

# LA CULTURA COMO CONFIGURADOR DE ESTILOS ALIMENTARIOS ANTAGÓNICOS AL TRATAMIENTO MÉDICO CONTRA LA DIABETES<sup>\*</sup> CULTURA, DIETA Y DIABETES

Marco Antonio Cardoso Gómez  
Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza

¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar  
un átomo que un prejuicio  
ALBERT EINSTEIN

Prejuicio: Opinión previa y tenaz, por lo general  
desfavorable, acerca de algo que se conoce mal  
REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

**RESUMEN:** *Se presenta una respuesta al por qué la diabetes no ha podido ser controlada si se cuenta con los recursos científicos y tecnológicos suficientes para tal efecto. La explicación considera como un aspecto fundamental, la influencia de la cultura para configurar estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. Con el propósito de mostrar este proceso, se ofrece una descripción conceptual acerca de qué es la cultura, cuál es su función y su proceso de transmisión y preservación; también se describe el proceso de configuración cultural de la alimentación y con base en estas descripciones, se realiza un análisis de la influencia de la cultura sobre el tratamiento médico. Todo esto se presenta con la finalidad de contribuir a la consolidación de la propuesta de la Secretaría de Salud de México: el tratamiento de la diabetes se debe dirigir fundamentalmente hacia la modificación de los estilos de vida.*

<sup>\*</sup> Se agradece al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, el apoyo financiero otorgado al proyecto *Yanga: cultura y salud en una comunidad afromestiza de México*, clave IN308406-2. Se agradece al Fondo Mixto CONACYT-Estado de México, el apoyo financiero otorgado al proyecto *Atención Multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida*, clave Edomex-2005-C01-29.

**ABSTRACT:** *We present an answer to the reason why diabetes has not been controlled, even if there are sufficient technological and scientific resources for such effect. The explanation considers as a fundamental aspect, the influence of culture to configure antagonistic food styles to the medical treatment for the diabetes. In order to show this process, we offer a conceptual description on what is culture, which is its function, transmission, and preservation process; we also describe the cultural configuration process of food ways and based on these descriptions, we present an analysis of the influence of culture on the medical treatment. All this is presented in order to contribute to the consolidation of the proposal of the Health Ministry of Mexico: the treatment of diabetes should be directed fundamentally towards the modification of life styles.*

**PALABRAS CLAVE:** *cultura alimentaria, antagonismo, tratamiento médico, paradoja, diabetes, estilos de vida.*

**KEY WORDS:** *Food culture, antagonism, medical treatment, paradox, diabetes, life styles*

## PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA DIABETES

La diabetes actualmente se presenta como un problema de salud mundial. El doctor Julio Frenk Mora, secretario de Salud de México, menciona que es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, pues se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En esos países ya se considera una epidemia, por lo que representa uno de los principales retos de la salud pública en el siglo XXI. También indica que se calcula que existen más de 150 millones de enfermos de diabetes en el mundo y es probable que para el año 2025 se llegue a 300 millones [Secretaría de Salud, comunicado de prensa, núm. 58, 2003].

En México, esta enfermedad ha avanzado alarmantemente: en 1955 la tasa de mortalidad de quienes la padecían fue de 5.0 por 100 000 habitantes [Zubirán, 1960]. Para 1980, ascendió a 12.0 por 100 000 habitantes [Vázquez y Escobedo, 1989]. Para 1990 se alcanzó 31.8 por 100 000 habitantes y para 2001 llegó a 48.96 por 100 000 habitantes [Sistema Nacional de Información en Salud, 2003].

CUADRO 1. Tasa de mortalidad por diabetes

AÑO	TASA DE MORTALIDAD POR 100 000 HABITANTES
1955	5
1980	12
1990	31.8
2001	48.96

Fuentes: Zubirán *et al.* [1960]; Vázquez y Escobedo [1989]; Velázquez *et al.* [1992]; Sistema Nacional de Información en Salud [2003]

La cantidad de muertes por esta enfermedad es impresionante y conforme avanza el tiempo es cada vez mayor. En 1999 murieron 45 632 personas [Secretaría de Salud, 1999]. En el año 2000, según cifras del Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud de México, se presentaron 46 525 decesos, es decir, cinco personas cada dos horas [Secretaría de Salud, comunicado de prensa, núm. 27, 2002]; para 2001, en las estadísticas de la Secretaría de Salud se registraron 49 855 defunciones; para 2002 se registraron 54 828, mientras que para el año 2003 los decesos fueron 59 119 [Sistema Nacional de Información en Salud, 2006]. El problema ha crecido de tal forma que la cantidad de muertes ha colocado, actualmente, a la diabetes como la primera causa de mortalidad en el país [ibid.].

CUADRO 2. Defunciones por diabetes mellitus

AÑO	DECESOS
1999	45 632
2000	46 525
2001	49 855
2002	54 828
2003	59 119

Fuente: Secretaría de Salud 1999; Principales Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud [2006]

En cuanto a la incidencia de diabetes, México ocupa el noveno lugar en el mundo y de continuar la evolución actual, según la Secretaría de Salud, para 2025 se ubicará en el séptimo sitio [comunicado de prensa, núm. 27, 2002]. Este pronóstico se hace con base en la progresión de casos nuevos. Por ejemplo, para el año 1984 hubo una incidencia de 54 633 casos; para 1989, la incidencia fue de 125 619 casos; para 1994 fueron 184 130 casos; en 1999 se presentaron 284 811 y para 2004 el registro fue de 417 678 casos.

