivo, analítico e interpretativo. Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas a profundidad que se aplicaron a tres mujeres y dos hombres con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asistían al Programa: "Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria" que se instrumenta en las instalaciones de la UMAI Tamaulipas ubicada en Cd. Nezahualcóyotl. El objetivo principal fue describir, analizar e interpretar las alteraciones fisiológicas y emocionales condicionadas por la cultura alimentaria.

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	6
Capítulo I	
<i>LA MUERTE DULCE</i>	
<i>(Diabetes Mellitus)</i>	
Origen y Significado de la Diabetes Mellitus.....	12
Definición de la Diabetes Mellitus	13
Diagnostico de la Diabetes Mellitus	14
Mecanismo de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	15
Sintomatología de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	17
Complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	18
Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	20
Incidencia de la Diabetes Mellitus.....	21
Capítulo II	
<i>LA OTRA CARA DE LA MONEDA</i>	
<i>(Enfermedad y experiencia del padecimiento)</i>	
A. El conocimiento objetivo de la enfermedad desde el modelo biomédico.....	29
B. El conocimiento de la enfermedad bajo la perspectiva del padecimiento.....	34
C. El conocimiento de la enfermedad como fenómeno cultural.....	40
Enfoque holístico como alternativa.....	41

Capítulo III*EL HOMBRE ES LO QUE COME*

(Importancia de la alimentación y la cultura en personas con Diabetes Mellitus tipo 2)

El influjo de la cultura en el comportamiento de los individuos.....	43
La importancia de la alimentación dentro de un grupo social.....	47
La alimentación y la cultura mexicana.....	51
Relación de la alimentación y la cultura en personas con DM2.....	53

Capítulo IV*PERSPECTIVA CUALITATIVA*

(Metodología)

Características de la investigación.....	57
Problema de investigación.....	61
Interés de la investigación.....	61
Objetivos de la investigación.....	61
Participantes.....	62
Selección del área y acercamiento inicial.....	63
Obtención de la información.....	63
Proceso de captura de la información.....	64
Descripción, Análisis e Interpretación de la información.....	65

Capítulo V*LA EXPERIENCIA DE LOS QUE VIVEN CON DM2*

(Resultados y análisis)

Categorías de análisis

Alteraciones emocionales como consecuencia
del plan de alimentación..... 72

Alteraciones fisiológicas generadas por el plan
de alimentación para personas con DM2..... 76

Cultura alimentaria como condicionante
de las alteraciones fisiológicas emocionales..... 78

Discusión

Síndrome de inanición cunicular..... 84

Alimentos para la paz..... 84

Valle del Mezquital..... 86

Personas con DM2..... 87

LA RESPUESTA

(Conclusiones)

Teoría Preliminar..... 91

Conclusiones..... 95

REFERENCIAS..... 100

ANEXO

Guía de Entrevista..... 108

En la antigüedad Hipócrates concebía a la salud como un estado de armonía del individuo con su entorno, además de considerar que aquello que afectaba a la mente influía también en el cuerpo. Sin embargo con el paso de los siglos este aspecto fundamental se ha ido dilapidando y el estudio de la salud se ha ido centrando básicamente en el cuerpo.

Esta perspectiva a originado la concepción de los problemas de salud como si fuesen sólo de carácter biológico y que sólo pudiesen resolverse mediante la investigación biomédica. En la actualidad como mencionan McDemott 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 cardiacas, el cáncer, la osteoporosis y la Diabetes" (p. 26)

En el caso específico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), la cual es eje de análisis de esta investigación, la atención y los avances se han dado principalmente en el ámbito del modelo biomédico; con el tratamiento de primera línea propuesto por las instituciones de salud, la DM2 no debería representar mayor problema, puesto que con los conocimientos científicos y la tecnología disponible actualmente debería, en teoría, ser una enfermedad controlada ya que los profesionales de la salud disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso (Mercado, 1996)

La DM2 se ha convertido en un problema de salud mundial muy importante. Las más recientes estadísticas nacionales respecto a la DM2 son alarmantes ya que revelan, que en México existen más de 4 millones de personas con la enfermedad, obteniendo con estas cifras el tan temido primer lugar dentro de la

mortalidad general y, como es sabido, es causante de complicaciones como la amputación de miembros inferiores, retinopatía o insuficiencia renal las cuales son la más terrible pesadilla para las personas con Diabetes y sus familiares por el impacto emocional y económico que estas conllevan.

Además los costos económicos asociados al tratamiento y a sus complicaciones representan una grave carga para las instituciones de salud y para las propias personas enfermas.

Es por esto que el presente trabajo de investigación parte desde una perspectiva cualitativa pretendiendo trasladar el eje de análisis de la DM2 del modelo biomédico hacia una perspectiva donde se incorporen la experiencia de las propias personas que padecen esta enfermedad crónico degenerativa.

Para tal objetivo, "desde hace varias décadas se han formulado diversas propuestas teórico-conceptuales e incontables trabajos de campo en las ciencias sociales con el propósito de explicar cómo los individuos entienden, interpretan y responden a su enfermedad... un número creciente de estudios de la salud reconocen que este fenómeno puede ser analizado bajo el término de la experiencia de la enfermedad o la experiencia del padecimiento"(Mercado, 1996, p. 35)

Según Mercado (1996) el padecimiento incluye la categorización y explicación, desde el sentido común accesible a todas las personas de un grupo social, la experiencia de malestar es siempre culturalmente construida y significa la forma de interpretar sensaciones.

Es decir, la persona asimila la enfermedad al curso de su vida, en donde ésta es inseparable de su historia personal y al expresarla como síntoma (que no son sino códigos que le permiten comunicarse con el médico), incluye su propia forma de reconocimiento del cuerpo, sus vivencias como enfermo en relación con sus allegados y sus expectativas respecto al proceso de atención.

Para el mismo autor la enfermedad no es otra cosa que la interpretación del médico que, mediante una nomenclatura propia del modelo biomédico convierte el padecimiento expresado por la persona en el nombre de una enfermedad.

Desde esta misma perspectiva, entendemos a la DM2 como un problema bio-psico-social por lo que consideramos importante una comprensión holística que articule tanto las aportaciones del orden biológico como las aportaciones del orden psicológico y cultural, ya que consideramos a esta enfermedad como multifactorial y multidimensional, y que solamente se podrán frenar las complicaciones atendiendo multidisciplinariamente a sus diversos factores y dimensiones.

El tratamiento multidisciplinario de la DM2 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 DM2, 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.

En esta investigación se ambiciona conocer de las personas con DM2, su visión del problema, analizando la importancia de la cultura con respecto al plan

de alimentación y si se presentan alteraciones fisiológicas y emocionales generadas por este.

El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo en Ciudad Nezahualcóyotl debido a que es ahí donde se encuentra ubicada la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral (UMAI) Tamaulipas perteneciente a la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, UNAM.

En esta unidad se instrumenta el programa *Diabetes: Un programa de Atención Multidisciplinaria* (DUPAM) en el cual hemos realizado el servicio social y donde habíamos detectado que la población atendida presentaba un marco de referencia diferente al de los profesionales de la 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.

Además de considerar que Ciudad Nezahualcóyotl es representativa de la población nacional, ya que al principio de su formación, ésta se constituyó de familias provenientes de la mayoría de los estados de la república mexicana, dato característico de la lista de personas que asisten al DUPAM.

Cabe mencionar que al llevar a cabo los lineamientos del DUPAM, en la experiencia e interactuando con las personas que asisten a éste, fue donde nos percatamos de una posible razón al abandono del plan de alimentación, el cual es el eje principal del tratamiento, y es donde surgió el interés de la realización de esta investigación.

Partiendo de lo anterior, en la presente investigación se requiere complementar la postura del enfoque biomédico mediante una visión holística de la DM2, por tanto, se realizó una breve revisión de lo que han sido los antecedentes históricos de esta enfermedad para posteriormente abordar en primer lugar el ámbito fisiológico que comprende la definición, clasificación, fisiopatología y diagnóstico.

En segundo lugar se abordaron la enfermedad y la experiencia del padecimiento destacando la subjetividad de las personas con Diabetes.

En tercer lugar se resalto la importancia de la cultura en el curso del padecimiento de la DM.

El capítulo 1, la muerte dulce (Diabetes Mellitus), ofrece una reseña histórica de la Diabetes Mellitus, su origen, definición, clasificación, mecanismo de acción, diagnóstico, así como su sintomatología, la incidencia de ésta en México, su tratamiento y sus complicaciones, en este capítulo se exponen todos los aspectos necesarios para el conocimiento de esta enfermedad con la finalidad de comprender la gravedad que este problema representa en la actualidad.

La otra cara de la moneda (enfermedad y la experiencia del padecimiento) se aborda en el capítulo II en donde se realiza un análisis con respecto a la diferenciación entre la objetividad de la enfermedad como tal y la subjetividad de la experiencia del padecimiento de la misma, se analizan de forma detallada las tres áreas del conocimiento de la enfermedad: el conocimiento objetivo de la enfermedad desde el modelo biomédico, el conocimiento de la enfermedad bajo la

perspectiva del padecimiento y el conocimiento de la enfermedad como fenómeno cultural, por último se aborda el enfoque holístico como alternativa.

En el capítulo III, el hombre es lo que come, se destaca la importancia de la alimentación y la cultura en personas con DM2, es precisamente aquí donde se desarrolla y analiza el influjo de la cultura en el comportamiento de las personas, la importancia de la alimentación dentro de un grupo social, la alimentación y la cultura mexicana, para concluir con la reflexión de la relación entre la alimentación y la cultura en personas con DM2.

La metodología con que se efectuó esta investigación de carácter exploratorio se expone en el capítulo IV, (perspectiva cualitativa), por último en el capítulo V se proporcionan los resultados iniciando con una breve descripción de las amables personas que colaboraron para la realización de esta investigación, posteriormente se incluyen extractos de las entrevistas hechas a las personas con DM2 y se realiza un análisis de las categorías utilizadas para la recolección de los datos.

A manera de teoría preliminar se incorpora una interpretación de cómo los factores emocionales, culturales y fisiológicos interfieren con el plan de alimentación con el fin de que, en algún futuro inmediato, se tomen en cuenta para lograr la integración de estos factores en un tratamiento ideal y efectivo para la DM2.

Finalmente expresamos nuestro agradecimiento de forma especial a las personas que compartieron con nosotros su experiencia de padecer Diabetes, a nuestros mentores y a la Universidad Nacional Autónoma de México.

CAPÍTULO 1

LA MUERTE DULCE

(Diabetes Mellitus)

En el presente capítulo se pretende realizar un bosquejo de la Diabetes Mellitus (DM) con el fin de que se comprendan las principales características de esta enfermedad.

Origen y significado de la Diabetes Mellitus (DM)

Al reflexionar sobre la DM surgen dos preguntas que se consideran importantes para su mejor comprensión, la primera de ellas es:

¿Qué significado tienen las palabras Diabetes y Mellitus?

Para dar respuesta a esta pregunta es necesario remontarse a su mismo origen; el nombre "Diabetes" significa "sifón" o "flujo a través de", este concepto fue utilizado por primera vez por los griegos hace ya más de 2000 años; ellos empleaban esta palabra para describir la gran cantidad de orina que se excretaba.

La palabra "Mellitus" significa "dulce", lo cual la convierte en el término adecuado para diferenciar la DM de la Diabetes insípida (Vander, Sherman y Luciano, 1980)

Estos mismo autores mencionan que el dulce de la orina se registró por primera vez en el siglo XVII, pero en Inglaterra la enfermedad llevaba mucho tiempo llamándose mal de orina. Esto fue debido a una pérdida notable de peso, no obstante la gran ingestión de alimentos, en aquel tiempo se creía que la

“sustancia” del cuerpo se estaba disolviendo y derramándose a través del tracto urinario.

Vander, et al. (1980) también mencionan que en 1889 se produjo la DM experimental en perros mediante la extracción quirúrgica del páncreas, en 1921, Banting y Best, descubrieron la insulina.

Definición de la Diabetes Mellitus

Desde la perspectiva médico científica se ha definido de diversas maneras la DM, algunas de ellas son las siguientes:

- Un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico por hiperglucemia (aumento de los niveles de glucosa en sangre), la que a su vez es consecuencia de una ausencia o deficiencia en la secreción de insulina y, consecuentemente, de sus efectos metabólicos o de un trastorno en el efecto biológico de la misma (Foster, 1991)
- Un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina ó ambos (Comité de Expertos del Diagnóstico y Clasificación de Diabetes, 2003, enero)
- Una enfermedad sistémica crónico degenerativa de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y

grasas (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 "para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes" en la modificación del Diario Oficial de la Federación, 2003, enero)

Para los fines de la presente investigación se retomara a la DM como la define la Norma Oficial Mexicana (NOM) ya que es la normatividad nacional, además de que se considera la más completa.

Diagnóstico de la Diabetes Mellitus

En lo que respecta al diagnóstico de la DM, de acuerdo con la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, la Asociación de Medicina Interna de México, la Sociedad de Nutriología (1999) y la NOM se establece el diagnóstico de Diabetes, si la persona cubre cualquiera de los siguientes criterios:

- Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl
- Glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl, de ser así, confirmar en 2 ocasiones más
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua

En la ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

Mecanismo de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

En términos generales, el mecanismo o fisiopatología de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es el siguiente:

El órgano que desempeña el papel más importante para la manifestación de la DM es el páncreas, dentro de este se encuentran distribuidos grupos de células llamados Islotes de Langerhans, en estos islotes se localizan las células beta, las cuales tienen la función de elaborar y secretar una hormona llamada insulina la cual se encuentra en la sangre (Krall y Beaser, 1992)

Los principales efectos y acciones de la insulina son los siguientes:

- ◆ Oxidación de glucosa (músculo y grasa)
- ◆ Síntesis de glucógeno (hígado y músculo)
- ◆ Lipogénesis (hígado y grasa)
- ◆ Síntesis de proteínas (músculo)
- ◆ Glicogenólisis (hígado)
- ◆ Gluconeogénesis (hígado)
- ◆ Lipólisis (grasa)

En los islotes de Langerhans también se encuentran las células llamadas alfa y delta, las alfa están dedicadas a elaborar una hormona llamada glucagón, la cual "libera" la glucosa del hígado hacia la sangre cuando la persona no ha recibido sus alimentos.

Las células delta, por su parte, están encargadas de liberar una hormona llamada somatostatina la cual esta dedicada a controlar y mantener el equilibrio entre la insulina y el glucagón (Foster, 1991)

En el caso de las personas con DM2, la hiperglucemia es debida a un déficit en la función de la insulina, que puede ser debida a una disminución de la secreción de insulina por las células beta, una disminución de la respuesta de los tejidos a la acción de la insulina (resistencia insulínica) o a un aumento de la acción de las hormonas contra reguladoras. (Feingold y Funk, 2004, marzo)

Como ya se dijo, las células beta liberan la insulina en la sangre ante la presencia de la glucosa en el torrente sanguíneo, su función principal es la de promover la utilización y entrada de la glucosa a las células.

La insulina juega un papel básico en la homeostasis energética a través de sus efectos en tres tejidos principalmente: hígado, músculo y grasa. En el hígado, estimula la glucogénesis (síntesis y almacenamiento de glucógeno) e inhibe la gluconeogénesis (síntesis de glucosa) y glucogenolisis (metabolismo del glucógeno) También inhibe la oxidación de los ácidos grasos y la producción de cuerpos cetónicos, una fuente energética alternativa producida solo en el hígado y que puede ser usada por el cerebro cuando la glucosa no está disponible.

Estimula la captación de glucosa por el músculo y la grasa (no en el hígado) En el músculo, promueve el depósito de glucosa al estimular la síntesis de glucógeno e inhibir el catabolismo de glucógeno. También estimula la síntesis proteica en el músculo (Feingold y Funk, 2004, marzo)

Cuando se desarrolla la DM, el déficit de la función de la insulina liberada provoca que no se pueda iniciar el proceso de transformación de la glucosa en glucagón y el almacenaje de éste en el hígado o se haga muy lento el proceso, tampoco se puede estimular la captación de glucosa por el músculo y la grasa, por tanto las personas se sienten débiles y sin energía lo que provoca que el cerebro busque por todos los medios conseguir más energía, mientras que la glucosa al no poder ser utilizada, se encuentra en exceso en el torrente sanguíneo (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1997)

Sintomatología de la Diabetes Mellitus tipo 2

Al iniciarse el mecanismo de la DM, en el organismo podrían presentarse los síntomas que ésta comprende, según Figuerola (1997), Krall y Beaser (1992) y Foster (1991) son los siguientes:

- Incremento de la frecuencia y cantidad de orina (poliuria)
- Aumento de la sed (polidipsia)
- Mayor apetito (polifagia)
- Pérdida de peso
- Comezón, principalmente en genitales (prurito)

Por su parte Durán, Bravo, Hernández y Becerra (1997) explican el mecanismo y la sintomatología de la DM2 de la siguiente manera:

Al no tener la fuente usual de energía, el cerebro ordena la transformación de músculos y tejidos grasos en glucosa para proporcionarle energía al cuerpo.

Aunque la glucosa está disponible, sólo la insulina puede transformarla para poder promover la entrada de ésta en las células.

El exceso de glucosa, hace difícil el funcionamiento del cuerpo entorpeciendo el trabajo de los órganos en general, y aunque el cuerpo sigue funcionando lo hace a costa del deterioro de sus músculos y tejidos adiposos, forzando todos los sistemas a causa del exceso de glucosa.

Por si esto fuera poco, el centro de saciedad en el hipotálamo, al no tener glucagón disponible en el hígado para producir energía y desconocer el exceso de glucosa en el torrente sanguíneo, ordena que se consuma más glucosa (*polifagia*) lo cual altera aún más el funcionamiento del organismo.

Cuando el nivel de glucosa en la sangre es demasiado alto, ésta se elimina por la orina, llevándose con ella también sales minerales (electrólitos) necesarias para la vida (*poliuria*) La eliminación excesiva de orina y minerales provoca deshidratación y el cuerpo trata de hidratarse ordenando el consumo de agua (*polidipsia*)

Complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2

La DM2 trae consigo ciertas complicaciones tanto a nivel orgánico como a nivel emocional.

