



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

ÁREA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD

**SABERES Y EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS
CON COMPLICACIONES CRÓNICAS POR DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA LOCALIDAD DE COATETELCO, MUNICIPIO DE
MIACATLÁN, MORELOS**

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE

MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA:

Tomas Loza Taylor

TUTOR DE TESIS: Zuanilda Mendoza González

Facultad de Medicina

México DF, mayo del 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES

Al Posgrado en Ciencias Médicas de la UNAM, por permitirme terminar satisfactoriamente la maestría en Ciencias Médicas.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgarme la beca con número (CVU) 481360 durante los semestres 2013-1 al 2014-2, para la realización de los estudios de maestría en Ciencias Médicas en el área de Antropología de la Salud.

A mi tutor de tesis, Dra. Blanca Zuanillda Mendoza González, por sus valiosas aportaciones al proyecto y por el tiempo dedicado para analizar y contribuir con una crítica constructiva a la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS OFICIALES

A los miembros del jurado para el examen de grado:

Presidente: Dra. Elia Nora Arganis Juárez

Secretario: Dra. Alicia Hamui Sutton

Vocal: Dra. Blanca Zuanilda Mendoza González

Suplente: Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez

Suplente: Dr. Segio Lerín Piñón

A la Dra. Alicia Hamui Sutton por su constante apoyo y orientación en el mundo de la investigación cualitativa.

A todos los profesores de la maestría en Antropología de la Salud, quienes fueron esenciales en el desarrollo del presente trabajo.

A la Coordinación de Posgrado por su apoyo y preocupación constante por la enseñanza de las Ciencias Sociales en el campo de la salud.

A mi Tutora principal Dra. Blanca Zuanilda Mendoza González, muchas gracias por su paciencia y virtud de saber escuchar.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

A mi madre por su paciencia y su constante espíritu de lucha. A mi padre por su apoyo incondicional en este camino. A mis cuatro y queridos hermanos por su solidaridad. A Marta por empujarme al camino de la Antropología Social. A Pabla por encender la luz dentro de la espesa noche. A mis compañeros del Posgrado en Antropología de la Salud de la UNAM y Medicina Social de la UAM, por sus valiosas aportaciones, discusiones y reflexiones.

Mi más sincera gratitud a mis amigos de Coatetelco por permitirme conocer una parte de su mundo, a todos ustedes les dedico el constante esfuerzo de este trabajo.

Cuarenta y tres

Gritos rasgan las nubes y desbordan
sangre joven sobre la tierra amarga,
cimbra la triste luna entre el estruendo
de las ráfagas y las metralas.

¿Cómo ver la luz bajo una tumba?

Lloran los fantasmas y los amates
por una sepultura mundana,
por ver nuevamente a los astros
y alcanzar el tono de las acacias.

Semillas de acero siembran el dolor
en nuestros cuerpos, alientos robados,
ultimados por mordaces serpientes,
vida separada de nuestros muertos.

Estudiante acicalado de rojo,
viajero de caminos utópicos...

¡Viva la voz alzada que cuestiona
cómo compartir el sol, la brújula
de tu nombre, el atrevido reclamo
al tiempo pactado y a la construcción
del espejismo que una sombra impone!

¡Viva la vida!, andariego nocturno,
contorno de nubes, brazo de luz,
sollozo unido ante la infamia,
hermano que escuchas a la montaña
y repartes su voz en letras, vives
en nuestro rostro que ahora reclama

tu ausencia...

A. M. Grosso, septiembre 2014

ÍNDICE

RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I: El cristal con el que miras	17
Propuestas teóricas	17
Saberes y complicaciones crónicas de la diabetes mellitus	18
Experiencia de la enfermedad en las complicaciones crónicas	21
Modelos Explicativos en las complicaciones crónicas por diabetes mellitus	24
Pluralismo médico	27
Biomedicina	28
Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias	29
Autoatención	31
Pregunta de investigación	31
Objetivos generales	33
Objetivos específicos	33
CAPÍTULO II: construyendo la mirada	38
Metodología	38
CAPÍTULO III: el saber epidemiológico	48
Definición biomédica de la diabetes mellitus	48
Diagnóstico	48
Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus	49
La transformación de los saberes en la construcción social de la diabetes mellitus	51
Panorama global de la diabetes mellitus	55
Objetivos cuantificables del plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, ONU 2013	58
Panorama nacional y estatal de la diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas	59
Panorama epidemiológico biomédico de Coatetelco	65
Representaciones socioculturales de las enfermedades en Coatetelco	70
Estado del arte	77

1. Experiencia de la enfermedad	77
2. Abordajes desde el interaccionismo simbólico	79
3. Abordajes desde la fenomenología	79
4. Abordajes desde las representaciones sociales y el marxismo-gramsciano	80
5. Otros abordajes	81
Investigaciones que han abordado a las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus	82
CAPÍTULO IV: sobre Coatetelco	84
Ubicación	85
La prosa bajo los árboles en los montículos de piedra	87
Narrativas de vida	97
...Cynthia	97
...Vegano	99
...César	102
...Reinalda	105
...Aldo	107
CAPÍTULO V: la percepción del padecer	111
¿Qué es la diabetes?	111
Tipos de diabetes	112
¿Cuál es la causa de la diabetes?	113
¿Qué tan común es y quién la sufre?	116
¿Cómo se desarrolla la enfermedad?	116
¿Como se previene?	117
¿Que sienten?	118
¿Como se trata?	119
Medicina tradicional	119
Terapia con biomédicina	120
Autoatención	122
Complicaciones crónicas	124
¿Qué causan las complicaciones crónicas?	124
¿Qué tan comunes son las complicaciones y qué tipos hay?	126
¿A quién afecta las complicaciones crónicas?	126
¿Cómo se previenen las complicaciones crónicas?	127
¿Qué sienten con las complicaciones crónicas?	128
¿Cómo se tratan las complicaciones crónicas?	134
Biomedicina	135
Medicina tradicional y alternativas complementarias	139
Autoatención	140

CAPÍTULO VI: el imperio de los saberes aparentes	144
¿Cuál es la causa de la diabetes mellitus?	146
¿Qué tipos de diabetes hay?	147
¿Qué tan común es la diabetes mellitus?	148
¿A quién afecta la diabetes mellitus?	149
¿Cómo se previene?	149
¿Cómo se desenvuelve la enfermedad?	151
Representaciones de los curadores respecto de la sintomatología	152
¿Cómo se detecta la diabetes mellitus?	153
¿Cómo se trata la diabetes mellitus?	154
Complicaciones crónicas	158
¿Cuál es la causa de las complicaciones crónicas?	158
¿A quién afecta y qué tan frecuente son las complicaciones crónicas?	161
¿Cómo se previenen las complicaciones crónicas?	162
¿Cuál es la sintomatología de los afectados con complicaciones crónicas?	162
¿Cómo se realiza el diagnóstico?	164
¿Cómo se tratan las complicaciones crónicas?	165
CAPÍTULO VII: niveles de atención y accesibilidad a la salud	167
Biomedicina	168
Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias	171
Autoatención	172
Representación de los curadores sobre las formas de atención	175
Biomedicina	175
Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias	179
CAPÍTULO VIII: influencia de los saberes y el péndulo de la eficacia y el fracaso	183
Influencia de los saberes biomédicos en la autoatención.	183
El curador biomédico, un locutor de la hegemonía	184
Influencia de los saberes populares	185
Influencia de los saberes populares en la autoatención	186
Influencia de los saberes religiosos	186
Tensión y articulación de los saberes populares con la biomedicina	187
La construcción de la eficacia y el fracaso	190
Representación sobre el control para lograr la eficacia	191
Representación sobre el dogma para lograr la eficacia	191
Representaciones sobre lo paliativo como eficaz	193
Representaciones sobre lo empírico como eficaz	194

Representaciones sobre el contraste como eficaz	194
Representaciones sobre la utopía en búsqueda de la eficacia	195
Representaciones sobre la prevención y la eficacia	196
El otro lado del péndulo: el fracaso	197
Representaciones sobre el fracaso por desatención	197
Representaciones sobre el fracaso por desconfianza	198
Representaciones sobre el fracaso por conflicto entre saberes	198
Representaciones sobre el fracaso por efecto secundario del medicamento	199
Representaciones sobre el fracaso por falta de mejoría	199
Representaciones sobre el fracaso por comparación entre ofertas terapéuticas	200
CAPÍTULO IX: entre las dimensiones de la experiencia	202
Somos lo que comemos: alimentación, platillos y bebidas	202
Somos el mareo del enervante: proceso de alcoholización	211
Una fractura... el cuerpo: limitaciones físicas	215
Las emociones y su papel en la experiencia	217
Violencia	221
La organización social de la muerte	225
Consideraciones finales	231
Bibliografía	238

Índice de tablas, figuras, mapas y fotos

Figura 1. Esquema teórico del proyecto	37
Figura 2. Diagrama metodológico durante las tres estancias de campo	43
Figura 3. Número de personas con diabetes por región según la IDF	55
Figura 4. Prevalencia de la diabetes en adultos de 20 a 70 años de edad	57
Figura 5. Incidencia de diabetes mellitus en las mujeres por estado	60
Figura 6. Mapa del Municipio de Miacatlán	85
Figura 7. Mapa de la localidad de Coatetelco	86
Figura 8. Trayectoria del padecer de Cynthia	99
Figura 9. Trayectoria del padecer de Vegano	102
Figura 10. Trayectoria del padecer de Cesar	105
Figura 11. Trayectoria del padecer de Reinalda	107
Figura 12. Trayectoria del padecer de Aldo	109
Foto 1. Panorama de la laguna de Coatetelco	87
Foto 2. Iglesia de Coatetelco	89
Foto 3. El baile de un chinelo en la fiesta de San Juan Bautista	92
Foto 4. En el mercado con un amigo	95
Foto 5. Centro de Salud de Coatetelco	96
Foto 6. Semillas de zopilote del árbol de caoba	123
Foto 7. Variedad de tratamientos de un médico alternativo	180
Foto 8. Camión repartidor de Coca-Cola en Coatetelco	206
Foto 9. Comida ofrecida en un Santo Escapulario	207
Foto 10. Una ofrenda para San Antonio, flores, tamales, chocolate, panes y alcohol	212
Foto 11. Huentle realizado durante el funeral de HO en Coatetelco	227
Gráfica 1. Complicaciones crónicas reportadas por diabéticos	61
Gráfica 2. Complicaciones reportadas en la base del registro Hospitalario (porcentajes)	61
Tabla 1. Padecientes hombres entrevistados	40
Tabla 2. Padecientes mujeres entrevistados	40
Tabla 3. Curadores entrevistados	41
Tabla 4. Informantes centrales que participaron en la investigación	42
Tabla 5. Curadores que participaron en la investigación	42
Tabla 6. Guía de la unidad hermenéutica	47
Tabla 7. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus	50

Tabla 8. Principales causas de mortalidad general en Morelos	63
Tabla 9. Principales causas de mortalidad en edad productiva en Morelos	64
Tabla 10. Mortalidad por diabetes mellitus según municipio	65
Tabla 11. Mortalidad por causas biomédicas en Coatetelco del 2008 al 2013	66
Tabla 12. Causas de mortalidad biomédica por edades en Coatetelco del 2007 al 2011	67
Tabla 13. Causas de mortalidad biomédica por edades en Coatetelco del 2007 al 2011	68
Tabla 14. Casos nuevos de enfermedad biomédica en la población general de Coatetelco del 2007 al 2011	69
Tabla 15. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades en Coatetelco	71
Tabla 16. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares en Coatetelco.	72
Tabla 17. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución de 0-5 años	73
Tabla 18. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución de 6 a 10 años	73
Tabla 19. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, frecuencia 11 a 17 años	73
Tabla 20. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución de 20 a 70 años	74
Tabla 21. Representaciones de las familias en Coatetelco sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas	74
Tabla 22. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución 0-5 años	75
Tabla 23. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución 6 a 10 años	75
Tabla 24. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución 20 a 64 años	75
Tabla 25. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución > 65 años	75
Tabla 26. Representaciones de las familias sobre la mortalidad por enfermedades populares en los últimos cinco años (2010-2014)	76
Tabla 27. Representaciones de las familias sobre la mortalidad por enfermedades biomédicas en los últimos cinco años (2010-2014)	76
Tabla 28. Causalidad reconocida por los afectados con diabetes mellitus	114
Tabla 29. Síntomas reconocidos por los afectados	

con diabetes mellitus	118
Tabla 30. Causas populares de las complicaciones crónicas	124
Tabla 31. Causas de interacción biomédica de las complicaciones Crónicas	125
Tabla 32. Síntomas de las complicaciones crónicas según los padecientes	129
Tabla 33. Tratamiento de las complicaciones crónicas desde la autoatención	141
Tabla 34. Datos clínicos reconocidos por los curadores de las diferentes formas de atención	152
Tabla 35. Tratamientos para la diabetes mellitus empleados por el hierbero	155
Tabla 36. Tratamientos para la diabetes mellitus empleados por la curandera	156
Tabla 37. Causas populares de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus reconocidas por los curadores	158
Tabla 38. Causas biomédicas de las complicaciones crónicas reconocidos por los curadores	160
Tabla 39. Sintomatología de las complicaciones crónicas Reconocidas por los curadores de las distintas formas de atención	163
Tabla 40. Tratamiento empleado por la atención biomédica	165
Tabla 41. Tratamiento empleado por el hierbero	166

RESUMEN

El presente trabajo indagó los saberes (representaciones y prácticas) de los individuos con complicaciones crónicas y como éstos son influidos a través de la interacción de las diversas formas de atención y la experiencia de la enfermedad. La teorías empleadas para realizar esta investigación son la teoría de representaciones sociales la cual permitió explorar la subjetividad de los afectados y los curadores, la experiencia de la enfermedad que emplea a la percepción como punto de partida de la experiencia y la construcción de la historia a partir de los sujetos y la teoría de Modelos Explicativos que retoma las categorías de illness, disease y sickness como andamiaje explicativo a nivel subjetivo y social. También se retomó al pluralismo médico como la articulación de diversas propuestas teóricas, estableciendo como eje de análisis a los diversos tipos de atención: biomédicina, medicina tradicional, medicinas alternativas complementarias, y autoatención. Esta distinción entre las formas de atención permitió concretar un análisis micro y macrosocial.

La metodología empleada fue retrospectiva, sincrónica y de corte etnográfico, dentro de la cual la observación participante y las entrevistas fueron esenciales para recabar información. Se empleó a la teoría fundamentada constructivista y a las narrativas como elementos metodológicos para rescatar el punto de vista de los actores y dar coherencia y sentido a sus relatos. Se entrevistaron a cinco personas con complicaciones crónicas por diabetes mellitus y a seis curadores (alternativos, curanderos y biomédicos). Durante la estancia en la comunidad se recabó información local con respecto a las enfermedades biomédicas y populares, lo cual permitió dar a conocer un panorama complementario al biomédico.

Durante la realización de este estudio se construyeron las narrativas de vida de las personas. Con base en los datos generados en las entrevistas, se logró condensar una valiosa información que recupera la voz de los actores con esta enfermedad y la voz de los curadores que atienden a los afectados, demostrando la interacción de diversos Modelos Explicativos dentro de la subjetividad de los participantes. El estudio de la interacción de los diversas formas de atención se puede analizar a través de las representaciones y prácticas de los actores, éstas son un fragmento histórico que nos permite ver distintas articulaciones y tensiones dentro del proceso salud/enfermedad/atención. Al recuperar las trayectorias de atención de los actores afectados, se pudo analizar a las representaciones no sólo como un fragmento sino como una interacción compleja, lo que permitió entender que existen diversos niveles de atención y que cada uno de éstos tienen características que los distinguen.

Así mismo, se indagó cómo se lleva a cabo la transmisión de saberes entre los distintos sujetos. El estudio resalta que los curadores son sujetos culturales que transmiten conocimientos que no necesariamente devienen de su profesión, sino de su experiencia. Se describió brevemente en qué consiste el proceso de síntesis de saberes, el cual es empleado por todas las formas de atención pero principalmente por la autoatención. También, se analizó como se conforman las representaciones sobre la eficacia y el fracaso terapéutico en las narrativas de los actores, estableciendo distintas representaciones para la eficacia y el fracaso según la subjetividad de los afectados y los curadores.

En el último apartado de la tesis, se explora la experiencia de la enfermedad de los sujetos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus. Las dimensiones analizadas dentro de esta categoría teórica son: alimentación, consumo de alcohol, emociones, limitaciones físicas, violencia y muerte. Estas dimensiones se relacionan con la diabetes mellitus y tienen implicaciones corporales, culturales y económicas que se explican durante el trayecto narrativo. Finalmente, las consideraciones finales condensan los puntos teóricos más relevantes encontrados durante la investigación, se comentan propuestas para mejorar la atención de la diabetes mellitus y se realiza una breve reflexión ética sobre el acto de investigar.

INTRODUCCIÓN

El interés de esta investigación es rescatar la voz de los afectados con complicaciones crónicas por diabetes mellitus y de los curadores en la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Morelos. Algunos de estos actores como los padecientes sufren el peso de una de las enfermedades crónicas más devastadoras, reflejándose en sus saberes y experiencias de vida, otros trabajan desde la atención clínica que representa una relación social compleja, donde entran en juego distintas dimensiones sociales y culturales; estos elementos son esenciales para dar sentido a la existencia social de los afectados o bien, puede ser una herramienta para mejorar la atención ofrecida por los curadores y los sistemas de salud. Al investigar la subjetividad de los actores involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención y enmarcarla dentro de un análisis sociocultural, me permitió comprender de forma distinta a los padecientes con complicaciones crónicas por diabetes mellitus. Esta enfermedad no sólo debe ser vista desde una descripción unívoca, como la atención homogénea de los curadores o las instituciones médicas, sino desde quiénes padecen y experimentan el malestar, así como desde las diversas formas de entender y atender la enfermedad.

Al tomar en cuenta las diferentes formas de atención y la relación que éstas sostienen con los afectados, me permitió indagar cuáles son los saberes acerca de la diabetes y sus complicaciones, distinguir las representaciones sobre la eficacia y el fracaso terapéutico, describir cómo se relacionan los afectados con las diversas formas de atención, comprender las decisiones personales que organizan la atención de los dolientes, describir cómo se organizan los servicios familiares, tradicionales, alternativos, privados, públicos locales y estatales para prevenir y atender a los afectados. Así mismo, me permitió conocer las limitantes que existen en las decisiones personales, familiares y en los sistemas de atención. Todos estos procesos se encuentran inscritos dentro de las dimensiones locales y globales, por lo que fue necesario entender los factores políticos, legales y culturales que influyen en el padecer y en las diversas ofertas terapéuticas (hegemónicas y subalternas) dentro de una comunidad con un alto índice de marginación y con una elevada mortalidad por diabetes mellitus.

Es importante aclarar que este trabajo buscó tomar una postura diferente a la visión biomédica, aunque en ella he desarrollado gran parte de mi actividad clínico-académica y también ha sido uno de mis incentivos para desarrollar el presente proyecto de investigación, al advertir que la atención médica brindada en una institución pública no era suficiente ni adecuada. Durante el proceso de investigación me resultó muy difícil desapegarme de la lógica y normatividad biomédica, así como también fue difícil adentrarme en un mundo cultural diferente,

donde las personas se encuentran en condiciones de pobreza y adversidad, características que definen en gran parte la historia de estos sujetos, de cómo son atendidos y cómo desarrollan la enfermedad, el padecer y el malestar. Durante mi estancia en campo, surgieron diversos cuestionamientos que desbordaron los límites de esta investigación y que, desde mi punto de vista, constituyen preguntas valiosas para poder extender el estudio o para ser consideradas en investigaciones posteriores. Algunas de estas preguntas son el núcleo de la investigación y las restantes son parte de mis reflexiones, tales como: ¿Qué es lo que piensa un sujeto con diabetes mellitus sobre su vida?; ¿Cómo vive y enfrenta esta enfermedad y sus complicaciones?; ¿Cuáles son los saberes que tienen los individuos acerca de las complicaciones de esta enfermedad?; ¿Pueden influir los saberes de médicos, familiares o miembros de la unidad doméstica en el desarrollo de la enfermedad/padecer o malestar?; ¿Cuáles son los saberes de los curadores de las diversas formas de atención sobre esta enfermedad?; ¿Qué entienden los médicos de las diversas formas de atención, así como los padecientes sobre el control de la enfermedad?; ¿Qué propuestas debemos realizar para mejorar su prevención?; ¿Qué estrategias debemos plantear para atender mejor esta enfermedad?; ¿Por qué la población más afectada es la que tiene menos recursos económicos?; ¿Aporta este estudio algún tipo de solución para los individuos afectados en esta localidad?; ¿Cómo se conforma el padecer y el malestar en las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus?; ¿Cómo impacta una enfermedad biomédica en el padecimiento y malestar de una cultura mestiza (indígena/occidental)?; ¿Cómo se diferencian los procesos locales y globales que tienen relación con las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus?; ¿Es posible ayudar a la construcción de un saber colectivo que permita mejorar a la población afectada por diabetes mellitus?; ¿Puede generarse un nuevo modelo de atención a partir de la participación social?

Esta investigación se incluye como parte de una serie de reflexiones éticas sobre nuestro comportamiento individual y social, ya sea desde la labor como investigador y la responsabilidad de interactuar con diversos actores sociales, los cuales pueden ser vistos como un objeto de estudio. Sin embargo, la visión de los actores o participantes resultan ser una fuente de reflexión social, ya que éstos pueden entender de una forma distinta el objeto de estudio, dar grandes aportaciones e inclusive ser coparticipes del acto investigativo. Finalmente, las implicaciones prácticas y teóricas alcanzadas en esta investigación, podrían o no generar ayuda a los involucrados en el estudio, así como a los integrantes de la comunidad.

CAPÍTULO I: *El cristal con el que miras...*

Propuestas teóricas

La salud y la enfermedad *forman parte de los procesos estructurales humanos* (Menéndez, 2005) y representan un *estar en el mundo* (Canguilhem, 1971); retomo estos conceptos para distinguir la salud y la enfermedad fuera de la lógica biomédica, ya que ambos conceptos son construcciones sociales. El *estar en el mundo* se expresa por diversos factores como la cultura, las creencias, el sistema económico-político, la historia, el género, el ambiente y la sociedad. Desde mi perspectiva, salud y enfermedad no deben ser vistas sólo con la mirada biológica o física, sino que deben tomar en cuenta las profundas contradicciones sociales como el racismo, la desigualdad económica, la violencia y la falta de democracia.

Esta investigación pretendió estudiar un problema de relevancia epidemiológica, la diabetes mellitus y sus complicaciones, en la localidad de Coatetelco que resulta tener una alta mortalidad por esta enfermedad (arriba de la media nacional)¹, así como realizar un análisis sociocultural de personas involucradas con la diabetes (padecientes y curadores). Ésto, me permitió obtener conceptos más integrales sobre aspectos culturales y sociales, derivados del proceso salud/enfermedad/atención. Además, el estudio rescata la subjetividad de los participantes desde sus contextos culturales, lo que concuerda con lo planteado por Menéndez (2005) sobre las implicaciones sociales de la enfermedad y la salud.

Desde la perspectiva de la biomedicina los individuos con diabetes mellitus que no llevan a cabo un tratamiento adecuado resultan ser los más afectados; se ha creado el concepto de control terapéutico para normatizar la conducta del individuo ante la terapéutica y, de alguna manera, mantener a la enfermedad “inactiva” o dentro de valores o rangos fisiológicos (Canguilhem, 1971). Un tratamiento adecuado puede prevenir la mayoría de las complicaciones crónicas, como se puede encontrar en los innumerables ensayos clínicos realizados por los investigadores biomédicos. Sin embargo, es difícil aplicar este conocimiento a la realidad social, como sucede cotidianamente en muchas localidades rurales y urbanas de México. Por lo que, al inicio del estudio desconocía cuáles eran las representaciones que tenían los afectados, las familias y los curadores de las

¹ Los reportes de los Servicios de Salud de Morelos mencionan que la diabetes mellitus y las enfermedades crónicas son la primera causa de mortalidad en el estado de Morelos, en los años 2008 al 2011 Miacatlán destaca por ser uno de los municipios con mayor mortalidad por esta enfermedad. (*Síntesis estadística SSEM, 2008-2011*).

diversas formas de atención para llevar un tratamiento adecuado, en particular, en el caso de Coatetelco también desconocía que pensaban todos los actores y sectores que estaban involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención de la diabetes mellitus.

Para poder realizar este trabajo, bajo la lupa del análisis sociocultural, retomé los siguientes ejes de análisis, la construcción sociocultural de los Saberes, Modelos Explicativos (MEs), Experiencia de la Enfermedad y al Pluralismo Médico, desde la visión de la antropología médica crítica. Estas propuestas me ayudaron a comprender las interpretaciones culturales de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus, además de que, con ellas, pude realizar un análisis de las dimensiones microsocial, mesosocial y macrosocial, así mismo me permitieron ver de forma crítica lo que sucede en el proceso salud/enfermedad/atención a nivel local y global. Las articulaciones entre estas teorías son el núcleo interpretativo de este trabajo, aunque para dar orden y coherencia a esta propuesta de investigación la teoría fundamentada y las narrativas son herramientas que dentro de la metodología transformaron la forma de abordar y retomar la teoría, es decir, teoría y metodología van de la mano.

Saberes y complicaciones crónicas de la diabetes mellitus

En este apartado pretendo desarrollar de forma breve el significado de los saberes como categoría teórica, lo que me permitió realizar una investigación que resaltó la subjetividad de los participantes (afectados por complicaciones crónicas y curadores) ya que brindó un anclaje entre las categorías teóricas que empleé durante la investigación. Existen en las ciencias sociales y las humanidades distintas nociones acerca de los saberes, para fines de esta investigación los saberes son *el conjunto de representaciones y prácticas que construye un individuo con un padecer a partir de sus grupos de socialización* (Menéndez, 2009: 17). La representación social es un término que retoma la ciencia social de la psicología social, su concepto nace de las representaciones colectivas de Durkheim y que posteriormente replantea Moscovici (Menéndez, 2009, Jodelet, 1984). La representación social constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian a varios niveles de complejidad, individuales, colectivos, psicológicos y sociales, *“define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros, es decir su elaboración forma parte de una colectividad, esta representación incide directamente sobre el comportamiento social y la organización del grupo y llega a modificar el propio funcionamiento cognitivo”* (Jodelet, 1984: 470).

Las representaciones se definen como *“las modalidades del pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el entorno material e*

ideal, son también los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, la influencia de nuestro entorno próximo o lejano y la información que en él circula, en pocas palabras, el conocimiento espontáneo, lo que denominamos sentido común” (Jodelet, 1984: 472). Esta concepción se entiende como un fenómeno complejo donde entran en juego numerosas dimensiones del sujeto que se constituye a raíz de la experiencia, de la información, del conocimiento, de lo que pensamos y de lo que hacemos o no hacemos. Este concepto retoma al sujeto como un protagonista activo de su existencia, es una herramienta que nos permite conocer un pequeño fragmento de las realidades subjetivas, las cuales forman parte del proceso salud/enfermedad/atención ya sea desde la voz de los afectados o de los curadores.

Las representaciones se construyen a partir de la relación de un objeto y un sujeto, estructuran la individualidad en tanto se reconoce al otro y al “sí mismo” (self), por lo tanto conforma la corporeidad de los individuos y forma parte del campo intersubjetivo. El empleo de esta categoría permite rescatar y resaltar a las subjetividades y extenderlas como parte de las dimensiones política, histórica y cultural (Jodelet 2008). En esta investigación pretendí contribuir a la construcción de un conocimiento que tomara en cuenta el papel activo de los afectados por complicaciones crónicas, los cuales al conocerse con estas alteraciones generan una serie de estrategias que dependen de su experiencia de vida, por lo que aprehenden, conciben y movilizan nuevos saberes para dar significado a su existencia; los curadores son también protagonistas sociales activos dentro de la cultura, a través de una compleja red de saberes hegemónicos y subalternos interpretan padecimientos y enfermedades para ofertar su atención.

Las prácticas que realizan los individuos con diabetes para modificar su enfermedad y sus complicaciones son parte de un conocimiento vital que conforman a los saberes; cuando hablamos de prácticas *“la entendemos como el conjunto organizado de conductas pactadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferentes niveles de complejidad y expresan la acción del sujeto a la realidad a través de la distribución/asunción de roles, funciones e interacciones con el medio social”* (Osorio, 2001: 15). Estas prácticas se engloban dentro del ámbito cultural de los padecientes, que los hacen tomar decisiones de diversa índole, como acudir con un curador alternativo o tradicional para controlar su glucosa, comprar instrumentos que cuantifiquen la glucosa capilar para verificar si el tratamiento es adecuado, realizar actividad física, cambios de dieta, etcétera; todas las prácticas son importantes para los sujetos dentro del área terapéutica.

Los saberes pueden ser referidos a tres esferas de pertenencia: *subjetiva, intersubjetiva y transubjetiva* (Jodelet, 2008). Dentro de la esfera subjetiva se

describe la extensión al mundo social ya que permite ver al sujeto como un actor social activo, además de ver que la vida cotidiana se desarrolla en un contexto de interacción y de comunicación, por lo que ésto hace que los saberes se muevan en dimensiones múltiples, como las lógicas, las emociones, los pensamientos, los actos corporales, los hábitos, los comportamientos y el lenguaje entre otras. A nivel intersubjetivo, describen las interacciones entre los individuos, las cuales movilizan puntos de vista, nociones y gustos. A nivel transubjetivo se puede decir que la interacción se realiza entre individuos y grupos, medios masivos de comunicación y transmisión de saberes por parte de las instituciones públicas de salud (Jodelet 2008). En el caso de la presente investigación, se analizaron las relaciones paciente-curador como un acto de interlocución entre sujetos que intercambian, aprenden y aprehenden saberes (inter y transubjetiva).

Los saberes influyen en todas las dimensiones de la experiencia de vida de los afectados, benefician o perjudican a los afectados por diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas; un ejemplo, sería el rechazo al empleo de la insulina por algunas personas, sea por falta de confianza, porque creen que el cuerpo se perjudica o por las cualidades que las personas expresan del medicamento (frío, caliente, bueno, malo). Para esta investigación fue importante identificar y describir todos estos saberes que están inscritos dentro de procesos culturales y sociales que conforman a la enfermedad/padecer/malestar así como la atención, para poder conocer y comprender mejor a la población afectada.

Desde el punto de vista biomédico, se ha demostrado que los individuos con un control estricto de la glucosa sanguínea tienen menos probabilidad de padecer complicaciones crónicas por diabetes mellitus, pero ¿qué representa el control para los individuos con diabetes mellitus? En un estudio realizado por Mercado Martínez (1996), donde se estudiaron cincuenta individuos con diabetes mellitus, se describió que el control clínico para la gran mayoría de los individuos afectados radicaba en “sentirse bien”, sólo uno de cada cuatro individuos logró controlarse de forma biomédica. La asociación entre mejoría sintomática y el control de la enfermedad era evidente para los sujetos afectados, pero no así para los médicos, quienes consideraban que el control debería ser cuantificado u objetivado por instrumentos de medición. Esto es un claro ejemplo de cómo existen dos representaciones distintas sobre el tratamiento de la diabetes mellitus. Ante el hecho de que existe una pluralidad de saberes, surge el siguiente cuestionamiento ¿Es posible construir un saber colectivo desde la visión de los afectados, familiares y curadores, de las diversas formas de atención, que no cargue el estigma de la hegemonía y que ayude a mejorar a la población afectada por diabetes mellitus? (Souza dos Santos, 1999); esta pregunta no puede ser respondida sin un análisis detallado de los saberes de los distintos actores. La

presente investigación pretendió involucrarse y construir los saberes a partir de la experiencia de padecer diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas. Para los individuos *afectados el experimentar una enfermedad crónica les genera una gran incertidumbre que los obliga a reorganizar y restringir sus vidas, en un esfuerzo por enfrentar lo impredecible* (Mercado, 1996: 22)".

Las complicaciones que genera esta enfermedad se pueden interpretar desde diversas aristas, en un estudio de tesis realizado por Arganis Juárez (1998) en un total de 20 actores con diabetes mellitus, se encontró que la descompensación (18%), la hipertensión (18%), la retinopatía (14%), el alcoholismo (5%), la vasculopatía (5%) y el colesterol (5%) eran las complicaciones más frecuentes desde la visión de los afectados (representaciones). Las complicaciones crónicas más frecuentes, vistas desde la biomedicina, son las microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatías) y las macrovasculares (arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y cerebral). Por lo tanto, es importante hacer una relación entre los saberes biomédicos y populares para poder emplear un lenguaje mucho más amplio que abarque no sólo los aspectos biomédicos como, los genes, las moléculas, la acción de fármacos o el riesgo, además de retomar aspectos culturales y sociales para entender mejor a los afectados. Así mismo, a través de la reflexión y el análisis de los saberes de las complicaciones crónicas se puede generar la urdidumbre teórica para llevar un mensaje crítico desde la dimensión microsocial a la macrosocial.

Experiencia de la enfermedad en las complicaciones crónicas

Este concepto teórico ve a la enfermedad como una combinación de dimensiones físicas y existenciales, establece que *"la enfermedad no sólo se produce en el cuerpo- en un sentido ontológico- sino en el tiempo, en un ámbito, en la historia, en el contexto de la experiencia vivida y del mundo social, considera al cuerpo como la parte fundamental de la subjetividad y de la experiencia de estar en el mundo* (Good, 1994: 245, Canguilhem, 1971); si el cuerpo llega a enfermar esto representa una nueva experiencia que se traduce en una nueva red de significados (Good, 1994). Los individuos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus al experimentar nuevas afecciones, dolores, limitaciones y sensibilidades, movilizan y generan nuevas lógicas, emociones, interpretaciones y saberes que pueden ofrecer coherencia y sentido ante una nueva realidad. Esta nueva realidad, interpretada y significada a través del cuerpo, es el punto de partida para realizar prácticas (acciones) que sostienen la integridad del individuo en el mundo cotidiano (Good, 1994), estas prácticas pueden variar desde un acto narrativo que relate la historia de vida de las personas que experimentan dolor o pérdidas corporales suscitadas por la enfermedad, de un consumo de plantas

medicinales para encontrar mejoría, de la asistencia mensual para controlar la enfermedad con los curadores de las instituciones públicas o del empleo de terapias alternativas para lograr curas y aminorar el dolor.

“La enfermedad somete al hombre a los ritmos vitales de su cuerpo y, como tal, altera los ritmos normales de la vida” (Merlau-Ponty, 1993: 172). La irrupción del mundo cotidiano y la generación de una nueva experiencia durante la enfermedad organizan la vida de una nueva forma; esta nueva forma de sentir se convierte en una experiencia de totalidad, es decir, se concibe al síntoma ya sea dolor, limitación física o pérdida de una función corporal como una dimensión que ocupa toda la percepción de los afectados (Good, 1994). La percepción es la base de la experiencia, la construcción del mundo a partir de nuestro cuerpo, a partir de ella podemos sentir la realidad. Para los individuos con diabetes mellitus afectados por complicaciones crónicas esta nueva forma de percibir su cuerpo modifica su existencia, llegan a sentirse *separados del mundo cotidiano, del trabajo y de la eficiencia*; lo que experimentan es una sensación que no puede ser validada socialmente (Good, 1994:231)², ya que los cambios sólo los viven ellos. Ante esta circunstancia el actor involucrado con una complicación crónica *se encuentra amenazado de diluirse y de fragmentarse*, por lo que es necesario modificar su forma de relacionarse con el mundo natural, social y cultural para poder sobrellevar su dolor, limitación o síntoma (Merlau-Ponty, 1993).

La experiencia de la enfermedad y de la vida está constituida por múltiples dimensiones materiales y ontológicas que dotan de sentido, significado y coherencia a la realidad, constituyendo una manera de construir nuestro entorno individual y social. Desde mi punto de vista, estas dimensiones comprenden los hábitos (forma de vestir, comer, postura corporal), los comportamientos (festivos, rituales, cotidianos), las relaciones sociales (familiares, conyugales, de género, de estratos sociales), las redes sociales de apoyo, las relaciones sexuales, la religión, así como las condiciones materiales de vida, laborales y económicas, la forma de pensar, la violencia, el consumo de alcohol o drogas, las actividades recreativas y los saberes (representaciones y prácticas) que están insertos en la experiencia de las personas. Dentro de esta investigación, por motivos de tiempo y para delimitar nuestros objetivos de estudio, sólo analizaremos las siguientes dimensiones temáticas: alimentación, consumo de alcohol, violencia, limitaciones físicas, emociones y muerte.

² Para Good Biron, el Yo es una categoría que retoma de Schutz, este se constituye a partir de la relación con el mundo, y no sólo a través de la experiencia directa o personificada, sino a través de la descripción del mundo vital que tenemos acceso al Yo de los demás (Good, 1994).

En cada movimiento mi cuerpo traba conjuntamente un presente, un pasado y un futuro, segrega tiempo, o mejor, se convierte en este lugar de la naturaleza en el que, por primera vez, los acontecimientos, en lugar de empujarse unos a otros en el ser, proyectan alrededor del presente un doble horizonte de pasado y futuro y reciben una orientación histórica (Merlau-Ponty, 1993: 254). El cuerpo y la enfermedad forman parte de la temporalidad espacial, por lo que las dimensiones anteriormente mencionadas toman sentidos diversos de acuerdo con el contexto histórico de los sujetos afectados por diabetes mellitus y sus complicaciones. La existencia social se reconstituye con el paso del tiempo, los sujetos trascienden el momento crítico de su propia historia y reconfiguran su experiencia durante la trayectoria de su enfermedad y padecer, así los actores pueden modificar las representaciones que tenían al inicio de su enfermedad y, consecutivamente, reconsiderar su postura de vida ante una nueva realidad sentida. Estos protagonistas de la expresión de la enfermedad (padecientes) son sujetos activos que interactúan constantemente con otros actores como los curadores, los cuales extienden sus saberes y transforman la historia de los afectados, ya sea porque modifican su mundo de vida mediante el empleo de propuestas terapéuticas o preventivas dentro de una gran variedad de formas de atención a la salud y la enfermedad (biomedicina, medicina alternativa, medicina tradicional, autoatención, etcétera).

Los curadores son el resultado de la división del trabajo dentro de la historia, también son el resultado de la experiencia adquirida a lo largo de su vida como seres humanos y como profesionales, por lo que detentan, ejercen y reproducen el saber profesional, y también filtran parte de los saberes de su entorno próximo e inmediato y del sentido común. La relación médico-paciente está determinada por una serie de representaciones y prácticas que no se cuestionan, sino que implícitamente entran en acción. Esta relación intersubjetiva se encuentra inmersa en una red de significados distintos, ya que las ideas sobre la enfermedad difieren según la interpretación de los curadores y de los afectados. Para los curadores el acto clínico es un acto de objetivación, es decir, intentan ejercer el conocimiento sobre la enfermedad/padecimiento de acuerdo con su perspectiva y experiencia, mientras que para los afectados es a través de la percepción como manifiestan su padecer y malestar, es a través de su cuerpo y con todo el peso de la subjetividad como dan a conocer lo que experimentan en la relación paciente-curador.

Algunas formas de atención valoran la subjetividad del afectado, sobre todo cuando la atención de la enfermedad se encuentra en el seno familiar o unidad doméstica (autoatención), por lo que los encargados de esta atención en la familia ofrecen innumerables tratamientos para subsanar el paso de la enfermedad por el

cuerpo de los afectados. En las terapias tradicionales y alternativas la subjetividad del paciente es uno de sus ejes de atención, ya que le dan más peso al sujeto que a la enfermedad, en la biomedicina pasa lo contrario, se le da más peso al signo que al síntoma, por lo que la subjetividad queda desterrada del saber científico (Menéndez, 2009); esta diferencia de abordaje clínico forma parte de las estrategias de atención y de mercado de las diversas formas de atención, el acto clínico es ante todo una relación social donde *la enfermedad constituye un medio de significado y experiencia* para los afectados y los curadores (Good, 1994: 166).

Modelos Explicativos en las complicaciones crónicas por diabetes mellitus

Las formas de atención de la enfermedad han sido un campo de investigación para la sociología y la antropología. Su estudio ha generado un amplio debate según las construcciones teóricas desarrolladas, por lo que se distinguen diversos modelos teóricos que abstraen una parte de la realidad y que analizan las relaciones sociales dentro de las diversas formas de atención (biomédica, alternativa, tradicional o autoatención) (Mendoza, 2003). Los individuos que experimentan una complicación crónica ponen en juego una gran diversidad de tensiones sociales, culturales, económicas e ideológicas, en las cuales emergen estructuras de dominio y de subordinación. Este juego puede entenderse como parte de las transacciones humanas dentro un mundo plural (Menéndez, 1981, Mendoza, 2003, Broom, 2008), y nos permite poner bajo relieve a las relaciones sociales, económicas, políticas e históricas, las cuales nos ayudan a comprender a la salud, la enfermedad y la atención como un proceso (Menéndez, 1981).

En esta investigación se desarrolló un análisis que nació desde la dimensión microsocioal, para esto se desplegaron los conceptos de saberes y experiencia de la enfermedad, los cuales permitieron teorizar las representaciones y prácticas que se generan dentro de la experiencia de la enfermedad. Para realizar el análisis mesosocioal, fue importante desarrollar la teoría de MEs de Kleinman/Young, la cual concibe la enfermedad como parte de un sistema cultural, donde entran en acción las categorías de *enfermedad, padecer y malestar*. Para completar el engranaje del análisis macrosocioal fue importante retomar al pluralismo médico que me permitió relacionar las dimensiones, microsocioal y macrosocioal, y entender cómo se estructura el proceso salud/enfermedad/atención, para lo cual se retomaron los conceptos de Menéndez, Broom y Rosi.

Los MEs resultan ser representaciones y prácticas del episodio de la enfermedad/*padecer/malestar* y del tratamiento que se emplean por todos los involucrados en el proceso clínico y sus funciones nucleares son: *la construcción*

del padecimiento y del malestar, la búsqueda de atención, el manejo de episodios de padecimientos particulares, la integración de todas las curas y la evolución terapéutica (Kleinman, 1980: 71). Los MEs están anclados a distintas formas de entender la enfermedad y, al reconstruir este concepto, podemos visualizar las dimensiones de “*disease*” (enfermedad objetiva), “*illness*” (enfermedad subjetiva) y “*sickness*” (significado social) (Young, 1982). Desde mi punto de vista, los MEs integran una serie de interpretaciones que se caracterizan por ser dinámicas, ya que a lo largo de la trayectoria de una enfermedad el padeciente puede generar su propia interpretación de lo que representa para él la enfermedad. Las diversas formas de atención (autoatención, medicina ayurvédica, medicina tradicional, medicina alternativa, magnetoterapia, medicina biopsicosocial, medicina sistémica, biomedicina, etcétera) encuentran en su modelo explicativo la terapéutica a seguir, ofrecen a los consumidores de la salud múltiples ofertas de tratamiento de acuerdo con su forma de entender el *malestar*.

Las enfermedades están asociadas a sensaciones subjetivas como, dolor, temor, angustia, ansiedad y soledad. El hecho de restarle valor a la interpretación individual de la enfermedad precariza su contexto social y cultural, fenómeno que ocurre dentro de algunas formas de atención (como la biomédica) al tratar de homogeneizar toda la información que expresa el padeciente a un trastorno biologizado. Todos los valores (subjetivos y objetivos) están inmersos dentro de relaciones de poder individuales y colectivas, como en las estructuras microsociales y macrosociales (Foucault, 1988); el *síntoma* conforma parte de estas relaciones en tanto se manifiesta en nuestros cuerpos, es importante recalcar que todas las medicinas (biomedicina, tradicional y alternativa) están inmersas dentro de estas relaciones; este anclaje corporal (el síntoma) es un fragmento de la construcción individual, cultural y social de las enfermedades.

En el caso específico de esta propuesta de investigación que retomó la voz de los afectados o padecientes por complicaciones crónicas, de diferentes tipos de curadores y de algunos integrantes de la unidad familiar, me permitió considerar que la interacción entre MEs es un componente medular en el análisis de los sistemas de salud donde el síntoma representa un anclaje individual con extensión social, por lo que la enfermedad adquiere múltiples significados. Para poder entender estos significados es necesario comprender las concepciones normativas del cuerpo y, por lo tanto, del mundo. Estas permiten a los sujetos afectados por las enfermedades crónicas sentir, percibir, interpretar y comunicarse mediante un idioma, el cuál puede ser aprendido o incorporado y que sirve para transmitir sus problemas, por lo que sitúa al investigador dentro de las dimensiones microsociales y mesosociales.

La teoría de MEs permite ver a la enfermedad/padecer *como relaciones de tipo ideal y es con base en estos modelos como interpretamos, identificamos y analizamos estas relaciones sociales* (Osorio, 2001: 25). Los MEs están anclados a distintos sistemas de explicación, llámese biomédico, alternativo, tradicional o de autoatención que dotan de significado a las representaciones culturales y sociales. El estudio de éstos me permitió *reflexionar cómo se entiende y se trata un malestar, cómo los padecientes o los familiares estructuran un sentido acerca del padecer, cómo evalúan y escogen tratamientos particulares y, finalmente, nos ofrece un análisis preciso de los problemas de la comunicación clínica* (Kleinman, 1980: 105).

Recientemente, se ha generado un gran esfuerzo para tratar de entender a las enfermedades crónicas. Esto se debe a que este tipo de enfermedades tienen una larga historicidad en el sujeto, resultando ser una fuente de significados diversos, permitiendo entender mejor el significado individual y social que damos a nuestros problemas de salud. Es imprescindible aclarar en qué consiste la teoría de MEs de Kleinman/Young, ya que integra las categorías de: 1) enfermedad, 2) padecer, y 3) malestar.

“La enfermedad se refiere a un mal funcionamiento o mala adaptación de los procesos biológicos y/o psicosociales; es un estado patológico de la estructura y/o función de los órganos y sistemas del cuerpo, a pesar de que no sea reconocido social o culturalmente (Osorio, 2001: 32). *El padecimiento se refiere a la experiencia individual y la percepción, tanto de los problemas derivados de la enfermedad como de las reacciones sociales asociadas a ésta. Es también una construcción que incluye los procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones por parte del enfermo, su familia o sus redes sociales* (Kleinman, 1980: 72). *Por último, el malestar (sickness) sería el proceso a través del cual la conducta inquietante y los signos biológicos, particularmente originados en la enfermedad, se les dota de un significado social. Cada cultura tiene sus propias reglas para entender los signos y síntomas, para unir sintomatologías a etiologías o intervenciones y utilizar la evidencia para realizar algún tratamiento, el cual confirma las traducciones y legitima los resultados. El malestar, en resumen, puede entenderse como el proceso que socializa la enfermedad y el padecer* (Young, 1982: 270)”.