CUADRO 3. Progresión quincenal de casos de diabetes

1984	54 633
1989	125 619
1994	184 130
1999	284 811
2004	417 678

Fuente: Secretaría de Salud [2006]

Según la Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001, hasta finales del año 2000, en México, alrededor de 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y cerca de 30% de los individuos afectados desconocía que la padecía. Actualmente se supone que la proporción de personas afectadas en la población de 20 a 69 años de edad en México es de 10.7%, y que entre las personas mayores de 50 años supera el 20% [Secretaría de Salud, comunicado de prensa, núm. 58, 2003].

Por ende, la diabetes representa la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en México [Hernández y Olaíz, 2002], ya que las personas que la padecen sufren un mayor riesgo de embolia, infarto y retinopatía, y todos tienen catorce veces más riesgo de amputación de una extremidad [Secretaría de Salud, comunicado de prensa, núm. 27, 2002]. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes es responsable de poco más de 90% de las amputaciones que no son consecuencia de alguna lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas [Cueva *et al.*, 2003].

El problema es de tal dimensión que el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser entre mil y 4000 pesos mensuales y los costos indirectos y directos de la enfermedad son de 3465 y 1050 millones de pesos anuales, respectivamente [Secretaría de Salud, comunicado de prensa, núm. 27, 2002]; por ejemplo, un niño de siete años que desarrolle diabetes deberá afrontar un costo acumulado de 546 mil pesos hasta los 40 años, como consecuencia de este padecimiento. El aumento en su costo está relacionado directamente con los daños que se vayan ocasionando al organismo [Secretaría de Salud, comunicado de prensa, núm. 58, 2003].

Es por esto que los costos económicos asociados con el tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para las personas que la padecen [NOM-015-SSA2-1994, 2001].

En suma, la diabetes en nuestro país es un problema nacional o de salud pública porque:

- 1) Muestra una trayectoria de mortalidad ascendente
- 2) Aqueja a una gran cantidad de personas en edad productiva
- 3) Causa importantes modificaciones en la calidad de vida y los años que viven las personas que la padecen debido a las complicaciones que provoca cuando no es controlada
- 4) Constituye un costo económico significativo, tanto para las personas que la padecen como para las instituciones que las atienden

## EL TRATAMIENTO PARA LA DIABETES SE DISEÑA SOBRE UNA PARADOJA

La American Diabetes Association [2004] ha declarado que los latinos deberían tener su diabetes bajo control. Todas estas complicaciones podrían prevenirse porque, como indica Mercado [1996], la medicina dispone de un arsenal científico y terapéutico que idealmente debería ser exitoso para el control de la diabetes. Los recursos básicos del tratamiento médico son: dieta equilibrada, ejercicio físico e hipoglucemiantes orales e insulina externa como auxiliares [*ibid.*].

De estos recursos, la dieta constituye la base fundamental sobre la que se ajusta cualquier otra medida complementaria y, en numerosas ocasiones, constituye la única terapia necesaria [Centro Andaluz de Información de Medicamentos, 1999]. La diabetes debiera ser fácilmente controlable pues lo esencial es cambiar el estilo de alimentación; sin embargo, las estadísticas sugieren que les resulta más fácil a las personas sufrir las complicaciones, como ceguera o amputación de miembros inferiores, que cambiar el estilo de alimentación.

El tratamiento para la diabetes se diseña sobre una paradoja porque los recursos están al alcance de la persona y, desde una perspectiva lógica, no existe justificación para que el enfermo no haga uso de ellos. El tratamiento para la diabetes debe considerar esta paradoja porque, precisamente, la dificultad principal para el control de esta enfermedad reside en el aprovechamiento de los recursos que son asequibles al enfermo.

Cabe aclarar que al referirnos a dieta, la entendemos como los alimentos que cada persona consume día con día durante largas temporadas, alimentos que son escogidos con base en sus condiciones económicas y en su gusto, de entre aquellos que están disponibles en su comunidad. La dieta no es plan alimentario restrictivo con comida y bebida desagradable para bajar de peso.

De hecho, hay recetarios de cocina calculados para elaborar platillos apetitosos, económicos y de acuerdo con los gustos de la cocina mexicana, pero adecuados para las personas con diabetes. También es pertinente aclarar que por actividad física se entiende el movimiento y desplazamiento del cuerpo, sin que necesariamente sea el ejercicio que requiere equipo o locales especializados y, mucho menos, el deporte competitivo.

## LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA COMO EL NUEVO PARADIGMA

Con base en lo anterior, es ineludible reflexionar en que si se cuenta con los recursos terapéuticos suficientes y éstos están al alcance de la persona enferma, ¿por qué la diabetes con todas sus secuelas ha crecido incontrolablemente?