En lo que respecta a las complicaciones orgánicas, Navarro, F. (citado en Zárate, 1989), señala que la DM produce una patología que afecta principalmente grandes y regulares vasos. A continuación se presentan las principales complicaciones.

Ojos

- Retinopatía diabética
- Cataratas

Riñón

- Glomeruloesclerosis intracapilar
- Infecciones
- Necrosis tubular renal

Sistema Nervioso

- Neuropatía periférica
 - Distal, de predominio sensorial
 - Motora
 - Amiotrofia diabética
- Neuropatía craneal
- Neuropatía anatómica

Piel

- Dermopatía diabética
- Candidiasis.
- Úlceras en piernas y pies
 - Neurotrófica
 - Isquémica

Sistema Cardiovascular

- Isquemia
- Infartos
- Gangrena del pie
 - Ulceras por isquemia
 - Ostiomielitis

Huesos y Articulaciones

- Contractura de Dupuytren
- Articulación de Charcot

Cabe mencionar que la DM2 es la principal causa de invalidez a nivel mundial, a través de la repercusión que tiene sobre funciones vitales como las del corazón, riñón y sistema vascular.

La hiperglucemia y factores tales como hipertensión, infecciones e hiperlipidemia se suman para determinar el grado de deterioro de los órganos.

Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Empero, contradictoriamente, todas estas complicaciones adversas podrían perfectamente prevenirse. Si bien, aún falta mucho por conocer acerca de esta enfermedad, por ejemplo, la o las causas que la provocan, sí se sabe que los conocimientos científicos actuales deberían ser suficientes para la prevención de las complicaciones. Como indica Mercado (1996), la medicina institucional dispone de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso para el control de la Diabetes.

Los recursos del tratamiento médico son: dieta balanceada, ejercicio físico e hipoglucemiantes orales e insulina externa como auxiliares (NOM-015-SSA2-1994, 2003, enero). Al menos teóricamente, se supone que empleándolos, la persona podría controlar su Diabetes. Incluso, algunas instituciones como el Centro Andaluz de Información de Medicamentos (1999) indican que para el tratamiento de la Diabetes, la dieta conforma la base fundamental y única.

Los recursos necesarios están al alcance de la persona, y desde una perspectiva lógica, no existe justificación para que el enfermo no cumpla con la prescripción médica. La Diabetes debiera ser fácilmente controlable pues el *quid* es dejar de comer lo que se acostumbra y cambiar el estilo de alimentación.

Dado lo anterior, "Estamos ante una enfermedad con unos costes económicos, sociales y humanos de enormes proporciones. Por todas estas razones la Diabetes es motivo de preocupación creciente dada su elevada prevalencia y el ser causa directa de elevados costes sanitarios, discapacidad y muerte" (Murillo 1999)

Incidencia de la Diabetes Mellitus

La DM es considerada en la actualidad como un problema de salud mundial debido a su alta incidencia. El doctor Frenk Mora menciona que esta enfermedad es actualmente uno de los padecimientos crónicos no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, pues se encuentra entre las primeras cuatro causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y en las naciones en vías de desarrollo ya se considera una epidemia, por lo que constituye uno de los principales retos de la salud pública en el siglo XXI.

Asimismo indica que se estima que existen más de 150 millones de personas con Diabetes en el mundo y es probable que en el año 2025 se llegue a 300 millones (SSA Comunicado de prensa n° 058, 2003)

En el caso particular de México, la DM es una enfermedad que está considerada como problema nacional debido a que afecta a una gran cantidad de personas en edad productiva y causa importantes modificaciones en la cantidad y modo de vida de las personas que la padecen.

México ocupa ya el noveno lugar en el mundo en incidencia de Diabetes y de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio (Comunicado de prensa n° 027, 2002)

La Diabetes en nuestro país, entre otros aspectos, es un problema nacional o de salud pública, esta enfermedad es considerada de esta manera porque:

- a) Presenta una tendencia de mortalidad ascendente
- b) Afecta a una gran cantidad de personas en edad productiva
- c) Causa importantes modificaciones en la cantidad y calidad de vida de las personas que la padecen debido a las complicaciones que provoca cuando no es controlada (Durán y col. 1997)

La Diabetes en México ha evolucionado gravemente: En 1955 se registró una tasa de mortalidad por esta enfermedad de 5.0 por 100,000 habitantes (Zubirán 1960) Para 1980, la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 por 100,000 habitantes (Vázquez y Escobedo 1989) y para 1990 se remontó a 31.8 por 100,000 habitantes (Velázquez y cols. 1992) (Cuadro 1)

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES	
Año	Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes
1955	5
1980	12
1990	31.8

Cuadro 1. Fuente: Zubirán, 1960; Vázquez y Escobedo, 1989; Velázquez y cols., 1992.

Conforme al Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI 1993), la Diabetes se ubicó en México durante 1993, como:

- a) La cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general
- b) La tercera causa de muerte dentro de los grupos de 46 a 64 años y de 65 años o más
- c) Conforme al sexo, las mujeres ocuparon el segundo lugar como causa de muerte dentro del grupo de 46 a 64 años y el tercer lugar en el grupo de 65 años o más
- d) Y dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria se ubicó en el segundo lugar

Durante 1995 se catalogó esta enfermedad como un problema de salud muy importante (GIPDIM,1998), debido a que:

- a) Se registraron más de 10 millones de casos
- b) Fue la cuarta causa de defunciones dentro de las principales causas de mortalidad general después de las enfermedades cardiovasculares, procesos neoplásicos y accidentes
- c) Se registraron 33 mil muertes sólo en ese año provocadas por Diabetes
- d) Fue el noveno motivo de consulta en la población económicamente activa
- e) Fue la primera causa de amputación
- f) La retinopatía diabética fue la segunda causa de ceguera

Se calcula que en 1997, a escala nacional, fallecieron por esta enfermedad 36,027 personas, de las cuales, 15,884 eran hombres y 20, 141 eran mujeres (INEGI 2000, mayo)

Además, en este mismo año, de una tasa de 100,000 habitantes se observa lo siguiente (INEGI 1998): dentro de las principales causas de mortalidad general, conforme se incrementa la edad, la Diabetes asciende a los primeros lugares. Del número 12 en el que se ubica el rango de 15-24 años, sube al número 3 en el rango de 55 a 64 años (Cuadro 2)

EVOLUCIÓN DE MORTANDAD POR DIABETES		
Edad- años	Defunciones	Causa número
5-14	32	20
15-24	208	12*
25-34	491	8*
35-44	1,470	6*
45-54	4,174	4*
55-64	8,624	3*

Cuadro 2.

**Estimación con base en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población de una tasa de 100,000 habitantes.*

Con base en esta información, se estimó que 14,967 personas en edad productiva, es decir, de 15 a 64 años fallecieron por Diabetes y 20,936 personas más en edad postproductiva 65 años a más, fallecieron por esta misma causa.

Actualmente ya es la primera causa de mortalidad. En 1999 murieron por esta misma enfermedad 45,632 personas (Secretaría de Salud, 2001, marzo) En el año 2000, según cifras de la dirección general de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, esta enfermedad ocasionó más de 46 mil muertes en México, es decir, cinco personas cada dos horas y tan sólo durante las primeras 7 semanas del 2001 en las estadísticas de la Secretaría de Salud se registraron 28,616 defunciones (Sistema único para la vigilancia epidemiológica, 2001, mayo)

Con respecto a las personas que actualmente padecen Diabetes, como indica Gallardo: "En México hay un notable incremento de Diabetes Mellitus. Según se señala en los informes 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" (1998: 8)

Conforme a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónico Degenerativas, realizada en 1999 por la Secretaría de Salud, para ese mismo año, en nuestro país existían 5.2 millones de personas con Diabetes, de las cuales 24 por ciento desconocía que la padecía y dos terceras partes eran mujeres (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002)

Según la NOM-015-SSA2-1994 (2003, enero), hasta finales del año 2000, en México, 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.

Tan sólo durante el año 2000 se acumularon un total de 212,553 casos nuevos y hasta la semana 36 del año 2001, se tienen registrados por este mismo concepto, un total de 207,493. Particularmente en el Distrito Federal se tenían contemplados hasta la semana 36 del año 2001, 23,491 casos nuevos y en el Estado de México 21,092 casos nuevos (Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica, 2001, mayo)

Actualmente se calcula que la prevalencia en la población de 20 a 69 años de edad en México es de 10.7 por ciento, en tanto que en las personas mayores de 50 años supera el 20 por ciento (SSA Comunicado de prensa n° 058, 2003)

Tan solo hasta la semana 15 de este año se han registrado en el Distrito Federal 4 236 casos nuevos en varones y 6 415 en mujeres, en el Estado de México 3 290 en varones y 5 106 en mujeres. La cifra total de todo el país de casos nuevos registrados por Diabetes Mellitus es de 34 012 en varones y de 54 242 en mujeres (SSA Vigilancia Epidemiológica Semana 15, 2004)

En consecuencia, en esta época, la Diabetes representa la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en México (Murillo,1999), pues es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares.

Y por si no fuera suficiente, según la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes (NOM-015-SSA2-1994, 2003, enero), los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas que la padecen, pues el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser de mil a cuatro mil pesos mensuales (SSA Comunicado de prensa n° 027, 2002)

Los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 330 y de 100 millones de dólares anuales, respectivamente. El problema es tal magnitud que, por ejemplo, un niño de siete años que desarrolle Diabetes deberá afrontar un costo acumulado de 52 mil dólares a valor presente hasta los 40 años, como consecuencia de este padecimiento (SSA Comunicado de prensa n° 058, 2003) El

incremento en su costo está relacionado directamente con los daños al organismo que se vayan ocasionando, advierte la SSA.

Luego entonces, "Estamos pues ante una enfermedad con unos costos económicos, sociales y humanos de enormes proporciones. Por todas estas razones la Diabetes es motivo de preocupación creciente dada su elevada incidencia y el ser causa directa de elevados costos sanitarios, discapacidad y muerte" (Murillo 1999)

CAPÍTULO II

LA OTRA CARA DE LA MONEDA

(Enfermedad y experiencia del padecimiento)

En el presente capítulo se realizará un análisis con respecto a la diferenciación entre la objetividad de la enfermedad y la subjetividad de la experiencia del padecimiento de la misma.

Según Martínez (1983), en el extenso campo del área de la salud actual deben distinguirse por lo menos tres áreas de conocimiento:

- a) El conocimiento de la enfermedad como lesión del organismo humano, en última instancia biomoléculas.
- b) El conocimiento de la enfermedad como serie de molestias y anomalías que está viviendo determinado individuo.
- c) El conocimiento de la enfermedad como fenómeno sociocultural.

A continuación se realizará una descripción de cómo es entendida la enfermedad por cada una de las áreas antes mencionadas.

El conocimiento objetivo de la enfermedad desde el modelo biomédico

En principio, la revolución cartesiana fue la responsable del cambio en la historia de la medicina occidental, debido a la rigurosa separación que Descartes hizo entre mente y cuerpo y que llevó a los médicos a concentrarse en la "máquina" del cuerpo y a olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad (Capra, 1985)

Esto originó la perspectiva del modelo biológico-lesional de enfermedad ó modelo biomédico en donde se menciona que el cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes: la enfermedad así entendida es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular (reduccionismo biológico)

Por tanto, la tarea del médico desde este punto de vista objetivo-cuantitativo, es la de intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico, es decir, la finalidad del tratamiento del modelo biomédico ha sido limitar o normalizar aquellas alteraciones orgánicas o funcionales del cuerpo y prevenir las complicaciones futuras, para esto hacen uso de las habilidades clínicas adquiridas y se confía en la administración de los medicamentos así como de la tecnología.

El tratamiento, en consecuencia, se dirige a modificar o restaurar el daño celular o sistémico detectado. Estas acciones se encuentran basadas desde el concepto objetivo de enfermedad, el cual, como ya se mencionó, se encuentra definido en términos eminentemente biológicos.

De ahí que Engel, (1977), explique que la enfermedad se da a partir de las desviaciones de la norma de las variables biológicas (somáticas) medibles, objetivas, es decir, cuantitativamente.

Este modelo considera a la enfermedad como una afección bien definida, por su causa y en caso de que está sea desconocida, lo cual es muy poco frecuente, se identifica por manifestaciones semejantes que crean una entidad

clínica, como por ejemplo: la Diabetes, ciertas enfermedades del corazón, de los nervios o mentales, entre otras (García y Gross, 1976)

Según Mishler et al, (1981) bajo esta perspectiva "la práctica médica tiende a ser considerada como una tecnología aplicada, es decir, el cuidado y el tratamiento médicos se estructuran en términos de criterios técnicos (determinación de la etiología, validez del diagnóstico, precisión del tratamiento, alivio de los síntomas y terminación del proceso de enfermedad)" (citado en Rodríguez, 1990. p.13)

El modelo biomédico ha sufrido diversas críticas; Autores como Capra (1985) y Mercado (1996) consideran que cae en un modelo reduccionista, lo que implica en varios casos el fracaso de los tratamientos debido a su carácter excluyente "al dejar de lado las dimensiones sociales, psicológicas y culturales de las personas enfermas sin considerarlas parte de la causalidad, de su conceptualización ni de las acciones ligadas a la atención de la misma" (Mercado, 1996, p. 15).

El reduccionismo biológico se encuentra asociado a una valoración sobre la científicidad de su propia interpretación o práctica y, por consiguiente, cualquier interpretación o práctica ajena a la misma, como la de las propias personas enfermas, es considerada como no científica, y por ende, como inválida para explicar la enfermedad (Capra, 1985)

Mercado (1996), menciona que el modelo biomédico al sustentarse exclusivamente en los aspectos biológicos y considerarlos como objetivos, omite o rechaza cualquier alusión a la subjetividad; sin embargo no toma en cuenta que "los síntomas son datos subjetivos de la enfermedad" (Martínez, 1983, p. 35)

En cuanto a ésta omisión de la subjetividad por parte del modelo biomédico se considera que el fenómeno de la "curación" es el más claro ejemplo de este rechazo a la subjetividad, ya que el médico rechaza la curación realizada mediante técnicas diferentes a las prescritas por él.

Desde tiempo inmemorial, la curación ha sido practicada por los curanderos guiados por la sabiduría popular, según la cual, la enfermedad es un trastorno de toda la persona, que abarca el cuerpo del paciente y también su mente, la imagen que el paciente tiene de sí mismo y su dependencia del entorno físico y social. Los curanderos siguen una serie de criterios diferentes que son holísticos, es decir, nunca se limitan a los fenómenos puramente físicos, como es el caso del modelo biomédico, en cambio, consideran diversas prácticas, por ejemplo la religión, y emplean gran variedad de técnicas terapéuticas tales como la herbolaria, la acupuntura o el naturismo.

Por tanto, para la postura reduccionista del modelo biomédico, la enfermedad no es otra cosa que la interpretación del médico qué, mediante una nomenclatura propia convierte el padecimiento expresado por la persona en el nombre de una enfermedad además, concibe a quienes realizan la interpretación, como únicos poseedores de los conocimientos y las técnicas para elaborar el diagnóstico e indicar las acciones, pasos y procedimientos a seguir por los pacientes (Mercado, 1996 y Capra, 1985)

La persona enferma, es vista como un "paciente pasivo", como un convaleciente de un curador activo, es decir como el "portador" del rol de enfermo el cual debe cumplir de acuerdo a lo estipulado (Mercado, 1996)

Por este motivo este mismo autor retoma el concepto de padecimiento poniendo énfasis en trasladar el eje de análisis de la enfermedad desde la perspectiva donde se ha dado prioridad a las alteraciones orgánicas o funcionales hacia una perspectiva donde se razone la dimensión personal y subjetiva de los propios enfermos.

La práctica médica deja fuera aquello que está sintiendo la persona, lo que le molesta, le inquieta, le preocupa, le duele emocionalmente, pero que no se explica según una relación de carácter causa-efecto con el modelo biomédico.

Según Cardoso (2003) se considera que la Diabetes no debería representar mayor problema, puesto que, de acuerdo con Mercado (1996), con los conocimientos científicos y la tecnología disponible en la actualidad debería, en teoría, ser una enfermedad controlada, ya que los profesionales de la salud disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso.

Esto no ocurre, como se mencionó en el capítulo anterior, el incremento en la mortalidad por DM2, la detección de casos nuevos y el impacto de los costos económicos derivados del tratamiento y la morbilidad, continúan representando una grave carga para los servicios de salud y principalmente para las personas que la padecen.

Cabe mencionar que de ninguna manera se tiene la finalidad de descalificar este modelo, ya que ha tenido un importante desarrollo al paso de los siglos, por ejemplo, se han creado nuevos instrumentos de diagnóstico y la tecnología quirúrgica se ha vuelto mas sofisticada y se han descubierto gran cantidad de medicamentos y vacunas para combatir enfermedades infecciosas.

Tal es el caso de una de las aportaciones más importantes de este enfoque: el descubrimiento de la insulina. La extracción de esta hormona, junto con el descubrimiento de la relación entre la Diabetes y la deficiencia de insulina, ha hecho posible salvar a muchas personas con Diabetes de una muerte segura y les ha permitido sobrevivir.

A pesar del descubrimiento, uso y beneficios de la insulina, la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad no disminuye, sino, al contrario, va en aumento. Esto nos indica la necesidad de buscar la respuesta en el "otro lado de la moneda", es decir, en las propias personas y su padecimiento.

El conocimiento de la enfermedad bajo la perspectiva del padecimiento

Según Martínez, (1983) la enfermedad entendida como la serie de molestias y anomalías que está viviendo determinada persona debe ser distinguida en por lo menos dos procesos:

- a) La enfermedad propiamente dicha, la que según el modelo biomédico es fundamentalmente patología de biomoléculas, organelos celulares, células, tejidos, órganos o aparatos del cuerpo humano.
- b) Las anomalías o molestias de carácter psicológico y sociocultural que el paciente vive como consecuencia de su enfermedad, conjunto de datos subjetivos y objetivos (p.32)

Con respecto al segundo proceso y de acuerdo con Mercado (1996), es de vital importancia el incorporar el punto de vista de las personas implicadas en una enfermedad, es decir, el trasladar el eje de análisis de la enfermedad de la

perspectiva donde se ha dado prioridad a las alteraciones orgánicas o funcionales hacia una perspectiva donde se razone la dimensión personal y subjetiva de los propios enfermos, ya que, "los síntomas son datos subjetivos de la enfermedad que al médico solamente le es posible conocer de manera indirecta, o sea por la información que sobre ellos proporciona el paciente quien es nada menos que la persona que los está sintiendo y sufriendo" (Martínez, 1983, p. 35).