Estructuralmente, podemos distinguir cinco preguntas que los MEs buscan desarrollar: 1) etiología; 2) tiempo y modo de establecimiento de los síntomas; 3) fisiopatología o etnoconstrucción; 4) curso del malestar (sickness); y 5) tratamiento. Los MEs son distintos a las creencias comunes acerca del malestar y la atención. Aunque se estructuran sobre estas creencias, se puede decir que son calculadas en respuesta a un padecer particular, son formadas y empleadas para

hacer frente a un problema específico. Los MEs interrelacionan creencias de padecimientos, pensamientos, normas, experiencias y funciones como las guías clínicas empleadas por algunas medicinas (Kleinman, 1980: 105).

Una de las perspectivas que deben evaluarse con la incorporación de los MEs es prestar atención a los fenómenos microsociales que ocurren constantemente con las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, en el marco de los procesos económicos, sociales y simbólicos en los cuales se desenvuelven los afectados con complicaciones crónicas (Mercado, 1996). Es importante descubrir las convergencias que existen entre las categorías teóricas propuestas en esta investigación. No se puede desligar los MEs de los procesos globales, por lo que es necesario realizar un esfuerzo para integrar y relacionar los procesos que ocurren a nivel micro, meso y macrosocial, así como tomar en cuenta la transformación de los saberes dentro de la experiencia de la enfermedad, considerando que los MEs tienen una estrecha relación con los saberes de los padecientes, familiares y médicos; el análisis relacional culminará con el análisis macrosocial propuesto desde la visión del pluralismo médico.

Pluralismo médico

Las diversas formas de atención se encuentran bajo la articulación de un mundo plural, es decir, bajo la visión de que existen realidades múltiples que coexisten y que se relacionan de una forma conflictiva o cooperativa. Dentro de esta pluralidad los individuos que padecen enfermedades crónicas se ven influenciados por diversas fuentes de información (televisión, radio e internet), vínculos sociales (familiares y amistades) y formas de atención, *lo que hace que la decisión de un problema se resuelva de una forma multidimensional* (Broom, 2008: 78). Las diversas formas de atención se han distinguido en diferentes modelos para poder abstraer y explicar su acción social, se considera que son el producto de un largo devenir histórico (proceso histórico) en el cuál se han gestado las instituciones sociales y se han distinguido como parte del control social (Menéndez, 1981).

Se han descrito diversos modelos de atención, sin embargo, desde la visión del pluralismo médico que emplea Broom (2008) y de la teoría de Modelos Médicos de Menéndez (1981), es importante retomar a la biomedicina, la medicina tradicional, las medicinas alternativas complementarias y la autoatención como los ejes de análisis de esta investigación, ya que permiten describir las dimensiones de la atención en la que se encuentran los afectados y analizar los factores políticos y legales que influyen en la oferta y la demanda dentro del mercado de la salud, situación que transforma la visión de hegemonía que caracteriza a la atención biomédica (Rosi, 2011).

Biomedicina

La biomedicina o medicina occidental se instituye durante la revolución industrial a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX; uno de los logros más importantes de este modelo de atención fue el establecimiento de un proceso de validación dentro del Estado, a través de la implementación de políticas, actos, normas y leyes, regulando el mercado de la salud y excluyendo a otras formas de atención como la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias. Un ejemplo de este proceso de exclusión de la atención a la salud, fue el suceso ocurrido en 1815, el cual se denominó “Acto de los Boticarios”, que pretendió regular las formas de elección para la práctica médica y restringir a las personas no calificadas. Este acto, fue encabezado por cirujanos, médicos, químicos, boticarios y farmacéuticos (Broom, 2008). Esta forma de atención ha influido en la práctica médica de los siglos XX y XXI y se caracteriza por detentar la hegemonía, compartamentalizar al cuerpo, dividir al cuerpo y la mente (Menéndez, 1983, Broom, 2008). La enfermedad se reduce a una categoría, la cual puede cursar con una gran diversidad de síntomas. El curador o practicante es independiente y se separa del paciente, manteniendo la objetividad y la asistencia con base en la evidencia científica con el fin de atender y legitimar su dominio, por lo que se excluyen otras posibilidades explicativas para entender la enfermedad. Existe una tendencia a concebir la enfermedad como parte de una relación mercantil. Se establece una relación médico-paciente asimétrica. La información que maneja y que obtiene tiene que ser cuantificable y, desde su punto de vista, la enfermedad puede ser prevenida o tratada mediante leyes científicas (Broom, 2008, Menéndez, 1983, 2005).

La biomedicina está siendo constantemente desafiada por nuevas formas de entender la enfermedad que compiten por la legitimidad de la atención en un ambiente contemporáneo “plural”; sin embargo, el desafío principal proviene de las enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer, que la medicina occidental no ha podido curar, por lo que los afectados se acercan a otras formas de atención, es decir, aumenta el consumo de productos que no necesariamente son biomédicos. Aunque este modelo sigue detentando la hegemonía de la atención, su monopolio puede cuestionarse desde una visión económica y desde el constante empoderamiento de los afectados que al recurrir a otros saberes ponen en duda su práctica hegemónica, lo que representa un fenómeno que en ocasiones desmitifica a la biomedicina, ya que aumenta el escepticismo hacia los profesionales de la salud dentro de las instituciones públicas y privadas (Broom, 2008).

Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias

Las formas de atención distintas a las biomédicas integran a prácticas reconocidas como alternativas y tradicionales, el término alternativo o complementario se sitúa dentro del campo de una pluralidad de ofertas médicas, donde se inscriben sistemas médicos, enfoques o técnicas que se distinguen o se distancian de las ofertas biomédicas oficiales y legítimas (Rosi, 2011). Con respecto a la medicina tradicional, resulta complejo determinar qué es lo que se entiende por tradicional, pues lo tradicional actual resulta ser algo nuevo que incluye procesos de apropiación y de exclusión que le dotan significado (Menéndez 1981:330). Este tipo de medicina, al igual que las medicinas alternativas complementarias, no está reconocido por el Estado y es practicada por curadores que no son biomédicos. *Sus relaciones externas se caracterizan por su localización estructural e ideológica en el medio rural, por su asociación a determinados sectores sociales (campesinos y clases urbanas bajas), por su identificación con los grupos colonizados internos y externos, por su relación con la población analfabeta y, en ocasiones, por su resistencia a las concepciones dominantes* (Menéndez, 1981: 322-323). Desde mi punto de vista, la medicina tradicional integra prácticas que reproducen un sistema cultural de atención, dentro de una población o localidad específica, diferenciando su atención a la biomédica al reconocer enfermedades que son validadas por la población de acuerdo con su sentido común y, por lo tanto, tiene una forma distinta de entender al cuerpo con relación al equilibrio/desequilibrio, las causas o determinantes de la enfermedad y toda la cadena de MEs que desemboca en la terapéutica.

Dentro de la gran diversidad de sistemas culturales y, por lo tanto, de los diversos médicos tradicionales, prevalecen similitudes y diferencias, éstas han sido detalladas, analizadas y relacionadas bajo la lupa de diferentes teorías para definir algunas de sus características. Sin embargo, las características que definen a la medicina tradicional son dinámicas y se encuentran en constante cambio, ya que las teorías son herramientas que permiten explicar parcialmente el objeto de estudio. Las investigaciones antropológicas realizadas por Menéndez (1981, 1983, 2005) han detallado algunas características que retomo de su teoría de Modelos Médicos, dentro de la cual integro a la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias, ya que ambas formas de atención comparten algunas propiedades como el hecho de considerar a este tipo de prácticas como subalternas, de entablar una relación asimétrica paciente-curador y de imprimir, en ocasiones, una relación mercantil en la práctica terapéutica. Estas formas de atención sostienen una eficacia terapéutica diferente a la biomédica como la sociabilidad, la cual puede valerse de las redes de apoyo de los afectados para cohesionar la creencia en la terapéutica, la eficacia psicosocial que toma en

cuenta la totalidad de los afectados al entender el lenguaje cultural de éstos. Otras características de este tipo de medicinas es que toman en cuenta la subjetividad de los padecientes al individualizar el tratamiento (Broom, 2008).

La práctica de medicinas alternativas complementarias lejos de disminuir ha incrementado, en países latinoamericanos se tiene el registro del empleo de éstas en Chile (70%), Colombia (40%) y en la población mexicana del 15 al 20% (Berenzon, 2009). En relación con la medicina tradicional en Latinoamérica, su práctica es constante principalmente en los países con población indígena como Bolivia, Perú, Guatemala y México. La medicina tradicional se encuentra emparentada con las estructuras ideológicas y económicas de la población. En México, la crisis económica ha descargado sus efectos sobre la población marginada, sobre todo a nivel de la seguridad social y la atención en salud y también ha transformado las prácticas curativas tradicionales, las cuales han incorporado a las enfermedades crónicas biomédicas dentro de su ámbito terapéutico y modificado la relación curador-paciente (Menéndez, 1987). El incremento del uso de las medicinas alternativas complementarias se puede explicar a través de las investigaciones de la sociología médica anglosajona, las cuales establecen tres nociones teóricas, la primera establece que este fenómeno social se debe a los nuevos cambios durante el paso a la posmodernidad, denotando un cambio cultural, social, económico y político, así como la fragmentación de la experiencia social en el espacio y el tiempo, por lo que se vive un momento histórico donde los sujetos le dan prioridad a los saberes populares de la salud/enfermedad y un rechazo a los saberes hegemónicos. La segunda noción teórica desarrollada por autores como Giddens y Beck consideran a la reflexión de las sociedades modernas y a las tendencias de consumo como una forma crítica para obtener un producto o aceptar un saber experto, es decir, la población se ha vuelto más escéptica en relación con las instituciones modernas como la biomedicina. La tercera noción teórica apoyada por autores como Doel, Sergiu, Sontiu y Wray describen nuevas formas de individualización, las cuales permiten una transformación de saberes en relación a la enfermedad y el individuo (self), esto podría representar un cambio de paradigma, una especie de búsqueda o reconocimiento que el mismo individuo realiza para acceder a otras formas de atención (Broom, 2008). En América Latina, la medicina tradicional ha sido una forma de atención constante, una opción distinta al saber occidental. En la actualidad, la relación de la medicina tradicional con las medicinas alternativas complementarias complejiza la forma de entender la atención de ambas, pues es difícil determinar ¿Qué es tradicional y qué es alternativo? La medicina tradicional contiene una serie de saberes curativos y preventivos sobre las enfermedades o los padecimientos de los conjuntos sociales y estos saberes se transforman

constantemente de acuerdo con una integración socioideológica (Menéndez, 1987).

Autoatención

Los padecientes con complicaciones crónicas por diabetes mellitus realizan una evaluación plural entre la dimensión científica, médica, humana, cultural y social; tienen la capacidad de elegir sus remedios o tratamientos de acuerdo con sus propios saberes, así como comparar y asimilar los saberes médicos. La elección se genera dentro del seno de la experiencia de otras personas o por ellos mismos (Rosi, 2011). Estas decisiones que implican una acción terapéutica pueden incluirse dentro del ámbito de la autoatención, la cual representa *la atención llevada a cabo por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal, donde no actúa directamente un curador profesional* (Menéndez 1983: 7). Esta forma representa el primer nivel de atención, ya que es el más inmediato que emplean los afectados o padecientes, es el más viejo de los niveles y el único que se ha sostenido durante el devenir histórico. Su estudio por parte de la antropología ha logrado describir algunas de sus características: ver a la salud como bien y uso; situar a la enfermedad dentro del mundo mercantil; validar una legitimidad grupal o comunal en su accionar; apropiarse de los saberes de las diversas formas de atención; compartir distintas formas de eficacia; y emplear a la síntesis como modo de acción terapéutica, es decir, integra múltiples dimensiones de atención dentro de su mundo de experiencia (Menéndez, 1983, Rosi, 2011).

Pregunta de investigación

A lo largo de este capítulo se expuso, brevemente, las propuestas teóricas que fueron empleadas en esta investigación para describir los saberes, la experiencia de la enfermedad de los padecientes y también los saberes de los curadores, que permitieron indagar la opinión de los afectados sobre su enfermedad. Al relacionarlo con los MEs, fue posible identificar como se relacionan los afectados y como se organizan los sistemas culturales de salud para atender las complicaciones crónicas de la diabetes. El pluralismo médico nos permitió hacer un análisis relacional con la dimensión macrosocial, por consiguiente, nuestra pregunta de investigación surge del cuestionamiento constante sobre la vida de los afectados y de la indagación de sus estrategias para mejorar su salud. Desde una visión antropológica surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los saberes de los individuos afectados con complicaciones crónicas por diabetes mellitus, cómo se construyen socioculturalmente sus saberes y qué influencia tienen los saberes de los curadores de las diferentes formas de atención en los saberes de los individuos afectados y en la experiencia de la enfermedad?

El área de estudio elegida fue la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Morelos. Miacatlán es el sexto municipio de Morelos con mayor mortalidad por esta enfermedad. El tiempo de curso de la investigación correspondió al periodo de posgrado de la maestría de agosto del 2012 a agosto del 2014.

Objetivos generales

1. Describir y analizar los saberes en torno a las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 de los individuos afectados.
2. Describir y analizar los saberes de los curadores de las diferentes formas de atención respecto de las complicaciones por diabetes mellitus tipo 2.
3. Describir y analizar la experiencia de la enfermedad de los sujetos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos específicos

Objetivo 1

- a) Describir y analizar las representaciones de los individuos afectados sobre la definición de la diabetes mellitus tipo 2.
- b) Describir y analizar las representaciones de los individuos afectados acerca de la causa de la diabetes mellitus tipo 2.
- c) Describir y analizar las representaciones de los individuos afectados acerca de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.
- d) Describir y analizar las representaciones de los individuos afectados acerca de los síntomas de la diabetes mellitus tipo 2.
- e) Describir y analizar las representaciones del tratamiento de los individuos afectados acerca de la diabetes mellitus tipo 2.
- f) Describir y analizar las representaciones de las prácticas de los individuos afectados acerca del tratamiento empleado para la diabetes mellitus tipo 2.
- g) Describir y analizar las representaciones sobre la definición de las complicaciones crónicas de los individuos afectados.
- h) Describir y analizar las representaciones de las complicaciones más comunes de los individuos afectados.
- i) Describir y analizar las representaciones de los individuos afectados acerca de la prevención de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- j) Describir y analizar las representaciones acerca de la causa de las complicaciones crónicas de los individuos afectados.
- k) Describir y analizar las representaciones de los síntomas de las complicaciones crónicas de los individuos afectados.
- l) Describir y analizar las representaciones acerca de la terapéutica de las complicaciones crónicas de los individuos afectados.
- m) Describir y analizar las representaciones respecto de la accesibilidad a las distintas formas de atención y cómo influyen en el tratamiento de los individuos con Diabetes Mellitus tipo 2 y sus complicaciones.
- n) Describir y analizar las prácticas que emplean los individuos afectados para tratar las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- o) Describir y analizar las representaciones de la eficacia y del fracaso terapéutico de los individuos afectados acerca del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones crónicas.

- p) Describir y analizar la influencia de los saberes de las diversas formas de atención en la autoatención.

Objetivo 2

- a) Describir y analizar las representaciones de los médicos alternativos acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la diabetes mellitus tipo 2.
- b) Describir y analizar las representaciones de los médicos alternativos acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2.
- c) Describir y analizar las representaciones de los médicos alternativos acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- d) Describir y analizar las representaciones de los médicos alternativos acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- e) Describir y analizar las prácticas que emplean los médicos alternativos para diagnosticar, tratar y prevenir las complicaciones crónicas de los individuos afectados.
- f) Describir y analizar las representaciones de los médicos tradicionales acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la diabetes mellitus tipo 2.
- g) Describir y analizar las representaciones de los médicos tradicionales acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2.
- h) Describir y analizar las representaciones de los médicos tradicionales acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- i) Describir y analizar las representaciones de los médicos tradicionales acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- j) Describir y analizar las prácticas que emplean los médicos tradicionales para diagnosticar, tratar y prevenir las complicaciones crónicas de los individuos afectados.
- k) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones públicas acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la diabetes mellitus tipo 2.
- l) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones públicas acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2.
- m) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones públicas acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- n) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones públicas acerca de la frecuencia, distribución, evolución,

complicaciones y mortalidad de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.

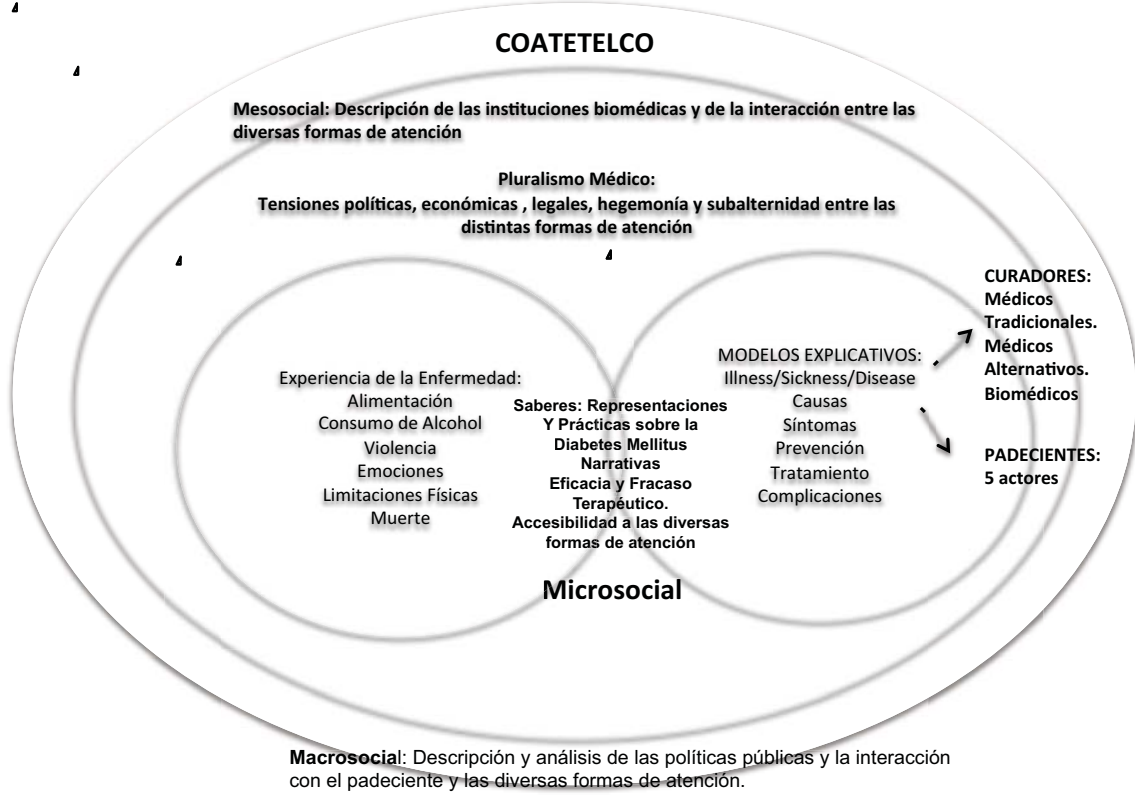
- o) Describir y analizar las representaciones y las prácticas de los médicos de las instituciones públicas para diagnosticar, tratar y prevenir las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- p) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones privadas acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- q) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones privadas acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2.
- r) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones públicas acerca de la etiología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- s) Describir y analizar las representaciones de los médicos de las instituciones privadas acerca de la frecuencia, distribución, evolución, complicaciones y mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2.
- t) Describir y analizar las prácticas de los médicos de las instituciones privadas para diagnosticar, tratar y prevenir las complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- u) Describir y analizar las representaciones de los diferentes curadores respecto de la accesibilidad a los servicios de salud y cómo influyen en el tratamiento de los individuos con diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones.
- v) Describir y analizar las representaciones de los curadores de las diferentes formas de atención sobre los pacientes.
- w) Identificar si las representaciones de los médicos alópatas de las instituciones públicas sobre la eficacia o no de sus recursos terapéuticos.
- x) Identificar si las representaciones de los médicos alópatas privados sobre la eficacia o no de sus recursos terapéuticos.
- y) Identificar si las representaciones de los médicos alternativos sobre la eficacia o no de sus recursos terapéuticos.
- z) Identificar si las representaciones de los médicos tradicionales sobre la eficacia o no de sus recursos terapéuticos.
- aa) Identificar de las distintas formas de atención (biomédica, medicinas alternativas complementarias, autoatención) son eficaces o fracasan.

Objetivo 3

- a) Describir y analizar el tipo de alimentación empleada por la unidad doméstica y cómo influye en la experiencia de los individuos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- b) Describir y analizar cómo influye el consumo de alcohol en la experiencia de los individuos con diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones crónicas.

- c) Describir y analizar cómo influyen las limitaciones físicas en la experiencia de los individuos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.
- d) Describir y analizar cómo influyen las emociones en la experiencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones crónicas.
- e) Describir y analizar la violencia que se vive en la unidad doméstica y en la localidad y cómo influyen en la experiencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones crónicas.
- f) Describir y analizar cómo influye la muerte en la experiencia de los individuos con diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones crónicas.

Figura 1. Esquema teórico del proyecto: Saberes y experiencia de la enfermedad en adultos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus



Fuente: trabajo de investigación 2012-2014.

CAPÍTULO II: *construyendo la mirada...*

Metodología

Este estudio se llevó a cabo en Coatetelco, Miacatlán uno de los 33 municipios del estado de Morelos, cuyo índice de mortalidad por diabetes mellitus se encuentra por arriba de la media nacional; el estudio fue de carácter retrospectivo, sincrónico y etnográfico. Antes de acudir a Coatetelco existía de mi parte duda para elegir el área de investigación, ya que en el perfil epidemiológico de Morelos del 2010 resaltaban tres municipios (Coatlán del Río, Miacatlán y Zacatepec) con altos índices de mortalidad por diabetes mellitus. Mi intención era acudir a una localidad que necesitara de una investigación cualitativa en una zona marginada con alta mortalidad por diabetes y, desde mi lógica, podría ayudar a generar información útil para mejorar la salud de los afectados y “controlar” las enfermedades metabólicas. Una compañera del posgrado en antropología que realizaba su tesis en Coatetelco y profesores que apoyaban su estancia, fueron para mí un aliciente para definir mi tema de investigación en esta localidad, ya que ellos mantenían vínculos estrechos con los habitantes.

La etnografía se realizó durante tres estancias de campo. La primera duró del 8 de diciembre del 2012 al 2 de marzo del 2013; en este período busqué acercarme a la Secretaria de Salud del estado para obtener información epidemiológica de su base de datos. Sin embargo, durante todas las visitas realizadas las autoridades sanitarias no accedieron a brindarme información. Al reconocer que los únicos datos que podía obtener eran a través de otras instituciones públicas, decidí acudir al Registro Civil de Cuernavaca y a los diversos Centros de Salud de Miacatlán para indagar cuál era la localidad con más alto porcentaje de mortalidad por diabetes, resultando Coatetelco la localidad que cumplía con estas características. Una vez iniciado el trabajo de campo, todos los actos realizados y conversaciones obtenidas se registraban en un diario de campo en el cual se reportaba de forma sistemática los datos de la investigación.

Una vez establecido en Coatetelco, me presenté con las autoridades locales y municipales para explicar mis intenciones de realizar una investigación en la localidad. Visité el Centro de Salud, el hospital general más cercano localizado en Tetecala y los consultorios privados para presentarme con las autoridades sanitarias y los curadores alópatas. En el Centro de Salud de Coatetelco me ofrecieron acompañar las visitas que realizaban los pasantes de enfermería a los padecientes con enfermedades crónicas y gracias a estas visitas pude realizar entrevistas informales a pobladores con diabetes mellitus. De estas visitas, sólo logré concretar cinco entrevistas ya que el 27 de diciembre del 2012 la médica pasante del Centro de Salud fue violada por un empleado, interrumpiendo

toda posibilidad de realizar nuevas visitas domiciliarias con el personal de enfermería; este hecho tan deplorable fue un parteaguas en la investigación, ya que en el Registro Civil pude reconocer que la segunda causa de muerte en Coatetelco era la muerte por violencia, por lo que me resultó difícil retomar las entrevistas debido a que tenía temor de salir a las calles.

La seguridad se convirtió en uno de los elementos más importantes para realizar el trabajo de campo, el aviso a las autoridades locales y la confianza generada con los pobladores fueron acciones importantes para poder seguir con el trabajo de investigación. Durante la estancia en campo escuche diversas historias de violencia generadas por las instituciones públicas y también de algunos pobladores. A pesar de la dura realidad, decidí continuar las entrevistas sin el apoyo del servicio de enfermería y afortunadamente no tuve ningún problema para comenzar el trabajo de campo. Me acerqué a las personas que anteriormente me habían recibido en su casa y ellas me presentaron a otras personas afectadas y a los médicos tradicionales y alternativos.

Al terminar mi primera estancia de campo, pude concretar 22 entrevistas informales a individuos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus, 11 actores del sexo femenino y 11 actores del sexo masculino, los cuales distinguí de acuerdo con su edad, ingreso, ocupación, escolaridad y tipo de complicación como se puede ver en las tablas 1 y 2. Así mismo, logré concretar 10 entrevistas a curadores que distinguí de acuerdo con la forma de atención que ofrecían (biomedicina, medicina tradicional, medicina alternativa, etcétera) como se describe en la tabla 3. Durante estos encuentros no existía una guía de entrevista, sino que interrogaba a los afectados de acuerdo con sus trayectorias de enfermedad y mi sentido común. Posteriormente, recurrí a la técnica antropológica de bola de nieve cuando los pobladores me propusieron acudir con sus conocidos, familiares y vecinos para platicar con ellos e inclusive para atenderlos como médico. Durante este período, pude notar las diferencias entre los entrevistados y distinguirlos en tipos ideales, lo cual me permitió elegir a los actores del estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y de exclusión establecidos de antemano en el proyecto, aunque los vínculos sociales que se construyeron a través de empatía fue la principal fuente de inclusión para que los actores decidieran participar en la investigación.

Tabla 1. Pacientes hombres entrevistados

Pseudónimo	Edad	Sexo	Escolaridad	Ingreso mensual	Ocupación	Complicación	Estado
Heraldo	65	Masculino	Analfabeta	1500-3000	Desempleado	Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis	Vive
Humboldt	31	Masculino	Analfabeta	1500-3000	Peón	Cetoacidosis Diabética	Falleció (Dic / 2012)
Filiberto	52	Masculino	Analfabeta	<1500	Campesino	Retinopatía Diabética	Vive
Eligio	41	Masculino	Analfabeta	<1500	Campesino	Pie Diabético	Falleció (Feb/2013)
Vegano	54	Masculino	Analfabeta	1500-3000	Campesino	Neuropatía Diabética	Vive
Nepomuceno	71	Masculino	Analfabeta	1500-3000	Comerciante	Neuropatía Diabética	Vive
Jilotepetl	83	Masculino	Analfabeta	1500-3000	Campesino	Pie Diabético	Falleció (Dic / 2013)
Leonardo	42	Masculino	4 Primaria	3000	Campesino y Comerciante	Neuropatía Diabética	Vive
César	52	Masculino	1 Secundaria	3000	Músico y albañil	Neuropatía y Odontopatía	Vive
Jerónimo	53	Masculino	Secundaria completa	1500-3000	Campesino	Neuropatía	Vive
Marcos	48	Masculino	Secundaria completa	3000	Comerciante	Neuropatía	Vive

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Tabla 2. Pacientes mujeres entrevistadas

Pseudónimo	Edad	Sexo	Escolaridad	Ingreso	Ocupación	Complicación	Estado
Saraí	52	Femenino	Analfabeta	< 1500	Recoge Hojas	Retinopatía/ Neuropatía	Vive
Cynthia	58	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Apoya con los que puede en casa	Retinopatía/ Neuropatía / Pie Diabético Enfermedad Renal	Falleció (Nov/2013)
Aniana	31	Femenino	2 Primaria	1500-3000	Ama de Casa	Retinopatía Diabética	Otro Pueblo
Rosa	22	Femenino	2 Primaria	1500-3000	Ama de Casa	Diabetes Gestacional	Vive (Óbito en junio del 2013)
Raymunda	47	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Ama de Casa	Neuropatía	Vive
Jela	56	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Ama de Casa	Enfermedad Renal Crónica	Falleció ((Agosto/ 2013)
Reinalda	54	Femenino	Primaria Completa	4800	Comerciante (Vende Pescado)	Neuropatía	Vive
Regina	72	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Ama de casa	Hipoglucemia	Vive
Hilaría	57	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Ama de casa	Pie Diabético	Vive
Fernanda	52	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Amada de casa	Retinopatía Diabética	Vive
Gertrudis	50	Femenino	Primaria Completa	>5000	Ama de casa	Neuropatía Diabética / Mieloma Multiple	Vive

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Tabla 3. Curadores entrevistados

Pseudónimo	Tipo de curador
Doña Herlinda	Médico Tradicional
Evaristo	Médico Centro Salud Coatetelco
Jerian	Enfermera del Centro de Salud de Coatetelco
Cesar	Médico Privado de Coatetelco
Cuauhtémoc	Médico Privado de Coatetelco
Leonel	Médico Internista del Hospital General de Tetecala
Rómulo	El hierbero del mercado de Coatetelco
Ramón	Médico Pasante del Servicio Social de Coatetelco
Adriana	Autoridad Sanitaria del Hospital General de Tetecala
Mónica	Adivinadora

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Previo a mi segunda estancia de campo desarrollé una guía de entrevista y de observación participante, de acuerdo con teorías anteriormente estudiadas (Modelos Médicos y Estilo de Vida) que posteriormente se modificaron. Al terminar las guías, inicié mi segunda estancia que duro del 1 de julio del 2013 al 14 de agosto del 2013 y decidí realizar entrevistas piloto en Coatetelco. Durante esta estancia, cuatro personas con complicaciones crónicas y seis curadores decidieron participar en el estudio, estableciendo de antemano nuestras relaciones como participantes activos del estudio mediante la realización de un consentimiento informado. Estas personas colaboraron anteriormente en las entrevistas iniciales (tablas 4 y 5). También en este período, restablecí contacto con el Centro de Salud de Coatetelco para obtener información de su base de datos. Aunque las relaciones sociales son complejas, no puedo dejar de expresar mi gratitud a los informantes por haberme mostrado su mundo de vida, sin embargo, en ocasiones tuve dificultades durante las entrevistas debido a mi falta de experiencia en el campo antropológico y, además, tuve conflictos de identidad ya que pertenezco a un mundo cultural distinto.

Tabla 4. Informantes centrales que participaron durante la investigación

Pseudónimo	Edad	Sexo	Escolaridad	Ingreso	Ocupación	Complicación	Estado
Cynthia	58	Femenino	Analfabeta	1500-3000	Apoya con los que puede en casa	Retinopatía/ Neuropatía / Pie Diabético Enfermedad Renal	Falleció
Reinalda	54	Femenino	Primaria Completa	4800	Comerciante (Vende Pescado)	Neuropatía	Vive
Vegano	54	Masculino	Analfabeta	1500-3000	Campesino	Neuropatía Diabética	Vive
César	52	Masculino	1 Secundaria	3000	Músico y albañil	Neuropatía y Odontopatía	Vive
Áldo	65	Masculino	Preparatoria completa	5800-8000	Comerciante	Enfermedad Renal Crónica Terminal	Vive

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

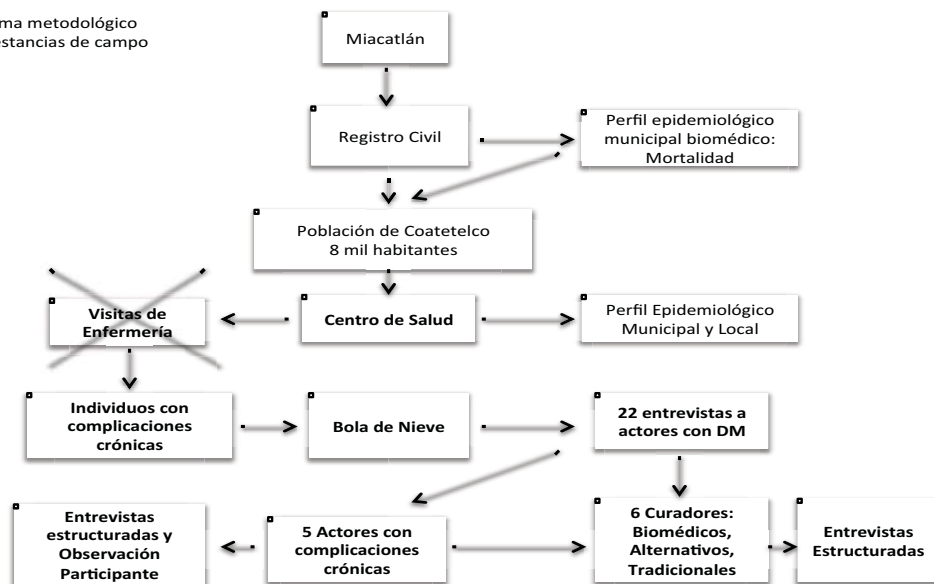
Tabla 5. Curadores que participaron durante la investigación

Pseudónimo	Tipo de curador
Doña Herlinda	Médico Tradicional
Jerian	Enfermera del Centro de Salud de Coatetelco
Cauhtémoc	Médico Privado de Coatetelco
Leonel	Médico Internista del Hospital General de Tetecala
Rómulo	El hierbero del mercado de Coatetelco
Ramón	Médico Pasante del Servicio Social de Coatetelco

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

En la tercera estancia de campo que duró del 15 de diciembre del 2013 al 2 de febrero del 2014, escuché y transcribí las entrevistas necesarias para completar los vacíos de información, finalicé la observación participante y realicé una encuesta a 141 niños de quinto y sexto de primaria, con edades entre 10 a 12 años de ambos géneros, de las escuelas Felipe Ángeles y Benito Juárez, sobre las causas de muerte más comunes, las enfermedades más frecuentes y el primer contacto de atención al que asistieron los integrantes de su grupo familiar, con la intención de reconocer entre sus representaciones la presencia y daño que la diabetes mellitus les ha ocasionado, así como la existencia de otras enfermedades no reconocidas por la biomedicina. En esta última estancia, un nuevo participante se sumó al estudio completando un total de cinco informantes (tabla 4). En la figura 2 se esquematiza en los diagramas de flujo el abordaje metodológico que resume las tres estancias de campo. Al finalizar, tuve un altercado con uno de los participantes debido a que se negó a seguir compartiendo su experiencia de vida durante su última entrevista, por lo que decidí no ahondar más en temas que probablemente le resultaban intrusivos y corté con él la relación de investigación.

Figura 2. Diagrama metodológico durante las tres estancias de campo



Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco, 2012-2014.

Es importante resaltar que durante las estancias de campo me presenté como médico y como investigador en antropología. Ésto, en ocasiones, me abrió las puertas de varias familias y, en otras situaciones, me restringió la información. Atendí los problemas de salud de los participantes del estudio y de personas que me solicitaron atención y que no actuaron como participantes. Medí niveles de glucosa en sangre en personas con diabetes, atendí a personas con enfermedades parasitarias, infecciones gastrointestinales y anemias, administré inyecciones y sueros intravenosos a las personas con infecciones o deshidratación. Estas acciones fueron entendidas por ambas partes (investigador y actores) como un acto de reciprocidad, aunque también pudieron influir en las decisiones de las personas para brindar información. Considero que las personas que compartieron conmigo una parte de su vida y de sus problemas, encontraron por lo menos un escucha atento y la mejor disposición de un médico internista que intentaba comprender un mundo cultural nuevo ante él.

El hecho de ser médico y realizar una investigación antropológica me obligó a tomar una postura ética, por lo que decidí considerar a la “ética de la alteridad” para reflejarme en los participantes y reflexionar sobre mis actos y mis conductas, así como reconocer mis compromisos al ingresar a una comunidad con una cultura distinta a la mía, lo cual indudablemente construía una parte de mi identidad y me daba un sentido de pertenencia distinto a las personas que participaron en la investigación. La alteridad es reconocerse en el otro para ser otro (Chamberlin, 2008), es también reconocer las libertades de las personas y palpar el mundo plural donde estamos situados con todas sus diferencias, asimetrías y contradicciones, es sostener una relación constante, reconociendo siempre al otro para poder cambiar (González, 2007).

Durante las entrevistas pude notar la importancia del acto narrativo y como éste se encuentra determinado por las subjetividades que residen en la personalidad de los actores; *las narrativas pueden hacernos notar la relación existente entre las formas simbólicas de la experiencia. La narrativa es una estrategia en la cual la experiencia es relatada y presentada, los acontecimientos tienen un orden significativo y las actividades son descritas junto a experiencias asociadas a ellas y la significación les da sentido a las personas afectadas* (Good, 1994: 255). Las narrativas pueden emplearse como una herramienta teórica y metodológica para interpretar los saberes de los afectados, ya que en ellas operan la semántica, la adición y la sintaxis. Esto representa la perspectiva y el significado de las subjetividades y forma parte de un proceso activo-constructivo que depende de recursos personales y culturales, además de tener un orden cronológico (Hamui, 2011). Para esta investigación es importante entender la estructura de los significados de la experiencia “de estar enfermo por diabetes y tener

complicaciones crónicas”, con esto me refiero a entender el protagonismo que ejerce la persona en su experiencia de vida y de enfermedad y tratar de entender cuáles son los saberes de los afectados de acuerdo con su contexto cultural y social.

Al transcribir 28 horas de datos generados en las entrevistas, reflexioné que mis pre-nociones como investigador y como médico marcaron la investigación. En ocasiones, los informantes no respondían adecuadamente mis preguntas y de hecho puedo decir que el distanciamiento con uno de los participantes se debió a mi insistencia por obtener el material según mis objetivos, sin darme cuenta que este actor me compartía su información desde su lógica y la sustancialidad de sus respuestas. Esto resultó ser un momento de crisis durante la investigación, ya que creí no haber logrado mis objetivos. Sin embargo, no se puede rescatar la subjetividad de los actores desde la imposición de objetivos anticipados y, por tal motivo, decidí realizar el análisis cualitativo de la investigación, comenzando con la codificación del material recolectado (entrevistas y diario de campo) mediante el empleo del programa Atlas Ti. Durante la codificación pude ser mucho más flexible con la información compartida por los actores del estudio, pude concretar mis reflexiones sobre la alteridad y comencé a categorizar la información de acuerdo con las narrativas de los participantes. Gracias a las observaciones de diversos profesores, pude notar que existían otras posibilidades teóricas que no había explorado y que podían explicar con más profundidad y extensión la vida y los saberes de los que participaron en esta investigación. Durante la codificación y el análisis cualitativo fue esencial conocer la “teoría fundamentada constructivista” la cual me permitió adentrarme al mundo de la lógica inductiva-deductiva y a la generación de categorías emergentes; los datos arrojados en mi trabajo demostraron vibrar mas allá de mi lógica, es así como nacen las categorías y subcategorías emergentes acerca de la eficacia, el fracaso, la muerte, la violencia, las emociones, la alimentación, y los niveles de atención.

La teoría fundamentada es un método de investigación cualitativa donde los datos colectados y el análisis, informan recíprocamente y dan forma al acto investigativo a través de un proceso emergente e interactivo. (Denzin, 2011: 360, Jones, 2004). La teoría fundamentada constructivista integra la relatividad y la reflexividad a través del método de investigación, es decir, le da importancia a la subjetividad de los actores y reconoce realidades múltiples, ve al conocimiento localizado en el tiempo y el espacio, situación que permite al investigador y a los participantes co-construir la información y tomar en cuenta las categorías emergentes (Denzin, 2011: 365-367). Finalmente, permite interactuar con los datos a distintos niveles comparativos de análisis, realiza una cadena de comparaciones entre datos y datos, datos y códigos, códigos y categorías, para

aterrizarlos en conceptos y, finalmente, comparar las significaciones generadas con conceptos teóricos, lo que permite realizar constantemente una triangulación de la información con la teoría (Denzin, 2011, Cisterna, 2005). *La triangulación de información es un proceso de acción y de cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación, y que constituye el corpus de resultados de la investigación. La triangulación se realiza una vez recopilada la información y pretende interaccionar la información teórica con las categorías y subcategorías.* (Cisterna, 2005: 68). Por lo que, la metodología empleada en esta investigación se encuentra estrechamente emparentada con la teoría, la cual desarrollé a lo largo de las clases de posgrado en antropología médica, cursos y por mi propia cuenta. Finalmente, decidí cambiar las propuestas teóricas de análisis con las que inicié mi investigación por las teorías expuestas en el capítulo anterior. El acto de investigar es también un acto de discernir y discriminar entre la información y la teoría, esa fue la razón principal de elegir las categorías teóricas de saberes, experiencia de la enfermedad, MEs y al Pluralismo Médico sobre las de Estilo de Vida y Modelos Médicos.

Al ver que existía una gran cantidad de contenido que me podía desorientar, decidí establecer una guía de unidad hermenéutica para orientar la investigación de acuerdo con el tema, el problema de investigación, las preguntas de investigación, los objetivos y las categorías como se describe en la tabla 6, en la cual ordené el ámbito temático, el problema de investigación, las preguntas de investigación surgidas durante la elaboración del protocolo y las estancias de campo, los objetivos generales y particulares, así como las categorías emergentes y no emergentes. Esto me permitió desarrollar adecuadamente la parte teórica sin perder de vista mis objetivos, finalmente condensé toda la información cualitativa en cuadros sinópticos según mis objetivos para facilitar el orden, la sintaxis y la construcción de la narrativa de la investigación. El gran esfuerzo vertido para realizar esta metódica investigación, nace de la constante orientación de mi tutora y de mis profesores, así como del compartir de los actores involucrados en este estudio (padecientes y curadores).

Tabla 6. Guía de la unidad hermenéutica

Ámbito Temático	Problema de investigación	Preguntas de investigación	Objetivos Generales	Objetivos Particulares	Categorías
Saberes y experiencia de la enfermedad en individuos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus.	¿Cuáles son los saberes de los individuos afectados con complicaciones crónicas por diabetes mellitus, cómo se construyen socioculturalmente sus saberes y qué influencia tienen los saberes de los curadores de las diferentes formas de atención en los saberes de los individuos afectados y en la experiencia de la enfermedad?	¿Qué es lo que piensa un sujeto con diabetes mellitus sobre su vida?; ¿Cómo vive y enfrenta esta enfermedad y sus complicaciones?; ¿Cuáles son los saberes que tienen los individuos acerca de las complicaciones de esta enfermedad?; ¿Influyen los saberes de médicos, familiares o miembros de la unidad doméstica en el desarrollo de la enfermedad/padecer o malestar?; ¿Cuáles son los saberes de los curadores de las diversas formas de atención sobre esta enfermedad?; ¿Qué entienden los médicos de las diversas formas de atención, así como los padecientes sobre el control de la enfermedad?;	<p>1. Describir y analizar los saberes en torno a las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 de los individuos afectados.</p> <p>2. Describir y analizar los saberes de los curadores de las diferentes formas de atención respecto de las complicaciones por diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>3. Describir y analizar la experiencia de la enfermedad de los sujetos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>Describir y analizar las representaciones y prácticas de la diabetes mellitus y sus complicaciones con relación a la causa, prevención, frecuencia, distribución, síntomas, tratamientos, eficacia, fracaso, influencia de los saberes y accesibilidad a los recursos sanitarios..</p> <p>Describir y analizar las representaciones y las prácticas de los distintos tipos de médicos sobre: causa, prevención, frecuencia, distribución, diagnóstico, síntomas y tratamiento sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones.</p> <p>Describir y analizar: la alimentación, el consumo de alcohol, as limitaciones físicas, emociones, violencia y la muerte.</p>	<p>¿Qué es la DM?, Tipos de DM, Causa, ¿Qué tan común es?, ¿Quién la sufre? ¿Cómo se desarrolla? ¿Cómo se previene? ¿Qué sienten? ¿Cómo se trata? ¿Cómo se detecta la enfermedad? Accesibilidad a los recursos de atención. Niveles de atención Eficacia y Fracaso terapéutico. Influencia de los saberes Alimentación Consumo de alcohol Muerte Violencia Limitaciones Físicas</p>

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco, 2012-2014.

CAPÍTULO III: el saber epidemiológico

Definición biomédica de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus es vista como una enfermedad metabólica, la cual se caracteriza por una deficiencia de insulina o una alteración en la función de la insulina (resistencia a la insulina), lo que conlleva a una elevación constante de los niveles de glucosa sanguínea. Se reconocen varios tipos de diabetes mellitus: diabetes mellitus tipo 1 (deficiencia de insulina); diabetes mellitus tipo 2 (resistencia a la insulina); diabetes mellitus del embarazo y otros tipos de diabetes mellitus. En este estudio sólo consideramos a sujetos con diabetes mellitus tipo 2, debido a su mayor frecuencia. Esta enfermedad se asocia a los antecedentes de sobrepeso, obesidad y sedentarismo, lo que conlleva a generar resistencia a la insulina. Los signos y síntomas de la diabetes mellitus tipo 2 son silentes en la mayoría de los casos, por lo que una gran parte de la población no reconoce estar enfermo hasta que se encuentra avanzada la enfermedad y cuando los individuos presentan síntomas se quejan de poliuria (aumento de la orina), polidipsia (sed) y pérdida de peso (Harrison, 2005).

Diagnóstico

En 1997 se creó un grupo de veinte expertos biomédicos de la Asociación Americana para la Diabetes (AAD), el cual fue posteriormente apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El grupo publicó modificaciones a la clasificación de la diabetes mellitus, el criterio diagnóstico para una entidad clínica que se considera prediabetogénica (glicemia en ayunas anormal) y, además, estableció una nueva entidad clínica a la que denominaron “tolerancia a la glucosa alterada”; estas dos últimas categorías se consideran como factores de riesgo elevado para desarrollar diabetes, es decir, se retoma a la historia natural de la enfermedad para prevenir o modificar la enfermedad desde su inicio, considerando sólo aspectos biológicos.