Institucionalmente se han ofrecido diversas respuestas: educación a la persona y cumplimiento o adherencia terapéutica, sólo por mencionar algunas. Aun

cuando todas esas propuestas han contribuido, sin embargo no han cumplido su misión, pues la diabetes se ha establecido como un problema de salud nacional en México.

Con respecto a la propuesta de proporcionar educación a la persona con diabetes, Puente y colaboradores [1999] ha señalado que el nivel de conocimientos no asegura el control metabólico, el éxito se ve influido por la habilidad para comprender, recordar y aplicar la información adquirida especialmente en el medio ambiente donde se desenvuelve el enfermo. En otras palabras, el saber debe traducirse en conductas concretas.

Con relación a la adherencia terapéutica, en el ámbito médico, la respuesta más frecuente ha sido culpar al propio enfermo por no cumplir el tratamiento prescrito [OMS, 2003], llegándolo a calificar como desobediente, negligente, necio o irracional, entre otros adjetivos [Mercado, 1996; Cardoso, 2000]. Esto ha sido consecuencia, entre otros aspectos, de que el tratamiento médico se ha sustentado en una prescripción.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española [2001], prescripción significa "orden", lo cual revela que el éxito del tratamiento está en función de que el enfermo obedezca la orden del médico y, en cambio, el enfermo no responde porque se le demanda disciplina sin considerar las condiciones psicológicas, económicas, sociales y culturales en las que vive.

Al respecto, por medio de la Organización Mundial de la Salud [2003] se ha declarado que los equipos de atención sanitaria están fracasando en cuanto al apoyo a la modificación del comportamiento de los pacientes, quehacer para el cual no han sido capacitados. Además, los sistemas de salud no permiten que los profesionales sanitarios propicien, promuevan y fortalezcan los cambios de comportamiento de los pacientes, función para la cual no han sido planeados.

En relación con estas circunstancias, la Secretaría de Salud de México [2001] propuso un cambio de paradigma para el tratamiento de la diabetes: *pasar de los medicamentos como eje de control a la modificación de los estilos de vida.*

Esta propuesta es una alternativa alentadora, sin embargo, para su concreción es insoslayable que los profesionales de la salud, tanto quienes establecen las políticas de salud, quienes diseñan los programas de asistencia sanitaria, como quienes la brindan directamente, cuenten con información sobre los estilos de vida de las personas con diabetes, ya que para modificarlos, no es suficiente con una prescripción ni con demandar disciplina al enfermo.

Los estilos de vida son pautas de pensamiento y conducta [Harris, 2004], los cuales son difíciles de modificar porque son producto de las enseñanzas culturales en las que fue formada una persona, por tanto, permanecen a lo largo de su vida y configuran y establecen su comportamiento. Dicho en palabras de Durkheim [1982] en cada uno de nosotros y en 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.

Como la pretensión de la nueva propuesta es reconfigurar estilos de vida difíciles de modificar por su arraigo en el enfermo, es importante coadyuvar mediante programas de atención elaborados ex profeso; para tal fin, es imprescindible indagar la cultura, es decir, las pautas de pensamiento y conducta instauradoras de los estilos de vida de las personas con diabetes y presentarlas, de tal suerte, que fundamenten y orienten la toma de decisiones en el ámbito de las políticas de salud o la elaboración de programas de atención.

## ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA COMPRENDER LA CULTURA

Con el propósito de mostrar cómo la cultura configura y programa el comportamiento del enfermo, de tal modo que dicho comportamiento se contraponga a la prescripción médica para atender la diabetes, en el presente ensayo se ofrece una descripción conceptual sobre qué es la cultura, cuál es su función y su proceso de transmisión y preservación; también se describe el proceso de configuración cultural de la alimentación y con base en estas descripciones, se realiza un análisis de la influencia de la cultura sobre el tratamiento médico.

Todo esto se presenta con la finalidad de contribuir a la consolidación de la propuesta de la Secretaría de Salud: el tratamiento de la diabetes se debe dirigir fundamentalmente hacia la modificación de los estilos de vida.

### *Cómo surge la cultura*

Para facilitar la comprensión del impacto que tiene la cultura sobre el comportamiento de las personas con diabetes, es conveniente hacer un repaso sobre cómo surge y cuál es su función dentro de una sociedad.

Un pueblo, cualquiera, cuando llega por primera ocasión al lugar donde se asienta, encamina todas sus acciones a la supervivencia. Tiene que adaptarse a lo que le ofrece esa tierra. En esas condiciones tiene que satisfacer sus necesidades básicas: procrearse, proveerse comida, protegerse del sol, lluvia, frío, explicarse su acontecer cotidiano, etcétera. Para tal efecto debe experimentar.

Conforme al ensayo y error, por amplios periodos de tiempo aprende a realizar acciones que le permitan lograr su propósito, aunque también aprende que ciertas acciones no deben realizarse. Asimismo aprende que reproducir ese aprendizaje le garantizaría su supervivencia. Y la mejor manera que encontró fue por medio de transmitirle ese conocimiento a sus descendientes, mediante ideas; creencias sobre una explicación del universo y sus contradicciones; cos-

tumbres; tabúes; códigos; instrumentos; técnicas; valores; ideales; etc. en forma de patrones de conducta y tanto derechos como obligaciones [Harris, *op. cit.*].

