



# Dominio cultural sobre causas de diabetes en tres generaciones de estratos populares en Guadalajara, México

Javier E. García de Alba-García,<sup>a</sup> Ana L. Salcedo-Rocha,<sup>a</sup>  
David Hayes Bautista,<sup>b</sup> María Eugenia Milke Najar<sup>c</sup>

## Cultural domain of the causes of diabetes in three generations of popular stratum in Guadalajara, Mexico

**Background:** The growing prevalence of diabetes must be confronted in several ways. Establishing the generational transmission of cultural knowledge offers some guidelines to prevent and control the disease. Once we identify and compare the semantic structures of shared knowledge we lay the foundations of a culturally comprehensive care. The objective was to characterize the main elements about cultural domain of the causes of diabetes in a population of grandparents, parents and children belonging to popular strata in Guadalajara, Jalisco, Mexico.

**Methods:** A cognitive anthropological study performed in 104 subjects selected randomly in Guadalajara. We applied the free listing technique in order to obtain the semantic model and the average of cultural knowledge on the causes of the disease through a consensus analysis.

**Results:** The studied groups were divided by generation: grandparents, parents and children. The data evidences intergenerational transmission, in form of a basic semantic structure, and a significant consensus around a single model.

**Conclusions:** The semantic structure on the causes of the diabetes includes: a) the emotions, as traditional dimension; b) certain behaviours related with the lifestyle, as everyday dimension; c) some biomedical concepts, like an emergent dimension.

### Keywords Palabras clave

Type 2 diabetes mellitus	Diabetes mellitus tipo 2
Cultural domain	Dominio cultural
Cultural consensus	Consenso cultural

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa un problema global de salud pública que ha rebasado las barreras generacionales. Actualmente afecta a 140 millones de personas y en dos décadas la padecerán 300 millones.<sup>1</sup> En México, la prevalencia de DM2, de 6.7 % en 1993, se incrementó a 8.2 % en el 2000<sup>2</sup> y en 2012 fue de 14.6 %.<sup>3</sup>

Este incremento ha afectado la capacidad resolutiva de las instituciones de salud y amenaza al financiamiento de los servicios,<sup>4</sup> además de que plantea otros retos, como el control glucémico en pacientes con DM2.<sup>5</sup> Se estima que este control se ejerce en 35.8 % de los pacientes de los Estados Unidos<sup>6</sup> y en México oscila entre 36 y 28 %.<sup>2,7</sup>

Lo anterior implica un desafío para el actual modelo de atención de la DM2, que pretende la promoción, la prevención y el tratamiento eficientes de esta enfermedad.<sup>8</sup>

La extensión y la complejidad espaciotemporal del problema de la DM2 implica considerar su importancia sociocultural, que consideramos que influye al igual que los efectos genéticos y epigenéticos transgeneracionales.<sup>9,10</sup> Un ejemplo de ello son algunos factores de riesgo asociados, como la obesidad.<sup>11</sup>

El proceso de acuerdo cultural es un complejo fenómeno consensual que involucra aspectos de reproducción e identidad social, ligados a su vez con costumbres, saberes, prácticas, imágenes, visión del mundo, etcétera. Esta transmisión se ha evidenciado como similitud semántica, la cual permea en las conductas relacionadas con la salud (en los miembros de una misma familia), interacción en la que los conocimientos y las creencias subyacen en dichos comportamientos. Aquí nos planteamos la necesidad de investigarlos para integrar un marco conceptual más amplio.<sup>12</sup>

La importancia del consenso cultural de las enfermedades crónicas ha sido destacada en diversos estudios,<sup>13</sup> los cuales han evidenciado la manera como la población latinoamericana urbana continúa considerando modelos explicativos de la enfermedad que son diferentes a los biomédicos. Esto tiene obvias repercusiones en la atención.<sup>8,14</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social/Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

<sup>b</sup>Centro de Estudios de Salud y Cultura Latinas, Universidad de California, Los Ángeles

<sup>c</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Guadalajara, México

Comunicación con: Ana L Salcedo-Rocha  
Teléfono y fax: (55) 3617 0060, 3668 3000,  
extensiones 31818 y 31887  
Correo electrónico: analeticia\_salcedorocha@yahoo.com.mx

**Introducción:** la creciente prevalencia de diabetes se debe afrontar de diversas maneras. Determinar la transmisión generacional del conocimiento cultural ofrece pautas para la prevención y el control de la enfermedad. Al identificar y comparar las estructuras semánticas del conocimiento compartido, sentamos las bases de una atención culturalmente comprensiva. El objetivo es caracterizar los principales elementos relacionados con el dominio cultural sobre las causas de la diabetes en una población de abuelos, padres e hijos pertenecientes a estratos populares en Guadalajara, México.

