

(DES)CONTROL DIABÈTIC: CONTROVERSIES EN LAS PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

(Des)control diabètic: controvèrsies en les pràctiques terapèutiques de la diabetis mellitus tipus 2

(Un)controlled diabetic: Controversies in the therapeutic practices of type 2 diabetes mellitus

**Laia
Pibernat Mir**

laia.pibe.mir@gmail.com

RESUM

Malgrat el focus d'atenció sanitària sobre la diabetis a Espanya, hi ha nombrosos estudis que demostren que un elevat percentatge de la població diagnosticada de diabetis mellitus tipus 2 (DM2), tot i estar rebent seguiment mèdic i tractament farmacològic, no aconsegueix assolir el criteri de control terapèutic establert. El procés de recerca en què es basa aquest article va iniciar amb un estudi transversal descriptiu realitzat en col·laboració amb farmacèutics, en l'àmbit de la farmàcia comunitària. En aquesta fase inicial es va trobar una elevada taxa de "descontrol glucèmic" (40% dels participants), mentre que la majoria dels participants afirmaven tenir un control total o parcial de la malaltia. La controvèrsia va dur a una segona fase d'exploració d'hipòtesis explicatives per a l'anomenat "problema del (des)control diabètic"; aquest cop plantejada i realitzada per l'autora de l'article, des de la perspectiva antropològica i mitjançant metodologia etnogràfica. Es varen entrevistar 9 dels participants del primer estudi i es van revisar les principals guies de pràctica clínica i farmacèutica del mateix àmbit geogràfic. El treball va permetre constatar la distància abismal entre ambdues perspectives respecte al control, els objectius, avaluació i la teràpia per a la DM2. Alhora, es van detectar les limitacions tant descriptives com explicatives ja no només de la perspectiva, sinó també de l'epistemologia biomèdica-farmacèutica hegemònica. L'herència biomèdica de la primera fase de la recerca junt amb el caràcter reflexiu de l'investigació etnogràfica va suposar que el mateix procés de recerca estigués liderat per una sèrie de batalles, controvèrsies i evolucions epistemològiques constants. Aquest article exposa els principals resultats de l'estudi alhora que les reflexions epistemològiques subjacents.

PARAULES CLAU: Diabetis Mellitus Tipus 2; Antidiabètics orals; Control; Efectivitat; Estils de vida.

ABSTRACT

Despite the health care focus on diabetes in Spain, numerous studies show that there is an elevated percentage of the proportion of the population diagnosed with type 2 diabetes mellitus (DM2) who do not achieve the established criteria of therapeutic control, even while they are under medical observation and receiving pharmacological treatment. This paper is based on a research process which began with a descriptive cross-sectional study carried out with pharmacists, in the field of community pharmacy. In this initial phase, a high rate of "glycemic uncontrolled" was found (40% of the participants), while most of the participants claimed to have total or partial control of the disease. The controversy led to a second research phase: exploring explanatory hypotheses for the so-called "(un)controlled diabetes issue". This time the study was designed and carried out by the paper's author, from an anthropological perspective and through ethnographic methodology. Nine of the participants from the first study were interviewed and the main Clinical Practice and Pharmaceutical Guidelines of the same geographical area were reviewed. The work allowed for (1) the verification of the abysmal distance between people and biomedical perspectives regarding DM2 control, goals, evaluation and therapy; and (2) the detection of both the descriptive and explanatory limitations of the hegemonic biomedical-pharmaceutical standpoint and epistemology. The research itself constantly found deep epistemological "battles" due to the biomedical initial approach followed by ethnographic reflexivity. This article collects the main research results intertwined with the epistemological reflections that underlie them.

KEY WORDS: Type 2 Diabetes Mellitus; Oral antidiabetics; Control; Effectiveness; Lifestyles.

RESUMEN

Pese al foco de atención sanitaria sobre la diabetes en España, hay numerosos estudios que demuestran que un elevado porcentaje de la población diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), aun estando bajo seguimiento médico y recibir tratamiento farmacológico, no logra alcanzar el criterio de control terapéutico establecido. El proceso de investigación en que se basa este artículo inició con la colaboración en un estudio transversal descriptivo realizado con farmacéuticos, en el ámbito de la farmacia comunitaria. En esta fase inicial se halló una elevada tasa de "descontrol glucémico" (40% de los participantes), al mismo tiempo que la mayoría de los participantes afirmaron tener un control total o parcial de la enfermedad. La controversia dio lugar a una segunda fase de exploración de hipótesis explicativas para el llamado "problema del (des)control diabético"; esta vez planteado y realizado por la autora del artículo, desde la perspectiva antropológica y mediante metodología etnográfica. Fueron entrevistados 9 de los participantes en el primer estudio, así como se revisaron las principales Guías de Práctica Clínica y Farmacéuticas del mismo ámbito geográfico. El trabajo permitió constatar la distancia abismal entre ambas perspectivas respecto al control, los objetivos, la evaluación y la terapia para la DM2; así como detectar las limitaciones tanto descriptivas como explicativas ya no sólo de la perspectiva, sino también de la epistemología biomédica-farmacéutica hegemónica. La herencia biomédica de la primera fase del estudio junto con el carácter reflexivo de la investigación etnográfica supuso que el proceso mismo de la investigación estuviera liderado por una serie de batallas, controversias y evoluciones epistemológicas constantes. Este artículo expone los principales resultados del estudio entrelazados a su vez, con las reflexiones epistemológicas que subyacen a los mismos.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus Tipo 2; Antidiabéticos Orales; Control; Efectividad; Estilos de vida.

El presente artículo “(Des)control diabético: controversias en las prácticas terapéuticas de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)” es el Trabajo Final de Máster (Julio 2012) en Antropología Médica y Salud Internacional (Universitat Rovira i Virgili -URV-) que la autora realizó en 2010-2012. La investigación fue un desafío personal que terminó con una calificación de excelente y el Premio Extraordinario de Final de Estudios URV (2011-2012). Desde entonces, el trabajo ha sido compartido tanto con investigadoras del campo de la antropología como de la farmacia asistencial del contexto ibérico e hispanoamericano; citado siempre como TFM sin publicación en revista. Las colaboraciones interdisciplinarias son hermosas en la teoría, pero solo aquellas que las han explorado conocen la complejidad de la experiencia académica que supone. Este artículo no lo ignora, ni vende humo acerca de sus potenciales; al contrario, lo subraya y lo problematiza. Como investigadoras, y más allá de ello, ¿hasta dónde estamos dispuestas a cuestionar nuestras miradas? Es un honor que la revista Contextos publique esta investigación ahora, en 2021. Celebro que este trabajo salga a la luz y se ponga al servicio del debate científico y comunitario sobre la interdisciplinariedad y la atención a las personas diagnosticadas de diabetes tipo 2. Deseo que se considere en su contexto temporal de hace casi una década y en el contexto biográfico de la autora -estudiante de máster; y desde aquí, que sea inspiración y nutrición para lo que siga.

[Nota de la autora].

1. EL INICIO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN. INTRODUCCIÓN

Según datos de la OMS, en el 2011 había 346 millones de personas diagnosticadas de diabetes en todo el mundo y se prevé que la prevalencia se duplique entre el 2015 y el 2030. La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) supone más de un 80% de los casos (Murillo, et al., 2004) ser la “común diabetes del adulto”, a presentarse como una de las “grandes epidemias del S.XXI”. Considerada desde el paradigma biomédico hegemónico como una enfermedad crónica por excelencia, compleja por su naturaleza metabólica y silente por su escasa sintomatología, la DM2 es temida por el daño microvascular y macrovascular que se le asocia y que a largo plazo puede dar lugar a complicaciones fisiopatológicas severas.

En España, se disponen de pocos datos de prevalencia de DM2, y los disponibles varían substancialmente según la fuente de información y la técnica de recogida de datos empleada. Una revisión de estudios transversales realizado en 2007 estimaba una prevalencia de entre el 10 y el 15% de la población adulta española (30-65 años) (Valdés, Rojo-Martínez y Soriguer, 2007), mientras que la Encuesta Nacional de Salud mostró que en el período 1993-2003 la prevalencia declarada por los encuestados aumentó alcanzando el 16,7% de la población entre 65 y 74 años y el 19,3% de los mayores de 75, a lo que cabría añadir cierto porcentaje de diabetes *ignoradas* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:18). En prácticamente todas las

sociedades desarrolladas, incluida la española, la diabetes se ha convertido en una de las principales causas de ceguera, amputaciones y enfermedad renal terminal.¹

Estas complicaciones cardiovasculares suponen el mayor volumen de discapacidad, disminución de esperanza de vida y costes económicos relacionados con la diabetes (International Diabetes Federation, 2003). Según el estudio de Oliva, et al. (2004), en el Estado español, entre el 6,3% y 7,4% del gasto sanitario es atribuible a la diabetes y el gasto del paciente diabético prácticamente duplica el gasto del paciente no diabético (Oliva, et al., 2004). Los costes indirectos llegan a igualar e incluso superar los costes directos por DM2, dada la duración de la enfermedad, el tratamiento farmacológico, el seguimiento clínico y sobre todo la atención y el cuidado de las citadas complicaciones (Valdés, Rojo-Martínez, Soriguer, 2007).

Según la Estrategia Nacional para la DM2 del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), la relación entre complicaciones y control glucémico se dio por confirmada en el estudio UKPDS -*United Kingdom Prospective Diabetes Study*- (Stratton, 2000), en el que se observó que los diabéticos tipo 2 con una hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferior a 7% presentaban una reducción del 25% en la ocurrencia de complicaciones microvasculares y del 16% de infarto de miocardio, así como un menor nivel de colesterol, triglicéridos y menor presión sanguínea sistólica comparado con los pacientes con HbA1c del 9% (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007:20-21, 41-42). En base a las consideradas “evidencias científicas”, finalmente y de manera generalizada en los protocolos biomédicos, se describe el control de la enfermedad respecto los valores de HbA1c, de manera tal que un valor igual o inferior al 7% supone un “buen control diabético” y un valor mayor de 9%, un “mal control diabético” (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007:66-67). Pese al foco de atención sanitaria en España, hay numerosos estudios que demuestran que un elevado porcentaje de población diagnosticada de DM2, aún estando bajo seguimiento médico y recibir tratamiento farmacológico, no logra alcanzar el criterio de control terapéutico establecido.² Este “descontrol” incomprensible, como dicen Arar et al. (1998), lleva a menudo a la frustración tanto de profesionales sanitarios, como de las personas afectadas y conocedoras de ello.

Mi acercamiento personal a la problemática se dio el mes de junio de 2011, al comenzar a colaborar con un grupo de farmacéuticos en una investigación sobre diabetes en el ámbito de la farmacia asistencial comunitaria. El proceso inició con un estudio transversal descriptivo ideado desde la perspectiva farmacéutica para conocer el perfil sociodemográfico de las personas consumidoras de medicación antidiabética, así como para aproximarse a cuestiones relacionadas con el estado de salud/enfermedad, con la propia DM, con las medidas de gestión de la enfermedad, y con un énfasis especial en cuestiones relacionadas con la farmacoterapia

¹ En España, según Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), la diabetes es “la primera causa de inclusión en programas de tratamiento sustitutivo renal (diálisis y/o trasplante), la primera causa de ceguera en adultos, la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y multiplica por 2-4 la posibilidad de cardiopatía isquémica y trombosis cerebral.” Ministerio de Sanidad y Consumo (2007:12).

² Por ejemplo, según Orozco-Beltrán, D. et al. (2007), un estudio realizado en 2007, con 1907 pacientes en todo España, se halló que un 49,4% presentaron unos niveles de HbA1c superior a 7.

diabética. Los resultados de esta fase del estudio, realizado en dos farmacias comunitarias de Gavá y Reus y con 77 participantes (38 mujeres y 39 hombres), fueron que casi la totalidad (> de un 98%) se trataban para la DM2, tenían una media de edad de 68 ± 10 años. El tratamiento farmacológico de éstos consistía, en un 71% de los casos, sólo de antidiabéticos orales (ADO), en un 19,5%, ADO combinados con insulina y en un 6,5%, solamente de insulina. Un 57% eran jubilados y un 20% amas de casa. En cuanto a la educación formal, sólo 7,8% habían estudiado más allá de la enseñanza secundaria y un 16% no sabía ni leer ni escribir. La mayoría habían nacido en Andalucía, Murcia y alguno en Aragón, y se habían trasladado a Catalunya en la época de los años 70 para trabajar en las industrias. De media llevaban 10 años diagnosticados de DM, siendo el que menos, de diagnóstico reciente y el que más, de hace 51 años. Los datos se analizaron desde la mirada farmacéutica para la elaboración de dos trabajos académicos. Con ellos, el equipo dio por corroborada la elevada tasa de “descontrol” expuesta en la literatura biomédica, mostrando que un 40% de la población entrevistada presentaba niveles de glucosa superiores al llamado “objetivo de control diabético”. Lo destacado de la investigación fue, además, que un 72% respondieron tener un control total de la enfermedad y un 20%, un control medio; es decir, que su percepción de control era mucho mayor del contrastado con las pruebas clínicas. Por otra parte, respecto a la medicación, la mayoría de entrevistados dijeron cumplir con las pautas prescritas,³ y respondieron, de manera generalizada, que la medicación les “iba bien”; dato que fue registrado según la epistemología farmacéutica como una elevada «efectividad»⁴ atribuida a los medicamentos por parte de los pacientes.⁵

Con ello, el objetivo de la investigación se focalizó en hallar qué procesos podían explicar la diferencia observada entre el *control percibido* y el *control contrastado* en la población entrevistada, así como en explicar qué papel cumplía la llamada efectividad de los fármacos en todo ello. En este punto, la investigación dio un giro epistemológico, pues me encargué personalmente de continuar con los siguientes pasos del estudio, esta vez planteados desde la antropología médica y mediante la metodología etnográfica. Previo al trabajo de campo – aunque “ya parte del mismo” – se realizaron dos sesiones de discusión junto con el grupo de farmacéuticos sobre la problemática planteada. En estos encuentros planteamos conjuntamente un seguido de preguntas más específicas y formulamos hipótesis que fui contrastando, en la medida de lo posible, a lo largo de la investigación etnográfica. Nos preguntamos: ¿Qué significa para la población tratada “tener controlada su diabetes”? ¿Qué

³ Un 70% dijeron no olvidarse nunca de tomar la medicación, un 24,7% sólo algunas veces, y sólo 2 entrevistados dijeron que a menudo.