Actualmente, se puede realizar el diagnóstico mediante cuatro criterios, modificados en el 2008: 1) hemoglobina glucosilada >6.5% (sólo se permite realizar esta prueba en laboratorios certificados); 2) glucemia plasmática en ayunas >126 mg/dl; 3) glucemia plasmática >200 mg/dl a las dos horas después de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (con 75 gr de glucosa); 4) glucemia plasmática >200 mg/dl en pacientes con sintomatología. La glucemia en ayunas alterada (GAA) se considera cuando se obtienen cifras de glucosa sérica en

ayunas entre 100-125 mg/dl. La tolerancia a la glucosa alterada se considera entre cifras de 140-199 mg/dl (IGT), después de una prueba con 75 gr con glucosa oral, o cuando la medición de cifras de hemoglobina glucosilada se presenta entre 5.7-6.4%. Las modificaciones de los criterios diagnósticos propuestos por la AAD obedecen a una nueva clasificación etiopatogénica y semántica donde miles de personas no saben que se encuentran afectados y obedece también a un conflicto de interés que la AAD y la OMS mantienen en uno de los criterios diagnósticos (ADA, 2014, López, 1998).³

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus

Las complicaciones crónicas pueden dividirse en vasculares y no vasculares, dentro de las complicaciones vasculares encontramos a las complicaciones que afectan los grandes vasos y a los pequeños vasos (tabla 7). Las complicaciones crónicas tienen una larga descripción dentro de la biomedicina y se reconoce que el riesgo para desarrollarlas aumenta con el tiempo de descontrol de la glucosa; debido a que la diabetes mellitus tipo 2 puede afectar al cuerpo de forma asintomática; muchos afectados presentan complicaciones crónicas en el momento de su diagnóstico, aproximadamente el 50%. No existen normas internacionales para realizar el diagnóstico de una complicación crónica, debido a la gran variedad de métodos utilizados en los estudios biomédicos y la difícil comparación entre poblaciones, por lo que no ha sido posible homogeneizar los criterios diagnósticos.

³ El concepto de intolerancia a la glucosa fue introducido en 1979 por el National Diabetes Data Group e incorporado en 1980 por la OMS. En 1997, la glucosa anómala en ayunas (AAG) fue introducida por la ADA como una categoría análoga a la intolerancia a la glucosa, esta última aún no es aceptada por la OMS (López, 1988).

Tabla 7. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus

Microvasculares a) Enfermedades oculares: retinopatía proliferativa y no proliferativa, edema de la mácula b) Neuropatías: sensitiva motoras, vegetativas c) Nefropatías
Macrovasculares a) Arteriopatía coronaria b) Enfermedad vascular periférica c) Enfermedad vascular cerebral
Otras Odontopatías Complicaciones del tubo digestivo Genitourinarias Dermatológicas Infecciosas Cataratas Glaucoma

Fuente: Harrison, 2005: 2378.

Las enfermedades crónicas siguen siendo un instrumento conceptual biomédico, especialmente clínico, que se refiere a la impotencia de la cura en la orientación de la práctica profesional del médico, pero existen otras definiciones más amplias que la biomédica, las cuales sugieren que las enfermedades crónicas resultan ser un *proceso sociocultural y subjetivo que se construye a partir de un sujeto, el cual se encuentra en la situación de convivir permanentemente con un daño, enfermedad, disfunción o discapacidad* (Osorio, 2006: 158-159). Esta definición, permite entender que las enfermedades crónicas no son un fenómeno aislado, sino una fuente de representaciones nuevas que forman parte de las personas que las padecen generando nuevas subjetividades, ya que la corporalidad de las personas se afecta en todas sus dimensiones (psíquica, emotiva, lógica, conductual, etcétera), también permite ver que la cultura influye en las representaciones de la enfermedad y, por lo tanto, en las decisiones para su tratamiento. La medicina occidental o biomedicina no ha logrado abarcar el estudio de las enfermedades crónicas debido a que no considera las implicaciones socioculturales que influyen en las subjetividades y en el cuerpo de las personas

afectadas, por lo tanto, reduce sus apreciaciones y nociones de la enfermedad/enfermo como una totalidad.

La cronicidad impulsada por el estudio de los *síntomas* durante la época moderna ha transformado su concepto en la práctica biomédica contemporánea, ya que en muchas ocasiones se le resta importancia al “*sentirse enfermo*” y no se considera a la *sintomatología*. Tomo el ejemplo de la diabetes mellitus y sus complicaciones, donde en ocasiones durante la consulta por motivos de productividad (instituciones públicas) el médico alópata atiende en veinte minutos o menos a un padeciente que presenta, a nivel corporal, una complejización de la enfermedad, es decir, se afectan diversos órganos y sistemas como el corazón, los nervios periféricos, los riñones, el sistema vascular periférico, los dientes y el sistema endócrino. Ésto conlleva al desarrollo de una gran cantidad de síntomas, emociones y lógicas experimentados por los afectados, los cuales son orillados a tomar varios medicamentos para paliar sus dolencias. En estas circunstancias, donde se restringe el tiempo de atención y donde prevalece la falta de herramientas de análisis amplias que consideren el contexto psicoemotivo y sociocultural, resulta imposible realizar un examen adecuado.

La transformación de los saberes en la construcción social de la diabetes mellitus

El interés de este apartado fue retomar y reflexionar algunos puntos medulares dentro de la construcción social de la diabetes. Para realizar ésto, fue necesario entender el concepto de cuerpo ya que la visión occidental de “cuerpo” es un concepto clave para entender la transformación de los saberes, así como asimilar que la construcción histórica de las enfermedades es un fenómeno dinámico y en constante ruptura epistémica que modifica la forma de entender las enfermedades; mi propuesta fue describir y debatir, brevemente, la construcción histórica de los saberes a partir del siglo XVIII, el cual correspondió al auge de la revolución industrial donde se transformó radicalmente el sistema económico occidental y se incorporaron conocimientos del renacimiento y de la clínica moderna en Europa que se opone a la tradición greco-galénica, creando el concepto de enfermedades crónicas propuesto por Sydenham quién fue influenciado por una abundante producción filosófica de la época como las de Boyle y John Locke (Comrie, 1922, Canesqui, 2007).

Esta nueva forma de ver a la medicina se identificó con el sistema de reorganizaciones metodológicas de aquella época, donde la explicación anatomopatológica tenía un peso importante y marcó el nacimiento de la clínica como metodología occidental de indagación corporal. En el siglo XVIII, surge la taxonomía como un principio ordenador de las ciencias biológicas. La medicina

occidental no escapa a esta “*taxonomización*” y las enfermedades comienzan a clasificarse (Foucault, 1968); el primer hecho objetivable y medible que tuvo relación con la diabetes fue cuando se cuantificó la glucosa en la orina por Dobson en 1776, lo que constituyó un logro para la descripción clínica de la diabetes; se piensa entonces que la sangre es el órgano afectado oponiéndose a la tradición greco-galénica donde el órgano afectado era el riñón (Ponte, 2011).

El entendimiento de que la diabetes tendría una afección multisistémica o multifactorial fue un impacto que revolucionó su concepción; Bouchard fue el primero en proponer el origen multifactorial de esta enfermedad, luego Claude Bernard demostró que los niveles de glucosa serían regulados no sólo por la absorción de los carbohidratos en dieta, sino también por la producción del hígado. A mitades del siglo XIX, Bernard estableció las bases de la ciencia moderna y gracias a sus trabajos la medicina occidental desarrolló el concepto de fisiopatología, el cual fue un precedente para construir la visión de la normalidad a partir de lo patológico (Canguilhem, 1971). También durante este siglo la ciencia y la filosofía entran en una crisis de credibilidad, la ciencia se acredita la explicación de lo verdadero y la filosofía la explicación del ser; esta fractura entre ser y verdad generó incertidumbre en la profesión médica, ya que anteriormente filosofía y ciencia eran herramientas empleadas por los médicos occidentales. Posteriormente, los efectos de la revolución industrial y de la revolución francesa comienzan a impactar a la sociedad, la hegemonía política naciente intenta imprimir un rumbo objetivo a las ciencias sociales y naturales; este intento de sistematización mediante el empleo de una metodología única fue lo que constituyó al positivismo (Foucault, 1968). La autodenominada “*medicina científica*” occidental adoptó al positivismo y expulsó a la filosofía del estudio del ser humano y sus enfermedades. *La salud que pertenece al sentido del ser y del deber ser*, no encontró explicación dentro de la filosofía, sino dentro de las ciencias naturales y la medicina (Samaja, 2004: 74), redujo sus explicaciones mediante el empleo de una metodología única; esta homogeneización de la ciencia formó parte de la hegemonización política e ideológica naciente, de la cuál fue imposible escapar; así, la práctica médica comenzó a ser instrumento de los estados nacionales (Keneth, 2012, Zolla, 1988).

En 1869, se descubrieron las células glandulares secretoras de insulina por Paul Langherhams. En 1889, Joseph Von Merig y Oskar Minkowski encontraron que al remover el páncreas de perros, estos animales presentaron un cuadro de diabetes mellitus fatal lo que aportó la primera idea de que el páncreas jugaba un papel importante en la regulación de las concentraciones de glucosa. En 1910, Edward Albert Sharpey-Schafer hipotetizó que la diabetes se debía a la deficiencia de una sustancia química producida por el páncreas, a esta sustancia la llamó

insulina, que deviene de la palabra latina *ínsula*, que significa isla, refiriéndose a las células de los islotes pancreáticos. En 1921, Fedrerick Banting y Charles Best lograron aislar la insulina y revirtieron la diabetes previamente inducida en perros con un extracto de células de páncreas de perros sanos. Posteriormente, Banting, Best, James Collip y John Macleod purificaron la hormona insulina de páncreas bovino y fueron los primeros en utilizar esta hormona como medicamento para humanos. En un transcurso de 50 años, la construcción teórica de esta enfermedad cambió radicalmente y ahora es posible tener a la mano un tratamiento para los afectados (Keneth, 2012).

El descubrimiento de la insulina y la demostración de su importancia para la salud humana impactaron al medio científico y estimuló un gran interés a la investigación asociada a las ciencias químicas y biológicas. Una gran cantidad de descubrimientos se realizaron gracias a las investigaciones sobre la insulina, como el desarrollo de secuencias de aminoácidos y la detección tridimensional de las proteínas. Sin embargo, el conocimiento científico sobre la diabetes, a pesar de tener el peso de la tecnología, sigue siendo descriptivo. Actualmente, la medicina occidental propone otras formas de entenderla a través de nuevas disciplinas como la biología molecular y la genética que han detallado de forma épica las alteraciones de múltiples genes y de factores ambientales que contribuyen a desarrollar esta enfermedad. Un lenguaje nuevo tuvo que ser conceptualizado a través de una intensa búsqueda donde moléculas, genes y receptores proteicos son considerados como posibles causas y blancos terapéuticos de la enfermedad. En la diabetes mellitus tipo 1 los alelos del antígeno leucocitario humano en el brazo corto del cromosoma 6 parecen estar asociados al 50% de los casos familiares. En contraste, en la diabetes mellitus tipo 2 no se ha encontrado un locus asociado a la enfermedad; los estudios genéticos han identificado cerca de 40 variables (polimorfismos genéticos) que incrementan el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2. La multiplicidad de genes que contribuyen para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 hace realmente difícil determinar su riesgo (Keneth, 2012).

La biología contemporánea ha logrado avances importantes, sin embargo existe una tendencia marcada de ver a cada individuo como una suma de genes, los cuales han sido potencializados y moldeados por condiciones de existencia particulares. En muchas circunstancias, el peso del gen borra completamente los análisis sociales o culturales de la enfermedad o también del mismo individuo. *El gene es la nueva imagen de un "icono cultural"; ha abierto una nueva forma de concebir a la medicina donde la curación y la prevención no son las únicas formas de atender y corregir las enfermedades. Ahora, los genes y sus vías moleculares ingresan al mercado global y forman parte de intensos estudios de las industrias farmacéuticas; se ha fragmentado al cuerpo a unidades genéticas entendidas*

como cúmulos de información, cualquier enfermedad o comportamiento son entendidos desde esta visión científicista para tratar de corregirlos (Le Breton, 2007:104). Con respecto a la diabetes mellitus, además de descubrir los polimorfismos genéticos antes mencionados, ahora se tiene a la mano nuevos elementos para diagnosticar la enfermedad; anteriormente, el diagnóstico sólo se realizaba mediante la cuantificación de glucosa sérica en ayunas o por la prueba de tolerancia a la glucosa. Ahora, se tiene a la mano a la hemoglobina glucosilada que ha contribuido a renovar la semántica biomédica y definir los estados prepatogénicos de la diabetes, conceptos que abren el abanico mercantil y conceptual de prevención de las enfermedades crónicas.

Actualmente, se ofrecen una gran diversidad de tratamientos farmacológicos como lo son las sulfonilureas, las biguanidas, los inhibidores de la alfa1-glucosidasa, tiazolidinedionas, meglitidinas, los nuevos derivados de las hormonas intestinales como las incretinas y dentro de las insulinas encontramos una gran diversidad, de acuerdo con su vida media. Todos estos tratamientos son producto de la biología molecular y la ingeniería genética; los precios dependen de las patentes comercializadas por la industria farmacéutica, sin embargo, no deja de sorprender que estos medicamentos sean el resultado de una compleja elaboración técnico-científica y que no escapan a la generación de una inmensa plusvalía.

La medicina occidental reconoce que la diabetes mellitus no puede curarse pero si prevenirse o controlarse y ha adoptado el concepto de control metabólico, como objetivo terapéutico donde influyen no sólo el consumo de fármacos sino también el estilo de vida, que se entiende de forma biomédica como el tener un adecuado comportamiento y evitar actitudes de riesgo para desarrollar la enfermedad (Coreil, 1985, Cockerham, 2000). Desde los estudios clínicos biomédicos, tres investigaciones dirigidas por especialistas del Framingham Heart Study, de la United Kingdom Prospective Study (UKPDS) y de la Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) han marcado un hito dentro de la salud pública moderna de las enfermedades crónicas, destacan los de la UKPDS y DCCT para la diabetes que han demostrado que al controlar o regular los índices de glucosa se puede disminuir o prolongar las complicaciones relacionadas con la diabetes mellitus (Oppenheimer, 2005, UK prospective diabetes study group, 1998, Nathan, 2014). Actualmente, para regular los índices de glucosa se emplean medidas a las que se denominan farmacológicas y no farmacológicas, que pueden determinar qué conducta es la óptima para prevenir la enfermedad y vivir sanamente. Ahora el control resulta ser el panóptico moderno, con él que se regula nuestro cuerpo y nuestra vida (Foucault, 2010).

Hoy en día, la ciencia contemporánea estudia las nanopartículas que pueden emplearse como parte de la terapéutica en distintas enfermedades. En la diabetes existen protocolos de nanoterapia para mejorar las complicaciones crónicas de la enfermedad, como el pie diabético. Este nuevo campo de las ciencias denominado nanotecnología permite entender un mundo invisible que se intenta describir mediante el empleo de herramientas técnicamente sofisticadas; cada vez más reducimos y atomizamos el cuerpo y la enfermedad para tratar de entendernos. Las herramientas desarrolladas para tratar enfermedades han marcado un hito en la sobrevida de algunas enfermedades, hay que reconocer los logros alcanzados, pero siempre desde un enfoque crítico.

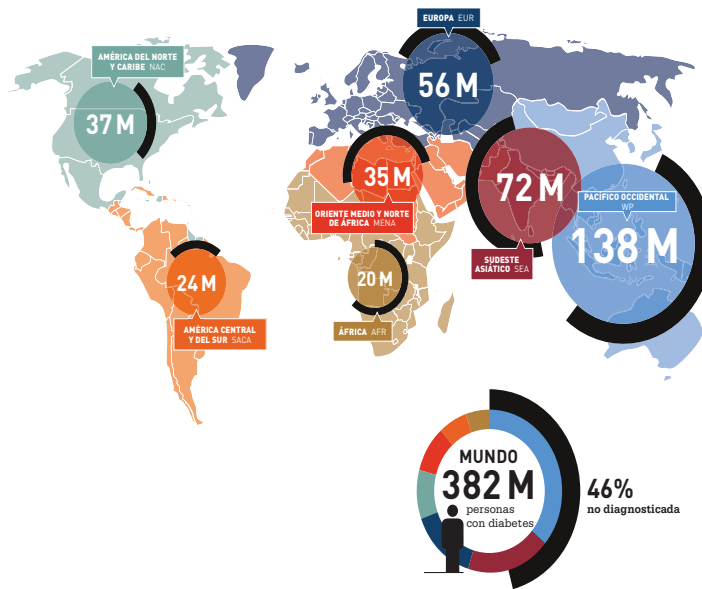
La biomedicina se ha apropiado del discurso científico como estrategia para seguir formando parte del discurso hegemónico, una de sus características es la forma de entender la enfermedad sólo desde una mirada biológica (*Menéndez, 2005*). Ante esto resulta poco probable, pero no imposible, que cuerpo, enfermedad y salud tengan un análisis crítico. A pesar de su constante enfoque reduccionista, la biomedicina resulta ser una de las formas de atención que tiene más penetración y expansión en las sociedades actuales; sin embargo, existen casos interesantes como los que emplean el enfoque biopsicosocial norteamericano y la medicina sistémica, que tratan de entender mejor a la enfermedad y a la persona y sobre todo darles un significado social y cultural.

Al tratar de entender la cultura y la sociedad podemos romper nuestros paradigmas. En este breve recuento histórico, vimos que cuerpo y enfermedad cambian constantemente sus nociones explicativas: riñones, sangre, páncreas, insulina y genes han formado o forman en la actualidad parte de la interpretación o razonamiento del cuerpo y de la noción causal de la diabetes, ¿En qué momento se integra la cultura, la familia, la economía y la sociedad como parte del contexto de la diabetes mellitus y de la terapéutica?

Panorama global de la diabetes mellitus

El panorama epidemiológico de la diabetes resulta ser complicado, ya que en los 200 últimos años, a pesar de existir un enorme progreso científico para su tratamiento, la enfermedad ha aumentado exponencialmente. Actualmente, se considera que 382 millones de personas padecen diabetes y que ésta se incrementará a más de 592 millones de personas en los próximos 25 años (figura 3). Aproximadamente 175 millones de personas no saben que la tienen, lo que potencializa desde la perspectiva biomédica el desarrollo de las complicaciones crónicas por diabetes. El 80% de los afectados viven en países de ingresos medios y bajos (Atlas de la Diabetes Mellitus FID, 2013).

Figura 3. Numero de personas con diabetes por región según la IDF

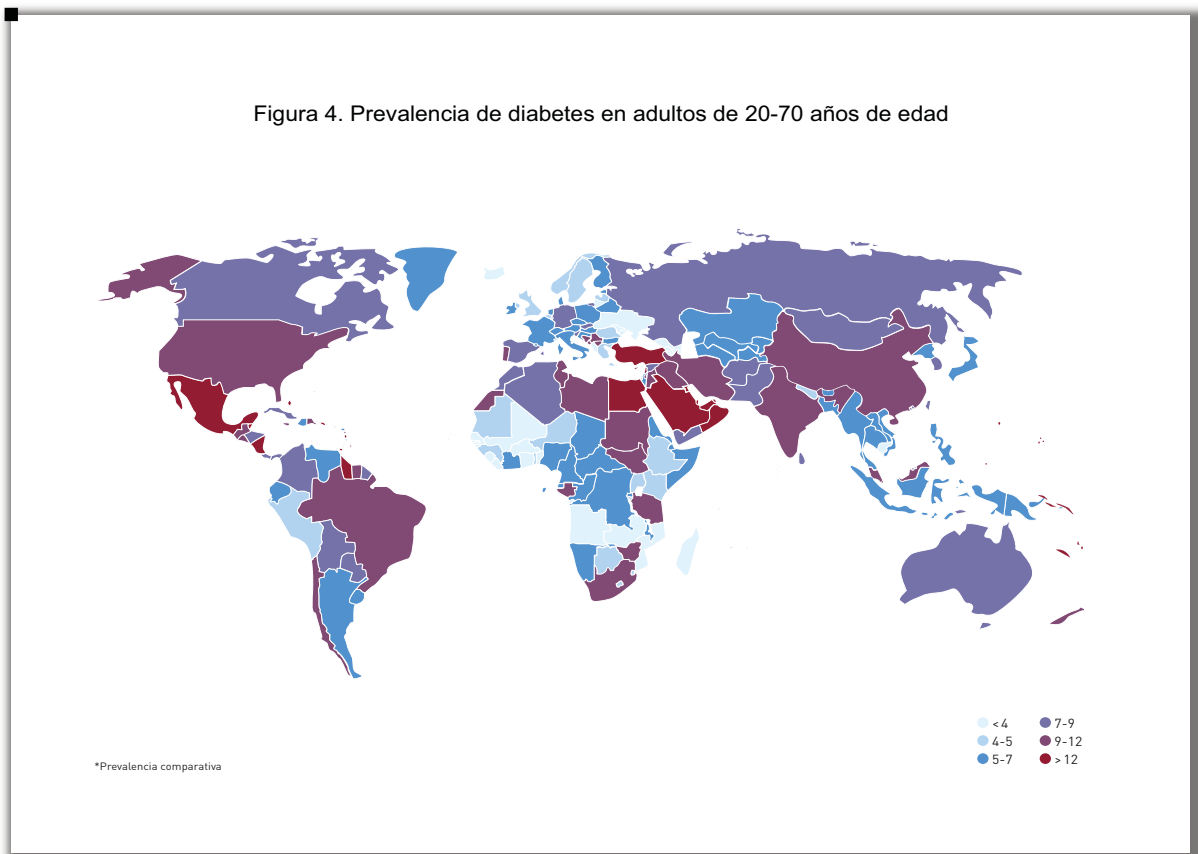


Fuente: Atlas de la diabetes mellitus FID, 2013: 11.

El aumento de las enfermedades no transmisibles se ha explicado mediante modelos teóricos como el de transición epidemiológica, propuesto inicialmente por Omran y Lerner (Martínez, 2002) y recientemente retomado por Frenk (2011). Sin embargo, esta teoría se distancia de la realidad que vive la población con diabetes, que actualmente es reconocida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS como un riesgo para la economía y como una crisis sanitaria. Se ha estimado que la carga mundial de la enfermedad es enorme y que provoca 5.1 millones de muertes al año y genera un gasto público de 548 mil millones de dólares anuales en salud a nivel global.

El panorama en diferentes regiones mundiales ha empeorado siendo la región del pacífico occidental la que tiene más afectados en número. África reportó el número más bajo de afectados, sin embargo, se estima que se triplicará dentro de treinta años, lo que resultaría desastroso para este continente, ya que África presenta numerosas epidemias de enfermedades infecciosas y la coexistencia de estas enfermedades con las crónicas generarían un impacto funesto en sus poblaciones. En la región de las Américas se estima que aumente en un 60% en América Central y América del Sur y un 38% en América del Norte para el año del

2035. Con respecto a la prevalencia mundial como se observa en la figura 4, se estima que 8.2% de la población adulta a nivel mundial padece de diabetes mellitus, destacando México como uno de los principales países afectados (*Atlas de la Diabetes Mellitus FID, 2013*).



Fuente: *Atlas de la diabetes mellitus FID, 2013*: 36.

De acuerdo con la distribución de la población, las comunidades urbanas son más afectadas que las rurales, aunque estas últimas sostienen un alarmante crecimiento; se estima que un 5.2% de la población rural está afectada. Las comunidades indígenas varían la prevalencia entre 10 a 40% según la etnia; los datos demuestran que existen poblaciones vulnerables, sin embargo, estos hechos han dado pauta a que se considere que el origen étnico sea un factor decisivo para desarrollar la diabetes, perdiendo de vista el concepto de riesgo como herramienta preventiva, ya que no se exponen los factores socioculturales que hacen que una etnia tenga más prevalencia de la enfermedad (*Atlas de la Diabetes Mellitus FID, 2013*).

La diabetes mellitus y sus complicaciones son la principal causa de muerte prematura (30 a 69 años) a nivel global. En algunas poblaciones la diabetes llega

a ser hasta el 50% de las causas de muerte, a nivel mundial representa el 8.4% de la mortalidad por todas las causas de muerte. En los últimos años se ha divulgado el impacto que genera la diabetes en la población mundial y se han realizado diversas declaraciones políticas a nivel internacional. En 2006, la ONU en la resolución 61/225, establece el 14 de noviembre como el día internacional de la diabetes y propone la toma de consciencia de los gobiernos para atenderla. La Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre las enfermedades no transmisibles en el 2011 y la Conferencia de Desarrollo Sostenible en el 2012, declararon que la diabetes amenaza el desarrollo del siglo XXI; a partir de estas declaraciones se han delineado diversas políticas de acción global que poco han permeado en las localidades, debido probablemente a acciones políticas prematuras o mal planteadas y a la falta de contexto social de éstas.

Objetivos cuantificables del plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, ONU 2013:

- 1, Otorgar más prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las agendas mundiales, regionales y nacionales y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante el fortalecimiento de la promoción y cooperación internacional.
2. Reforzar la capacidad, el liderazgo, la gobernanza, la acción multisectorial y las alianzas para acelerar la respuesta de los países en materia de prevención y control de enfermedades no transmisibles.
3. Reducir la exposición a factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y los determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.
4. Fortalecer y reorientar los sistemas de salud para abordar la prevención y control de las enfermedades transmisibles y los determinantes sociales subyacentes, mediante una atención primaria centrada en las personas y la cobertura universal.
5. Fomentar y apoyar la capacidad nacional de investigación y desarrollo de calidad en relación con la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
6. Vigilar la evolución y los determinantes de las enfermedades no transmisibles y evaluar los progresos hacia su prevención y control.

Las metas que se proponen para el 2025 son las siguientes:

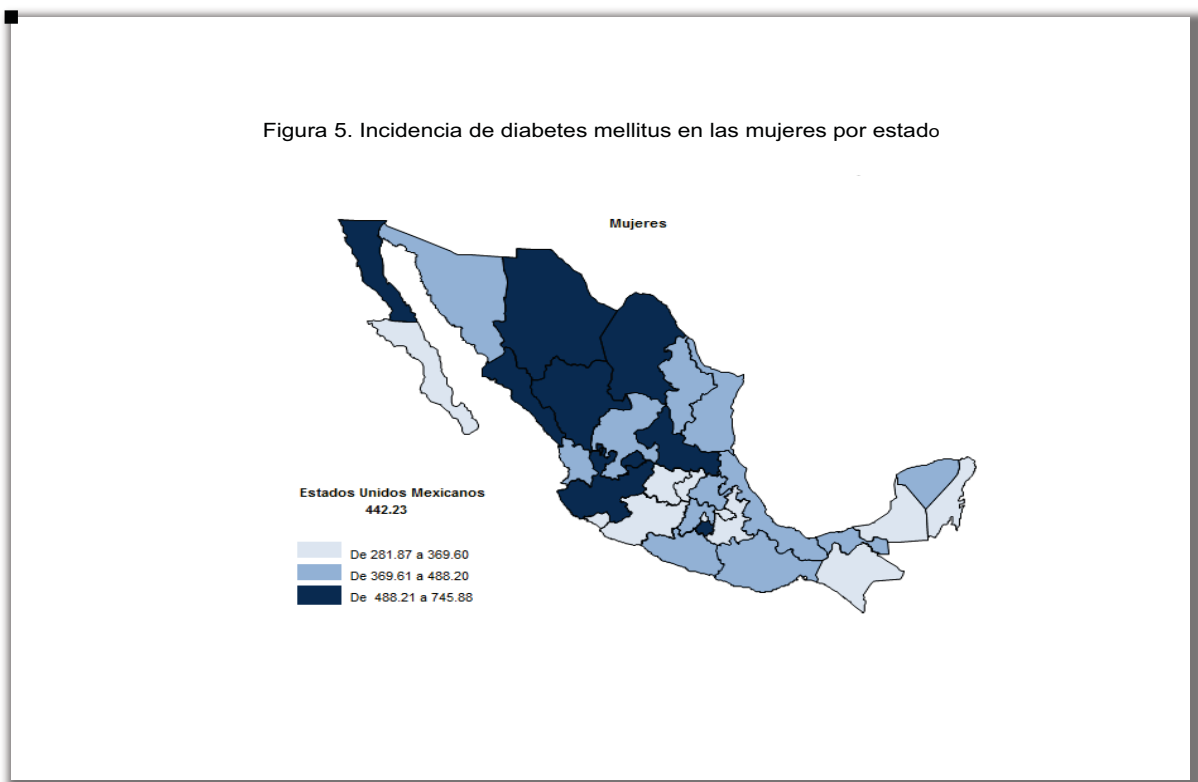
1. Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades no transmisibles en un 25%.
2. Reducción relativa del uso nocivo de alcohol en un 10%.
3. Reducción de la inactividad física en un 10%.
4. Reducción de la ingesta media de sal o sodio en un 30%.
5. Reducción relativa de la prevalencia del consumo de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.
6. Reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de hipertensión.
7. Detección del aumento de la diabetes y la obesidad.
8. Tratamiento farmacológico y asesoramiento de al menos 50% de las personas que lo necesitan para prevenir complicaciones.
9. Tener 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros públicos y privados (Beaglehole et al. 2011, Resolución 61/225 ONU, FID 2011).

Sorprende que existan estrategias dirigidas para aminorar la carga de las enfermedades no transmisibles y que dentro de éstas se tomen en cuenta factores sociales, sin embargo, las estrategias aún están comenzando, además de que sólo toman en cuenta nociones biomédicas y excluyen estudios cualitativos que intentan generar un contexto de la enfermedad mediante análisis sociales y no sólo biológicos, por lo que aún es poco factible que se realicen políticas multidisciplinares, que no sólo incluyan la visión biológica.

Panorama nacional y estatal de la diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas

A nivel nacional, a partir del año 2000, la diabetes mellitus junto con las enfermedades cardiovasculares, fueron la primera causa de muerte en México. En el año de 2012, la encuesta nacional de salud y nutrición reportó una prevalencia del 9.2% para diabetes mellitus; en el estado de Morelos la prevalencia fue de 8.3%. Los reportes del INEGI (2013) registran que dentro de las poblaciones no aseguradas, los estados de Baja California, Jalisco y Estado de México son los que presentan los porcentajes más altos de diagnósticos positivos para esta enfermedad. En la población asegurada o derechohabiente, se reportan que el Distrito Federal, Morelos y Durango son las entidades federativas con más alto

porcentaje de diagnósticos nuevos (incidencia). El INEGI, en 2011, reportó que el número de casos nuevos en el país fue más alto en mujeres que en hombres (442 x 100 mil vs 326 x 100 mil, respectivamente); las entidades que registraron el mayor número de casos nuevos en el sexo femenino las entidades de Morelos, Sinaloa y Chihuahua como se demuestra en la figura 5, mientras que para el sexo masculino los estados de Morelos, Baja California y Sinaloa presentaron los mayores registros. Con respecto a la edad, la incidencia aumentó según el avance de ésta y llama la atención que entre los 60 a 64 años se presentó la incidencia más alta, después de los 65 años de edad la incidencia disminuyó (INEGI 2013).

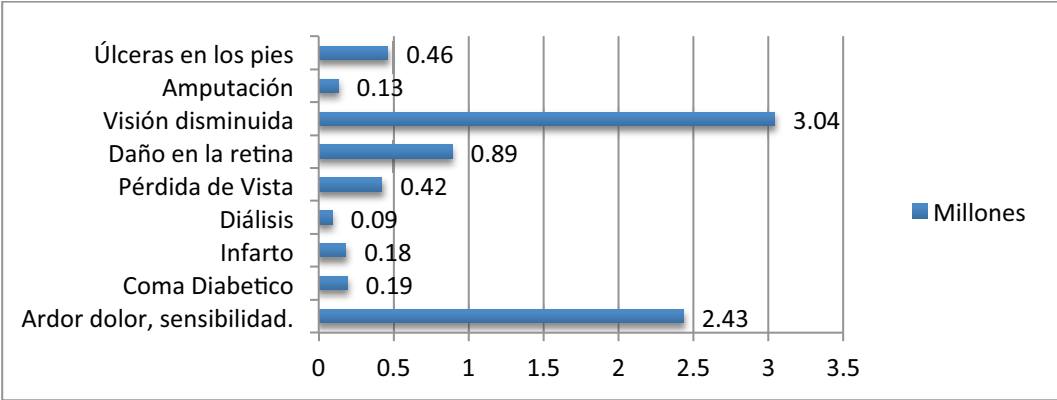


Fuente: INEGI 2013:6. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes.

Esta enfermedad representa un problema de salud pública, debido a la elevada mortalidad que causa en la población. Se estima que en México, 70 personas de cada 100 mil fallecen por este motivo, las tasas de mortalidad más altas se encuentran en el Distrito Federal, Veracruz y Puebla. La diabetes es también la causa de complicaciones agudas y crónicas que son uno de los principales problemas de invalidez a nivel nacional (ENSANUT 2006, 2012). En México, una encuesta realizada recientemente reportó a la visión disminuida, la pérdida de la sensibilidad y las retinopatías como las tres complicaciones más frecuentes, mientras que el infarto, la diálisis y las amputaciones fueron menos frecuentes como se puede ver en la gráfica 1 (Hernández 2013, ENSANUT 2012).

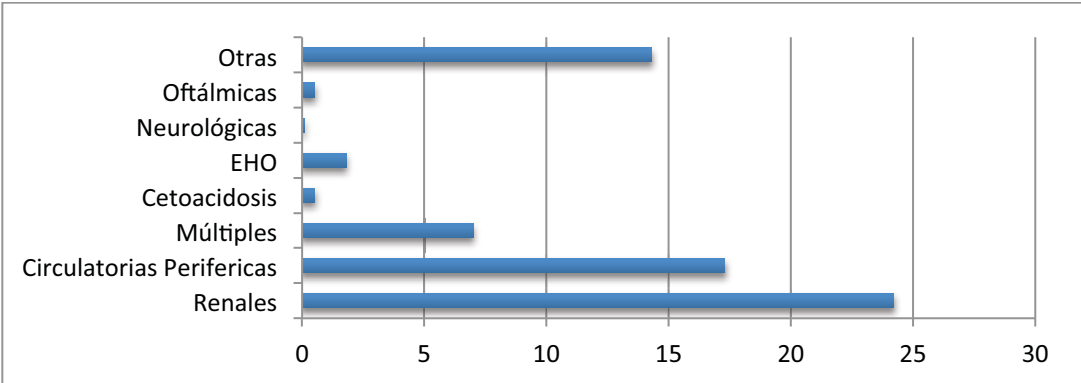
En otros registros realizados por el INEGI (2013) se reportaron que las afecciones renales (24.2%), circulatorias periféricas (17.3%) y múltiples (7%) son las más comunes desde el registro de bases hospitalarias como se observa en la gráfica 2.

Gráfica 1. Complicaciones crónicas reportadas por diabéticos



Fuente: ENSANUT, 2012.

Gráfica 2. Complicaciones reportadas en la base del registro hospitalario (porcentajes)



Fuente: SS 2012. Base de registros hospitalarios citado por INEGI, 2013.

La población con diabetes mellitus descontrolada y con complicaciones agudas y crónicas representa para el sistema de salud la principal causa de hospitalización y de consulta médica, gran parte de esta población fallece antes de los 65 años de edad, representando una enorme carga social. Esto ha resultado en un incremento en la demanda de atención, además de que el tratamiento de las complicaciones crónicas debe ser absorbido por los padecientes, los familiares y su red de apoyo (Mercado, 2010, Arredondo, 2010). Las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes no son exclusivas de las áreas urbanas, si bien existen reportes epidemiológicos que demuestran una menor prevalencia en las áreas rurales, la tendencia actual indica que en las poblaciones rurales va en incremento y las complicaciones por esta enfermedad son más frecuentes debido a la carencia de atención médica o a la imposibilidad de acceso a la atención

médica, aunque no existen datos estadísticos para determinar la prevalencia de las complicaciones crónicas a nivel rural.

De acuerdo con los reportes realizados por el gobierno federal hace dos sexenios, un 40% del total de la población no tiene acceso a ninguna institución o programa de salud; la accesibilidad se entiende como la distribución de la atención médica de las distintas instituciones de salud, así como la distribución de los programas estatales de apoyo a la población. El problema de la accesibilidad es complejo ya que la atención se encuentra estratificada, es decir, cada estrato social atendido por los servicios de salud tiene derechos diferentes, generando servicios de calidad distintos; esto impacta de manera notable en las personas afectadas con complicaciones crónicas por diabetes y dependiendo del estrato socioeconómico se les concederá la atención. Desafortunadamente, las personas con menos recursos económicos son las que enfrentarán más problemas de desabasto, tiempo de estancia prolongada y falta de personal médico, entre otras. (Puentes-Rosas, 2005).

A nivel nacional destaca la Norma Oficial Mexicana realizada en 1994 y modificada en el 2009 para el tratamiento y la prevención de la diabetes mellitus, donde se detalla la definición, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico para esta enfermedad. Recientemente, México se ha sumado a las metas planteadas por la ONU para combatir las enfermedades no transmisibles, por lo que los objetivos anteriormente descritos al parecer tienen que llevarse a cabo antes del 2025. Sin embargo, existen severas dificultades para la aplicación de estas políticas, ya que la realidad y los contextos de las distintas entidades federativas y las localidades difícilmente serán resueltos.

El estado de Morelos, ubicado en la zona centro-sur del país, vive actualmente una constante renovación de su perfil epidemiológico, donde las enfermedades crónico degenerativas han aumentado de forma paulatina; también destaca que Morelos se encuentra dentro de los once estados con mayor porcentaje de personas sin acceso a los servicios de salud (Morales, 2010), lo que define en parte el perfil epidemiológico biomédico del estado. Según la Secretaría de Salud, en el periodo de 2007 al 2011, las principales causas de mortalidad en el estado fueron las enfermedades no transmisibles, destacando las cardiovasculares, la diabetes mellitus y las oncológicas, seguidas de las enfermedades del hígado, los accidentes, las agresiones y las enfermedades relacionadas con la nutrición (tabla 8).

Tabla 8. Principales causas de mortalidad general en Morelos

2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades del Corazón (15.7%)	Enfermedades del Corazón (16.1%)	Enfermedades del Corazón (15.6%)	Diabetes Mellitus (15.8%)	Enfermedades del Corazón (15.9%)
Diabetes Mellitus (14.1%)	Diabetes Mellitus (15.6%)	Diabetes Mellitus (14.6%)	Enfermedades del Corazón (15.6%)	Diabetes Mellitus (14.5%)
Tumores Malignos (13.7%)	Tumores Malignos (12.5%)	Tumores Malignos (12.8%)	Tumores Malignos (12.6%)	Tumores Malignos (12.7%)
Accidentes (7.5%)	Enfermedades del Hígado (6.9%)	Enfermedades del Hígado (7.1%)	Enfermedades del Hígado (6.8%)	Enfermedades del Hígado (6.9%)
Enfermedades del Hígado (6.8%)	Accidentes (6.6%)	Accidentes (5.7%)	Enfermedades Cerebrovasculares (4.9%)	Accidentes (5.0%)
Enfermedades Cerebrovasculares (5.3%)	Enfermedades Cerebrovasculares (5.4%)	Enfermedades Cerebrovasculares (5.4%)	Agresiones (4.8%)	Enfermedades Cerebrovasculares (4.9%)
Enfermedades Pulmonares (3.3%)	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (3.5%)	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (3.4%)	Accidentes (4.8%)	Agresiones (4.4%)
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (2.7%)	Insuficiencia Renal (2.5%)	Agresiones (2.8%)	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (3.8%)	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (3.6%)
Insuficiencia Renal (2.3%)	Agresiones (2.4%)	Neumonía e influenza (2.6%)	Insuficiencia Renal (3.8%)	Afecciones en el periodo perinatal (2.5%)
Desnutrición y otras causas (2.3%)	Desnutrición y otras deficiencias (2.3%)	Insuficiencia Renal (2.5%)	Desnutrición (2.3%)	Insuficiencia Renal (2.2%)

Fuente: Secretaria de Salud del estado de Morelos, 2007-2011.

En la población infantil, las afecciones originadas en el periodo perinatal, las malformaciones congénitas y las enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales se caracterizaron por ser las causas de mortalidad más frecuentes; a nivel preescolar se registraron a las malformaciones congénitas, los accidentes, las agresiones, la desnutrición y las enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales como las principales causas de muerte; a nivel escolar los accidentes, los tumores malignos, las malformaciones congénitas, las agresiones y las enfermedades infecciosas se encontraron dentro de las principales causa de mortalidad en Morelos. En contraste con otras poblaciones etáreas, es importante mencionar que la incidencia, la prevalencia y la causa de muerte son distintas al envejecer la población, donde predominan las enfermedades crónicas (tabla 9).

Tabla 9. Principales causas de mortalidad en edad productiva en Morelos

2007	2008	2009	2010	2011
Diabetes Mellitus (16.2%)	Diabetes Mellitus (17.5%)	Diabetes Mellitus (15.9%)	Diabetes Mellitus (16.7)	Diabetes Mellitus (16.7%)
Tumores malignos (15.8%)	Tumores Malignos (14.1%)	Tumores Malignos (14.9%)	Tumores Malignos (14.3%)	Tumores Malignos (14%)
Accidentes (13.6%)	Accidentes (11.9%)	Enfermedades del Hígado (11.9%)	Agresiones (12.2%)	Enfermedades del Hígado (12%)
Enfermedades del Hígado (10.8%)	Enfermedades del Hígado (10.9%)	Accidentes (9.7%)	Enfermedades del Hígado (10.9%)	Agresiones (10%)
Enfermedades del corazón (10.1%)	Enfermedades del Corazón (10.0%)	Enfermedades del Corazón (9.2%)	Enfermedades del Corazón (9.2%)	Accidentes (9.0%)
Agresiones (3.8%)	Agresiones (6.2%)	Agresiones (7.1%)	Accidentes (8.0%)	Enfermedades del Corazón (8.0%)
Enfermedades cerebrovasculares (3.7%)	Enfermedades Cerebrovasculares (3.6%)	Enfermedades Cerebrovasculares (3.1%)	Enfermedades Cerebrovasculares (3.2%)	Enfermedades Cerebrovasculares (3.2%)
VIH/SIDA (2.5%)	VIH/SIDA (2.7%)	VIH/SIDA (2.8%)	Insuficiencia Renal (2.3%)	VIH/SIDA (2.3%)
Insuficiencia renal (1.9%)	Insuficiencia Renal (2.4%)	Neumonía e influenza (2.4%)	VIH/SIDA (1.8%)	Insuficiencia Renal (1.8%)
Lesiones infligidas intencionalmente (1.5%)	Lesiones autoinfligidas (1.8%)	Insuficiencia Renal (2.1%)	Lesiones autoinfligidas (1.0%)	Lesiones autoinfligidas (1.0%)

Fuente: Secretaria de Salud del estado de Morelos 2007-2011.

Recientemente, se publicó la encuesta de ENSANUT (2012) donde se demostró que la prevalencia de la diabetes mellitus ha aumentado de 6.3 a 8.3% en Morelos en los últimos seis años, siendo el estado con más alta incidencia de diabetes a nivel nacional. En virtud de que no existen registros recientes de mortalidad en los últimos años, por parte de la Secretaria de Salud del estado, decidí considerar para este trabajo el último registro del 2011, el cuál destaca que la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares son las causas de defunción más comunes. Los municipios más afectados son Coatlán del Río, Mazatepec y Tetela del Volcán, con las tasas de mortalidad más elevadas (tabla 10). Miacatlán, donde pertenece Coatetelco, antes compartía los tres primeros lugares de mortalidad por diabetes mellitus, sin embargo, fue desplazado del segundo hasta el sexto lugar en 2011 (INEGI, 2010, 2013, Escobedo, 1996, SSAEM, 2009, 2010, 2011).

Tabla 10. Mortalidad por diabetes mellitus según municipio

2007	2008	2009	2010	2011
Tetecala	Tetecala	Tetecala	Coatlán del Río	Coatlán del Río
Zacatepec	Ocuituco	Miacatlán	Miacatlán	Mazatepec
Miacatlán	Amacuzac	Totolapan	Zacatepec	Tetecala
Tepoztlán	Coatlán del Río	Amacuzac	Tetecala	Tepalcingo
Jojutla	Miacatlán	Jojutla	Axochiapan	Zacatepec
Jantetelco	Tlalnepantla	Tlalnepantla	Mazatepec	Miacatlán
Cuautla	Tlaquitenango	Zacatepec	Atlatlahucan	Jantetelco
Zacualpan	Zacatepec	Ocuituco	Huitzilac	Amacuzac
Coatlán del Río	Mazatepec	Axochiapan	Ocuituco	Xochitepec
Amacuzac	Axochiapan	Coatlán del Río	Yautepec	Cuautla

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Morelos 2007-2011.

Panorama epidemiológico biomédico de Coatetelco

Los datos presentados anteriormente evidencian una apreciación del problema real que se vive a nivel global, federal y estatal. Aunque la estadística es una herramienta que se emplea comúnmente en la epidemiología y la salud pública para obtener indicadores que ayuden a entender cómo se comportan las enfermedades dentro de las sociedades, tiene limitantes ya que los datos pueden interpretarse de diversas formas, generando sesgos de información. La interpretación de datos nos permite discutir sobre la variabilidad del lenguaje sea gramatical, simbólico o numérico y permite evidenciar las divergencias que existen entre los estudios cuantitativos y cualitativos. Este trabajo se suscribe dentro de un universo de análisis cualitativo, sin embargo, resulta prudente retomar datos estadísticos con respecto a la mortalidad, morbilidad e incidencia de las enfermedades a nivel local. Por lo que, con los datos obtenidos en Coatetelco describimos los principales problemas que se reportaron a través de criterios biomédicos e interpretamos una encuesta realizada a 141 familias, con el objeto de tener una mirada complementaria a la biomédica y de reconocer entre sus representaciones la presencia y daño que la diabetes mellitus les ha ocasionado.

Durante la estancia en campo se recabó información sobre las causas de mortalidad en los últimos seis años en el Registro Civil, la cual demostró que las enfermedades crónico degenerativas fueron las más frecuentes en Coatetelco, destacando que las enfermedades oncológicas, las cardiovasculares y la diabetes mellitus fueron las primeras tres causas de mortalidad. Las enfermedades producidas por el consumo de alcohol figuraron constantemente dentro de las diez primeras causas de muerte y, si juntamos a éstas, la cirrosis hepática, la intoxicación por alcohol y la muerte violenta, podrían competir con las enfermedades crónicas como principales causas de muerte en Coatetelco. Con respecto a las enfermedades infecciosas, la neumonía comunitaria fue la primera causa de muerte ocupando el sexto lugar del total de enfermedades registradas en el año 2012 (tabla 11).