**Métodos:** estudio antropológico cognitivo en 104 personas seleccionadas al azar en el sector Libertad de Guadalajara, Jalisco, México. Se aplicaron técnicas de

listas libres para obtener el modelo semántico y el promedio de conocimiento cultural sobre las causas del padecimiento por análisis de consenso.

**Resultados:** los grupos estudiados se dividieron por generación de abuelos, padres e hijos. Se evidenció transmisión intergeneracional al presentar el conocimiento cultural una estructura semántica básica y un consenso significativo.

**Conclusiones:** la estructura semántica sobre causas de la diabetes incluye como elementos: a) las emociones, como dimensión tradicional; b) conductas relacionadas al estilo de vida, como dimensión cotidiana; c) algunos conceptos biomédicos, como dimensión emergente.

## Resumen

La antropología médica considera el conocimiento cultural como un proceso realizado desde el propio paciente, es decir, desde su cultura, donde las personas dan valor, sentido y significado a los padecimientos y su salud, como bases de su calidad y estilo de vida.

Comprender y tomar en cuenta este conocimiento desde la perspectiva transgeneracional puede coadyuvar a obtener elementos de juicio para una atención con mayor calidad humana, principalmente ante el reto presente y el futuro que plantea la DM2.<sup>15</sup> Por ello la orientación teórica del presente trabajo es la vertiente cognitiva de la antropología, que, mediante la teoría de consenso,<sup>16</sup> permite evidenciar en grupos específicos de personas y modelos culturales un aspecto particular de la realidad o dominio semántico, en nuestro caso el de las causas de la DM2 en tres grupos generacionales de personas de estrato popular.

Aunque existen diversas definiciones de cultura, para este trabajo la entenderemos como el conocimiento compartido de sistemas de significados y sentidos, comunicados mediante el lenguaje natural y otros sistemas de símbolos con funciones representacionales, directivas y afectivas que son capaces de crear otras entidades no culturales y darle un sentido particular a la realidad.<sup>17</sup>

Cabe señalar que como todo proceso social, la cultura afecta y es afectada por otros sistemas de la vida material, no material y de la personalidad. Como estructura estructurante y estructurada, este conocimiento compartido asegura la variabilidad intergrupales e intragrupal de los modelos culturales construidos, ya sea por compartir el conocimiento culturalmente acordado o por restricciones sociales o económicas en el contexto de los actores,<sup>18</sup> lo cual influye en las conductas, actitudes, creencias, normas y valores de la vida cotidiana de esas personas.

El método para determinar la existencia de acuerdo con la construcción del conocimiento cultural se deno-

mina análisis de consenso cultural<sup>16,18,19</sup> y requiere de tres condiciones para lograrse:

1. La exploración de un solo dominio cultural a la vez, que en nuestro caso son las causas de la DM2.
2. La respuesta individual y espontánea acorde al dominio explorado, las causas de la DM2, que es rescatada por técnica estructurada (la siguiente condición).
3. La aplicación de las preguntas, que deben formularse y contestarse de manera independiente para y por cada informante.

Nuestro objetivo fue caracterizar los principales elementos relacionados con el dominio cultural de las causas de la diabetes en una población de abuelos, padres e hijos pertenecientes a un estrato popular en Guadalajara, Jalisco, México.