⁴ El término **efectividad**, según la ciencia farmacéutica-biomédica, se usa para definir la capacidad de la medicación para tratar la enfermedad en condiciones reales de actuación (no experimentales) de las poblaciones tratadas; por lo tanto, no tiene carácter universal y se relaciona con la población. El mismo concepto se distingue de **eficacia**, entendida como la capacidad biológica de la medicación, en este caso del ADO, para reducir la hiperglucemia; probada en condiciones experimentales (controladas en laboratorio y ensayo clínico) en el desarrollo del fármaco; y a la cual se le atribuye un carácter universal.

⁵ La “**efectividad atribuida a la medicación**” como variable del estudio fue cuantificada por escala de Likert/10, hallándose un promedio de $7,9 \pm 2,02$ entre las personas entrevistadas.

y cómo se significa el “control”? ¿Según qué criterios evalúa “la diabetes” la gente tratada? ¿Son los “objetivos terapéuticos” de los pacientes los mismos que los de los profesionales sanitarios? ¿Cómo puede afectar el modelo asistencial basado en el riesgo en la práctica clínica y farmacéutica de diagnóstico y seguimiento de la DM2? ¿Cómo se articulan y se significan las distintas prácticas terapéuticas (dieta, ejercicio, medicación) en la vivencia de los pacientes? ¿Puede la “elevada efectividad atribuida a la medicación” estar condicionando la gestión de la enfermedad por parte de la gente tratada y contribuir a una percepción de mayor control?

La DM2 en adultos mayores trae consigo importantes particularidades. Es frecuente que los pacientes hayan sido también diagnosticados y sean tratados de otras enfermedades. Es decir, que a menudo se da una elevada tasa de comorbilidad⁶ y plurimedicación,⁷ y por ello, un seguimiento periódico complejo por parte de los dispositivos de asistencia, médicos, de enfermería y de farmacia. La DM2 aparece a menudo junto con desajustes en el sistema de tensión arterial (hipertensión), del metabolismo de lípidos (dislipidemia) y del peso corporal (obesidad), formando parte del llamado «Síndrome Metabólico»,⁸ hecho que observamos en un 86% de los entrevistados. Siendo todos estos “desajustes” de carácter metabólico, la alimentación y la actividad física juegan un papel muy importante en la fisiopatología, la gestión y el manejo de la enfermedad, por lo que también lo juegan en la vivencia y el padecimiento de éstas. Como vemos, la DM2 no es ni una “patología simple” ni una “simple patología”, sino todo lo contrario. La complejidad del manejo de la DM2 trae una suma de variables-factores-procesos que complican el análisis y limitan particularmente la capacidad explicativa de una aproximación únicamente realizada desde la perspectiva biomédica. Asumiendo la complejidad de los campos social y cultural en que se procesa la enfermedad y la atención, la presente investigación se fundamenta en la tesis que adoptar la mirada antropológica hacia la DM2 puede aportar claves, en primer lugar, para la comprensión de la complejidad del padecimiento, y, en segundo lugar, para identificar, visualizar y profundizar en las limitaciones del modelo biomédico y farmacéutico hegemónico en el abordaje/asistencia/tratamiento de éste.

⁶ La **comorbilidad** es un término médico, acuñado por Fenstein en 1970, y que se refiere a dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario; y al efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

⁷ Actualmente se considera **plurimedicación** el consumo diario y continuado de más de 6 medicamentos durante un período igual o superior a 6 meses; aunque en literatura anterior, inclusive la elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1993) se lo consideran ya a partir de 4 o más medicamentos. Ver Pedrera Zamorano (1999), donde se referencian muchas otras; junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicaciones de calidad en la prescripción farmacológica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

⁸ Los criterios diagnósticos para el **Síndrome Metabólico** de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) requieren la presencia de diabetes mellitus, tolerancia anormal a la glucosa, glucemia de ayuno anormal o resistencia a la insulina, más dos o más de los siguientes: Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg; Dislipidemia: triglicéridos (TG): ≥ 1.695 mmol/L y/o colesterol HDL (HDL-C) ≤ 0.9 mmol/L (en hombres), ≤ 1.0 mmol/L (en mujeres); Obesidad central: relación cintura/cadera $> 0.90m$ (en hombres), $> 0.85m$ (en mujeres), y/o índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m²; Microalbuminuria: excreción urinaria de albúmina ≥ 20 mg/min o relación albúmina/creatinina en orina ≥ 30 mg/g.

El objetivo definido para el estudio etnográfico fue, por un lado, el de re-conocer las experiencias de los pacientes, sus saberes y sus puntos de vista respecto la DM2, su manejo, el llamado “control diabético” y las medidas terapéuticas prescritas desde los dispositivos sanitarios; partiendo del presupuesto que éstos son elementos clave para clarificar la complejidad del problema, eso es, sin olvidar que más allá del sentido está también la experiencia vivida de la persona tratada y la construcción intersubjetiva de la experiencia (Menéndez, 1998). Con ello, el estudio continuó con la realización de encuentros-conversación-entrevistas en profundidad con 9 de las personas participantes en la primera fase. La mayor parte de los encuentros fueron en sus hogares, donde a menudo había el/la cónyuge y/o otros familiares que también participaron abiertamente en la conversación. Para ello seleccioné a participantes cuyo tratamiento farmacológico antidiabético fuera sólo con antidiabéticos orales (ADO) – que no usaran insulina – y que no hubieran tenido complicaciones por la diabetes. Consideré que la modalidad de la medicación – oral respecto inyectable – y la ausencia de complicaciones –respecto la presencia de éstas – eran significativas para la investigación en la medida en qué tenían connotaciones simbólicas e implicancias prácticas importantes en la gestión de la enfermedad. En paralelo, con tal de conocer la perspectiva del sistema sanitario que fundamenta la atención a los “pacientes diabéticos” y que se articula con las vivencias de los mismos respecto al manejo de la enfermedad, se analizaron la Estrategia Nacional para la Diabetes (Ministerio de Sanidad y consumo, 2007), dos guías de prácticas clínica (GPC) del Institut Català de Salut (2002, 2010), la guía de seguimiento farmacoterapéutico de la Universidad de Granada (2004) y la guía práctica de atención farmacéutica de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria -SEFAC- (2012).

Los datos creados en la revisión de las guías profesionales y en las conversaciones fueron debidamente grabados, clasificados, codificados y analizados para la presente investigación. Aunque las técnicas de análisis utilizadas en la primera fase fueran cuantitativas, se debe puntualizar que las notas, el diario y, sobre todo, la actitud etnográfica se dio desde el principio de la investigación. El hecho de participar como antropóloga en un equipo de farmacia comunitaria me hizo reafirmar mi papel etnográfico, sensible a las dimensiones culturales, sociales, históricas, políticas y económicas del proceso, para mirar de buscar la complementariedad con la mirada farmacéutica en la citada problematización.

Una vez, en clase, el profesor Eduardo Menéndez nos dijo: *“para empezar no os embarquéis en hipótesis explicativas, pues las posibles respuestas no tienen fin”*. Ahora me hallo, sin haberlo planeado, en el caso menos aconsejado: un primer acercamiento analítico al complejo mundo de la DM2, pretendiendo responder a un “por qué”. Por ello, cabe destacar que lo que presenta este ensayo son aproximaciones en primer lugar, parciales y enmarcadas en dos ámbitos de interés particulares: la antropología médica y la farmacia asistencial comunitaria; en segundo lugar, temporales, inmersas en un proceso dinámico de investigación; y, en tercer lugar, posicionadas, eso es, elaboradas desde un particular punto de vista, el mío, el de una proto-antropóloga quien, a su vez, no deja de ser bióloga.

2. RECODOS EN EL CAMINO. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Desde la concepción biomédica del proceso de «salud/enfermedad/atención-prevención» (s/e/a-p)⁹, la Diabetes Mellitus (DM) en general es definida¹⁰ como: “grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por la hiperglucemia y la intolerancia a la glucosa”. Bajo este gran paraguas, cuyas primeras citas – entonces referidas al exceso de orina – se hallan ya en tiempos egipcios, se fueron describiendo subcategorías patológicas a medida que, sobre todo a partir de principios del S.XX, se iba describiendo la fisiología humana y, en concreto, la función pancreática en la producción de insulina y el metabolismo de los carbohidratos.

2.1. Significancias controvertidas del “control diabético”. Entre objetivoS y evaluacioneS

En el CIE-10 constan 58 enfermedades diabéticas diferenciadas, entre las cuales 10 se corresponden a diabetes no insulino dependientes.¹¹ Su clasificación, aceptada por la OMS) y propuesta por parte del *National Diabetes Data Group* (NDDG) de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), diferencia entre DM1, DM2, diabetes gestacional y otros tipos de diabetes (Murillo, et al., 2004). Así como para las insulino dependientes las posibles etiologías son normalmente conocidas y ampliamente descritas, con la DM2 ocurre todo lo contrario; se supone que lo que ocurre es una disfunción pancreática y/o que el cuerpo no usa bien la insulina producida por el páncreas (resistencia periférica a la acción de la hormona);¹² en última instancia lo que la caracteriza, y también el criterio diagnóstico determinante, es un nivel glucémico elevado. La etiología concreta de este tipo de diabetes es desconocida, y aunque no parecen existir mecanismos de destrucción autoinmune, sí se señala cierta predisposición genética (Murillo, et al., 2004). La falta de claridad etiológica la convierte en una condición “irrevocable” e “irreparable”; la enfermedad se considera crónica y la asistencia por parte del sistema sanitario se dirige no a curar sino a frenar el desarrollo con el fin de evitar descompensaciones agudas y retardar las complicaciones crónicas.¹³

⁹ **Salud/enfermedad/atención-prevención:** concepto basado en Menéndez, (1984): “el conjunto de representaciones y prácticas culturales estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte”; usado para dar cuenta que los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención van siempre juntos y articulados entre sí.

¹⁰ Definición de **diabetes** como término **MeSH** (*Medical Subject Headings*) en el tesoro de la base de datos Medline/Pubmed de la NLM (*National Library of Medicine*). Consultable online en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003920>

¹¹ En el **CIE-10** (Clasificación Internacional de Enfermedades) corresponden al capítulo IV enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas; IV2 Diabetes Mellitus; Consultable online en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

¹² La **OMS** define la **diabetes** como: “una enfermedad crónica, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce; lo que conduce a un aumento de la concentración de glucosa en la sangre (hiperglucemia)”. Consultable online en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

¹³ La literatura biomédica apunta que la prevalencia de las distintas complicaciones crónicas varía en función del tipo de DM, tiempo de evolución y grado de control metabólico, estimándose globalmente en la siguiente: neuropatía, un 25%; retinopatía, un 32%, y nefropatía, un 23% (Goday, A., 2002).

Como se anunció en el apartado anterior, el estudio UKPDS (Stratton, et al., 2000), que dio lugar a numerosas publicaciones, es interpretado a escala internacional por la comunidad científica médica como la evidencia empírica decisiva para establecer el criterio estándar de evaluación clínica del progreso de la enfermedad.¹⁴ Ello explica parte de la definición del llamado “control diabético”, el asociado al “control glucémico”. Pero el enfoque epidemiológico de los estudios que ofrecen las “evidencias” a partir de las cuales se describe el modelo biomédico actual asocia la diabetes con el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), lo que a su vez complejiza la concepción profesional del control de la enfermedad. Veámoslo con detenimiento.

Desde la perspectiva del paradigma biomédico, se considera que las personas con DM2 tienen entre 2 y 4 veces más riesgo de ECV que la población general y que entre un 50 y un 80% de las personas con diabetes mueren por ECV, dado que la diabetes conlleva un riesgo de ECV tanto por sí sola como combinada con otros «factores de riesgo» como la hipertensión arterial y la dislipidemia (International Diabetes Federation, 2003). Junto con el UKPDS, referenciado en todas las guías analizadas, un conjunto heterogéneo de ensayos clínicos (algunos de ellos realizados con pacientes DM1)¹⁵ se citan a menudo como demostración de la asociación del control de la presión sanguínea y colesterol – además de los niveles de glucemia – con una reducción significativa de las complicaciones microvasculares y macrovasculares de la DM2 (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007:20-21, 41-42). Finalmente, esta perspectiva da lugar a protocolos de práctica clínica basados en el “control estricto” de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos. Tal y como se dice en la Estrategia Nacional *“Por todo ello [las citadas evidencias], mejorar el pronóstico de los pacientes con DM y disminuir su elevada morbilidad requerirá, pues, una actuación integrada sobre los factores de riesgo y no sólo sobre la hiperglucemia”* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:21).

En este marco, el “control diabético” es el mismo objetivo terapéutico. La evaluación de la enfermedad se centra en valorar la consecución de los criterios clínicos definidos bajo el paradigma de la medicina basada en la evidencia. Las GPC dan cuenta de la simplificación del proceso de definición del “buen” y el “mal control” según criterios de análisis bioquímico. La GPC del ICS (2010) “expone” los objetivos de control con una “simple” tabla de relación entre parámetros clínicos y una franja de valores “aceptables” en el marco del llamado “control metabólico” (Ver Figura 1). Lo habitual es que los respectivos apartados consten solamente de versiones de ésta misma tabla, sin más explicación. Sin embargo, a lo largo de las guías se inscriben otros objetivos terapéuticos secundarizados, no citados en el específico apartado, a veces “dados por sentado” como es el objetivo de aportar calidad de vida a los pacientes.

