

Ana L Salcedo-Rocha
Javier E García de Alba-García
Elizabeth Sevilla

Dominio cultural del autocuidado en diabeticos tipo 2 con y sin control glucémico en México

Cultural domain of self-care in type 2 diabetes patients with and without blood glucose control in Mexico

RESUMEN

OBJETIVO: Analisar los principales elementos relacionados con el dominio cultural del autocuidado de la salud, entre pacientes con diabetes tipo 2 con y sin controle glucémico.

MÉTODOS: Estudio descriptivo en 57 diabéticos controlados y 76 sin control glucémico, con promedio de 60 años de edad en una clínica del Seguro Social en México en 2003. Se aplicaron técnicas de antropología cognitiva de listas libres y cuestionario estructurado para obtener modelo semántico y promedio de conocimiento cultural a seis preguntas sobre su padecimiento por análisis de consenso.

RESULTADOS: Los datos sociodemográficos de ambos grupos no mostraron diferencias significativas. Todos los modelos de respuesta comparados presentaron estructuras semánticas similares, con excepción a: "Qué se entiende como ejercicio" ($p < 0.05$). El promedio de conocimiento cultural sobre los aspectos analizados fue similar en ambos grupos, solamente el nivel de conocimiento relacionado a "Cómo debe ayudar la familia a un adulto para estar sano" fue estadísticamente significativamente mayor en pacientes controlados.

CONCLUSIONES: Los hallazgos muestran a diferente estructura semántica sobre la concepción del ejercicio entre los grupos de pacientes y la diferencia en el promedio de conocimiento cultural sobre el apoyo familiar para la salud de paciente. Estas informaciones deben ser tomadas en cuenta al elaborar programas educativos, de auto atención y atención médica adaptados a la cultura del paciente con diabetes tipo 2.

DESCRIPTORES: Diabetes Mellitus Tipo 2, Etnología. Autocuidado. Factores Culturales. Factores Socioeconómicos. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. México.

Unidad de Investigación Social,
Epidemiológica y de Servicios de Salud.
Instituto Mexicano del Seguro Social -Jalisco,
México.

Correspondencia | Correspondence:
Ana L Salcedo Rocha
Calle 12 de Diciembre # 616
Colonia Chapalita, Zapopán, Jalisco
C.P. 45040
E-mail: analeticia_salcedorocha@yahoo.com

Recibido: 2/8/2006
Revisado: 28/6/2007
Aprobado: 10/9/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the main elements related with the cultural domain of self-health care in type 2 diabetes patients with and without good blood glucose control.

METHODS: Descriptive study comprising diabetes patients, 57 with and 76 without good blood glucose control, with an average age of 60 years, who attended a Social Security family clinic in Mexico in 2003. A cognitive anthropology approach using free lists and a structured questionnaire was applied and a semantic model and average cultural knowledge based on six questions about their illness was developed by consensus analysis

RESULTS: Sociodemographic information of both groups showed significant differences. The comparison of all semantic models revealed similar structures with the exception of "What do you understand exercise is" ($p < 0.05$). The average cultural knowledge was similar in both groups except for that related to "How family can help an adult be healthy", which was statistically higher in those patients with good blood glucose control.

CONCLUSIONS: The study findings show a different semantic structure on exercise conception between both diabetes groups studied as well as different average cultural knowledge on family support for patient's health. These findings should be taken into account in the development of education, self-care and medical care programs specific to the knowledge of type 2 diabetes patients.

DESCRIPTORS: Diabetes Mellitus, Type 2, Ethnology. Self Care. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Cultural Factors. Socioeconomic Factors. Mexico.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa un problema de salud pública de creciente magnitud. A nivel mundial, actualmente afecta a 140 millones de personas, pero en las próximas dos décadas la padecerán 300 millones de individuos.²⁵ En México, en menos de una década, la prevalencia de DM2 se incrementó 23%, de 6.7% en 1993 a 8.2% en el 2000.¹

Además de enfrentar el aumento en la magnitud de la DM2, las instituciones de salud consideran al control glucémico de los pacientes como un aspecto clave para la adecuada atención y pronóstico²² de la DM2. Sin embargo esta situación no es fácil de lograr. En países como USA se estima que 35.8% de los pacientes están controlados,¹⁵ en México a nivel nacional la cifra de control glucémico es de 36% y a nivel local de 28%.^{1,11}

El control glucémico implica un reto para el actual modelo de atención de la DM2, donde se ha considerado la necesidad de plantear una estrategia de atención que garantice servicios de calidad, que incorporen el punto de vista del paciente con el propósito de desarrollar en el aptitudes adecuadas de autocuidado en promoción, prevención y tratamiento.^{4,12}

En México como en Brasil, la importancia del conocimiento cultural de las enfermedades crónicas ha sido señalado desde hace dos décadas.^{8,9} Sin embargo, el fomento colectivo de la promoción de salud se ha visto poco beneficiada por el enfoque socio-médico.