## Métodos

Estudio antropológico cognitivo, con muestra representativa al azar de 104 personas mayores de 20 años, pertenecientes al estrato bajo superior y medio bajo (según la clasificación geoeconómica del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]) y que son habitantes del sector Libertad de Guadalajara. Estas personas fueron seleccionadas mediante muestreo por bloques, previamente numerados. El tamaño mínimo fue calculado gracias a la fórmula para estudios de consenso cultural, que se basa en una proporción de 50 % de acuerdo con un 95 % de confiabilidad y 5 % de error, y 90 % de potencia.<sup>18,20</sup>

Los participantes, que dieron su consentimiento informado por escrito, conformaron tres grupos generacionales: abuelos (que expresaran tener nietos mayores de 18 años), padres (que expresaran tener hijos mayores de 18 años) e hijos (adultos mayores de

18 años), los cuales convivieran en la misma unidad habitacional.

En el estudio se incluyeron adultos de ambos sexos con o sin evidencia de DM2.

La recolección de datos por los investigadores participantes se realizó durante la segunda mitad del año 2010, mediante el empleo de una cédula para asentar datos sociodemográficos del paciente (edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación), así como la aplicación de la técnica de listas libres, que consistió en solicitar a cada participante que expresara “todas las causas que conociera que produjeran diabetes”.

La técnica de listas libres se aplicó en cada informante, por un mismo investigador, entrenado, de manera independiente, en un ambiente tranquilo y de privacidad en cada domicilio. Se evitó sugerir respuestas de manera verbal, alentando al paciente con monosílabos, para que expresara las causas que considerara adecuadas.<sup>18</sup>

El análisis estadístico descriptivo de los datos consistió en obtener frecuencias absolutas y relativas, promedios y desviaciones estándar, según la escala de medición. Con el análisis inferencial buscamos diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre las distribuciones estudiadas; para los datos numéricos se aplicó la prueba *F* de Snedecor, y la chi cuadrada para los datos categóricos, con ayuda del programa Epi Info, versión 6.4.

El conocimiento cultural sobre las causas de la diabetes se realizó con apoyo del programa Anthropic,<sup>19</sup> a fin de obtener:

- La estructura jerárquica de las respuestas obtenidas, que integran el modelo cultural sobre las causas de la diabetes (lugar, número de menciones y porcentaje).
- La razón entre las varianzas de los modelos considerados en un análisis componencial, que evidencia la existencia o no de consenso en torno a un modelo semántico que abarque la mayor variabilidad sobre las causas expresadas.
- El grado de conocimiento grupal, expresado como correlación entre el modelo consensado y las respuestas individuales promediadas.

El protocolo fue autorizado por el Comité de Investigación Científica y Ética del IMSS, con el registro número 2010-785-001.

## Resultados

### Aspectos generales

En el cuadro I se puede ver cómo los abuelos, padres e hijos, como grupos generacionales, evidenciaron las

diferencias estadísticamente significativas en algunas variables características, como la edad promedio 69, 49 y 28 años ( $F = 304$ ,  $p < 0.001$ ); el estado civil: mayormente casados (chi cuadrada = 73.6,  $p < 0.000$ ); la escolaridad inversamente proporcional al promedio de la edad grupal ( $F = 251$ ,  $p < 0.000$ ); el porcentaje, que cuenta con seguro social mayormente en abuelos (chi cuadrada = 35.64,  $p < 0.000$ ); el porcentaje de ocupación productiva, inversamente proporcional al promedio de la edad grupal (chi cuadrada = 17.86,  $p = 0.001$ ); la proporción de personas con antecedentes paternos de diabetes, que fue inversamente proporcional al promedio de la edad grupal (chi cuadrada = 13.28,  $p = 0.01$ ); y el porcentaje de sujetos con antecedentes personales de diabetes, el cual fue directamente proporcional al promedio de la edad grupal (chi cuadrada = 33.26,  $p = 0.000$ ).

También en somatometría, la talla fue mayor en las generaciones más jóvenes ( $F = 5.29$ ,  $p = 0.006$ ); el índice de masa corporal (IMC) fue en todos los casos de sobrepeso-obesidad ( $F = 3.31$ ,  $p = 0.04$ ); la cintura fue de riesgo en abuelos y padres ( $F = 1.14$ ,  $p = 0.02$ ); asimismo, en algunos parámetros metabólicos, como la glucosa, el promedio fue definitivamente alto en los abuelos ( $F = 4.82$ ,  $p = 0.009$ ). El promedio de la presión arterial diastólica fue mayor en los padres ( $F = 5.31$ ,  $p = 0.006$ ).