El padecimiento, es entendido por Mercado, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara (1999) como la forma en que los sujetos y/o miembros de su red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la enfermedad.

Para García y Gross, (1976) el padecimiento es el sufrimiento o el daño ya sea de una enfermedad o de una pena es decir, el padecer es sentir un daño o dolor, ser víctima y esto implica a su vez el soportar y recibir daño.

A este respecto Eisenberg indica que "los pacientes sufren males; los médicos diagnostican y tratan enfermedades... Los males son experiencias de cambios menguantes en estados de ser y en función de órganos y sistemas del cuerpo" (citado en Fitzpatrick, 1990, p. 21)

Ya sea que se le llame padecimiento, malestar, sufrimiento, dolencia, etc., de acuerdo con Mercado (1996), lo importante es el conocer la interpretación de las personas acerca de lo que les ocurre, de los variados y a menudo devastadores efectos de la enfermedad en su vida diaria, así como de sus expectativas, sus demandas, sus motivos, su búsqueda permanente de alternativas para su tratamiento y su opinión de la atención que reciben por parte de los profesionales de la salud.

Es decir, empezar a buscar la tan añorada respuesta para el control efectivo de la DM2 en la propia experiencia del padecer esta enfermedad.

Para Martínez (1983), el padecimiento varía mucho en cuanto al momento de su aparición en el curso de la enfermedad, en la sintomatología, así como en la severidad o gravedad.

Estos factores pueden dividirse en los que pertenecen a la enfermedad y los que corresponden a la persona padeciente. Entre los primeros, los más importantes, según este autor son, entre otros, la cronicidad, los diversos tipos de invalidez que produce la enfermedad, la heredabilidad real o supuesta de la enfermedad, sus concepciones o repercusiones culturales, sociales y morales, el sentimiento de culpa y la gravedad de la enfermedad (ibídem)

Como consecuencia de la sintomatología, de la severidad o la gravedad, el padecimiento puede ser desde muy benigno, casi banal, hasta aún más intenso, molesto y grave que la enfermedad misma. Pero siempre es un elemento que acompaña el curso y tratamiento de la enfermedad y que, en la mayoría de las veces, lo complica.

Martínez, (1983) menciona que, las personas por su parte modelan su padecer de acuerdo con:

- a) Su edad. Se puede decir que el padecer es mínimo en los bebés debido a que sus experiencias aún son unas cuantas y su incorporación a la cultura y a la sociedad apenas se está iniciando. A medida que la edad permite la acumulación de recuerdos respecto a la enfermedad y el desarrollo en actividades, responsabilidades y proyectos de diversa índole, el padecimiento se hace más aparente y complejo.

En la senectud el padecimiento suele exagerarse por la dependencia, la soledad, el aislamiento y la improductividad económica de la persona.

- b) Genero. El padecimiento del hombre es diferente al de la mujer, no nada mas por razones biológicas sino también, y sobre todo, por razones culturales y sociales. El hombre padece más la invalidez, la impotencia y las restricciones que la mujer; ésta lucha más y se adapta mejor.

La agresividad, la depresión, la negación del problema y la falta de cooperación con el médico son muy frecuentes en el hombre. Por su parte la mujer padece mucho por las alteraciones de su imagen corporal, en ambos casos interviene la cultura y la clase social.

- c) Sus características psíquicas. Son particularmente importantes, las experiencias, las actitudes y respuestas respecto a la enfermedad en general y en especial en lo tocante a lo que la persona sufre.
- d) Sus expectativas y proyectos. Ante el fracaso de éstos o la imposibilidad de llevarlos a cabo las personas reaccionan de diversas maneras, según su personalidad, la firmeza, adaptabilidad o endebles de su estructura psíquica.
- e) Su ocupación y clase social. La ocupación o trabajo de las personas generalmente es una intervención social en su padecimiento, por ejemplo, la secretaria de un banco que sufre cada vez que cuenta dinero ante los ojos del cliente por que tiene eccema en el dorso de las manos; o un chofer con DM2 que, por trabajar en la calle, sólo tiene a su alcance antojitos o comida "chatarra".

La clase social, tan ligada a la capacidad económica, influye en el padecimiento, es decir, antes y ahora ha habido y hay personas que padecen su enfermedad como quiebra económica.

- f) Su cultura. La cultura tiene que ver con la manera en como se percibe, interpreta y se vive la enfermedad, en lo que se comunica y en lo que se guarda acerca de ella. Por ejemplo, en una cultura donde “los hombres no lloran” como la mexicana, no se ve bien que estos se quejen de una enfermedad.

Por ejemplo, sobre todo en el pasado inmediato, las enfermedades venéreas muchas veces han causado un peor sufrimiento moral o cultural que biológico, por lo que, por mucho tiempo fueron conocidas como “enfermedades secretas”, fruto del pecado, con la respectiva carga emocional para la persona implicada.

Debido a que la enfermedad como serie de molestias y anomalías que esta viviendo determinada persona (padecimiento) ha sido bastante menos estudiada que la correspondiente a la enfermedad como lesión anatómica, fisiológica, bioquímica (enfoque biomédico), es que el propósito de la presente investigación es comprender el sufrimiento, la incapacidad, la forma como valoran, viven y enfrentan día con día una enfermedad las propias personas, es decir, la experiencia del padecimiento (EP), el cual es el término empleado por varios científicos sociales y, paradójicamente, en menor medida por los profesionales de la salud.

La EP es estudiada mediante un enfoque holístico del proceso salud enfermedad, para lo cual se debe emplear una perspectiva cualitativa (Strauss & Corbin, 1990)

Para la prosecución de tal propósito,

Desde hace varias décadas se han formulado diversas propuestas teórico-conceptuales e incontables trabajos de campo en las ciencias sociales con el propósito de explicar cómo los individuos entienden, interpretan y responden a su enfermedad... un número creciente de estudios de la salud reconocen que este fenómeno puede ser analizado bajo el término de la EP (Mercado, 1996, p. 35)

Según este autor el padecimiento ha incluido la categorización y explicación desde el sentido común accesible a todas las personas de un grupo social y la experiencia de malestar ha sido siempre culturalmente construida y ha significado la forma de interpretar sensaciones.

Es decir, la persona asimila la enfermedad al curso de su vida, en donde ésta es inseparable de su historia personal y al expresarla como síntoma (que no son sino códigos que le permiten comunicarse con el médico), incluye su propia forma de conocimiento del cuerpo, sus vivencias como enfermo en relación con sus allegados y sus expectativas respecto al proceso de atención.

Por tanto, en esta área del conocimiento de la enfermedad se considera que el término EP hace referencia a:

Aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (Mercado, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara, 1999, p.182)

Por tanto, el interés de abordar el tema del padecimiento es recuperar el proceso de escuchar e incorporar la voz de los olvidados, de los excluidos y de quienes no tienen la oportunidad ni los medios para hacer escuchar sus angustias, sus sufrimientos y sus propuestas para que sean consideradas en la reorganización de su tratamiento (Mercado, 1996 y Lara, Taméz, Eibenschutz y Morales, 2000)

El conocimiento de la enfermedad como fenómeno cultural

La importancia del análisis de la enfermedad como un fenómeno sociocultural se comprende si se toma en cuenta que "la enfermedad humana se presenta, de necesidad, dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que se experimenta la enfermedad" (Fitzpatrick, 1990, p.19)

A este respecto Kleinman, Eisenberg y Good, indican que "la cultura, entendida como una pauta entrelazada del lenguaje y de las creencias forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad... por consiguiente, enfermedad se refiere a todos los aspectos experienciales de trastorno corporal que son conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre, y la explicación de la experiencia desagradable" (Citado en Fitzpatrick, 1990, p.21)

Por tanto, los conceptos de enfermedad como fenómeno cultural, "además de nombrar otro conjunto de entidades y causas ajenas a la medicina, también operan como símbolos condensados que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura" (Fitzpatrick, 1990, p.29) Desde esta perspectiva, la cultura se concibe como un proceso en constante construcción en el que cada sujeto se encuentra inmerso.

Siguiendo esta línea y en el caso específico del personal médico y de salud, estos perciben las necesidades desde su mirada del mundo objetivado, mientras que los demás individuos y los grupos sociales las perciben desde su también construida subjetividad (Lara, Taméz, Eibenschutz y Morales, 2000)

Como parte de este proceso cultural se construye una forma grupal de concebir el mundo, así, de esta manera todos habitamos un mundo socialmente objetivado, no un mundo real (Lara, Taméz, Eibenschutz y Morales, 2000)

Por tanto se considera que la cultura a la que se pertenece interviene directamente en la auto calificación como enfermo; participa también en la elección de la forma de tratamiento al que se recurre – científico o heterodoxo, al hospital o al centro espiritualista -, y en la ejecución de otras acciones relacionadas con la situación de estar enfermo.

Es decir, las personas elaboran ideas sobre las causas y tratamientos que muchas veces entran en conflicto con las explicaciones y tratamientos biomédicos (Fitzpatrick, 1990)

En este proceso las personas no inventan los significados, sino más bien usan las interpretaciones que en su vida social les han transmitido.

Enfoque holístico como alternativa

Entendiendo el holismo como el análisis complejo de un todo que es más que la suma de sus partes para comprender en su totalidad el fenómeno en cuestión, es decir, esta visión ordena jerárquicamente el fenómeno, en donde cualquier “todo” puede ser el universo mismo o la sociedad humana, y cualquier “parte”, puede ser un átomo o un ser humano (koestler, 1981)

En la presente investigación se propone complementar la visión del enfoque biomédico con los resultados de la perspectiva holística de la enfermedad ya que la salud tiene varias dimensiones y todas ellas surgen de la compleja interacción

entre los aspectos físicos, psicológicos y culturales de la naturaleza humana, es decir, sus distintas facetas reflejan todo el sistema social y cultural y nunca se le puede representar con un solo parámetro, como por ejemplo el índice de mortalidad o el promedio de vida.

Es por esto que autores como Duarte (1991) indican que se ha llegado a la necesidad de redefinir el objeto como el proceso -salud enfermedad- y, simultáneamente, de recuperar los aspectos histórico-sociales para su análisis.

Estos aspectos han sido reconocidos de forma creciente como determinantes de los éxitos de la salud y acciones sociales (OMS, 1981) De tal modo que ha llegado a aceptarse que los programas dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud y el bienestar deben basarse en la comprensión de la cultura, tradiciones y patrones de interacción social (Rodríguez, 1990)

Desde esta misma perspectiva, entendemos a la DM como un problema bio-psico-social, por lo que se considera importante una comprensión holística que articule tanto las aportaciones del orden biológico como las aportaciones del orden psicológico y cultural, ya que consideramos a esta enfermedad como multifactorial y multidimensional, y que solamente se podrán frenar las complicaciones atendiendo multidisciplinariamente sus diversos factores y dimensiones.

CAPÍTULO III

EL HOMBRE ES LO QUE COME

(Importancia de la alimentación y la cultura en personas con Diabetes)

En el presente capítulo analizaremos la importancia de la alimentación y la cultura como factores determinantes en el cumplimiento del tratamiento para personas con DM2.

A este respecto, Mercado indica que la atención médica actual ha dejado de lado las dimensiones sociales, psicológicas y culturales de los enfermos sin considerarlos parte de la causalidad, de su conceptualización, ni de las acciones ligadas a la atención de la misma. "A pesar de que el análisis se centra en los pacientes y en su grupo inmediato familiar la mayor parte de las veces se ignora o se minimiza el contexto económico, social y cultural en el cual se encuentran inmersos" (1996, p. 33)

El supuesto básico es que para lograr el control de esta enfermedad, es conveniente estudiar tanto la cultura de la persona que tiene Diabetes como la importancia de la alimentación dentro de su grupo social, comenzaremos analizando en primera instancia la cultura.

El influjo de la cultura en el comportamiento de los individuos

El análisis del tema de la cultura es muy complejo y diverso por lo que, para facilitar su conceptualización se presentan algunas definiciones.

- 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 (Harris, 1996b)
- Es 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) (Harris, 1996a, p. 20)
- El resultado de los procesos evolutivos biológicos de los cuales el de mayor importancia es el conocido como selección natural (Harris, 1996a, p. 41)
- Un patrón integrado de conocimientos, creencias y comportamientos. La cultura entonces incluye lenguaje, ideas, creencias, costumbres, tabúes, códigos, instrumentos, técnicas, valores, ideales, etc. El término cultura da cuenta de un proceso simbólico e interpretativo que construye la subjetividad de los individuos y dirige sus acciones. (Lara, Taméz, Eibenschutz y Morales, 2000, p. 106)
- Todo aquello que hacemos, decimos o pensamos los hombres por que "esta en el ambiente" por que así se hace, se piensa o se dice. La cultura es un rico y variado material social que se nos va proporcionando por la familia, la escuela, la vida urbana o campesina, (Martínez, 1983, p. 41)

Analizando lo anterior podemos concluir que estudiar la cultura es ocuparse de las formas de nacer y morir, de formar una pareja y procrear, de alimentarse y festejar, de los patrones de conducta y de pensamiento, de las formas de interacción y solidaridad social, de las formas de satisfacer las necesidades del sistema biológico, entre otros aspectos.

De acuerdo con lo anterior Lotman (1979) menciona que "la cultura es la memoria no hereditaria de la colectividad o, si se prefiere, grabación en la memoria de cuanto se ha vivido por la colectividad" (p.71)

La cultura existe en la medida en que los hombres comparten sentimientos, acciones, pensamientos que, además, han adquirido a través de la misma participación del grupo humano, por medio del proceso conocido como socialización, por tanto, se puede concebir la cultura como la conducta aprendida y compartida (Puga, Peschard y Castro, 1997, p. 48)

Ahora bien, una de las funciones de la cultura es la de configurar y delinear el comportamiento de las personas, pues mediante "un proceso simbólico e interpretativo... construye la subjetividad de los individuos y dirige sus acciones" (Lara, Taméz, Eibenschutz y Morales, 2000, p. 106), además, de acuerdo con Durkheim, "todos esos significados tienden a garantizar la cohesión y la continuidad de un orden social" (citado en Puga, Peschard y Castro, 1997, p. 49)

Al igual que estos autores, otros han reiterado la influencia de las pautas culturales para mantener el comportamiento regulado de una sociedad. Por ejemplo Taylor 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"(Citado en Harris, 1996a. p. 22)

Por su parte Chinoy (1978) afirma que al compartir una cultura, se comparten valores en común, aceptados por todos los miembros de una sociedad y con base en ellos se establecen patrones de conducta, derechos y obligaciones que regulan y norman la interacción social.

Cabe aclarar que la función de la cultura de configurar y delinear el comportamiento de las personas, según Harris (1996a) se cumple mediante el proceso conocido como endoculturación, que es entendida por este autor como:

Una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales. La endoculturación se basa, principalmente, en el control que la generación de más edad ejerce sobre los medios de premiar y castigar a los niños. Cada generación es programada no solo para replicar la conducta de la generación anterior, sino para premiar la conducta que se adecue a las pautas de su propia experiencia de endoculturación y castigar, o al menos no premiar, la conducta que se desvía de éstas (p. 22)

O como menciona Durkheim (1982): En cada uno de nosotros, según proporciones variables, está el hombre de ayer; es el hombre de ayer quien, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es bien poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos resultado.

Además tomando en cuenta lo expuesto por Bourdieu (1991), puede inferirse que las enseñanzas culturales en las que fue formada la persona con

Diabetes permanecen a lo largo de su vida y configuran y delinear su comportamiento porque:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistema de disposiciones duraderas y transferibles... es decir, [son] principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones... (p. 92)

Producto de la historia, el *habitus* produce prácticas, individuales y colectivas, produce, pues, historia conforme a los principios engendrados por la historia: Asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de principios de percepción, pensamiento y acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y normas explícitas, a garantizar la conformidad de todas las prácticas y su constancia a través del tiempo (p. 94-95)

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

La importancia de la alimentación dentro de un grupo social

La mayoría de las personas considera que la herencia cultural se limita a las grandes construcciones, obras plásticas o literatura de nuestros antepasados. Rara vez se acepta que lo que hoy comemos y bebemos es también parte fundamental del patrimonio cultural de un pueblo (Vargas, Riego & López, 1997)

Comer es un acto que todo ser humano realiza, por necesidad, obligación o por gusto, infinidad de veces a lo largo de su vida, por lo que, la comida, o sea los alimentos, y el acto de comer se asocian a múltiples circunstancias que con frecuencia resultaran significativas emocionalmente para el comensal.

A este respecto Aguirre (1980) indica que la dieta no es un complejo aislado del contexto cultural en que se produce, sino que forma parte de un todo interrelacionado que funciona como una unidad. O como menciona Harris (1996b) "La comida, debe nutrir el estómago colectivo antes de poder alimentar la mente colectiva" (p.14).

Prueba de ello es que diversas sociedades le han dado al acto de comer varios usos con distintos significados, al respecto Baas *et al.*, 1979 (Citado en Toro, 1999) enumeraron los siguientes:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias
5. Expresar amor y cariño
6. Expresar individualidad
7. Proclamar la distintividad de un grupo
8. Demostrar la distintividad de un grupo
9. Demostrar la pertenencia a un grupo
10. Hacer frente al estrés psicológico o emocional
11. Significar estatus social
12. Recompensas o castigos
13. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento
14. Ejercer poder político y económico
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas
16. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales. Simbolizar experiencias emocionales
17. Manifestar piedad o devoción
18. Representar seguridad
19. Expresar sentimientos morales
20. Significar riqueza

Muchos de esos usos y significados se sobreponen y cada acto puede implicar varios de ellos a la vez. Pero al margen de significados concretos en circunstancias concretas, hay ciertas constantes que a lo largo de la historia de la humanidad parecen mantener su vigencia (Toro, 1999)

Según Contreras (1993), históricamente, la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus. Los modos de alimentarse constituyen un medio de afirmarlos frente a los demás y de adquirir prestigio. El deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos, de platos y de maneras de mesa inspirados en los de una categoría social considerada superior y a la que se pretende igualar o imitar ha constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Citado en Toro, 1999, p. 53)

Prueba de ello es la fuerte imitación de conductas alimentarias que se han venido adoptando del extranjero como lo son los establecimientos de "comida rápida" que pululan ya por todas las ciudades de nuestro país, al igual que las bebidas como la coca cola que se encuentran hasta las regiones más apartadas.