En el caso del paciente con DM2, aún se le involucra en los programas de atención, bajo el supuesto de ser un actor independiente en la capacidad de tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.¹⁰

En la realidad, se requiere todo un proceso que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual¹² para empoderar al paciente diabético. Así, éste puede desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud y desarrollar aptitudes apropiadas y exitosas.

Un paso para lograrlo de manera efectiva es mediante el conocimiento del significado y el sentido que estructura el paciente en relación al autocuidado de su padecimiento.

Al efecto la perspectiva médica-socio-antropológica considera al conocimiento como un proceso desde el propio paciente desde su cultura. Esto ha mostrado su utilidad ya que este enfoque se ha utilizado para abordar objetos de estudio, tales como: los valores, sentidos y significados que los pacientes le dan, no únicamente a su padecimiento sino a su salud como elemento base de su calidad y estilo de vida.

Conocer la cultura de la enfermedad coadyuva a obtener elementos de juicio para estructurar servicios de atención más integrales, comprensivos, con mayor calidad técnica y humana. Principalmente ante el reto que plantea el adecuado autocuidado dentro de la complejidad del manejo de la DM2.³

El presente trabajo se basó en la orientación teórica de la vertiente cognitiva de la antropología, que mediante la teoría de consenso,¹² permite obtener modelos culturales en grupos específicos de personas. Estos son entendidos como una representación semántica altamente esquematizada de los elementos, estructura, relaciones y procesos concernientes a la construcción compartida del conocimiento sobre un dominio o aspecto particular de la realidad cotidiana, o sea, del autocuidado de la salud.

En este orden de ideas, la cultura es entendida como conocimiento compartido de sistemas de significados y sentidos, comunicados mediante el lenguaje natural y otros sistemas de símbolos con funciones representacionales, directivas y afectivas. Ella es capaz de crear otras entidades no culturales y darle un sentido particular a la realidad.⁶ La cultura afecta y es afectada por otros sistemas de la vida material y de la personalidad, a través de ítems compartidos que funcionan en ambas direcciones. Es precisamente la estructuración de conocimiento compartido que asegura la variabilidad intergrupala e intra-grupal de los modelos culturales, sea: por la compartición cuali-cuantitativamente incompleta del conocimiento culturalmente acordado, por restricciones del contexto social ó por restricciones económicas de los actores;¹⁰ donde se ven influenciados, las conductas, actitudes, creencias, normas y valores de la vida cotidiana de las personas.

El método para determinar la existencia de acuerdo en la construcción del conocimiento cultural se denomina análisis de consenso cultural^{19,24} y requiere de tres condiciones para lograrse.

1. La existencia de un dominio cultural unificado, en este caso el autocuidado de la DM2.
2. Una respuesta singular y espontánea acorde al dominio explorado (el autocuidado de la DM2) mediante una variante de la entrevista estructurada, las listas libres.

3. Que la aplicación de las preguntas formuladas sean respondidas de manera independiente unas de otras por cada informante de manera aparte.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar los modelos culturales a manera de modelos semánticos del autocuidado de la salud en pacientes afectados por la DM2, con y sin control glucémico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, exploratorio, descriptivo y comparativo en muestra consecutiva representativa de pacientes diabéticos con y sin control glucémico, usuarios de la clínica de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara. En el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la tabla propuesta por Weller & Rommey²⁴ para estudios sobre consenso cultural en grupos cuyo nivel de acuerdo es igual o superior al 50%, con 99% de confiabilidad y 1% de error, el número mínimo de casos sugeridos es de 30 por grupo de comparación.

Los grupos de participantes estuvieron conformados por 57 pacientes diabéticos controlados y 76 pacientes sin control, de ambos sexos, con un rango de edad de 40 a 69 años, sin complicaciones, que dieran su consentimiento informado por escrito, participar en el estudio.