Además, los participantes no manifestaron diferencias estadísticas en proporción por sexo (chi cuadrada = 3.42,  $p = 0.18$ ), antecedentes maternos (chi cuadrada = 5.89,  $p = 0.20$ ), peso ( $F = 1.43$ ,  $p = 0.24$ ), presión arterial sistólica ( $F = 2.35$ ,  $p = 0.10$ ) y pulso ( $F = 2.38$ ,  $p = 0.09$ ) (cuadro I).

### Modelo de consenso cultural

En el cuadro II se puede observar cómo los modelos semánticos de abuelos, padres e hijos sobre las causas de la diabetes

- Comparten básicamente los mismos ítems de causas (con diferencias estadísticamente no significativas).
- A medida que se hace más joven el grupo estudiado, el modelo incorpora más ítems de causas de orden biomédico.
- El modelo de conocimiento compartido presenta para el análisis componencial una razón de varianzas mayor a 3.0, que abarca más del 90 % de la variabilidad total de las causas señaladas, lo cual evidencia de manera significativa que el acuerdo cultural del grupo está mayormente consensado en torno a la estructura de ese modelo semántico
- Todos los grupos presentan un nivel promedio de conocimiento grupal del modelo, mayor a 0.70.

**Cuadro I** Características generales de los tres grupos generacionales (N = 104)

	Grupo generacional					
	Abuelos		Padres		Hijos	
	<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 37		<i>n</i> = 44	
Edad (en años)	69.95 ± 9.23		48.78 ± 5.13		28.72 ± 6.04	
Escolaridad (en años)	5.17 ± 4.54		8.29 ± 3.27		10.63 ± 3.05	
Ingreso mensual (en pesos)	1.56 ± 1.53		2.72 ± 2.24		3.18 ± 2.04	
Peso (en kg)	71.33 ± 12.07		79.66 ± 13.03		75.97 ± 24.45	
Talla (en m)	1.56 ± 0.12		1.59 ± 0.09		1.64 ± 0.100	
IMC (en kg/m <sup>2</sup> )	29.25 ± 5.91		31.12 ± 4.77		27.74 ± 6.67	
Cintura (en cm)	96.65 ± 24.39		96.36 ± 25.75		88.96 ± 24.84	
Glucosa (en mg/dL)	150.78 ± 112.33		116.55 ± 37.89		104.18 ± 20.15	
TAS* (en mm HG)	127.39 ± 48.78		131.1 ± 16.35		118.52 ± 15.30	
TAD* (en mm HG)	72.08 ± 24.97		83.91 ± 10.19		75.5 ± 10.85	
Pulso (en latidos por minuto)	69.65 ± 26.77		74.67 ± 21.79		80.43 ± 12.37	
		%		%		%
Sexo	Hombres	43.47	Hombres	32.43	Hombres	43.18
	Mujeres	56.52	Mujeres	67.56	Mujeres	56.81
Estado civil	Casado	47.82	Casado	81.08	Casado	70.45
	Soltero	8.69	Soltero	16.21	Soltero	25
	Viudo	43.47	Divorciado	2.70	Viudo	2.27
					Divorciado	2.27
Estatus residencial	Ciudadano	100	Ciudadano	97.29	Ciudadano	100
			Otro	2.70		
Nacionalidad	Mexicana	100	Mexicana	97.29	Mexicana	100
			Otra	2.70		
Seguro social	No	21.73	No	62.16	No	50
	Sí	78.26	Sí	37.83	Sí	50
Ocupación	Hogar	34.78	Empleado	35.13	Hogar	27.27
	Pensionado	17.39	Hogar	40.54	Empleado	40.90
	Empleado	13.04	Desocupado	5.40	Desocupado	9.09
	Desempleado	21.73	Obrero	2.70	Estudiante	2.27
	Obrero	4.34	Propietario	16.21	Propietario	13.63
	Propietario	8.69			Obrero	6.81
Antecedentes patológicos padre	Hipertensión arterial	13.04	Diabetes mellitus	27.02	Diabetes mellitus	34.09
	Diabetes mellitus	17.39	Hipertensión arterial	16.21	Hipertensión arterial	13.63
	Obesidad	8.69	Hipercolesterolemia	2.70	Hiperuricemia	4.54
	Otros	4.34	ECV	5.40	Hipercolesterolemia	4.54
	Ninguno	65.21	Otros	13.51	Obesidad	9.09
			Ninguno	51.35	Ninguno	47.27
Antecedentes patológicos madre*	Hipertensión arterial	17.39	Hipercolesterolemia	5.40	Hipertensión arterial	15.90
	Diabetes mellitus	21.73	Hipertensión Arterial	21.62	Diabetes mellitus	9.09
	Obesidad	8.69	Obesidad	10.81	ECV	9.09
	Hipercolesterolemia	4.34	Diabetes mellitus	29.72	Obesidad	4.54
	Otros	4.34	ECV	16.21	Otros	2.27
	Ninguno	52.17	Otros	8.10	Ninguno	72.72
Antecedentes patológicos personales			Ninguno	37.83		
	Hipercolesterolemia	4.34	Hipertensión arterial	13.51	Hipertensión arterial	4.54
	Hipertensión arterial	39.13	Diabetes mellitus	18.91	Diabetes mellitus	2.27
	Obesidad	13.04	Hipercolesterolemia	8.10	Ácido úrico	2.27
	Diabetes mellitus	52.17	Hiperuricemia	2.70	Colesterol	6.81
	ECV	4.34	Obesidad	10.81	Obesidad	6.81
Hábitos nocivos	Otros	17.39	Otros	21.62	Ninguno	70.45
	Ninguno	30.43	Ninguno	48.64	Otros	9.09
	Televisión	95.65	Televisión	89.18	Televisión	93.18
	Refrescos	69.56	Refresco	72.97	Refresco	81.81
	Tabaco	17.39	Cerveza	16.21	Cerveza	22.72
	Licor	4.34	Tabaco	29.72	Tabaco	36.36
		Cerveza	13.04	Vino de mesa	6.81	
				Ninguno	2.27	
				Ninguno	2.27	