Por su parte Walkerman (1993) indica que: "Socialmente, la alimentación establece diferencias que pueden radicar en razones económicas, tradicionales y raíces étnicas" (p.208)

Las bebidas y los platillos pueden ser consumidos de varias maneras, pero la forma que efectivamente genera satisfacción es hacerlo en grupo, con tranquilidad y con la posibilidad de degustar lo que va entrando gradualmente a nuestro cuerpo. De esta manera comer y beber se vuelven actos sociales donde se vuelcan las emociones y los afectos, permitiendo la comunicación trascendente (p.214)

Como indica Toro (1999), aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta sociabilidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Hasta el punto que para la mayoría de los miembros de nuestra sociedad comer en solitario suele ser una práctica incómoda, ligeramente desasosegante, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social. Cuando esto ocurre, procede asegurar que la comida, el hecho de comer, reviste significados que se asocian a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional.

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. La comida deglutida puede ser de alta calidad y exquisitamente cocinada, pero sentar como un tiro y resultar aversiva, o incluso ser rechazada y vomitada, si la situación es tensa, conflictiva o aborrecible. Y a la inversa, un alimento discretísimo desde todos los puntos de vista puede saber a gloria en situaciones gratificantes. En tales casos es cuando, ciertamente, "contigo, pan y cebolla" (Toro, 1999, p. 2-3)

En relación a lo anterior Oriol (1975), escribe: Cuando el animal ha conseguido el bocado que le urge para alimentarse, lo come ávidamente, pero cuidado, el animal come justo hasta mantener su equilibrio metabólico, de acuerdo a sus necesidades, luego abandona la presa, ¡por muy sabroso que sea el banquete! el animal se detiene en su debido momento. Este instinto animal hace verdaderos prodigios de exactitud, tasando, midiendo, filtrando, seleccionando cualitativa y cuantitativamente.

El hombre, en cambio, no come por instinto, sino para "saborear" la comida. No va al comedor a alimentarse; se sienta a la mesa para deleitarse. Por esto no se detiene a su debido punto. Tras un banquete opíparo que ha rebasado todos los límites fisiológicos. ¡Pide el postre! (Oriol, 1975, p.58)

La alimentación y la cultura mexicana

México es un país que se caracteriza por la gran diversidad de su población y su cultura, definida por Béjar, (1994) como "el espacio históricamente desarrollado donde se acumula y desdobra la significación y el simbolismo valorativo de las tradiciones, costumbres, usos y hábitos sociales, que le dan permanencia, continuidad y transformación a la peculiaridad de México y al carácter nacional del mexicano, (p. 22)

Por tanto no hay duda que gran parte de la mexicanidad esta asociada a la comida y como sostiene Vargas, Riego & López, (1997), "en efecto la comida es uno de los elementos de cohesión y de identidad de los pueblos" (p.24)

Por ejemplo, uno de los aspectos característicos de la cultura mexicana es, sin duda, la gran riqueza gastronómica que la conforma, como en todos los países, desde tiempos muy remotos, se ha tenido una gran variedad de comidas y postres.

Junto con la evolución humana ha evolucionado también el arte culinario hasta llegar a la elaboración de platillos suculentos y finamente aderezados, ya que el comer ha sido la necesidad más imperiosa de todos los pueblos quienes fueron poco a poco afinando el sentido del gusto hasta obtener manjares verdaderamente exquisitos.

En México, como en todo el mundo, lo que se come depende de dos grandes grupos de factores: los recursos que brinda el ambiente y los que se consideran adecuados para consumir en un momento y lugar determinado, por

ello es natural que la variedad de recursos de la naturaleza mexicana haya dado origen a cocinas diferentes, y que no exista una, sino varias cocinas mexicanas.

Por tanto, las características de lo que come y bebe un niño durante su etapa de formación, quedarán grabadas en su personalidad y formarán parte de su vida (Vargas, Riego & López, 1997) Por lo que:

A través de su experimentación con las comidas y las bebidas, la persona les asigna a éstos valores emocionales y las asocia a recuerdos y vivencias. Así, para algunos lo familiar, lo que recuerda el cuidado materno, puede variar entre una semita con nata y azúcar, los buñuelos de la abuelita, el estilo familiar de preparar los frijoles o el sabor propio de la sopa de fideos preparada en su casa (Vargas, Riego & López, 1997, p.23)

Otros productos se asocian de manera negativa, ya que se consumen durante la enfermedad, en situaciones desagradables o porque producen malos efectos. Por ejemplo:

Algunos mexicanos de edad avanzada no han logrado superar su rechazo al jugo de naranja, utilizado como vehículo para administrar purgantes de aceite de ricino. Otros rechazan los productos que les ocasionan alergias o diarrea, lo que es común con la leche, las fresas y algunos mariscos. También hay quienes no aceptan comidas semejantes a las que debieron consumir durante su estancia en los hospitales o como alimento-medicamento al estar enfermos (Vargas, Riego & López, 1997, p. 24)

De esta manera cada persona integra sus preferencias y fobias alimentarias, pero siempre en el marco de lo que le ofrece primero su familia, en segundo lugar su patria chica y en tercer lugar su país (Vargas, Riego & López, 1997)

Según este mismo autor, en México, al igual que otras sociedades, la cultura agrupa los alimentos como si lo hiciera en círculos concéntricos. En el centro se encuentra el que se conoce como el superalimento, formado por el producto fundamental desde los puntos de vista de su integración a la dieta diaria y a la cultura, en el caso de México sin duda es el maíz.

En el siguiente círculo de los alimentos primarios se encuentran los que acompañan con frecuencia al superalimento, por ejemplo: En el caso del centro de nuestro país, podemos mencionar el chile, el frijol, la calabaza, el arroz, el pollo, la res, y otros productos que se consumen con frecuencia y que son conocidos por la mayoría de la población.

El tercer círculo es el de los alimentos secundarios, que se consumen con menor frecuencia, pero que son conocidos por la mayor parte de las personas y con frecuencia forman parte de su alimentación. Algunos de los alimentos mexicanos que caen en esta categoría son el chayote, la zanahoria, la papa y otros.

El cuarto y último círculo son los alimentos periféricos, que se consumen ocasionalmente, como ocurre durante determinadas temporadas del año o las fiestas y ceremonias. Dentro de este círculo cabría mencionar los romeritos, el guajolote, los chapulines, los escamoles entre otros.

Relación de la alimentación y la cultura en personas con DM2

Cabe señalar que:

La comida de un pueblo forma parte fundamental de su patrimonio cultural. Al igual que las grandes ciudades y las obras de arte, es producto de la interacción de la humanidad con los recursos de la naturaleza, la tecnología, los gustos, la experiencia, los sentimientos, la economía y multitud de elementos (Vargas, Riego & López, 1997, p. 40)

De acuerdo con Cardoso, (2003), puede advertirse que el no tomar en cuenta el aspecto cultural, ha propiciado que al no contextualizar los tratamientos a las características culturales de las personas que padecen DM2, en lugar de contribuir al control de su enfermedad, posiblemente se les ha generado un

problema más grave porque cuando el médico le prescribe a su paciente un tratamiento para controlar su Diabetes, lo está enviando a que tenga problemas con su familia ya que no considera sus valores ni costumbres alimenticias.

Con relación a lo anterior, en nuestro país existen diversas festividades como lo son las históricas, sociales y principalmente las religiosas en donde el ambiente familiar gira en torno a la comida típica (que en su gran mayoría se encuentra contraindicada para personas con Diabetes)

Al respecto Durán, Bravo, Hernández y Becerra (1997) señalan que "la enfermedad y el control es tanto un problema de la persona que la padece como implica necesariamente a la familia" (p. 31)

Por su parte Cardoso (2000a) indica que tomando como referencia las costumbres mexicanas se puede anticipar que, en reuniones familiares y festividades, las personas eligen la convivencia familiar a costa de su salud:

- a) Debido a que regularmente no se presentan estímulos de orden biológico, como un dolor intenso, que los obliguen a atender su salud de manera inmediata
- b) También porque, después de todo, los efectos de la Diabetes son a mediano y largo plazo
- c) Por consiguiente, la persona con Diabetes prefiere la convivencia familiar porque son sus prácticas cotidianas, las que a su vez son producto de creencias, valores y conductas transmitidas socialmente, las cuales no son fáciles de cambiar

Además el consumo de alimentos típicos ricos en grasas y carbohidratos esta culturalmente arraigado en la sociedad mexicana, por ejemplo, en reuniones

familiares, tales como el festejo de Navidad o de Año Nuevo, los cuestionamientos que prevalecen en la mayoría de las familias mexicanas, para la organización de dichas festividades son dos: a quién invitar y qué se les ofrecerá de comer.

Las respuestas son: en primer término, se invita a la familia. En segundo lugar, con respecto al ágape, se ofrece una gran variedad de guisos o platillos, pero todos comparten la característica de contener grasas, azúcares y carbohidratos, elementos que la dieta para las personas con Diabetes debe contener en cantidades reguladas (Cardoso 2000a)

Por lo anterior y de acuerdo Walkerman (1993), se considera que "la alimentación como prescripción médica crea resistencia en el paciente, en la familia y motiva dificultad social para su cumplimiento" (p.208)

Por tanto, la prescripción de la dieta implica para las personas con DM2 un cambio radical en sus costumbres. Como ejemplo se cita lo siguiente:

Cuando me comunicó que era diabética, tal como me lo dijo me sonó a castigo. No me preguntó siquiera cómo me encontraba, simplemente, y sin levantar la vista de los análisis, me arrojó una dieta de 1500 calorías que debería llevar a rajatabla; eso sí, me regaló un bolígrafo que escribía 'insulina' discreto, fácil de usar, muy moderno y funcional. Todo un detalle (Murillo, 1999, p. 57)

Además, no hay que perder de vista que:

Desde que los niños prueban los primeros alimentos distintos de la leche materna se inicia el reconocimiento de texturas, sabores, gustos, temperaturas y otros elementos que se identifican fácilmente y quedan grabados para toda la vida. Conforme pasa el tiempo se aprende a identificar los alimentos y los platillos, y se les liga a situaciones particulares de la vida personal, familiar y social. De esta suerte las personas y los grupos deciden lo que es y lo que no es comestible, lo adecuado para las cambiantes circunstancias, lo que les gusta y lo que rechazan. Los platillos llegan a formar parte de la vida misma y cuando no se pueden consumir se les extraña. Forman parte de nosotros de la misma manera que los símbolos de la patria, la familia y los seres queridos. Son elementos compartidos con la parte de la sociedad a la que pertenecemos, y merecen el respeto y reconocimiento que tenemos para el resto de nuestro legado cultural, como son las manifestaciones artísticas, el lenguaje, la música y la totalidad de nuestras tradiciones (Vargas, Riego & López, 1997, p. 25)

De lo anterior podría inferirse que la terapéutica médica no tiene éxito porque indirectamente y de manera no intencionada exige a las personas con Diabetes que cambien sus patrones de comportamiento adquiridos culturalmente.

CAPÍTULO IV

PERSPECTIVA CUALITATIVA

(Metodología)

Características de la investigación

La mayoría de las investigaciones en salud emplean metodología cuantitativa, en el supuesto generalizado de que el carácter científico de la investigación se basa en medir los fenómenos y que el criterio de verdad es el estadístico.

Sin embargo, en esta investigación se prefiere profundizar en cómo experimentan el padecimiento las propias personas con Diabetes, por tanto se considera que no debe utilizarse la perspectiva tradicional de interpretación científica de la enfermedad, si no la propia experiencia de los que viven con el padecimiento.

En razón de los objetivos de estudio planteados que se refieren a la identificación, descripción y análisis de las alteraciones fisiológicas y emocionales a partir del plan de alimentación prescrito por el médico para personas con Diabetes y con base en el supuesto que la cultura condiciona la aparición de dichas alteraciones, se considera que la investigación de tipo cualitativo es la más indicada, ya que este tipo de investigación se ocupa "de los procesos, los significados, la subjetividad y un conjunto de cuestiones relativas a cómo se crea y significa una experiencia social" (Mercado, 2000, p.55)

Retomando lo expuesto en los capítulos anteriores, se presentan los siguientes presupuestos:

1. Que con el conocimiento generado por el modelo biomédico y su aplicación comprendido como el plan de alimentación, programas de ejercicios, y en forma complementaria, los hipoglucemiantes, la Diabetes debería, en teoría, ser una enfermedad controlada, sin embargo, la realidad es otra.
2. Se han dejado de lado aspectos que, aún cuando los profesionales de la salud consideran importantes, en el momento de prescribir el plan de alimentación no los toman en cuenta, por ejemplo, la subjetividad de la experiencia del padecimiento.
3. Para complementar el tratamiento de la Diabetes debe considerarse como alternativa el enfoque holístico del proceso salud enfermedad para lo cual se debe partir desde una perspectiva cualitativa.

Con base en lo anterior se considera que al no integrar estos aspectos tan importantes al tratamiento de la Diabetes, esta enfermedad continuará con su patrón de evolución actual.

Es por ello la necesidad de efectuar la presente investigación desde una perspectiva cualitativa pretendiendo trasladar el eje de análisis de la Diabetes del modelo biomédico hacia una perspectiva donde se incorporen la experiencia de las propias personas que padecen esta enfermedad crónico degenerativa.

Para la presente investigación se consideró:

- Un problema de salud muy importante como lo es la Diabetes, específicamente en lo que se refiere a la falta de persistencia al plan de alimentación como consecuencia de posibles alteraciones fisiológicas y emocionales así como la influencia de la cultura

- La investigación es de tipo cualitativo y requirió de la utilización de la técnica de entrevista cualitativa a profundidad para explorar estos aspectos emocionales, fisiológicos y culturales
- Se desarrollo en un ámbito local específico, la zona aledaña a la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral Tamaulipas, perteneciente a la F.E.S Zaragoza, UNAM en ciudad Nezahualcóyotl
- La investigación es de carácter exploratorio
- Debido a sus objetivos, esta investigación esta sustentada en la Teoría Fundamentada, la cual es una de las metodologías cualitativas más completas (Natera y Mora, 2000)

Además que el introducir una visión derivada del método cualitativo ofrece otras ventajas que, de acuerdo con Lara, Taméz, Eibenschutz y Morales, (2000), son las siguientes:

- a) Reconocen y consideran la subjetividad del investigador, quien consciente o inconscientemente interacciona con la realidad y se involucra desde el momento de seleccionar el problema
- b) Considera al individuo y/o los grupos como parte activa de la investigación y no como objetos, garantizando un espacio para la expresión del contenido simbólico del proceso vivido por la persona, su familia y su grupo
- c) Los elementos de estudio, que son seres humanos, se definen en función de sus relaciones; no se trata de aislarlos recortando las variables por estudiar del resto de sus características. Sus relaciones

con su tiempo, entorno social, cultural, historia, familia, personas cercanas, hábitos, valores y representaciones, son importantes. A partir de estas relaciones es que el significado se hace presente, ya que la persona es resultado de una relación interactiva con sus grupos de referencia (reales o ideales) fuera de ellos no existe

- d) Permiten explorar mejor la subjetividad de los individuos y de los grupos, haciendo hincapié en las contingencias más que en las regularidades de las experiencias vividas durante su enfermedad, que pueden ser desconocidas para el investigador
- e) Permiten recuperar el discurso de salud /enfermedad, de cada individuo o grupo y que siempre es diferente del discurso médico. Puede ser que se busque recobrar el significado de un problema de salud mediante el discurso de una sola persona o a través de la evocación colectiva, que al ponerse en juego mediante el lenguaje muestra una forma particular de vivir las experiencias de salud
- f) Utilizan procedimientos no estandarizados, sino flexibles (guiones abiertos) que permiten recuperar lo esperado y lo emergente de la experiencia vital de la población
- g) Los métodos cualitativos permiten, más que describir comportamientos, comprenderlos. A diferencia de la búsqueda por rechazar una hipótesis nula y verificar la otra, los métodos cualitativos se orientan a resignificar hechos o situaciones
- h) En relación con consideraciones éticas, los métodos cualitativos permiten que tomen la palabra los que siempre son interpretados sin

haberse expresado, porque los interrogatorios nunca dicen lo que el interrogado quisiera decir, sino lo que el interrogador está interesado en preguntar

Problema de investigación

Identificar, describir y analizar las alteraciones físicas y emocionales generadas por el plan de alimentación prescrito por el médico para el control de la Diabetes y su relación con la falta de persistencia a éste.

Interés de la investigación

El interés de la presente investigación fue identificar si las personas con Diabetes presentaban alteraciones físicas y emocionales generadas a partir del plan de alimentación prescrito por el médico, describirlas y analizar la relación existente entre éstas y la falta de persistencia al plan de alimentación.

Finalmente, con los resultados de la presente investigación se pretendió plantear elementos de referencia que permitan a los profesionales del área de la salud considerar los aspectos emocionales, fisiológicos y culturales al prescribir el plan de alimentación así como en el análisis de la enfermedad.

Objetivos de la investigación

1. Identificar si las personas con Diabetes presentaban alteraciones físicas y emocionales generadas a partir del plan de alimentación prescrito por el médico

2. Describir las alteraciones
3. Analizar la relación existente entre estas alteraciones físicas y emocionales en cuanto a la falta de persistencia al plan de alimentación
4. Elaborar una teoría preliminar sobre la influencia de las emociones, la fisiología y la cultura en la persistencia al plan de alimentación

Participantes

En la presente investigación participaron cinco personas (dos hombres y tres mujeres) que padecen Diabetes y que presentan las siguientes características.

- Asistencia al DUPAM
- Residencia en la zona aledaña a la Clínica Multidisciplinaria Tamaulipas
- Edad entre los 45 y los 65
- Con una residencia mínima de 10 años en Ciudad Nezahualcóyotl
- Que siguen o hayan seguido el plan de alimentación en por lo menos un período de un mes

Se pondrá especial atención en que los entrevistados no presenten trastornos de la alimentación previas a la prescripción médica, tales como bulimia o anorexia ya que los resultados se verían directamente afectados por estas alteraciones alimentarias, que no presenten problemas de alcoholismo y drogadicción debido a que estas adicciones pueden interferir en los hábitos alimenticios y en las alteraciones fisiológicas y emocionales

Selección del área y acercamiento inicial

En función del propósito de estudio y puesto que en el DUPAM se trabaja con personas que padecen Diabetes, la muestra se obtuvo por "sujetos tipo" de entre las personas que asistan a este programa.