Se incluyeron sólo pacientes diabéticos (con diagnóstico médico confirmado desde un año o menos de diez), cuya glucosa en ayuno en un trimestre previo fuera menor de 120 mg/dl (grupo de pacientes controlados); y pacientes diabéticos con glucosa en ayuno mayor o igual a 120 mg/dl, pacientes descontrolados según la norma oficial mexicana. No se incluyeron aquellos pacientes que presentaran complicaciones agudas, incapacitantes, problemas de lenguaje, tener menos de un año ó más de diez años de diagnóstico de DM2 ó que no aceptaran participar en el estudio.

La recolección de datos por los investigadores participantes, realizó durante la última mitad del año 2003 y consistió en la aplicación de una cedula sobre datos sociodemográficos del paciente (edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación). Para explorar el dominio cultural del autocuidado, se formularon seis preguntas estructuradas para su contestación a manera de listas libres, que consistieron en solicitar a los participantes de manera independiente, todos los conceptos, frases o términos relacionados con: ¿Porqué una persona debe cuidar su salud?, ¿Qué debe hacer una persona adulta para estar sano?, ¿Las comidas que dañan más la salud?, ¿Aparte de los quehaceres de la casa, que entiende por hacer ejercicio?, ¿Como debe ayudar la familia a un adulto para estar sano?, ¿A que cree se deba que al diabético no le avance la enfermedad?

Las preguntas se formularon a cada informante, por un mismo investigador, entrenado, de manera separada, en el mismo orden, en un ambiente tranquilo y de privacidad, asimismo se evito sugerir respuestas de manera verbal, solo se alentó a que el paciente formulara el mayor número de respuestas.⁶

El análisis estadístico de los datos sociodemográficos, abarcó dos momentos: el primero fue descriptivo para obtención de frecuencias absolutas y relativas, promedios y desviaciones estándar. El segundo de orden inferencial, donde se consideró diferencia significativa una $p < 0.05$, las obtenidas con las pruebas F de Snedecor para los datos numéricos y la Ji cuadrada en los datos categóricos, con ayuda del programa EpiInfo 6.4.

El análisis de la construcción del conocimiento cultural para el autocuidado, respeto los tres requisitos para el análisis de consenso, previamente señalado y con el apoyo del programa Anthropac,^a se facilitó el análisis componencial de:

1. La estructura jerárquica de los ítems – respuestas obtenidas- que integran la estructura de cada modelo cultural sobre el autocuidado en salud.
2. El grado de conocimiento grupal sobre el modelo cultural consensado, a manera de correlación promedio de las respuestas individuales.

RESULTADOS

Los grupos de pacientes con y sin control no presentaron diferencias estadísticamente significativas, respectivamente, por edad (61.88 ± 9.2 y 60.42 ± 11.3); sexo (46% hombres, 54% mujeres y 39% hombres, 61% mujeres), estado civil (71% casados y 74% casados), escolaridad (60% y 66% con educación primaria o menos), y ocupación (32% y 34% trabajan).

En las Tablas se presentan comparativamente: el modelo de estructura semántica construida por consenso cultural para cada pregunta formulada a los dos grupos de estudio, los promedios de conocimiento grupal y su significancia estadística.

Obsérvese que en el Tabla 1, los ítems que conforman la estructura semántica de los modelos culturales expresados por los pacientes controlados y los no controlados, sobre “¿Porqué una persona debe cuidar su salud?”, no presentaron diferencias estadísticas, nótese también que las frecuencias de presentación y orden de mención de los primeros tres ítems (bienestar, por vejez y vivir más) abarcan respectivamente el 61% y 69% de las respuestas.

En los modelos de ambos grupos se detectó un promedio de conocimiento cultural de los modelos alto y prácticamente similar (0.713 y 0.733).

En el Tabla 1 se plantea también el consenso a la cuestión “¿Qué considera Usted, que debe hacer una persona adulta para estar sano?” Las frecuencias de los ítems de los dos modelos, son estadísticamente similares ($p > 0.05$). Los primeros cinco ítems (alimentarse, hacer ejercicio, auto-eficacia, bienestar, acudir al médico) de dichos modelos culturales, engloban a más del 90% de las respuestas. Y el promedio de conocimiento en ambos grupos fue superior a 0.70.

El modelo semántico encontrado en pacientes controlados y no controlados sobre las comidas que dañan más a la salud se presenta en el Tabla 2. La estructura semántica de ambos modelos, plantea como ítems en los primeros cuatro lugares a: la carne roja, los antojitos regionales, las grasas y la comida chatarra, que incluyen respectivamente el 64% y 74% de las respuestas, en ambos grupos el promedio de conocimiento fue de 0.75 por parte de cada grupo.