TA = tensión arterial; ECV = enfermedad cerebrovascular

\*No presentaron diferencias estadísticas

**Cuadro II** Modelos semánticos de causas reportadas por cada grupo generacional

Causa	Abuelos n = 23		Padres n = 37		Hijos n = 44		Observaciones
	Lugar	%	Lugar	%	Lugar	%	
Sustos	1º	48	3º	24	2do	34	Estructura jerárquica por ítems de causas compartidos: chi cuadrada = 10.18 g de l = 10 p = 0.42
Corajes	2do	26	6º	14	5º	18	
Obesidad	2do	26	2do	38	5º	18	
Mala alimentación	5º	17	1º	46	1º	39	
Alimentos con azúcar	5º	17	4º	22	7º	14	
Alegrías	7º	13	8º	8	10º	7	
Mortificaciones	4º	22					
Falta de ejercicio			4º	22	7º	14	
Genética			7º	14	3º	32	
Sobrepeso					4º	20	
Grasas					9º	11	
Estrés					11º	3	
Razón de varianzas entre el primer y los demás modelos estimados	20.22 que abarca el 92 % de la variabilidad total		22.61 que abarca el 93 % de la variabilidad total		23.10 que abarca el 92 % de la variabilidad total		Alto nivel de consenso y de conocimiento cultural para un solo modelo semántico de causas
Conocimiento grupal							
Promedio	0.836		0.866		0.848		
Desviación estándar	± 0.06		± 0.05		± 0.05		

## Discusión

La muestra obtenida es representativa de los estratos bajo superior y medio bajo del sector Libertad de la ciudad de Guadalajara y aunque presenta las limitaciones causales de un estudio transversal cuantitativo, cabe señalar que su validez interna y su enfoque cultural alientan la necesidad de profundizar la temática estudiada, dada la importancia demográfica de los estratos populares en las áreas urbanas del país, a fin de comprender su perspectiva sobre la génesis de la diabetes y mejorar la promoción de su salud.

Por otra parte, en los resultados reportados las diferencias se explican principalmente por las características sociobiológicas de los tres grupos estudiados.