Es decir, cada pueblo organiza su realidad de manera específica y sus miembros se convencen de que esa es la única visión correcta del universo. Esa organización se desarrolla en respuesta a los problemas más apremiantes y abrumadores del periodo anterior del pueblo en cuestión y tiene la finalidad de dar una respuesta a esos problemas [LeShan y Margenau, 1996].

Ese conocimiento conformado por la experiencia es la cultura, y al transmitirla de generación en generación, lo que se pretendía preservar era la supervivencia. Por tanto, dicha supervivencia depende de que los miembros de esa sociedad cumplan y se ajusten a las reglas fijadas.

Este propósito se logró mediante premios y castigos, que los mismos miembros de la sociedad debían aplicar a aquellos otros que cumplieran o infringieran lo establecido, según fuera el caso. De esta forma se determinaba la función de la cultura: preservar la supervivencia así como regular y normar la interacción social.

### *Qué es la cultura*

La cultura comprende las formas de nacer y morir, casarse y procrearse, comer y festejar, los patrones de conducta y de conciencia, de conflicto y de cómo encararlo, de interactuar y solidarizarse socialmente, además de las que satisfacen las necesidades del sistema biológico, entre otros aspectos.

Lotman alude a la cultura como “[...] la memoria no hereditaria de la colectividad [...] o, si se prefiere, grabación en la memoria de cuanto se ha vivido por la colectividad” [1979:71].

Sir Edward Burnett Tylor define la cultura como

[...] ese todo complejo, que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que 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 [1871].

Puga, Peschard y Castro señalan que

[...] la cultura puede definirse como las actitudes, valores o hábitos comúnmente aceptados y compartidos que los individuos aprenden en relación con su vida social y que se manifiestan en las formas de su vida material [...].

La cultura es un proceso social y colectivo que se crea y recrea, que es producto de la herencia acumulada de generaciones anteriores, y respuesta de un determinado grupo social al reto que plantea la satisfacción de las necesidades básicas que tiene toda colectividad humana [2003:62].

Harris, la concibe como “[...] el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta)” [op. cit.:20].

En resumen, “[...] es un patrón integrado de conocimientos, creencias y comportamientos. La cultura entonces incluye lenguaje, ideas, creencias, costumbres, tabúes, códigos, instrumentos, técnicas, valores, ideales, etc.” [Lara et al., 2000:106].

### *La función de la cultura*

La cultura permite que los grupos sociales respondan a los retos de la supervivencia y que se expliquen a sí mismos y a los demás su entorno, su pasado, su presente y su futuro [Puga et al., op. cit.], porque mediante un sistema de significados, guía la acción, la experiencia y la conducta social [Natera y Mora, 2000].

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 [Parsons, op. cit.].

El papel fundamental de la cultura consiste en organizar estructuralmente el mundo que rodea al hombre. La cultura es un generador de estructuralidad. Es así como crea alrededor del hombre una socioesfera que, al igual que la biosfera, hace posible la vida, no orgánica, sino de relación social. Ahora bien, para cumplir esta tarea, la cultura ha de tener en su interior un dispositivo estereotipador pues la existencia misma de la cultura sobreentiende la construcción de un sistema de reglas [Lotman, op. cit.].

En síntesis, la conformación y preservación de la cultura no son un capricho de los grupos sociales, la cultura existe porque cumple una función imprescindible: configurar e instituir el comportamiento de las personas, pues mediante “[...] un proceso simbólico e interpretativo construye la subjetividad de los individuos y dirige sus acciones” [Lara et al., op. cit.:106], porque todos esos significados tienden a garantizar la cohesión y la continuidad de un orden social [Durkheim, op. cit.].

### *El proceso de transmisión y preservación de la cultura*

“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” [Puga et al., op. cit.:62].

El mismo grupo social se ocupa de salvaguardar la cultura para que efectúe su cometido: configurar e instituir el comportamiento de las personas. Esto se obtiene mediante la endoculturación, la cual

[...] es una experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, a través de [ella] 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 sólo 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 [Harris, *op. cit.*:22].

“La forma más precisa de determinar la importancia de una norma para los miembros de una sociedad consiste en observar cuán severamente se castiga a quienes la violan” [Puga *et al.*, *op. cit.*:50].

Como “[...] cada individuo nace en una cultura determinada y las creencias básicas de ésta lo forman y permanecen profundamente arraigadas durante toda la vida en su personalidad” [LeShan y Margenau, *op. cit.*:18], en consecuencia, cambiar sentimientos, comportamientos o pensamientos, es decir, estilos de vida, no es fácil de lograr puesto que se tiene que luchar por reformar la historia del individuo ya que

[...] 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 [Bourdieu, *op. cit.*:94 y s].

La dificultad para el cambio de habitus radica en que no se ha considerado que “[...] espontaneidad sin conciencia ni voluntad, el habitus se opone por igual a la necesidad mecánica y a la libertad reflexiva” [Bourdieu, *op. cit.*:98] porque las prácticas que produce son

[...] objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de obediencia a reglas y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta.