En relación a la pregunta “¿Qué entiende Ud. por hacer ejercicio?” en el misma Tabla 2, se observa que las frecuencias de los modelos descritos son estadísticamente diferentes ($p = 0.03$), y que los dos primeros ítems (caminar, ejercicio físico) abarcan el 51% de las respuestas en pacientes controlados y en los no controlados el 71%, el conocimiento cultural promedio es de 0.74 y 0.72 respectivamente.

En el Tabla 3, refiere-se a la pregunta “¿Cómo debe de ayudar la familia a un adulto para estar sano?” La respuesta estructurada en ambos modelos culturales ubicó en primer lugar el ítem: “dar afecto”, seguido de “apoyo mutuo” y “colaborar”. Estos tres ítems abarcaron el 83% y el 82% de las respuestas y no se detectaron diferencias en las frecuencias de las respuestas, el promedio de conocimiento fue de 0.68 y 0.62, respectivamente en pacientes controlados y no controlados, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.007$).

En la pregunta “¿A qué cree que se deba que al diabético no le avance la enfermedad?”, que se muestra en el Tabla 3 nótese que la estructura de frecuencias fue similar en los dos modelos presentados. Los primeros tres ítems (autocuidado, seguir dieta y cuidados médicos) abarcaron el 71% y el 73% de las respuestas. Ambos modelos presentan en torno a las estructuras presentadas un promedio de conocimiento similar, de 0.68.

DISCUSION

La ausencia de diferencias en grupos por sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y antigüedad diagnóstica permiten considerar que presentan un alto grado de similitud y permiten efectuar comparaciones entre pacientes con DM2 controlados y no controlados. Hay la limitante de que los resultados del presente estudio

^a Borgatti S P. Anthropac 4.0. Matick: Analytic Technologies; 1992.

Tabla 1. Modelos de consenso cultural en el dominio de auto cuidado en salud. Guadalajara, México, 2003.

Lugar	Controlados		No controlados		Observaciones
	Concepto / Ítem	%	Concepto / Ítem	%	
¿Porqué una persona debe cuidar su salud?					
1	Bienestar	23	Bienestar	30	Ji cuadrada = 1.89 p = 0.388
2	Por vejez	19	Vivir más	25	
3	Vivir más	19	Por vejez	14	
4	No enfermar	11	Por otros	9	
5	Por mi mismo	8	No enfermar	9	
6	Por otros	7	Ser sano	6	
7	Ser sano	6	No ser diabético	3	
8	Tener enfermedad	4	Tener enfermedad	3	
9	No ser diabético	3	Por mi mismo	1	
Conocimiento Cultural Promedio y Desviación estándar		0.713 ± 0.094	0.733 ± 0.084	F= 1.62 p= 0.204	
¿Qué considera Usted qué debe hacer una persona adulta para estar sano?					
1	Alimentarse	30	Alimentarse	35	F = 01 p = 0.904
2	Hacer ejercicio	22	Hacer ejercicio	24	
3	Autoeficacia	20	Autoeficacia	14	
4	Bienestar	10	Acudir al médico	11	
5	Acudir al médico	10	Bienestar	7	
6	No hacer corajes	5	Apoyar a otros	4	
7	Ser activo	3	No hacer corajes	4	
8	Apoyar a otros	1	Evitar ciertas comidas	1	
9			No sé	1	
Conocimiento Cultural Promedio y Desviación Estándar		0.738 ± 0.079	0.740 ± 0.106	F = 01 p = 0.904	

sólo se pueden extrapolar a los pacientes de la unidad de medicina familiar estudiada. Por otra parte, debido a que las respuestas de los informantes, respetan las tres condiciones del análisis de consenso, se infiere que ellos desarrollaron independientemente un modelo semántico generado por sus respuestas, solo mediadas por la cultura que comparten.

Las estructuras semánticas de los modelos culturales de respuesta encontrados en ambos grupos son cualitativamente similares. Salvo las relacionadas con la pregunta "¿Qué entiende por hacer ejercicio?", donde las frecuencias de los ítems que la conforman fueran estadísticamente diferentes al considerar los pacientes controlados con una mayor proporción de respuesta los ítems compartidos. Además de incorporar el uso de la bicicleta, en comparación con los pacientes no controlados, los controlados parecen tener más restringidos los porcentajes de sus respuestas (Tabla 2).