En contraste, los modelos semánticos encontrados en los tres grupos expresan el acuerdo generacional como similitudes en sus elementos semánticos ( $p = 0.42$ ), que consideramos están mediados por la cultura que comparten y dominan los informantes.<sup>11</sup>

Pensamos que los ítems o elementos que integran el modelo semántico de cada generación son el resultado cultural de las dinámicas generacionales, relacionadas con su proceso de socialización y la experiencia de la enfermedad.<sup>21</sup>

En las estructuras de las generaciones encontramos que conviven tres grandes dimensiones cognitivas:

1. La tradicional, que está relacionada con elementos emocionales: sustos, corajes, mortificaciones y ale-

grías, los cuales evidencian la afectividad desde el conocimiento popular ancestral.

2. La cotidiana, que se relaciona con componentes del estilo de vida de los grupos populares: mala alimentación, alimentos con azúcar y grasas, falta de ejercicio,
3. La emergente, que está incorporada desde la moderna biomedicina y es gradualmente compartida por las generaciones estudiadas: genética, obesidad, sobrepeso y estrés.

Este modelo tridimensional, en las tres generaciones estudiadas, presenta altos promedios de conocimiento compartido ( $> 0.80$ ), resultados que coinciden con otros estudios,<sup>6,22</sup> pero realizados en poblaciones que no diferencian grupos generacionales, por lo que nuestros resultados evidencian no tan solo la existencia y la perdurabilidad de un modelo cultural lego, sino también sugieren el movimiento del conocimiento cultural compartido, en este caso por tres grupos de generaciones de estratos populares, habitantes del área urbana, para las causas de la diabetes.

Lo anterior nos lleva a proponer que el modelo encontrado subyace dentro de un proceso de transmisión cultural generacional que funciona para, en primer lugar, mantener las tradiciones, que sobreviven en México al atribuir a las emociones “fuertes” (como el susto) la pérdida de la salud,<sup>23</sup> causas que se anteponen a la etiología biomédica y encarnan la enfermedad en la experiencia de las personas, para reconfigurar su

identidad y para dar sentido al estrés actual y al distress psicológico,<sup>24</sup> sobre todo si tomamos en cuenta que los estratos populares sufren históricamente de violencia estructural, sea social, de género o familiar. De ahí que se aludan causas como: el susto, el coraje, el enojo e inclusive se resignifiquen emociones paradójicas, como las alegrías.

En segundo lugar, este proceso de transmisión cultural sirve para expresar prioridades dentro de la cotidianidad de los estratos populares, en los que la satisfacción de la necesidad diaria de alimentarse<sup>7</sup> hace que el componente alimentario ocupe un lugar destacado, que oscila entre 43, 38 y 45 % ( $p = 0.58$ ) para las generaciones de abuelos, padres e hijos, y así se mantenga la salud y la funcionalidad individual.

En tercer lugar, este proceso sirve para incorporar y adaptar a su existencia el impacto de la biomedicina contemporánea, pues agrega nuevos ítems provenientes de esta disciplina: 25 % en la generación de padres y 45 % en la de hijos.

De acuerdo con Segall y Goldstein,<sup>25</sup> las similitudes y diferencias encontradas entre y dentro de los modelos semánticos descritos, incluyen y expresan, en un primer momento, la manera como las personas ligan patrones de salud y enfermedad con el bienestar y la pobreza. Por ejemplo, hasta el siglo XX, la obesidad fue marcador de bienestar y la desnutrición de pobreza. Sin embargo, el desarrollo de una economía de consumo favoreció de manera paradójica la obesidad en la pobreza,<sup>11</sup> lo cual produjo una alta prevalencia de sobrepeso-obesidad ( $> 70\%$ )<sup>3</sup> en la población de los estratos populares.

En un segundo momento, esas similitudes y diferencias explican para Segall *et al.* la incorporación de actitudes críticas, de insatisfacción o de reconocimiento de los límites de la biomedicina, así como sobre algunas tradiciones relacionadas con las prácticas de atención, por ejemplo: las principales causas manifiestan un *locus* de control externo,<sup>26</sup> como las de tipo emocional y alimentario, que son temas que implican tensiones con los profesionales de salud (pues favorecen la cultura del regaño, de la prohibición y de la imposición), situación que requiere comprensión para facilitar el autocuidado y el cuidado; de otra forma, las acciones educativas pudieran parecer una coacción del equipo de salud.