El acercamiento inicial se efectuó en las instalaciones de la clínica Multidisciplinaria Tamaulipas, la cual es una subdependencia de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, perteneciente a la UNAM y que se encuentra ubicada en Cd. Nezahualcóyotl, Edo. de México.

Posteriormente las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios de las personas seleccionadas, ya que, según Sierra (1998) 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.

Obtención de la información

La técnica empleada es la entrevista cualitativa a profundidad, la cual según Sierra (1998) requiere de un diseño flexible a construir posteriormente en la realización del trabajo de campo.

- Se realizó el primer contacto en el DUPAM en donde se le solicitó a cada persona su colaboración en la investigación dándole sólo una explicación general de ésta y cuidando que la información no influyera en los resultados

- Se entrevistó a las personas en su domicilio con base en la guía de entrevista (anexo) efectuándose las entrevistas necesarias para cubrir los requerimientos de la investigación
- El tiempo de duración de cada entrevista fue negociado por el entrevistado y el entrevistador procurando que abarcara entre 60 y 90 minutos
- Las entrevistas fueron grabadas, teniendo de antemano el consentimiento de la persona
- Al finalizar cada sesión el investigador realizó una transcripción de la entrevista reportando también la información no verbal que considero importante (con el fin de enriquecer el análisis posterior)
- El proceso de obtención de información se dio por terminado cuando se cumplieron los criterios que plantea el muestreo teórico

Más que un muestreo estadístico de representatividad, 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 (Natera y Mora, 2000, p.81)

Proceso de captura de la información

De acuerdo con lo sugerido con Bernard (citado en Mercado, 1996), inmediatamente después de realizar las entrevistas se efectuó la transcripción de las mismas en el programa Word creándose un archivo para cada una de ellas.

Basándose en fragmentos de las entrevistas se efectuó un análisis de la existencia de alteraciones fisiológicas y emocionales, así como su relación con el

desistimiento al plan de alimentación, para posteriormente elaborarse una tabla resumida donde se incluyeron las categorías exploradas en esta investigación.

Finalmente, basándose en las categorías iniciales y las derivadas de éstas se efectuó una interpretación de la información a partir de la cual se elaboró una teoría preliminar sobre la influencia de las emociones, la fisiología y la cultura en la falta de persistencia al plan de alimentación.

Descripción, Análisis e Interpretación de la información

Se realizó un análisis cualitativo mediante el proceso de tres niveles de codificación descrito por Hutchinson (Natera y Mora, 2000):

- 1.- Descripción de las entrevistas, mediante las cuales se realizaron categorías y subcategorías de análisis
 - 2.- Codificación de Categorías: En donde se desarrollaron códigos sustantivos relevantes y que pudieran relacionarse unos con otros, como hipótesis para ser integrados dentro de la teoría preliminar
 - 3.- Códigos axiales: En donde los datos se entrelazaron de diferentes formas estableciendo conexiones entre las categorías y subcategorías de análisis, para finalmente realizar una integración de las categorías para conformar la teoría preliminar
- Las categorías se realizaron con base en las alteraciones fisiológicas y emocionales, así como la cultura alimentaria en relación a la no persistencia al plan de alimentación que manifieste el entrevistado

- Descripción de las alteraciones fisiológicas y emocionales, así como los aspectos de la cultura alimentaria que las condicionen. Se describieron las características consideradas como determinantes según la opinión de los entrevistados
- Se realizó el análisis de las características de las alteraciones fisiológicas, emocionales y de la cultura alimentaria que influyen en la no persistencia al plan de alimentación
- Se definieron las categorías de las alteraciones fisiológicas, emocionales y la cultura alimentaria
- Se realizó una interpretación de la forma en que estos factores limitan la persistencia al plan de alimentación
- Finalmente se analizó la relación existente entre estas alteraciones fisiológicas, emocionales y la cultura alimentaria en cuanto a la falta de persistencia al plan de alimentación

CAPÍTULO V

LA EXPERIENCIA DE LOS QUE VIVEN CON DM2 *(Análisis y discusión de resultados)*

En este apartado se presentan los resultados de la investigación destacando que efectivamente se encontraron alteraciones fisiológicas y emocionales determinadas por la cultura alimentaria, las cuales interfieren en la persistencia al plan de alimentación prescrito por el médico para el control de la DM2.

Para comenzar se presentan algunas características generales de las amables personas que participaron en la realización del presente estudio.

Persona 1. La Sra. B. tiene una edad de 56 años, desde hace 30 años reside en Nezahualcóyotl, tiene un nivel escolar de primaria y hace seis años que le diagnosticaron DM2. Se dedica al hogar y ella y su esposo atienden un taller de bordado. Una de sus hijas vive en su casa junto con su esposo, y sus dos hijas, todos sus hijos están casados, excepto una, pero no vive con ellos, lo cual es motivo de preocupación y peleas en la familia, debido a las tradiciones morales arraigadas en el hogar.

Persona 2. La Sra. E. tiene 56 años de edad, hace 40 años que vive en Nezahualcóyotl, curso sólo la primaria y desde hace nueve años le diagnosticaron la DM2. Tiene tres hijos, en su casa viven dos de ellos, un soltero y un casado además de su nuera. La señora E. se dedica al hogar y hace trabajos de costura, su esposo está pensionado y actualmente se encuentra en el hogar, por lo que le ayuda en las labores domesticas.

Persona 3. La Sra. G. tiene 61 años de edad, hace 40 reside en Nezahualcóyotl, su nivel de escolaridad es de primaria y hace 11 años que le diagnosticaron DM2. La Sra. G. se dedica al hogar y una vez a la semana vende productos de jarcería, en un tianguis, tiene cuatro hijos, su única hija soltera vive con ella y su esposo.

Persona 4. El Sr. |C. tiene 58 años de edad, hace 30 años vive en Nezahualcóyotl, curso la primaria solamente y hace 6 años le diagnosticaron DM2. Está pensionado, vive en su casa con su esposa, una hija y dos nietas, le ayuda a su esposa en el taller de bordado. Refiere que le cuesta mucho trabajo llevar a cabo su dieta.

Persona 5. El Sr. I. tiene 59 años de edad, 40 de los cuales ha vivido en Nezahualcóyotl, su nivel escolar es de primaria y desde hace 17 años le diagnosticaron la DM2, tiene tres hijos. Actualmente está pensionado y vive con su esposa, un hijo soltero y un casado, él cuál vive con su esposa e hijo en un departamento que se encuentra en el mismo terreno.

Para no descontextualizar lo declarado por las personas, se decidió presentar algunos ejemplos de las entrevistas en donde se aprecia de forma más detallada el valor de las alteraciones fisiológicas, emocionales y factores culturales que interfieren en la persistencia con el plan de alimentación.

Se presenta la información de los participantes para posteriormente exponer la experiencia documentada de otros casos que confirman la suposición de que existen alteraciones involuntarias que dificultan el establecimiento de un nuevo plan de alimentación.

Persona 1: Este, bueno, de primero sentí que no me quedaba con hambre, pero después si sentía que tenía yo que comer.

Aunque "ahiga" yo comido mucho, o por ejemplo vamos a suponer ahorita acabe de comer mi, mi comida con pura cuchara, si, pero, por ejemplo en una media hora ya estoy que ya tengo hambre, y yo tengo hambre, pero yo digo que eso ya nomás es psicológico, también, por que pus yo siento que si como bien así sin tortilla, pero yo digo que es eso, por que como a la media hora ya tengo hambre, y digo ¡si yo comí bien!, entonces recuerdo, ¡hay no!, pus es que no comí tortilla, cuando no había yo comido, comenzaba a dolerme y a dolerme, pero con que me comiera algo en ese momento mire, desaparecía...No, como que me golpeaba, llegaba ese dolor, pero así, que se siente el estómago como delgado, como adolorido, como hace falta algo ahí y le digo ya comiendo o tomando algo ya con eso se va el dolor, como ganas de volver. Bueno si, mi estomago, sentía que se aplastaba si, decía yo, le decía a mi esposo, no yo necesito comer tortilla, porque ¿cómo que no?, Si comía yo una o dos, pero, este, si sentía yo que me quedaba un hueco, si, y es necesaria, si, no yo hasta me saboreo mi tortilla, hay no se como soy, eso si como estoy mal de mis dientes a la recalentada le quito todo lo de alrededor, todo alrededor le quito, huy me saboreo mi tortilla bien rica.

Persona 2: Por ejemplo, ahorita e tratado de llevar la dieta pero cuando siento, he sentido mucha hambre, mucha hambre...Pues como que no me lleno me siento mal de mi cabeza me siento, veo borroso y e sentido cuando voy a la calle, por ejemplo, el otro día fuimos al tianguis y este, que ponen sus lonas y todo eso ya ve que son unas rojas otras oscuras, cuando esta oscuro, este, pues me mareo y veo como cuando se estrella un vidrio ya ve como se ve brillante, pero veo negro también al mismo tiempo y así me siento muy mareada. Cuando empiezo a sentir el mareo, es decir siento la necesidad de comer algo si...siento hambre... si, no, el mareo, siempre me he sentido mareada.

Pues este, por ejemplo ayer me fui al centro con mi nuera y nos llevamos un recipiente con pepino por que a veces me siento mal y íbamos ahí por la calle del Carmen y le digo "ya me siento mareada" me voy a ir quedito y me voy a agarrar de la pared, le digo, y este y cómprame una alegría y si me la comí pero me la comí rápido.

Como le digo que veo y siento la sensación de come pues este, veía yo este plátano lo que fuera me comía yo un plátano, me comía una naranja hasta un taco me hacía ¡todo quería!, y pues desesperación nada más de comer.

Persona 3: Si, sí, sí, discúlpeme usted, y este y la verdura indicada, nada de grasa, entonces que, que sí me podía yo comer una fruta, la cual, me disculpan, ni siquiera le tuve la atención, a la hora de la comida este, más o menos, otra clase de verduras o algo así, le digo que no le tome mucha atención, porque yo salí muy mal de ahí, y eso es lo que me pasa.

Nada, mmjuju, nada, no llevo mi dieta, he que yo se que pues, ustedes como doctores pues sí, lo toman hasta, pues mal, porque la cuestión es que es el bien para mí, no para otra persona sino para mí misma por eso yo me he propuesto dos tortillas, dos tortillas, y que sí en la mañana que sí se me antojo, una, y que sí no, no me la termino, porque hay ya donde me acuso, yo prefiero dejar la tortilla, pero que no me quiten el pan, aunque sea la mitad o uno...Eso es lo malo, ahí sí es donde sí me acuso, Yo toda mi vida he comido pan, por ejemplo, este, yo puedo dejar de tomar atole, pero sabe lo que no puedo dejar, mi café y ya no es la taza normal, aunque sea poquito, pero mi café y mi pan, aunque sea la mitad y yo puedo por ejemplo, mire, ahorita que ayer hice, en la casa de ustedes, como decimos, "nopales navegantes", le digo que trato de combinar, nada, por ejemplo, muchas veces no guiso con grasa, sino pero que haiga digamos para mí, hervido, pero para que no se oiga mal, guisado el jitomate ya con los nopales y los huevos, el clásico chilito ahí, ósea, ya

picado o como quiera uno, eso es lo que ahorita, eso es mi desayuno, pero yo tengo, que tomarme mi pan con mi café.

Cuando no me lo tomo me siento, mal, mal, mal me hace falta algo, algo me hace falta, pero yo me lo tengo que comer, así sea dos galletas, pero yo me, me tiene que caer algo de dulce con el café...Este, como que no tengo, muchas veces como que no tengo ganas de hacer nada, sin en cambio ya me siento, aunque sea la mitad de la taza del café y la mitad del pan, ya yo ya vuelvo a nacer, es una cosa que no lo puedo dejar.

Así, sí, en la casa de ustedes, pan, pan, pan, mire y ahorita inclusive es lo que le digo, ya es, ahorita estaba yo viendo, le digo que, por eso me paso lo que me paso, porque se compro demasiado pan, el día, el domingo, el día de la primera comunión de mi nieta, y entonces no, lógico, se junto el pan que trajo mi yerno y nosotros, mi esposo no aviso y llevo otro tanto de pan, para diez personas, máximo éramos diez personas, bueno no éramos muchos, ocho, pan y pan.

A bueno quiere ver, doctor, ya le he platicado a la doctora apenas hasta ahora, hasta ahora y que me permite, ...mi niñez y mi juventud, fue muy crítica, sí, entonces dice usted, dicen ustedes, pan duro, ...[sollozo]... ¡pan duro hubiéramos cuando cuando éramos niños.

Cuando no me lo como siento un huequito aquí en el estómago Ha de cuenta que a mi me hace falta el pan, a mi me hace falta el pan. Que eh, eh estoy hasta de malas, de malas, yo ya puedo estar haciendo el quehacer y todo pero me falta el pedazo de pa y mire que me lo ando... vuelvo a lo mismo si es grande trato de comerme la mitad y si es chiquito porque si hay chiquito, bueno chiquito y que es lo que más me como, una concha o la mitad de una corbata quitándole toda la azúcar, pero tiene que ser un pan de dulce, yo me podré comer la mitad del bolillo, pero para mi eso no es

No puedo dejarlo, Jamás, se los puedo prometer, en donde quiera me acuso pero, yo quisiera que deberás hubiera una solución, yo pienso, se oye feo doctora y doctor, yo pienso que es como el alcohólico no, que pobrecitos, ruegan una y quisieran estar comiendo más.

Persona 4: *Bueno si, si, para mi el llevar dieta era sacrificio, era sacrificio porque nunca estaba acostumbrado a tener dieta, era pues, es este, suprimir muchas cosas que a mi me gustaban comer o que tenía que comer, que tenía ganas de comer o que era lo único que había para comer. Después de un tiempo de llevar la dieta, pues, dije, bueno con las puras verduras me voy a morir, me voy ha enflacar, pus, si no me muero de la enfermedad, me voy a morir de hambre, sentía que poco a poco tenía que ir adelgazando, no, no me gustaban, las verduras nunca me han gustado, o sea me gustan de en vez en cuando pero ha diario no y con el simplemente el hecho de ver que le sirven a uno verduras, pues ni ánimos dan de comer, ¡vamos ha comer!, ¿Qué voy a comer?, ¡Verduras!, no pues eso no, y eso quedaba, quedaba al momento de la comida, pus terminaba uno de comer, pero sin gusto, comía uno porque, porque tenía que comer, y, este, ha la siguiente comida otra vez verdura, no podía uno comer frijoles, arroz, este, guisado con mucha grasa, pues me sentía mal, así nada más, en tres años pues ahí voy ha acabar, con esta dieta, que no me va ha servir par nada, y en unos tres años ya me acabe, todo eso me entristeció, las dietas.*

Entonces si me quedaba con hambre, pero, he, en cuanto sentía hambre, bueno pues comía mas verdura, de la que hubiera o fruta y este, me sentía bien, este, en cuanto al estómago me sentía bien llenándolo digamos con fruta y verdura y este lo que si de animo e sentía muy mal.

Ya después de un tiempo no pude más y empecé a comer de todo, si me invitaban a una fiesta, vamos, lo que hubiera, guisado, mole, camitas, barbacoa, lo que hubiera, ahí era donde me daba gusto y lujo comer más de la cuenta, y parece que, que, este, pues ahora si como si hubiera estado amarrado, que no hubiera comido desde hace mucho tiempo,

que le sirven a uno su plato de barbacoa, me lo como, se acabo, ¿quiere otro?, si como no, otro plato, me comía dos platitos, y esa carne enchilada que hacen en la fiestas, también dos platitos, pollo o de puerco, o lo que fuera, dos platitos.

Me acuerdo de las fiestas, de las fiestas, porque mis padres, cuando iban a alguna fiesta y había carmitas, pues yo también, ellos comían en las mesas y yo a veces me acercaba ahí al cazo, me agarraba mi tortilla, ¿me regala un cacho de carmitas?, y si, me daban un cachote de carne, y a comer, comía yo muchas carmitas, y o sea me gustaba mejor acercarme ahí donde estaban cocinando las carmitas que sentarme a la mesa, en la mesa un platito me daban y yo iba al cazo y me daban bastante, entons, y así me acostumbre a comer mucho en las fiestas.

Si estaba necio de comer lo que se me antojará, pero también me atormentaba el remordimiento de conciencia que después de haber comido, por ejemplo, como antojo se podía aceptar uno no, un pan pero yo me comía dos y ya cuando me enferme, ya me entraba el remordimiento de conciencia, ¡como!, ¿Por qué comí?, si como antojo podía ser uno, ¿Por qué me comí dos?, y eso me provocaba depresión, inquietud, coraje y la tristeza, ¡como si estoy enfermo sigo siendo necio!, como lo que yo quiero lo que a mí se me antoja sabiendo que no debe ser así, que ya debo ser más consciente en llevar la dieta, pero no la llevo y cuando la llevaba venía ansias, ansias, ligeramente un hueco en el estómago, pero en la mente es el ansia de empezar a comer, de empezar a comer, de llevarse las cosas a la boca, ganas de comer lo que se me antojaba, como cuando se tiene sed y quiere uno tomar agua, posiblemente bien o hasta que se derrame el agua, así, saciar, saciar la sed, saciar el antojo, eso era para mí, saciar mi antojo, que se me antoja el pan, comerme el pan.

Ya cuando me había comido el antojo me sentía como, como satisfecho, tranquilo, como que me relajaba un poquito, por qué ya había concluido esa ansia de comer, el estómago ya lo sentía yo bien y mi mente, mi cabeza, más tranquila, por qué digamos que antes de comer el antojo, se sentía ansias en la cabeza, ansia en sus pies, como que traía un revoltijo en la cabeza, todo desordenado, y luego ya consumiendo el antojo, se ordena todo y ya queda uno tranquilo, lo único que después de haber consumido, viene el remordimiento de conciencia.