¹⁴ El criterio estándar es la HbA1c < 7%, suponiendo una reducción universalizada del 25% de ocurrencia de las complicaciones microvasculares y del 16% de infarto de miocardio.

¹⁵ Véase por ejemplo la cita a Genuth (2006) “Insights from the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study on the use of intensive glycemic treatment to reduce the risk of complications of type 1 diabetes.” *Endocrine Practice*; 12:34-41. En: Ministerio Sanidad y Consumo (2007:21).

Figura 1: Objetivos y Control de la DM2

5. Objectius i control

Taula. Objectius de control

	Objectiu de control
% HbA1c	< 7 %
Glucèmia preprandial	90 - 130 (mg/dl) (5) - (7,2) (mmol/l)
Glucèmia postprandial 2 h	< 180 (mg/dl) (10) (mmol/l)
Colesterol total	< 200 (mg/dl) < 5,2 (mmol/l)
Colesterol LDL	< 100 (PS) (mg/dl) < 2,6 (mmol/l) < 130 (PP) (mg/dl) < 3,35 (mmol/l)
Colesterol no-HDL	< 130 (PS) (mg/dl) < 3,35 (mmol/l) < 160 (PP) (mg/dl) < 4,1 (mmol/l)
Colesterol HDL	> 40 en homes (mg/dl) > 1,1 (mmol/l) > 50 en dones (mg/dl) > 1,3 (mmol/l)
Triglicèrids	< 150 (mg/dl) < 1,7 (mmol/l)
Pressió arterial	< 130/80 (mmHg)
Consum de tabac	No

PP: prevenció primària; PS: prevenció secundària.

Fuente: Guía de Práctica Clínica del Institut Català de Salut (2010), p.4

En el 2011, la ADA restableció los parámetros analíticos objetivos distinguiendo según tipo de paciente. En base a ello, en la GPC del ICS (Mata, 2010:6) así como en la guía de SEFAC (Fornos Pérez, 2012), se considera cierto grado de variación de los criterios (HbA1c 7-8%) en casos particulares como es el de la gente adulta mayor o con corta esperanza de vida, apelando a la no priorización del control glucémico por encima de la calidad de vida de los pacientes. Aun con todo, el profesional sanitario queda retratado como el experto que va a leer la analítica, examinará la (no) aparición de complicaciones y sabrá “cómo está el paciente”; no podemos decir que se evalúe el proceso de s/e/a-p únicamente según esos criterios empíricos, pero lo que sí podemos afirmar es que éstos son los únicos objetivos asistenciales inscritos como tales en estas GPC. Considerando el retraso de las complicaciones como la finalidad terapéutica profesional, se podría pensar que una elevada conciencia de las complicaciones – y su prevención – en los pacientes correspondería con la permeabilidad del particular «discurso del riesgo» en éstos. Según la teoría de los tres modelos de riesgo dentro del llamado «entorno biomédico» (Uribe, 1989), eso significaría una transferencia desde los modelos «epidemiológico-médico» hacia el modelo «lego». Lo que muestra la etnografía es que la mayor preocupación por prevenir las complicaciones aparece en aquellas personas que han vivido de cerca, a menudo con tormento, alguna/s historia/s diabética/s con complicaciones de *otros*, eso es, que tienen una acumulación de experiencia vivida con la enfermedad de alguien muy cercano e incluso la muerte sufrida del mismo. Se trata de un aprendizaje significativo, encarnado, pues se basa en la experiencia, lo que va mucho más allá de un conocimiento racional de las contingencias futuras adquirido por un aprendizaje meramente cognitivo (Rosaldo, 1989). En las personas que no tuvieron casos muy cercanos de DM2, generalmente el conocimiento, la consideración y la preocupación por las complicaciones son más vagas y difusas. Por ello, los datos dan cuenta no tanto de una transferencia eficaz entre modelos sino de una aparente coincidencia – dar relevancia a un mismo proceso-, entre dos significaciones distintas.

La importancia relativa del retraso de las complicaciones como objetivo terapéutico, por parte de los entrevistados, se vincula al “mantenerse en salud” y al “evitar dolencias físicas”; junto con ésta, cabe destacar que el propósito más común expuesto espontáneamente por los entrevistados referenciaba a las medidas terapéuticas, concretamente al retraso de la terapia con insulina, así como los cuidados frecuentes o las hospitalizaciones. Es decir, que querían evitar las complicaciones no sólo fisiopatológicas o físicas, sino también las complicaciones del manejo cotidiano de la enfermedad que, según su punto de vista, la insulina volvía mucho “más aparatoso” y simbólicamente “más dependiente del tratamiento”. Este hecho nos remite a pensar en el foco de evaluación cuando de manera genérica hablamos con ellos del proceso de s/e/a-p. Evitar el sufrimiento además del dolor pone un énfasis particular en las dificultades relativas a la dimensión social, considerando el impacto que la condición diabética tiene en sus vidas. Lo observado a lo largo de las entrevistas fue que no se evaluaba tanto la “enfermedad”, como sí el global del proceso s/e/a-p; y los criterios que los informantes compartían giraban en torno al grado de conflictividad que supone la integración del manejo de la DM2 en sus vidas cotidianas, es decir se centraba en una visión de su vida presente y global. De este modo, la evaluación daba cuenta del dominio del manejo de la condición diabética, de la integración de los autocuidados y de las medidas terapéuticas en el sí de su vida diaria. En caso de encontrar dificultades en el manejo de los niveles de glucemia y/o en la integración de las medidas de gestión como las recomendadas entorno a la alimentación, el proceso de s/e/a-p se consideraba problemático, se objetivaba de tal manera que parecía que sus vidas giraban en torno a la pesadez de estar “*todo el día pendiente*” – como dice Aquilina. Estos resultados respaldan la idea de la destacada relevancia de la dimensión social del padecimiento en las perspectivas y las vivencias de la gente con DM2 (Cohen, 1994) (Arar, et al., 1998).

La mirada antropológica a las distintas concepciones de objetivos y evaluación de la DM2 parte de la premisa de considerar al sistema biomédico como sistema sociocultural, puesto que es precisamente esta mirada la que permite abordar la noción de patología biomédica como representación sociocultural y contraponerla a la(s) respectiva(s) representación(es) que tengan la gente tratada para la DM2 (Martínez, 2008:43). La aproximación al concepto de “control diabético” desde esta perspectiva da cuenta de la diferencia entre lógicas y representaciones. Mientras la definición biomédica se fundamenta en la DM2 como «*disease*» – patología o representación biomédica de la disfunción biológica-, la gente tratada para la DM2 concibe el término del “control diabético” en el marco de la «*illness*» – aflicción- (Kleinmann, 1980). Tomando de referencia la teoría del realismo crítico (Bhaskar, 1986, citado en Breilh, 2003), podríamos decir que el modelo biomédico describe la evaluación limitada al plano de la realidad empírica, sin reconocer que existen dimensiones no-empíricas, pero también reales; mientras que los procesos de evaluación de la gente entrevistada se significan en el plano de la realidad general. Estos hechos no pueden sino insinuar una distancia paradigmática entre las perspectivas de “profesionales sanitarios” y “pacientes”.

El modelo biomédico establece unos criterios de control, sus objetivos terapéuticos, y la evaluación la ciñe en el grado de consecución de los mismos. Los factores de riesgo

operativizan esta particular simplificación científico-técnica del proceso, presentizan el futuro y lo racionalizan, hacen converger tanto los objetivos como la evaluación a una única dimensión empírica presente bajo el paraguas del “control diabético”. Mientras, la gente tratada para la DM2 vive a escala temporal de la realidad general, con sus particulares objetivos y criterios de evaluación no sólo en el presente, también a medio y a largo plazo; dándose entre éstos, a menudo, cierto grado de contradicción: quieren vivir bien, eso es, evitar las futuras complicaciones fisiopatológicas y de manejo, pero a su vez también aspiran a cierto bienestar en el presente. La balanza entre el acato estricto de las recomendaciones médicas y la disciplina, por un lado, y la desobediencia y la insumisión por otro, en el marco de la terapia dietética, resultan un buen ejemplo de la contradicción a la que nos referimos.

2.2. Descubriendo *otras* cegueras diabéticas.

Re-significando la percepción

Las diferencias entre pacientes y profesionales respecto los objetivos y la evaluación expuestas hasta el momento matizan el concepto de evaluación y muestran los distintos significados que adquiere en el proceso de s/e/a-p el llamado “control de la enfermedad” según el actor implicado. Pero lo dicho no significa que los pacientes no realicen también evaluación empírica del progreso fisiopatológico de la enfermedad, o que no den importancia a ello. En ese sentido los entrevistados destacaban otra de las relevantes particularidades de la DM2 como padecimiento.

No, lo del azúcar sí, voy bien, [comparándolo con problemas en la lengua que le molestan mucho], pero vamos no sé si tengo mucha, si tengo poca... (María, 80 años, “ama de casa de toda la vida”; énfasis añadido)

...es que, como no te encuentras mal, ... (José María, 48 años, trabaja en un restaurante; énfasis añadido)

“muy jodido, eso yo lo digo... ¡porque no te avisa! y si dices, bueno que me duele la cabeza, pues te tomas la pastilla, pero a ti no te avisa para nada... la diabetes toda, toda es traicionera”. (Aquilina, 67 años, estudió hasta los 13 años, fue siempre ama de casa; énfasis añadido)

...antes me hacían los análisis allí [se refiere a la glucemia capilar], yo siempre sabía lo que... (...) ahora como te lo hacen unos análisis cada 6 meses... y es que no te lo dan, esto está todo metido en el [ordenador]... (María; énfasis añadido)

...hasta ahora no, no la he hecho servir [la máquina de autoanálisis de glucemia capilar cedida por el seguro privado], como ya me voy aquí al médico y me hace análisis pues ya... (José, 64 años; énfasis añadido)

En la DM2, raramente la glucemia aumenta o disminuye a niveles que sean percibidos por la persona (las llamadas descompensaciones glucémicas) – como sí suele ocurrir con la DM1.

La sintomatología ausente o difusa, hallada en un 42% y un 26% de los entrevistados, implica que el paciente no acostumbra a sentir si tiene el azúcar “alto” o “bajo”, si “está bien” o “está

mal” respecto al anclaje orgánico de la enfermedad. Esta falta clara de dolencia o malestar físico atribuibles a la DM2 podría explicar en gran medida la diferencia entre el control percibido y el contrastado en el plano empírico del control glucémico. Además, ese hecho es destacado porque tiene implicancias relevantes en el manejo y la vivencia del padecimiento por parte de la gente y en su relación con los dispositivos sanitarios, dado que supone una cesión casi total de la evaluación del progreso fisiopatológico al sistema científico-técnico experto. Es decir, que no sólo la evaluación del proceso de s/e/a-p por parte del sistema experto se limita al plano empírico, sino que, además, en éste, sólo cuenta la voz del profesional sanitario como intérprete experto del signo bioquímico. En estas circunstancias, se crea cierto grado de dependencia del paciente hacia el sistema experto, lo cual puede ser vivido con enfado – como muestra María – o sin ningún malestar – como muestra José, por ejemplo; pero en todo caso desde nuestra perspectiva, dibuja una posición de cierta vulnerabilidad. La medida asistencial que más celebra la gente para su autonomía en la gestión de los niveles glucémicos, y por extensión, de su padecimiento silente, es el autoanálisis de glucemia capilar; “máquina sencilla” que supone la popularización del mecanismo de evaluación del sistema experto. La gente entrevistada lamenta los recortes presupuestarios que disminuyen e incluso cesan las respectivas prescripciones. Por su parte, la GPC específica del ICS (2002) considera que se trata de una herramienta útil en la medida en que favorece – no la autonomía sino – la “auto-responsabilización” del paciente, aunque dice haber “dudas razonables sobre la efectividad y la relación coste/efectividad en los pacientes tratados únicamente con dieta o fármacos orales” (Grup de treball de l'ICS, 2002). Hoy en día en Cataluña, tales prestaciones sólo están costeadas por el sistema sanitario para las personas tratadas con insulina y/o con medicación oral de la clase de los secretagogos, una minoría de los pacientes DM2 adultos mayores.¹⁶

Cuando está ya ciento, ciento cuatro, que es lo que debe de estar, según me han explicado, pues yo hasta ciento treinta, estoy tranquila... (Lola, 68 años, trabajó hasta los 44 para mantener la casa y ayudar a su hija y su nieta; se acaba de divorciar de su marido tras una larga historia de malos tratos; énfasis añadido)

Mi tía [hermana de María] como te he dicho tiene azúcar; tiene la máquina, que allí en el pueblo sí que te dan la máquina para medirse el azúcar; se toman la azúcar, hacen la prueba, si están bien, entonces este día se van a comer churros, pero donde esté alguna alta ya no me van a comer churros ¡joder qué control! -digo yo. (Pepi, hija de María; énfasis añadido)

La constatación de esta particular ceguera sintomatológica nos invita a cuestionar lo que hasta el momento llamábamos “control percibido”, eso es la percepción como conceptualización de lo expresado por los entrevistados. Tal y como muestran los resultados, la apreciación sensorial clara del “buen o el mal” control glucémico es casi inexistente en la mayoría de gente entrevistada. Por ello, lo que la gente expresa va mucho más allá de un control percibido. Cabe

¹⁶ Tanto la insulina como los secretagogos (sulfonilureas, repaglinida, nateglinida) son tratamientos que pueden desencadenar descompensaciones hipoglucémicas fuertes, y por ello se pretende reforzar el control con el autoanálisis. Los secretagogos no se recomiendan para personas adultas mayores, para las cuales se recomienda la clase de no secretagogos (metformina, inhibidores α -glucosidasas, glitazonas).

pensar que incluye – además de percepciones sensoriales difusas –, presentimientos, presupuestos y otras impresiones que lo que hacen, finalmente, es nutrir y formar no una percepción sino un *imaginario* entorno al control de la propia DM2. Así pues, la categoría del *control percibido*, acuñada desde la perspectiva farmacéutica en el inicio de la investigación, da cuenta del reduccionismo empírico del modelo biomédico y resulta limitante tanto explicativa como analíticamente. Así pues, pensamos que hablar de “control presupuesto” o incluso “control imaginado”¹⁷ ayudará a la exploración de la noción de control por parte de los pacientes incluyendo todos los elementos que conforman la misma.