En un tercer momento, esas similitudes y diferencias explican para Segall y Goldstein los conocimientos legos o especializados 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. Por ejemplo, se dice que la idea de enfermedad crónica no está bien digerida por la comunidad, que considera que muchas de sus causas son reversibles, lo cual provoca fallas en el tratamiento en la población lega, que

considera que solamente con ya no comer dulces, con descansar o con reducir drásticamente la ingesta diaria mejorará su salud; sin embargo, al plantear esto en un contexto comunicacional de atención, aunque formalista, puede resultar defectuoso, por el no uso de la comunicación indirecta para noticias graves, mayormente estimada en los estratos populares, para los que las costumbres de conversación implican un ritual de presentación, manifestaciones de respeto, tranquilidad en el trato (no prisas) y relativa proximidad (situación que en ocasiones se omite al comunicar el diagnóstico de diabetes).

La transmisión intergeneracional de conocimientos y conductas en salud se da por mecanismos como los valores, la socialización, los roles asignados (cuya extensión depende de la presencia de los padres), la calidad de la relación, la similitud de género, el estatus heredado, la exposición a similares estructuras de oportunidad y, en el caso de los adultos jóvenes, la propensión a usar clichés culturales difundidos por los medios y la religiosidad.<sup>27</sup> Por ejemplo: la socialización en el ámbito familiar hace que sus miembros aprendan a saber qué es la enfermedad y cómo se trata; es decir, como mecanismo de selección, también homogeneiza el capital cultural de sus miembros, la experiencia de la enfermedad. Sobre todo si es crónica.<sup>28</sup>

Así, el dominio cultural de las causas de la diabetes evidencia un complejo proceso en el que se construyen y reconstruyen dinámicamente las dimensiones: la tradicional, que mantiene sentidos y significados populares y es producto cotidiano de la praxis doméstica en la satisfacción de necesidades esenciales, y la emergente, que armoniza este conocimiento con la moderna atención biomédica.

Es por lo anterior que conviene, entre otras cosas, tomar en cuenta el aspecto generacional para proporcionar una atención culturalmente comprensiva al implementar las adecuaciones específicas para programas de prevención y control de la diabetes.

Los estudios culturales formalizan lo que aparentemente es obvio, como el caso de los estudios generacionales sobre el conocimiento de las causas de la diabetes mellitus, que pueden ayudar a confeccionar programas alternos<sup>29,30</sup> que tomen en cuenta la tridimensionalidad de la causalidad lega de la diabetes mellitus, adecuando estos programas a la subcultura grupal, ya sea que se apliquen en forma individualizada o grupal, tanto a personas sanas como a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, durante las oportunidades institucionales, de ser atendidos por el equipo de salud, situaciones en las cuales se puede incidir no tan solo en la elevación de su conocimiento, como tradicionalmente se hace, sino también en desarrollar aptitudes y prácticas que generen autoconfianza en el paciente y conciencia en el equipo de salud.

## Conclusión

Una muestra representativa de los abuelos, padres e hijos perteneciente a los estratos bajo alto y medio bajo del sector Libertad de Guadalajara presentó un modelo de causas legas de la diabetes mellitus, similares a manera de elementos semánticos compartidos, para tres dimensiones: tradicional, cotidiana, y emergente. Esta estructura puede ser un medio útil para establecer programas educativos culturalmente comprensivos, tanto para pacientes como para el equipo de salud.

## Financiamiento

El proyecto recibió el apoyo INN03D del Programa de Investigación en Migración y Salud (PIMSA) y

del Initiative for The Americas, and California Program on Access to Care to Berkeley School of Public Health.

## Agradecimiento

Queremos agradecer a PIMSA por su apoyo (INN03D) para el desarrollo de este trabajo.

**Declaración de conflicto de interés:** los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no ha sido reportado alguno que esté relacionado con este artículo.