La homogeneización objetiva de los hábitos de grupo o de clase que resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia, es lo que hace que las prácticas puedan estar objetivamente concertadas sin cálculo estratégico alguno ni referencia consciente a una norma, y mutuamente ajustadas sin interacción directa alguna y, a fortiori, sin concertación explícita.

Mientras se ignore el verdadero principio de esta orquestación sin director de orquesta que confiere regularidad, unidad y sistematicidad a las prácticas, sin orga-

nización, espontánea o impuesta, de los proyectos individuales, nos condenamos al artificialismo ingenuo que no reconoce otro principio unificador que la concertación consciente [*ibid.*:92, 101 y s].

## CONFIGURACIÓN CULTURAL DE LA ALIMENTACIÓN

Los estilos alimentarios son un ejemplo por antonomasia de los efectos de la configuración cultural. La mayor parte de las personas considera que la herencia cultural se limita a las grandes construcciones, obras plásticas o literatura de nuestros antepasados. Rara vez aceptan que lo que hoy comemos y bebemos es también resultado de un largo proceso y de la inventiva y creatividad de personas concretas, algunas conocidas, pero la mayoría anónimas [Vargas, 1997]. Poco se reflexiona en que "[...] el patrón alimentario de una comunidad, una región o un país es el resumen de la sabiduría de las generaciones anteriores que lo configuraron" [Aguirre Beltrán, 1989:9].

Al igual que las demás prácticas culturales, las prácticas alimentarias han perdurado porque procuran garantizar la supervivencia de las personas, no sólo a través de la alimentación, sino de una gama muy amplia de significados y comportamientos, para los cuales, el alimento, además de nutrir el organismo, también ha servido de medio para establecer las relaciones y los valores entre los hombres:

La comida no sólo es nutrición. Comer no es sólo alimentarse. 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 resultarán significativas emocionalmente para el comensal [Toro, 1999:1].

Al acto de comer se le han dado varios usos con diferentes significados: satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo; iniciar y mantener relaciones personales y de negocios; demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales; proporcionar ocasiones para actividades comunitarias; expresar amor y cariño; expresar individualidad; proclamar y demostrar la distintividad de un grupo; demostrar la pertenencia a un grupo; hacer frente al estrés psicológico o emocional; significar estatus social; recompensar o castigar; reforzar la autoestima y ganar reconocimiento; ejercer poder político y económico; simbolizar experiencias emocionales; manifestar piedad o devoción; representar seguridad; expresar sentimientos morales; significar riqueza; prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas y/o mentales [Baas *et al.*, 1979].

Se superponen muchos de esos usos y significados y cada acto alimentario puede involucrar varios de ellos a la vez. Sin embargo, 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]:

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 [Contreras, 1993: 53].

De acuerdo con Vargas [2001], las bebidas y los platillos pueden ser consumidos de varias maneras, pero la forma efectiva para generar 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.

Aprendemos a alimentarnos relacionándonos 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, puede afirmarse que la comida y el hecho de comer, revisten significados asociados a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional [Toro, *op. cit.*]:

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” [*ibid.*:2 y s].

#### LA CULTURA COMO CONFIGURADORA DE ESTILOS ALIMENTARIOS ANTAGÓNICOS AL TRATAMIENTO MÉDICO CONTRA LA DIABETES

“Una alimentación adecuada y la actividad física muchas veces son suficientes para mantener al paciente bajo control bioquímico” [Secretaría de Salud, Programa de Acción: Diabetes Mellitus, 2001:41].

Esto sugiere, como ya se mencionó, que el control de la diabetes ya debiera haberse logrado; sin embargo, la persona no cambia sus hábitos alimentarios, en muchos casos, aun a sabiendas que ello le arruinará la salud. Circunstancia complicada porque, para su solución, no únicamente es cuestión de educación, de apelar a la adherencia terapéutica o a la fuerza de voluntad del enfermo.

Una parte importante del problema está en que entre las personas con diabetes, la cultura configura estilos de vida que se contraponen al tratamiento médico. Particularmente configura el estilo en el cual se presenta la dificultad principal para el control de esta enfermedad: la alimentación.

Un ejemplo de cómo la cultura configura e instituye estilos de vida contrapuestos al tratamiento médico de la diabetes, se puede observar en una celebración nacional como el 15 de septiembre, aniversario de la independencia mexicana. Esta festividad debe realizarse como nos han endoculturizado, esto es, conforme a los patrones culturales que nos han transmitido: se debe festejar en familia, o con gente por la que se siente afecto, con comida mexicana y con el consumo de bebidas alcohólicas, de preferencia tequila.

Esta conmemoración no sólo representa la ocasión para la convivencia y la diversión, sino que representa una oportunidad para la cohesión familiar y para todos los afectos, alegrías y placeres que de ella se generan. También es la ocasión para que las personas, principalmente los niños, desarrollen el gusto por la comida que se les ofrece porque la asocian con seres queridos en condiciones gratas. Con todo esto, se crean las condiciones para configurar patrones de pensamiento y conducta en los niños y fortalecerlos en los adultos. Y al reproducirse este hecho en el país, se produce el mismo efecto en casi todos sus pobladores, lo que fomenta la identidad nacional.