Tabla 11. Mortalidad por causas biomédicas en Coatetelco del 2008 al 2013

2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades Oncológicas (20%)	Enfermedades Oncológicas (18%)	Diabetes Mellitus 2 (33.87%)	Diabetes Mellitus 2 (15.69%)	Diabetes Mellitus 2 (21.9%)	Infarto Agudo al Miocardio (19%)
Infarto Agudo al Miocardio (20.59%)	Diabetes Mellitus 2 (16%)	Muerte Violenta (17.74%)	Muerte Violenta (15.69%)	Evento Vascular Cerebral (12.2%)	Muerte Violenta (17%)
Cirrosis Hepática (14.71%)	Cirrosis Hepática (14%)	Enfermedades Oncológicas (11.29%)	Enfermedades Oncológicas (9.80%)	Muerte Violenta (9.76%)	Desnutrición (9.76%)
Diabetes Mellitus 2 (11.76%)	Evento Vascular Cerebral (10%)	Cirrosis Hepática (11.29%)	Infarto Agudo al Miocardio (9.80%)	Enfermedades Oncológicas (9.76%)	Diabetes Mellitus 2 (9.76%)
Hipertensión arterial sistémica (11.76%)	Infarto Agudo al Miocardio (10%)	Infarto agudo al miocardio (9.68%)	Enfermedad Renal Crónica (7.84%)	Neumonía Comunitaria (9.76%)	Evento Vascular Cerebral (7.32%)
Neumonía Comunitaria (5.88%)	Enfermedad Renal Crónica Terminal (14%)	Evento Vascular Cerebral (3.23%)	Evento Vascular Cerebral (7.84%)	Infarto Agudo al Miocardio (7.32%)	Enfermedad Renal Crónica (7.32%)
Intoxicación Etílica (5.88%)	Hipertensión Arterial Sistémica (4%)	Anorexia (1.61%)	Cirrosis Hepática (5.88%)	Insuficiencia Renal Aguda (7.32%)	Enfermedades Oncológicas (4.88%)
Enfermedad Renal Crónica (2.94%)	Intoxicación Etílica (4%)	Desnutrición Severa (1.61%)	Crisis asmática (1.96%)	Enfermedad Renal Aguda (2.44%)	Cirrosis hepática (4.88%)
Evento Vascular Cerebral (2.94%)	Muerte Violenta (4%)	Enfermedad Renal Crónica Terminal (1.61%)	Desnutrición (1.96%)	Epilepsia (2.44%)	Choque anafiláctico (2.44%)
Muerte Violenta (2.94%)	Anemia (2%)	Enfermedad Renal Aguda (1.61%)	Enfermedad Renal Aguda (1.96%)	Cirrosis Hepática (2.44%)	Hidrocefalia (2.44%)

Fuente : Registro Civil de Cuernavaca, Morelos, 2008-2013.

De acuerdo con los registros de la Secretaría de Salud referentes a la muerte por edades, ocurridas entre los años 2006 al 2010, se reportaron un total de 36 decesos por enfermedades infecciosas (respiratorias y parasitarias), con un predominio de afección en la vida adulta. Llama la atención que los menores de cinco años no presentaron una mortalidad tan elevada como los adultos. Las enfermedades perinatales registraron un total de 13 decesos y tan sólo una

muerte materna. La muerte por desnutrición se asoció a un total de 35 decesos abarcando todas las edades, con un predominio en los adultos mayores; las enfermedades no transmisibles registraron el mayor número de casos de muerte en Coatetelco, destacando las cardiovasculares (138 decesos), la diabetes mellitus (130 decesos) y las enfermedades oncológicas. Es importante considerar que las enfermedades digestivas aparecen como un indicador que incluye múltiples enfermedades, desde una gastritis hasta una cirrosis hepática, lo que indudablemente enmascara al alcoholismo como fuente o generador de enfermedades (tabla 12 y 13).

Tabla 12. Causas de mortalidad biomédica por edades en Coatetelco del 2007 al 2011

Columna1	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
GBD Total 165	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones
A Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	2			1		2
B Infecciones respiratorias		2					
C Causas maternas							1
D Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	13						
E Deficiencias de la nutrición					1		1
A Tumores malignos		1					2
B Otros tumores				1			
C Diabetes mellitus							2
D Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	1	2			1		
E Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso		1					1
G Enfermedades cardiovasculares					1		3
H Enfermedades respiratorias							
I Enfermedades digestivas	1	1					2
J Enfermedades del sistema genito-urinario							
K Enfermedades de la piel						1	
L Enfermedades del sistema músculo esquelético							
M Anomalías congénitas	7		1		1		1
A Accidentes			1	1	1	2	3
B Lesiones intencionales		1		3	5	5	4
C Eventos (lesiones) de intención no determinada				2			
O Causas mal definidas	23	10	2	7	11	8	22

Fuente: base de datos de la Secretaría de Salud, 2007 al 2011.

Tabla 13. Causas de mortalidad biomédica por edades en Coatetelco del 2007 al 2011

	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 y mas años	
	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	Defunciones	
Infecciones y Parásitos	1	3	1		1	1	2		2	1	1	2	21
Infecciones Respiratorias							1	2	3	3	1	3	15
Causas Maternas													1
Afecciones Perinatales													13
Deficiencias de la nutrición				2				3	3	7	5	13	35
Tumores Malignos	1	1	3	2	8	6	7	9	20	8	6	9	83
Otros Tumores					1			1			1	2	6
Diabetes M	1	3	3	6	7	6	14	14	25	15	14	20	130
Enf Metabólicas e Inmunológicas		1		1			1			4	3	5	19
Trastornos Mentales y Enf del Sistema Nervioso	1	1	1	3	3	1	2	4	1			1	20
Cardiovascular	1	3	2		2	6	7	12	21	19	25	35	138
Enf Respiratorias	1	2		1		1	1	1	6	7	5	15	40
Enf Digestivas	2	2	5	5	13	10	6	19	9	10	4	4	93
Enf Genito-Urinas			1			3		3	2	3	5	2	19
Enf de la piel													1
Enf del sistema musculoesquelético					1			1		1			3
Anomalías congénitas													10
Accidentes	1	8	6	4	4	2	2	3	1	4	3	10	56
Lesiones intencionales	2	5	3	2	4	1	2	1		1			39
Eventos de intención no determinada		1	1	1					1	2			8
Causas mal definidas					1							3	4
	11	30	26	27	45	37	45	73	94	85	73	124	754

Fuente: base de datos de la Secretaría de Salud, 2007 al 2011.

Con respecto a los casos nuevos de enfermedad (incidencia) detectados en la comunidad de Coatetelco, en el período de 2007 al 2011, resalta que las afecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de enfermedad biomédica (>60%), seguida de las infecciones de vías urinarias y las infecciones intestinales. Así mismo, se detectaron una gran incidencia de enfermedades de transmisión sexual como, la tricomoniasis y la candidiasis urogenital; también las enfermedades de transmisión fecal-oral como, la amebiasis intestinal y la hepatitis A presentaron una elevada incidencia. La única enfermedad crónico degenerativa que elevó su incidencia en Coatetelco durante este período fue la diabetes mellitus, correspondiendo del 1 al 2%, de todos los casos nuevos detectados (tabla 14).

Tabla 14. Casos nuevos de enfermedad biomédica en la población general de Coatetelco del 2007 al 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Infecciones respiratorias agudas	1439 65.32%	Infecciones respiratorias agudas 1436 59.56%	Infecciones respiratorias agudas 120 60.59%	Infecciones respiratorias agudas 1158 60.82%	Infecciones respiratorias agudas 1580 60.86%
Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	176 7.99%	Infección de vías urinarias 271 11.24%	Infección de vías urinarias 175 8.79%	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas 236 12.39%	Infección de vías urinarias 304 11.71%
Infección de vías urinarias	128 5.81%	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas 237 9.83%	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas 172 8.63%	Infección de vías urinarias 212 11.13%	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas 209 8.05%
Úlceras, Gastritis y Duodenitis	72 3.27%	Úlceras, Gastritis y Duodenitis 86 3.57%	Úlceras, Gastritis y Duodenitis 79 3.97%	Tricomoniasis urogenital 75 3.94%	Candidiasis urogenital 72 2.77%
Tricomoniasis urogenital	68 3.09%	Tricomoniasis urogenital 70 2.90%	Tricomoniasis urogenital 60 3.01%	Úlceras, Gastritis y Duodenitis 43 2.26%	Tricomoniasis urogenital 67 2.58%
Intoxicación por picadura de alacrán	50 2.27%	Conjuntivitis 41 1.70%	Otitis media aguda 58 2.91%	Candidiasis urogenital 40 2.10%	Otitis media aguda 52 2.00%
Candidiasis urogenital	34 1.54%	Diabetes mellitus tipo 2 39 1.62%	Candidiasis urogenital 45 2.26%	Otitis media aguda 26 1.37%	Hepatitis aguda tipo A 51 1.91%
Diabetes mellitus 2	33 1.50%	Amebiasis intestinal 38 1.58%	Intoxicación por picadura de alacrán 36 1.81%	Intoxicación por picadura de alacrán 18 0.95%	Varicela 41 1.58%
Otitis media aguda	33 1.50%	Candidiasis urogenital 34 1.41%	Amebiasis intestinal 31 1.56%	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios 17 0.89%	Intoxicación por picadura de alacrán 39 1.50%
Amebiasis intestinal	32 1.45%	Hipertensión arterial 33 1.37%	Conjuntivitis 30 1.51%	Amebiasis intestinal 16 0.84%	Diabetes mellitus tipo 2 31 1.19%

Fuente: base de datos de la Secretaria de Salud, 2007 al 2011.

En lo que concierne a la diabetes mellitus, se reportaron 304 padecientes en el censo de enfermos crónicos del año 2012, mientras que en el censo del siguiente año se computaron 196. Al parecer, se eliminaron más de cien tarjetas con registros de padecientes, lo que sugiere que no se llevó un adecuado seguimiento de los padecientes con diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas. De las 196 personas afectadas por diabetes mellitus, 133 son mujeres y

63 hombres y se reportaron como controlados sólo el 31%. En el año de 2013, se reportaron un total de 167 padecientes censados, de los cuales 115 eran mujeres y 52 hombres, con un promedio de edad de 56 años, de los cuales sólo se reportaron como padecientes controlados el 33% (Censo de enfermedades crónicas Coatetelco 2012, 2013).

En el período de 2008 al 2013, se registraron un total de 45 decesos por diabetes mellitus. Aunque en el Centro de Salud de Coatetelco no existe un registro fidedigno de las complicaciones y causas de muerte que padecen los individuos con diabetes mellitus, según el Registro Civil de Cuernavaca las complicaciones asociadas a la muerte por diabetes, fueron: la enfermedad renal crónica (37%); la hipoglucemia (22%); las cardiopatías (13.3%); el pie diabético (8.89%); la cetoacidosis (4.44%); el estado hiperosmolar (4.44%); el desequilibrio hidroelectrolítico (2.22%); la pielonefritis (2.22%).

Representaciones socioculturales de las enfermedades en Coatetelco

Una vez descritas las estadísticas biomédicas fue importante preguntar, ¿Cuáles son las enfermedades más comunes dentro de las familias de Coatetelco?, sin necesidad que la lógica biomédica se imponga sobre la cultural. Por consiguiente, se realizó una encuesta a las familias de Coatetelco en las escuelas primarias General Francisco Ángeles y Benito Juárez. Se repartió un total de 270 encuestas, de las cuales sólo respondieron 141. La encuesta consistió en realizar tres preguntas: ¿De qué se han enfermado tus hermanos pequeños, tus hermanos mayores, tus padres o tus abuelos en los últimos cinco años?; ¿A quién acudieron o que hicieron para curarse?; ¿Alguien en tu familia ha fallecido por algún motivo en los últimos cinco años? El interés de realizar esta encuesta fue recabar información e incorporar a los escolares a la investigación, además de explorar si en el seno familiar existían elementos de interés para ser incluidos en esta investigación. Gracias a esta colaboración la encuesta logró sumar un total de 331 casos o respuestas en la pregunta número uno, 141 respuestas en la pregunta dos y, finalmente, 158 respuestas en la pregunta número tres. Debido a lo extenso de las preguntas las respuestas fueron diversas; la realización de la encuesta pretendió ser un ejercicio interpretativo y las respuestas representaron un fragmento de la realidad que se vive en Coatetelco y no dejó de ser una herramienta para demostrar que las enfermedades se distribuyen de forma distinta según la realidad de las localidades. Sin embargo, dada las características de la herramienta no se profundizó en explicaciones que parecerían contradictorias, sino se respetó la palabra que las familias enunciaron.

Para organizar la información recabada de las encuestas, fue necesario dividir las respuestas por categorías, separando las representaciones populares

(enfermedades reconocidas por la medicina tradicional y por los pobladores) de las biomédicas (enfermedades derivadas de la medicina hegemónica). De los 331 casos, se detectaron que las 15 principales causas de morbilidad en Coatetelco fueron las enfermedades respiratorias, como gripa y tos que figuraron como las más referidas en la encuesta. El dengue ocupó el tercer puesto con un total de 40 casos reportados, los actores encuestados también mencionaron enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, enfermedades infecciosas como la hepatitis y la varicela, representaciones populares como el azúcar y las enfermedades derivadas de la medicina tradicional como el Santo Escapulario. En la tabla 15 se resalta las representaciones populares que coexisten con las biomédicas.

Tabla 15. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades en Coatetelco

Enfermedad	Núm. de casos	Porcentaje (%)
Gripa	77	23
Tos	42	12.69
Dengue	40	12.08
Diabetes	22	6.65
Calentura	18	5.44
Hepatitis	12	3.63
Azúcar	8	2.42
Bronquitis	5	1.51
Dolor de Cabeza	5	1.51
Garganta	5	1.51
Presión	5	1.51
Varicela	5	1.51
Viruela	5	1.51
Gastritis	4	1.21
Nada	4	1.21
Santo Escapulario	4	1.21
Total	331	100

Fuente: encuesta realizada a alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

En la primera pregunta se relataron 115 casos de representaciones de enfermedades populares, destacando que la tos, la calentura, el azúcar, el dolor

de cabeza, la viruela, el Santo Escapulario, el dolor de garganta, la brujería y el empacho, se encuentran como elementos de su existencia social y cultural.

Tabla 16. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares en Coatetelco

Enfermedad	Total de casos	Porcentaje (%)
Tos	42	36
Calentura	19	16.52
Azúcar	8	6.96
Dolor de cabeza	5	4.35
Garganta	5	4.35
Viruela ⁴	5	4.35
Santo Escapulario	4	3.48
Dolor de garganta	3	2.6
Estómago	3	2.61
Brujería, Empacho y Otros	2	1.74
Total	151	100

Fuente: encuesta realizada a alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

En relación con la edad, las enfermedades populares se distribuyeron de forma distinta. En las tablas 17, 18 y 19 donde se registran la distribución de las enfermedades populares por edad, destaca que existe un predominio de la tos y la calentura en todas las edades y llama la atención que el Santo Escapulario y el empacho se presentan a menor edad, esto no necesariamente quiere decir que el Santo Escapulario o el empacho son enfermedades exclusivas de edades menores. Durante mi estancia pude asistir al ritual del Santo Escapulario para lograr la cura de dos adultos y dos niños. En las tablas (17, 18 y 19) identificamos que la tos, el dolor de garganta y los cambios de temperatura podrían englobarse como enfermedades respiratorias, sin embargo, al no profundizar en las respuestas de los participantes la interpretación puede contener sesgos.

⁴ La encuesta no profundizó en las respuestas de los participantes, por lo que desconozco si la viruela referida por los participantes es una representación de las enfermedades biomédicas o tiene otro tipo de nominación o sentido. Este dato puede contener un sesgo de interpretación por el investigador, quien pensó que se referían a viruela causada por el virus de la variola de la familia Poxviridae, la cual se encuentra extinta.

Tabla 17. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución 0-5 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Tos	9	42.8
Calentura	3	14.29
Santo	3	14.29
Empacho	2	9.52
Viruela	2	9.52
De los cambios del clima	1	4.76
Garganta	1	4.76
Total	21	100.00

Tabla 18. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución 6 a 10 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Tos	6	40
Calentura	3	20
Dolor de Cabeza	2	13.33
Dolor de Garganta	1	6.67
Dolor de Pies	1	6.67
Estómago	1	6.67
Mareo	1	6.67
Total	15	100

Tabla 19. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución 11 a 17 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Tos	6	40.00
Calentura	3	20.00
Dolor de Cabeza	2	13.33
Dolor de Garganta	1	6.67
Dolor de Pies	1	6.67
Estómago	1	6.67
Mareo	1	6.67
Total	15	100

Fuente: encuesta realizada a alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

Finalmente, al analizar las respuestas sobre las edades mayores, se destacaron elementos que anteriormente no se presentaron en edades menores, como la brujería, el dolor de huesos y de cabeza, el oído y los riñones. Seguramente al referirse al azúcar los encuestados mencionaban a la diabetes mellitus, ésto se pudo confirmar por el contacto con los pobladores de Coatetelco quienes establecen una analogía entre azúcar y diabetes.

Tabla 20. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades populares, distribución de 20 a 70 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Tos	7	29.17
Calentura	5	20.83
Azúcar	4	16.67
Brujería	2	8.33
Dolor de huesos	2	8.33
De los Riñones	1	4.17
Dolor de Cabeza	1	4.17
Garganta	1	4.17
Oído	1	4.17
Total	24	100

Fuente: encuesta realizada a alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

Con respecto a las enfermedades biomédicas, la gripe, el dengue, la diabetes mellitus, la hepatitis, la presión alta, la varicela, la gastritis y la colitis ocupan las principales causas según la encuesta realizada (tabla 21). Durante el transcurso de la investigación, se presentó un brote de dengue que afectó una gran cantidad de pobladores en Coatetelco (hombres, mujeres y niños), los cuales presentaron cuadros febriles y disminución de plaquetas. Desafortunadamente, a nivel estatal no se llevó un adecuado registro de esta enfermedad emergente, debido a una atención deficiente por parte del Sector Salud. Sin embargo, el sentir de las familias incorporó al dengue como una de las principales enfermedades de Coatetelco.

Tabla 21. Representaciones de las familias en Coatetelco sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas.

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Gripa	76	36.36
Dengue	42	20.10
Diabetes mellitus	22	10.53
Hepatitis	12	5.74
Presión Alta	8	3.83
Bronquitis	5	2.39
Varicela	5	2.39
Gastritis	4	1.91
Alergia	3	1.44
Colitis	3	1.44
Total	209	100

Fuente: encuesta realizadas alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

Con respecto a la distribución por edades de las enfermedades biomédicas (tablas 22, 23, 24 y 25), resaltan las representaciones sobre cuadros infecciosos gastrointestinales en edades tempranas, como “las lombrices” y “la hepatitis”. Los adultos registraron más enfermedades crónicas como, diabetes, Parkinson, hipertensión arterial sistémica, bronquitis y cáncer. Estos datos, de alguna manera, se correlacionan con datos epidemiológicos biomédicos a nivel estatal y local, donde la distribución de las enfermedades crónicas aumenta de acuerdo con la edad.

Tabla 22. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución 0-5 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Gripa	9	47.37
Varicela	3	15.79
Dengue	2	10.53
Bronquilitis	1	5.26
Bronquitis	1	5.26
Hepatitis	1	5.26
Lombrices	1	5.26
Sarampión	1	5.26
Total	19	100

Tabla 23. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución 6-10 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Gripa	12	40.00
Dengue	11	36.67
Hepatitis	2	6.67
Alergia	1	3.33
Fiebre	1	3.33
Infeción del intestino	1	3.33
Se rompió la muñeca	1	3.33
Varicela	1	3.33
Total	30	100

Tabla 24. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución 20 a 64 años

Enfermedad	Casos	Porcentaje (%)
Diabetes	10	22.22
Gripa	10	22.22
Dengue	8	17.78
Hipertensión Arterial	4	8.89
Gastritis	3	6.67
Anemia	1	2.22
Asma	1	2.22
Bronquitis	1	2.22
Cáncer	1	2.22
Otros	6	13.33
Total	45	100

Tabla 25. Representaciones de las familias sobre la frecuencia de las enfermedades biomédicas, distribución >65 años

Enfermedades	Casos	Porcentaje (%)
Diabetes	3	27.27
Gripa	3	27.27
Apendice	1	9.09
Dengue	1	9.09
Derrame Cerebral	1	9.09
Parkinson	1	9.09
Tuberculosis	1	9.09
Total	11	100

Fuente: encuesta realizada a alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

El contacto primario que refirieron los participantes de las 141 familias, planteado en la pregunta número 2, fue el de acudir a un médico, doctor, clínica u hospital en un 88% de las familias, mientras que la autoatención y los médicos tradicionales representaron un 12%. Es necesario tomar con prudencia estos datos, ya que durante la encuesta puede haber influido mi condición de médico.

La última pregunta trató de indagar los motivos de mortalidad más comunes y las respuestas destacaron que dentro de las representaciones populares se registraron 43 casos. El azúcar fue el más común, seguido del alcoholismo que englobó a respuestas como “se murió de tanto tomar”, “de borracho” o “su hígado no aguantó de tanto tomar”, además de la muerte violenta que abarcó respuestas

como “le dieron un balazo”, “lo mataron”, “le pegaron y lo mataron”. Destacaron también, las enfermedades derivadas de la medicina tradicional entre las cuales se encuentran la brujería y el Santo Escapulario. Con relación a las representaciones sobre la mortalidad por enfermedades biomédicas, sobresalieron la diabetes, el cáncer y otras enfermedades crónicas en las familias de Coatetelco. Sin embargo, también llama la atención la muerte por dengue, que según las autoridades sanitarias no se ha registrado, dato contradictorio ya que durante mi etnografía pude registrar dos casos de muerte por dengue (tablas 26 y 27).

Tabla 26. Representaciones de las familias sobre mortalidad por enfermedades populares en los últimos cinco años (2010-2014)

Enfermedades	Casos	Porcentajes (%)
Azúcar	8	18.60
Alcoholismo	6	13.95
Muerte violenta	6	13.95
Muerte Natural	3	6.98
Accidentes	2	4.65
Derrame cerebral	2	4.65
Dolor de Cabeza	2	4.65
Enfermedad natural	2	4.65
Ahogado	1	2.33
Brujería, Santo, etc	11	25.55
Total	43	100

Tabla 27. Representaciones de las familias sobre mortalidad por enfermedades biomédicas en los últimos cinco años

Enfermedad	Casos	Porcentaje(%)
Diabetes Mellitus	23	43.40
Cáncer	10	18.87
Dengue	4	7.55
Infarto	3	5.6
Paro cardiaco	3	5.66
Asma	2	3.77
Anorexia	1	1.89
Apendice	1	1.89
Desnutrición	1	1.89
Epilepsia y otros	5	9.43
Total	53	100

Fuente: encuesta realizada a alumnos de la primaria, Coatetelco 2014.

Considero oportuno hacer una breve reflexión sobre el perfil epidemiológico de las localidades. En los últimos años hemos visto como las enfermedades transmisibles son desplazadas por las no transmisibles (teoría de la transición epidemiológica), sin embargo, los análisis que sustentan esta teoría no toman en cuenta a la violencia, el alcoholismo y las enfermedades populares. Los defensores de esta teoría se han apoyado en teorías universalistas de la sociología que se fundamentan en la creencia de un mundo gobernado por leyes y que se puede explicar a través de ecuaciones. Sus análisis son centrados en la causa de muerte más que en el perfil de las enfermedades experimentadas, no toman en cuenta las distintas realidades epidemiológicas de las localidades, los

estratos sociales, el daño ecológico, las relaciones macrosociales, la cultura y la política económica (Martínez, 2002). Por tal motivo, en este trabajo de tesis, empleo el concepto de “renovación epidemiológica” (Rosi “in seminario”, 2014) que toma en cuenta a las enfermedades como parte de un largo devenir histórico de la cultura, la sociedad, la biología y las subjetividades que le dan un enorme sentido semántico y que, constantemente, se encuentran en renovación como en el caso de las enfermedades emergentes, infecciosas y crónicas. En Coatepec, fue posible observar cómo emergieron algunas enfermedades (dengue), cómo coexistieron enfermedades populares y biomédicas (Santo Escapulario, brujería y la diabetes), así como enfermedades transmisibles y no transmisibles (diarrea y Parkinson) y, finalmente, cómo se integraron y se renovaron las enfermedades.

Estado del arte

Existen numerosos trabajos de la sociología y la antropología médica en México y en el resto de Latinoamérica sobre la diabetes, muchos de ellos se incluyen en diferentes corrientes teóricas: fenomenología, representaciones sociales, interaccionismo simbólico, marxismo-gramsciano, estudios sobre creencia y experiencia de la enfermedad. Una revisión bibliográfica para el periodo de 1994 al 2014, me reveló un acervo importante de investigaciones cualitativas sobre diabetes (tesis, ensayos, artículos), el procedimiento empleado fue una búsqueda en los medios electrónicos como, Google academic, EBSCO, Science Direct, OVID y Pub Med, además de visitas a tres bibliotecas especializadas en antropología (CIESAS, ENAH y el Instituto de Investigaciones Antropológicas). Para fines prácticos, el material bibliográfico fue clasificado según las corrientes teóricas que los sustentan, muchos de los trabajos tienen más de dos teorías por lo que se ordenaron de acuerdo con la teoría que dio más peso a su investigación.

1. Experiencia de la enfermedad

Las investigaciones sobre este tema rescatan el punto de vista de los actores que padecen enfermedades crónicas, destacan los trabajos de Mercado Martínez (1988, 1996, 2010) quien desde finales de los años ochentas ha sostenido una gran producción sobre las enfermedades crónicas. En 1988, publicó un trabajo longitudinal donde analiza el apoyo familiar en el tratamiento del cumplimiento médico de la diabetes. En 1996, publicó “Entre el infierno y la gloria”, que describe como valoran, viven y enfrentan los actores la diabetes mellitus en la comunidad urbana de San Juan de Abajo, Guadalajara. El interés de esta investigación radicó en el análisis de la experiencia del padecer desde las trayectorias de atención de los sujetos; el autor entrevistó a 50 afectados con diabetes mellitus y rescató sus opiniones, creencias y experiencias. Mercado

Martínez ha realizado diversas investigaciones sobre la experiencia de vivir con diabetes, nueve de éstas entre 1998 y 2010 abordaron y analizaron las perspectivas y prácticas de los actores involucrados (afectados y curadores) y, recientemente, publicó un estudio sobre la accesibilidad de los recursos de salud para los enfermos crónicos (Mercado Martínez, 2010).

Otros autores que abordaron la experiencia de la enfermedad o del padecer fueron Gaytan Hernández et al. (2006) quienes realizaron una investigación que retomó aspectos socioculturales desde la experiencia de la enfermedad e incorporó la teoría de MEs como sistema cultural para construir la perspectiva desde los sujetos, esta investigación se realizó en 88 pacientes del seguro social, en Guadalajara. Ortiz Cruz (2009), en su tesis de licenciatura en antropología física, realizó un análisis sociocultural de las personas que padecen diabetes mellitus y cómo experimentan su padecer a través del cuerpo; esta investigación consideró el tiempo de evolución, el estilo de vida, la relación médico-paciente y las estrategias de atención de los afectados.

Tejada Tayabas et al. (2009), publicaron una investigación sobre las percepciones de los enfermos diabéticos y sus familiares, en este trabajo se identificaron las formas en que el apoyo familiar facilita a los enfermos a afrontar su padecimiento y las repercusiones cuando no se brinda apoyo familiar. En el año de 2010, López Molina en su tesis de maestría analiza la trayectoria de la pareja en el curso de la diabetes mellitus, esta investigación retoma al padecimiento como un problema que afecta a la familia sobre todo al núcleo del matrimonio; un enfoque interesante no antes explorado e innovador al proponer la trayectoria de pareja como parte del padecer (López Molina, 2010). En el 2012, Domínguez García realiza una investigación de tesis en Zinacantán, Chiapas, donde analiza el contexto de las experiencias y las representaciones en grupos indígenas con diabetes mellitus; el objetivo del estudio fue analizar cómo la diabetes afecta a quien la padece, desde su propia vivencia. El autor retoma los conceptos de enfermedad/padecer/malestar, cuerpo consciente y representaciones sociales, para rescatar la subjetividad de los actores involucrados en su investigación (Domínguez García, 2012). También en 2012, Acero Vidal realizó un estudio de maestría que indaga cómo viven las personas que acuden al Centro de Salud “los pinos” en San Cristóbal de las Casas, Chiapas; este trabajo retoma el concepto de “vive” como el proceso en que la persona se enferma y acepta las circunstancias para poner en práctica habilidades, destrezas y estrategias que retoma de diversos recursos, emplea el concepto de vivir en el sentido de mantenerse y subsistir (Acero Vidal, 2012).

2. Abordajes desde el interaccionismo simbólico

Cintra Damiao (2007) realizó una investigación en Brasil que trató de comprender la experiencia del adolescente que padece diabetes mellitus juvenil, para esto empleó el interaccionismo simbólico y la teoría fundamentada como referentes teóricos y metodológicos; en este estudio detalla la experiencia de los adolescentes que padecen esta enfermedad. Este trabajo integró a siete adolescentes, tres mujeres y cuatro hombres, y buscó conocer la percepción de los adolescentes sobre su experiencia y vivencia con la diabetes, también identificó a los actores de la investigación como personas resilientes porque lograron convivir con la diabetes y ser cada vez más fuertes; así, el adolescente resiliente fue capaz de curarse de sus propias heridas, dirigir su vida y vivir plenamente.

3. Abordajes desde la fenomenología

Existen excelentes estudios etnográficos que abordan desde la fenomenología su análisis. Moreno Altamirano, realizó un estudio sobre el drama social de las personas afectadas con diabetes mellitus, para esto empleó el concepto de Turner de drama social y de Goffman de instituciones totales, el estudio se realizó dentro del ámbito institucional hospitalario integrando 10 afectados y 10 familiares y, describió, las fases del drama social en los sujetos participantes (Moreno Altamirano, 2006). Pascual Ayala, realizó otro estudio que mostró cómo las personas de Ixhuatlancillo, Veracruz, viven, piensan, perciben, interpretan y responden a su padecimiento, así como enfrentan el impacto y el significado que la enfermedad ha generado en sus vidas diarias, este estudio describió la narrativa de José y su experiencia con la diabetes mellitus; la metodología empleada fue a través entrevistas semi-estructuradas y observación participante (Pascual Ayala, 2007). Figueroa Rubio (2007), desarrolló una investigación donde abordó aspectos fenomenológicos sobre actores que padecen diabetes mellitus; integró a tres actores con diabetes y empleo a la fenomenología como herramienta metodológica; este estudio creó sus propias categorías y para tratar de explicar el curso de la diabetes a nivel corporal utilizó un enfoque relacional con el estilo de vida, la alimentación y la actividad física (Figueroa Rubio 2007). Cardoso Gómez y Serrano Sánchez (2008, 2009), tienen diversos estudios sobre la diabetes mellitus, donde destaca el estudio cualitativo realizado en un pueblo indígena nahua, llamado Ixtlahuatlancillo, en el estado de Veracruz. Este estudio empleó a la fenomenología como metodología de investigación y pretendió identificar las pautas de pensamiento y conducta de la población y la relación que sustentaban con la consulta médica. Así, identificaron que el prototipo corporal de los pobladores tiene relación con valores culturales adquiridos (prototipos sexuales), por lo que a la población le resulta difícil el control del sobrepeso entre las mujeres (Cardoso Gómez y Serrano Sánchez, 2008). Posteriormente, un

estudio de corte cualitativo, analítico y descriptivo en trabajadores de la zafra del Municipio de Cuitlahuac, Veracruz, en el cual emplearon a la fenomenología como metodología de investigación y realizaron entrevistas y observación a 8 participantes, mostró que el control de la enfermedad es complicado en estos actores, ya que las condiciones laborales son extenuantes y existe un alto consumo de alcohol entre estos trabajadores, justificado por los sujetos para realizar sus actividades laborales, lo que complejiza la atención de los padecientes con diabetes mellitus (Cardoso, Serrano, Ayala 2009).

4. Abordajes desde las representaciones sociales y el marxismo-gramsciano

Otro autor que resultó ser innovador y pionero en la investigación antropológica sobre la diabetes mellitus y sus afectados es Arganis Juárez, quien tiene diversas publicaciones sobre este tema. En 1988, realiza su tesis de maestría en Cosoamalapan, Veracruz. En su tesis, para describir cuales son las trayectorias de los actores que padecen diabetes mellitus, utilizó las teorías de Modelos Médicos de Menéndez, de representaciones sociales y de carrera del enfermo. En el año del 2002, Arganis Juárez realizó un estudio sobre las representaciones del padecer en un grupo de ancianos con enfermedades crónicas, integrando un total 50 actores a su investigación en la Unidad de Medicina Familiar 160 del IMSS, Distrito Federal, y en este trabajo detalla la percepción de los afectados sobre las enfermedades crónicas. En su tesis doctoral (2004) realizó un análisis sociocultural sobre padecientes ancianos con diabetes mellitus en Iztapalapa, Distrito Federal. Finalmente en 2005, publicó una investigación sobre la autoatención en ancianos afectados con diabetes mellitus (Arganis Juárez 1988, 2002, 2004, 2005).

Otros autores también han aportado contribuciones importantes sobre el tema. Torres López, en 2004, publicó una investigación sobre las representaciones sociales en un barrio de Guadalajara, Jalisco; este estudio demostró que las representaciones de los actores quedan plasmadas bajo el sentido de las subjetividades. Este mismo autor, en el año de 2005, presentó dos trabajos sobre diabetes que abordan la identidad y las representaciones sociales (Torres López, 2004, Mercado, 2010). García de Alba *et al.* (2006), realizaron una investigación sobre el conocimiento cultural de la diabetes, retomando conceptos de la antropología norteamericana (MEs) así como de la antropología cognitiva; este estudio empleó una metodología transversal en tres etapas, con técnicas antropológicas estructuradas para establecer un consenso cultural así como modelos semánticos de causas y de complicaciones de la enfermedad. Domínguez Cornejo (2009), realizó una investigación sobre el autocuidado y atención institucional en la ciudad de México. El objeto de esta investigación fue describir las estrategias de autoatención en los adultos mayores que acuden al

Instituto Nacional Para los Adultos Mayores y como repercuten en la condición cultural y económica de las personas adultas.

Meraz Lerin, para titularse de maestría, realizó un ensayo con un grupo de ayuda mutua, donde desarrolló el concepto de riesgo, sin embargo, su ensayo se enfocó más al debate teórico que a la información etnográfica (Meraz Lerin, 2010). Domínguez García, en su tesis de licenciatura, estudió la atención a la salud en el contexto indígena. Su investigación abordó los procesos de atención a la salud en las distintas formas de atención en un hospital en San Andrés Larrainzar, Chiapas; este trabajo contempló aspectos importantes sobre la atención intercultural en los pacientes indígenas diabéticos (Domínguez García, 2010). En el 2012, Casas Patiño en su tesis de maestría, estudió un grupo de protestantes en Tlalpan, Distrito Federal, donde retoma la teoría de lo imaginario, es decir, que la realidad es irrealidad, un juego entre la objetividad y la subjetividad, así como de las representaciones sociales (Casas Patiño, 2012).

Destaca también el estudio de Yáñez Moreno (2012) del colegio de Sonora, donde estudia el problema de la diabetes mellitus entre los Comcaac o Seris en la localidad de Socaaix o Punta Chueca, Sonora; la investigación fue abordada desde las representaciones sociales y la epidemiología sociocultural, realiza una combinación interesante entre la antropología física y social. El estudio se realizó en 22 actores; la investigación logra descifrar las representaciones que comparte este grupo con el investigador (Yañez Moreno, 2012).

5. Otros abordajes

Cardozo Gómez en su tesis doctoral desarrollada en una institución médica, buscó encontrar el control de la diabetes mellitus en el medio cultural. Su abordaje metodológico resulta interesante ya que realiza una triangulación entre la teoría fundamentada, observación descriptiva y el análisis documental. El trabajo retoma varios conceptos de cultura, en los cuales se fundamenta para desarrollar su análisis cualitativo, así logra describir las creencias con respecto a la enfermedad, las terapéuticas, la alimentación y, finalmente, propone la división cultural entre los enfermos y los médicos, los cuales actúan y piensan de forma distinta, revelando un enfrentamiento cultural entre ambos grupos. Aunque el estudio se basa en conceptos apegados a la biomedicina, resulta interesante la categorización empleada por el autor; a partir de esta investigación el autor ha publicado diversos artículos sobre diabetes mellitus (Cardoso Gómez, 2002).

Torres López et al. (2005) publicaron “Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico”, un estudio cualitativo donde participaron 28 sujetos con diabetes mellitus. Los autores encontraron que existen ritos que permiten la

adaptación de las nuevas vidas de los afectados y distinguen diversas fases que los afectados cursan durante la trayectoria de su padecer. López-Amador (2007), en su publicación “Creencia sobre la enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos”, consideró a la diabetes como una enfermedad con una enorme carga emocional y con complicaciones fatales; así mismo, realizó una indagación de las creencias sobre la enfermedad, encontrando diversas creencias con respecto a la diabetes por parte de los afectados.

Investigaciones que han abordado a las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus

Entre las limitantes que encontramos en los estudios cualitativos sobre la diabetes, fueron los escasos estudios cualitativos sobre complicaciones crónicas. Existen antecedentes como el de Kleinman en su libro “*Narrativas del padecer*”, quien relata la experiencia de una mujer de 46 años (Alice Alett) con diabetes mellitus juvenil que comparte su larga trayectoria de padecimiento: mujer blanca y protestante de New Hampshire quien sufre dos amputaciones de sus piernas, además de una cardiopatía isquémica. El estudio explota las narrativas de la afectada, que permite adentrarnos en el mundo de la experiencia subjetiva y la extensión de ésta en el mundo social; es por mucho uno de los estudios más importantes del autor donde realiza propuestas innovadoras que han contribuido al desarrollo de la antropología norteamericana (Kleinman, 1988).

En las revistas de enfermería se encuentran diversos estudios que abordan las complicaciones crónicas, de éstos sólo mencionaremos dos que sobresalen, el primero fue realizado por Lone Gale *et al.*, el cual explora la perspectiva de 18 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con pie diabético. Los autores interrogan a los participantes sobre los procesos causales y terapéuticos, estableciendo una diferencia entre las creencias de los afectados y de los médicos, explora la comunicación entre los afectados y los profesionales de la salud, lo cual resulta paradójico, ya que describe la confianza que manifestaron los afectados hacia la biomedicina y no explora lo contrario, la desconfianza (Lone Gale et al, 2008). En un estudio realizado por Pilon (2011) con la participación de 15 afectados por diabetes, en un pueblo rural de Canadá, se identificaron los significados de las complicaciones potenciales de la enfermedad; todas las categorías empleadas por el investigador son emergentes según lo expresado por los participantes. Durante las narrativas, el autor identificó que los entrevistados veían el final de la trayectoria de su padecer como un evento catastrófico, las pérdidas y cambios físicos eran eventos inevitables y temidos y, la visión de las complicaciones crónicas en los afectados implicaba un destino funesto. Esto representó para los afectados, una forma distinta de aceptar no sólo su vida como el control de su

enfermedad y de su identidad, es decir, la percepción de los enfermos cambia con respecto a la presentación de las complicaciones (Pilon, 2011).

En Latinoamérica existen pocos estudios cualitativos que aborden la perspectiva de los que padecen complicaciones crónicas por diabetes mellitus. Oliveira Chini (2007) en Brasil, desarrolló un estudio donde participaron 13 actores a quienes realizaron amputaciones, con un seguimiento desde el preoperatorio hasta su alta hospitalaria. El abordaje teórico fue desde la fenomenología y la metodología se realizó a través de encuestas semi-estructuradas. Oliveira Chini estudió nueve actores masculinos y cuatro femeninos, con edades variables (40-80 años), siete de ellos sufrieron amputaciones encima de la rótula, cinco por debajo de la rótula y uno en la mano, todas debidas a enfermedades crónicas. Durante el análisis de sus entrevistas, el autor buscó similitudes de la experiencia vivida entre los participantes; el estudio mostró algunas fases del fenómeno de la amputación, en un momento de transición de la vida del paciente, existiendo una inmensidad de sentimientos involucrados (Oliveira Chini, 2007). En relación con las complicaciones crónicas, no se encontraron estudios cualitativos realizados en México. En varios de las investigaciones anteriormente mencionadas se toma a la diabetes como un continuum, es decir, no existe un análisis separado de las complicaciones y la diabetes sin complicaciones.

Esta breve revisión sobre el estado del arte, me permitió construir parte de la narrativa de investigación y orientar las categorías de análisis de esta tesis. Retomo algunos aportes teóricos y metodológicos de Mercado Martínez (1996) y Arganis Juárez (1998, 2004), con los cuales fue posible entender que los aspectos socioculturales pueden ser analizados de diversas formas teóricas y también cómo se integran las distintas nociones biomédicas a las representaciones de los afectados. Finalmente, considero que uno de las principales contribuciones de esta tesis es el análisis de personas que padecen complicaciones crónicas, momento crítico que representa la fragmentación de la existencia de los actores y donde se involucran una diversidad de dimensiones subjetivas que pretendo abordar en el análisis cualitativo. Con base en los antecedentes mencionados, la información generada contribuyó a la construcción de un conocimiento útil no sólo para prevenir y atender las complicaciones crónicas, sino también para entender el contexto sociocultural donde se gestan las complicaciones. Así, a través de los cuestionamientos sobre: ¿Cómo es atendida la enfermedad? y ¿Cuáles son las representaciones de los afectados?, se podrán prevenir y atender adecuadamente la diabetes mellitus.

CAPÍTULO IV: sobre Coatetelco...

El nombre de Coatetelco deriva de la palabra náhuatl, cuahu-itl (árbol o madera) o cuautli, águila; de tetel-li pedregoso; y co, en lugar de. Traducido al español significa “árboles en los montículos de piedra”. Las evidencias arqueológicas demuestran que Coatetelco fue fundado en la época de Cuauhnahuac temprano (1350-1430 d.c). Los restos arqueológicos de la antigua ciudad se pueden ver desde el paraje del Momoztle y bajo la iglesia del pueblo existen cimientos de edificaciones prehispánicas. Esta información cobra relevancia, ya que su población hereda aspectos culturales y políticos únicos; el peso de la historia parece dejarles una huella profunda. Estos “*hacedores de historia*” experimentaron en distintas épocas el poder dominante del imperio de Xochicalco y posteriormente del Mexica, donde existían formas de dominar a un pueblo mediante la guerra, de ahí que Coatetelco fue un pueblo pequeño que rindió tributo a pueblos que lo superaban militarmente (Maldonado, 2005).

Con la conquista española, la situación política de este pueblo no cambió mucho y formó parte del Marquesado del Valle, territorio que se otorgó a Hernán Cortés como recompensa a sus servicios y que se reestructuró como una nueva administración en la República de Indios. Con esta reforma realizada por la Corona Española, sólo se consiguió administrar y acaparar los tributos del Marquesado que rendían las zonas indígenas, respetando de cierta forma la organización social de los pobladores, la cual se regía mediante un complejo sistema de castas (*altlepetl*). Otro evento que sentó precedentes en Coatetelco fue la independencia y la posterior creación del estado de Morelos en 1869, que surgió dentro de una constante crisis de propiedad de la tierra, donde la acumulación de tierra por unas cuantas familias segregó a los pueblos originarios y les impidió hacer uso de los ríos, lagos y tierras de cultivo. En esta región, el poder cambió de las manos de la nobleza a los dueños de grandes terrenos que mantenían una intensa y extensa producción agrícola; así, el latifundio fue una nueva forma de ejercer el poder económico por algunas familias. Esta crisis se modificó parcialmente durante el reparto agrario impulsado por Emiliano Zapata, creando al ejido como una nueva forma de propiedad colectiva de la tierra. El reparto agrario fue paulatino y generó crisis durante su proceso, los hacendados eran los principales opositores. Cerca de Coatetelco existieron tres haciendas Acatzingo, los Vicentes y el Tecolote que posterior al Plan de Ayala en 1915, distribuyeron algunas porciones de sus tierras a los pobladores (Hernández, 2002, Maldonado, 2005).

La identidad de esta población es producto de una compleja carga histórica colmada de relaciones sociales conflictivas, violentas e impositivas, pero también libertarias, soñadoras y presentes, donde los pobladores crean sus propias formas

de significación mediante la práctica de rituales y creencias, que encarnan dentro de las festividades católicas y los ritos agrarios. Esto explica una estrecha relación hombre-tierra-agua; así, las principales festividades de Coatetelco son: 1) el culto a los aires (28 y 29 de junio), antes culto a los dioses del viento y que actualmente se configura como el culto al buen temporal, este ritual representa la transición de la temporada seca a la de lluvia; 2) el culto a las deidades femeninas de la fertilidad vegetal (2 de febrero) que celebra a la virgen que tiene atributos de “protectora de la laguna”, también resulta ser un sincretismo entre las deidades femeninas de la fertilidad vegetal indígenas y las deidades femeninas occidentales; 3) el culto a los muertos configurado como la festividad de la cosecha, el cual se celebra desde el 28 de septiembre al 2 de noviembre, el culto a los muertos *marca el tránsito físico y social de los individuos* (Maldonado, 2005).

Ubicación

Coatetelco se sitúa a 49 km al suroeste de la ciudad de Cuernavaca, se encuentra a una altitud variable desde 860 a 1000 msnm, el asentamiento del pueblo se halla a 18° 43'55'' de latitud norte y 99° 10'48'' de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Políticamente, pertenece al municipio de Miacatlán, el cual encuentra límites al noroeste con el Estado de México, con los municipios de Malinalco y Zumpahuacán; al oeste y suroeste con los municipios de Coatlán del Río y Mazatepec; al sureste con Puente de Ixtla; y al este con Xochitepec. El municipio de Miacatlán tiene una superficie de 21 977 hectáreas. La superficie ejidal corresponde a 16327 hectáreas, tiene un total de 19 localidades con una población de 24,990 habitantes (INEGI 2010), la cabecera municipal es Santo Tomás Miacatlán y los pueblos de mayor densidad demográfica son Coatetelco y Santo Tomás (Maldonado 2005).

Figura 6. Mapa del Municipio de Miacatlán



Fuente: google INEGI, 2015.

Figura 7. Mapa de la localidad de Coatetelco



Fuente: google INEGI, 2015.