Por otro lado, cabe destacar que no todo lo empírico se ciñe a la falta de percepción sensorial. A una escala temporal más amplia, observamos que la gente entrevistada habló de otros criterios de evaluación, también empíricos, pero que hacían referencia precisamente a la evaluación de la práctica clínica como indicador de ese grado de control de la DM2; eso es, no solamente lo que los profesionales les comunican sino también las medidas que se les prescriben.

Azúcar no tengo mucho, porque según me controlan, con las pastillas tengo bastante, si tuviera mucha, mucha con las pastillas no... [sería suficiente] (José; énfasis añadido)

En esta dimensión, la medicación oral respecto la insulina se comprende como una evaluación positiva de la DM2; eso es, como dato empírico y experiencia que contribuye a conformar un determinado control imaginado. Finalmente, el fenómeno de esta “*ceguera diabética*” y sus consecuencias dan cuenta de que la evaluación empírica que hacen los pacientes se fundamenta en el presupuesto de la eficacia del carácter científico-técnico en que se basa el modelo biomédico actual y del presupuesto de que la práctica clínica sea protocolizada “para el bien del paciente” – pues recorren a la práctica clínica como “indicador”, sin cuestionarla.

2.3. La controversia polisémica del “Control Diabético”

Tal y como vemos en los apartados anteriores, las perspectivas del modelo biomédico hegemónico y de la gente tratada para la DM2, respecto la evaluación y los objetivos del proceso son lejanas e incluso pueden llegar a ser contradictorias. ¿Qué papel juega el paradigma del control en todo esto? ¿Qué significa tanto control? Re-escuchando las primeras entrevistas, con el foco de observación en el “control” de la enfermedad me di cuenta de que en nuestras conversaciones el término “control” saturaba las narrativas, tanto tuyas, como mías; como también satura las guías revisadas. Al analizar sus significados observé la extensa polisemia que abraza el término. Por mi parte, intenté poner atención al uso que yo hacía, “me controlé”, no abusando de él por no promover el uso por contagio; usé sinónimos que me

¹⁷ Cabe destacar que el término **control imaginado** pretende reflejar no tanto la connotación fantasiosa atribuida a la imaginación, sino hacer énfasis en la construcción de imágenes-del-propio-control de la DM2 por parte de la gente tratada para ésta, en base a sus propias “experiencias de control”; a la vez que refiere a una probable concepción colectividad de este “imaginario-de-control” – no contrastado en la presente etnografía.

parecían más concretamente ajustados a cada acepción para intentar esclarecer si “nos estábamos refiriendo a lo mismo”, y aún así seguía siendo el “(des)control” la respuesta a todo.

El análisis dio un giro, vi una luz y me planteé las implicancias de aspectos lingüísticos como la polisemia en la comunicación y por ende en las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios. Tal y como exponen Broom y Whittaker (2004), el uso del término «control» da lugar a un parecido superficial entre los abordajes de profesionales y gente tratada respecto el proceso de s/e/a-p. Superficial en el sentido de aparente, distinto a un plano profundo, donde se halla una verdadera distancia entre perspectivas al mismo tiempo que conlleva intensas connotaciones morales al lenguaje alrededor de la diabetes. En las guías profesionales, el control diabético se corresponde en su mayoría con aquél relacionado con el “mantenimiento de los niveles de glucemia clínicamente aceptados” según los cuales se diferencia entre pacientes “controlados” y “descontrolados” en su fisiopatología diabética, pero también con el hecho de “vigilar” mediante el “seguimiento profesional”. Cuando los entrevistados hablaban del manejo de su condición diabética, el uso más habitual del término se refería al “auto-control” en la adaptación de sus hábitos alimentarios, a la “actitud vigilante” y al sistema de monitoreo y chequeo médico. (Ver Figura 2).

Figura 2: La polisemia del control. Citas de Guías Profesionales y entrevistados ordenados por significados atribuidos al “control”

	Frenar progreso DM2	mantener niveles glucémicos	chequeo, seguimiento	vigilar, ejercer control	poner atención	autocontrol, cuidarse
Guías Profesionales	<p><i>Control de la epidemia</i></p> <p>..... Control glucémico.....</p> <p>..... Control de los factores de riesgo.....</p> <p><i>Control de la DM2</i></p> <p>DM2 (mal) controlada o (des)controlada</p> <p>Objectivos de control</p> <p>...sulfonilureas, las que controlan mejor la glucosa postprandial...</p> <p>para conseguir el control metabólico de su enfermedad</p>	<p>..... Autocontrol de la DM2.....</p> <p>...colesterol HDL, lo que habrá que controlar debido al elevado riesgo cardiovascular del paciente diabético.</p> <p>...intensificar educación sanitaria (especialmente en el control de los estilos de vida)</p> <p>Control de las co-morbilidades (tabaco, colesterol, hipertensión y obesidad).</p> <p>bajo estricto control facultativo</p>				
Entrevistados	<p><i>caminar va bien pa'controlar [el azúcar]</i></p> <p>La azúcar me baja me sube, ésta toda descontrolada...</p>	<p>...ahora lo controlo yo, tengo mi aparatico.</p> <p>...para hacer lo del azúcar me van controlando...</p> <p>...según me controlan, con las pastillas tengo bastante...</p> <p>...como llevo un control cada tres meses...</p>	<p>...se ha quedado por el día, porque dice que así va más controlado y le miran allí...</p> <p>...ahora porque la llevo yo controlada pero ella no se estaba de nada antes.</p> <p>Las hijas le controlaban lo que comía y tal pero...</p> <p>...yo he estado controlando todo y cualquier duda...</p>	<p>yo mido siempre controlando mucho</p>	<p>Yo antes sí, antes más de una vez me he puesto malo de tanto comer, pero ahora no, ahora ya me sé controlar mejor, sí me controlo mejor</p> <p>Ése! come dulces, ese no se controla nada</p> <p>Ése anda y anda y anda y anda y ese se controla más</p> <p>..... yo me controlo y me miro, ella no, ella pasaba.....</p> <p>.....la persona se tiene que cuidar y mirándose, controlándose....</p>	

Fuente: elaboración propia

Tal y como se muestra en la figura anexada, los distintos usos y las acepciones atribuibles a cada uso son muy ambiguos, en muchos casos un uso refiere o puede referir a más de una acepción dada la sutil diferencia entre algunas de éstas. La carga moral de las distintas acepciones varia, pero todas se condensan en el uso del término. Cabe destacar, además, que las consecuencias polisémicas del “control” en contextos de lengua hispánica toman aún mayor relevancia que en contextos anglófonos, dada la acepción de “chequeo-monitoreo” que es además la que da cuenta con mayor énfasis de las connotaciones morales que se entrelazan con el paradigma del control. Como bien apuntan Broom y Whittaker (2004), en su estudio en profundidad del lenguaje moral entorno el manejo de la DM2 en Australia, las identidades y las relaciones sociales de la gente con DM2 son negociadas a través de un lenguaje del control, la vigilancia, la disciplina y la responsabilidad. En todo caso, el apunte analítico al aspecto polisémico nos descubre al “control” como gran “mediador” de connotaciones morales como el juego de las responsabilidades en el cuidado y el mantenimiento de la salud, así como la autoridad y la vigilancia que ejerce el sistema experto sobre el paciente.¹⁸

2.4. La paradójica terapia del *riesgo* en la DM2

Como vemos, el “control diabético” en que se basa el modelo biomédico de la DM2 define los objetivos y los criterios de evaluación del progreso de la enfermedad según la “teoría” de los factores de riesgo, y las “demostraciones” de las “evidencias científicas”. Resulta interesante observar cómo estos elementos se articulan con la terapéutica para la DM2, es decir, con el conjunto de medidas usadas-pensadas para “controlar la enfermedad”.

Como ya dijimos, la naturaleza orgánica de la DM2 la hace temida y tratada no por sus síntomas en el presente, sino por las complicaciones futuras. Este hecho, junto con la asociación con el Síndrome Metabólico, conduce a la asimilación de su abordaje asistencial biomédico a aquél destinado a la prevención/reducción de riesgos y complicaciones. Aun definiéndose como enfermedad-patología, termina por abordarse clínicamente como factor de riesgo, riesgo a desarrollar complicaciones y ECV, renales, oculares, etc. Por lo tanto, pese el uso constante del “control diabético” como objetivo terapéutico, la DM2 se trata como factor de riesgo a controlar más que enfermedad a curar. Como concluye Gifford (1986) en su etnografía del cáncer de mama, el modelo biomédico articulado con la epidemiología hegemónica termina por diagnosticar y tratar no enfermedades, sino riesgo (DiGiacomo, 1999: 440-441).

De acuerdo con la magistral exposición de Sepúlveda en su tesis doctoral, “hoy en día la palabra «riesgo» es omnipresente en las políticas sociosanitarias y en las prácticas asistenciales.” (Sepúlveda, 2011:252). Leyendo literatura biomédica y las guías analizadas sobre la DM2 aparecen referencias explícitas o implícitas a *factores de riesgo* en dos de cada tres líneas, una tiene la

¹⁸ Bien es cierto que el aspecto del lenguaje moral del control resulta de gran interés y podría dar para una aproximación y un análisis más amplios sobre el tema. En la presente investigación, sin embargo, no fue abordado como objeto de análisis propiamente dicho, sino que fue más bien, lo que me gusta llamar “una seta en el camino”; algo que aparece inesperadamente en el proceso etnográfico y que pese no haber sido abordado con profundidad, merece la pena citar y destacar como uno de las “futuribles” líneas de investigación.

sensación de que el lenguaje está saturado de riesgo. Por poner un ejemplo: la edad se presenta como factor de riesgo cardiovascular y factor de riesgo a padecer diabetes, al mismo tiempo que la diabetes incrementa el riesgo cardiovascular y la obesidad incrementa a su vez el riesgo a padecer diabetes y el riesgo cardiovascular, una persona diabética tiene entre 2-4 veces más riesgo de morir por ECV que una no-diabética, etc. En definitiva, parecería que el estado de salud es el resultado de operaciones matemáticas de «factores de riesgo» que miden los efectos de conexiones de fenómenos empíricamente aislados. Con todo ello, una persona a los 70 años, diabética y con algo de sobrepeso, digo yo, que con tanto riesgo cardiovascular se debe morir antes de miedo; o como dice Lola, prefiere no pensar en ello: *“yo no pienso [en las complicaciones], hasta que no está encima no pienso, sino me moriría, de tantas cosas, son todas muy fuertes...”*

El modelo biomédico centrado en los factores de riesgo y el uso extendido de los modelos estadísticos de regresión múltiple – como medida de la importancia relativa de la asociación entre factores-variables – operativiza el abordaje de las enfermedades no-infecciosas y de fisiopatologías complejas como la DM2 (o la obesidad, el cáncer, etc.) (DiGiacomo, 1999:439). Este particular enfoque permite, a la práctica, contrarrestar la falta de conocimiento sobre la etiología de la DM2, es decir, que la asociación probabilística de factores de riesgo con la patología termina por significar a los mismos factores como determinantes de ésta – sino causas-, y, por lo tanto, los focos dónde localizar la actuación terapéutica. Como apunta Breilh, el “poder” del paradigma epidemiológico del riesgo se halla en los mismos fundamentos que le dieron origen: el realismo empírico – que describe la realidad por patrones de eventos – y el determinismo, “el fetichismo de las causas” – que toma el modelo causa-efecto como la forma preeminente de construcción de relaciones y por extensión, de explicaciones (2003).

Desde la perspectiva biomédica, los factores asociados a las enfermedades de mayor morbilidad y mortalidad en nuestra sociedad, las “grandes epidemias del S.XXI” como la obesidad o la DM2, resultan ser finalmente poco numerosos, y bastante comunes entre éstas. Por ello, el modelo estratégicamente focalizado en los factores de riesgo operativiza, además, la acción del sistema sanitario hegemónico al concentrarla en el control y la prevención generalizada de los factores más comunes, eso es, articulada a la perfección con la gubernamentalidad en el modelo funcionalista neoliberal.

“Un enfoque dirigido a actuar sobre factores de riesgo como la inactividad física, las dietas no equilibradas o el tabaquismo que, al ser comunes para otras patologías como las cardiopatías, el ictus, el cáncer y otras enfermedades crónicas, requieren de respuestas similares desde los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:11).

Como dice Sepúlveda,

“Independientemente del locus diferencial de su enunciación, no cabe duda de que hoy por hoy, en la llamada era de la gubernamentalidad, la cuestión del riesgo constituye un campo de saber/poder en torno al cual las nuevas tecnologías de gobierno se van a articular, movilizándolo para ello sus respectivos dispositivos de control y regulación social” (2011:252).

Según las guías analizadas y la literatura biomédica en la que se basan, los factores asociados a la DM2 son: la historia familiar de DM, la edad avanzada, el origen étnico, la obesidad, la distribución de la grasa corporal, el sedentarismo, el nivel socioeconómico bajo, la tolerancia alterada a la glucosa, la hipertensión arterial y la hiperlipemia (Mata, 2010:2), (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:18,34).