En concreto, esta festividad establece simbólicamente creencias, valores, patrones de comportamiento, afectos y emociones que fomentan, entre otros, el reconocer a la familia como el núcleo principal de unión social, la cohesión de grupo y la identidad nacional y con ello se contribuye a la supervivencia de ese grupo social.

Por tanto, un 15 de septiembre se debe festejar conforme las condiciones antes descritas, de lo contrario, los congéneres lo sancionan y lo que es peor, tanto para el enfermo de diabetes como para la mayoría de los mexicanos, al faltarles alguna de estas condiciones la festividad pierde sentido, emoción o placer, según sea el elemento faltante.

Lo anterior se traduce en que un 15 de septiembre festejado con pizzas o hamburguesas o ensaladas de verduras, acompañadas con vino y con gente extraña no significa lo mismo y no sabe, ni se siente igual. Se debe festejar con comida mexicana como pozole, tostadas, etcétera.

Empero, lamentablemente, la mayoría de los alimentos que se sirven en el ágape, están proscritos en el tratamiento médico, el cual prescribe comida baja

en grasas, hidratos de carbono y energía, que si bien servirán para regular los niveles de glucosa en la sangre, no es la comida predilecta para una festividad de esta naturaleza debido a que la alimentación cotidiana de la mayoría de la población mexicana está basada en el consumo abundante de carbohidratos de carbono y grasa. En consecuencia, el plan alimentario para el tratamiento de la diabetes, no significa lo mismo ni se acepta igual en una festividad como un 15 de septiembre.

Ahora bien, una festividad como ésta no representaría problema alguno si fuera una al año. El problema se incrementa porque en nuestra sociedad existen múltiples festejos, algunos mayores como el día de la madre, día del padre, navidad, etcétera, o bien menores como cumpleaños de compañeros, festejo por algún logro, entre otros, pero todos tienen la misma función y se realizan conforme patrones culturales equivalentes. Son tantos los festejos, que el enfermo no cuenta, entre un festejo y otro, con un periodo amplio que le permita seguir la dieta prescrita.

El control de la diabetes ha resultado inextricable en una cultura como la nuestra porque prácticamente toda actividad social gira en torno a la comida y la persona con diabetes tiene que afrontar esta realidad: como ser social, debe convivir en sociedad y una condición imprescindible para ello es consumir los alimentos que se le ofrecen.

Sin embargo, el cumplimiento de esta condición es antagónico con el cumplimiento del tratamiento médico para la diabetes, ya que si el individuo pretende cuidar su salud mediante la prescripción médica, debe separarse del grupo para consumir la dieta prescrita, desafiando los patrones culturales establecidos en la convivencia social, lo que le generaría, además de experimentar soledad y desasosiego por comer aislado, antipatías, desafectos y dejar de compartir experiencias importantes con su grupo social, en general, y particularmente con las personas significativas para él.

Una alternativa ha sido exigirle entereza al enfermo, para soportar las presiones sociales para consumir los alimentos que se le ofrecen y adherirse a la dieta prescrita, empero, no ha tenido éxito porque dicha dieta, en esas condiciones, presenta una incompatibilidad con el valor emocional de la comida familiarizada: debido a que no puede asociarse ni compartirse con las personas importantes de acuerdo con los valores establecidos, la comida para los enfermos de diabetes resulta aversiva, razón por la que es rechazada.

Además, al pretender hacer un cambio en su estilo de alimentación, dentro de una sociedad que no comparte ese mismo estilo, tiene que enfrentar una lucha en la que de antemano perderá porque será más fuerte la presión social que su deseo de disciplinarse. Definitivamente, él no puede comportarse de manera distinta a como está establecido. Las personas con quienes convive no se lo per-

mitirán porque estaría actuando en contra de todos los significados simbólicos de la festividad, como lo muestra el ejemplo anterior, en donde el enfermo tendría que festejar como extraño entre los suyos y como extranjero viviendo en México, condición que no sólo le generaría malestar, sino que, además, atentaría contra la cohesión y la supervivencia del grupo social.

La otra alternativa, demandarle al enfermo que cambie de manera inmediata sus pensamientos y comportamientos, tampoco ha sido una opción viable. Dicho cambio ha representado una lucha titánica para él porque, como esos patrones los aprendió desde pequeño y los fortaleció a lo largo de su vida, con lo cual se conformó su personalidad, ejerce una presión más poderosa que el interés presente, ese largo pasado durante el que fue formado y del cual es resultado.

## CONCLUSIONES

Hogaño, la diabetes debiera estar controlada pues el *quid* es dejar de comer lo que se acostumbra, empero, aun cuando el recurso principal está al alcance de las personas con diabetes, éstas no cambian su estilo de alimentación.