En todos los demás casos, cada par de modelos esta consensado alrededor de una sola estructura cognitiva¹⁹ es decir por un dominio compartido del conocimiento cultural de la realidad cuestionada.

El juicio anterior cobra mayor relevancia si considera que los promedios de conocimiento, para todas las respuestas en ambos grupos son mayores a 0.5 y no muestran diferencias estadísticas. Salvo el promedio de la pregunta "¿Cómo debe ayudar la familia a un adulto para estar sano?" donde los pacientes no controlados tuvieron un promedio de conocimiento menor ($p < 0.007$). Esto evidencia una menor consideración de la familia como apoyo para el autocuidado de este grupo.

Los resultados generales sugieren la hipótesis de que existe un mismo modelo de conocimiento cultural compartido en la construcción del autocuidado de la salud en los pacientes diabéticos, independientemente de su control glucémico.

De acuerdo con lo señalado, surge la pregunta "¿que pasa con estos modelos y las acciones institucionales realizadas, en torno al control glucémico y de auto cuidado de los pacientes estudiados?". Parecería que el diagnóstico de DM2 y las acciones de atención a lo largo del tiempo afectan poco la estructura semántica y el conocimiento cultural del autocuidado a su salud en ambos grupos.

Tabla 2. Modelos de consenso cultural en el dominio de de auto cuidado en salud. Guadalajara, México, 2003.

Lugar	Controlados		No controlados		Observaciones	
	Concepto / Ítem	%	Concepto / Ítem	%		
¿Dígame las comidas que dañan más la salud?						
1	Carne roja	23	Carne roja	27		
2	Antojitos regionales	17	Antojitos regionales	21		
3	Grasas	12	Comida chatarra	16		
4	Comida chatarra	12	Grasas	10		
5	Cerdo y derivados	11	Azúcar y sal	9		
6	Azúcar y Sal	10	Cerdo y derivados	9	Ji cuadrada = 2.13 p = 0.83	
7	Harinas	4	Harinas	6		
8	Comer en exceso	3	Huevo	1		
9	Enlatados	2	Lácteos	1		
10	Mariscos	2	Mariscos	1		
11	Huevo	1	Enlatados	1		
12	Lácteos	1				
Conocimiento cultural Promedio y Desviación estándar		0.752 ± 0.107	0.757 ± 0.118			F = 0.06 p = 0.801
¿Aparte de los quehaceres de casa, qué entiende Usted por hacer ejercicio?						
1	Caminar	35	Caminar	48		
2	Ejercicio físico	16	Ejercicio físico	23		
3	Estar activo	14	Tiempo de ejercicio	10		
4	Mover el cuerpo	11	Correr	6		
5	Tiempo de ejercicio	10	Mover el cuerpo	6		
6	Distracción	4	Estar activo	5		
7	Correr	4	Distracción	1		
8	Relajación	3	Relajación	1		
9	Bicicleta	1				
Conocimiento cultural Promedio y Desviación estándar		0.740 ± 0.106	0.724 ± 0.080		F = 0.99 p= 0.32	

El control glucémico solo se relaciono de manera significativa con las áreas de apoyo familiar (promedio de conocimiento grupal) y del ejercicio físico (estructura semántica), áreas que en estudios anteriores se han encontrado asociadas también de manera significativa con el control glucémico.^{11,18}

Por lo anterior, hay que considerar al control un determinante que debe reforzarse en dichas áreas, a nivel institucional (consulta, otros servicios) y extra institucional (familia, trabajo y tiempo libre), con especial cuidado en los pacientes no controlados, desarrollando aptitudes para incrementar conocimientos y ofertas para ejercicios variados y accesibles.

En otras palabras, es en la estructura semántica de los sujetos cognoscentes donde se manifiesta el dominio cultural del autocuidado, objetivado en los pacientes como ítems sobre medidas preventivas, prácticas de auto-tratamiento y manejo de la DM2. De acuerdo con Segall & Goldstein,⁵ las diferencias encontradas

pueden explicarse por las formas de iniciar o mantener el autocuidado, situaciones que en el presente estudio pueden incluir:

1. Cómo los pacientes ligan patrones de atención a problemas de salud con los de enfermedad y dentro de ella, incluyen el manejo de problemas tanto agudos como crónicos.
2. La incorporación de actitudes críticas, de insatisfacción o de reconocimiento de los límites de la biomedicina; así como sobre algunas tradiciones relacionados a las prácticas de atención alternas,
3. Conocimientos acerca de los efectos del estilo de vida en la salud y el deseo de ejercer o no, su responsabilidad personal en materia de salud.