La enumeración consecutiva, sin problematizar, de los llamados *factores* da cuenta, a la vez que reproduce, el individualismo biológico por el cual la biomedicina reifica, naturaliza, individualiza y descontextualiza todos los procesos – también sociales y culturales – vinculados a la “enfermedad” (DiGiacomo, 1999:440), derivando sobre el sujeto, cálculos realizados a escala poblacional. El riesgo no se cura, se previene. Y la diabetes no se cura, porque es crónica. Un “paciente diabético” siempre estará en riesgo de padecer complicaciones. Luego ¿qué se hace con la DM2? El abordaje terapéutico de la DM2 es la paradoja del tratamiento que no cura para la prevención de “riesgos crónicos”.

Desde la perspectiva biomédica hegemónica se concibe la terapéutica diabética como la reducción de los «factores de riesgo» asociados. De todos los descritos, aún así, se focaliza en los llamados “factores de riesgo modificables”; eso es, por un lado, la modificación de los “estilos de vida” y por el otro la regulación farmacológica de la glucemia en sangre. En el concepto epidemiológico de los «estilos de vida», la alimentación y la actividad física de las personas se consideran parte fundamental de éstos (junto con el descanso, el estrés, etc.).

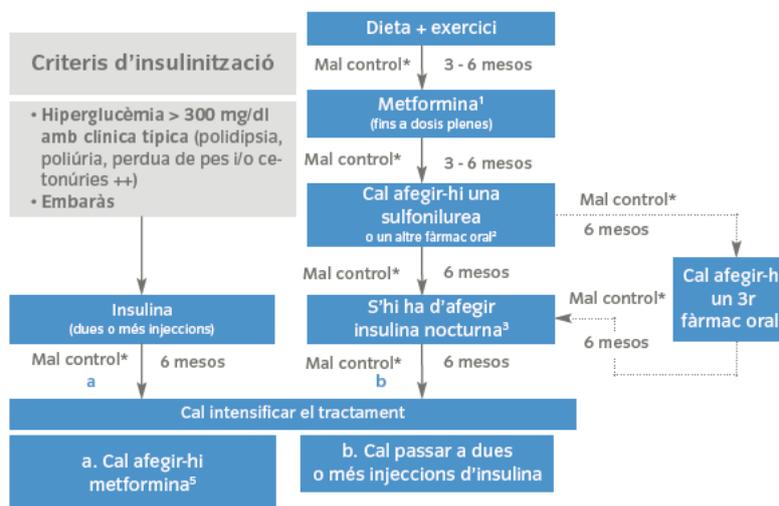
Por todo ello, el resultado es que el tratamiento biomédico de la DM2, tal y como se describe en las respectivas guías, se basa en tres pilares fundamentales: dieta, ejercicio y farmacoterapia (fundamentalmente ADO y/o, si resulta necesario, insulina subcutánea); cuya “absoluta interacción hace que no pueda considerarse uno sin los otros” (Murillo, et al., 2004:17). Además de éstos, algunas guías consideran la educación diabetológica como medida terapéutica para favorecer el «autocuidado»,¹⁹ y otras también el llamado “autocontrol asistido”²⁰ (Ver Figura 3).

¹⁹ Según Mata, et al. (2010) y Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), por **autocontrol** se refieren a las actividades de seguimiento empírico que realizan los pacientes en sus hogares, y que corresponde con las automedidas de glucemia, de peso corporal, de presión arterial, así como la autoexploración de los pies; todo ello debe ser debidamente anotado en una libreta-cuaderno de formato preestablecido.

²⁰ Según Fornos Pérez: el **autocontrol asistido** corresponde a: “todas aquellas medidas, tanto terapéuticas como de estilo de vida que asume el paciente para conseguir el control metabólico de su enfermedad. La formación y concienciación de los pacientes diabéticos en la necesidad de la realización de autocontroles forma parte del programa de educación diabetológica que corre a cargo de los sanitarios que acompañan al diabético en su enfermedad. Los farmacéuticos podemos y debemos asistir a los pacientes diabéticos en esos autocontroles” (2012:23). Los **autocontroles** hacen referencia tanto a las automedidas de glucemia capilar, como a la autoexploración de los pies, y la anotación en cuadernos de seguimiento de las glucemias, los alimentos ingeridos, las actividades físicas realizadas, etc. El hecho de ser asistido se refiere a que son los profesionales quienes lo enseñan a los pacientes y hacen el seguimiento de que el paciente haga debidamente sus tareas de “autocontrol”.

Figura 3: Algoritmo de tratamiento de la DM2

Figura. Algoritme de tractament de la DM2



1. Si està contraindicada o no es tolera, cal considerar altres fàrmacs (habitualment, una sulfonilurea [SU]).
 2. S'ha de valorar un altre fàrmac si la SU està contraindicada o no es tolera: glinides, glitazonas, inhibidors alfa-glucosidases i gliptines.
 3. Preferiblement insulina NPH. Si el pacient pren dos o més fàrmacs orals, cal mantenir la dosi màxima de metformina tolerada i valorar suspendre o reduir la dosi de la resta.
 4. Habitualment: metformina + SU + glitazona o sitagliptina.
 5. Si esta contraindicada o no es tolera, s'ha de considerar una SU. Si la resposta és insuficient, s'hi pot afegir un segon fàrmac oral.
- (*) HbA1c > 7%. Cal individualitzar els objectius en els pacients amb edat avançada o amb una esperança curta de vida, ja que l'objectiu del tractament és la millora de la qualitat de vida i el control glucèmic no és prioritari.
En línia discontinua, altres alternatives terapèutiques que s'han de considerar.

Fuente: Guía de Práctica Clínica del Institut Català de Salut (2010), p.6

Así como en la prevención, la Estrategia Nacional del SNS hace referencia a evidencias científicas como fundamento de la acción sobre los factores de riesgo, en cuanto a la terapéutica multifactorial, dice no haber estudios de rigor y validez suficiente como para “conocer la contribución parcial de la modificación de los estilos de vida cuando la medicación ya ha sido introducida” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:42). Pese a ello, el “poder” del modelo de los factores de riesgo como protocolo terapéutico termina por consolidar y extender el mismo en todos los dispositivos hegemónicos de asistencia sanitaria. Podríamos decir que los “estilos de vida” y su uso es la materialización, el aterrizaje del paradigma del riesgo en la práctica asistencial, ya que se entiende como marco de las actividades de prevención y tratamiento (no farmacológico).

2.5. La “modificación de los estilos de vida” en la terapia para la DM2

Según Menéndez (1998), el origen del concepto «estilos de vida» fue en el sí de las ciencias sociales, asociado a grupos sociales, para dar cuenta de cómo las condiciones estructurales les afectan diferentemente y dan lugar a formas de vida distintas entre éstos. En la revisión de las GPC, en cambio, observamos un concepto individual, asocial y ahistórico de los estilos de vida – sólo el apellido “modificables” ya da cuenta de ello. El presupuesto biomédico que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y responsables

termina por una readaptación y un uso del concepto como comportamiento personal del individuo que depende exclusivamente de la intención y voluntad del mismo. La pregunta es ¿tiene todo el mundo la posibilidad de elegir qué comer? ¿Y la posibilidad de seleccionar determinados alimentos, o dejar de comer otros? Y ¿todo el mundo puede de igual modo dedicarse unas horas al día a realizar ejercicio físico? De acuerdo con Menéndez (1998), “*la elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan*” (Menéndez, 1998). En cuanto a la «dieta», por ejemplo, la insistencia en la educación nutricional en las GPC da cuenta del presupuesto que, una vez asimilados los señalados conocimientos nutricionales, así como su “importancia para la salud”, ya sólo dependerá de la voluntad y el compromiso del paciente el seguirlas, o no. Como señala Gracia (2009), este enfoque obvia que las prácticas alimentarias están condicionadas por constreñimientos, tanto materiales como simbólicos, por los cuales una asimilación del conocimiento cognitivo no tiene por qué corresponderse con un cambio en las prácticas (Gracia, 2009:368). Cabe destacar que, de todas las guías analizadas, la guía de seguimiento farmacoterapéutico (Murillo, et al., 2004) es la que plantea de forma más explícita la recomendación dietética articulada con la consideración de la práctica alimentaria habitual – llamada «hábitos nutricionales» – de los pacientes. Pese a ello, la orientación se centra en gustos y preferencias, y las recomendaciones finalmente no se alejan del modelo nutricionista descontextualizado y de autoridad del «saber técnico» respecto al «saber lego» (Ver Figura 4).

Figura 4: “Ser realista” en la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico (énfasis añadido)

Seguimiento Farmacoterapéutico sobre DIABETES

Ser realista: a la hora de proponer una dieta al paciente diabético como parte del seguimiento farmacoterapéutico que les vamos a hacer, es importante **conocer los hábitos nutricionales** que tiene. **Cambiar de hábitos es de por sí complicado**, pero hacerlo con personas que tienen una **enfermedad crónica supone quizás un sacrificio más grande**, ya que tendrán que seguir nuestras recomendaciones de por vida.

Puede ser útil, sobre todo al principio, que el paciente escriba en un papel todo lo que come durante la semana, esto le sirve **para ver donde va comiendo “fallos”** y al farmacéutico para saber donde tiene en enfatizar para apoyar los éxitos y buscar nuevos objetivos para evitar los “fallos”. Deben plantearse objetivos a corto plazo, ya que son más fáciles de lograr **e irán entusiasmado al paciente** y poco a poco se irán logrando los objetivos que el diabético deberá mantener a largo plazo.

Diario semanal de comidas

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
8 a 10							
10 a 12							
12 a 2							
2 a 5							
5 a 7							
7 a 9							
9 a 11							
11 a ...							

Fuente: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Diabetes (Murillo, et al., 2004), p.18

Tal y como dice Menéndez (1998), los estilos de vida son el término estrella para operativizar la relevancia que tienen las condiciones de vida para la causalidad, el desarrollo, control o solución de los problemas de salud. Como él mismo apunta, esta relación está ampliamente reconocida tanto por las aproximaciones biomédicas y epidemiológicas como por las socioantropológicas, pero la particular apropiación del concepto que se ha hecho desde las ciencias biomédicas hegemónicas resulta en una estrategia ideal para centrar las medidas preventivas en el terreno de la praxis individual e invisibilizar las violencias estructurales realmente condicionantes en el estado de la salud real de las poblaciones.²¹

Finalmente, desde la visión individualista y descontextualizada del riesgo, mediada por el concepto re-adaptado de los estilos de vida, el modelo hegemónico termina por desplazar la responsabilidad de los procesos de s/e/a-p como la DM2, de manera que la responsabilidad moral de prevenir y hacerse cargo de la “enfermedad” recae intensamente sobre los individuos y sus comportamientos, sin tener en cuenta las condiciones en que éstos puedan padecer la enfermedad, invisibilizando las coyunturas estructurales articuladas en el proceso de s/e/a-p y alejando la responsabilidad que instancias sanitarias, políticas y económicas tienen respecto la salud de las poblaciones.

En la literatura biomédica se argumenta generalmente que el “tratamiento integral” de la DM2 requiere de una total voluntad e implicación del paciente porque “para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad se deben incluir cambios importantes en el estilo de vida”.²² Al analizar las guías parece que las recomendaciones médicas para la “modificación de los estilos de vida” en la DM2 hayan sido ideadas pensando en un individuo hombre, joven, de clase pudiente y, además, sano. Nada más alejado de la realidad.

2.6. Re-conceptualización de la terapia diabética. Significados de los “tres pilares terapéuticos”

Si volvemos la mirada y la escucha a los pacientes encontramos que el manejo de la glucemia es representado por la gente entrevistada como un modelo de subidas y bajadas de azúcar, eso es, del balance entre elementos/prácticas que “lo hacen subir” y elementos/prácticas que “lo hacen bajar”; inmersos siempre en la realidad general de la vida cotidiana, dotada de una acumulación de experiencias significativas por las cuales los entrevistados muestran tener un elevado conocimiento para distinguir entre unos y otros elementos o prácticas así como sus propias estrategias para el manejo. Los “tres pilares

²¹ Como ejemplo de la fuerza ideológica de la perspectiva positivista e individualista de la biomedicina ver el artículo de Balcázar-Nava, et al. (2008) en el cual, pese empezar con la introducción al recuerdo histórico del origen social del concepto, terminan enunciando conclusiones del corte hegemónico actual.

²² Estas citas se han extraído del artículo de Balcázar-Nava, et al., (2008), pero se han elegido como ejemplo de una concepción generalizada en la literatura biomédica.

terapéuticos” no quedan al margen de este balance, sino que se insertan y se articulan con el mismo, otorgándoles a cada uno un especial rol en el manejo de los niveles de glucemia.²³

En ese balance cotidiano, la *alimentación* – que no la *dieta* – juega un papel dual en el que predomina “el papel de malo”, considerándose el elemento causante por excelencia más que un elemento de remedio para lograr el control glucémico. La alimentación se significa, en muchos casos, como motor o foco de sufrimiento en su control/descontrol dado su vínculo irrevocable con la dimensión sociocultural – y por ende, socioeconómica – del hecho alimentario.