Este que no debía de hacer eso, que era una persona muy necia y que me estaba yo causando el daño, a sabiendas de que eso que consumía me hacía daño, lo estaba haciendo, pero ya, ese remordimiento de conciencia me lastimaba un poquito, pero decía, ahora tengo que pagar las consecuencias, ya me lo comí, si me siento mal ya ni modo, haré el esfuerzo más delante de no comer las cosas que me sigan dañando.

Persona 5: *Pus ahí yo creo que del diario, si hay veces que me siento así achicopalado, a veces me salgo a dar una vuelta, o hay veces que le ayudo aquí a mi vieja, a lavar los trastes, me gusta lavar la ropa, lavar los trastes, y pues ya cuando este, termino de lavarlos cansado de las piernas de estar parado ahí, pues ¡ha! Una coquita o a veces salimos al mercado ya de regreso "cómprame una coquita" una chiquita una de medio y me la tomo y siento así como desde abajo de los pies calorcito hasta la cabeza y se me quita el cansancio, se me quita así este, lo achicopalado.*

Pues no se, no, yo me siento así decaído, la desesperación está, hace tiempecillo me daba esa desesperación en la noche, le digo estaba yo arriba, yo a la 1 de la mañana me entraba esa desesperación, estaba acostado y me despertaba, como que no alcanzaba resuello yo estaba bañado así de sudor, sentía frío y así como temblando y surgía la desesperación y esa desesperación eran ganas de comer algo y me levantaba y pues ha! Un vaso de leche, un plátano y entons si comía bolillo, telera, con un vaso de leche y el pan blanco, lo sentía sabroso y con leche, pues no, no checa, pero lo sentía sabroso y me

lo comía y pero, desmayado, desmayado del cuerpo, de las piernas, de todo, de todo así desmayado y ya comiendo eso y ya empezaba ya a controlar y me podía acostar.

Pues este, después del apetito que le da a uno, se siente uno desmayado y desganzado de las piernas, de los brazos, sin fuerzas y sudo frío y pus este, desesperado con ganas como de correr o algo así, pero siento el desfallecimiento del cuerpo, las piernas, ¡de todo el cuerpo! Hasta la nuca me duele, ya no puedo voltear así ya no puedo voltear recio y a veces así ¡mareado! O sea, poco a poco, como, pero siento todavía hasta el desguance en los dedos, en las manos al estar comiendo.

Pero está primero la sensación de hambre del apetito viene en desganzamiento, el sudor y el desmayo, pero, le digo yo, este pienso que este, es por el... "pero a veces como a la 1 de la mañana".

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Alteraciones emocionales como consecuencia del plan de alimentación

Para el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) las alteraciones emocionales son definidas como trastornos del estado de ánimo, los cuales se componen de las siguientes categorías:

- Episodios afectivos: Episodios depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniacos
- Trastornos del estado de ánimo: Trastornos depresivos mayores, trastorno distímico, trastorno bipolar
- Especificaciones: Describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastornos Somatoformos
- Trastornos Ficticios

En este manual estadístico, no se encuentran trastornos emocionales o del estado de ánimo relacionados con la alimentación.

Para la presente investigación se consideraron aquellas que sean originadas a partir del plan de alimentación, como preocupación, enojo, desasosiego, depresión, etc.

Por otra parte, se consideran también aquellas que sean originadas a partir de las alteraciones fisiológicas, como angustia, ansiedad, pánico, incertidumbre, etc.

Las alteraciones emocionales originadas a consecuencia del plan de alimentación y las alteraciones emocionales originadas a partir de las fisiológicas que reportaron las personas participantes en el estudio fueron las siguientes:

- miedo
- desesperación
- enojo
- ansiedad
- culpa
- depresión
- desconfianza e
- inconformidad

Las alteraciones emocionales presentadas por las personas se entienden si se toma en cuenta que, nada teme tanto el hombre como el verse obligado a sufrir hambre; si por alguna razón se ve forzado a cambiar su régimen alimenticio se siente trastornado, ya que la ingesta de alimentos no es sólo una mera necesidad fisiológica sino que también implica la satisfacción de necesidades psicológicas y sociales (Battegay, 1986)

Lo expresado por las personas, en el presente estudio coincide con la opinión de algunos autores por ejemplo, el señor C. indica *"Cuando veía el plato de verduras, pues era tristeza, venía depresión y sentía que, que, ya se esta uno acabando, aunque fuera poquito, en esa comida, era un poquito que iba yo a bajar, tanto de peso como de ánimo"*. Al respecto afirma que, algunas personas con DM miran con recelo su comida, y consecuentemente se angustian, ya que sienten en lo más profundo que, a pesar de su enorme esfuerzo por alimentarse, de alguna forma no hacen lo suficiente.

Por lo que comer es un acto placentero pero también es un estímulo emocional, lo que explica que el manejo de la dieta a menudo se complique, ya que las indicaciones terapéuticas pueden modificarse de acuerdo con el significado simbólico del proceso de dar alimento y su relación con el hecho de proporcionar apoyo emocional en forma de amor (Lawrence, 1992, p. 652)

De acuerdo con este autor la necesidad de limitar la comida muchas veces se vuelve un campo de batalla entre la persona con DM2 vs. la familia y el médico. Esto sucede principalmente porque a menudo para la persona con DM el hecho de que le den alimentos es un signo de que la familia lo quiere. Algunas personas al verse privados de alimento o de afecto, expresan rechazo comiendo a su antojo. Al respecto la Señora G. indica *"...sí nuestra enfermedad es comer, comer, entonces yo sí a tales horas yo no como, yo me pongo muy mal, no se sí sea, ya no se como se maneja, sí hipoglucemia o se me sube la azúcar, no se, entonces digo yo, pues esa dieta yo no la llevo"*.

Un gran porcentaje de personas que padecen DM2, en algún grado tienen sobrepeso o definitivamente son obesas, por lo que el implementar un nuevo régimen alimenticio es aún más difícil.

Con relación a las personas que padecen obesidad autores como Battagay (1986) indican que estas personas casi siempre toman el alimento con mucha rapidez, con prisas, de manera que tras esta operación se esconde la sensación de hambre, aunque no sólo tienen hambre de tipo fisiológico sino más bien hambre de tipo emocional, específicamente de amor. Al respecto el Señor C, que dicho sea de paso padece obesidad, comenta, *"Que se me antoje el pan, comeme el pan, más, un poquito más, como le puedo decir, más avorazado que lo normal, con un poco de más ansias, casi, casi, me lo voy a comer para qué no se me escape de las manos, antes de que se me escape, me lo como"*.

Lawrence, (1992) afirma que "la pérdida de peso para las personas con DM específicamente se vuelve difícil no sólo debido a la incapacidad para encarar la incomodidad física del hambre, sino también debido a que la pérdida simbólica del amor es compensada por la venganza que proporciona el hecho de comer, y posteriormente debido al miedo a perder la figura obesa" (p. 637) En relación a lo anterior el Señor C. indica *"...con las puras verduras me voy a morir, me voy a enflacar, pus, si no me muero de la enfermedad, me voy a morir de hambre..."*.

Las personas con DM obesos que son aficionados a los dulces o a comer en exceso, probablemente se exceden en la dieta cuando están angustiados, a pesar de las amenazas de los médicos respecto a su salud futura si dejan de seguir el régimen adecuado (Lawrence, 1992). Al respecto la Señora B expresa, *"Cuando estoy estresada, por ejemplo ahorita vamos a comer, pero si yo tengo*

unos nervios así chistosos, pasando una hora y media, dos horas, yo tengo más hambre y hambre, hambre me siento desesperada".

Lo anterior se entiende ya que un objetivo psicológico importante, conseguido por medio de los alimentos, es el que consiste en comer para aliviar la ansiedad y la depresión. Las personas que sienten que nadie las quiere, que se sienten solitarias, aburridas o descontentas recurren a la comida para atenuar dichos sentimientos.

Algunas personas con exceso de peso lo han adquirido porque se sirvieron de la comida para llenar un vacío en sus vidas, esto es, la falta de afecto, de autorrealización, de éxito, de prestigio o de poder (Wilson, Fisher, Fuqua, 1978)

Por tanto cabe destacar que en ocasiones, el daño de la vida emocional, es más grave y permanente que los resultados físicos de la lesión orgánica ya que con frecuencia, el significado de la enfermedad o de sus síntomas adquiere enorme importancia para la persona (Lawrence, 1992)

Alteraciones fisiológicas generadas por el plan de alimentación para personas con DM2

Se consideraron boca, faringe, esófago, estómago y cualquier parte del cuerpo en donde se presente cualquier tipo de alteración como ardor, náuseas, agruras, dolor, inflamación, regurgitación o vómito que se reporte a partir del seguimiento del plan de alimentación.

Las alteraciones fisiológicas que reportaron los participantes en la presente investigación, como consecuencia de llevar a cabo el plan de alimentación prescrito por el médico, para el control de la DM2, fueron las siguientes:

- hambre
- hueco estomacal
- dolor estomacal
- dolor de cabeza
- dolor de pies
- temblores
- mareo
- debilidad
- visión borrosa
- sudoración e
- insomnio

Estas alteraciones fisiológicas se entienden si tomamos en cuenta que, al iniciarse los primeros síntomas de la DM2 existe un peligro en el sentido de que el metabolismo se parece cada vez más al del hambre. Desde esta perspectiva la DM2 representa una forma patológica del hambre (Battegay, 1986) Al respecto la Señora E. indica, *"No, cuando empiezo a sentir el mareo, es decir siento la necesidad de comer algo si siento hambre, sí el mareo, siempre me he sentido mareada, pero ahora así como le digo que veo y siento la sensación de comer... si se me pasa eso del mareo y de que veo así borroso duro como una media hora"*.

Por tanto, cuando se informa a las personas con DM2 que el tratamiento para regular los niveles de glucosa en sangre incluye, entre otros aspectos, el inicio de una dieta, ha éstas les resulta casi imposible llevarla a cabo ya que metabólicamente está padeciendo hambre. Como menciona la Señora B. *"Bueno*

si, mi estómago, sentía que se aplastaba si, decía yo, le decía a mi esposo, no yo necesito comer tortilla porque como que no, sí comía yo una o dos, pero, este, si sentía yo que me quedaba un hueco, si, si como que sentía un aplastamiento o un hueco, como que algo, así como un hueco”.

A este respecto Feuerbach (citado en Toro, 1999, p. 1) menciona que para satisfacer las necesidades nutritivas, la alimentación debe cubrir con los requisitos de las leyes de la alimentación.

Una de estas leyes es la de la cantidad, que señala que la alimentación debe ser suficiente para satisfacer las exigencias energéticas del organismo y mantener su equilibrio. Esta ley se relaciona básicamente con el aporte energético de la dieta y su equilibrio, previene una alimentación insuficiente o excesiva.

Cuando se habla de una alimentación insuficiente o excesiva, inevitablemente se entra en el terreno de la subjetividad, ya que lo que para una persona puede parecer excesivo para otra puede resultar insuficiente, máxime si se trata de comida, prueba de ello es lo que expresa el Señor C. *“No, no, bueno si, hambre si, hambre si, porque digamos, no es lo mismo comer guisado, frijoles, arroz con digamos 7 o 10 tortillas a comer verduras con 2 o 3 tortillas, entonces si me quedaba con hambre”.*

Cultura alimentaria como condicionante de las alteraciones fisiológicas y emocionales

En cuanto a las costumbres alimenticias adquiridas, se tomó en cuenta todo lo culturalmente referido a los hábitos alimentarios de las personas con DM2, es decir, tipo, cantidad y la influencia psicosocial de la alimentación.

Se obtuvo información acerca de los alimentos que se consumen más, los que se consumen menos, la calidad de los alimentos, forma de guisarlos (condimentos), bebidas con las que se acompañan y costumbres adquiridas de su entorno social.

Se encontraron diversas tradiciones en donde éstas son entendidas como la manera de cocinar adquirida de sus padres y transmitida a sus hijos. También hábitos alimenticios, entendidos como la forma de comer determinados alimentos. Por último se descubrieron alimentos imprescindibles (las personas no pueden dejar de consumirlos), tales como:

- tortilla
- café
- pan
- frijoles
- arroz
- carnitas
- pozole y
- mole

Desde hace mucho se ha aceptado que para el humano, el alimento representa algo más que los nutrientes o principios alimentarios que contiene. Ramos (1985) hizo notar que, a partir de 1961, la alimentación normal debía considerarse como aquella que permitiera que los seres vivos perpetuaran, a través de las generaciones, los caracteres del individuo y de la especie. Por tanto, la alimentación debe juzgarse desde tres ángulos:

- 1.- El nutricional o dimensión fisiológica, que comprende el estudio de los nutrientes de la dieta.
- 2.- El dietológico o psicofísico que sería el estudio de los alimentos que componen la dieta.
- 3.- El psicológico que comprendería la estimulación que para el desarrollo emocional debería ser efectuado por medio de la dieta.

En relación a lo anterior, explica, que durante la etapa de formación del niño, las características de lo que come y bebe quedarán grabadas en su personalidad y formarán parte de su vida. Al respecto la Señora B. recuerda *"Mi, mamá cuando quedo sola, se dedicaba a hacer tortillas y de eso nos mantenía, en la casa nunca faltaban las tortillas, pues sí, yo utilizo la tortilla para comer, sí, quien sabe porqué tengo esa mala costumbre desde que era niña, por que si no como con tortilla siento como que no hubiera comido"*.

Este autor también indica que, es a través de su experimentación con las comidas y las bebidas, que la persona les asigna a éstas valores emocionales y las asocia a recuerdos y vivencias. Está asociación es expresada por la Señora G, de la siguiente manera, *"Cuando no como pan me hace falta, yo estoy arriba y a donde, no, no me lo voy a...no, no, no, no, estoy con esa cuestión de que no, no estoy tranquila. Eso viene de herencia de mi papá, mi papá hasta se comía dos tres piezas de pan en una sentada, eh, lógico, nosotros no estábamos enfermos, ni gracias a Dios ni mis hermanas, dos piezas de pan, pero de dulce"*.

De esta manera cada individuo integra sus filias y fobias alimentarias, pero siempre en el marco de lo que ofrece primero su familia, en segundo lugar su patria chica y en tercer lugar su país. En relación a esto, el Señor C. comenta

“Con mi papá, los sábados íbamos a los tacos, tacos de cabeza, al pastor, íbamos y comíamos, y, pues también lo que aguantáramos, había quien se comía seis tacos, quien se comía once, como tuviera apetito no, y el domingo la barbacoa o pancita”.

Esquivel, Martínez y Martínez indican que “las personas no comen sólo para satisfacer el hambre, ya que su conducta es independiente de las necesidades reales del cuerpo. Su elección de comer es influida por una serie de impulsos emocionales, sensoriales y sociales que determinan sus gustos, su estado de ánimo, sus hábitos y costumbres” (p. 30). Lo anterior se fortalece con lo que expresa el Señor I. *“A no ¡pues me gustaba el mole! Allá [Michoacán] se acostumbra siempre a criar guajolotes, si mi mamá tenía mucha suerte para criar guajolotes y siempre hacía mole, el mole, y todavía me sigue gustando, aquí mi esposa no me hace mole, ja ja, si de vez en cuando si hace mole sí y o sea me sigue gustando de cuando en cuando”.*

Vale la pena recordar que en México, al igual que en otras sociedades, la cultura agrupa los alimentos como si lo hiciera en círculos concéntricos. En el centro se encuentra el que se conoce como el superalimento, en el caso de nuestro país, es el maíz. En el siguiente círculo se encuentran los alimentos que acompañan al superalimento, por ejemplo, chile, frijol y arroz. En el tercer círculo es el de los alimentos secundarios, es decir se consumen con menos frecuencia y el último círculo son los alimentos periféricos, que se consumen ocasionalmente (Vargas et al. 1997)

Resulta interesante que dentro de los alimentos imprescindibles, todos los participantes mencionaran alimentos derivados del maíz como uno de los

alimentos que no pueden dejar de consumir: Señora B. *"La tortilla, si, por que si no como siento como que no hubiera comido, ya me como aunque sea una, pues yo digo que desde niña"*; Señora E. *"Sí, siempre así, después de comer mi tortilla al último media doradita con salesita"*; Señora G. *"Cuando no me lo como siento un huequito aquí en el estómago Ha de cuenta que a mí me hace falta el pan, a mí me hace falta el pan"*; Señor C. *"Es lo que menos puedo dejar, las tortilla, bueno, así con bastante hambre, me como entre unas seis, siete tortillas en la comida, en la pura comida, este, en el desayuno, en el almuerzo unas cuatro, cinco tortillas, y en la cena pues unas cuatro"*; Señor I. *"Las tortillas, si diario y no sabe la diferencia con ¡Las del rancho! Este, precisamente cuando va, este, una prima hermana de nosotros allá al rancho, nos manda tortillas"*.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que el aspecto de la alimentación no se limita sólo al ámbito fisiológico, el cual se refiere a la función y utilización por el organismo de los nutrientes que contienen los alimentos, comprende además aspectos tales como la característica de los alimentos de ser vehículo de estímulos sensoriales, ya que en el principio de la vida se recibe estimulación básicamente a través de contacto físico, de movimiento y de excitación de sus vías sensoriales.

Es por esto que van a ser los alimentos y la alimentación directa o indirectamente los principales elementos de esta estimulación.

Es decir, dos alimentos o dos formas culinarias de este alimento, aun teniendo el mismo contenido de nutrientes, son diferentes y las propiedades organolépticas (consistencia, olor, color, sabor, temperatura, etc.) son diferentes.

De ahí se comprende la necesidad de una alimentación variada y también, el comprender que si bien es cierto que a nivel subcelular da lo mismo que un aminoácido provenga de un alimento o de otro, a nivel personal, para propósitos de estimulación, es necesario variar la fuente del mismo nutriente, a esto se le llamaría ámbito emocional de la alimentación,

Por último se encuentra el ámbito cultural de la alimentación, el cual es tridimensional ya que esta formado por la interrelación humana y comprende el uso de los alimentos y la alimentación como formas simbólicas de comunicación, primero entre la madre y el niño y posteriormente entre el individuo y su sociedad.

Es decir, que el aspecto de la alimentación propicia, tanto a nivel individual como social, la relación entre el tipo, forma y experiencias socioculturales con los alimentos.