Coatetelco se encuentra en la provincia de Sierras y Valles Guerrerenses sobre la Sierra Madre del Sur, su clima es cálido subhúmedo; la temperatura varía dependiendo de la época, llegando a subir hasta 36°C o bajar a 10°C. Según lo experimentado en el trabajo de campo, las temperaturas medias varían entre 22°C a 26°C. La cantidad de precipitación pluvial no sobrepasa los 1000 mm³ anuales, aunque en los últimos dos años debido a la intensidad de las lluvias muy probablemente sobrepasó este límite. El municipio de Miacatlán y la localidad de Coatetelco son bañados constantemente por los vientos alisios, lo que permite que existan precipitaciones durante el verano, marcando los ciclos agrícolas y religiosos. La flora se caracteriza por ser selva baja caducifolia con una gran cantidad de árboles, arbustos y plantas de diversos tipos, que enfrentan un panorama difícil ante los cambios ecológicos experimentados en los últimos cinco siglos, debido a una urbanización creciente y al concepto del desarrollo capitalista actual. La fauna ha sido reducida a mamíferos pequeños como el conejo, ratas, murciélagos, reptiles e insectos, anteriormente, se encontraban venados y felinos; en un reporte reciente del Instituto de Ecología se documenta que Morelos ha perdido cerca de 60 mil hectáreas de bosque en los últimos 20 años; si se continúa la explotación de esta manera, en treinta años no habrán bosques ni selvas (Maldonado, 2005, Batllori, 2001).

La prosa bajo los árboles en los montículos de piedra

Por el camino de Alpuyec a Coatetelco se pueden distinguir distintas tonalidades de verdes, un verde claro de hojas tiernas sobre las ramas de los guamúchiles, otro pálido de los pastizales secos y de los aguasoles, y otro oscuro de algunas enredaderas que suben y bajan sobre troncos de árboles jóvenes y sobre viejos cadáveres de nogales secos. Cada verde tiene su propia esencia, así como se dice azul cielo o marino, bien podría llamarse verde agave, pasto o laguna, lo cierto es que sobre el paisaje se extienden una infinidad de colores que va desde las tonalidades del verde hasta la blancura de las flores de los casahuates que le piden al cielo un poco de nubes, del rosa de la flor del nopal que coquetea con las mariposas y los colibríes, del violeta de las jacarandas, del amarillo de los árboles de acacias y de las invasoras buganvillas que viajaron desde la floresta atlántica para imponer su belleza sobre nuestros ojos. Toda esta densidad de tintes se extiende por kilómetros hasta encontrar enormes peñas que enseñan su torso ígneo al viento; las águilas aprovechan el impulso de los aires para planear sobre la inmensidad de las alturas, las águilas son blancas, grises y cafés de vuelo perfecto, caen en picada tratando de devorar algún perro pequeño distraído o atropellado en la carretera; a lo lejos un gran espejo de agua ciega por un momento a los visitantes, es la laguna de Coatetelco, espejo del cielo donde los astros asoman su rostro y donde el tiempo detiene un momento su curso para reflejarse.

Foto 1. Panorama de la laguna de Coatetelco



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2013.

Al borde de los cerros, escondidos en ignotos lugares para los extraños, algunos ojos de agua intentan resucitar de la larga sequía que asola el subsuelo, algunos afluentes (rio Tembembé) mantienen un constante pulso de líquido terroso con una gran cantidad de nata de aceite, desechos plásticos y orgánicos que contaminan a la laguna. A la orilla de la laguna, sembradíos intensivos de maíz, calabaza, tomates, cacahuates, arroz y caña son beneficiados del preciado suelo húmedo que sólo unas cuantas familias tienen acceso, el resto de los terrenos en Coatetelco son de temporal, por lo que en temporada de sequía (noviembre a mayo) las tonalidades del campo se opacan y la tierra se levanta en pequeños remolinos anunciando el invierno, en estos terrenos se siembran principalmente maíz, cacahuate y ajonjolí.

El pueblo de Coatetelco se extiende al este del inmenso espejo de agua de 14,500 m² que siempre tiene actividad, libélulas vanidosas mirándose, patos pequeños anidando sobre los acahuales, garzas elegantes que sumergen sus picos para encontrar alimento, caballos pastando, vacas sedientas sorbiendo agua, pescadores, trabajadores de zafra sudando intensamente, peones desjehitando (deshierbando) las plantas de maíz, bañistas y en ocasiones mujeres lavando ropa.

Esta localidad cuenta con una población total de 9094 habitantes (INEGI, 2010), está conformada por barrios o colonias en el borde de los cerros del Teponazillo y del Paraje del Momoztli, los barrios son: Centro, Benito Juárez, Narvarte, San Isidro, El Llano, General Pedro Saavedra, Campo la Candelaria, Colonia 3 de Mayo y el Muelle. Existen algunas colonias que se organizan de forma autónoma, ya sea para toma de decisiones con respecto a las festividades religiosas o de organización social, como la colonia Benito Juárez que tiene una ayudantía alterna y la colonia Narvarte que recibe anualmente a la Virgen de Tetecala, lo que implica invertir tiempo y dinero a los pobladores. De acuerdo con el censo realizado por el INEGI (2010) los pobladores de Coatetelco que hablan nahuátl representan el 1.6% del total de la población, lo que podría entenderse como un proceso de transformación de su cultura.

La carretera de Alpuyeca en su trayecto, divide al pueblo. Se pueden notar antiguos límites edificados en cruces y restos prehispánicos para depositar ofrendas a los aires (momoztli), al parecer, los aires adquieren personalidad propia en esta comunidad ya que son entes que pueden enfermar o dar salud personificados en santos (Maldonado, 2005). La carretera rodea a la laguna, conectando Coatetelco por el lado sur con Mazatepec y por el lado norte con Miacatlán. Al llegar al centro del pueblo resalta la Iglesia de San Juan Bautista, la cual es una antigua edificación que se encuentra sobre una pendiente de zona montañosa, tiene dos enormes torres que contienen pesadas campanas de metal,

una larga nave central que puede albergar a doscientas personas fácilmente, debajo del altar se pueden observar flores y restos de copal. La iglesia se conecta con diversas calles, entre éstas destaca la “Calle de la Amargura” situada entre la iglesia y el panteón, una conexión triste y dolorosa que recuerda a los pobladores su inevitable destino. En el transcurso de la semana, si alguien fallece, se puede ver la procesión de los familiares de la iglesia al panteón; durante todo el año cohetones anuncian el recuerdo de un difunto o el reciente evento de alguien que avisa su partida; es también la iglesia el centro de recepción de las principales festividades (San Juan, Candelaria y Día de los Muertos). La gran mayoría de la población es católica (7,879 habitantes), aunque existe una población menor de 740 habitantes que se consideran protestantes y evangélicos (INEGI, 2010), además por las mañanas se pueden observar a los Testigos de Jehová pulcramente vestidos con la biblia en mano, intentando adoctrinar a los pobladores.

Foto 2. Iglesia de Coatetelco



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2013.

Debajo de la cuesta de la iglesia se encuentra el edificio de la Ayudantía, la instancia de organización político social de las localidades, ésta alberga a distintos comités (Agua, Desarrollo Social y Seguridad). La Ayudantía está localizada frente a una enorme explanada flanqueada por árboles (ficus) llenos de zanates y

palomas, cuyo pavimento lleva el tatuaje de sus excrementos depositados en el transcurso del año. Cada tres años se eligen los ayudantes, la sucesión de las autoridades se realiza mediante una intensa campaña de convencimiento a los pobladores, en el año de 2012 se presentaron 12 candidatos (11 hombres y 1 mujer) en una elección reñida donde el vencedor ganó con un conteo aproximado de 400 votos; durante las campañas electorales los candidatos realizaron debates públicos que demostraban el férreo enfrentamiento para obtener la aceptación de los pobladores, que se concentraban en la explanada atentos a los discursos.

Al lado de la Ayudantía, se encuentra el mercado que se amplía hacia la explanada los lunes, jueves y sábados, inundando las percepciones de los pobladores y visitantes con la diversidad de sus productos, diferentes variedades de maíz, frijoles, pepitas y ajonjolí, pescados que saltan de las canastas y luchan por regresar a la laguna, pequeños patos que voltean nerviosos hacia sus verdugos, puestos de comida donde venden tlacoyos, picadas, tamales y atole, hierbas medicinales, nieves, productos de belleza, materiales de uso doméstico, ropa y puestos de música que hacen imposible el acto de escuchar una conversación por el volumen de sus bocinas.

Las calles están constantemente humedecidas y con el pavimento levantado, algunas son de piedra y en otras no hay pavimento, muchas de las casas y comercios vierten sus aguas de desechos en las correderas que posteriormente llegan a la laguna, el drenaje se encuentra en pésimas condiciones y hay una fuga constante de agua potable y aguas negras; en las zonas planas el agua se estanca y el olor es penetrante y desagradable. Según el INEGI (2010) la gran mayoría de los hogares cuenta con fosas sépticas y letrinas (1,810 casas), sin embargo, en algunas casas éstas no existen (300 casas); el agua escasea y los habitantes han generado estrategias para almacenarla en cisternas o simplemente llenan enormes botes donde se pueden observar a pequeñas larvas de mosquitos navegando dentro de su propio mar. El preciado líquido se distribuye a cuenta gotas por la administración del Comité de Agua quién tiene que lidiar con fugas, robos y endeudamientos. Existe una demanda constante de los pobladores y las autoridades locales con el gobierno municipal y estatal para solucionar el problema del agua, sin embargo, este no se ha resuelto a la fecha.

Las casas cercanas al centro tienen calles pavimentadas y están construidas con cemento; hacia la periferia se pueden ver los límites de los terrenos construidos con tecorrales (corral de piedras), adobe o cemento. Hay perros en todas las calles, en algunos se asoma el hambre entre sus costillas, otros son malhumorados y enseñan sus dientes ante la invasión de su territorio. Los hogares más lejanos que se sitúan sobre el monte están construidos con acahuals, madera, alambres y piso de tierra, lo que genera una constante

invasión de los alacranes y las personas tienen que acostumbrarse al caliente aguijón de estos animales, el problema surge cuando un niño es picado por el centuroide, en ese momento acuden al hospital para que sean tratados o de lo contrario el niño podría fallecer por el veneno.

Según el INEGI (2010), la población económicamente activa es de 3,074 personas, 25% de éstas son mujeres y 75% hombres. La gran mayoría de la población masculina dedica su tiempo a labores agrícolas; a las siete de la mañana se pueden ver camiones de redilas que llevan a los hombres a trabajar como peones o jornaleros, quienes van vestidos con pantalones largos, paliacates para cubrirse del intenso polvo, tenis y sombreros o gorras. Los campos de cultivos se encuentran en Coatetelco o en su periferia (municipios de Mazatepec, Tetecala, Coatlán del Río y Xochitepec). Algunas personas trabajan su propia tierra (campesinos) y se trasladan en caballos o caminando. Las mujeres trabajan en casa y a las siete de la mañana van al molino para después hacer tortillas, y preparan el almuerzo y la comida para sus familias. A la una de la tarde, las mujeres llevan al campo el almuerzo de sus familiares, algunas caminan veinte minutos si el campo está cerca o más de una hora éste se encuentra lejos. Entre las cuatro y las seis de la tarde, los camiones de redilas regresan con los trabajadores (peones) cansados y empolvados, caminan hacia sus casas para comer y descansar, los campesinos marchan hacia sus casas después de una ardua jornada laboral.

En Coatetelco se ejercen diferentes oficios. Existen talleres textiles, de los cuales sólo identifique dos, uno en la Colonia Centro y otro en la Benito Juárez; en éstos los obreros trabajan dos jornadas laborales de ocho horas, hombres y mujeres remendan ropas viejas para volverlas a vender. Bajo luz artificial en bodegones y con ayuda de una máquina de costura doméstica, suturan, reparan, pegan y se entregan a su trabajo por unos cuantos pesos. Algunas personas trabajan como albañiles y sus distintas jerarquías, maestro de obras, segundero, albañil, peón o macuarro, tienen que buscar trabajo y, en ocasiones, salen a Cuernavaca o al Distrito Federal donde hay mayor demanda de mano de obra. Existen temporadas en que el trabajo es escaso y por lo tanto, resulta difícil sostener a la familia. Muchos de los habitantes buscan empleos como personal de servicios domésticos y jardinería en Cuernavaca. También existen en Coatetelco los comerciantes, quienes abren tempranamente sus negocios de abarrotes, farmacias, consultorios médicos, tlapalerías, carnicerías, taxis, tiendas de abarrotes y los recientes expendios de internet.

De viernes a domingo, es común ver a hombres bebiendo alcohol, en las esquinas, al lado de las misceláneas, al lado de la carretera y en las cuatro cantinas que logré identificar. Las personas embriagadas deambulan por las

calles, pierden el equilibrio y caminan sin brújula por el pueblo, otros deciden dormir y descansar sobre las calles, tapando sus rostros con sombreros anchos. Entre semana y por las mañanas, es difícil ver a personas consumir alcohol, aunque en ocasiones lo hacen. Cuando duerme la laguna y los pobladores, se pueden escuchar ráfagas de balas que irrumpen las quimeras de algunos soñadores convirtiéndolos en noctámbulos; los grillos y los murciélagos entonan su canto nocturno y arrullan a los que tienen el sueño pesado; confieso que me volví un ser que prefería ver la luna y platicar con su insomnio cuando escuchaba las balas surcar el cielo; en ocasiones, no podía distinguir cuales eran los cohetones o las balas. Algunas veces me despertaban con el anuncio de una muerte o de una riña, sobre todo cuando había fiestas.

Durante el dos de febrero (día de la Candelaria) después de acudir por la virgen a Tetecala, existe un intenso consumo de alcohol, donde se preparan bebidas especiales preparadas con aguardiente, queso, manzana, piña y chile; por las calles la gente sale con armas a disparar al cielo, sin pensar cuál será el blanco o más bien, apuntando al corazón de las nubes para derramar un poco de sangre cristalina a la tierra. Por la tarde, máscaras de hombres barbados vestidos de varios colores (chinelos) bailan al compás de la música que se repite una y otra vez y dan varias vueltas al pueblo, detrás de ellos bailan también los vaqueros, las hadas y los tecuanes.

Foto 3. El baile de un Chinelo en la fiesta de San Juan Bautista



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2013.

En el día de San Juan Bautista se ofrece una misa en la iglesia bajo un sermón de buen comportamiento, de no consumir bebidas alcohólicas y de no ser violentos, todo resulta ser inútil ya que después de la misa, los pobladores realizan comidas con su núcleo familiar, se cocina barbacoa, cerdo y cabeza de res, junto con un alto consumo de alcohol; por las noches algunos pobladores acuden al rodeo y se reactivan riñas entre familias o entre desconocidos. Los policías municipales entran en acción con sus fornidos cuerpos y sus M-16 cuando existe un connato de violencia, separan a los contrincantes y apaciguan el fuego con fuego (violencia con violencia).

En el ritual de los aires, se beben grandes cantidades de alcohol; los pobladores caminan por los ojos de agua bajo los efectos de bebidas embriagantes. El día de muertos de los niños, disminuye un poco el consumo de alcohol, sin embargo, se incrementa cuando es el turno de los adultos. En las casas se colocan huentles (ofrendas) que llegan a tener alcohol, tabaco y coca-cola. El alcoholismo y las riñas no son exclusivos de las fiestas patronales, también se presentan en bodas, cumpleaños, miscotones o Santo Escapulario, que resulta ser una enfermedad causada por santos (San Antonio o Santo Domingo) donde se afectan niños y adultos.

Coatetelco cuenta con una escuela preprimaria, dos escuelas primarias y una secundaria. Durante las mañanas y las tardes los niños acuden a las escuelas con sus uniformes, en algunas escuelas se pueden ver murales de Emiliano Zapata y algunas llevan el nombre de ilustres revolucionarios como Felipe Ángeles. Los alumnos acuden a las escuelas y cumplen su tarea como una obligación impuesta; muchos de ellos no terminan la primaria aunque existe un apoyo estatal del programa Oportunidades para la asistencia escolar; a pesar de ésto hay un grave rezago educativo en esta localidad, ya que el INEGI (2010) reporta un total 5,116 personas con analfabetismo, es decir 56% de la población. Del total de la población analfabeta, 53% (2,720) son mujeres y 47% (2,396) son hombres. Tener un hijo en la escuela significa un ingreso mensual seguro de 800 pesos al mes, gracias a "Oportunidades", por lo que la toma de decisión de la población de ingresar sus hijos a la escuela y de los profesores para ejercer su profesión, están mediatizadas por el apoyo gubernamental.

Coatetelco cuenta con una amplia diversidad de recursos para la atención de la salud, aunque son insuficientes para solventar sus problemas. Durante mi estancia en campo, logré identificar un total de tres curanderos, una partera, una echadora de cartas, cuatro médicos privados, dos hierberos, dos hueseros, un Centro de Salud, una caravana de salud que asiste a la colonia Pedro Saavedra, carros itinerantes que venden medicamentos a base de tés y hierbas, proveedores

de medicamentos alternativos que ofertan sus productos, tres farmacias, dos centros de licuados de herbalife y un centro de masajes.

La consulta de los médicos privados oscila entre 100 a 500 pesos, llegan a cobrar más (30 mil pesos) según el procedimiento que realicen o la enfermedad que traten. Uno de los médicos, cuyo pseudónimo es Alberto, guarda constantemente bajo su gaveta una colt 22 lista para disparar, tiene un sistema de video para vigilar la calle y su consultorio las 24 horas al día vía internet. En varias ocasiones, platicamos sobre la situación de la diabetes y el dengue en el pueblo, con él no realicé entrevistas a profundidad, sin embargo siempre me llamó la atención su vigilancia celosa. Otro médico, César, especializado en la atención al enfermo diabético, sobre todo en pie diabético, tiene su negocio en el centro de Coatetelco a dos cuadras de la iglesia; sus espacios de atención son amplios y grandes, tiene un área de hospitalización y de cirugía. Ha generado fama debido a la atención ofrecida a las personas con diabetes y con pocas probabilidades de salir adelante. Varios de los participantes en este estudio acudieron con este afamado médico, quién llega a cobrar 500 pesos por las consultas y hasta 20 mil pesos por realizar procedimientos. El médico Cuauhtémoc se encuentra muy cerca del consultorio de César, es dueño de una farmacia y al lado tiene su consultorio; con él acuden principalmente adultos y niños. Él es uno de los participantes de la presente investigación, su consultorio es visto desde la calle y se pueden ver filas de personas para ser atendidas, ya que Cuauhtémoc cobra alrededor de 100 pesos por consulta. Otro médico, Isauro, tiene un consultorio cerca de la colonia Narvarte, además trabaja en el hospital de Tetecala y especializa su consulta en niños.

Los curanderos cobran aproximadamente 100 pesos y, según la enfermedad que atiendan, llegan a cobrar de 5 a 15 mil pesos, como es el caso de la maldad o brujerías. Los espacios de éstos son muy diferentes a los espacios de los biomédicos, generalmente, atienden en sus casas o a domicilio, uno de ellos Don Anselmo, especialista en brujería, atiende en su casa y cobra hasta 2 mil pesos por realizar un trabajo. Doña Herlinda, tiene un comercio de comida y un altar atrás de la cocina donde realiza limpiezas, acude regularmente a las casas de los afectados y es una líder comunitaria que participa activamente en las campañas de salud, su cobro oscila de 100 a 150 pesos la consulta o trabajo. Doña Romualda la rezandera, trabaja como curandera, generalmente acude a las casas y cobra en dinero o en especie.

Los hierberos, casi siempre se sitúan en el mercado de Coatetelco, extienden sus productos en un espacio pequeño, donde llegan familiares y afectados a comprar hierbas o consultarles. Don Rómulo, uno de los participantes en este estudio, se sitúa casi siempre sobre la explanada frente a la calle Morelos,

sus precios se ajustan dependiendo de la hierba solicitada, frecuentemente sólo cobra la hierba medicinal a pesar de que, en ocasiones, da consulta a los afectados. Don Ayuco, un hierbero que no sólo vende hierbas, sino medicamentos, cápsulas de nopal y gotas para el mal de ojo, vende caro sus productos, entre 300 a 400 pesos por unas pastillas naturales para la presión.

Durante mi estancia en Coatetelco, identifiqué a dos hueseros, Don Fermin y Don Mauricio. El primero acude al mercado y hace breves estancias anunciándose con carteles para atraer a las personas, cura diversos tipos de enfermedades que tienen relación con dolores corporales, también expande su negocio hacia la cura de la diabetes con una mezcla de hierbas sumamente amarga. Don Mauricio, trabaja como huesero en Coatetelco a domicilio en la colonia S..., supe que trabajaba gracias a su esposa que un día me pidió que lo revisara.

Foto 4. En el mercado con un amigo



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2014.

El Centro de Salud se sitúa en la colonia centro, anteriormente, estaba localizado frente a la Ayudantía. El Centro de Salud no cobra a los que están integrados en el programa de seguro popular; según el INEGI (2010) 62% de la población de Coatetelco (5,696 habitantes) está en algún programa gubernamental de servicios de salud, el 38% (3,362 habitantes) no tiene derechohabencia, por lo que se les cobra una cuota de 50 pesos por consulta. El

Centro de Salud abre de siete de la mañana a siete de la tarde y cuenta con dos médicos pasantes, un médico adscrito, un director médico, una odontóloga, dos enfermeras de base, una o dos enfermeras pasantes, dos promotores de salud y, en ocasiones, un médico especialista en medicina interna. En las mañanas al abrir, reparten las fichas para la consulta externa; en caso de una urgencia se atienden a las personas sin necesidad de ficha. Se otorgan 30 fichas por turno y muchas personas son rechazadas, por no ser consideradas como urgencias médicas. Durante mi trabajo de campo, una de las médicos pasantes sufrió un desafortunado evento de violencia sexual en el Centro de Salud (27 de diciembre del 2012). Después de este evento, se pensó en un inminente cierre de esta institución, sin embargo, la población de Coatetelco se organizó para evitar el cierre; se realizaron marchas con una gran concentración de pobladores (cerca de mil personas) que protestaron ante los rumores de un eventual cierre del Centro de Salud.

Cuando ocurría el caso de una complicación médica o de una atención biomédica especializada, era necesario desplazar al afectado al Hospital General de Tetecala, que se encuentra a 12 kilómetros de Coatetelco, obligando a la población a trasladarse por sus propios medios. En esta institución, la consulta de especialidad oscila entre 100 a 150 pesos, dependiendo de la disponibilidad del seguro popular. Existen clínicas privadas que brindan atención en la periferia de Coatetelco, tal es el caso de la clínica Sofía (Puente de Ixtla). En algunas ocasiones, los pobladores acuden a Cuautla o a Cuernavaca para ser atendidos.

Foto 5. Centro de Salud de Coatetelco



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2014.

Narrativas de vida

Para fines de este trabajo se decide compartir las narrativas de vida de los participantes, cuyo nombre real no se menciona para proteger su identidad. En este estudio, empleo el concepto de narrativas ya que éstas resultan conformarse de una gran cantidad de relatos compartidos por los participantes que, posteriormente, se ordenaron por orden cronológico para explicar de modo sucinto como ha sido la vida de los participantes, así como describir cuál ha sido la experiencia de padecer diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas.

...Cynthia

De 58 años, fue la mayor de siete hermanos; su padre Hernán tenía problemas con el consumo del alcohol y dejaba de trabajar como jornalero por periodos largos. En su niñez, Cynthia vivió una vida conflictiva ya que su padre se ausentaba por mucho tiempo y no aportaba económicamente al sostén de la familia, por lo que pasaron tiempos difíciles para conseguir alimentos, además de soportar la constante violencia generada por su padre. Esta situación se modificó cuando Rosalba, la madre de Cynthia, comenzó a trabajar como comerciante de pescado y comida en los mercados aledaños a Coatetelco. Dos eventos desafortunados marcaron la vida de Cynthia, la muerte de su padre por diabetes mellitus y alcoholismo y, dos años después, la muerte su madre por un infarto cerebral; después de estos sucesos los familiares tuvieron que buscar una nueva manera de subsistir.

Cynthia contrae matrimonio con Pedro a los 16 años, a quién conoce desde pequeña; Pedro es hijo de campesinos y trabaja desde niño en el campo como jornalero. Su matrimonio fue una forma para salir adelante, mediante el apoyo mutuo. Este matrimonio vivió momentos difíciles ya que al principio habitaban un terreno amplio donde no contaban con los servicios de luz y agua; su casa era una pequeña construcción de tule, adobe, cemento y piso de tierra. El esfuerzo constante permitió que la familia mejorara sus condiciones materiales de vida; sus jornadas laborales eran agotadoras, en ocasiones, Cynthia tenía que pararse a las dos de la mañana para llevar agua del pozo a la casa, siempre acompañada de su esposo, quién después partía al campo para trabajar como cortador de caña o en la parcela de algún particular que lo empleaba.

El matrimonio de Cynthia y de Pedro tiene como fruto el nacimiento de siete hijos, cuatro mujeres y tres hombres, sus hijos se beneficiaron del esfuerzo de sus padres y algunos asistieron a la primaria y a la secundaria. Dos de ellos migraron a Estados Unidos de América a trabajar en empacadoras, con las remesas de estos hijos fue posible salir de su antigua casa y construir dos casas pequeñas de

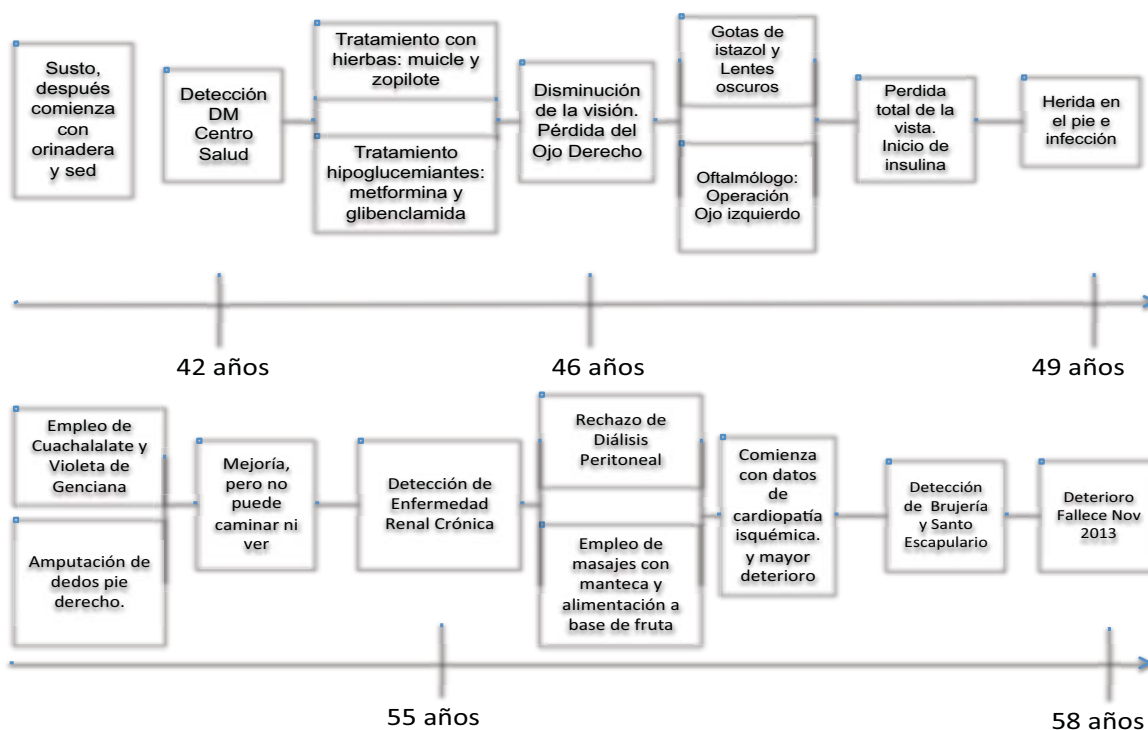
cemento. A la edad de 42 años, Cynthia es detectada con diabetes en el Centro de Salud, al parecer con una sintomatología de varios meses que consistía en “orinadera y sed”; ante esta situación comienza con medicamentos orales biomédicos (metformina y glibenclamida) y con tratamientos a base de hierbas naturales (muicle, zopilote). Con una mejoría sintomática, Cynthia no presta atención a la enfermedad y, más tarde, sufre pérdida de la visión del ojo derecho. A los cuatro años de su diagnóstico, comienza a experimentar nuevos síntomas en el ojo izquierdo “*veía las cosas como nubladas, veía las puertas chuecas y todo el tiempo me lloraba el ojo*”. Esta nueva experiencia sentida, la impulsa a buscar la atención de un oftalmólogo, quién al revisarla decide operarla. La atención quirúrgica, costó a la familia 35 mil pesos y, desafortunadamente, no fue eficaz ya que en el transcurso de un mes la visión de Cynthia se apagó, quedando a la expectativa de la penumbra del día y la noche a través de sus ojos. Los familiares deciden modificar el tratamiento biomédico para la diabetes, debido a su constante elevación de glucosa, por lo que comienza con insulina intermedia.

Esta nueva irrupción de la enfermedad, cimbra la existencia de Cynthia, sus actividades cotidianas se restringen, ya no puede encargarse de las labores domésticas, pasa gran parte del tiempo escuchando un viejo televisor a todo volumen. Cierta día, al escuchar un ruido en el zaguán, Cynthia sale a la calle y pisa una brasa, un pedazo de basura en fuego que le ocasiona una grave lesión en el pie izquierdo, por lo que sufre en el transcurso de tres meses una peregrinación de hospitales públicos y privados, resultando en la amputación de todos sus dedos. Esta peregrinación por la atención médica, le cuesta a la familia 48 mil pesos, finalmente, deciden curarse con *otras medicinas* y, para cerrar la herida, emplean el cuachalalate y la violeta de genciana, los cuales resultan eficaces junto con el tratamiento biomédico.

Recientemente, se le detecta enfermedad renal crónica que, según la visión biomédica, ameritaba tratamiento dialítico para mejorar su calidad de vida. Ante la falta de eficacia biomédica, la familia duda y no acepta realizar el tratamiento; así, Cynthia comienza una serie de estrategias para mejorar sus condiciones de existencia, emplea ungüentos, masajes, consumo de hierbas para mejorar el riñón (te de cola de caballo, pelos de elote) y tés alternativos (herbalife) que, al parecer, en algunas ocasiones lograron surtir efecto. Sin embargo, el largo trayecto de su enfermedad y una constante desatención por parte de los curadores hicieron que Cynthia comenzará con cardiopatía isquémica, rechazando nuevamente la atención biomédica. En el último trayecto de su padecer, acudió a terapia alternativa con imanes (magnetoterapia) y con un médico tradicional, quién le diagnosticó embrujamiento, para el cual tuvo que realizar una limpia. Al no mejorar, otro médico tradicional le diagnosticó “Santo”, por lo que realizó un ritual

especial a base de chocolate, mole de pepitas y, además, Cynthia colocó una ofrenda o “huentle” para solicitar a San Antonio dejar su cuerpo. A pesar de todos los esfuerzos y el desfalco de la familia, Cynthia fallece el 22 de noviembre del 2013, tres cuetes resonaron por el pueblo anunciando su partida, los familiares y conocidos asistimos a las diversas misas para despedirnos de ella, marchamos en una breve procesión de la iglesia al panteón por la calle de la “Amargura”.

Figura 8. Trayectoria del padecer de Cynthia



Fuente: trabajo de Investigación, 2012-2014.

...Vegano

Tiene 54 años, es el hijo menor del matrimonio de Armanda y Teo, quienes tuvieron once hijos. Durante la infancia, Vegano sufrió las consecuencias del alcoholismo intenso de su padre, quien al parecer, ejerció una relación conflictiva y violenta con su familia, ya que golpeaba constantemente a Armanda y todos sus hijos. La familia sufre una ruptura debido a que Armanda y Vegano no toleraron más la situación de violencia con la que convivían, por lo que decidieron cambiarse de casa y separarse de Teo. Vegano no acudió a la escuela y se dedicó al campo, siendo la única herencia real que adquirió de su padre. Vegano

se caso a los 18 años de edad con Bilma de 14 años de edad, quién se embarazó en once ocasiones, pero sólo viven seis de sus hijos, tres hombres y tres mujeres. Su hijo Melgar y su hija Laura, a temprana edad, decidieron migrar a Estados Unidos de América, estableciéndose en Miami, de donde apoyan constantemente a la familia enviándoles dinero. Uno de sus hijos, Mauricio se encuentra en la cárcel por un problema que ocurrió hace seis años, debido a una riña entre familias, donde falleció una persona que “*debía muerto*”, por lo que se cobró venganza. Vegano siempre se ha dedicado al campo, anteriormente trabajaba la tierra de otros como jornalero o peón; actualmente, compró una tierra pequeña la cual siembra apoyado por uno de sus hijos.

Las condiciones materiales han mejorado para la familia de Vegano y Bilma, ya que anteriormente vivían precariamente en casas de adobe con piso de tierra y, actualmente, han construido con mejores materiales su vivienda (cemento y tabique). Se beneficiaron del programa federal de “piso firme” promovido hace 14 años en Coatetelco, donde acudían trabajadores del gobierno a realizar obras gratuitas para las familias de bajos recursos. Así, la casa de Vegano y de Bilma cuenta con tres cuartos de cemento y ladrillos de cincuenta m² cada uno, donde viven ocho personas (dos hijos, una sobrina, un nieto, el esposo de su hija, Bilma y Vegano); atrás de la casa de Vegano vivía Doña Armanda en un pequeño cuarto con piso de tierra, un techo donde se filtran las estrellas y una gran cama de paja donde dormitaba el viejo cuerpo de Armanda.

La diabetes ha sido para Vegano un problema que ha fragmentado su vida, anteriormente no creía en las enfermedades, por lo que nunca había asistido a un curador biomédico o curandero y cuando le diagnosticaron la diabetes hace 9 años fue difícil su aceptación. Vegano atribuye su enfermedad a un susto que recibió en el campo. Cierta día al estar trabajando en el campo, escuchó el ruido de una puerta de metal que se abría en un corral, Vegano pensó que algún trabajador abría la puerta, pero al acudir a revisarla, notó que no estaba abierta y que no había sido tocada, en seguida, su cuerpo entró en preocupación y una intensa sed lo invadió, por lo que acudió a un “*aguaje*” (ojo de agua) cerca del lugar donde se encontraba y bebió agua. Después de este evento, comenzó a presentar sed y orinadera. Al principio, trató de resolver su problema con medidas de autoatención, consumió alka-seltzer que Bilma le dio, sin notar mejoría, posteriormente, acudió al médico tradicional para ser tratado, considerando que experimentaba un juego sucio (embruajamiento); desafortunadamente, el tratamiento empleado (limpia) por el médico tradicional no funcionó. Vegano al notar que no había mejoría de sus síntomas, comienza a consumir hierbas medicinales (muicle, hierba rasposa) y nuevamente no obtiene alivio. Seis meses después de iniciar su síntomas, acude al Centro de Salud donde le detectan

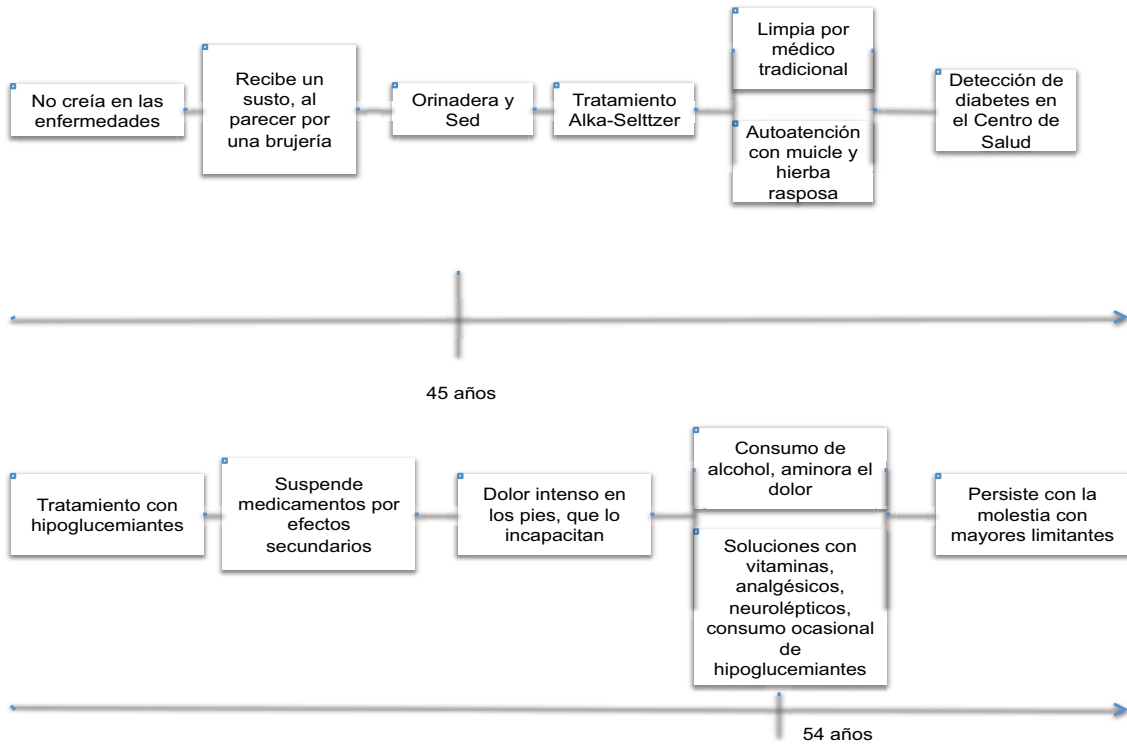
elevación de la glucosa capilar y sérica, comienza un tratamiento de medicamentos orales (metformina y glibenclamida), los cuales toma irregularmente ya que los medicamentos le causan malestar y le quitan el sabor de la comida.

El problema principal que aqueja a Vegano es el dolor de pies por una neuropatía diabética, estos dolores han aumentado, por lo que ha probado diversos tratamientos, siendo el más efectivo la administración de suero intravenoso con vitaminas, pero este tratamiento resultó ser costoso para la familia, ya que un médico privado llega a cobrar tres mil pesos por administración del suero.

La pasión de Vegano es hablar de toros, anteriormente la gente lo llamaba como matancero, ahora debido a su enfermedad ya no tiene fuerzas para realizar una de las labores que más disfrutaba (destazar animales). El dolor de la enfermedad ha limitado su sueño, su caminar y su trabajo, pasó de ser proveedor material a dependiente. Ahora sus hijos lo mantienen y le cuesta mucho esfuerzo trabajar en el campo, los dolores llegan a paralizarlo, por semanas enteras duerme mal, por lo que todo el tiempo se encuentra cansado y con sueño.

Vegano tiene un problema con el consumo de alcohol, en ocasiones ha llegado a consumir alcohol diariamente por semanas enteras. Justifica su conducta para evadir sus emociones, como cuando su hija partió a Estados Unidos de América, Vegano no paró de beber por semanas enteras, también recurre al alcohol para paliar los dolores que le aquejan. Durante su estado alcohólico, no manifiesta violencia, sin embargo resulta un problema para toda la familia ya que olvida consumir sus medicamentos, no apoya las actividades domésticas y, en ocasiones, tienen que ir por él en muy mal estado. Durante el trabajo de campo, tuve con él una relación fuerte que propició el distanciamiento entre ambos. Traté de apoyar a la familia, llevé a Doña Armanda al hospital, en diversas ocasiones acudí a tratarlo después de sus periodos de ingesta de alcohol, sin embargo, no pude evitar la ruptura. La vida de Vegano se entiende desde un punto de vista muy particular, ya que su vida ha estado influida por la violencia, así como por la reciente muerte de su madre en octubre del 2013. La posible explicación de la ruptura en la comunicación con Vegano, se debió a la incomodidad de mis preguntas que, probablemente, hizo que me viera como alguien no deseado. Esto es un claro ejemplo de que no siempre se tiene éxito con las relaciones sociales y menos cuando las relaciones sociales son el objeto de investigación.

Figura 9. Trayectoria del padecer de Vegano



Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

...César

Nació en la localidad de Coatetelco; actualmente con 54 años de edad César es el mayor de sus 15 hermanos. Durante su infancia su madre falleció y su padre lo abandonó, por lo que tuvo que ser educado por sus abuelos. Se dedicó a ayudar a su abuela y a su abuelo sembrando y pescando en la laguna. Sus abuelos lo apoyaron para finalizar la secundaria pero no pudieron seguir pagando sus estudios, por lo que decidió aprender la profesión de albañilería, subiendo los escaños necesarios para poder ser un “maestro” dentro de la profesión. César ha tenido diversas profesiones además de ser un maestro albañil, se dedicó a cortar zafra, fue comerciante de verduras que distribuía a los mercados del Distrito Federal, trabajo del que desistió al invertir todo su dinero en las constantes cuotas que tenía que pagar a los policías de Morelos y del Distrito Federal. César no dejó del todo su interés por aprender y asistía con frecuencia a cursos de música impartidos en la escuela secundaria, aprendió a cantar, a tocar la guitarra y a tocar el trombón; actualmente, tiene un grupo musical y obtiene un ingreso económico por esta actividad, además de ser su pasión.

A la edad de 19 años César se casó con Hermelinda de 16 años, durante su matrimonio tuvieron siete hijos, cuatro varones y tres mujeres; dos de sus hijos (Bruno y Martín) migraron a Estados Unidos de América en busca de mejor trabajo, por lo que recibía ayuda del aporte familiar que realizaban Bruno y Martín. César heredó un terreno de su padre que le permitió construir una pequeña casa de 100 m², con cemento y tabique. La casa fue construida con su propia destreza y creatividad, está planeada para que sea de dos pisos y sólo ha construido el primer nivel. César comparte terreno con tres de sus hijos, por lo que ahora el círculo familiar se encuentra en el mismo espacio. En la casa de César viven cuatro familiares, su nieta Alma, su hija Erendira y sus dos nietos varones Joaquín y Fermín.

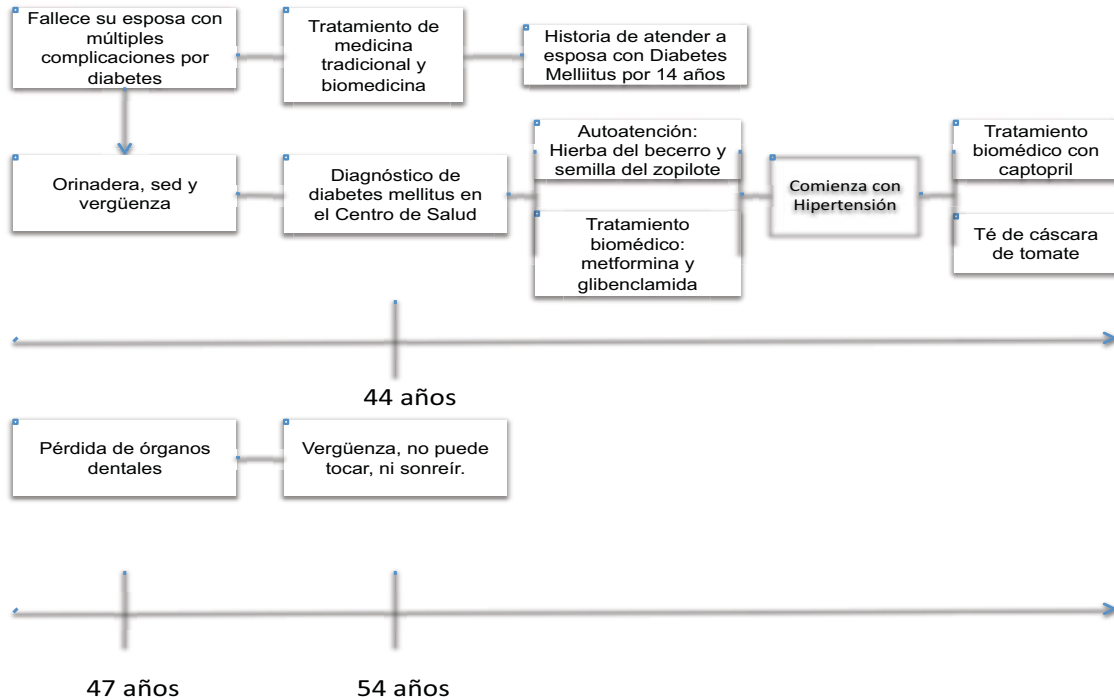
A la edad de 30 años, a Hermelinda le detectaron diabetes mellitus, este hecho modificó sustancialmente al matrimonio; Hermelinda padece una enfermedad agresiva y sufre las amputaciones de ambas piernas debido a fuertes infecciones (pie diabético), tiempo después sufrió la pérdida de uno de sus ojos también por infección, por lo que tuvo que someterse a una extracción de órbita para salvar su vida. En los últimos dos años de su vida, tuvo que ser tratada con diálisis peritoneal y hemodiálisis; durante toda esta larga trayectoria César fue el cuidador de Hermelinda y acudió en diversas ocasiones con médicos tradicionales, porque ellos pensaban que se trataba de un maleficio realizado por alguien. A pesar de los tratamientos realizados, su esposa fallece por complicaciones crónicas de la enfermedad.

Hace 12 años César fue diagnosticado con diabetes mellitus; justo al principio de su enfermedad, dice haber sentido “...*orinadera, sed y vergüenza porque me ganaba a veces en la noche...*”. Al darse cuenta de estos síntomas, acudió al Centro de Salud donde le detectaron diabetes mellitus y le dieron tratamiento biomédico (metformina y glibenclamida) el cual ha incrementado al paso de los años hasta consumir la dosis máxima de estos. Su presión arterial se alteró, por lo que consume captopril. César no cree en los curanderos, sin embargo combina los medicamentos con hierbas medicinales, consume principalmente hierba de becerro y semilla de zopilote para la diabetes y té de hoja de tomate para la presión. Hace siete años, César comenzó a sentir que sus dientes estaban débiles y se le caían, acudió al médico y al odontólogo quienes le dijeron que se debía a la diabetes; él siente una gran pena por sufrir estas pérdidas, pues ya no puede tocar el trombón y al cantar le da vergüenza enseñar su boca.

Dos de las hijas de César padecen diabetes mellitus, para él es una constante preocupación reconocer que esta enfermedad se encuentra en su progeñe. Una de sus hijas, Ana Luisa, de 32 años tiene diabetes mellitus con una franca retinopatía diabética y, Rosa, de 23 años quién cursaba con diabetes gestacional perdió a su hijo. Para César, padecer diabetes mellitus es una experiencia trágica y mira con desazón su futuro, donde se imagina con limitantes y con incertidumbre “...*Esta enfermedad es una tristeza, hay gente que ya no puede caminar, hay gente que ya no ve, hay gente que... luego pienso como que ya hacemos estorbo pa la familia, uno está mal, ya no sirve para nada, ya no puede caminar o ir al baño, hay que llevarlos, bañarlos, bueno hacerles todo como niños chiquitos y por eso es la tristeza...*”.