¿Tú sabes el dinero llama el dinero? el azúcar llama al azúcar (...) es lo que comemos, es lo que comemos lo que nos fastidia, a veces, sin querer pues... eh... cuando ya te sientes bien, en lugar de un sobrecito [de azúcar] pues le echas uno y medio... eso es lo que uno automáticamente hace sin querer, sí cuando ya estás bastante bien... (Cayetano, 58 años, trabaja en un “huerto del ayuntamiento con los abuelos”; énfasis añadido)

Las conversaciones plantearon que las recomendaciones dietéticas que definen que es lo que “se puede” y lo que “no se puede” comer, cuando sí y cuando no, a menudo causan sufrimiento en la vivencia del manejo por parte del paciente. Los motivos eran, sobre todo, porqué tales recomendaciones suponían la asignación de normas particulares al hecho alimentario, sin tener en cuenta que éste ya no sólo está dotado de un conjunto de normas culturales y sociales propias (Gracia, 2007), sino también de un «*habitus*» estructurado y estructurante a través del cual la persona se reconoce y es reconocida como miembro de un grupo social (Bourdieu, 1979). En varias ocasiones se citó también la dificultad o imposibilidad de comprar y cocinar “*para dos menús diferentes*” en un mismo hogar, lo que da cuenta de la importancia de la dimensión económico-material del hecho alimentario, inseparable de la dimensión sociocultural y de la médico-nutricionista (Messer, 1995: 27). La concepción asocial, acultural y aeconómica de la *dieta* y los *estilos de vida* por parte de los modelos profesionales, como señala Arar et al. (1998), hace que los profesionales relacionen directamente una glucemia “demasiado elevada” con una falta de voluntad y cooperación del paciente para acatarse a las recomendaciones profesionales. La perspectiva biomédica de la dieta-descontextualizada da lugar a una distancia paradigmática respecto a la significación de la llamada *terapia nutricional* en las personas tratadas para la DM2, dejándose de atender, a menudo, las verdaderas dificultades de gestión con las que se enfrentan éstas en su cotidianeidad.

²³ **Apunte Metodológico:** En las entrevistas traté de acercarme al papel que jugaban, para la gente entrevistada, los “tres pilares” y concretamente la medicación, debido al marco de investigación en colaboración con el ámbito farmacéutico. Luego la dieta y el ejercicio eran focos, pero no centrales, de la investigación. Encontré que la gente habló de lo que más le inquietaba y no todos los elementos del manejo de la DM2 les interesaban o le preocupaban con igual intensidad. Finalmente sucedió que al analizar las entrevistas sobre categorías “secundarias” al foco de la investigación – como la dieta o el ejercicio – encontré cantidades muy distintas de datos al respecto. En ese sentido, debo decir que los aspectos relacionados con la alimentación siempre estaban presentes, con un elevado grado de aparición espontánea, mientras que con los relacionados con el papel del ejercicio ocurría todo lo contrario. De ello deriva, pues, la diferencia cuantitativa de elementos de análisis de uno y otro aspecto en el presente apartado de la discusión.

En casa de Aquilina y Domingo, ambos tratados para la DM2, Aquilina cuenta la falta de entendimiento con su endocrino: ... *sí, es que tampoco le pregunto [al endocrino], porque lo primero, que, si yo voy con la azúcar un poco subida, como esta vez última que fui, ¡eh! ya empieza a echarme la bronca, echarte la bronca y dice una [como diciéndose a ella misma]: “cállate” [cruzando los brazos con actitud de resignación]. Y sin casi dejarla terminar, su marido, Domingo, le contesta: te echa la bronca por tu bien también...; y Aquilina termina diciendo: “bueno que sea por mi bien, pero hablando con otra modalidad o algo...*

Con ello no se pretende decir que la *terapia nutricional* se viva para todas las personas con un mismo grado de conflictividad, sino todo lo contrario. En las entrevistas se observó también ese grado de variabilidades a nivel del sujeto/individuo, la existencia de recursos particulares – materiales y simbólicos – para enfrentar los problemas («*coping*»), así como de la importancia de su intencionalidad (Menéndez, 1998). La alimentación presentó la variabilidad más destacada al respecto, comparada con el resto de campos abordados en la investigación. Pese a ello, observamos dos elementos claves para la investigación. Por un lado, el uso continuo y generalizado del lenguaje del *autocontrol* – mediante el cual, como señalan Broom y Whittaker “*los diabéticos se describen a ellos mismos, entre ellos, y sus comportamientos, como teniendo o careciendo de control, como estando bajo o fuera de control*” (2004: 2374) contexto en el cual “tener control” denota poder y agencia del sujeto/individuo, mientras que “no controlarse” indica caos, locura y debilidad moral (2004: 2381). Y, por otro lado, el lenguaje de la *culpabilidad* – cuando el autocontrol no se logra, en un marco general de asunción de la obligación moral de “cuidarse” y “mantenerse en salud”.

En segundo lugar, en cuanto al *ejercicio físico* y su rol en el citado balance, por lo común, la concepción que se tenía era en clave de remedio, hallándose dos significaciones distintas según la escala temporal a que se referían. Por una parte, se referían a una escala temporal corta, es decir, de bajar el azúcar que hoy o ayer “*comí de más*”; y, por otra parte, se referían a un bienestar general causado por la actividad física constante que correspondería a una escala temporal más amplia. La mayoría de los entrevistados se referían a la actividad física que realizan en su día a día – sobre todo andar – articulado con las actividades cotidianas de ir a comprar, darse un paseo en la playa, etc. A su vez, la realización de actividad física “extra”, más allá de lo incorporado en el «*habitus*», se teñía siempre del lenguaje moral del esfuerzo y la fuerza de voluntad. Finalmente, cabe comentar que los mayores grados de conflictividad respecto al *ejercicio físico* prescrito aparecían en aquellas personas con dolencias físicas o cierta diversidad funcional que le condicionaba la movilidad; en estos casos, en base al precepto de la actividad física como práctica “compensatoria”, a menudo las personas decían que, por ello, “*se tenían que controlar más*” con lo que comían.

Además de lo anterior, podemos decir que, de manera generalizada, los roles y funciones de la alimentación y la actividad física, como causa o remedio para la DM2, se articulaban muy a menudo con otros diversos roles y funciones de los mismos respecto a la regulación del peso corporal, dislipidemias y ECV en general; dando lugar a manejos más o menos laberínticos del conjunto global de procesos de *s/e/a-p*, vividos al mismo tiempo con mayor o menor

padecimiento. Destacamos este hecho porque da cuenta de la integración de la vivencia del llamado «Síndrome Metabólico» en la gente tratada para ello, así como deja entrever, en los adultos mayores, la complejidad de la articulación de los procesos de s/e/a-p atendidos desde los dispositivos sanitarios. De todas las guías analizadas, la guía de SEFAC es la única que aborda aspectos relacionados con esta articulación, pero lo hace exclusivamente referido al co-tratamiento farmacológico.

Siguiendo con los significados de “los pilares terapéuticos”, en tercer lugar, respecto al papel de la medicación en el balance de niveles de azúcar la representación común es la más común de las representaciones halladas en la presente etnografía. Para la gente entrevistada, la medicación oral es el elemento remedio que con mayor certidumbre contribuye a mantener los niveles de azúcar adecuados. Así como la alimentación puede tener ese doble rostro de “causa-mal” y “remedio” que lleva a prestarle atención de manera constante, la medicación sólo presenta la segunda, en cuanto a que se asume la eficacia científico-técnica como reguladora del azúcar. Pese a ello, cabe destacar que las narrativas sobre la medicación no están exentas del recurrido lenguaje del control, en este caso relacionado con el (in)cumplimiento de las pautas prescritas; eso es, el “*tomarse en serio la medicación*” o no.

Como vemos, las medidas de manejo de la DM2 en las vidas de la gente es un aspecto amplio, complejo y de una densidad abrumadora. Lo que pretendemos destacar aquí es precisamente eso. Las guías profesionales, mediante la recurrente simplificación científico-técnica, plantean la *dieta* y el *ejercicio físico* como medidas terapéuticas aisladas de la vida de la gente tratada. Eso es, desvinculadas de las dimensiones socioculturales – y por ende económico-políticas– en las que éstas se significan en la vida real. En cambio, la perspectiva de la gente tratada se fundamenta en la articulación intrínseca de la llamada *dieta* con el *hecho alimentario* y del *ejercicio físico* con la *actividad cotidiana*. Finalmente, considerando la articulación observada del lenguaje del control con la *dieta*, el *ejercicio* y también la *medicación*, cabe pensar que la autoevaluación que cada uno haga del (in)cumplimiento de las pautas médicas estará influyendo en el grado de *control imaginado* de la enfermedad.

2.7 Re-significar la medicación.

Entre *habitus* y *práctica ritual* de eficacia incuestionable

Llegado a este punto, y dados los focos de interés de la investigación, es preciso destacar los aportes etnográficos respecto a la resignificación de los fármacos orales por parte de la gente que las usa para tratar la DM2. En el anterior apartado vimos como la *dieta* y *ejercicio* se significaban como parte de la vida cotidiana de la gente. Los resultados respecto a la medicación parten del mismo proceso, de la normalización social del uso de medicamentos y del “*haberse acostumbrado a ello*”, como dicen los entrevistados, eso es, la incorporación de los mismos más que en la cotidianeidad, en el *habitus* de la *gente mayor*.

En general, al preguntar por la medicación en las conversaciones hay un claro dominio del discurso sobre la pauta (más que la sustancia, la función o el efecto); hablan de cómo se inserta la medicación en su vida diaria, cuándo y dónde la toman y qué toman en cada toma. Ello da

cuenta de la resignificación de la sustancia que tiene lugar al hacer uso de ésta, pues deja de ser *sustancia bioquímica* empíricamente aislada como la consideran el médico que la prescribe y el farmacéutico que la dispensa, y pasa a ser una *pauta de tomas*, una combinación de cajas de colores y de pastillas de tamaños variados cuyos usos se articulan con la cotidianidad y la rutina diaria (desayuno, comida, cena), como puro automatismo – como dicen algunos “*sin pensarlo*”. En ese uso incorporado por la gente, destacamos además que tanto la plurimedicación – muy frecuente entre los entrevistados – como la cronicidad de los tratamientos fortalecen sinérgicamente tal resignificación.

El análisis de las distancias entre las perspectivas sobre la medicación da cuenta de la importancia metodológica de *des-normalizar*²⁴ el uso de la medicación, así como de considerar el triángulo dialógico entre «sustancia-sujeto-contexto»²⁵ (Zinberg, 1984) en el que se articula el uso y consumo de la medicación.²⁶ De este modo, en la literatura biomédica y las respectivas guías se observa que las ciencias farmacéuticas se centran en el medicamento (sustancia) y las ciencias médicas, que articulan sujeto-sustancia con el fin terapéutico, lo hacen incorporando la perspectiva de las ciencias *psy* respecto al *sujeto* (carácter, personalidad e intencionalidad). En ninguno de los dos casos se considera la articulación de las prácticas al respeto con la vida diaria del sujeto, así como con las contingencias estructurales, materiales y simbólicas, en las que se encuentra el par sujeto-sustancia.²⁷ Son aproximaciones descontextualizadas y por ello presentan claras limitaciones. Por un lado, limitaciones analíticas y prácticas respecto a la realidad general donde la gente tratada vive y usa-consume-significa los medicamentos; y por otro lado, limitaciones explicativas respecto al suceder final de la farmacoterapia, es decir, respecto a la (in)adherencia al tratamiento y/o al fracaso/éxito terapéutico.

Abordemos por un momento el carácter simbólico de la medicación para ver sus implicancias en el “problema del control”. Al preguntar por la medicación como herramienta para controlar la enfermedad, no se encontró ni una persona que pusiera en entredicho o dudara de la

²⁴ **Apunte Metodológico:** Tomar la medicación y su uso como objeto de estudio supone un cuestionamiento de la legitimación social que tienen en nuestras sociedades, eso es, “cuestionar lo obvio” para ahondar en los procesos estructurales – materiales, institucionales y simbólicos – que fundamentan dicha *normalización* social del uso de medicamentos, dada en el proceso de *modernización* por la cual se crea la sociedad de lógica consumista, que como dice Romani (1999), son dos caras de la misma moneda.

²⁵ Entendemos el **contexto de las sustancias**, como magistralmente expone Romani (2007), como las condiciones estructurales de los sujetos por el hecho de pertenecer a un grupo social determinado; así como el universo simbólico que dan las redes procesuales y dinámicas donde se articulan las interpretaciones y los significados. Se trata de un contexto sociocultural – y por lo tanto económico-político –, que se compone de: una organización social básica, unas pautas culturales, una configuración sociopolítica interna, una situación geopolítica, y otros aspectos ligados a la sustancia particular en cada caso.

²⁶ **Apunte Metodológico:** El uso del marco teórico descrito en el marco de la antropología de las drogas se justifica al considerar que medicamentos y drogas, así como la distancia o diferencia entre ambos, corresponden a categorías culturales atribuidas a una sustancia de manera distinta según un determinado contexto sociocultural. Muchas veces tal distinción se trata, como apunta Romani (2007), de un ejercicio de legitimación institucional y, por ende, social; el mismo que al “des-normalizar” la medicación, pretendemos poner en cuestión.

²⁷ Analogía en el **campo de las drogas**, fenómeno expuesto por Romani (2007).

capacidad de la medicación por realizar la función por la que estaba prescrita. La medicación representa a un objeto resultado del desarrollo científico-técnico industrializado en el campo de la salud, incorporado en la gestión de la salud/enfermedad como innovación por lo general incuestionada, articulada con la desaparición de la memoria de los procesos y las maneras previas para realizar tal función, eso es, cambiando y promoviendo el olvido de la tradición anterior (Mumford, 1969). Cabría preguntarse ¿cómo se cura un dolor de cabeza si no es con un ibuprofeno o un paracetamol? En el caso de la DM2, en que la persona asume “a ciegas” el diagnóstico médico realizado por técnicas analíticas especializadas se asimila de manera aún menos cuestionada el hecho de incorporar la farmacoterapia como medida terapéutica; pues se entiende como remedio para la “enfermedad” surgido del mismo modelo científico-técnico que la definió, el biomédico. A su vez, tal y como comentaban los entrevistados y como señala Méndez (2000), la prescripción médica, como sistema experto cuyo saber/poder es hegemonícamente legitimado, y cuya “buena voluntad” es generalmente presupuesta, fortalece esta eficacia simbólica atribuida a la medicación. La gente cree en la validez del sistema explicativo biomédico incluso pese a que éste comporte conflictos con el profesional por diferencias respecto a sus vivencias en salud/enfermedad. Es decir, se puede cuestionar el comportamiento de un determinado médico, pero nunca la ciencia biomédica como manera de comprender y recrear la realidad, de explicar y tratar “la enfermedad”. Por ello, la gente supone la eficacia científico-técnica de la medicación porque creen en tomar un objeto elaborado por el saber biomédico en base a la concepción científica del cuerpo y su conocimiento. Como dice Méndez:

“El medicamento hace efecto porque se cree en él y se cree en él porque hace efecto. Ambas representaciones se entrelazan, convergen en un objeto que es un símbolo porque incorpora mediaciones y poderes más allá de las funciones que le han sido preestablecidas desde el laboratorio de producción y/o por el médico que lo prescribe” (2000: 524).