Conforme a la línea de reflexión del presente ensayo, el problema no es únicamente cuestión de educación, de interés por ser obedientes o de ser racionales para adherirse al tratamiento médico. Un aspecto importante que está influyendo en que la diabetes no haya podido ser controlada, aun cuando se cuente con los recursos científicos y tecnológicos para tal efecto, es que no se ha considerado la cultura alimentaria de la persona con diabetes como un aspecto más que debe ser atendido por la terapéutica médica.

Resignificar algunas reglas de la cultura alimentaria es imprescindible porque éstas configuran e instituyen estilos de vida que son contrapuestos a los requeridos en la prescripción médica. Son como una fuerza invisible que ejerce control sobre el comportamiento de las personas [Cardoso, *op. cit.*]. Parafraseando a José Saramago [2003], es de todos conocido que la enorme carga de tradición, hábitos y costumbres que ocupa la mayor parte de nuestro cerebro, tiene artes de reducir sutilmente a tropismos inconscientes lo que creíamos que era nuestra libertad de actuar, como una planta que no sabe por qué tiene siempre que inclinarse hacia el lado de donde le viene la luz.

Particularmente, el estilo de alimentación, eje central para el control de la diabetes, no puede ser modificado fácilmente porque la comida tiene un valor intrínseco determinado culturalmente. Las personas con diabetes han acostumbrado un tipo particular de comida porque su medio se los ha propiciado, pero, además, la comida ha adquirido una significación única en ellos, porque está asociada con experiencias gratas o desagradables.

Especialmente la comida de su predilección, la cual conforma básicamente su estilo de alimentación, ha resultado difícil sustituir porque está asociada con personas importantes de su grupo familiar y social como padres, hermanos, amistades, etcétera, en ocasiones especiales, como festividades nacionales, aniversarios, entre otros.

Esta valoración ha hecho que a la persona enferma se le dificulte modificar dicho estilo, porque no sólo implica cambiar los contenidos de la comida, sino los sentimientos, comportamientos y pensamientos que rodean al acto de comer, ya que son los que determinan que dicha comida sea aceptada con agrado o, por el contrario, resulte desagradable y tal vez hasta aborrecible.

En específico, el cambio no se ha podido lograr mediante una prescripción porque el cambiar el estilo de alimentación, o sea, las costumbres alimentarias, no es únicamente cuestión de disciplina o buena voluntad sino también de comportamientos aceptados socialmente, de sentimientos y emociones y de valoraciones sobre lo que es importante en la vida.

Por consiguiente, para modificar sentimientos, comportamientos y pensamientos, o sea, estilos de vida, se tiene que incidir en por lo menos cuatro aspectos:

1. Reformar la historia del individuo. El problema reside en haber soslayado que la conducta de la persona es producto de la formación cultural de toda una vida, lo cual, como indica Bourdieu [*op. cit.*], no puede ser cambiado por prescripción ni por argumentación o concertación porque dichas prácticas son espontáneas, sin conciencia ni voluntad.
2. Ofrecer platillos equilibrados y compatibles con la cultura del enfermo y con la diabetes con la menor cantidad posible de grasa e hidratos de carbono, que estén dentro del gusto del enfermo y que sean consecuentes con el tratamiento médico.
3. Resignificar el valor cultural de las ocasiones para la cohesión familiar y social. Mientras el enfermo trate de modificar su comportamiento bajo la dirección de reglas culturales contrarias, su esfuerzo será inútil. Es ineludible resignificar dichas ocasiones, conservando los valores, pero modificando los medios, como la comida. Por ejemplo, reaprender a festejar con comida que le permita al enfermo regular y mantener sus niveles de glucosa en la sangre dentro del rango de normalidad.
4. La terapéutica también debe ser dirigida hacia el grupo familiar y social del enfermo. Debido a que el grupo social le ha exigido comportarse conforme a las reglas culturales tradicionales, su comportamiento no puede modificarse de manera autónoma. Pretender hacerlo así, ha implicado que el enfermo se enfrente a su grupo social, lo cual, a su vez ha resultado una lucha de antemano perdida, porque será más fuerte la presión social que su interés por su salud, ya que de ello depende la supervivencia del grupo social.

Por consiguiente, la terapéutica también debe ser dirigida hacia el grupo familiar y social del enfermo, porque solamente cuando esta fuente de control se modifique, entonces el enfermo contará con las condiciones necesarias para modificar su comportamiento. Además, al atender al grupo familiar y social, también se les hace extensivo el beneficio, ya que si alguno de ellos tiene diabetes, también contará con las condiciones que le facilitarán el control de su enfermedad, y si no tienen diabetes, entonces contarán con las condiciones para prevenirla.

Por tanto, la cultura alimentaria es un aspecto más que debe considerarse, pero no sólo como consigna, sino de facto, promoviendo investigaciones para conocer más ampliamente aquellos patrones culturales que son antagónicos al tratamiento médico para la diabetes, y sobre la base de este conocimiento, elaborar programas para modificar las creencias, emociones y comportamientos identificados. Estos programas deben comprender una intervención, mínimamente, tanto en la persona enferma como con sus familiares.

Mientras no se incida sobre la cultura, esa fuerza invisible de control, la persona con diabetes seguirá actuando de manera contraria a la prescripción médica, aun cuando ella sepa que debe cambiar y quiera hacerlo.