César vive como músico y maestro albañil, actualmente, busca vivir una vida apacible. Sin embargo, los estragos que ha dejado la diabetes mellitus en su vida son muy marcados. En la semana, obtiene sus ingresos de los actos musicales en bodas, santos, velorios, fiestas religiosas o patronales, su trabajo no está exento del peligro de la violencia que se vive en las fiestas, cuando el consumo de alcohol es intenso. En diversas ocasiones, ha experimentado balaceras o riñas en las fiestas. Cuando hay trabajo como maestro albañil, deja a un lado la música, sin embargo, es más constante el trabajo como músico que como maestro albañil, para el cual tiene que salir fuera de Coatetelco a las localidades aledañas o inclusive hasta Cuernavaca.

Figura 10. Trayectoria del padecer de Cesar



Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

...Reinalda

Tiene 55 años de edad y es originaria de Coatetelco. Su padre Juan Alberto y su madre Regina tuvieron doce hijos, ocho hombres y cuatro mujeres, de los cuales sólo viven ocho hermanos, los demás fallecieron por riñas vecinales. Salomé, su hermana mayor falleció por diabetes mellitus. La vida de Reinalda fue tranquila y el cobijo de sus padres le permitió estudiar hasta quinto de primaria. El contacto con las letras le permitió acceder a un mundo distinto, el cuál aprovechó para trabajar y ayudar a sostener a sus familiares. A la temprana edad de 14 años, decidió casarse con Vicencio un hombre trabajador que había terminado la primaria y la secundaria y que dedicaba a realizar labores del campo y ocasionalmente trabajaba en Cuernavaca, realizando labores domésticas y de jardinería. El matrimonio gestó siete hijos, cuatro hombres y tres mujeres, los cuales ayudan o ayudaron en algún momento a sus padres. Hace 17 años, su hijo mayor fue asesinado por una bala perdida en Coatetelco, la historia no es clara, pues al parecer su hijo mayor regresó del campo y un individuo en estado alcohólico le disparó. Otro evento que marcó su vida, tres años después de la muerte de su hijo, fue la muerte de su esposo asesinado por un familiar de

Reinalda. Estas pérdidas trágicas constituyeron un parteaguas en la vida de Reinalda y son considerados los posibles disparadores de su enfermedad, ya que relata que durante estos eventos consumió agua.

Reinalda queda viuda y con seis hijos que tiene que mantener, por lo que decide comenzar a trabajar. Levanta a su familia mediante el comercio de pescado de la laguna en el mercado de Tetecala y en su casa, establece una red de suministro de refrescos, cervezas, carbón y materiales de limpieza; apoya constantemente a sus vecinos a cocinar en las festividades, por lo que una parte de la comida que obtiene es a través de la cooperación vecinal. Varios de sus hijos asistieron a la primaria, sin embargo, truncaron sus actividades escolares por diversos motivos. Hace ocho años, uno de sus hijos, Jorge Alberto, fue enviado a prisión por una balacera donde participó uno de sus amigos; la policía al no encontrar un sospechoso lo culpan, por lo que cumple una condena que no es suya. Recientemente, su hijo Pánfilo golpeó a un poblador por problemas de venganza, quién, según Reinalda, falleció por motivos ajenos a la riña. Sin embargo, los familiares del difunto y la policía buscan constantemente a Pánfilo obligándolo a esconderse en las afueras del pueblo. Durante la epidemia de dengue, tuvo la oportunidad de atenderlo como médico, aunque desconocía su historia.

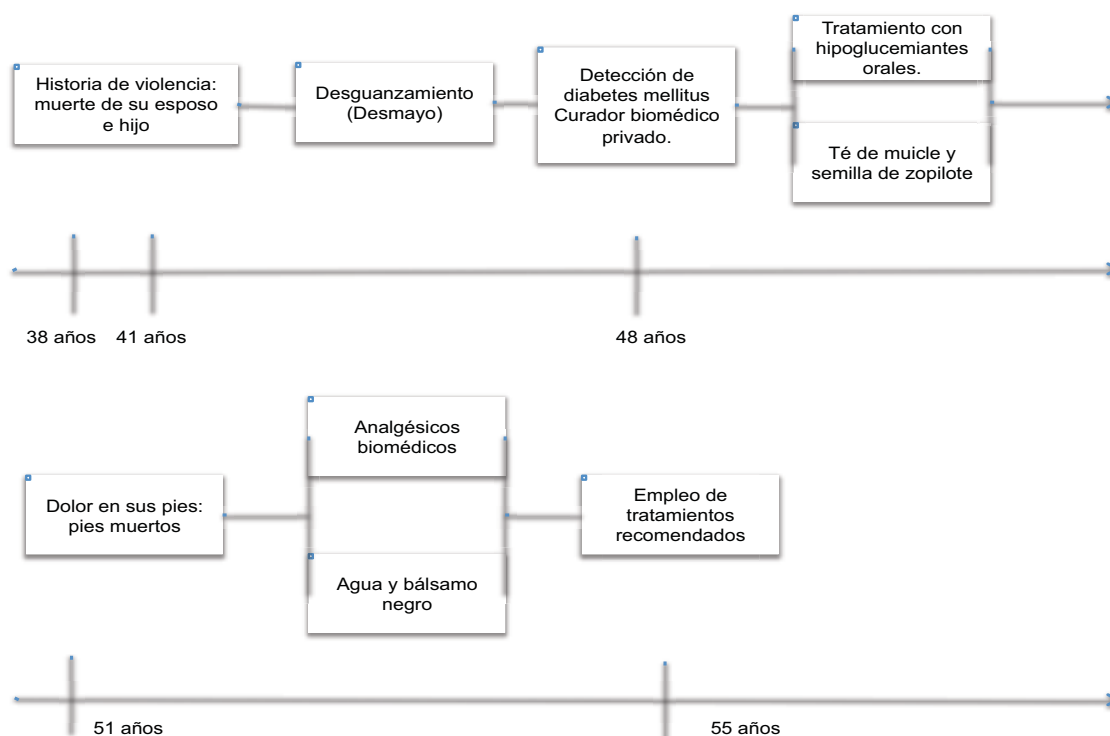
Reinalda vive en un terreno amplio de 1,000 m², tiene una casa que le ayudó a construir su hija Licha que vive en los Estados Unidos de América y que, ocasionalmente, ayuda a su madre. La casa tiene dos áreas de 50 m², en un área de cemento y tabique se localiza el comedor y el cuarto de dormir, la otra área es de adobe y allí se encuentra la cocina y el espacio de lavado. Todos los familiares participan en las labores domésticas y aportan dinero a la casa, Alma Sonia trabaja en un taller de textiles remendando ropa y Gregorio trabaja como jornalero en el campo. Su hija Juana atiende las labores domésticas y acude a la secundaria, la cual está por terminar, y ha decidido interrumpir sus estudios para aportar más a la economía doméstica.

Hace siete años, le diagnosticaron diabetes mellitus a Reinalda. Uno de los motivos que ella asume como generadores de la enfermedad, es su constante experiencia con el susto. A pesar de que el susto se encuentra asociado a la medicina tradicional, Reinalda no acudió a un curandero, sino que acudió al biomédico particular después de un “desguanzamiento” (desmayo) durante el bautizo de sus hijas, el cual se realizó en un ambiente muy estresante para Reinalda porque no tenía los recursos para poder bautizarlas. Posterior al evento, le detectaron glucosa capilar elevada, por lo que comenzó a tomar remedios caseros (té de muicle y semilla del zopilote) a la par de los medicamentos alópatas (metformina y glibenclamida). A la fecha, sigue combinando las medicinas que le

dan en el Centro de Salud, el médico privado y las hierbas que recomiendan sus vecinas o conocidos, para mejorar y controlar su diabetes.

Hace cuatro años comenzó a experimentar dolores en sus pies “*sentía a mis pies como enojados... como muertos*”, el dolor no es constante sino que se suscita ante eventos que le generan conflicto como cuando acude al penal de Santa Marta para visitar a su hijo. Para mitigar el dolor de pies, emplea baños de agua, bálsamo negro y, en ocasiones, analgésicos recetado por el médico del Centro de Salud. Reinalda es también una experimentada curadora de los núcleos vecinales, muchos de sus vecinos acuden con ella para que les recomiende plantas medicinales o tratamientos para diversas molestias.

Figura 11. Trayectoria del padecer de Reinalda



Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

...Aldo

Tiene 73 años de edad y es el hijo mayor de siete hermanos. Los padres de Aldo, Nepomuceno y Victoria, eran campesinos. Su padre se dedicó a sembrar la tierra de la cual vivieron durante muchos años y a temprana edad, Aldo ayudó a su padre en el campo. Nepomuceno enseñó a su hijo las principales labores que necesita la tierra para tener una buena cosecha, también le enseñó a leer y a

escribir lo poco que sabía; compraba revistas para niños y se sentaba largos períodos con su hijo, hasta que tuvo la edad para entrar a la primaria. Al entrar a la escuela cambio su mundo, pues el constante aprendizaje lo hicieron ser un excelente estudiante. Combinó las labores del campo y de la escuela, terminó la primaria, secundaria y preparatoria; cuando entró al propedéutico universitario para la carrera de medicina decidió parar los estudios y dedicarse al comercio. Se casó con Anastasia una mujer oriunda de Coatetelco que tenía 17 años, aunque su padre hubiera preferido que Aldo siguiera estudiando.

El matrimonio gestó a siete hijos, tres hombres y cuatro mujeres, los cuales recibieron el cobijo y apoyo de sus padres. Todos sus hijos acabaron la educación media superior y algunos la superior. Aldo estableció una tienda de abarrotes y tlapalería justo en el centro de Coatetelco, la cual abría a las siete de la mañana. Las jornadas laborales de Aldo eran extenuantes, se despertaba a las cuatro de la mañana para abrir a las siete y cerrar hasta las once la noche. Durante el día cargaba bultos, barría, atendía, compraba productos para poder sustentar su negocio. Recibió un golpe duro con el fallecimiento de su padre a los 74 años de edad por diabetes mellitus, cuenta Aldo que anteriormente no se conocía esta enfermedad en el pueblo y que, actualmente, ésta se ha incrementado.

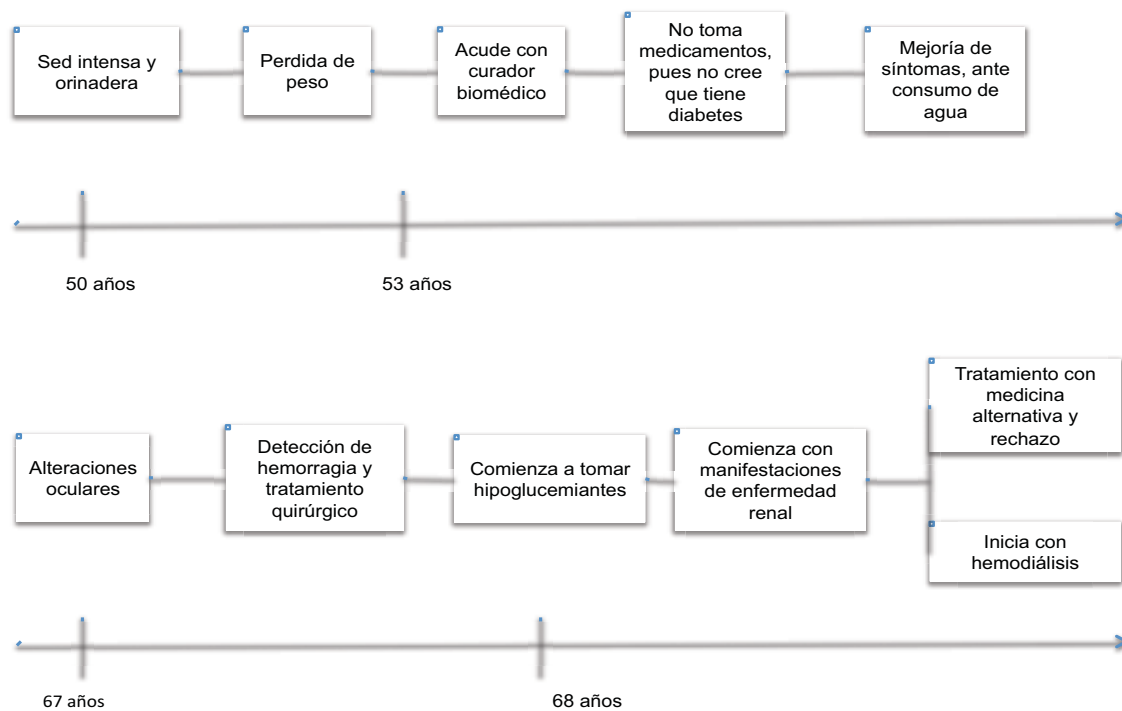
A los 50 años de edad, Aldo comenzó a sentir una sed intensa y constantemente acudía al baño a orinar, *“yo realmente no me di cuenta ni por qué me pegó, sino que, en un momento pues sentía que los labios se me reseaban, ya me dieron a cada rato, tomaba unos líquidos y a cada rato iba a orinar luego”*. Pasaron dos años para que acudiera con el médico y compadre de la familia, ya que presentaba pérdida de peso. A pesar de que le diagnosticaron diabetes, Aldo decidió no tomar los medicamentos. Las molestias fueron disminuyendo, probablemente compensadas por un abundante consumo de agua y mantener una vida equilibrada.

A mediados del 2007, Aldo comenzó a ver borroso después de salirse de bañar, pensó que era una molestia pasajera. Sin embargo, la molestia nunca pasó y decidió acudir a una revisión con su compadre, quién lo envió al oftalmólogo y al retinólogo, quiénes decidieron operarlo de forma urgente de ambos ojos. Poco tiempo después de su operación, principios de 2008, comenzó a notar que sus pies se hinchaban *“se empiezan a hinchar los pies, pero una hinchazón, ya ni podía caminar de tan hinchados”*, le detectaron insuficiencia renal crónica y fue enviado con el nefrólogo para que lo revisara. El médico le recomendó la diálisis, sin embargo, Don Aldo decidió no realizarla y recurrió a la medicina herbolaria. Desafortunadamente no mejoró y este breve contacto con la medicina herbolaria le generó desconfianza y desazón. A pesar de los intentos de Aldo, empeoró y acudió nuevamente al nefrólogo para comenzar la diálisis. Le colocaron un acceso

vascular en su cuello (vena yugular) y se sometió a la hemodiálisis, notando una mejoría importante después de la sesión. Un mes después, le realizan una cirugía vascular en el brazo izquierdo para poder contener un acceso vascular periférico fijo (fístula arteriovenosa).

En el 2009, Aldo comenzó a experimentar un dolor insoportable en los pies y la cadera, a tal punto que lo incapacitó y dejó de caminar del todo, por lo que asistió a un hospital privado. En este hospital, le sugirieron realizar una punción lumbar, pero los familiares en acorde con su compadre decidieron no realizar el procedimiento y lo regresaron a su casa. No había mejoría en la vida de Aldo y para empeorar la situación, su esposa fallece de un accidente vascular *“imagínese fallece mi esposa y yo sin poder caminar, bueno, no pude ni acompañarla a enterrar”*. Finalmente, Aldo se recuperó de los terribles dolores que padecía y ahora su vida ha cambiado radicalmente, vive apaciblemente en una casa amplia de cemento con abundantes sombras y patios internos, su negocio aún sigue funcionando y lo atiende su hija Melina, quién se encarga de llevarlo tres veces por semana a las sesiones de hemodiálisis en Cuernavaca, peregrinación que dura dos horas en transporte colectivo y una hora en transporte particular...

Figura 12. Trayectoria del padecer de Aldo



Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Todos estos actores conformaron el núcleo principal de la investigación, cada uno de estos son personajes activos de sus existencias, tengo el gran honor de haber conocido y compartido con cada uno nuestras vidas, me considero también un personaje que abrió parte de su intimidad para generar confianza, ellos conocen quién soy y cuál ha sido mi historia. Tal vez, ellos no utilicen lo expresado con la misma finalidad que yo. No bastan las buenas intenciones, espero dignificar el honor que me otorgaron al compartirme sus intimidades, emociones, lógicas y sucesos, todas estas dimensiones humanas a las que desafortunadamente llamamos información. A partir de retomar las vidas de los actores y mirarlas a través del cristal de la teoría, es cómo propongo realizar el análisis cualitativo, así pretendo ver como la vida se extiende hacia otros estados (enfermedad), y cuáles son las connotaciones subjetivas, culturales y sociales que la acompañan.

CAPÍTULO V: la percepción del padecer...

Durante la codificación de la información, se decidió realizar una división de los relatos que permitiera dar coherencia a la narrativa de la investigación. Esta división se realizó con base en la información de los actores, quienes comparten con sus representaciones elementos del sentido común, en el caso de esta investigación se denominaron representaciones populares, ya que éstas definen elementos de las instituciones que los rodean, de las relaciones sociales y de la cultura en la que están inmersos y, además, son distintas al conocimiento de las representaciones biomédicas, las cuales sostienen su legitimación a través de la ciencia positiva y de las instituciones jurídicas del Estado (Lyotard, 1987). Estos saberes (representaciones y prácticas) no se oponen, sin embargo, entran en interacción cuando los actores comparten sus relatos o cuando se reflexiona su sentido, como parte de las relaciones sociales. Durante el transcurso de los capítulos se expondrán sus características y se realizará un análisis con las teorías anteriormente expuestas.

La irrupción de una enfermedad reconocida por la biomedicina, como la diabetes, en una comunidad rural indígena/mestiza, es parte de los problemas de salud dentro del contexto nacional donde cientos de localidades pueden tener similitudes o diferencias con lo que ocurre en Coatepec. Los cinco actores que participaron en el estudio con sus narrativas de vida comparten el diagnóstico de diabetes y padecen o padecieron algún tipo de complicación crónica. En ocasiones, se utilizaron en el estudio narrativas de otros actores que se registraron en el diario de campo; las experiencias de cada uno se vertieron en descripciones a manera de imágenes que fueron abordadas en este capítulo y que involucran su pasado, su presente y su futuro de vida o muerte.

¿Qué es la diabetes?

El primer punto a precisar es cómo definen esta enfermedad. Las representaciones de los actores consideran a la diabetes como una entidad que modifica la vida de las personas. En los relatos, los actores reconocieron que es una enfermedad nueva que no se cura, se controla; mientras que otros la definieron como una enfermedad que tiene un componente dulce y amargo al mismo tiempo. La mayoría de los actores comparten la noción de que la diabetes es una enfermedad nueva; quizás debido a que entrevisté personas cuyo rango de edad fue de 55 a 73 años, ya que cuando ellos nacieron la diabetes se detectaba escasamente y la población atendía sus problemas de salud con médicos tradicionales. Al hacer un recuento histórico, el primer curador biomédico se estableció en la comunidad a mediados de los años cincuentas y el primer Centro de Salud en los años sesentas, por lo que no había posibilidad de experimentar la

diabetes ya que ésta no era reconocida por ellos como un elemento común dentro de la localidad. Antes, existían otros tipos de enfermedades que fueron desplazadas por las biomédicas al penetrar las instituciones públicas y privadas de salud que influyeron con el peso de su hegemonía en la población. Coatetelco y sus pobladores, se encontraban inmersos dentro de un proceso histórico que se entiende como un *fraccionamiento del orden cultural mesoamericano* por la cultura occidental (Bonfil Batalla, 1990).

“La enfermedad es dulce y amarga la boca, no le toma uno sabor a la comida eso es la diabetes” (Vegano, 2013)”.

“Es una enfermedad que nunca se quita, que no es curable, que nada más se puede llevar tratamiento para que se controle, porque no se cura (Bilma, 2013)”.

Tipos de diabetes

De acuerdo con la forma de concebir el mundo y de experimentar su vida, los afectados discriminan la información que les rodea. El contacto con la biomedicina y los nuevos significados por interpretar, hacen que los afectados y los pobladores elaboren sus propias tipologías para la diabetes. Durante las entrevistas, los actores compartieron sus representaciones sobre cómo clasifican la diabetes. Por un lado aceptan la clasificación biomédica de tipo 1, tipo 2 y la juvenil, aunque no pueden explicarla, ya que reinterpretan nociones biomédicas con frases como “la diabetes que casi no se ve” y “la diabetes que se controla poco a poco”; estas representaciones son parte del saber biomédico y encarnan la interacción social existente con los curadores biomédicos, las instituciones de salud y los medios de comunicación (internet, televisión, etcétera). Existen otras clasificaciones populares de la enfermedad que parten de una categorización cultural, como “la diabetes caliente”, la diabetes según la percepción y “la diabetes buena y mala”. La “diabetes caliente” se relaciona con la emotividad y algunos padecimientos derivados de la medicina tradicional (susto, impresión, coraje); la diabetes según la percepción se categoriza con relación a sus síntomas, como la “diabetes que orina poco”, “diabetes que orina normal”, “diabetes que orina mucho”, “diabetes que le pega a uno fuerte y que acaba con uno rápido”; finalmente, se puede identificar la clasificación moral de la diabetes (buena y mala) que sustenta su tipología dentro de un sistema cultural, ya que los actores distinguen a la diabetes buena que se asocia al buen control de la mala que implica una progresión funesta de la enfermedad.

“Tres tipos, dicen que hay una que casi no se ve. Dicen que hay una enfermedad que aquella persona que lo padece no sabe si está enferma, pues ya tiene el azúcar; hay

otra que es muy mala, que si no se atiende uno rápido se acaba la persona; hay otra que con dieta y un poco de tomar medicamento puede uno vivir el tiempo que Dios le dé y puede vivir uno su vida normal; y hay otra que no, por eso dicen que hay tres tipos de diabetes. No más no recuerdo ¿Cómo se separa una de otra?... (César, 2014)”.

“Le preguntamos a la doctora y me dijo que no nos creamos, que porque no hay muchos azúcares es uno nada más, pero nos dicen que hay tres enfermedades de azúcar, que uno nada más estás haciendo pipí, otra que no haces pipi y la otra haces normal (Bilma, 2013)”.

Dentro de la biomedicina, existen clasificaciones con respecto a la sintomatología que se asemejan a la experiencia social sentida por los afectados, me refiero a la clasificación de progresores rápidos y lentos que representa la temporalidad en que se desarrollan las complicaciones crónicas y se describen desde la experiencia clínica. Considero que la experiencia de vivir con una enfermedad o convivir con el padecer de otra persona, es interpretada desde la percepción y complejizada en un lenguaje abstracto; las representaciones muestran un instante de este lenguaje y permite ver cómo los afectados categorizan la enfermedad, de acuerdo con su experiencia en un momento histórico.

¿Cuál es la causa de la diabetes?

La etnoconstrucción de las enfermedades resulta uno de los andamiajes más importantes de los MEs y durante los relatos de los actores se revelaron una gran cantidad de subcategorías con significados diversos, las cuales se exponen la tabla 28.

Tabla 28. Causalidad reconocida por los afectados con diabetes mellitus

Causas	Ejemplo
Biomédica	Exposición, propensión, genética, familiar, hereditario y obesidad Afección orgánica: por inflamación del páncreas y porque el azúcar se sube en la sangre Alimentación: por comer de todo, por no llevar una dieta, por consumo de refresco y por exceso de carbohidratos
Popular	Cultural: susto, coraje, espanto, desesperación, sorpresas, miedo, impresiones fuertes, embrujamiento, tristeza y otros sentimientos Caliente: susto, coraje, espanto e impresiones fuertes Maldad: mal aire, mala hora y brujería Alimentación: por comer de todo, grasa, carne y queso; por comer mucho pan y tortillas; por comer comida chatarra; por exceso de dulce; por la comida enlatada; por los fertilizantes y pesticidas empleados en la agricultura; por el consumo de animales mal alimentados; por el consumo de carne con clembuterol Otras: pensadera, consumo de alcohol, debilidad del cerebro

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Existen múltiples representaciones de las causas compartidas por los actores durante las entrevistas, para fines prácticos, decidí emplear la división biomédica y popular debido a que me permitió distinguir la división estructural entre la cultura-sentido común y el conocimiento positivista. Dentro de la categorización biomédica, encontré que las representaciones compartidas demuestran una marcada influencia intersubjetiva y transubjetiva. Los participantes emplearon elementos como la visión de exposición y propensión “todas las personas están expuestas”, “la genética”, “la herencia” y “la familia”, la afección orgánica o de sistemas y, finalmente, la alimentación ejemplificada como “dietas” o “exceso de carbohidratos”, todas estas representaciones son elementos biomédicos que se incorporan a los MEs de las personas.

“Hay veces que la obesidad es la parte primordial para que una persona obesa lleve un susto o un gusto, está propensa, pero hay personas que no son obesas y les ha dado este tipo de enfermedad, pero en realidad no sabemos porqué y a lo mejor recibieron un susto o un gusto de manera momentánea y tal vez por eso les da diabetes (Don Aldo, 2014)”.

Los relatos abarcaron los saberes populares que definen a los actores sociales dentro de su cultura, relacionando la diabetes con la causalidad reconocida en la medicina tradicional y con los estados emotivos (susto, coraje, etcétera). Estas representaciones sobre la causalidad vinculan al consumo de agua después de eventos emocionales, nosologías tradicionales y conductas, ya que el agua da fuerza a la enfermedad o hace que la misma sangre se vuelva agua, se debilite, se vuelva venenosa o mala. Finalmente, existe la representación

de que la sangre se calienta (diabetes caliente) y al tomar agua, el organismo se enfría abruptamente estableciendo la enfermedad, por lo que retoma una concepción calor/frío como causa de la enfermedad. Otros tipos de representaciones populares compartidas son la diabetes causada por mal aire, mala hora y por brujería; esta última, no necesariamente desencadena una impresión fuerte, sino que puede llegar de forma sigilosa y posteriormente reconocer que alguien realizó el daño o que una energía externa suscitó el embrujamiento. Existe una tipología que tiene un fuerte componente psicológico como, “la diabetes que se da por pensadera o preocupaciones”. Otras que se originan por “gusto”, “exceso de comida”, “exceso de trabajo” y desproporción en el consumo de alcohol. También se identificó a la falta de trabajo como causa de diabetes, otras personas mencionaron a la debilidad de cerebro y otras más pensaban que la enfermedad no existía y que era ajena a su forma de concebir el mundo. Dentro de esta subcategoría (causalidad) se repite la alimentación como un elemento compartido dentro de las representaciones biomédicas sobre la cual se desarrollan una serie de nociones interesantes, ya que consideran algunos alimentos dañinos para el cuerpo, los cuales pueden ser productos industriales, bebidas azucaradas o inclusive alimentos básicos como la tortilla y el pan. En este aspecto influye mucho la conducta de las personas que consumen los alimentos.

“Yo recuerdo que hace cincuenta años no existía esa enfermedad, después empezó a darse, poco a poco, antes aquí no tomábamos refresco, sembrábamos maíz sin fertilizantes, ni pesticidas, ahora ya los maíces sin fertilizantes son chiquitos, los pollos y los cerdos los alimentan con otros alimentos y los comemos, antes no había nada de eso, y ahora es cuando más gente se está enfermando, nosotros mismos nos estamos envenenando (Nicasio, 2013)”.

“En el hospital nos avisan que mi hijo ya había muerto, yo llevaba una botella de agua y creo en ese momento me dieron ganas de tomar mucha agua. Pero ya me había tomado el agua, dicen que eso me hizo daño, tomar agua y yo haber recibido la sorpresa de mi hijo, nada mas yo solita me dijeron, mi esposo andaba moviéndose por los papeles. Yo creo que todo eso me llevó a que me diera la diabetes (Reinalda, 2014)”.

Muchas de las narrativas no describen una causalidad única, al contrario están impregnadas de conceptos mixtos y entremezclados (síntesis), la narrativa de Aldo tiene un significado de síntesis sobre la obesidad-susto-propensión, tres elementos que se determinan desde el peso de la subjetividad y por lo tanto desde su experiencia. En la narrativa de Nicasio se emplean conceptos que demuestran una enorme preocupación por la tierra-producción-alimentación en una localidad agrícola, donde la producción de alimentos se ha transformado radicalmente, generando en parte las enfermedades. Finalmente, en la narrativa que comparte

Reinalda posterior al asesinato de su hijo, filtra la nosología tradicional del susto como causa de la enfermedad. Las subjetividades de los actores edifican parte de los significados de la cultura, en este caso podemos ver como existen diversas interpretaciones de cómo se gesta la diabetes mellitus.

¿Qué tan común es y quién la sufre?

De acuerdo con sus vidas cotidianas y al hecho de convivir y compartir con familiares, vecinos y conocidos, los afectados recogen parte de la experiencia de otros para poder construir lo que conocemos como frecuencia y distribución de la enfermedad. Según los relatos de los actores, varios de sus familiares presentaron diabetes mellitus, esto fue posible notarlo en las narrativas de vida donde se describieron brevemente las genealogías y las vidas de los participantes. La gran mayoría tiene un pariente cercano con diabetes mellitus (padre, madre, hermanos o hijos) y durante las entrevistas sólo mencionaron que la diabetes era común. La distribución de la enfermedad en los relatos compromete a los viejos, los adultos, los gordos y a las mujeres como la población más afectada y, sólo tres relatos, mencionaron a la población infantil como la más afectada, mientras que otros no refirieron distinciones sobre la población afectada. La frecuencia y distribución de la diabetes no pueden ser explicadas sólo mediante métodos estadísticos, teniendo en cuenta que la realidad social no es computable, sino que debe ser contextualizada y analizada bajo el cristal de la teoría.

“Porque de hecho también a mi hermana ya le detectaron, parece que también ya tiene el azúcar... (Reinalda, 2013)”.

“Parejo, tanto como la mujer como el hombre parejo porque pues, si no se cuida la mujer también le da al final, también el hombre por igual (César, 2013)”.

¿Cómo se desarrolla la enfermedad?

Esta categoría indaga como se desenvuelven los actores con diabetes a partir de su diagnóstico o del inicio de su padecimiento. Los participantes narraron que cuando la diabetes es caliente y se le da al padeciente un medicamento caliente, el deterioro de éste es rápido; en otros casos describieron que al no sentir molestias graves no tomaron acciones terapéuticas, por lo que años después del diagnóstico comenzaron a desarrollar complicaciones crónicas, las cuales son reconocidas como un verdadero problema. Esta nueva irrupción generada por las complicaciones crónicas cambió por completo la vida de los afectados, alterando la totalidad de su corporalidad y de su existencia.

“En vez de que vaya yo pa`arriba, voy pa`bajo, nomás que ahora si me voy acostumbrando, como a estas horas empiezo a toser y ya de ahí duelen (los pies) y no para el dolor, en las noches me pasa el sueño y me duele... (Don Vegano, 2014)”.

“En mi persona digo que no le hice caso porque no me sentía mal, no me dolía nada, pero el organismo se me estaba deteriorando poco a poco y desde 1990, cuando empecé a sentir esos síntomas, hasta el 2007 fue cuando ya me pegó y entonces ya recurrí al médico, y todo ¿Para qué?, para que me dijera -¡Esto ya no le va a servir!-. Pero ¿Por qué?, porque nunca me di un chequeo, cuánto tengo de azúcar, el doctor me iba a decir ¡Está muy elevada la azúcar, la tiene muy elevada, le vamos a dar este medicamento! (Don Aldo, 2014)”.

¿Cómo se previene?

Los participantes de este estudio evalúan las acciones realizadas a través del contacto con las diversas formas de atención y a través de su experiencia con la enfermedad. Esta última, permite a los actores reconocer las representaciones propias y las advertencias de distintos personajes con los cuales entran en contacto (curadores, familiares o conocidos), abriendo un panorama de opciones dentro de sus vidas. Estas alternativas se encuentran inmersas en redes culturales que tienen significados distintos como la de saberes biomédicos y saberes populares. Con respecto a la prevención para la diabetes, que reconocen los actores, nuevamente se detecta una concepción moral sobre la alimentación como, evitar la mala alimentación (comida chatarra y refrescos) y promover la alimentación adecuada (consumo de verduras). Además, se identificaron prácticas que pueden sugerir o revertir el curso de la enfermedad, tales como asistir al médico para controlar el peso corporal, realizar actividad física, evitar la obesidad, detectar oportunamente la diabetes y asumir la enfermedad.

“Entonces, finalmente ya toda la familia, por ejemplo, si aquí somos diez, todos nos vamos a checar, te checan de la azúcar, la presión y previenes para que no tengas esta enfermedad, prevención (César, 2013)”.

La prevención desde los saberes populares condensa diversas prácticas que emplean los pobladores de Coatetelco para contrarrestar la difusión de la enfermedad, como evitar tomar agua durante el susto y espanto, ya que la diabetes de susto es vista como una enfermedad caliente, sugieren que es mejor tomar un vino (tequila, mezcal o aguardiente), es decir, bebidas calientes para no alterar la temperatura del cuerpo. Un actor recomienda tomar cerveza por su sabor amargo, mientras que otros no la recomiendan por considerarla una bebida fría.

Otra práctica relata la costumbre de chupar un limón posterior al susto y la impresión.

“Pues mira, yo tuve un problema fuerte, en aquel cumpleaños, entonces yo pienso que esa fue la causa, de que fue un coraje muy fuerte y según dicen, que si llega uno a tener un coraje, un susto fuerte, que no tome uno agua porque el agua afecta, según es mejor echarse un fuertecito (alcohol) que sé yo, un alcohol, un tequila... (César, 2013)”.

¿Que sienten?

El síntoma es un anclaje perceptivo que permite al padeciente y al curador realizar extensiones a diferentes dimensiones; en este estudio se indagó a los padecientes sobre los aspectos temporales de sus síntomas antes, durante y después el diagnóstico y cuando presentaron descontrol. Estas subcategorías nacieron de la interacción de las conversaciones y preguntas las cuales condensamos en la tabla 29.

Tabla 29. Síntomas reconocidos por los afectados con diabetes mellitus

Tipo	Síntomas
Antes del diagnóstico	No se identificaron
Durante y después del diagnóstico	Pérdida de peso, somnolencia, insomnio, mareo, náusea, vómito, dolor de cabeza, cansancio, flojera, sensación de tener el cuerpo caliente, diarrea, pérdida de apetito, vergüenza por presentar los síntomas, sed intensa, orinadera (aumento en la frecuencia para orinar), atarantamiento, sensación de estar borracho, vahídos, desmayos, sensación de tener los ojos chiquitos, la piel se hace seca o fea, las manos pierden su color (al parecer porque la sangre se convierte en agua)
Descontrol	Visión borrosa, ojos cenizos, sueño, flojera, pérdida de la fuerza y alteraciones del gusto

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Los actores (afectados y familiares) al inicio de la enfermedad relatan que poco antes de su detección y posterior al diagnóstico, notaron una gran cantidad de síntomas. Todos los informantes principales presentaron sintomatología y dos informales mencionaron que no sintieron sintomatología. Muchos de ellos, refirieron que los síntomas no eran constantes sino que tenían un carácter intermitente que les permitía acostumbrarse a las molestias. Antes de la detección de la enfermedad, la mayoría no manifestó ninguna molestia.

“Yo empecé a sentir mucha sed, iba al baño a orinar mucho, al ver que no era normal lo que me estaba pasando, sentía vergüenza, en la noche hasta me ganaba, me despertaba como que soñando -¡Me estoy orinando!-, ¡Y sí!, me despertaba y sí ¡Ya me está ganando! Es por lo mismo de que toma uno mucha

agua y mucha agua, entonces fui al médico y ya me checó que pues sí tenía yo azúcar (Don César, 2013)”.

“Yo no sentía nada de lo que siente la gente, que a uno le da sed y le da por orinar, pues yo no sentí nada de eso (Saraí, 2013)”.

Dado que existía una noción biomédica (control metabólico) que constantemente reportaban los actores, éste fue integrado a la investigación; algunos actores relacionaron esta noción con el “aumento del azúcar en la sangre”. Los participantes relatan que cuando estaban descontrolados o se les subía el azúcar experimentaban sensaciones extrañas en su cuerpo, lo curioso es que un concepto biomédico como el descontrol se incorpora como parte del padecer, es decir, un concepto que nace de la cuantificación de glucosa sérica puede percibirse, sentirse y expresarse como una molestia en el cuerpo de las personas con diabetes.

“No más la vista como que se hace borrosa y llora mucho el ojo y se limpia uno así con la mano con lo que sea y no se quita, sigue borroso, como cenizo, dicen que porque está uno alto de azúcar pero conforme baja el nivel se aclara y eso si es cierto porque cuando yo lo tengo alto empiezo a ver borroso y cuando yo creo que baja se aclara más la vista, se aclara... (Don César, 2013)”.

¿Cómo se trata?

Esta categoría alberga distintos tipos de terapias que resultan de la interacción con los curadores de la medicina tradicional, la biomedicina y la autoatención, para ello se distinguen en cada una de estas formas de atención las características que encontramos durante el trabajo de campo.

Medicina tradicional

Desde la medicina tradicional los afectados mencionan que se emplean diversas terapias para atender a la diabetes mellitus, como limpias con huevos que impresionan a los usuarios por los cambios de color y rezos terapéuticos. También se da tratamiento de acuerdo con el tipo de diabetes adquirida, ya sea de susto, por mal aire y por brujería, por lo que cada una tiene su propia terapéutica.

“Pues a mí sí me dio miedo cuando me limpió, porque quién sabe qué tanto le hacía al huevo con un trapo y cuando lo abrió me dijo -¡Sóplale, sóplale, rápido!. Pero yo vi que estaba negro el huevo, eso a mí me afectó porque andaba pensando ¿Qué será eso? Ahora ya no están las señoras ya se fueron de aquí, estaban rentando allá en el centro, tenían hartos santotes bien grandes (Reinalda, 2013)”.

Terapia con biomédicina

Esta terapia comprende varias subcategorías; durante los relatos los participantes describieron diversas características que se organizaron de la siguiente manera: El control como eje terapéutico, el riesgo como control, control de la alimentación, actividad física, tratamiento farmacológico y tratamiento de las enfermedades acompañantes (comorbilidades). Con respecto al **control como eje terapéutico**, visto desde la subjetividad de los actores, el control es entendido como un acto para prolongar la vida ante la enfermedad o retrasar las complicaciones crónicas de la diabetes, mejorar sintomáticamente, obedecer las órdenes médicas, acudir a las consultas programadas, restablecer a la normalidad los parámetros fisiológicos de la glucosa sérica o la presión arterial, tomar los medicamentos, respetar los horarios del consumo de medicamentos, modificar hábitos de consumo, el deber ser que los actores deben adquirir después de asistir a la consulta médica. El control es parte del acto terapéutico que los acompaña en sus vigiliias y sueños. Anteriormente, mencionamos que el control es un nuevo panóptico de la sociedad, que no sólo tiene fines terapéuticos sino políticos, al modificar los “estilos de vida” de las personas; el control penetra en la subjetividad para modificar las personalidades, juzga actos de vida cotidianos que son nocivos, pero nunca extiende su visión al mundo social y cultural de los actores (sickness), no reivindica de forma alguna la subjetividad de los afectados (Broom 2008, 2009).

“Para mí el control es sentirme bien, cuando se me sube el azúcar yo me siento como mareada, entonces ahí sé cuando tengo el azúcar alta (Hilvana, 2013)”.

“Pues ya después cuando me empecé a controlar con las pastillas, hacía yo como cuatro o cinco veces en la noche (orinar), como yo estoy acostumbrado estoy comiendo y bebiendo agua, así en el día no orino tanto, orino nomas en la noche (Vegano, 2013)”.

El riesgo como control, es un elemento del discurso biomédico ampliamente usado en la construcción de los procesos salud/enfermedad/atención, es una herramienta de la salud pública y la epidemiología y forma parte de los dispositivos de control social. En el caso de esta investigación, el concepto de riesgo se integra en el saber popular, para poder lograr un cambio o transformación en los afectados, ya sea extendiendo la opinión biomédica a las redes sociales o modificando los actos cotidianos de los afectados.

“De hecho el doctor le dijo a mi hermana que estoy propensa a un paro, y pues ni modo, por eso mis hijas ya no me hacen enojar, de por sí que no son groseras, pero con el otro niño, ya hago más corajes porque luego se va y llega muy noche los sábados (Reinalda, 2013)”.

La alimentación se modifica notablemente durante la irrupción de la diabetes, los participantes relatan que la diabetes les genera una falta de apetito y que los medicamentos modifican el gusto, además tienen que someterse a un **control de su alimentación**, lo que les genera una constante indignación por las restricciones alimentarias y además se muestran dudosos ante los cambios que ofrecen los médicos, ya que sus costumbres alimentarias son distintas y estos cambios influyen en su economía. Los actores, llegan a repetir y reproducir el discurso biomédico de la alimentación que es, en muchas ocasiones, una representación del deber ser.

“Pues dicen que el colesterol te da cuando comemos mucho huevo, cuando comemos el pellejo del pollo, yo cuando hago pollo le quito el pellejo, desde que me empezaron a decir que eso me podía hacer daño ya no comemos el pellejo del pollo, aunque se ve mal y encuerado el pollo cuando lo hacemos, pero el cuero ya no lo hacemos; ya cuando le trajimos lo estudios, nos explicó el doctor qué es lo que debo de comer y qué es lo que no debo de comer...(Reinalda, 2013)”.

“Cuidarse, pero te digo a mi esposo la verdura no lo llena, a él le dijeron que se coma nada mas dos tortillas, y como ahorita nosotros de pobre no tenemos para traer verduras ¿Qué hacemos? Tenemos que comer aunque sea pura salsita...(Bilma, 2013)”.

La **actividad física** es relatada por los afectados como un elemento que los curadores biomédicos promueven, sin embargo, no existe una representación clara de cómo se prescribe (caminatas por 30 minutos diarios, dar vueltas al campo de futbol). El motivo para realizar actividad física es reducir el peso corporal, es decir, el fin último es lograr una mejoría y bienestar.

“Bueno nosotros ya estamos malos pues sí debemos de hacer un poco de ejercicio para que bajemos de peso y tengamos mejor vida, pero los que están buenos tienen que hacer ejercicio porque unos están bien gorditos, están demasiados gordos, entonces, están propensos a tener el azúcar, así es que hay que hacer ejercicio, hay que bajar de peso... (César, 2014)”.

El **tratamiento farmacológico** empleado comprende no sólo lo que prescriben los curadores biomédicos, sino también utilizan los recursos de la

autoatención, así los actores consumen alka-seltzer para iniciar su tratamiento para la diabetes. Desde la biomedicina se prescriben glibenclamida, metformina, acarbosa, insulina de acción intermedia, insulina glargina e insulina lispro/lisproprotamina, así como el uso de sueros intravenosos con vitaminas para controlar a los afectados. El tratamiento con insulina genera diversas opiniones entre los actores y algunos familiares; los relatos describen que la insulina acaba la vista, que es un medicamento caliente que no debe ser administrado cuando un individuo con diabetes tiene corajes (diabetes caliente), ya que la insulina puede llegar a matar a las personas. También, los actores creen que la insulina puede afectar a los ojos y volverlos pequeños, así como dañar a los “uvulos” (¿globulos?) rojos. Muchos tienen que tomar medicamento para las **enfermedades acompañantes** como la hipertensión arterial (amlodipino, nifedipino, captopril) y para el insomnio (diazepam).

“Fui a ver al doctor, Arnulfo Villa, el es neurólogo y es compadre de nosotros, de la familia, entonces veo al doctor y me mandó hacer análisis, cuando me entregaron los análisis, ya tenía la glucosa muy elevada. ¡Compadre, tiene la glucosa muy elevada, le voy a dar esto! Y fue cuando me recomendó el Bioeuglucón, dijo -¡Con esto se va a controlar!-. Pero ya fue incontrolable, ya el azúcar la tenía, la diabetes ya me había agarrado (Aldo, 2014)”.

“La insulina dicen que es caliente, porque por ejemplo que hiciera mucho coraje y que esté tomando mucho medicamento, dicen que se pone uno negro y si es cierto porque una vez hizo corajes y estaba con medicamento y nada más se puso negra, negra...(Selena, 2014)”.

Autoatención

La autoatención tiene sus propias dinámicas y racionalidades terapéuticas; anteriormente se mencionó el tratamiento biomédico inicial con alka-seltzer para la diabetes. Otros relatos señalaron modificaciones a los tratamientos prescritos por los curadores biomédicos, cuando los padecientes se sienten con descontrol. Existen otras terapéuticas alternativas y populares que engloban la gran mayoría de los tratamientos y que los curadores biomédicos desconocen, el siguiente listado recoge las representaciones populares sobre extractos animales, plantas o hierbas medicinales que emplean o emplearon los actores para mejorar las condiciones de su enfermedad/padecer.

- 1) Muicle, coparche, neem, hierba rasposa, mezquite, prodigiosa.
- 2) Hierba del paraíso, huereque, damiana, nopal en ayunas.

- 3) Empleo de plantas o extractos amargos animales como la hiel de pollo, hierbas amargas como la semilla de zopilote, la hierba de becerro, huizache e injerto de huizache, hoja tronadora, boldo amargo. Los extractos se toman directo y las plantas se hierven para hacer té o agua de tiempo.

Foto 6. Semillas de zopilote del árbol de caoba



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2014.

Dentro de esta forma de atención se aprehenden y emplean nuevos saberes, como el concepto de control de la enfermedad que resulta ser una medida de eficacia para aminorar o reducir el impacto de la enfermedad a nivel corporal (autocontrol), se relata la normalización de los niveles de glucosa sérica a través del empleo de hierbas medicinales. Estas acciones y discursos se incorporan constantemente a los saberes de los afectados.

“Ahora ese árbol que tengo allá, le llamamos zopilote así lo conocemos pero según su nombre es caoba y esa madera de caoba es una madera fina porque inclusive con eso hacen muebles, dicen que lo utilizan para hacer muebles finos, entonces, nos da como unas bellotas, le llamamos nosotros y adentro tiene granos como el maíz y lo pelamos y sale una semillita y eso no más lo probamos así tantito, hijole... (Don César, 2013)”.

Complicaciones crónicas

¿Qué causan las complicaciones crónicas?

En esta categoría se describen las representaciones sobre las causas populares y las reconocidas por la biomedicina, desde la voz de los afectados y sus familiares. La distinción y las características de ambas causas se presentan en las tablas 30 y 31, las cuales enlistan una gran cantidad de etnoconstrucciones que son reconocidas como causa de las complicaciones crónicas.