Por tanto la dieta, al formar parte del contexto cultural del individuo y su grupo, viene a ser en realidad un indicador de ese contexto cultural reflejando en particular la actitud del adulto frente a los alimentos.

Prueba de la relación entre estos ámbitos son los resultados obtenidos en esta investigación, en donde se declaran alteraciones fisiológicas y emocionales, ante un cambio en la alimentación las cuales son condicionadas culturalmente.

Estos resultados se ven fortalecidos al triangularlos con los siguientes casos, que si bien no se refieren a la DM2 específicamente, si están íntimamente

relacionados al cambio en la alimentación y las alteraciones que este cambio provoca.

Síndrome de inanición cunicular

Las alteraciones fisiológicas que presentan las personas entrevistadas a razón de la implementación del plan de alimentación podría ser un acontecimiento similar al del síndrome de Inanición Cunicular descrito por Harris (1996b) donde menciona, que Vihjalmur Steffansson, dejó una vívida descripción de un fenómeno que los esquimales, los indios y muchos de los primeros exploradores del Lejano Oeste reconocían como síntoma del consumo excesivo de carne magra de conejo y que denominaron - Inanición Cunicular-.

Si se cambia repentinamente de una dieta normal en cuanto al contenido de grasas a otra compuesta exclusivamente de carne de conejo [ámbito cultural], durante los primeros días se come cada vez más y más, hasta que al cabo de una semana, aproximadamente, el consumo inicial se ha multiplicado por tres o cuatro [ámbito fisiológico]. En ese momento se muestran a la vez signos de inanición y de envenenamiento por proteínas, se hacen muchas comidas, pero al final de cada una se sigue hambriento; se está molesto debido a la hinchazón del estómago, repleto de comida, y se empieza a sentir un vago desasosiego [ámbito emocional] Transcurridos entre siete y diez días, comienza la diarrea [ámbito fisiológico], la cual no se aliviará hasta que no se procure una grasa. La muerte sobrevendrá al cabo de varias semanas (p. 48-49)

Cabe señalar, como dato adicional que los esquimales a pesar de su dieta alta en grasas son considerados como un grupo con un bajo índice de DM en su población (Walkerman, 1993)

Alimentos para la paz

Otro acontecimiento similar que fortalece los resultados de la presente investigación es el ocurrido en Brasil en 1962:

Al llegar 40 millones de kilos de leche en polvo enviados por la administración Kennedy en el marco del programa Alimentos para la paz. Los brasileños no tardaron en quejarse de que ésta les hacía sentirse hinchados y que les daba retortijones y diarrea [ámbito fisiológico]. Al

principio los funcionarios de la Embajada estadounidense se negaron a creerlo; luego, se mostraron ofendidos por la forma en que se despreciaba y difamaba esta muestra de la generosidad americana [ámbito cultural] (Harris, 1996b, p. 164)

El que los funcionarios estadounidenses se mostraran ofendidos por las quejas de los brasileños se comprende por el concepto que ellos tenían de, que la leche es buena para todo el mundo.

Por ello se entiende que justificarán estas alteraciones fisiológicas con los siguientes argumentos:

Lo que hacen - decía un funcionario - es comerse el polvo a puñados, metiéndoselo en la boca sin mezclarlo con agua. Y esto, claro, les produce unos dolores de barriga del diablo. El problema - decía otro funcionario - es que lo mezclan con agua contaminada. La leche no tiene nada de malo. Lo que pasa es que no saben que tienen que hervir el agua antes de mezclarla [ámbito cultural] (Harris, 1996b, p. 164)

Por su parte, los brasileños respondían a estas acusaciones indicando:

"Mezclamos el polvo y empleamos agua hervida, pero aún así nos da un gran dolor de estómago" [ámbito fisiológico] (Harris, 1996b, p.164).

Considerando lo anterior, cabe señalar que podría estar sucediendo una confrontación similar entre el médico y las personas con DM2 con respecto al desistimiento del plan de alimentación.

El médico desde su perspectiva científica, al igual que los funcionarios estadounidenses, se siente ofendido cuando las personas con Diabetes desisten al plan de alimentación y de acuerdo con Cardoso (2000b) las concibe como desobedientes, poco cooperadoras, negligentes e irresponsables.

Sin embargo no se da cuenta que el persistir con el plan de alimenticio no se da por decreto y que existen factores emocionales, fisiológicos y culturales que lo impiden.

Por ejemplo, posteriormente se descubrió la causa de los malestares gastrointestinales que sufrían los brasileños, un amplio porcentaje de las personas que declaraban tener problemas intestinales relacionados con la leche era incapaz de digerir el azúcar que esta contiene, llamada lactosa.

La transformación de la lactosa en azúcares simples depende de la acción química de una enzima denominada lactasa. Por lo tanto, las personas que presentan este cuadro clínico muy probablemente padecen una insuficiencia de esta enzima.

La explicación del por qué los brasileños tienen deficiencia de lactasa se deriva principalmente de que éstos y sobre todo las clases más pobres, que eran los destinatarios de la ayuda, son descendientes genéticamente mixtos de africanos y amerindios, tanto como de inmigrantes europeos (Harris, 1996b)

Este autor menciona que es importante tener presente que muchos pueblos africanos carecen de cualquier tradición de consumo de leche, en tanto que los pueblos amerindios, sin excepción, desconocían por completo esta práctica antes de la llegada de los europeos con sus animales domésticos.

Valle del Mezquital

En México también se presentaron trastornos gastrointestinales ocasionados por el consumo de leche, éstos fueron reportados por los grupos étnicos de nuestro país.

Sucedió en el marco de Programas de Salud de México y dando por sentada una deficiencia en la dieta de los indígenas, se encaminaron esfuerzos a cubrir estas deficiencias mediante la introducción de leche de vaca.

Una y otra vez se ensayó entre niños indígenas de las diversas regiones étnicas el establecimiento de desayunos escolares con base en ese elemento y en el valle del Mezquital se llegó a pensar y se intentó sustituir el pulque por la leche en un grupo de asalariados indígenas que trabajaban en un proyecto gubernamental [ámbito cultural]. Los ensayos fueron abandonados cuando los aparentemente favorecidos rechazaron el cambio bajo el pretexto, real o ficticio, de que el nuevo alimento provocaba en ellos trastornos gastrointestinales [ámbito fisiológico] (Aguirre, 1980, p.73)

La intención principal era la de promover con el consumo de la leche la ingesta de proteínas, pero no se percataron de que al reemplazar la leche por el pulque, se suprimía también la ingesta de ácido ascórbico, (el cual es una vitamina esencial para el organismo) provocando una avitaminosis (Aguirre, 1980)

Se podría suponer que los indígenas del Mezquital, regresaban a consumir pulque, debido a la deficiencia de ácido ascórbico en su organismo, provocando rechazo hacia la leche.

Personas con DM2

En el caso específico de la DM2, otros acontecimientos similares a los resultados de esta investigación han sido reportados por otras personas con Diabetes, como los obtenidos en un estudio realizado por Cardoso, (2002), a continuación se muestran dos de estos casos:

Caso 1: Sí, yo estaba enojado con todos, me enojaba con todos y yo sabía que la estaba regando pero no podía controlarlo. Me enojaba hasta con el doctor porque yo decía, el cómo sabe lo que debo comer, él cómo sabe cómo me siento [ámbito emocional]. A él no le interesa cómo me siento. El na' más ordena y no se fija. Pensaba, yo sí sé lo que debo comer porque así me siento bien, porque si no, si sigo lo que el doctor me dijo me siento rete mal [ámbito emocional]

Por más que comía [lo prescrito médicamente] me daba más hambre, comía y comía y no se me quitaba el hambre [ámbito fisiológico]. Y luego ya hasta sentía el estómago bien hinchado pero seguía teniendo hambre. Y me sentía desesperado y enojado. Y me desquitaba con mi hermana. Me siento mal porque yo sé que ella lo hace por ayudarme y que no tiene ninguna obligación de hacerlo. Y yo desquitándome con ella, pero no lo podía controlar [ámbito emocional]

Hasta una vez que ya no aguantaba, que me dice, ya cálmate, no tienes por qué estar enojado. Y yo que me enojo más. Y ella, para contentarme, que me dice, te preparé esta jicama con limón, está bien sabrosa. Ella me dio el plato y cuando quise comer, que exploto. Me dio asco. Le dije a mi hermana que ya no quería "chingaderas". Estaba bien

enojado, ya ni pensaba. Lo único que se me antojaba eran unos tacos de "carnitas" y sin pensarlo me salí y caminé hasta la López y la cuarta y allí que me los como, con una "coca" [ámbito cultural]. Y fue después que me sentí tranquilo y entonces pensé que soy un ingrato con mi hermana. Después me daban ganas de decirte que me perdonara y que no sabía por qué me había enojado.

A mí antes si me gustaba la fruta, pero desde que la comí sola, [por prescripción médica] hasta la llegue a aborrecer. Ahora ya no, pero antes, al principio, sí, ahora ya hasta me acostumbre [ámbito emocional] (p. 68-69)

Caso 2: Sí, sí me llegué a sentir mal y era por lo que comía [la prescripción médica]. Yo la regaba y en serio. Me enojaba con mi esposa y ella sin tener la culpa. Pero es que no me llenaba con la comida que me recetó el doctor. Si, reconozco que trataba mal a mi esposa pero me quedaba con hambre y me desesperaba. Y la pobrecita prodigándose por mí y yo que no le sabía corresponder [ámbito fisiológico y cultural]

Una ocasión, yo me di perfecta cuenta del esfuerzo que ella hizo por ahorrar un dinero y comprar una sartén de teflón. Bueno, pos ese día que me dice muy contenta cuando me levanté, mira lo que compre para hacerte tu comida y que me enseña la sartén. Yo tenía hambre, pos póngase en mí lugar, desvelado de la chamba, con la cruda del cigarro y café toda la noche, oyendo a pura vieja borracha, gritar y decir majadería de sus maridos. Allí no van a oír música, van a desfogarse. Y como la Toñita [nombre cambiado en este texto, de la cantante del lugar] sabe como darles cuerda, pues ellas se desfogan.

Que me levanto bien cansado y ella [su esposa] muy contenta que me da unos huevos estrellados en su sartén de teflón nueva y me dice que eran para mí, para controlar la diabetes. Cuando los vi, que me enojo y que le digo no la chingues, eso es plástico. Pero es que los huevos parecían como los juguetes que venden, de plástico. Se veían horribles, me dio asco nomás de verlos.

Que llega con su sartén con los huevos y cuando los iba a poner en mi plato que le doy un manotazo a la sartén. Que se la tiro al suelo. Que me levanto bien enojado y ella enojada que me la mienta y yo, pues que me enojo más y también que se la miento y que me salgo.

Me fui para el trabajo y allá que me como un plato de migas, bien picoso con longaniza y una "coca". Después de comer ya me sentí calmado y me puse a pensar. Que gacho, mi esposa tan buena onda preocupándose por mí y yo con lo que le salgo. Si, yo sé que con eso me gano que ya no se preocupe por mí pero no lo puedo evitar. Ella no tiene la culpa, pero yo no sé lo que me pasó.

Pero esos huevos son los que me hicieron enojar. A mí me gustan como me los preparaba mi mamá. Los hacía en una sartén con mucho aceite. Hasta cuando los levantaba con la cuchara, los huevos se chorreaban, hasta ella como que los sacudía. Los huevos quedaban bien cocidos. La clara tenía como burbujas. Quedaban bien sabrosos, con sus frijolitos refritos con longaniza y una salsa de molcajete [ámbito cultural]

Pero los que me dio ella [su esposa] ese día, parecían de plástico y luego quería que me los comiera con lechuga y jitomate y sin chile, no pus, cuando los vi, que ya no aguanto y que me enojo y es que luego, cuando como pura verdura y comida sin sal ni chile, como que me da asco, me quedo con hambre y por más que como, no me lleno. Luego de tanto comer como que se me infla el estómago y siento que ya no me cabe más, pero sigo teniendo hambre y es cuando me pongo de malas [ámbito fisiológico]

Y ese día, pus desvelado, con la cruda [de cigarro y café, puesto que reporta ya no ingerir bebidas alcohólicas] fastidiado de tanto griterío, me sentía como desesperado, sentía el estómago revuelto y quería comer algo que me lo asentara. Y no fue, sino hasta que me comí las migas... (p. 69-70)

En relación a los resultados obtenidos y los casos presentados hay que tomar en cuenta que "las personas no comen sólo para satisfacer el hambre, ya que su conducta es independiente de las necesidades reales del cuerpo. Su elección de comer es influida por una serie de impulsos emocionales, sensoriales y sociales que determinan sus gustos, su estado de ánimo, sus hábitos y costumbres" (Esquivel, Martínez y Martínez, 1999, p. 30)

Además de que "Gran parte de la conducta relacionada con la salud se realiza o se aprende en un contexto social en donde es necesario el abordaje psicosociológico, una de cuyas partes vitales es la consideración de las interpretaciones que las propias personas hacen de las situaciones de sus propios sentimientos y síntomas físicos, del valor que tiene para ellos la salud y la longevidad" (Eiser, 1982, p. 15-16)

De acuerdo con lo anterior y en el caso específico de la de la DM2, la dificultad en el control se debe a que el cambio que se solicita a la persona con Diabetes no es posible lograrlo solo con buena voluntad, debido a que "cada individuo [que] nace en una determinada cultura, las orientaciones y creencias básicas de ésta lo forman y permanecen profundamente arraigadas durante toda la vida en su personalidad" (Le Shan y Margenau, 1996, p. 18)

Por tanto, no se ha comprendido que las prácticas de la persona con Diabetes son producto de su historia de formación dentro de una cultura específica, y que estas prácticas no pueden ser cambiadas por prescripción ni por argumentación o convenio, ya que: "Espontaneidad sin conciencia ni voluntad, el

habitus se opone por igual a la necesidad mecánica y a la libertad reflexiva” (Bourdieu, 1991, p. 98)

Considerando que la dieta [alimentación] constituye la base fundamental sobre la que se ajusta cualquier otra medida complementaria del tratamiento [y] en numerosas ocasiones, constituye la única terapia necesaria (Centro Andaluz de Información de Medicamentos, 2001), entonces un análisis de las condiciones que engendraron el habitus alimenticio y en consecuencia, de las implicaciones que tiene el hecho de cambiar de hábitos alimenticios nos conduce a la reflexión de que este aspecto, además de importante, es el más difícil de establecer para el control de la DM2, porque la comida no sólo es nutrición, comer no es sólo alimentarse sino que al comer se involucran alteraciones emocionales, sensoriales, recuerdos familiares y costumbres (Cardoso 2002)

Luego entonces, el control de la DM2 se basa en la dieta como un factor principal y después de analizar los resultados obtenidos en esta investigación, en donde se manifiestan alteraciones físicas, emocionales y la cultura alimentaria sabemos el por qué las personas con DM2 desisten al plan de alimentación o más específicamente, por que no dejan de comer lo que comen.

LA RESPUESTA

Teoría Preliminar

De la información obtenida a partir de los datos de las personas participantes en este estudio y de algunas observaciones realizadas con anterioridad a otras personas con Diabetes, surgió el planteamiento central de la presente investigación: ¿por qué las personas con Diabetes desisten al plan de alimentación prescrito por el médico? o más específicamente ¿por qué no dejan de comer lo que comen?

La respuesta es que el organismo presenta una serie de respuestas involuntarias a consecuencia del plan de alimentación prescrito por el médico, las cuales son una exigencia a seguir comiendo el tipo de alimentación al que están acostumbrados.

El anterior planteamiento se ve fortalecido con otras experiencias documentadas, algunas relacionadas a personas con Diabetes y otras que aunque, no se refieren a esta enfermedad, si están ubicadas dentro del campo de la alimentación.

Según los informes obtenidos, tal parece que cuando la persona intenta seguir el nuevo plan de alimentación, su organismo presenta una serie de alteraciones que lo conducen involuntariamente a retornar a su antiguo estilo de alimentación. Estas alteraciones son de tipo físico y emocional que están determinadas culturalmente.

Los síntomas se presentan de la siguiente manera: las personas presentan hambre en exceso aún después de haber comido y tratan de satisfacerla comiendo mayor cantidad del alimento prescrito, o bien, haciendo más comidas al día y, aún así, no logran saciarla. Antes, al contrario, entre otras alteraciones, la persona sigue hambrienta, presenta inflamación en el estómago el cual está repleto de comida, se producen náuseas y empieza a sentir impaciencia, irritabilidad y enojo.

La manera de eliminar las alteraciones, es regresando a comer los alimentos a los que están acostumbrados y es sólo de esta manera que puede disminuir o evitar su presencia.

Se considera que la forma de eliminar el malestar emocional y físico se encontró de manera fortuita ya que según reportan los participantes, no fue propositiva, sino simplemente obedecieron las alteraciones de su organismo. A pesar de que racionalmente sabían que no deberían de hacerlo, fue más fuerte el impulso a consumir los alimentos acostumbrados.

Lo anterior se comprende si se toma en cuenta que, el persistir con un nuevo régimen alimenticio es sumamente difícil para cualquier persona, más aún para una persona mayor de 40 años y que padezca Diabetes Mellitus tipo 2, debido en primera instancia, a la influencia cultural alimentaria, es decir, el tipo de comida, costumbres alimenticias y la relación social en torno a éstas; las personas se han acostumbrado a lo largo de toda su vida a llevar estas costumbres, son parte de ellos mismos, es su identidad como personas y como mexicanos.

Este significativísimo factor los orilla a continuar con su modo de vida, aun a pesar de la información obtenida por los profesionales de la salud, para ellos el dejarlo, es igual a ya no vivir plenos y felices, por ello, muy a su pesar, anteponen sus costumbres alimenticias a su propia salud.

Esta decisión tan difícil se ve apoyada por las alteraciones emocionales que les ocasiona, por un lado la cultura alimentaria y por el otro las alteraciones fisiológicas que presentan al tratar de persistir con el plan de alimentación.

Nuestra suposición es que estos tres factores han influido en que se presente el elevado índice de mortalidad en México, a pesar de los valiosos esfuerzos por parte de los profesionales de la salud.

Esto nos indica la necesidad de comprender y no juzgar a las personas que viven en carne propia la desesperación de no poder persistir con el plan de alimentación a pesar de que están en juego sus condiciones de vida por los siguientes 15 a 20 años a partir de ser diagnosticados, debido a las terribles complicaciones de esta enfermedad y finalmente la muerte.