Finalmente, esta creencia en el modelo biomédico como mito explicativo, la densidad simbólica, la práctica rutinaria y definida con sentido, así como la finalidad terapéutica que la caracterizan, nos llevan a pensar en la medicación, como expresa Cayetano, como práctica diaria de un ritual de aflicción (Turner, 1980).

Confiar en la medicación, confiar... (...) para mí [la medicación] es un acto de fe, ahora que si vosotras que sois... yo es que casi no tengo estudio, yo sólo estudié hasta sexto grado, y a ver no sé eso, como eso un acto de fe hasta qué punto se interpreta... (...) pero cuando tomas la medicación es como un ritual que tienes que tener, para mí, un ritual; y ¿por qué viene ese ritual? pienso yo que es porque tienes más ganas de vivir cada vez que... (...) [La medicación es] como muy a la hora ¿no? como el que va a misa, por eso me sale a mí la palabra ritual ¿no sé si es muy...? Imagino el rosario ¿sabes? Cuando están así por la mañana la que me... San Mateo, San no sé qué.... Y viene lo mismo ¿no? si te lo pones a pensar... es que es... la vida, la vida hoy en día tal como están las cosas y tal como viene apretando el otro [se refiere a Mariano Rajoy, presidente del gobierno en ese momento], cada día es un ritual, “a ver cómo me va”, “tiene que irme bien”, “primero

Dios que esto, primero Dios que lo otro”, a veces sin ser católicos nos encomendamos a algo. (Cayetano, tomando un café en la terraza de un bar, después de ir juntos a su visita al médico; énfasis añadido)

El testimonio de Cayetano muestra de manera solemne la articulación sinérgica entre la fe, el ritual y la eficacia simbólica asociada a la medicación en la significación de la misma por parte de la gente que la usa. Sinérgica en la medida en que cada uno de estos elementos se suma al resto al mismo tiempo que los refuerza, los consolida y potencia la densidad simbólica que reviste la medicación, vista como práctica diaria en la que uno confía para tratar la DM2. Queda fuera del alcance de esta investigación adentrarnos en las controversias de la creencia-fe-confianza en el medicamento (Méndez, 2000), así como entrar en el abordaje de la función fisiológica de esta presunta eficacia terapéutica, eso es, del «efecto placebo» y la «eficacia simbólica» tal y como magistralmente los exponen Moerman (2002) y Lévi-Strauss (1979), respectivamente. De todos modos, de acuerdo con Benoist (1990) y Méndez (2000), las actitudes y los comportamientos de los pacientes, mejor dicho, de los consumidores de medicamentos, resultan incomprensibles si quienes los recetan o quienes los dispensan y realizan el seguimiento farmacoterapéutico *“olvidan las dos facetas inseparables del medicamento: él hace efecto porque es un símbolo y es un símbolo porque hace efecto”* (Méndez, 2000: 515); Nuestra pregunta concreta respecto al foco de investigación es la influencia de éste fenómeno no tanto sobre el logro en el control de los niveles glucémicos, sino sobre el *imaginario* que elabora la persona tratada respecto al control de éstos.

Abordar este punto del análisis respecto la resignificación de la medicación por parte de la gente que la consume, bien merece cuestionar el planteamiento farmacéutico de la llamada *efectividad* en el seguimiento farmacoterapéutico. Tal y como se dijo en la introducción, los farmacéuticos con los que inicié la investigación consideraban que los pacientes atribuían una elevada *efectividad* a la medicación antidiabética. Pero cabe destacar que la pregunta no se realizaba en términos de *efectividad* mismamente dicha, sino de manera más general con tal de lograr la comprensión del entrevistado y llegar a conocer la evaluación que éste realizaba de su medicación antidiabética. En la fase etnográfica se observó que el criterio más común de evaluación de la gente entrevistada no era tanto la efectividad – referida a la potencia o capacidad del fármaco oral de mantener los niveles de glucemia –, sino el hecho que la medicación no *“le sentara mal”*, – lo que en terminología farmacéutica se asimila al concepto de *seguridad de la medicación*. Como ya dijimos, en las conversaciones se observó que, para los entrevistados, la medicación representaba una “red simbólica” por la cual los mismos confían en el efecto-remedio de los fármacos orales para tratar la DM2. Además, la *“ceguera diabética”* impide el contraste perceptivo de esta «eficacia simbólica» asociada a la medicación. Luego, desde la perspectiva antropológica observamos que el hecho de conceptualizar las respuestas bajo la variable de *efectividad* fue un ejercicio limitante, pues escapaba de la consideración del entramado simbólico que resulta la medicación para la gente que la consume; al mismo tiempo que encubría la expresión de los entrevistados sobre la “potencia dañina” de la medicación.

Además de lo anterior, como dijimos al exponer la problemática foco de la investigación, desde la perspectiva farmacéutica se presupuso que la “elevada *efectividad* atribuida a la medicación por parte de los pacientes” tiene consecuencias negativas en los resultados finales de la terapia, en la medida en que reduce la importancia que da la gente tratada a la “modificación de los estilos de vida”; lo que finalmente causaría un incumplimiento de éstas, un “descontrol glucémico” elevado y un incremento en la distancia de éste respecto al *control imaginado*. Como podemos ya intuir, las limitaciones de la epistemología biomédica en este campo crecen en grado exponencial al intentar explicar los resultados frustrantes de la terapia farmacológica; pues se basan en conceptualizaciones asociales y aculturales obviando el contexto en el que se significa la práctica farmacoterapéutica.

Veamos qué podemos aportar como contraste al citado y controvertido presupuesto farmacéutico. Al analizar las guías profesionales se halla el protocolo de iniciar la terapéutica diabética con la prescripción de la “modificación del estilo de vida” y en caso de que éste fracase, entonces se pautaría la medicación y se seguiría insistiendo en los anteriores. En cambio, la mayoría de la gente entrevistada contaron que, tras la analítica donde se les detectaba “*el azúcar*”, se prescribía la nueva medicación; (“*te añaden una pastillita más*”, como dice José) sin haberle dado previamente ninguna explicación ni recomendación sobre su condición diabética y las implicaciones de la alimentación y la actividad física al respecto. La importancia relativa que se da a unas y otras medidas en la comunicación médico-paciente en el momento del diagnóstico y del inicio de la terapia es un elemento clave para explorar la hipótesis enunciada. La gente entrevistada mostró conocer y dar relevancia a las medidas en la alimentación y la actividad física; así como sus testimonios dejaron entrever cierta distancia entre el protocolo y la práctica clínica. Por ello, el caso evidencia la necesidad de un contraste etnográfico para observar la dimensión práctica, por un lado, de la profesión médica en la consulta, así como, por otro lado, de las personas con DM2 en su cotidianidad; aquí queda planteada la cuestión, y la controversia, manifiesta.

Considerando lo dicho hasta ahora sobre la resignificación de la farmacoterapia, podemos decir que los resultados de la presente investigación dan algunas claves para explicar cómo puede influir la eficacia simbólica de la medicación en el elevado grado de control imaginado expuesto por la gente entrevistada. Partiendo de la aclaración elaborada más arriba sobre el *control imaginado* – respecto al *control percibido* – de la propia DM2, resulta lógico pensar que el hecho de cumplir con la pauta prescrita de medicación, a la cual, a su vez, se atribuye sin dubitación una potencia simbólica elevada, puede estar contribuyendo a la presunción de un mayor control de la DM2. Finalmente, esto podría explicar no tanto el “descontrol glucémico”, como sí la distancia del *control imaginado* respecto al contrastado por las analíticas.

De nuevo, el ahondar en las controversias sobre las perspectivas biomédicas hegemónicas y las perspectivas de la gente tratada, se observa la divergencia e incluso contradicción entre ambas. El presente apartado señala la necesidad de re-considerar los protocolos de seguimiento farmacéutico en tres direcciones esenciales. Primero, considerar la medicación

tal y como se significa en la vida de los pacientes tratados para la DM2, eso es, como práctica – más que cómo sustancia – incorporada en el *habitus* y dotada de cierta ritualidad temporal y espacial. Segundo, considerar la medicación como *símbolo* – más que como objeto – inserto en el mito del avance científico-técnico industrializado. Y tercero, tener en cuenta la distancia entre las conceptualizaciones propias de la ciencia farmacéutica centradas en la dimensión empírica – como la *efectividad* y la *seguridad* – y la amalgama de significados que tiene la medicación en la realidad general de la gente que la usa.

3. APRENDIZAJES Y RE-CONOCIMIENTOS. CONCLUSIONES.

En la exploración infinita – como nos decía Menéndez – intentando responder a la pregunta de un *por qué*, no puede decirse que hayamos hallado respuestas definitivas ni irrefutables. Como señalé al principio, esto forma parte de un proceso dinámico de investigación, y, por ende, los resultados y las líneas de discusión inscritas son temporales y parciales. Con el objetivo de explorar las posibles respuestas a la “problemática del control” se han abordado múltiples aspectos entorno al proceso *s/e/a-p* como los objetivos, la evaluación del proceso y las llamadas medidas terapéuticas para la DM2. Focalizando el análisis en observar en qué medida cada uno aportaban claridad a la pregunta inicialmente planteada, hemos visto abrirse, no una, sino abundantes cuestiones dignas de ser estudiadas con mayor profundidad.

En el momento en que ahora nos hallamos, tras la inmersión etnográfica que recoge el presente texto, podemos señalar que los resultados obtenidos arrojan luz a la comprensión del problema, pues mediante la perspectiva antropológica se han abordado dimensiones significativas que son obviadas en el modelo biomédico hegemónico. Y con ello, cabe destacar que la luz no surge de un análisis en profundidad de las perspectivas de los pacientes únicamente, sino del contraste de éstas respecto a las perspectivas de los modelos profesionales inscritos en las guías. Tomar a ambos como modelos socioculturales ha sido la condición *sine qua non* para constatar la distancia que les separa.

El desarrollo hasta el momento de la investigación permite afirmar que en el caso de la DM2 profesionales y pacientes significan el proceso *s/e/a-p* en dos universos simbólicos alejados; los primeros se limitan a la realidad empírica y condensan objetivos, evaluación y control de la DM2 en una estrecha franja del presente; mientras que los segundos abarcan la realidad general, donde objetivos, evaluación y control suponen a su vez múltiples dimensiones a escalas temporales de la realidad general, y donde además se incluye la complejidad del principio de la contradicción entre distintos puntos de la escala temporal. El modelo profesional, así pues, deja de atender todo el resto de dimensiones reales, pero no-empíricas, donde vive y significa el proceso la gente tratada para la DM2.

La pregunta concreta respecto la diferencia entre el *control imaginado* y el *control contrastado* queda respondida fundamentalmente por esta distancia, pues la contraposición de un control respecto al otro es una representación más de los citados modelos. A su vez, en la presente

etnografía se hallaron puntos clave que destacan las particularidades y clarifican la complejidad del “problema del (des)control diabético”.

La llamada “ceguera diabética” de la que daban cuenta las narraciones de los entrevistados, así como la consecuente cesión – casi total – de la evaluación empírica del progreso orgánico al dispositivo experto, resultan ambas significativas para comprender la experiencia de control de las personas tratadas, inserta en las sólidas relaciones de poder con el sistema experto. En la “discomunicación” entre modelos, el análisis del uso polisémico del término «control» ha mostrado un juego controvertido entre una aparente concordancia y una amalgama profunda de múltiples acepciones cuya distinción en el uso, es a menudo difusa. Lo relevante ha sido observar que, a su vez, la polisemia del término condensa connotaciones respecto a la responsabilidad, la autoridad, la vigilancia y la disciplina; que tiñen de una densa moralidad al lenguaje entorno la diabetes.

Respondiendo a una de las preguntas de investigación, el análisis ha constatado que fundamentar la estrategia de salud pública, así como la práctica clínica en el paradigma del riesgo, operativizado por los *factores de riesgo* y la individualización conceptual de los *estilos de vida*, tiene consecuencias negativas en los resultados de la asistencia. Primero, porque individualiza el proceso, invisibiliza las contingencias estructurales y hace recaer toda la responsabilidad en el sujeto; y segundo, porque reafirma la limitación del enfoque de actuación a la realidad empírica, intensificando aún más el alejamiento de los profesionales sanitarios de la realidad total de la salud de los pacientes.

La etnografía ha mostrado que esta concepción des-contextualizada, asocial y acultural de la DM2 por parte del modelo biomédico conduce a conceptualizar la terapia como elementos aislados de la vida cotidiana de las personas; mientras que en las conversaciones con los entrevistados se constató la articulación intrínseca de la *dieta*, el *ejercicio* y la *medicación-sustancia*, con el hecho alimentario, la actividad física y la medicación como práctica, respectivamente. Es decir, que no resultan hechos terapéuticos aislados, sino partes constituyentes del *habitus* de la gente tratada y con el que se articula la gestión o manejo de la condición diabética. En concreto, respecto a la medicación, los datos y el análisis etnográfico dan cuenta de una distancia abismal entre la concepción de ésta en la experiencia de los profesionales que la prescriben y la dispensan y la significación, simbólicamente densa y ritualizada, en la experiencia de la gente que las usan.