Estos tres aspectos están reflejados, en la frecuencia de los ítems, su jerarquización y el promedio de conocimiento compartido.²¹ Estos estructuran los modelos culturales, que los grupos de pacientes controlados y

Tabla 3. Modelos de consenso cultural en el dominio de de auto cuidado en salud. Guadalajara, México, 2003.

Lugar	Controlados		No controlados		Observaciones
	Concepto / Ítem	%	Concepto / Ítem	%	
¿Cómo debe ayudar la familia a un adulto para estar sano?					
1	Dar afecto	36	Dar afecto	35	cuadrada = 3.13 p= 0.37
2	Apoyo mutuo	24	Colaborar	27	
3	Colaborar	23	Apoyo mutuo	20	
4	Afrontamiento de problemas	8	Cubrir necesidades	11	
5	Compartir una idea de salud	4	No sé	3	
6	Cubrir necesidades	4	Afrontamiento de problemas	2	
7	Platicar con otros	1	Compartir una idea de salud	2	
Conocimiento Cultural Promedio y Desviación estándar		0.685 ± 0.096	0.624 ± 0.147		F = 7.44 p = 0.007
¿A que cree que se deba que al diabético no le avance la enfermedad?					
1	Autocuidado	35	Autocuidado	28	
2	Seguir dieta	21	Seguir dieta	25	
3	Cuidados médicos	15	Cuidados médicos	20	
4	Bienestar emocional	10	Hacer ejercicio	9	
5	Estar controlado	9	Estar controlado	9	
6	Hacer ejercicio	9	Bienestar emocional	8	
7	Apoyo emocional	1	No sabe	3	
8	No sabe	1			
Conocimiento Cultural Promedio y Desviación estándar		0.682 ± 0.097	0.685 ± 0.096		F = 0.003 p= 0.85

no controlados, elaboraron de manera independiente, y que se pueden sintetizar como:

1. Las razones para cuidar la salud, que se señalan en función de lograr el bienestar individual, vivir más y afrontar la vejez.
2. Las acciones enfocadas por aptitudes sobre el estilo de vida: alimentarse, hacer ejercicio y afrontar estrés.
3. Las principales comidas que dañan más la salud del paciente con DM2 son: la carne roja, los antojitos, las grasas, la comida chatarra, los derivados del cerdo, el azúcar y la sal en exceso.
4. Las formas, como debe atender una familia al paciente adulto para estar sano, se centran en dar afecto y la mutua colaboración.
5. Las acciones para que no avance la DM2, se orientan: al autocuidado, a la dieta y la atención médica.

Los aspectos señalados conforman el núcleo del modelo cultural compartido de autocuidado para la salud, en los dos grupos de pacientes con DM2, independientemente

de su control glucémico. Las acciones de autocuidado que manifiestan estos pacientes con DM2 se ubican principalmente en un dominio “biológico” limitado, pues son acciones que están asociadas a ciertos aspectos en el funcionamiento orgánico (la alimentación y el ejercicio). A diferencia de otros estudios¹² donde los adultos mayores sin DM2, añaden el sueño, la respiración, la circulación, eliminación y la higiene, como ítems importantes.

Tocante a los alimentos que se considera dañan más, hay coincidencia con algunos alimentos señalados como comidas peligrosas por otros grupos de personas aparentemente sanas del centro de México.³ Los resultados del presente estudio no infieren más acerca de la calidad de los alimentos. En otros estudios se señala que la calidad se relaciona como necesidad – comer hasta saciar el hambre – y que una “buena dieta” está asociada a la tenencia de factores económicos, más que nutricios.¹⁷

Otros estudios señalan que gracias al autocuidado para la salud se tiene la posibilidad de atenuar los factores adversos en áreas que producen experiencias negativas. Esto afecta la calidad de vida, por lo tanto, se puede pensar que con el autocuidado se pueden mejorar las

posibilidades de que los pacientes con DM2, se adapten e integren a su entorno social, se auto-realicen y mantengan sus metas.¹⁶