Reflexionando lo anterior, se considera que para persistir con el plan de alimentación por parte de las personas con DM2 es importante que en el diseño de un programa de intervención se contemplen, no sólo la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, sino también una intervención en los aspectos de evaluación y modificaciones cognitivas y conductuales asociadas a la falta de persistencia.

Tampoco se debe perder de vista que la cultura mexicana y sus tradiciones

están fuertemente arraigadas en la sociedad conducen y regulan las relaciones entre los individuos, en consecuencia, la cultura alimentaria condiciona las alteraciones fisiológicas y emocionales de las personas ya que a través del paso del tiempo los organismos de las personas con DM2 han estado adaptándose al consumo de determinados alimentos.

Se considera que este punto se encuentra fundamentado en el síndrome de inanición Cunicular descrito por Harris, (1996b), los casos de la Leche en Brasil, el acontecimiento en el Valle del Mezquital en México y los resultados de la presente investigación.

A consecuencia de lo anterior, las personas con DM2 se ven forzadas a desistir al plan de alimentación prescrito por el médico, debido a la fuerza de sus tradiciones, la exigencia de su organismo y al estado emocional que este les genera, por tanto, retornan a lo que están acostumbrados a comer.

Asimismo, ya que los patrones de alimentación se hallan profundamente establecidos en las personas con DM2, por consecuencia, el plan de alimentación les resulta extraño y en algunas ocasiones desagradable al paladar, además de ocasionarles alteraciones fisiológicas.

Las alteraciones fisiológicas, emocionales y el alejamiento de su cultura alimentaria dificultan la persistencia al plan de alimentación ya que es un proceso multifactorial muy complejo en donde intervienen los aspectos nutricionales, culturales, psicológicos e inherentemente alteraciones fisiológicas.

Es imperioso tomar en cuenta estos aspectos para implementar un tratamiento integral el cual comprenda de manera efectiva una guía para la

unificación de los aspectos socioculturales al plan de alimentación práctico que de la misma manera ayude a manejar las alteraciones emocionales que se generen de éste e identificar las alteraciones fisiológicas para poder controlarlas o en el mejor de los casos suprimirlas.

Es decir, el plan de alimentación debería estar fundamentado en estudios rigurosos sobre las costumbres alimenticias determinadas culturalmente, donde se conozcan plenamente sus elementos y las posibles repercusiones en los ámbitos afectivo, económico, familiar, social y laboral.

Con base en lo anterior, es posible suponer que resultaría beneficioso que la medicina institucional cambiara de estrategia. En lugar de prescribir rígida y estrictamente, debiera respetar los aspectos culturales de las personas que padecen DM2, para que, sobre la consideración de dichas características, organizara su plan terapéutico.

Conclusiones

Después de haber realizado el análisis y la discusión de los resultados de la presente investigación concluimos en primera instancia que modificar el régimen alimenticio a las personas con DM2, ocasiona alteraciones fisiológicas y emocionales condicionadas por la cultura alimentaria mexicana que les impide persistir con el plan de alimentación.

Estas alteraciones se explican si tomamos en cuenta que la dieta no es un complejo aislado del contexto cultural en que se produce, sino que forma parte de un todo interrelacionado que funciona como una unidad.

Es decir, al modificar la dieta de las personas con DM2, se modifican directamente los requerimientos nutricionales determinados culturalmente, generándose alteraciones emocionales que llevan a una disyuntiva entre las indicaciones del médico de persistir con el plan de alimentación y las exigencias de su propio organismo para regresar a su anterior régimen alimenticio.

Aunque dentro de la terapéutica médica para el control de la DM2 la implementación de una dieta es sólo un punto más del tratamiento de primera línea (dieta, ejercicio e hipoglucemiantes) no se ha tomado en cuenta que el implementar un nuevo plan de alimentación implica mucho más que la prescripción de tipo, ración y horario de los alimentos, ya que representa un enfrentamiento directo con la cultura alimentaria de las personas como lo son las costumbres, tradiciones y hábitos además de que este enfrentamiento tiene como consecuencia cambios radicales en el estado de ánimo al igual que origina alteraciones fisiológicas.

El segundo punto de conclusión es que los profesionales de la salud deben considerar los aspectos emocionales, físicos y culturales que están relacionados con la implementación de un nuevo plan de alimentación ya que el no contemplar estos tres significativos factores y como ya se ha demostrado, ha propiciado la falta de persistencia con dicho plan de alimentación.

La tercera conclusión es la que integración del aspecto biológico con el aspecto cultural es equivalente con la prescripción médica integrada con las creencias, valores y costumbres de las personas con Diabetes.

La cuarta conclusión indica la recomendación de la difusión de los resultados de la presente investigación tanto a los profesionales de la salud como a las mismas personas que padecen DM2.

Con la difusión se pretende abrir esta visión, hasta ahora no contemplada de la Diabetes, con la finalidad de que se tome en cuenta para la integración de un tratamiento personalizado que permita de una manera eficiente, incorporar los cambios necesarios para el control de la Diabetes en las vidas de las personas que la padecen, desde el momento mismo de su diagnóstico, siguiendo con el proceso de aceptación e incorporación de su nueva condición como personas con Diabetes, continuando con la incorporación del tratamiento de una manera menos invasiva y que presente mayor persistencia a éste, hasta el seguimiento continuo caso, por caso.

Para tal efecto, se señala la necesidad de resaltar la importancia de la atención multidisciplinaria en el tratamiento de la DM2 no perdiendo de vista la experiencia del padecimiento de las propias personas que viven con esta enfermedad.

Como ya es sabido, la Diabetes Mellitus es una enfermedad de origen multifactorial y multidimensional, por lo tanto su tratamiento debe atender sus diversos factores y dimensiones, esto no puede hacerse de otra manera más que incluyendo las disciplinas que aborden directamente dichos aspectos.

Por tanto, y de acuerdo con lo expuesto en esta investigación, se reitera la necesidad de abordar a la DM2 desde una perspectiva holística, ya que las emociones, la fisiología y la cultura son mutuamente incluyentes y se encuentran íntimamente relacionados.

Por último se concluye señalando la necesidad de complementar el modelo biomédico con la visión del modelo del padecimiento que, comprensiblemente debido a su formación y a la alta demanda de atención que se presenta en las instituciones de salud, han descuidado o simplemente no se ha tomado en cuenta.

Se considera que al compartir esta visión, se logrará que el plan de alimentación se fundamente en estudios rigurosos sobre las costumbres alimenticias determinadas culturalmente, donde se conozcan plenamente sus elementos y las posibles repercusiones, tanto positivas como negativas que generarán en las personas.

De lo anteriormente planteado se desprende la necesidad de conocer los distintos aspectos de la Diabetes, tales como el diagnóstico, la experiencia del padecimiento y la alimentación. Además, también es importante que se tome en cuenta la dimensión psicocultural, con el fin de promover en los enfermos una mejor adaptación a su nueva condición de persona con Diabetes y que esta condición no interfiera en su vida familiar y social.

El no tomar en cuenta la dimensión psicocultural puede favorecer el consumo de alimentos, en su mayoría, contraindicados para personas con DM2, dando lugar a un patrón de respuestas caracterizadas por aspectos cognitivos de tensión (pensamientos de culpabilidad, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos irracionales relacionados con la comida, aspectos motores como la ingesta compulsiva de alimentos y aspectos fisiológicos de alta activación)

El que se otorgue relevancia a la dimensión psicosocial de la alimentación se explica si tomamos en cuenta que la sociedad e individuo, cultura y personalidad, no son entidades tajantemente diferenciadas; cada una de ellas

depende de la otra, Las personas no existen aparte de la cultura y la sociedad, y estos conceptos sólo adquieren realidad en la personalidad y conducta de las personas.

REFERENCIAS

1. Aguirre, B. G. (1980) Programas de Salud en la situación intercultural. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Battegay, R. (1986) El hambre como fenómeno patológico. Barcelona, España: Herder.
3. Béjar, R. (1994) El mexicano: Aspectos culturales y psicosociales. México: UNAM.
4. Beneit, M. (1994) La enfermedad crónica. En P. J. Latorre & M. P. Beneit (Eds.). Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. (pp. 225-237) Buenos Aires, Argentina: Lumen.
5. Bourdieu, P. (1991) El sentido Práctico. Madrid, España: Taurus Ediciones.
6. Capra, F. (1985) Punto crucial. Barcelona: Integral.
7. Cardoso, G. M. (2000a) La confrontación cultural: un factor determinante para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Investigación en Salud .2 (2), 110-116.
8. Cardoso, G. M. (2000b) La cultura del diabético: factor esencial para el control de su propia enfermedad. Una perspectiva multidisciplinaria. Salud Problema, 5 (9), 33-40.
9. Cardoso, G. M. (2003) Factores culturales que condicionan el tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl. Tesis de doctorado no publicada, Escuela Nacional de Antropología e Historia – INAH. Distrito Federal, México.

10. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. (2001, 23 de agosto) Diabetes Mellitus Tipo 2: tratamiento. Boletín Terapéutico Andaluz, año XV, n° 15, 1^{er} semestre, 1999. [En red] Disponible en: www.easp.es/cadime.com
11. Chinoy, E. (1978) La sociedad (una introducción a la sociología) México: Fondo de Cultura Económica.
12. Comunicado de prensa n° 027 (2002) Secretaría de salud. México.
13. Comunicado de prensa n° 058 (2003) Secretaría de salud. México.
14. Dirección de Prestaciones Médicas & Coordinación de Salud Comunitaria. (2001, 4 de marzo) Total de detecciones realizadas de Diabetes Mellitus 2000. [En red] Disponible en: www/imss.gob.mx/cgi-bin/web.exe
15. DSM-V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1994), 4ta ed, España: Masson.
16. Duarte, E. (1991) Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En S. E. Nunes, J. Breilh & C. Laurell (Eds.). Debates en Medicina Social. (pp. 17-137) Ecuador: OPS ALAMES.
17. Duran, G. L, Bravo, F. P, Hernández, R. M & Becerra, A. P. (1997) El diabético optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud. México: Trillas.
18. Durkheim, E. (1982) Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas. La evolución pedagógica en Francia. Madrid, España: La Puqueta.
19. Eiser, J. R, (1982) Social psychology and behavioral medicine. [Psicología social y medicina conductual] Nueva York EE. UU.: Wiley.

20. Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine Science. [La necesidad de modelo médico nuevo: Un reto para la ciencia biomédica] Nueva York EE. UU.: Wiley.
21. Esquivel, H. R., Martínez, C. S. & Martínez, C. J. (1999) Nutrición y Salud. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
22. Feingold K y Funk J (2004 marzo) Diabetes Mellitus. Disorders of the endocrine pancreas.. L. Pathophysiology of Disease. An Introduction to Clinical Medicine, [En red] Disponible en: www.geocities.com/fmedrano.geo/DM.htm
23. Figuerola, D. (1997) Diabetes. Barcelona, España: Masson.
24. Fitzpatrick, R. (1990) La enfermedad como Experiencia. México: Fondo de Cultura Económica.
25. Foster, D. W. (1991) Diabetes Mellitus. En J. D. Wilson, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, R. G. Petersdorf, J. B. Martín, A. S. Fauci & R. K. Root (Eds.). Principios de Medicina Interna de Harrison (pp. 2018-2041) México: Interamericana Mc Graw-Hill.
26. Gallardo, M. (1998) Diabetes Mellitus. Comunidad Zaragoza, 4 (3), 11-16.
27. GIPDIM (1998) Grupo de prevención y autocuidado de Diabetes Mellitus. M. Mejía, (Coord.) México: IPN
28. Harris, M. (1996a) Antropología Cultural. España: Alianza.
29. Harris, M. (1996b) Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura. Madrid, España: Alianza.

30. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993) Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 11. México.
31. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1998, febrero) Principales Causas de Mortalidad General. [En red] Disponible en: www/inegi.gob.mx
32. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000, Mayo) Índice de Mortalidad por Diabetes Mellitus. [En red] Disponible en: www/inegi.gob.mx
33. Koestler, A. (1981) Jano. Madrid, España: Debate.
34. Kral, P. L. & Beaser S. R. (1992) Manual Joslin de Diabetes. Barcelona, España: Masson-Salvat.
35. Lara, F. N., Taméz, G. S., Eibenschutz, H. C. & Morales, E. S. (2000) Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En M. F. J. Mercado & L. T. M. Torres (Comps.) Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica (pp.97-122) México: Plaza y Valdés.
36. Lawrence, C. K. (1992) Noyes, Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.
37. Le Shan, L. y Margenau, H. (1996) El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh. Un paso más allá de la realidad física. España: Gedisa.
38. Lotman, I. M. (1979) Semiótica de la cultura, Intr., selecc. y notas de J. Lozano, Madrid: Cátedra.

39. Martínez, C. F. (1983) Enfermedad y padecer. México: Medicina del Hombre en su totalidad.
40. McDemott, I. y O'Connor, J. (1996) PNL para la salud. México: Ediciones Urano.
41. Mercado, M. F. (1996) Entre el infierno y la gloria: la experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara.
42. Mercado, M. F, Robles, S. L, Ramos, H. I, Moreno, L. N. & Alcántara, H. E. (1999) La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Salud Pública. 15(1), 179-186.
43. 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.
44. Murillo, J. J. (1999) Vivir con Diabetes. Guía para pacientes, sus familiares y educadores. Madrid: Editorial Neo Person.
45. 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.

46. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994: (2003, enero) Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. En la actualización del Diario Oficial de la Federación. [En red] Disponible en: www.ssa.gob.mx/nom/mo15ssa24.htm/ant
47. Oriol, A. (1975) Psicología antropológica. Condición humana. México: Trillas.
48. Puga, C., Peschard, J & Castro, T. (1992) Hacia la Sociología. México: Alambra Mexicana.
49. Ramos, G. (1985) Alimentación Normal del Niño y del Adolescente. México: El Manual Moderno.
50. Report of the Expert Committe on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (2000, enero) [Reporte del Comité de Expertos en Diagnóstico y Clasificación de Diabetes] Diabetes Care, 23, 4-18.
51. Rodríguez, F. (1990) Modificación de conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento en diabéticos tipo II. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 5 (3) 67-87.
52. Secretaría de Salud. (2001, marzo) Principales Causas de Mortalidad General [En red] Disponible en: www.ssa.gob.mx
53. Sierra, F. (1998) Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En C. J. Galindo (Coords.). Técnicas de investigación: en sociedad, cultura y comunicación (pp. 277-341) México: Addison Wesley Longman.

54. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. (2001, mayo) Vigilancia Epidemiológica Semana 9, 2001. En Casos nuevos de enfermedades no transmisibles seleccionadas por entidad federativa hasta la semana 7 del 2001 [En red] Disponible en: www.ssa.gob.mx/epide/2001/sem09/cua9.1htm1
55. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, La Asociación de Medicina Interna de México & La Asociación de Nutriología (1999) Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus Tipo 2. México.
56. Strauss, A, & Corbin, J. (1990) Basics of Cualitative Research: Grouded Theory Procedures and Techniques. [Bases de la Investigación Cualitativa: Procedimientos y Técnicas de la Teoría Fundamentalada] Newbury Park, SAGE.
57. Toro, J. (1999) El cuerpo como delito, Anorexia y Bulimia, Cultura y Sociedad. España: Ariel Ciencia.
58. Vander, J. A., Sherman, H. J & Luciano, S. D. (1980) Fisiología Humana. México: MacGrawgill.
59. Vargas, L. S. Riego & J. M. López. (1997) Un banquete de la cocina mexicana. Comida Mexicana. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. 2. 20-32.

60. Vázquez, R. & Escobedo, P. (1989) Análisis de la mortalidad por Diabetes Mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987) Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 28 (3-4) 157-170.
61. Vigilancia Epidemiológica Semana 15 (2004) En Casos nuevos de enfermedades no transmisibles hasta la semana 15 del 2004 [En red] Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2004/sem15/index.htm^o
62. Walkerman, S. J. (1993) Tratamiento dietético del diabético. En A. S. Islas & J. A. Lifshitz. Diabetes Mellitus. (pp.208-225). México: Mc Graw-Hill.
63. Wilson, D, Fisher, H. & Fuqua, E. (1978) Fisiología de la alimentación. México: Interamericana.
64. Zárate, A. (1989) Diabetes Mellitus. México: Trillas.
65. Zubirán, A. (1960) La Diabetes Mellitus como Problema de Salud Pública. Primer Congreso de salud pública México.

ANEXO

GUÍA DE ENTREVISTA

1) Alteraciones fisiológicas a partir del plan de alimentación.

- ◆ Boca, Faringe, y el Esófago: Cualquier tipo de alteración como ardor, náuseas, agruras o dolor que se reporte a partir del seguimiento del plan de alimentación.
- ◆ Estómago: Cualquier tipo de alteración como dolor, inflamación, ardor, regurgitación o vómito que se reporte a partir del seguimiento del plan de alimentación.
- ◆ Intestino: Cualquier tipo de alteración como cólico y diarrea que se reporte a partir del seguimiento del plan de alimentación.

2) Alteraciones emocionales a consecuencia del plan de alimentación.

- ◆ Originadas a partir del plan de alimentación: Como podría ser la preocupación, enojo, desasosiego, depresión, etc.
- ◆ Originadas a partir de las alteraciones fisiológicas: Como lo serían la angustia, ansiedad, pánico, incertidumbre, etc.

1 La cultura alimentaria como condicionante de las alteraciones fisiológicas y emocionales.

- ◆ Costumbres alimenticias: Se indagará todo lo referente a los hábitos alimenticios de las personas con DM2, es decir, tipo, cantidad y forma de alimentación. El propósito es obtener información acerca de los alimentos que se consumen mas, los que se consumen menos, la calidad de los alimentos, forma de guisarlos (condimentos) y bebidas con las que se acompañan.
- ◆ Tradiciones: Donde se exploraran entorno a la alimentación, las festividades familiares, estilo de vida, creencias, costumbres y relaciones interpersonales
- ◆ De que manera afectan estas tradiciones el cumplimiento de la dieta: tomando en cuenta el nivel personal, familiar y social.

NOTA: Las categorías y subcategorías podrán modificarse y ampliarse conforme se avance en la investigación.