## BIBLIOGRAFÍA

### **Aguirre Beltrán, Gonzalo**

1989 "Cultura, enseñanza y nutrición", en *Cuadernos de Nutrición*, vol. 12, núm. 6, pp. 3-9.

### **Baas, Mary Ann, Lucille Wakefield y Kathryn Kolasa**

1979 *Community Nutrition and Individual Food Behavior*, Minnesota, Burgess.

### **Bourdieu, Pierre**

1991 *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.

### **Cardoso, Marco Antonio**

2000 "La confrontación cultural, factor determinante para el control de la diabetes mellitus tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria", en *Investigación en Salud*, núm. 2, México, pp. 110-116.

2005 "La obesidad y el matrimonio como patrones culturales antagónicos al tratamiento médico institucional para el control de la diabetes en Ixhuatlancillo, Veracruz", en Serrano, C. et al., *Estudios de Antropología Biológica*, vol. 12, UNAM/IIA/INAH/AMAB, pp. 583-598.

### **Contreras, Jesús**

1993 *Antropología de la alimentación*, Madrid, Eudema.

### **Cueva, Victoria, Jesús Mejía, Humberto Luengas y Olivia Salinas**

2003 "Complicaciones del pie diabético. Factores de riesgo asociados", en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 41, núm. 2, pp. 97-104.

### **Durkheim, Emile**

1982 *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia*, Madrid, La Piqueta.

**Harris, Marvin**

1999 *Bueno para comer*, Madrid, Alianza.

2004 *Antropología cultural*, Madrid, Alianza.

**Lara, N. et al.**

2000 "Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos", en Mercado, Francisco J. y Teresa Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdés, pp. 97-122.

**LeShan, Lawrence y Henry Margenau**

1996 *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh. Un paso más allá de la realidad física*, España, Gedisa.

**Lotman, Jurij y Boris Uspenskij**

1979 "Sobre el mecanismo semiótico de la cultura", en Lotman, Jurij (comp.), *Semiótica de la cultura*, Madrid, Cátedra.

**Mercado, Francisco J.**

1996 *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.

**Natera, Guillermina y J. Mora**

2000 "La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones", en Mercado, Francisco y Teresa Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdés, pp. 73-95.

**Parsons, Talcott**

1982 *El sistema social*, Madrid, Nueva Alianza.

**Puente, G., A. M. Salinas, R. E. Villareal, M. E. Garza, G. T. Albarrán y G. L. Elizondo**

1999 "Estrategia educativa para el control del paciente con diabetes mellitus tipo 2", en *Revista de Enfermería*, vol. 7, núm. 2 pp. 93-98.

**Puga, Cristina, Jacqueline Peschard y Teresita Castro**

2003 *Hacia la sociología*, México, Addison Wesley Longman/Pearson.

**Real Academia Española**

2001 *Diccionario de la lengua española*, tomo 2, España, Espasa Calpe, p. 1826.

**Saramago, José**

2003 *El hombre duplicado*, México, Alfaguara.

**Secretaría de Salud**

2001 *Programa de acción: diabetes ,mellitus*, México, Secretaría de Salud.

**Toro, Joseph**

1999 *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona, Ariel Ciencia.

**Tylor, Edward B.**

1871 *Primitive Culture*, Londres, Murria.

**Vargas, Luis Alberto**

1997 "Un banquete de la cocina mexicana", en Florescano, E. (coord.), *El patrimonio nacional de México II*, México, FCE/CONACULTA, pp. 266-288.

2001 "Las cocinas de la humanidad", en *Humanidades*, núm. 214, México, UNAM, pp. 3, 16.

**Zubirán, Salvador, A. Cervantes y R. Rodríguez**

1960 "La diabetes mellitus como problema de salud pública", en *Primer Congreso de Salud Pública*, México.

## INTERNET

**American Diabetes Association**

2004 "La diabetes y los latinos", en <http://www.diabetes.org/enespanol/diabetes-and-latinos.jsp> [página consultada el 1 de septiembre].

**Centro Andaluz de Información de Medicamentos**

1999 "Diabetes mellitus tipo 2: tratamiento", en *Boletín Terapéutico Andaluz*, año xv, núm. 15, pp. 1-46, en <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001181documento.pdf> [página consultada el 23 de agosto de 2001].

**Organización Mundial de la Salud**

2003 "Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action", en [http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/1\\_7\\_2003\\_prsp.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003_prsp.pdf) [página consultada el 1 de septiembre de 2004].

**Secretaría de Salud**

1999 "Principales causas de mortalidad general", en <http://www.ssa.gob.mx> [página consultada el 23 de febrero de 2000].

2001 "Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-ssa2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes", en <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah> [página consultada el 21 de febrero de 2002].

2003 Comunicado de prensa núm 58, en <http://www.salud.gob.mx> [página consultada el 20 de marzo].

2006 "Anuarios de morbilidad 84-04", en <http://www.dgepi.salud.gob.mx> [página consultada el 21 de marzo].

2006 "Principales causas de mortalidad general", en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/mortalidad.htm> [página consultada el 21 de marzo de 2006].