Las acciones consensadas en torno a la familia se postula la ayuda familiar, como dar afecto y colaboración mutua. Se ha encontrado que el sentido de pertenencia y la relación de afecto y el desempeño de roles y redes de apoyo. Ellos permiten la integración de las familias y de la sociedad en general, situación que debe fomentarse desde la institución de salud, sobre todo en pacientes no controlados. Aspecto refrendado en otros estudios,^{18,13} donde los adultos mayores insertos en familia caracterizaron sus relaciones familiares en recibir y dar cariño, afecto y ayuda, lo cual consolidó la pertenencia familiar, reforzando la capacidad de asumir responsabilidad, cumpliendo así las funciones de ayuda, cuidado y reciprocidad.³ Para algunos autores,^{12,23,14} la familia cumple con actividades sustanciales, como el cuidado de sus miembros, el aseo doméstico, la selección y preparación de los alimentos, aspectos que participan en el sustento de la salud. Ante la presencia de enfermedades, como la diabetes, los familiares fungen principalmente como cuidadores, donde pueden establecerse vínculos efectivos que proporcionen condiciones para alcanzar el control metabólico. De ahí la importancia de datos como los del presente estudio que señalan desventaja en los pacientes no controlados, que tienen un modelo cultural cuyo conocimiento compartido es cuali cuantitativamente menor, que en los pacientes controlados. Completa los cuidados familiares para el no avance de la diabetes, el equipo médico como una fuente importante de conocimiento al obtener información directa para su autocuidado.²² Lo señalado obviamente refuerza la complejidad del control glucosa en sangre, que está asociado con el autocuidado adecuado, aunado a la recepción de atención e indicaciones médicas²⁰ más el apoyo familiar.

Las fuentes de variación del modelo cultural, que en este caso están relacionadas al control glucémico son causadas en cierta medida por diferencias en el nivel del conocimiento del dominio semántico del autocuidado. Todavía son mayormente una limitación en las capacidades o aptitudes para afrontar el control de su glucemia, a pesar de compartir modelos de autocuidado similares.¹⁰

Lo anterior se constata en los hallazgos presentados sobre la concepción que se tiene del ejercicio físico, donde observase que los pacientes no controlados manifestaran mayor concentración de su conocimiento, principalmente en dos opciones: “caminar” y “ejercicio”. A diferencia de los pacientes controlados que plantearon una mayor y significativa diversificación de sus respuestas, que representan actividades cotidianas más variadas, como opciones a lo que entienden como ejercicio ($p=0.03$).

En base a lo anterior, se reitera que las prácticas de autocuidado relacionadas con el ejercicio y el apoyo de la familia, están influenciadas por la cultura y el grupo social, de la persona que funciona como diabético y adulto mayor. Estas juegan un papel importante para mantener y mejorar la salud, no tan sólo en el conocimiento de habilidades de autocuidado, sino, en el repertorio de aptitudes experimentadas para mantenerlas. Así, como las capacidades para afrontar las dificultades del paciente.

Por eso se dice que en las sociedades mediterráneas y latinoamericanas se concibe el autocuidado como un sedimento de formas culturales, comportamentales y organizativas para la defensa de la salud.¹⁶

Viendo hacia el futuro de los pacientes crónicos, la Organización Panamericana de la Salud²² señala a la atención médica asistencial actual de los adultos mayores como un generador de alto gasto social. Pero que, al promover el autocuidado de la salud el gasto se puede revertir en inversión eficiente, al aplicar medidas oportunas, de promoción de salud y prevención de las enfermedades crónicas¹² donde se incluye la diabetes.

El autocuidado a la salud como un primer nivel de definición real de atención debe ser el ámbito natural de referencia de todo proceso asistencial. Por lo que es conveniente utilizar dicho término, para denotar las aptitudes y las prácticas centradas en aspectos preventivos y de promoción de salud que son cotidianos y que están centrados en los individuos ó la comunidad.²³

Los estudios sobre el conocimiento del autocuidado y la promoción de la salud, en pacientes con DM2 pueden ayudar a confeccionar programas educativos alternos, que tomen en cuenta a la salud/enfermedad atención como proceso bio-psico-socio-cultural.

Este tipo de programas pueden ser adecuados, de manera ad hoc a la subcultura grupal, y aplicados en sesiones individuales o grupales, aprovechando el encuentro equipo de salud/paciente con DM2. En teoría estos pacientes tienen entre diez a 12 oportunidades anuales de ser visto mensualmente por el médico y algún otro miembro del equipo de salud al ser atendidos en una unidad de medicina familiar en México. En estas situaciones se puede incidir no tan sólo en la elevación de su conocimiento, como tradicionalmente se hace; sino también en desarrollar aptitudes para elevar la comprensión y la auto confianza del paciente. En base a una educación participativa, reflexiva y crítica para el fomento de aptitudes y la creación estructuras para afrontar de manera exitosa, el problema del descontrol glucémico se minimiza para enfocarnos a la promoción del empoderamiento de estos pacientes en relación a su autocuidado, para crear y enriquecer contextos familiares, institucionales y sociales, que favorezcan aptitudes hacia: la nutrición, el ejercicio físico; para el propio control sobre su salud y redes de apoyo para el paciente diabético.