La negación de las dimensiones sociales, culturales y económicas del proceso de s/e/a-p en pro de la simplificación científico-técnica termina por elaborar, desde el modelo biomédico hegemónico, modelos de atención y tratamiento para la DM2 a menudo incoherentes con la realidad vivida por los pacientes. Finalmente, como dice Arar, et al. (1998) el resultado terapéutico más destacado es, frecuentemente, la frustración de ambos: los profesionales por no ser capaces de “controlar los factores de riesgo y frenar el progreso de la enfermedad” y los pacientes por no llegar a integrar la condición diabética en su vida diaria y recibir “los regaños” de profesionales, y a veces también, de sus propios familiares.

A lo largo de este artículo, he querido exponer los resultados del estudio etnográfico tal y como fueron surgiendo inmersos en el proceso de investigación; articulados pues con las descubiertas y “batallas” epistemológicas que la misma supuso. El estudio etnográfico partió de la dificultad, a la par que reto, de enfrentarnos desde la antropología a una problematización descrita en un ámbito interdisciplinar en el cual la epistemología farmacéutica muy a menudo acabó por fijar los términos usados en el planteamiento inicial de las hipótesis. Ello supuso una revisión epistemológica al mismo tiempo que se iban explorando las posibles explicaciones al problema estudiado. Así, revisamos los conceptos de “*control percibido*” – y la llamada *percepción* – y a la categoría farmacéutica de “*efectividad*” de la medicación.

Al re-pensar los conceptos, analizar sus implicancias y buscar alternativas conceptuales, nos dimos cuenta, una vez más, de las limitaciones del reduccionismo empírico de las ciencias biomédicas. Esta tarea de revisión epistemológica ha supuesto cuestionar las propias bases de la investigación; es decir, que el planteamiento de la misma se ha vuelto también objeto de estudio, y ello pese haber complejizado el proceso analítico, finalmente ha reforzado los resultados obtenidos. El ejercicio ha contribuido a identificar las implicancias limitantes ya no sólo de la perspectiva, sino de la misma epistemología biomédica-farmacéutica, en la comprensión de la DM2 y en la explicación de la abordada “problemática del control”.

Futuribles pasos

En una ocasión, Cayetano me dijo:

es un acto de fe, es que tienes que tener fe (...) si te tomas la pastilla, que te dicen que te va a poner bien... pues es que cuando estás así tienes que agarrarte a un clavo ardiendo y yo pienso que esto es fe ¿no?

En la toma de la medicación hay un acto de fe, sí, como ya dijimos. Pero “*agarrarse a un clavo ardiendo*” no da cuenta de esta fe sino del hecho que optar por este sistema de atención y tratamiento no es una elección del todo libre, sino más bien una única opción disponible. Eso es, da cuenta de la posición de vulnerabilidad respecto al sistema experto. Como es lógico, la “ceguera sintomatológica” y la cesión de la evaluación del progreso de la enfermedad tienen mucho que ver con ello.

Si ahora continuara con el estudio del “fenómeno diabético”, lo plantearía desde un enfoque claramente socio-antropológico, con el objetivo de hallar *otras* maneras ya no sólo de describir, analizar o explicar, sino también de actuar en el acompañamiento de la condición diabética.

Me focalizaría en los procesos sociales de los que da cuenta este particular proceso s/e/a-p; bajo un enfoque basado no en el *riesgo*, sino en la vulnerabilidad de las personas mayores diagnosticadas y tratadas del llamado «Síndrome Metabólico» (y ya no sólo de DM2), que son la gran mayoría. Los trastornos según los cuales se define el síndrome presentan uniformidades características en cuanto a ser padecidas por una misma generación de gente adulta mayor, ser tratadas con fármacos en el marco de la plurimedición, estar orgánicamente asociadas con el metabolismo y socialmente articuladas con los estilos de vida

y, por ende, con las condiciones socioeconómicas de la gente diagnosticada. La opción sería una aproximación integradora, que no se fundamentara en la “disección” de las partes para un análisis forzosamente simplificado, sino que ponga atención a las sinergias en la articulación de los distintos procesos de s/e/a/p; pues finalmente todos se viven al mismo tiempo, en los mismos cuerpos, en las mismas condiciones – además socialmente compartidas-, para cada una de las personas tratadas.

Por todo lo anterior, pensamos que el paradigma «*syndemics*» descrito por el antropólogo americano Merrill Singer en la década de los 90, resultaría adecuado como alternativo marco de investigación. El enfoque *syndemics*²⁸ se usa en primer lugar como modelo alternativo en el abordaje de la llamada comorbilidad, pero va muchos allá de esto, pues se focaliza en la relación con las condiciones sociales que agrupan las enfermedades en las poblaciones; eso es, pone al mismo nivel – a la vez que articula – el entorno sociocultural, con la ocurrencia de enfermedades (categorías biomédicas) y los comportamientos (variabilidad individual). *Syndemics* se centra en las experiencias de las poblaciones que sufren estas simultaneidades y para las que éstas suponen una carga de consecuencias negativas para la salud. No es lo mismo sufrir diabetes que sufrir diabetes junto con hipercolesterol, obesidad e hipertensión. Biológicamente actúan conjuntamente y afecta en la gestión del estado de salud que va a darse de manera significativamente diferente. Además, también las coyunturas de la vulnerabilidad – *syndemics social* – en las causas de cada una de las enfermedades a menudo coinciden, y/o se adicionan aún más. Los *syndemics* son siempre acumulables, y se dan en varias dimensiones al mismo tiempo: biológica, fisiopatológica, social, económica, etc. Es por ello por lo que hablar de *syndemics* y no de comorbilidad resulta interesante para dar mayor peso y visibilidad analítica a las contingencias estructurales en que se desarrollan los procesos de s/e/a/p, y que, como hemos visto, son tan significantes en la articulación de los procesos en las vivencias de las personas tratadas para la DM2 (Singer, 2009: 1-23).

²⁸ Hay varias publicaciones que usan el concepto *syndemics* para la asociación de la diabetes con otras enfermedades y condiciones estructurales de vulnerabilidad. Ver por ejemplo, Candib, L. (2007). “Obesity and Diabetes in Vulnerable Populations: Reflection on Proximal and Distal Causes.” *Annals of Family Medicine* 5:547-556; Hein, C., Small, D. (2007). “Combating Diabetes, Obesity, Periodontal Disease and Interrelated Inflammatory Conditions with a Syndemic Approach.” *Grand Rounds Oral-Sys Med*. 2:36-47; Mendenhall, E. (2011). “The VIDDA Syndemic: Distress and Diabetes in Social and Cultural Context”. PhD Dissertation, Department of Anthropology, Northwestern University; Para un breve resumen sobre las potencialidades de Syndemics en el Síndrome Metabólico, ver: Ruiz, J., y Marc E. (2010). “Metabolic Syndrome, Diabetes Mellitus and Vulnerability: A Syndemic Approach to Chronic Diseases.” *Revue Medicale de la Suisse Romande* 6(271):2205-2208.

NOTAS NOTAS NOTAS **NOTAS** NOTAS NOTAS NOTAS

¿Debo usar "pacientes" ...?

No sin cuestionarlo

Alternativas...

~~Diabéticos~~ Gente Personas Sujetos
diagnosticados de DM2 tratados para la DM2

¿Participantes? Entrevistados

Diabetes Mellitus Tipo 2 DM2

¿Enfermedad...?

Demasiado amplia, amalgama de implicancias...

No sin cuestionarlo

Anclaje vivencial Condición diabética Padecimiento

Anclaje orgánico Proceso fisiopatológico

Proceso s/e/a/p

¿Quién habla?

Nosotros Equipo Yo

Ella Él Ellos

Ellos Yo Nosotros

¿En qué tiempo verbal inscribir?

Fue Ha sido

Fuera fuese

No Es ~~universalidad~~

¿Control *percibido*?

No sin cuestionarlo

(Pre)Supuesto Presentido

Imaginado

¿La gente habla de *Efectividad*?

No sin cuestionarlo

Efectividad- farmacéutica Eficacia

Seguridad-farmacéutica

Eficacia simbólica

¿Control?

¿Manejo? ¿Terapia?

¿Gestión?

¿Locura?

¡No, etnografía!

Ah...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAR, N.H.; HUNT, L.M.; LARME, A.C.; (1998). "Contrasting Patient and Practitioner Perspectives in Type 2 Diabetes Management." *West J Nurs Res*, 20(6): 656-682.
- BALCÁZAR-NAVA, P. et al. (2008). "Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2". *Revista electrónica de psicología*, 6:147-158.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BOURDIEU, P. (1998 [1979]). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- BROOM, D.; WHITTAKER, A. (2004). "Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2." *Soc Sci Med*, 58 (11): 2371-82.
- COHEN, M.Z.; TRIPP-REIMER, T.; SMITH, C.; SOROFMAN, B.; LIVELY, S. (1994). "Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation." *Soc Sci Med*, 38(1): 59-66.
- DIGIACOMO, S. (1999). "Can There Be a "Cultural Epidemiology"?" *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (4): 436-457.
- FORNOS PÉREZ, J.A. (Coord.) (2012). *Guía Práctica de atención farmacéutica al paciente diabético*. Madrid: SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria).
- GENUTH, S. (2006). "Insights from the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study on the use of intensive glycemic treatment to reduce the risk of complications of type 1 diabetes." *Endocrine Practice*, 12: 34-41.
- GODAY, A. (2002). "Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias" *Rev Esp Cardiol*, 55(6): 657-70.
- GRACIA, M. (2007). "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario". *Salud Pública Méx*, 49(3): 236-242.
- GRACIA, M. (2009). "Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas". *Salud Colectiva*, 5(3): 363-376.
- GRUP DE TREBALL DE L'ICS. (2002). *Autoanàlisi de glucèmia capil·lar en la diabetis. Guia de pràctica clínica i material docent, núm. 5*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- HUNT, L.M., VALENZUELA, M.A., PUGH, J.A. (1998). "Porque me tocó a mi? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors." *Soc Sci Med*, 46(8): 959-969.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. (2003) *Diabetes Atlas*. Bruxelles: International Diabetes Federation.
- KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1979). "La eficacia simbólica". En: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropología estructural*. Barcelona: Ed. Paidós, pág. 211-228.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- MATA, M. et al (2010). *Abordatge de la diabetis mellitus tipus 2. Guia de pràctica clínica, núm. 15*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- MÉNDEZ, M. (2000). "El rostro y los efectos de los medicamentos: un análisis socio-cultural". *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 10(29): 513-538.
- MENÉNDEZ, E.L. (1984). "El modelo hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, 3: 83-121.
- MENÉNDEZ, E.L. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios sociológicos*, 46: 37-67.

- MESSER, E. (1995). "Perspectivas antropológicas sobre la dieta". En Contreras, J. (comp.) *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Ed. Universidad de Barcelona, pág. 27-81.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1993). *Indicaciones de calidad en la prescripción farmacológica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). *Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MOERMAN, D. (2002). *Meaning, Medicine and the "Placebo Effect"*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MUMFORD, L. (1969) *El mito de la máquina*. Buenos Aires: EMECE Editores, S.A.
- MURILLO, M.D., FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F., TUNEU I VALLS, L. (2004). *Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Diabetes*. Barcelona: Espai Gràfic Anagràfic.
- OLIVA, J., LOBO, F., MOLINA, B., MORENO, S. (2004). "Direct health care cost of diabetic patients in Spain." *Diabetes care*, 27(11): 2616-21.
- OROZCO-BELTRAN, D., GIL-GUILLEN, V.F., QUIRCE, F., NAVARRO-PEREZ, J., PINEDA, M., GOMEZ DE LA CAMARA, A. et al. (2007). "Control of diabetes and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care. The gap between guidelines and reality in Spain." *Int J Clin Pract*, 61(6): 909-15.
- PEDRERA ZAMORANO, J-D., CANAL MACÍAS M-L., LAVADO GARCÍA, J-M., POSTIGO MOTA, S., SÁNCHEZ BELDA, M., DURÁN GÓMEZ, N. (1999). "Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes." *Rev Esp Salud Pública*, 73(6): 677-686.
- ROMANÍ, O. (1999). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, O. (2007). "De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas." En Esteban, M.L. (ed.) *Introducción a la antropología de la salud*. Bilbao: Ed. Luna, pág.117-134.
- ROSALDO, R. (1989). "Introducción: aflicción e ira de un cazador de cabezas". En ROSALDO, R. *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. México: Ed. Grijalbo, pág.15-31.
- SEPÚLVEDA, M. (2011). *El riesgo como dispositivo de gobierno en el campo de las drogas: Exotización, vicio y enfermedad*. [Tesis Doctoral]. Universitat Rovira i Virgili: Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- SINGER, M. (2009). "Chapter 1: Introducing Key Concepts in Syndemics" En: Singer, M. *Introducing Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco: Jossey-Bass Ed, pág. 1-23.
- STRATTON, I.M., ADLER, A.L., NEIL, H.A., MATTHEWS, D.R., MANLEY, S.E., CULL, C.A. et al. (2000). "Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes. (UKPDS 35) prospective observational study." *BMJ*, 321: 405-412.
- TURNER, V. (1980 [1967]). *La selva de los símbolos*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- VALDÉS, S.; ROJO-MARTÍNEZ, G.; SORIGUER, F. (2007). "Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española." *Med Clin (Barc)*, 129(9): 352-5.
- URIBE, T.X. (1989). "El centro de salud: una mirada médica". *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, (7): 25-37.
- ZINBERG, N.E. (1984). *Drugs, Set and Setting. The basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven-Londres: Yale University Press.

* * *