Tabla 30. Causas populares de las complicaciones crónicas

Órgano	Causas...
Alteración de los riñones	Se acaban por dentro, se oxidan, por maldad, por brujería
Pie diabético	Carne de puerco, frijol, huevo
Nervios	Enojo y calor
Ojos	Exceso de sal
En general	Por descuido, por brujería, por consumo de alcohol, porque la sangre no sirve, la sangre se seca o se hace agua, porque se derrite la carne, por consumo de alcohol

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Desde los saberes populares las causas se distinguen con respecto al órgano o sistemas afectados (tabla 30). El anclaje en este sentido es la enfermedad que modifica a un órgano concibiendo un cambio en la existencia de los actores, es una forma distinta de percibir el mundo y, por lo tanto, es necesario adecuar las representaciones durante esta transformación paulatina e irremediable, por lo que, se modifican también los MEs de la enfermedad/padecer/malestar. Los elementos populares compartidos demuestran que los órganos o partes corporales pueden adquirir una emoción propia, un elemento existencial dentro de la sintomatología, destaca también que el alcoholismo es una causa reconocida por los afectados, la cual puede desencadenar complicaciones crónicas. En la narrativa de Pedro, podemos ejemplificar al embrujamiento como causa de las alteraciones en los riñones y, en la de Vegano, la concepción de la carne derretida que compara a la diabetes con el mal de cuernos.

“Nos dijo que la tenían en un camposanto y en la casa del que lo estaba trabajando. Nos dijo -¡La tienen bocabajo, enjaulada en un baúl, ahí la tienen adentro, no la dejan ver el sol, la luna, ni el espacio, la tienen encerrada, por eso se le enfermaron sus riñones!- (Don Pedro, 2014)”.

“Será como le digo yo, el mal de cuernos les pega a los animales y se derrite la carne, el hueso, todo, y el animal ya no mas cabecea, pasa lo mismo con

nosotros, y allí quedo la enfermedad, dicen que ya no funcionan las venas, que ya no circula la sangre, dicen que eso pasa... (Vegano, 2013)”⁵

Tabla 31. Causas de interacción biomédica de las complicaciones crónicas

Órgano	Causas
Alteración de los riñones	Se tapan y no se puede orinar adecuadamente
Pie diabético	Quemaduras o heridas que infectan la carne
Nervios	Hay una alteración en la circulación de la sangre debido a que se zafan las venas
Ojos	Se afectan porque no hay secreción de insulina, se tapa el fondo de ojo y hay hemorragias
En general	Por no guardar la dieta, por tomar coca-cola, por falta de atención, por no obedecer las órdenes médicas, por disposición de la misma enfermedad, por que se altera el azúcar y daña a los órganos, por descontrol, porque se afecta todo el cuerpo con la elevación del azúcar, por no tomar los medicamentos

Fuente : trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Las causas de interacción biomédica son aprehendidas y reinterpretadas por los actores de acuerdo con su forma de entender el mundo y su cuerpo, ya que la cronología de la diabetes mellitus tiene y deviene en significaciones diversas; así los riñones pueden oxidarse, las infecciones pueden suscitarse por quemaduras y heridas (tabla 31). Destaca que el consumo de coca-cola es considerado como una causa social que puede ocasionar complicaciones, también el acto de no obedecer al médico, no tomar los medicamentos y no controlarse (tabla 31), estas nociones comparten el concepto de que las complicaciones son el resultado de un proceder inadecuado por el padeciente. Otro elemento interesante es la “disposición de la enfermedad”, es decir, que la enfermedad determina a quién complicará, se manifiesta con un ritmo distinto a la corporalidad de los sujetos, existe una separación entre enfermedad y cuerpo, es un ente distinto que invade al organismo.

“Con el mero oculista particular, y me dice cuando una moneda se te cae en una cubeta ¿Qué pasa?, lo está tapando el asiento de la cubeta la moneda ¿No? Ahora así tú tienes así el ojo, tú tienes una almorragia (hemorragia) en el ojo... (Cynthia, 2013)”.

“El doctor con el que fui me dijo que ya se me están zafando las venas, que por eso tengo entumido los pies (Vegano, 2013)”.

⁵ Recordamos que Vegano padece una neuropatía diabética y que al preguntarle sobre las complicaciones crónicas, el hace una analogía entre el mal de cuernos y las complicaciones crónicas percibidas por él.

¿Qué tan comunes son las complicaciones y qué tipos hay?

Los participantes relataron que las complicaciones crónicas son muy frecuentes en la población, son reconocidas en el cuerpo de quien las padece, pero también de quien comparte su padecer. Durante la investigación los mismos pobladores me presentaron a personas con algún tipo de complicación. Existe la noción de que los vecinos, conocidos o familiares se afectan y estos relatos no son ajenos a ellos, al reconocerse en el otro (alteridad) y compartir un evento existencial como las complicaciones crónicas, comienza a entretenerse el significado del malestar (sickness). Los entrevistados relataron representaciones sobre las afecciones, siendo la de los ojos las más comentadas y temidas, seguidas de las afecciones de los riñones, amputaciones e infecciones. Otras complicaciones relatadas fueron la presión, el dolor de pies, la caída de los dientes y la muerte.

“La vista se va deteriorando no más así, en la noche por ejemplo como ahora que vamos a tocar, veo mucha gente y a veces no los conozco, ya los conozco cerquita, pero si están hasta allá no los alcanzó a conocer por la vista, ya ves mi comadre perdió la vista, mi esposa también (César, 2014)”.

“A veces ya no quiero pasar a ver a mi hermano, porque lo veo, un dedo parece que se lo lastimó y ese dedo hasta la fecha no le ha podido sanar (Reinalda, 2014)”.

¿A quién afecta las complicaciones crónicas?

De acuerdo con la subjetividad de los actores, la distribución de las complicaciones crónicas se da más en las personas con bajos recursos económicos, en las que no llevan un control adecuado, las que no siguen las indicaciones de los médicos, a los obesos y los que se encuentran con “más enfermedad”, es decir, a las personas con una diabetes agresiva. Otros actores, mencionaron que no hay distinción entre los estratos socioeconómicos, género u obesidad. En estos relatos, podemos ver nuevos elementos de análisis incorporados por los actores, como el estrato socioeconómico, el cual puede ser un factor para desarrollar complicaciones al restringir la accesibilidad a los recursos de atención. Así mismo, se repiten elementos biomédicos como el descontrol el cual puede influir en el deterioro de los padecientes, así el padecer existe sin la enfermedad objetiva y puede generar representaciones de complicaciones a futuro. El control/descontrol es visto como una herramienta moral de la biomedicina que se emplea para regular el comportamiento de las personas con diabetes, con el fin de evitar futuras complicaciones. El control nace del concepto del grupo de control experimental dentro de los estudios biomédicos

y se emplea como una herramienta social para conducir el comportamiento de los afectados y, así, distinguir las conductas, personalidades o actos buenos y malos, relacionándolos con los factores de riesgo, para que los indicadores o parámetros fisiológicos se mantengan dentro de rangos considerados normales.

“Yo me he dado cuenta doctor, que todas las personas empiezan por la enfermedad de la diabetes, después, se han dañado los ojos, quedan hasta sin poder ver, porque económicamente hay veces que no se pueden hacer una operación y se quedan así, y así han fallecido (Don Aldo, 2014)”.

“Esta enfermedad le da a todos doctor, yo no sé porque se afecta uno de los ojos o de los pies, le duele a uno los pies, me duelen los pies (Vegano, 2013)”.

¿Cómo se previenen las complicaciones crónicas?

Las representaciones biomédicas expuestas por los participantes son diversas como, el apego a la normatividad que puede prolongar la aparición de complicaciones crónicas, el cumplir con los horarios de consumo de medicamentos, el llevar una dieta adecuada, realizar una detección temprana de la enfermedad, acudir con los especialistas quienes son vistos como personajes activos para resguardar su cuerpo. Resulta interesante que algunos relatos mencionan a los refrescos y al alcohol como agentes potenciales para el desarrollo de complicaciones crónicas; también los actores recomiendan cuidarse los pies para prevenir lesiones y aplicarse furacin cuando surge una complicación (autoprevención).

“Le digo -doctor yo venía a ver si me podía dar algo, es que me acabo de pegar-. -¿Cómo?- dice. Le digo-. Me acabo de pegar con el martillo-. -¿Que estaba haciendo con el martillo?- Le digo- lo que pasa es que yo quería rajar una leña y mi mano tenía grasa y se zafo el martillo y me pego aquí-. -Hay que bueno que viniste hija porque no te puedes lastimar, porque es muy peligroso para ustedes los diabéticos- (Reinalda, 2013)”.

“No es curable según yo he visto en las noticias pero si controlable, se puede controlar y entonces todas las personas que sientan esos síntomas, inmediatamente se deben controlar, deben acudir a un médico para que el médico les dé el medicamento adecuado, siendo así pues yo creo que se evita que el organismo se deteriore (Don Aldo 2014)”.

Las representaciones populares de los actores son varias, el evitar cierto tipo de comidas (huevo, frijol y carne de puerco) ya que se piensa que pueden

provocar infecciones, consumir altas cantidades de chile para prevenir las infecciones, evitar el consumo de alcohol como la cerveza que aumenta el dolor en los pies, evitar caminar para prevenir alguna lesión en el pie y, para no descontrolarse, rebajar el refresco con agua para no ingerir azúcar en grandes cantidades. A la par, consumen algunos medicamentos alternativos como herbalife, ya que existe la creencia que este producto mejora la función renal.

“Yo me imagino que debemos de tratar de no comer cosas que no nos perjudiquen y nos afecte al pie, por ejemplo el huevo y los frijoles son peligrosos, deberíamos comer cosas que no nos afecte más al pie (Reinalda, 2013)”.

“Le voy a decir algo que en mis tiempos ya tomé vino, ya me eché mis cervecitas, ya sé lo qué es tomarse una cerveza, lo qué es tomarse un vino, entonces, yo pienso que, ahorita no porque está uno enfermo de la diabetes, sino que de por sí llegando a una edad determinada ya no debe uno de tomar vino, eso de acuerdo con el criterio de uno, ya no debe de tomar, por qué, porque mi edad ya no me lo permite, en vez de que me caiga bien me voy a dañar, bueno, me refiero yo hasta emborracharse, pero una cervecita, ya ahorita porque no puedo tomar cerveza, pero por ejemplo si estuviera bien, que no me estuviera hemodializando si me tomaba una cervecita, ahorita no puedo tomarme ni una ni dos, ni tres porque no lo desecho, se me va acumulando y entonces al ratito en vez de que me hiciera bien, pues me va a hacer mal (Aldo, 2014)”.

¿Qué sienten con las complicaciones crónicas?

Nuevamente he retomado el análisis de la percepción y del padecer, esta cadena de significados se extienden a distintas dimensiones como la cultural y la social y construyen a las subjetividades de los actores; las personas con diabetes mellitus pueden o no presentar sintomatología, pueden también adaptarse a ésta, como anteriormente se mencionó, sin embargo, cuando se presenta una complicación crónica, la percepción y la interpretación del mundo de los actores se modifica sustancialmente, no hay forma de escapar y no percibir el contraste que la enfermedad marca en sus cuerpos. Durante la etnografía se recabaron una gran cantidad de información sobre los síntomas y para poder ordenarlas fue necesario especificar cada uno de los síntomas de acuerdo con la afección orgánica, así pude distinguir los síntomas generales y los de cada afección.

Tabla 32. Síntomas de las complicaciones crónicas

Tipo de complicación	Sintomatología
Síntomas generales	Alteraciones del sueño, inapetencia o falta de apetito, náusea y vómito, inflamación de la panza, no poder estar, no poder respirar, ojo rojo, dolores de cabeza, ojo y panza, no escuchar nada, atarantamiento, mareo alteraciones del gusto
Afecciones del corazón	Pies apretados, grandes o esponjados, que la panza tomaba una consistencia dura o que el estómago estaba relumbroso, resuello, sofoco, opresión del pecho, pecho cansado, cansancio, insomnio y agotamiento
Presión alta	Dolor de ojo, dolor de cabeza y ojo rojo
Enfermedad de los riñones	Pies gruesos, hinchados y apretados, sensación de que algo falta, resuello o dificultad para respirar, desesperación, sensación de estar llena, cansancio, mal aliento, dejar de orinar, se sube la presión, comezón, sensación de que se abre y se cierra el riñón, comezón, salpullido
Enfermedades de los nervios	Calientes, tienen lumbre, con frío, dolor, piquetazos, como si un alacrán los picara, sensación de calambres, pies enojados, apretados, acalambrados, muertos, o dormidos, sensación de que su cuerpo se deshace, cansancio, gorgorismos en las rodillas
Alteraciones de los dientes	Aflojamiento, desprendimiento y pérdida de los dientes, la pérdida de un órgano y secundariamente vergüenza
Pie diabético	Piquetes, ardores, dedos fríos, morados o maleados o que la zona afectada está seca, presencia de vejigas, costras en la piel, piel roja o negra, llagas, carne podrida, olor a podrido, datos de infección
Alteraciones de la vista	Visión borrosa, manchas, ojos empañados, alteración de la visión de los objetos y la luz, sensación de oscurecimiento de la vista, dificultad para observar, dolor, comezón, ojos lagrimosos, ojos rojos, sensación de tener una tela o arena en los ojos, chinicuil de carne o de pestaña ⁶ , secreción con pus

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

⁶ El chinicuil de carne o de pestaña es la sensación de tener un cuerpo extraño en el ojo, puede entenderse como la sensación de tener un gusano dentro del ojo que causa molestia. Este término lo empleo Cynthia, una participante del estudio, para expresar una sensación dentro de su ojo. No existen datos de este concepto como una enfermedad derivada de la medicina tradicional, puede ser una expresión de analogía o metáfora dentro de la experiencia de los afectados. Sin embargo, la asociación de enfermedades dentales con la presencia de gusanos se considera como un elemento de algunos pueblos de origen náhuatl. Queda la duda si este elemento sobre la enfermedad es de origen prehispánico o europeo, al igual que la teoría del Calor-Frío, autores como Foster y López Austin entran en debate sobre sus orígenes (López Austin, 2012: 40-41)

Los síntomas generales de la tabla 32 se refieren a los síntomas que no son específicos, dentro de estos se encuentran desde alteraciones del sueño hasta alteraciones del gusto, todas estas sintomatologías están emparentadas con sentimientos y emociones; así una persona que tiene preocupación no puede dormir y las personas que se encuentran con ánimo bajo (tristeza) no tienen hambre. Estas sensaciones modifican el estar de las personas, inclusive algunas representaciones son explícitas al pronunciar “no poder estar” como una fragmentación ontológica de los actores, dejan de ser en el momento que cambia su percepción y, por lo tanto, modifican su existencia y sus representaciones. En las narraciones abajo descritas se puede ver como los elementos representacionales son un pequeño fragmento de la experiencia, así la inapetencia de Cynthia se acompaña de desesperación e indagación sobre su vida; la narración de Reinalda implica un elemento popular como el atarantamiento, que lo puntualiza posteriormente como estar a grecas o caminar mareada, modificando sustancialmente el mundo donde camina.

“Tu crees que no me voy a desesperar así, no me da hambre, no quiero nada ¿De qué voy a vivir? ¿De viento?, no creo que de viento voy a vivir (Cynthia, 2013)”.

“Todo el día sentía el atarantamiento porque me jalaban mis hijas, cuando íbamos al centro me tenían que llevar jalando porque yo pues me sentía mal, sentía que iba así como en grecas en la calle, pero yo veía que iba derecho, si pero eso no sé por qué, después me decían -¡No, tu le hubieras dicho al doctor!- Porque yo sentía al bajarme de la cama que me quería marear, ajá. (Reinalda, 2013)”.

La sintomatología de cada participante es una herramienta de análisis, que permite navegar dentro de las subjetividades y encontrar elementos representativos de la existencia social de los afectados. Se encontraron síntomas que acompañaron a las afecciones cardíacas, la presión, las alteraciones renales, las alteraciones de los ojos, los nervios y los dientes (tabla 32), los cuales son representaciones únicas en cada uno de los actores, por lo que el síntoma es el punto de anclaje para la edificación del significado social y construye la enfermedad, el padecer y el malestar. En el caso de las afecciones cardíacas las representaciones narradas mencionaron que sus pies estaban apretados, esto se debe posiblemente a una retención hídrica asociada a falla cardíaca. Se narraron elementos culturales como el estómago relumbroso (panza dura) y el resuello que significa respirar para arriba con dificultad, construcción semiótica y subjetiva que emplean como construcción de su padecer. Finalmente, tenemos las afecciones de la presión, ya que según los actores una de las complicaciones puede ser la presión alta, la cual no es una complicación dentro de la biomedicina sino una consecuencia de la enfermedad. En el relato de Cynthia, se distingue un universo

de síntomas que constantemente marcan su cuerpo, que al ser percibidos organizan la toma de decisiones para que sean atendidos o no. La narrativa de César explica brevemente la relación que existe con la presión y el ojo, que finalmente evoluciona a la expresión corporal del ojo rojo y dolor.

“Me oprime el pecho y no puedo dormir, como que estoy cansada del pecho, anoche yo me paraba, me acostaba en el piso y después pude dormir un poquito; si no sintiera que me sofoco podría dormir... (Cynthia, 2013)”.

“Es por la misma enfermedad, porque si se pone bien altísima la presión hay derrames en el ojo, entonces el ojo se empieza a poner rojo, rojo, porque se rompen los vasos capilares, entonces se riega la sangre y se pone bien rojo y duele (César, 2013)”.

Las afecciones renales pueden manifestar diversos síntomas descritos en la tabla 32, llama la atención que se repiten elementos de otras afecciones como el resuello, lo que hace que un síntoma no tenga exclusividad orgánica; destaca la sensación compartida de “que algo falta”, un vacío sentido durante la enfermedad y obedece a la representación de un momento percibido. Durante la etnografía, pude notar que lo que llamaban salpullido (Cynthia) eran lesiones que la clínica biomédica denomina urémides, lesiones que se extienden en el cuerpo de la persona y además cursa con una intensa comezón. En los relatos, se detectaron nuevas expresiones de lenguaje no verbal que complejiza el significado del padecer, siendo el síntoma una percepción que no se puede medir por ser una dimensión subjetiva que rodea al núcleo familiar e inclusive puede extenderse a los curadores al generar empatía con los padecientes.

“El riñón me hace así (abre y cierra su mano) y eso no será algo que está mal. Los riñones son unos gorditos, mi marido es matancero y pues él me ha enseñado como son los riñones. Hay personas que necesitan un cambio de riñón, el riñón se va acabando como un fierro que se oxida. ¡Yo pienso! (Cynthia, 2013)”.

En la afección de los nervios se identificaron múltiples formas de expresar los síntomas y el pie fue la zona corporal más afectada. En las narrativas mencionan que sus pies percibían una alteración térmica (calientes, tienen lumbre, con frío), destaca el dolor de pies el cual lo describieron como piquetazos, como si un alacrán los picara (al inicio dolor agudo y posteriormente sensación de calambres) o como si sus pies se quemaran. El dolor puede ser constante o intermitente, en ocasiones, se localiza y en otras no; esta molestia puede extenderse a otras partes corporales aumentando el desazón y la desesperación de algunas personas. Otras narraciones mencionan que sus pies toman vida

propia al sentirlos enojados, apretados, acalambrados, muertos, dormidos y llega a producir la sensación de que su cuerpo se deshace. Cabe ahondar en estas representaciones vertidas por los actores, ya que en muchas circunstancias al dañarse los nervios periféricos se afecta la propiocepción y la sensopercepción, es decir, se afecta la capacidad de situar a nivel espacial las extremidades (propiocepción) y la capacidad de sentir las partes corporales (sensopercepción). Al modificarse las capacidades corporales de situarse y sentir el mundo, la existencia social se fractura entre estar y no estar (fractura ontológica), es decir, el cuerpo se divide en partes corporales que sitúan y sienten y otras que no; todas estas nuevas percepciones devienen en representaciones que son reorganizadas por quien las padece. Otra representación fue la sensación de “gorgorismos” (sensación de tener espuma) en las rodillas, construcción única que emplea la metáfora como un elemento de representación, imagen insuperable que le permite dotar de significado a su padecer. Algunos informantes manifestaron limitaciones físicas, pérdida de la fuerza o dificultad para caminar por el dolor, otros expresaron una sensación de cansancio extremo. En algunos casos, la forma de organizar la percepción puede ser mediante elementos metafóricos o analógicos, empleados dentro de sus elementos cotidianos de vida, por ejemplo, una sensación de piquete de alacrán como un dolor neuropático o la sensación de tener espuma en las rodillas como una molestia; una analogía que organiza la realidad y le da sentido a su forma de percibir la enfermedad. Una metáfora corporizada, sentida y percibida que estructura una red de conceptos que sirven para comprender las sensaciones corporales. En ocasiones, estas metáforas pueden ser descritas dentro de las narrativas de las personas y, en otras, son sentidas y percibidas, conformando parte de nuestras prácticas o acciones sociales (Lakoff y Johnson 1995: 39).

“Te digo ya borracho doctor, entumido con alcohol, pues como yo creo se me calienta la sangre o los huesos, luego es pura lumbre, pura lumbre doctor, por eso creo que se me calman los dolores de los pies pues, pero ¿De qué sirve? Al rato se te acaba el alcohol y otra vez te da... (Vegano, 2013)”.

“No definitivamente es un problema, me quedaba pensando y preguntaba ¿Pero por qué?, ¿Por qué siento así?, ¿Qué me estará pasando? y mi mente trabajaba pero yo luego les platicaba a mis compañeras, les decía -¿Yo no sé qué me pasa? Toda mi pierna hasta arriba de la rodilla, siento que no la tengo y le pego así y me tallaba con una piedrita, no la sentía yo, sentía que no tenía pierna, pues dicen que es de lo mismo del azúcar (Reinalda, 2014)”.

Las afecciones de los dientes van desde el aflojamiento, desprendimiento y pérdida de los dientes. Ésto moviliza emociones como vergüenza, pena y tristeza; es también una limitante estética e inclusive funcional ya que puede afectarse la alimentación y la habilidad para tocar instrumentos de viento (trombón, saxofón o trompeta). La vergüenza, la pena y la tristeza pueden situarse entre el síntoma y la emoción, ya que la gran mayoría de los síntomas implican extender un espacio emotivo dentro del cuerpo, son también acontecimientos fisiológicos y sobre todo condiciones sociales de existencia. Es imposible analizar sólo una imagen de las representaciones sobre el síntoma, es necesario ver todas para poder realizar lo que denominamos análisis sociocultural. Durante el trabajo de campo la relación íntima entre síntoma y emoción fue tan evidente que ameritaba incluirla dentro de la investigación.

“Pos derechamente dicen que si uno toma, fuma, pierde uno la vista, pierde toda la energía del cuerpo, ya no ve, se te caen los dientes, por eso yo creo que los dientes se me están cayendo, porque me hecho unos alcoholes a veces (Vegano, 2013)”.

“Pues me siento mal, me siento mal, porque pues hasta me da pena platicar con la gente, inclusive a veces gente con quién nos llevamos se burlan de uno, luego a veces así como que chanceando, dicen -¿Qué pasó mi amigo sindi?- Y ya no más porque no lo dicen completamente, ¡Sin dientes!, Y me siento mal, porque es malo donde andamos, en el ambiente, por eso hablo poco, casi nada más estoy serio porque me da pena platicar con la gente y que me vean que ya no tengo dientes (César, 2013)”.

Los actores que padecen o padecieron pie diabético experimentan su enfermedad/padecer de una forma intensa, durante su trayecto mencionaron diversos tipos de dolores como punzadas, piquetes y ardores. Relataron que sus dedos están fríos, morados, maleados y que la zona afectada está seca. Cuando comienzan con datos de infección, refieren la presencia de vejigas, costras en la piel, piel roja o negra, llagas, carne podrida y olor a podrido. Todos estos eventos mueven emociones como miedo a morir o a perder una parte corporal, no pueden controlar los eventos que suceden en una parte de sus cuerpos y existe una gran preocupación por el futuro.

“Le pregunto a Doña Hilvana -¿Desde cuándo tiene el problema del pie?-. Como desde hace un mes. Una voz detrás de una sábana que cumplía la función de pared nos interrumpe, -¡Mamá, como desde hace cinco meses!-. Hace cinco meses comencé con una herida en el dedo gordo del pie, después se me fue

haciendo grande, se me puso roja, me salieron llagas de un día para el otro, me salió pus y me dio fiebre (Diario de Campo, 2013)”.

“Después se me hinchó más, me dio calentura, me agarró fuerte calentura, ¡Y no pos! Ya no podía estar así, cuando me llevaron a la clínica Sofía, y me dijeron- ¡Esto ya tiene infección!- Y pues ya olía mi pie, ya olía feo (Cynthia, 2013)”.

Los afectados con complicaciones de la vista, relataron que tenían modificaciones en la percepción visual, resaltando visión borrosa, manchas, ojos empañados, alteración de la visión de los objetos y la luz, sensación de oscurecimiento de la vista y dificultad para observar. También mencionaron dolor, comezón, ojos lagrimosos, ojos rojos, sensación de tener una tela o arena en los ojos, chinicuil de carne o de pestaña, secreción con pus y finalmente, dejar de existir. Según la biomedicina, la afección de la vista por la diabetes depende de dos tipos clínicos, la retinopatía progresiva y la no progresiva, ambas tienen un riesgo alto para desarrollar ceguera; cuando se afecta la vista o se apaga ésta es difícil para los padecientes salir adelante, es una limitante que los condiciona a depender de las demás personas para realizar algunas actividades.

“Pues una vez que yo vine, había yo ido a comprar con mi papá, cuando ellos llegaron yo ya estaba aquí, entonces me dice -¿Qué crees pues?; y yo le digo- ¿Qué?-, me dice- ¡Como que yo ya no veo bien!- Pues yo de momento no le creí, y que le digo- ¿Cómo?- Y dice -No pues, como que las puertas ya no las veo así como están, yo las veo como que están torcidas (Selena, 2014)”.

“Después perdió la vista por completo, se le infectó un ojo y le tuvieron que sacar un ojo por la infección, la querían operar de la vista pero nos valía 18 mil pesos la cirugía. Al final se le secó su pierna y ya no quiso que le amputaran la pierna y pues se murió (César, 2012)”.

¿Cómo se tratan las complicaciones crónicas?

Los padecientes con enfermedades crónicas que progresan hacia algún tipo de complicación complejizan la forma de entender la enfermedad/padecer/malestar a nivel personal y social. A nivel biológico, órganos y sistemas son afectados a consecuencia de una íntima asociación, esto genera nuevos mercados de atención para atender las complicaciones crónicas por diabetes mellitus. La enfermedad aumenta poco a poco su plusvalía, para el mercado de la atención, cuando se generan las complicaciones; el valor de la enfermedad aumenta de acuerdo con las necesidades sociales, en este caso con

respecto a la necesidad de existir (Foucault, 1968). La subjetividad de los actores (padecer) queda excluida de algunas formas de atención, mientras que en otras la consideran, siendo un elemento terapéutico valioso. Sin embargo, los actores viven constantemente la tensión (consciente o inconsciente) de ser una mercancía dentro de la diversidad de las formas de atención.

Biomedicina

Los padecientes con enfermedad renal crónica consumen, dependiendo de sus recursos, diversos tratamientos biomédicos que resultan de una interacción y una transacción social dentro de la atención biomédica. En un mercado regulado por la producción de una inmensa red de información clínica y terapéutica, las corporaciones de salud (medicina privada y pública) compiten por dominar el mercado de las enfermedades argumentando una mejor eficacia en la atención. Los relatos recogidos por los participantes, demuestran la interacción con los curadores, los cuales ofrecen medicamentos para prevenir complicaciones o tratamientos que sustituyen a los órganos y sistemas corporales. Durante la investigación, se identificaron relatos que demuestran prácticas autoritarias que demuestran una comunicación asimétrica entre el curador y el padeciente, ya que durante la consulta sólo se ordenan acciones terapéuticas. En estos momentos, los afectados exaltaron su voz, cambiaron su tono para imitar a los médicos, y la consecuencia fue aceptar la terapéutica a disgusto o rechazarla. Existe otro tipo de comunicación que fue identificada, donde los curadores tomaron tiempo para argumentar sobre las mejores opciones terapéuticas; en este caso, el tono de voz de los actores es relajada y generalmente aceptan la terapéutica ofertada.

En las personas afectadas que aceptaron la sustitución renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis), se encontró que los tratamientos dependían de la capacidad económica de la familia, así como de la decisión personal de atenderse. Los actores que aceptaron la diálisis peritoneal, iniciaron un tratamiento hospitalario o ambulatorio (en casa); el tratamiento hospitalario consistió inicialmente en colocar un catéter en el abdomen y, posteriormente, acudir al hospital de segundo nivel más cercano (Tetecala) cada 8 a 15 días. En este hospital, les realizaron lavados peritoneales que consiste en administrar bolsas con soluciones que extraen las toxinas corporales y que sustituyen la función renal (exo-riñón). Estos tratamientos no son inofensivos y, en ocasiones, pueden generar complicaciones como infecciones en los sitios donde se introducen los catéteres, además de infecciones de la membrana peritoneal y agotamiento del peritoneo, es decir, cuando ya no se pueden absorber más toxinas. La diálisis ambulatoria se realiza en casa de los padecientes, aunque esto no es frecuente, ya que los afectados tienen que tener condiciones materiales especiales como piso de losa, baño propio y una extensa red de apoyo. Desde la biomedicina, las

diálisis peritoneales deben realizarse preferentemente diario, para no sobrecargar al cuerpo de tóxicos así como retener líquidos, numerosos estudios realizados desde la biomedicina demuestran una ventaja clara de la diálisis continua, sin embargo, ante la situación social de los pobladores se prefiere paliar los síntomas, ya que los padecientes con alteraciones de los riñones no pueden solventar materialmente la terapéutica y las instituciones sanitarias tampoco lo hacen. Durante mi estancia, fue posible rescatar la historia de un actor con diálisis, la esposa de Don César; así mismo, visité a una persona que realizaba diálisis en su casa aunque no presentaba diabetes, por lo que no lo incluí en el estudio.

“Tuvo varias infecciones por más que yo la cuidaba, ellos le llamaban peritonitis, entonces, no sé, los doctores vieron que ya no era compatible pues seguir dializando a mi esposa, según ellos ya no había cavidad, no sé qué forma de cavidad, entonces, entraba el líquido y ya no salía (César, 2014)”.

Otro tratamiento identificado en los relatos y en la observación participante (metodología etnográfica) es la hemodiálisis. Esta práctica terapéutica sólo la reciben los padecientes que pueden pagarla o los que cuentan con seguridad social (menos del 5% de los pobladores). Las personas que realizan hemodiálisis tienen que someterse a prácticas quirúrgicas como colocación de catéteres en venas de grande tamaño (yugular, subclavia), se les practican fístulas arterio-venosas (unión arterias con venas) para tener accesos vasculares y dar inicio a la hemodiálisis. Los padecientes sobrellevan una invasión constante a sus cuerpos, para mantenerse con vida o sentirse mejor. Las prácticas de hemodiálisis se realizan en centros especializados de Cuernavaca, los cuales resultan ser corporativos de atención biomédica privada. Los padecientes interactúan con diversos curadores especialistas (nefrólogos, internistas, cirujanos vasculares y nutriólogos), cada uno de estos curadores brindan una atención con base en los saberes adquiridos durante la práctica de su profesión, fragmentando la corporalidad de los padecientes de acuerdo con la zona afectada. Los afectados con complicaciones renales tienen que desplazarse dos a tres veces por semana y pasar cerca de cinco horas en estos centros de atención para realizar la diálisis. Durante el tratamiento, manifiestan dolor de cabeza o dificultad respiratoria producidos por la súbita disminución de la presión arterial, la cual distinguen con destreza e inclusive sugieren a los curadores se tomen acciones como administrar sueros intravenosos. Al salir de la hemodiálisis, dicen sentir mareos y cansancio físico, sin embargo, también sienten mejoría y relatan que gracias a este procedimiento están con vida. Cada determinado tiempo, se les realiza exámenes de laboratorio para valorar “el control” de la enfermedad renal y, en ocasiones, se les aplican eritropoyetina (factor estimulante de los glóbulos rojos), transfusiones y

soluciones con hierro para mejorar la anemia. También consumen medicamentos como vitaminas y minerales como el calcitriol y el carbonato de calcio. En la investigación identifiqué a dos personas que realizaban hemodiálisis, la esposa de Don César que la practicaba al inicio de su padecer y Don Aldo quien constantemente asiste a hemodiálisis.

“Ya el doctor, me abrió, unió la arteria con la vena, aquí, entonces, dice la doctora ¡Ya está su fístula, nada más que hay que esperar a que madure bien, para poderle hacerle la hemodiálisis, allá por la vena, ya no aquí, cuando madure su fístula eliminamos el catéter de aquí y ya lo vamos a conectar aquí- Y así, hasta la fecha, me están hemodializando y me conectan las agujas, una va así, otra por acá, en cada aguja tiene una manguerita y, en la otra, otra manguerita, entonces, sacan las puntas de la máquina, conectan aquí y empieza a salir la sangre contaminada de los alimentos que comemos y por la otra llega la sangre del filtro, un filtro grande así que llega y sale pero ya la sangre limpiecita, ya limpia y se regresa al organismo, ya cuando salimos de la hemodiálisis, pues me siento muy bien porque todas las toxinas que se nos juntan quedan limpiadas, haga de cuenta como si nos fuéramos a lavar la sangre (Aldo, 2014)”.

El tratamiento empleado para las afecciones nerviosas varían desde analgésicos como el ketorolaco inyectado o tomado, el cual en realidad no es un medicamento para la neuropatía diabética, sin embargo, se detectó su uso en los relatos de los afectados. También se emplean pomadas, cremas y ungüentos (aceite de almendras, isoconazol y elmoderm), los cuales se consumen bajo recomendación de los curadores biomédicos y que tampoco son medicamentos recomendados desde la evidencia científica biomédica; sin embargo, éstos producen un efecto placebo ya que varios de los afectados mencionaron mejoría. Un actor, describió el empleo de suero vitaminado intravenoso para tratar las neuropatías, que resultó muy eficaz para él ya que disminuyó su dolor de forma inmediata. Durante mi estancia, receté gabapentina como médico que funcionó adecuadamente para quitar el dolor, pero después se suspendió el medicamento por efectos adversos.

“Yo quisiera ver que hubiera un doctor que me dijera te voy a cobrar tanto, te voy a dar esta medicina y más o menos te vas a sentir mejor; yo pienso que no hay, porque fui al Centro de Salud, a Tetecala a los particulares, nada más me ponen suero, si me controlo, pero ahora no he ido porque no tengo dinero, pues (Vegano, 2013)”.

“Siento como que estoy muy desvelada pero no, yo casi no me desvelo y por eso digo que está enfermedad es muy fea, ya ahorita no me duele nada doctor, nada, definitivamente nada, lo único que me arden son los pies, la planta de aquí donde empiezan los dedos, ahí donde terminan los huesitos, de ahí me arde mucho, pero el doctor me dio una pomada (elmoderm) (Reinalda, 2013)”.

Las enfermedades de los dientes fueron tratadas con antibióticos (Amoxicilina y Ácido clavulánico), analgésicos para el dolor (ketorolaco y tramadol). Los problemas estéticos genera en los afectados una intensa respuesta emocional (vergüenza y pena) que determina su forma de relacionarse con las personas, por lo que piensan constantemente en comprarse dentaduras para mejorar su estética, para que sean aceptados nuevamente (validación social) por el colectivo y dejen de ser motivo de burla o de crítica, aunque toda atención tiene un costo que muy probablemente no pueden solventar.

“Porque mi esposa, cuando a ella le empezaba a doler los dientes, la llevaba con el dentista, me daban medicamentos, medicina para que ya no le dolieran y como que se medio aflojaban tantito, amarraban con los medicamentos y no se le cayeron los dientes, no se le cayeron, se fue y estaba bien su dentadura y mire yo... (César, 2013)”.

Los afectados con problemas del pie relatan procedimientos quirúrgicos menores como desbridaciones⁷ o mayores como amputación de extremidades, sufren en este momento una separación de su corporalidad, un golpe duro que genera conflicto emocional en los actores y sus familiares. Se les administra antibióticos y sueros intravenosos para tratar la infección y, además, se les realizan curaciones y en algunas ocasiones tienen que ser hospitalizados. Las amputaciones son vistas como una complicación, la cual se transforma en una limitante física que hace a la persona dependiente de sus redes familiares.

“Luego me cortaron mi dedo, y quedo este gordo, así me vine, y me dijeron que estaba infectado en la planta del pie, le abrieron y le rajaron así, y a mi hija le dijeron -Mira, ya está con sangre molida, todo bien desecha ya estaba- Me dijeron que me tenían que cortar el dedo, al otro día domingo me cortaron el dedo, me dijeron -Usted me dice si se lo cortamos de una vez- Pues ya ni modo que me queda, no lo sentí, me lo anestesiaron, me lo cortaron, ya me cortaron tres de una vez... (Cynthia, 2013)”.

⁷ Desbridar se refiere a eliminar o retirar tejidos infectados y muertos, generalmente se realiza para restablecer el tejido sano.

Las personas con complicaciones de la vista emplean tratamientos recomendados por especialistas (oculistas y retinólogos), destacando el empleo de gotas (istazol) eficaces para “blanquear los ojos y poder ver claramente”. Los actores relatan el preámbulo del procedimiento quirúrgico para tratar la retinopatía, donde ingresan a un escrutinio biomédico para que sus cuerpos sean acreditados como aptos para el tratamiento; los procedimientos quirúrgicos oftalmológicos se realizan en centros de atención especializada, los actores narran con detalle el peso del bisturí dibujado en sus ojos y la inflamación generada durante el acto quirúrgico. Posterior al evento quirúrgico, narran las medidas médicas como la inmovilidad, la restricción del uso de su vista para poder recuperarse de la cirugía. Después de seguir las medidas, la incertidumbre de ver o no ver genera ansiedad y angustia, estas emociones se amplían hacia otros elementos de la terapéutica como la eficacia y el fracaso.

“Ya no alcanzaba a ver y me dice el oftalmólogo -Cómo te vamos a operar- Porque uno tiene que tener juicio, me sentaron en una silla, pedían aguja, pedían tijera, me anestesiaron, sentía así yo el ojo bien grandote, bien grueso (Cynthia, 2013)”.

Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias

Para la medicina alternativa, los actores emplean tés de diversos tipos de herbalife, así como hierbas que se consiguen en el mercado de Coatetelco. También se emplean imanes para mejorar los riñones y la totalidad del estado corporal, los usuarios tienen que invertir dos a tres horas de tratamiento y el tiempo de traslado a Tetecala, además del alto costo de este tipo de atención (150 a 300 pesos por sesión). En realidad, los actores consumen un gran número de tratamientos alternativos desde la autoatención, los cuales serán descritos posteriormente.

“Pues le digo que ya los últimos días que ya no escuchaba, ya no comía nada, lo único que le dábamos era el puro tecito, le digo, que le comprábamos de herbalife y le dábamos un jugo del valle o jugo de ensure (Selena hija de Cynthia, 2014)”.

“La llevamos a un curandero que según curaba o cura con las piedritas imanes (Don Pedro, 2014)”.

En la medicina tradicional se realizan limpiezas con huevos de pollas criollas, albahaca, jarilla, cordoncillo, estafiate, piedra lumbre y puros, insumos que tienen

que conseguir los usuarios. La atención convence o no convence a los afectados. En caso de que sea embrujamiento, los curadores tradicionales emplean diversos simbolismos terapéuticos como bolas de cristales para detectar quien está realizando el mal y huevos que exhiben su contenido negro. En algunas ocasiones, los afectados tienen que bendecir la casa con agua del retiro y loción de San Ignacio para limpiarla de malas energías. Los afectados con complicaciones crónicas, en ocasiones, llegan a realizar el ritual de Santo Escapulario para curar sus molestias constantes; este padecimiento cultural también puede curarse dentro del ámbito de la autoatención y de la medicina tradicional, al santo se le lleva mole, chocolate y frutas, se le da gusto para que dejen el cuerpo del afectado.

“Lleve a mi esposa con los hermanos Santello, ¡Pero cómo iba de gente! Estaba la secretaria, había que anotarse, doscientos pesos para la consulta, y que llega el momento que nos hicieron pasar. Que me dice el brujo aquel -¿Qué les pasa?-. No pues aquí mi esposa se encuentra mal. -Ahorita, ahorita- me dice. Que empieza, fue a traer unas hierbas, que le empieza a limpiar y le empezó a rezar, yo no lo entendí nada porque hablaba como en dialecto, la limpió bien y entonces me dijo -¡No!, tú esposa está bien mal, está bien malísima, le dieron en una toma de comida-. -¿Cómo es posible, en comida le dieron? Dice -No, te preocupes, yo te la voy a curar, no más que me traen-. Me dio una lista de cosas que debíamos de juntar para llevar. -¿Y cuánto?- Le digo. -Mira te sale en quince mil pero te la voy a entregar sana, me das la mitad y la mitad cuando ya terminemos el trabajo (Don César, 2013)”.

Autoatención

Esta última categoría, engloba las representaciones y prácticas que realizan los afectados o su núcleo familiar para mejorar. Es importante destacar que la autoatención sintetiza todas las formas de atención en su práctica, es decir, concentra elementos de la medicina tradicional, las medicinas alternativas complementaria y de la biomedicina, así como también emplean saberes populares que se transmiten entre familias. Esta forma de atención utiliza diversas terapias que derivan de la atención a las distintas complicaciones crónicas experimentadas por los actores (tabla 33).

Tabla 33. Tratamiento de las complicaciones crónicas desde la autoatención

Complicación crónica	Tratamiento empleado
Enfermedades cardíacas.	Suero vitaminado oral
Hipertensión arterial	Alpiste y la cáscara de tomate como agua de tiempo
Enfermedad de los riñones	Ungüentos con bicarbonato y manteca, modificación de la alimentación por los afectados (consumo de frutas), empleo de muicle y hierba rasposa para disminuir el edema, té de manzanilla con limón para mejorar el ánimo, cáscara de piña fermentada por ocho días para orinar; cloro para disminuir las molestias causadas en la piel
Enfermedad de los nervios	Colocan bajo agua tibia sus pies para calmar el ardor, consumo de alcohol para tratar de olvidar o aminorar el dolor de los nervios y bálsamo negro untado en las zonas afectadas por el dolor
Pie diabético	Violeta de genciana, cuachalalate, árnica, pega hueso, hierba de golpe, cancerán; se realizan actos como dejar de caminar o no consumir alimentos específicos (frijol, huevo, cerdo) para no seguir lastimando sus pies Tratamiento biomédico: empleo de furacin que contiene nitrofuril para las heridas leves y la prevención de infecciones bacterianas, empleo de penicilina en polvo que se esparce en la herida y cierra las heridas Medicina tradicional: Santo Escapulario
Alteraciones visuales	Jugo de betabel con zanahoria

Fuente: Trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Durante la investigación se recabó una gran cantidad de información con relación a cada una de las alteraciones propuestas por los protagonistas; la creatividad, la innovación y la transmisión de saberes juegan un papel importante para la aplicación de nuevos elementos integrados en este tipo de atención. Este tipo de atención es la que da respuestas ante las enfermedades crónicas y sus complicaciones, ya que se encuentra inmersa en el padecer de los afectados. Así, los afectados y sus familiares integran sus propias tipologías de la enfermedad, intentan explicar desde su propio contexto las causas que sustentan a la diabetes y sus complicaciones y, por lo tanto, proponen bajo su lógica cultural, la terapéutica curativa, paliativa y de control.

“Me habían dicho que para curarse de los riñones, que le hiciera cáscara de piña en una jarra con agua, con tres rebanadas de piña, que las echara yo, y que a los ocho días, así como estaba se la fuera dando de a copitas y me dijeron que es bien bueno eso para curar los riñones y yo se lo hice (Selena, hija de Cynthia 2014)”.

“Pues yo a veces por desesperación de los pies que me duelen tomo, de que ya no puedo caminar, de que ya no sirve uno para nada (Vegano, 2013)”.

En los relatos podemos encontrar elementos que contextualizan a las representaciones compartidas por los actores. En el caso del relato de Selena, se pueden identificar varios elementos como la influencia de los saberes en la autoatención para mejorar las alteraciones de los riñones, en este caso la piña, la cual cumple una función terapéutica con base en una eficacia empírica, que se construye a través del empleo constante de una terapéutica dentro de una red social y, posteriormente, se recomienda. En el caso de Vegano, su estado emocional influyó en la decisión terapéutica de consumir alcohol para escapar del dolor y de la realidad social en la que vive.

“Nada más el día martes me tomó un licuado de betabel con zanahoria y yo siento que eso también me ayuda mucho, porque eso también, ve que el betabel es bien rojo, rojo, también eso me ayuda y la zanahoria, a veces mejor me la como yo a mordidas (Reinalda, 2013)”.

“No, si le echaba yo violeta de genciana se molestaba (el médico), se refiere a que no lo ves si se pone mal, se pone rojo, el cuachalalate también me lo echaba porque queda pintado el pie... (Cynthia, 2013)”.

En los relatos arriba descritos, se ejemplifican los tratamientos para fortalecer la vista durante el paso de la diabetes y el empleo de plantas medicinales para tratar una infección (pie diabético). En el relato de Reinalda se encuentran los siguientes elementos, la eficacia con relación a la coloración de los alimentos y la representación que detenta la zanahoria para prevenir o mejorar la vista en las complicaciones crónicas. Finalmente, en el relato que nos compartió Cynthia se demuestran elementos de interacción con la biomedicina, al narrar que el médico puede molestarse cuando emplea violeta de genciana y comparte con Reinalda la eficacia de hierbas que pintan el pie para la cura del pie diabético.

La construcción de la enfermedad/padecer/malestar se gesta en una interacción compleja, desde el acto perceptivo donde el cuerpo interpreta y condensa la información de un momento histórico, lo cual nos suscribe dentro de una realidad con sentido, que da orden y coherencia a las representaciones formadas por los actores. Ser, imaginar y actuar resumen la unión de la experiencia de la enfermedad y los saberes, los cuales edifican los MEs con respecto a códigos culturales establecidos, forman parte del tiempo cultural y de las dimensiones subjetivas, intersubjetivas y transubjetivas complejizando la forma de entender las relaciones sociales. Durante las narrativas de los actores, se pudo identificar como la subjetividad de éstos fue separada de la enfermedad por la biomedicina, al ser valorada como una mercancía. La reinserción de la

subjetividad a la enfermedad conforma “al padecer”, extendiendo las múltiples dimensiones de la existencia individual a la dimensión social (malestar).

La experiencia y el lenguaje son vehículos esenciales para categorizar el mundo que nos rodea, así podemos comunicarnos y relacionarnos. Destaca que dentro de los MEs explorados, los actores compartieron tipologías ontológicas de acuerdo con sus experiencias y construcciones éticas y morales (buenas y malas), las cuales entran en conflicto con la moralidad de los curadores. También se puede ver una tensión y articulación constante entre saberes populares y biomédicos, hegemónicos y subalternos, conformando múltiples significados a la enfermedad, al padecer y al malestar. Esta construcción de los MEs ofrece un panorama muy general para entender la inserción de una enfermedad reconocida por la biomedicina a una cultura mesoamericana/occidental fragmentada, que ha modificado sustancialmente su cosmovisión y su forma de entender el mundo. Esta tensión, aún existente, puede ser evidenciada en los relatos de los afectados y en la interacción con la biomedicina, la medicina tradicional, las medicinas alternativas complementarias y la autoatención.