## Referencias

1. Wild S, Roglic G, Green A, Scirie R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-53.
2. 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. *Diabetes Care*. 2003;26(7):2021-6.
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: SSA. INSP; 2012.
4. Hernández Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Urbe N, Reynoso Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública Méx*. 2011;53(1):34-9.
5. 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.
6. Koro CE, Bowlin SJ, Bourgeois N, Fedder DO. Glycemic control from 1988 to 2000 among US adults diagnosed with type 2 diabetes: a preliminary report. *Diabetes Care*. 2004;27(1):17-20.
7. García de Alba JE, Salcedo Rocha AL, López Coutiño B. Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*. 2006 May-Ago;(21):97-108.
8. García de Alba García J, Salcedo Rocha AL, López 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 Jun;64(11): 2223-35.
9. Martorell R. Diabetes and Mexicans: why the two are linked. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2005 ;2(1):A04 [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1323307/pdf/PCD21A04.pdf>
10. Day T, Bonduriansky R. A unified approach to the evolutionary consequences of genetic and non genetic inheritance. *Am Nat*. 2011;178 (2):E18-36.
11. Hosper K, Nicolau M, van Valkengoed I, Nierkens V, Stronks K. Social and cultural factors underlying generational differences in overweight: a cross-sectional study among ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 ;11:105 [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048530/pdf/1471-2458-11-105.pdf>
12. Cardol M, Groenewegen PP, Spreeuwemberg P, Van Dijk L, Van Den Bosch WJ, De Baker DH. Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behaviour by shared circumstances, socialisation and selection. *Soc Sci Med*. 2006;63(4):920-32.
13. Dressler WW, Dos Santos JE. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cad Saúde Pública*. 2000 Apr-Jun;16(2):303-15.
14. Díaz-Nieto L, Galán-Cuevas S, Fernández-Pardo G. Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Pública Méx*. 1993;35(2):169-76.
15. Beléndez-Vázquez M, Méndez FX. Procedimientos conductuales para el control de la diabetes. En: Simón MA, coord. *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. España: Biblioteca Nueva; 1999. p. 487.
16. Rommey AK, Weller SC, Batchelder WH. Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. *Am Anthropologist*. 1986;88(2):313-38.
17. D'Andrade RG. Cultural meanings systems in culture theory: essays on mind, self and emotion. Eds.: Richard A Shweda, Robert A Levine. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. pp. 87-119 .
18. Weller SC, Rommey AK. *Systematic data collection*. Beverly Hills, CA: Sage; 1988. (Qualitative Research Methods; v. 10).
19. Ruiz A, Gomez C y Londoño D. *Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2001.

20. Borgatti S. *Anthropac Software 3.02*. Columbia: Analytic Technologies; 1990.
21. Weller SC. Shared knowledge, intracultural variation and knowledge aggregation. *Am J Behav Sci*. 1987;31(2):178-93.
22. Weller SC, Baer RD, Patcher LM, Trotter RT, Glazer M, García de Alba García JE, et al. Latino beliefs about diabetes. *Diabetes Care*. 1999;22(5):722-8.
23. Rubel AJ. The epidemiology of a folk illness. Susto in Hispanic America. *Ethnology*. 1964;3(3):268-83.
24. Mendenhall E, Seligman RA, Fernández A, Jacobs EA. Speaking through diabetes: rethinking the significance of lay discourses on diabetes. *Med Anthropol Quartely*. 2010;24(2):220-39.
25. Segall A, Goldstein J. Exploring the correlates of self-provided health care behavior. *Soc Sci Med*. 1989;29(2):153-61.
26. Tillotson LM, Smith AS. Locus of control, social support and adherence to the diabetes regimen. *Diabetes Educ*. 1996;22(2):133-9.
27. Liefbroer AC, Elzinga CH. Intergenerational transmission of behavioral patterns: similarity of parents' and children's family life trajectories. Forthcoming 2006.
28. Charmaz K. Experiencing chronic disease. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. *The handbook of social studies in health & medicine*. London: Sage; 2003. p. 277-92.
29. Haro-Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguerro E, Comelles JM, editores. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra Editorial; 2000. p. 101-61.
30. Salcedo-Rocha AL, García de Alba-García JE, Sevilla E. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Rev Saúde Pú. 2008;42(2):256-64.*