REFERENCIAS

1. Aguilar-Salinas CA, Velázquez-Monroy O, Gómez-Pérez FJ, González-Chávez A, Lara-Esqueda A, Molina-Cuevas V, et al. Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes in Mexico: Results from a large population-based nationwide survey. *Diabetes Care*. 2003;26(7):2021-6.
2. Baer RD, Weller SC, Patcher L, Trotter R, García de Alba García JE, Glazer M. Cross cultural perspectives on the common cold data from five populations. *Human Organ*. 1999;58(3):251-60.
3. Beléndez-Vázquez M, Méndez FJ. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En: Simón MA, editor. Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1999. p.487.
4. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "porqué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1997;39(5):442-50.
5. Cockerman W. Medical Sociology. 7.ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998. p.102-27.
6. D'Andrade RG. Cultural Meanings Systems. In: Shweder RA, LeVine R, editors. Culture theory: essays on mind, self and emotion. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. p.87-119.
7. Díaz-Nieto L, Galán-Cuevas S, Fernández-Pardo G. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Publica Mex*. 1993;35(2):169-76.
8. Dressler WW, Mata A, Chavez A, Gallagher P. Social Support and Arterial Pressure in a Central Mexican community. *Psychosom Med*. 1986;48(5):338-50.
9. Dressler WW, Dos Santos JE. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cad Saude Publica*. 2000;16(2):303-15.
10. Dressler WW, Bindon JR. The health consequences of cultural consonance: cultural dimensions of lifestyle, social support and blood arterial pressure in a African American community. *Am Anthropol*. 2000;102(2):244-60.
11. García de Alba JE, Salcedo AL, Covarrubias V, Colunga C, Najar ME. Diabetes tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2004;42(5):395-404.
12. García de Alba JE, Salcedo AL, Lopez I, Baer RD, Dressler W, Weller SC. "Diabetes is my companion": lifestyle and self management among good and poor control Mexican diabetic patients. *Soc Sci Med*. 2007;64(11):2223-35.
13. Greggerman RI, Kate MS. Diabetes en el anciano. En: Anzola PE, Galinsky D, Morales MF, Salas AR, Sánchez AM. La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994: p.107-20. (Publicación Científica, 516).
14. Haro-Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In: Perdigüero E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Edicions Bellatera;2000:101-62.
15. Koro CE, Bowlin SJ, Bourgeois N, Fedder DO. Glycemic control from 1988 to 2000 among U.S. adults diagnosed with type 2 diabetes: a preliminary report. *Diabetes Care*. 2004;27(1):17-20.
16. Mendoza Vázquez F, Velázquez Monroy O, Martin MA, Pego Pratt U, Campero Marin EC, Lara Esqueda A, Gallegos Figueroa I. Comunicación y perspectiva de audiencias: una investigación cualitativa para la diabetes. *Rev Endocrinol Nutr*. 2000;8(1):5-13.
17. Ocegüera-Parra D. Comidas peligrosas: la percepción social de la (in)seguridad alimentaria. *Estud Cult Contemp*. 2004;10(19):31-51.
18. Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Publica Mex*. 1997;39(1):44-47.
19. Rommey AK, Weller S, Batchelder H. Culture as Consensus: a Theory of Culture and Informant Accuracy. *Am Anthropol*. 1986; 88 (3):313-38.
20. Santos EC, Zanetti, ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(3):397-403.
21. Segall A, Goldstein, J. Exploring the correlates of self-provided health care behavior. *Soc Sci Med*. 1989;29(2):153-61.
22. Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman A, van Walraven C. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control. Do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care*. 2005;28(3):600-6.
23. Tejada Tayabas LM, Grimaldo Moreno BE, Maldonado Rodríguez O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Rev Salud Publica Nutr*. [periódico en internet] [Acceso en 11/30/07 Disponible en: <http://www.emagister.com/significado-practica-autocuidado-persona-adultos-mayores-cursos-657191.htm>
24. Weller S, Rommey K. Systematic Data Collection. Newbury Park: Sage Publications; 1988. (Qualitative Research Methods series, 10).
25. Wild S, Roglic G, Gree A, Anders A, Scree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2033. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-1053.