CAPÍTULO VI: el imperio de los saberes aparentes

Este capítulo describe como es la construcción de los saberes sobre la diabetes desde la mirada de los curadores, actores que forman parte de los sistemas culturales y sociales de atención del proceso salud/enfermedad/atención. La distinción entre sistemas obedece a la conformación de diferentes MEs que emplean todas las formas de atención y, también, de la respuesta que el Estado brinda en la atención biomédica pública y en la privada (hegemónicas), así como en las que se encuentran fuera de la regulación jurídica del Estado como la medicina alternativa complementaria, la medicina tradicional y la autoatención (subalternas). Todas estas formas de atención sean legítimas o no, se encuentran en práctica constante en Coatetelco y en el país. En algunos lugares, se emplean recursos terapéuticos de acuerdo con la accesibilidad que disponen los pobladores de las localidades, con base en sus creencias y su cultura. Los curadores relatan sus representaciones técnicas y socioculturales, lo que me permitió realizar un análisis con el fin de descifrar el significado escondido detrás de sus máscaras; trabajo arduo para mi persona en el papel de investigador y curador. Con este sesgo, fue como se realizaron las entrevistas donde me compartieron parte de sus saberes y cómo fluyen e influyen éstos en la experiencia de la enfermedad de los afectados. De forma breve, se describe una reseña sobre los curadores; cabe mencionar que no se profundiza sobre sus vidas, sin embargo, fue importante describir a estos personajes para entender sus narrativas, sus representaciones, así como la construcción de sus MEs.

Rómulo, el hierbero, es un hombre de 73 años de edad originario del Estado de México y, actualmente, vive allí. Su padre fue curandero y se dedicaba a curar malos aires y embrujamiento, su madre fue una “matrona” renombrada que llegó a atender a más de mil familias. Rómulo nunca ejerció la profesión de curandero, trabajaba como comerciante y campesino, recientemente (6 años) comenzó a interesarse por curar. Desde pequeño sus padres le enseñaron las propiedades de algunas hierbas; él no se considera un curandero (médico tradicional), se considera hierbero y sólo emplea plantas para curar. Rómulo acude al mercado de Coatetelco los lunes y los jueves donde extiende su puesto de plantas medicinales, durante su día de trabajo los pobladores lo consultan o simplemente le compran hierbas.

Herlinda tiene 49 años de edad y es originaria de Coatetelco. Es curandera, tiene un restaurante a la orilla del lago donde trabaja como comerciante y tiene un pequeño altar al lado de la cocina que emplea para sus actividades de curandera. La madre de Herlinda fue curandera, con quien aprendió el oficio desde pequeña. Herlinda es una líder comunitaria y la toman en cuenta para decisiones del comité de salud, donde participa activamente. Es reconocida por ser buena curandera,

por lo que tiene constantemente consultas. Las principales afectaciones que atiende son el mal de ojo, mal aire, espanto, empacho, caída de mollera y recientemente diabetes mellitus.

Cuauhtémoc, médico particular de 65 años de edad originario de Coatetelco, tiene una familia cuya mayoría de sus miembros son profesionistas. Por esta razón, él y su familia se encuentran en una posición privilegiada frente a una población donde predomina el analfabetismo. Cuauhtémoc fue uno de los primeros médicos en llegar a esta localidad, estudió medicina en el Estado de México y después de su servicio social, decidió vivir nuevamente en su pueblo y montar un consultorio privado. Fue el tercer médico privado que comenzó a realizar labores en Coatetelco, tiene una farmacia al lado de su consultorio, imparte consulta de lunes a sábado y los domingos sólo atiende urgencias.

Jerían tiene 45 años de edad y es originaria de Mazatepec, municipio colindante con Coatetelco y comparten la misma laguna. Actualmente, trabaja como jefa de enfermería en el Centro de Salud de Coatetelco. Hace aproximadamente 9 años decidió trabajar en esta localidad porque le ofrecieron ascender de puesto. Jerían conoce bien el pueblo y sus familias y fue la persona que más colaboró en esta investigación, por parte del Centro de Salud.

Leonel de 40 años de edad es originario de Cuernavaca, Morelos. Estudió medicina en Morelos y la especialidad de medicina interna en el ISSSTE. Actualmente, labora como médico especialista en el Hospital General de Tetecala por las mañanas y en el ISSSTE por las tardes. Recibe constantemente a pobladores de Coatetelco, ya que el Hospital General de Tetecala es el más cercano a esta comunidad. Leonel radica en Puente de Ixtla, se desplaza todos los días a su trabajo entrando a las siete de la mañana y saliendo a las tres de la tarde, posteriormente se desplaza a Cuernavaca para seguir con su jornada laboral.

Ramón es originario de Jalisco, Guadalajara. Decidió estudiar medicina en la Universidad Autónoma de Morelos. Fue pasante del servicio social en el Centro de Salud de Coatetelco, en el período de 2012 a 2013. Vivió un momento angustiante en Coatetelco, al sustituir a la pasante que sufrió una violación sexual. Su interés es terminar el servicio social, estudiar la especialidad en anestesiología y, posteriormente, regresar a su estado natal para ejercer la profesión. Su jornada como médico pasante iniciaba a las siete de la mañana y terminaba a las cuatro de la tarde.

¿Cuál es la causa de la diabetes mellitus?

Las representaciones biomédicas de la enfermedad no son exclusivas de los curadores biomédicos, así como las representaciones de la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias no son exclusivas de los curadores tradicionales y alternativos. Existe una constante migración y apropiación de saberes de una forma de atención a otra, inclusive existen saberes que sintetizan representaciones biomédicas y populares. Durante la etnografía, fue posible distinguir dos tipologías de las causas de enfermedad, expresados en las representaciones de origen biomédico y de origen popular. Entre las biomédicas sobresalen la falta de diagnóstico, la obesidad, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el estrés y la genética. Estos elementos resultan ser interesantes para el análisis de esta investigación. El diagnóstico, representa una herramienta teórico-metodológica (fisiopatología o etnoconstrucción, métodos de indagación corporal, técnicas de detección o adivinación) para confirmar el paso de la enfermedad por el cuerpo, es el resultado histórico de la construcción del lenguaje médico; la falta de diagnóstico demuestra que existen vacíos de atención, sea por falta de recursos técnicos o humanos. La obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada resultan ser elementos básicos que la biomedicina retoma como causales de la enfermedad. Finalmente, la genética es vista como un elemento determinista del cual es imposible escapar.

“¡No!, la diabetes, la diabetes más que nada ya viene hereditario; ¿Por qué?, porque cuando éramos pequeños yo recuerdo que un susto, o algo que nos pasaba, nos caíamos de una altura peligrosa, nos privábamos, nos volvían con alcohol y luego, nos daban un puño de azúcar y un pedazo de telera, que ahora nosotros mismos, bueno al menos yo, que soy una de las personas que analiza y digo bueno ¿Por qué nos daban eso? (Herlinda, la curandera, 2013)”.

“Yo creo que los hábitos higiénicos, alimenticios, de ahí parte todo, de la mala alimentación, de sus hábitos, adicciones, alcoholismo, ¿Por qué genética? A la mejor podría ser un factor, pero realmente, yo siento que son los hábitos alimenticios (Jerian, la enfermera, 2013)”.

Las causas populares compartidas por los curadores (biomédicos y tradicionales principalmente) son variadas. Durante la investigación se clasificaron según el sentido de la narrativa, considerando a la diabetes causada por emociones como “depresión, autoestima baja, por una “reacción al susto o al coraje”, “por impresión” y “por impotencia”. Otras categorías relacionadas fueron las causas sociales como “la falta de cultura” y “la ignorancia de las personas afectadas”, las cuales algunos curadores entienden como falta en el nivel educativo, malos hábitos y el empleo de recursos terapéuticos que no son los

biomédicos y que demuestran una franca asimetría en la concepción biomédica al tratar de entender como impacta la enfermedad en las personas afectadas.

Dentro de las enfermedades reconocidas por la medicina tradicional se logró identificar al coraje, al susto, al espanto, la brujería y la impresión, los cuales originan una diabetes por calor disminuyendo la potencia de la sangre sobre todo cuando uno toma agua. También se identificó a la diabetes por cólico o frío, la cual genera una disminución en la calidad de la sangre desarrollando diabetes, así como a la diabetes por exceso en el consumo de grasa, por no comer, por tomar refrescos y alcohol, por abusar del sexo y, finalmente, existen otras causas mencionadas como “la extrema pobreza, privación en la infancia y debilidad de la sangre”, las cuales sorprenden por ser elementos que retoman aspectos biológicos, sociales y culturales relatados por la medicina tradicional. Esto demuestra que los médicos tradicionales tienen una relación distinta con los actores afectados, al contextualizar e integrar elementos socioculturales.

“Es una epidemia actual, falta de diagnóstico, pues es ignorancia de la gente, que no sabe, la obesidad, los malos hábitos dietéticos, el sedentarismo, aquí la gente es campesina, no llevan dietas, no hacen ejercicio, son una población, como te platico, pues con mucho analfabetismo. También no tenemos recursos y obviamente por genética, hay muchos que ni siquiera están diagnosticados, bueno aquí llega el infartado con falla renal, con complicaciones y nunca se les detectó, y eso es porque falta educación, lo que es la ignorancia (Leonel, médico internista, 2013)”.

“La enfermedad diabética casi todo el tiempo se desarrolla de la debilidad de la sangre, por abuso sexual, por abuso de no comer, por abuso de dinero, por abuso de diferentes formas (Rómulo, el hierbero, 2013)”.

¿Qué tipos de diabetes hay?

Los curadores biomédicos identificaron a la diabetes mellitus tipo1, tipo 2, otros tipos de diabetes y diabetes gestacional (clasificación surgida de la biomedicina). El hierbero, identificó a las diabetes asociadas a enfermedades derivadas de la medicina tradicional como coraje, susto, gusto o de abuso (sexo, alcohol, alimentación), de impresiones, de cólico, caliente o fría. También mencionó una clasificación con respecto a la gravedad de la diabetes, las que agravan más y las que agravan menos, esta última depende de la calidad del organismo y de la sangre que tenga uno. Para la curandera, existen tres tipologías la primera es la que seca a uno, la segunda es cuando aumenta la frecuencia de la orina y la tercera es cuando la diabetes se puede “controlar”.

“Esos son los tres tipos de diabetes que te da, la número uno es la que por completo te va secando, la segunda tiene muchos síntomas de hacer pipi, pero muy poco y muy frecuente, la tercera es que solamente lleves tus cuidados tanto como de coca, de azúcar y grasas, eso es para que la diabetes no te deteriore tan rápido (Herlinda, 2013)”.

“La diabetes de cólico como le dije antes, es porque hay gentes que cuando padecen los cólicos dejan de comer, cada vez que comen les duele el estómago, después toman pura agua, entonces, la sangre se rebaja de calidad y se desarrolla la enfermedad de la diabetes (Rómulo, 2013)”.

¿Qué tan común es la diabetes mellitus?

Los curadores biomédicos relatan que la enfermedad es muy frecuente, algunos afirman que llega a presentarse entre el 10 a 60% de la población de Coatetelco. Este rango tan amplio, se debe a que los actores mencionaron porcentajes distintos, lo que resalta que no hay un conocimiento real sobre la frecuencia de la diabetes en la localidad. Mientras que los afectados retoman la información de su experiencia, los curadores presentan la información desde su espacio de atención y, en ocasiones, filtran parte de su experiencia. Los curadores biomédicos estiman que existen tres nuevos diagnósticos de esta enfermedad por semana y que en el Centro de Salud, 20 de cada 28 consultas, son por diabetes. Estos datos no están registrados a nivel oficial, son estimaciones que nos compartieron los curadores. Un elemento interesante emergido de estos datos, fue el hecho de que los relatos se mencionaron de forma numérica y estadística, es decir, la medicina biomédica emplea un pensamiento que *computa* las enfermedades atendidas y no a la persona (Foucault, 1968). El hierbero atiende a tres clientes diariamente por diabetes, otros curadores sólo hicieron mención a que era una enfermedad muy frecuente.

“Nosotros en el tarjetero de control tenemos como 400 pacientes, sin contar los que no están controlándose, o sea, que se controlan por medio particular o que se controlan en un momento dado en los hospitales, porque tenemos personas que no vienen para acá pero que están cada seis meses con el internista y que ellos son en un momento dado quienes indican la insulina o los cambios de dosis de insulina y ellos vienen nada mas aquí para su pura aplicación de la inyección, se les dota la insulina, pero con la receta del internista (Jerian, 2013).”

¿A quién afecta la diabetes mellitus?

Los curadores biomédicos relataron que la población adulta y los viejos son los más afectados, algunos mencionaron el rango de edad (20 a 80 años), no se identificó una distribución por sexo, aunque los curadores refirieron que las mujeres se detectan y controlan más debido a que asisten al Centro de Salud. Al contrario, los hombres no acuden a la detección oportuna y al control de la enfermedad. Los campesinos fueron identificados como un grupo social que comúnmente presenta diabetes mellitus y que está en constante descontrol. Existe la representación de que en temporada de frutas, la enfermedad presenta mayor descontrol. El hierbero describió que la gente mayor y las mujeres son las personas que más presentan la enfermedad de y que los hombres padecen más diabetes por alcohol.

“Pues yo creo que más que nada nos hemos dado cuenta que la mujeres han sido afectadas por que son ellas las primeras que se acercan a la unidad, a lo mejor no es así, pero por ejemplo los señores que ya tienen la enfermedad son renuentes y dicen - ¡Hay no! Tengo que ir al Centro de Salud, que tal si me dicen que ya me voy a morir-, primero que nada hay ese mito, como que prevalece esa idea (Jerian, 2013)”.

“Yo creo que es ambos sexos, no he hecho una estadística pero yo creo que es 50 y 50, y de los 40 a los 80 años, está la población más grande. Gente joven es muy poca y generalmente son tipo uno, pero yo creo que no es ni un 10% de la población total, son pocos, realmente hasta los conozco, son muy pocos, la gente menor de 40 años (Leonel, 2013)”.

¿Cómo se previene?

Esta subcategoría condensa las representaciones de la prevención que tienen algunos de los curadores en Coatetelco; los curadores biomédicos piensan que la prevención es un acto moral de comportamiento, estos actos se proyectan hacia la alimentación buena o adecuada (consumo de frutas, verduras y carnes blancas), evitan la alimentación dañina (comida chatarra y refrescos) y disminuyen el consumo de alcohol. El único momento y espacio que tienen los curadores para reproducir estas representaciones es durante la atención, es ahí donde “hacen entender”, “convencen” y “moldean” a los padecientes. La mayoría de los curadores biomédicos reconocieron que no se realizan campañas de prevención, mencionaron que anteriormente estas se realizaban junto con ferias de la salud, sin embargo, últimamente no se han realizado. También relataron que no se puede realizar una prevención adecuada por falta de recursos humanos, de

capacitación, de actualización y porque no hay grupos de autoayuda o GAM.⁸ No se trabaja y no se previenen las enfermedades metabólicas en su conjunto (las cuales incluyen obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico y diabetes mellitus). La prevención es tan sólo una representación ideal para los curadores biomédicos, en realidad, la diabetes mellitus no se previene en ningún sentido. El hierbero menciona que para prevenir la diabetes se puede emplear una diversidad de plantas, sea como té o agua de tiempo, cita a la gobernadora, la damiana y el palo azul. La curandera mencionó que un método eficaz para prevenir la diabetes es tomar la hiel de toro fresca, ya que al parecer la hiel contrarresta el efecto en la sangre de la diabetes, desplaza la sangre mala por una nueva, también emplea la carne de víbora de cascabel, así como no tomar agua cuando presentan un susto y, de ser posible, consumir un vino o destilado cuando suceda esto.

“Viendo los pacientes de hospital y consulta, aquí es donde hago la labor, me tardo, pero trato de educar a la gente o explicarle, pero campañas de prevención no se hacen, te digo yo he querido hacer eso, porque prevenir y educar no existe, ni nadie ha hecho campañas aquí, ningún municipio se ha interesado, hay que buscar algún método para prevenir o promocionar la atención de la diabetes, pero yo solito desde aquí es difícil, porque es mucho el trabajo (Leonel, 2013)”.

“Bueno en mi caso, para prevenir la diabetes es muy recomendable tomar la hiel de toro, saliendo de la res que están matando los matanceros, sacar el buche, es un buche grande, como de un litro y medio o de dos litros. Entonces ¿Qué es lo que hace la persona?, agarrar un vaso de medio litro llenarlo de hiel y tomárselo, es cien por ciento comprobado, ¿Por qué? Porque eso me ha pasado a mí, yo he tenido muchos problemas graves (Herlinda, 2013)”.

Todos estos elementos demuestran cómo se reproducen los saberes en torno a la diabetes mellitus. El acto de consulta o de atención representa el momento de transmisión de las representaciones; existe también información que no necesariamente deviene del saber científico, sino que la experiencia del curador y la constante reconfiguración de su realidad como persona y como profesional filtran representaciones morales sobre la conducta de los afectados; realizan un juicio de las conductas y toman una postura hacia los comportamientos que consideran inadecuados. Por otro lado, existen representaciones que comparten tanto los afectados y los curadores, como no tomar agua en una diabetes por susto y tomar alcohol cuando suceda esto. Una representación

³Los Grupos de Ayuda Mutua es una estrategia del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, esta estrategia busca la adopción de “estilos de vida” saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del actor afectado como parte fundamental e indispensable del tratamiento. La organización de estos grupos nace de una conceptualización de organización de los pacientes, la cual queda bajo “supervisión” de los servicios de salud, el objetivo es lograr que los participantes reciban capacitación para el control de su enfermedad (Lara, 2004).

innovadora es el hecho de consumir hierbas medicinales para la prevención o extractos animales como la hiel de toro que pueden llegar a prevenir e inclusive curar a la diabetes mellitus, elementos que no son considerados por la biomedicina y que no son sólo simples representaciones sino prácticas establecidas por parte de la medicina tradicional, prácticas que supuestamente ofrecen la cura de una enfermedad crónica biomédica.

¿Cómo se desenvuelve la enfermedad?

Desde la visión de los curadores biomédicos, los jóvenes afectados tienen una mejor respuesta a la enfermedad que los adultos mayores. Mencionan que con frecuencia los afectados no prestan atención al diagnóstico ofrecido por la biomedicina, no aceptan la enfermedad y, por lo tanto, no se atienden o no se apegan al tratamiento. Los curadores biomédicos llegan a culpar a las nociones explicativas populares y a otras formas de atención (medicinas alternativas complementarias y autoatención) por el deterioro de sus pacientes. Afirman que una vez diagnosticada una complicación crónica no hay forma de tratarla o revertirla, por lo que a las personas que cursan una complicación crónica las consideran con mal pronóstico. Para el hierbero, el deterioro del padeciente depende de la calidad de su sangre, que a su vez depende de un componente denominado por el “iminización”, un concepto único que no tiene explicación en otros curadores, si la sangre está “iminizada”, la sangre y el cuerpo tendrán calidad y el padeciente responderá adecuadamente a la enfermedad, si no está “iminizada” no existe una calidad corporal adecuada y en este caso desarrollará una diabetes que afecta rápidamente al cuerpo. Para la curandera la evolución depende del carácter de la persona, si esta hace corajes, si es miedosa o enojona, si su estado emocional es adverso, la enfermedad progresará dentro de su cuerpo; así, la medicina tradicional nos demuestra como se ve al sujeto de una forma integral y global (Menéndez, 1994).

“Te digo es difícil la gente aquí o muy ignorante, no acepta la enfermedad, aunque sabe, no la acepta, todavía hay mucha ignorancia y poca aceptación y sí llegan descompensadísimos, o sea, realmente, lo padre de aquí es que luego ves la historia natural de la enfermedad, muy pero muy avanzada, ya con complicaciones porque la gente no acepta, y ya cuando aceptan pues hay que irlos convenciendo, pero sí se ve aquí, lo bueno es que no ven tanto médicos, pues realmente te llegan así (Leonel, 2013)”.

“Llega un momento de que la persona es de carácter fuerte, sus cambios son muy bruscos, todo le molesta, todo le da coraje, todo le da flojera y, entonces, ya empieza uno con esos problemas, esos son los síntomas en unas personas y en otras es como le digo, aflojamiento de dientes, la vista cansada, borrosa o de que se

le está yendo por completo la vista o ese cansancio, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, es insoportable, son problemas ya un poco de diabetes o son principios de diabetes (Herlinda, 2013)”.

Representaciones de los curadores respecto de la sintomatología

Los curadores comparten en esta investigación saberes construidos socialmente, que constituyen una parte de la historia de las diversas formas de atención. Todas las formas de atención hacen una síntesis, algunas no tan extensa como la autoatención, sin embargo, lo hacen dentro de su propia práctica. Al ahondar dentro de las representaciones de los curadores, se pueden detectar diversas representaciones como las que se detallan en la tabla 34.

Tabla 34. Datos clínicos reconocidos por los curadores de las diferentes formas de atención

Formas de atención	Síntomas
Biomedicina	Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, astenia, adinamia, somnolencia, cansancio
El hierbero	No cicatrizan las heridas, se ponen nerviosos, se enojan, les duele el cerebro, les da insomnio, los oídos se agitan, la respiración se agita, sed intensa, depresiones del cuerpo, hambre intensa, comen y no se llenan
Curandera	Sueño, cansancio, falla la vista, afloja los dientes, aumenta la frecuencia para orinar pero con poco volumen, el color de las personas es amarillo o transparente, tienen olor a leche cortada, retienen líquidos y manifiestan una sensación de tener algo insoportable en el cuerpo

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

De acuerdo con la sintomatología, se puede notar que los curadores biomédicos describen las manifestaciones clásicas de la diabetes mellitus, así como la noción de que muchas personas no manifiestan ninguna molestia. El hierbero, relata que al inicio de la diabetes los padecientes comienzan con problemas de cicatrización de heridas y describe elementos emocionales que caracterizan a una persona con diabetes. Las representaciones del hierbero tienen ciertas similitudes con la biomedicina aunque con leves diferencias semánticas, los elementos que éste toma en cuenta están insertos dentro de la subjetividad de los afectados. La curandera comparte al igual que la biomedicina algunas similitudes en las manifestaciones clínicas, sin embargo, tiene sus propios elementos de validación sobre los síntomas. Los relatos expresan que la diabetes produce diversas alteraciones que involucran el estado de ánimo de los afectados, relatan su color, su olor, las características de su orina y, finalmente, emplean

elementos de la experiencia de los afectados, es decir, percepciones únicas compartidas por los padecientes que involucran todo el peso de su existencia.

“Hay gente que los oídos y la respiración se les agita mucho, se les complica con desesperación, el corazón se agita y con eso se sienten más mal. Las heridas todo el tiempo no se sanan rápido, tienen que soportar tanto la herida como la enfermedad de la diabetes (Rómulo, 2013)”.

“Es que estoy cansado, de hecho no era tanto que vinieran por cansancio, ellos venían con la noción de que las vitaminas que les dan aquí, les iban a dar energía, les iba a quitar la astenia y la adinamia, entonces cuando yo empiezo a estudiarlos y los diagnostico con diabetes, ellos empiezan con sus tratamientos y hasta tiene más energía. Les digo que no es cuestión de vitaminas, venían por vitaminas porque se sentían cansados y por eso les limitaba el trabajo; ya al momento de hacerles bien el estudio y haciéndole una anamnesis, sale el diagnóstico de diabetes sintomática, entonces venían y decían -Es que me canso y ya no puedo trabajar, tengo sueño todo el día- (Ramón, pasante del servicio social, 2013)”.

¿Cómo se detecta la diabetes mellitus?

Se puede decir que los curadores emplean el lenguaje clínico para dar un significado, para tratar de objetivar la subjetividad expresada por el padeciente y tomar en cuenta la indagación corporal de éste. A partir de la relación entre dos experiencias (padeciente-curador) se distribuye toda una red de significados validados socialmente (Foucault 1966), así se toma en cuenta los signos corporales, en el momento en que el significado puede medirse, pesarse, palpase, compararse u objetivarse. El diagnóstico o detección es el acto de objetivación realizado por los curadores, donde entran en juego técnicas de semiología corporal y, en algunas formas de atención, índices de medición corporal (glucosa sérica, hemoglobina glucosilada), técnicas de adivinación y de interpretación de un lenguaje.

La clínica no es suficiente para realizar el diagnóstico de diabetes mellitus por parte de la atención biomédica, por lo que ésta se apoya en análisis de laboratorios como hemoglobina glucosilada, glucosa sérica y capilar. Para detectar un caso de sospecha, la biomedicina emplea la glucometría capilar y se apoya en lineamientos internacionales y normas oficiales, tanto para realizar el diagnóstico como para controlar la enfermedad. Las cifras varían de acuerdo con el curador,

un diagnóstico se considera con una glucometría capilar “por arriba de 240 mg/dl”, en un caso de sospecha la persona afectada presenta en la sangre capilar “por arriba de 240 mg/dl en ayunas o menor de 200 mg/dl después de las comidas”, si esto sucede se envía con médicos especialistas para realizar una glucosa sérica. Las cifras de control se consideran entre valores séricos de 70 a 120 mg/dl y la hemoglobina glucosilada por debajo de 7. Las medicinas alternativas complementarias y la medicina tradicional encuentran otra forma de validar sus detecciones, el hierbero relata que le da más importancia a la sintomatología y a los signos, como una cicatrización prolongada en un padeciente. La curandera mencionó que se puede realizar el diagnóstico por el color y el olor de las personas y también mediante la medición de glucosa en la sangre (sin especificar cifras), por lo que se puede ver que cada una de las formas de atención tienen sus propias nociones sobre la enfermedad.

“Tomando criterios de la ADA, obviamente si tiene más de 200 inclusive en glucemia capilar ya lo consideraría diabético, pero si yo lo encuentro con glucemia desde 140 en ayuno, mando hacer pruebas de laboratorio van a ser química, EGO y hemoglobina glucosilada, para ver como esta (Ramón, 2014)”.

“El color de las personas, el olor de su cuerpo, cambia el olor del cuerpo de la persona, cuando ya empieza con problemas de diabetes. Es un olor raro, haga de cuenta que es como una leche cortada, una leche cortada con huevo batido, ese es el olor de las personas y el color, el color cambia, cambia por completo. Físicamente, en todo el cuerpo cambia el olor de las personas, el olor ya es desagradable (Herlinda, 2013)”.

¿Cómo se trata la diabetes mellitus?

Esta es una de las subcategorías más extensas y ricas del estudio, donde las diversas formas de atención relatan, con detalle, cuáles son las terapéuticas específicas para la diabetes. Llama la atención que la curandera y el hierbero compartieron en el estudio, una gran cantidad de información. El hierbero, ofrece múltiples terapéuticas de acuerdo con su forma de entender y atender la enfermedad (MEs), como se menciona en la tabla 35.

Tabla 35. Tratamientos para la diabetes mellitus empleados por el hierbero

Tipo de diabetes	Terapéutica
Diabetes de susto	Se debe curar el susto con un curandero y se puede dar hierbas frescas como la damiana y la gobernadora, o también epazote de zorrillo y azahares
Diabetes por susto con aire	Se debe curar el susto por aire y se le da romero con ruda y albahaca
Diabetes por coraje	Se da palo de víbora, palo sagrado, canelilla y palo azul porque son frescos
Diabetes por gusto	Se le da azares, flor de corazón, flor de tila, flor de manila
Diabetes por alcohol	Se cura con hierbas amargas y hierbas que normalicen su sangre como el muicle, también se emplea el palo quesero
Inicio de la diabetes	Se le da tratamiento con guayacán
Control de la diabetes	Se da palo de víbora y hierba de sapo, la hoja tronadora (la corteza y las hojas), así como el huamúchil amargo
Diabetes caliente	Se dan cosas frescas como la damiana y la gobernadora
Diabetes por frío	Orégano, boldo, pericón, semilla del zopilote
Diabetes fuerte	Palo quesero sólo, quina amarilla la cual puede combinarse con el guamúchil amargo
Cura de la diabetes	Diente de león

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Para el hierbero la diabetes es una enfermedad que tiene múltiples causas, identifica un gran número de tipos de diabetes y, cada tipología, recibe una terapéutica distinta. Destaca, la asociación entre enfermedades derivadas de la medicina tradicional y hierbas medicinales, así como la apropiación de conceptos biomédicos como el control y la asociación con hierbas medicinales. La narrativa de Don Rómulo relata el tratamiento con una hierba medicinal y la transmisión de saberes, lo que permite pensar que todas las formas de atención emplean a la síntesis para ofertar nuevos tratamientos.

“Igualmente la tronadora, la tronadora tiene dos usos. Hay gente que le sirve la madera o la corteza y gente que le sirve nada mas las hojas, esa yo no sé cual sea su calidad, si sea fría, fresca o caliente, pero es diferente su uso porque yo le digo que hay una por allá por el rumbo donde vivo en el Estado de México, una señora se estuvo tomando lo que es la madera y no le hizo bien, entonces, alguien le recomendó las hojas y se tomó las hojas y con eso bajó bien rápido el azúcar (Rómulo, 2013)”.

La curandera tiene también múltiples opciones terapéuticas, llama la atención que puede atender las enfermedades derivadas de la medicina tradicional asociadas a la diabetes mellitus como el susto, maldad o

embruajamiento, el mal aire o el coraje, para esto realiza medidas técnicas como limpias y rezos especiales para cada uno de los padecimientos. Para que el afectado realmente sienta alivio o cura, debe creer en el tratamiento ofrecido por el médico tradicional; la fe es vista como la esencia de la terapéutica, esencia en la que tienen que creer curador y padeciente. Existe también un gran número de hierbas medicinales empleadas por la curadora tradicional, cuyo uso depende del tipo de diabetes y de la persona (tabla 36). Finalmente, la diabetes es reconocida como una enfermedad de respeto, la curandera comentó que daba tratamiento pero, al mismo tiempo, enviaba a los afectados con el médico privado o al Centro de Salud, estableciendo para los padecientes una red de atención entre sistemas culturales distintos.

Tabla 36. Tratamientos para la diabetes mellitus empleados por la curandera

Tipo de diabetes	Tratamiento
Diabetes de reciente inicio	Se puede curar completamente con hiel de toro recién extraída, tomado de 9 a 40 días; con carne de víbora cascabel una sola vez y orina de bebe diariamente en ayunas por seis meses
Control de la enfermedad	Injerto de huizache, coatecomate, árnica, cola de caballo, pelo de elote, palo de Brasil, hierba de becerro
Combinación de hierbas para el control de la enfermedad	El injerto de huizache, semillas de cuahulote, el palo de las tres costillas y el palo Brasil pueden combinarse para controlar la diabetes

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

“Pues si son muchas hierbas y se combinan entre ellas que vienen siendo el cuachalalate, el injerto de huizache, el cuatecomate, la árnica, la cola de caballo, el pelo de elote y las semillas de cuahulote, el palo de Brasil, que es muy conocido como el palo de la india o el palo hindú. Unas se remojan, otras se hierven y se combinan, son preparados que se les dan como agua de tiempo y esos se les dan a personas que están cien por ciento diagnosticadas con diabetes hereditaria (Herlinda, 2013)”.

La biomedicina emplea terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. El control resulta ser una de las construcciones sociales más importantes en la atención de las enfermedades crónicas y forma parte de la validación social de esta forma de atención. Para los curadores biomédicos en Coatetelco, el control representa una obediencia irrestricta a las órdenes médicas, al empleo de índices o mediciones corporales (hemoglobina glucosilada, glucometría capilar, etcétera) en conjunto con medicamentos para restablecer la normalidad corporal, mantener en equilibrio el cuerpo mediante parámetros fisiológicos estandarizados para prevenir las complicaciones crónicas. Representa también, mejorar las

condiciones clínicas, educar a los pacientes, gestionar el autocuidado, convencer a los afectados para que consuman los medicamentos o modifiquen su alimentación. Los medicamentos empleados por los curadores en Coatetelco son metformina (biguanida), glibenclamida (sulfonilurea) y acarbosa (inhibidor de la alfa-glucosidasa) denominados comúnmente como hipoglucemiantes orales. Estos medicamentos son los más usados por los curadores biomédicos, seguidos de la insulina intermedia, glargina y lispro/lisproprotamina que forman parte del tratamiento de control de la diabetes mellitus, los cuales según las normas clínicas tienen que administrarse de forma escalonada y llevar un estricto registro de glucosa capilar.

Finalmente, llegamos a las representaciones que tienen los curadores biomédicos sobre la actividad física, siendo ésta una parte esencial del deber ser de la terapéutica. El argumento de los curadores biomédicos retoma al sedentarismo como causa de la obesidad y, por lo tanto, de la diabetes mellitus. Por lo que, insisten en introducir a la actividad física como una necesidad cotidiana, aunque en la realidad, esta actividad no tiene impacto en la población por diversas circunstancias, como jornadas laborales extenuantes y una cultura corporal distinta a la que proponen los curadores biomédicos.

“Por lo menos tratar que la glucosa esté por abajo de 200, ya no pido entre 70 y 120 pero con que esté debajo de 200, pues, no me puedo poner a veces tan estricto por lo mismo que sé que hacen el esfuerzo, pero no tienen para alimentarse adecuadamente, eso pues también ha sido difícil, te digo porque tienen sus costumbres. Para mí por debajo de 200 no me pongo tan drástico, pero si procuro decirles que pueden estar mejor, pues la hemoglobina glucosilada también la traen en 10, en 12, lo ideal que estén debajo de 7 y muchos sí andan bien, sí cumplen, cuando hacen las cosas si se cumplen con los objetivos, pero muchos una vez vienen bien, la otra vez ya no vienen bien, o sea, no son constantes (Leonel, 2014)”.

“Yo les he venido hablando de la media hora de caminar pero sin parar y que no vayan haciendo como paraditas, y además de que eso deja de ser una secuencia. Entonces, ahorita tenemos de proyecto hacer un grupo de PROESA y tenemos un grupo GAM con las personas diabéticas y las personas hipertensas, y bueno pues haber en que nos pueden apoyar allá en la jurisdicción, pensamos también armar como un mini gimnasio, pero no un gimnasio con pesas y esas cosas, sino que conseguir unas bicicletas, para poder ejercitar al grupo PROESA y conseguir también unos aparatos accesibles para poder hacer ejercicios (Jerian, 2014)”.

Complicaciones crónicas

¿Cuál es la causa de las complicaciones crónicas?

Siguiendo la división de representaciones populares y biomédicas para entender las complicaciones crónicas expresadas por los participantes, en la tabla 30 se expresan las causas populares que se identificaron durante la investigación.

Tabla 37. Causas populares de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus reconocidas por los curadores

Causas	Curadores biomédicos	Curandera	Hierbero
Alimentación	Alimentación inadecuada (alimentos fríos)	Alimentación inadecuada	Consumo de refrescos
Alcoholismo		Alto consumo de alcohol de caña	Infecciones alcohólicas
Enfermedades derivadas de la medicina tradicional			Susto, calidad del cuerpo
Emociones		Nervios.	Desesperación
Realidad socioeconómica	Falta de cultura e ignorancia, por practicar rituales.	Problemas familiares	Abandono, pobreza extrema, falta de trabajo

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Los curadores relataron las siguientes tipologías: por alimentación se refirieron a que una alimentación inadecuada puede ocasionar frío a los órganos y por lo tanto dañarlos, el consumo de refresco puede ocasionar también un daño a los órganos deviniendo en complicaciones, estas representaciones fueron expresadas principalmente por el hierbero. El consumo de alcohol y “las infecciones alcohólicas” pueden dañar la corporalidad de los afectados y sus órganos; el alcoholismo es un elemento que se menciona constantemente en las entrevistas, destaca que el hierbero y la curandera fueron los que hicieron mención a este elemento. Las enfermedades derivadas de la medicina tradicional que se asocian a diabetes fueron datos relatados por el hierbero y demuestra que los saberes populares se introducen dentro de la atención biomédica y viceversa. Las causas asociadas a emociones (nervios, susto y desesperación) así como las causas de realidad social (pobreza extrema, abandono, problemas familiares, falta

de cultura y prácticas de rituales) expresadas por los formas de atención (ver tabla 37) permite ver que los curadores biomédicos llegan a despreciar a la cultura y a las creencias de los pobladores. Las formas de atención, comparten o rechazan saberes, lo que conlleva a una constante tensión y articulación de los saberes cuando se atienden a las personas con diabetes mellitus.

“Pues es por lo mismo, la diabetes se desarrolla por los alimentos, por la desesperación, hay gente que tiene muchos problemas, hay gente que desarrolla la diabetes por la extrema pobreza, porque ya no puede uno mantener a su familia y se complica mucho y por ahí se empieza a desarrollar la enfermedad (Rómulo, 2013)”.

“Por falta de cultura, por falta de preparación, no tienen cultura de ver más allá de un pasatiempo o de practicar un deporte o a lo mejor convivir en familia, se convierte esto en un círculo vicioso, al no tener ese nivel cultural, entonces caen como en algo muy ritual, practican lo que es el santo, digamos que es una invitación al espíritu y toman, hacen un bautizo y toman bebidas alcohólicas embriagantes. Entonces, no son ni de uno, ni de dos, ni de tres días, es hasta una semana la festividad y todo es caer en lo que es un vicio (Jerian, 2014)”.

Las fronteras entre las tipologías anteriormente mencionadas son abstracciones teóricas de las narrativas del sentido común y el conocimiento positivo. Todos estos elementos causales compartidos tienen relación con la atención ofrecida por los curadores; son imágenes (representaciones) que desnudan el velo del saber biomédico dominante y que permite navegar dentro de la subjetividad de los curadores, así como demostrar que un curador siempre atiende con elementos subalternos o hegemónicos, populares o biomédicos; atiende con la máscara del sistema cultural con el cual brinda atención (biomedicina, medicina tradicional, medicinas alternativas complementarias) y con la máscara de la subjetividad construida dentro de su entorno, logrando compartir o rechazar saberes con los afectados, ambas máscaras se encuentran inmersas en el universo de experiencias del curador.

Tabla 38. Causas biomédicas de las complicaciones crónicas reconocidas por los curadores

Tipos de causas	Biomedicina	Curandera	Hierbero
Culpa de los afectados	Por no apegarse a la dieta, por automedicarse, por falta de cuidados, por un mal apego al tratamiento, porque no saben cómo administrarse el medicamento, por miedo al uso de la insulina, por consumo de alcohol, por falta de control, porque no reconocen cursar con la enfermedad, por falta de cultura	Por no tomar regularmente sus medicamentos, por falta de control	No toman sus medicamentos
Atención deficiente	Por falta de atención médica de calidad y de actualización		
Realidad socioeconómica	Por la situación económica, porque no se atienden rápido la enfermedad, por falta de cultura		
Biológicas	Por hiperglucemia, por el colesterol tan elevado, por sus hábitos y estilo de vida		

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Dentro de las causas biomédicas se encontró que las complicaciones pueden originarse debido a la culpa de los afectados, a una atención deficiente, por la realidad socioeconómica de la población y por causas biológicas (tabla 38). En la tipología de **culpa** de los afectados, se nota que las representaciones de los curadores (en su gran mayoría biomédicos) son que los afectados desarrollan complicaciones por no seguir la normas biomédicas. En la segunda tipología (**atención deficiente**), los curadores relatan que la atención brindada no es adecuada por dos motivos, por no brindar una atención de calidad y por falta de actualización, es decir, se reconocen las limitantes de la atención y se realiza una autocrítica sobre las deficiencias de ésta. En la penúltima tipología (**realidad socioeconómica**) se mencionan relatos sobre la pobreza en la que se encuentra los pobladores y los afectados, así como la cultura la cuál es vista como una barrera para poder llegar a un control adecuado. Finalmente, los **determinantes biológicos** repiten las representaciones fisiopatológicas que la biomedicina ofrece como motivo para desarrollar complicaciones crónicas.

“Yo digo que la culpa la tiene la gente que no se cuida y tampoco hay médicos, y los poquitos que hay, o sea, realmente no se interesan por estudiar bien a un enfermo o tratar bien a un enfermo, lo ven diabético y le dan glibenclamida, pero nunca los evalúan integralmente, ese es el problema, nunca los evalúan integralmente, no, no se diagnostican en qué etapa de la enfermedad está, ni hacen nada para ir previniendo (Leonel, 2013)”.

“Por que volvemos a lo mismo, no tiene sus cuidados o no lleva un control de su alimentación o desgraciadamente no vigilan a sus familiares, importa mucho la atención del familiar, esto hace que la persona se va deteriorando rápidamente. Otra porque no se está medicando con el medicamento, el antibiótico que es muy conocido, la insulina... (Herlinda, 2013)”.

¿A quién afecta y que tan frecuente son las complicaciones crónicas?

Las narrativas demuestran que no existe una idea clara sobre cómo se distribuyen las complicaciones en Coatetelco, algunos curadores mencionan que hombres y mujeres son afectados por igual, otros que las mujeres prestan más atención a su enfermedad. También mencionan que las personas más afectadas son los adultos, los que consumen alcohol y tabaco y los que tienen recursos socioeconómicos bajos.

“No respeta esta enfermedad, no respeta edades, tampoco sexos, va de tanto como mujer como pequeño, como grande, o sea los agravamientos son seguros para la persona que sea (Herlinda, 2013)”.

“Generalmente, a los hombres no de mayor edad pero sí de una edad muy madura, alrededor de los 60 años, es cuando les dan muchas complicaciones, sobre todo los hombres por la cuestión del cigarro y del alcoholismo y claro la falta de cuidado en su dieta, siempre la mujer es un poco más cuidadosa (Cuauhtémoc, 2013)”.

Los curadores biomédicos mencionan que las complicaciones crónicas son frecuentes y que cerca de un 85% de la población con diabetes está afectada. Las complicaciones más frecuentes son la neuropatía, las nefropatías, las retinopatías, la baja de peso, la desnutrición, el pie diabético, las complicaciones cardiacas y el descontrol crónico. El hierbero menciona que la tuberculosis y los dolores crónicos son las principales complicaciones crónicas y la curandera refiere que el 100% de los afectados con diabetes padecen de alguna complicación crónica y que no pueden valerse por sí mismos, destacando la ceguera, la disminución de la fuerza y el escurrimiento de la orina como las complicaciones más comunes. Los relatos adquieren nuevamente un carácter polisémico, considerando que los curadores tienen nociones distintas sobre las complicaciones, su distribución y frecuencia. Estas representaciones, las adquieren los curadores con el contacto de los padecientes y con la actividad de su profesión.

“Yo veo que la nefropatía diabética, la neuropatía, el pie diabético son las complicaciones más comunes, incluso ya no ven también, aquí casi muchos tienen problemas también de los ojos y los mandamos a Jojutla, donde hay un hospital de escaño (Leonel, 2013)”.

“Si, mueren bastantes, se les complican las enfermedades, por decir, si está diabético se le complica con la de los riñones, con la tuberculosis, con muchas enfermedades se complican y, al rato, la persona ya no sabe ni qué hacer (Rómulo, 2013)”.

¿Cómo se previenen las complicaciones crónicas?

Las narrativas de los curadores biomédicos denotan que los fármacos que emplean son esenciales para reducir las complicaciones, a partir del empleo farmacológico, de la educación, de la orientación y del convencimiento es como se logra un mejor control. Destaca que los curadores ven en los GAM y en la prevención para la salud herramientas para lograr el apego terapéutico; también ven al apoyo del Estado como un elemento de prevención importante para las complicaciones crónicas y mencionan que al reducir los índices de descontrol pueden reducirse las complicaciones crónicas y la mortalidad (representación ideal).

“Porque no se le está dando la atención adecuada, el medicamento adecuado, insisto mucho en eso, porque yo preferiría, a mi modo de ver, que fuera de comprar tanta glibenclamida, tanta metformina, tanta insulina y demás, enseñarle al paciente que comer, mandar buenos nutriólogos y realmente un buen seguimiento, para darle la buena orientación nutricional al paciente, que cosa tienes que comer que cosa no debes comer (Jerian, 2013)”.

El hierbero sólo mencionó al palo azul como preventivo, finalmente, la curandera relata que se debe realizar una dieta adecuada y recibir tratamiento alopático para controlar la enfermedad, ya que ella considera que la diabetes es una enfermedad que “hay que tenerle respeto y por lo tanto enviarlo con un médico alópata”.

“Pues mira aparte de la medicina naturista que son hierbas, tiene que ser revisada por un médico, ¿Por qué? Porque la diabetes no es una enfermedad cualquiera, es una enfermedad que hay que tenerle un poco de respeto ¿En qué forma? No se puede medicar con cualquier medicamento, tiene que llevar un proceso de medicina alopática (Herlinda, 2013)”.

¿Cuál es la sintomatología de los afectados con complicaciones crónicas?

La sintomatología depende de la zona afectada y del tipo de curador que brinde la atención; lo cierto es que cada persona puede o no tener sintomatología específica. En las narrativas, no se mencionan las afecciones cardiovasculares salvo el hierbero que refiere que el corazón y la respiración se agitan. Cada

curador, con base en su modelo explicativo, desarrolla sus representaciones sobre la enfermedad. Al ser la diabetes mellitus y sus complicaciones una enfermedad nueva para algunas formas de atención, éstas interpretan y resignifican lo que sucede en el cuerpo de las personas. La sintomatología y las manifestaciones clínicas son el anclaje para realizar un diagnóstico y ofrecer una terapéutica. La atención, se origina desde el momento en que se establece la relación paciente-curador, esta relación intersubjetiva es la brújula de ambos actores para constituir sus saberes, los cuales son destinados a encontrar una explicación, razón o sentido al padecer de un actor o a indagar, diagnosticar y tratar la molestia de la enfermedad/padecer. Todo este proceso de significación no puede realizarse sin sus partes más esenciales, el síntoma y el signo, razón por la cual en la tabla 39 se detallan todas las sintomatologías y signos relatados por los curadores.

Tabla 39. Sintomatología de las complicaciones crónicas reconocida por los curadores de las distintas formas de atención

Tipo de afección	Biomedicina	Curandera	Hierbero
General		Cansancio, debilidad, ya no pueden valerse por sí mismos, no retienen la orina	La respiración se sale de su foco, respiración agitada, corazón agitado, le rezumban los oídos
Renal (riñones)	Retención de líquidos, edema, olor ácido o nefrótico, comezón en la piel, náusea y vómito		
Neuropatía (nervios)	Paresias y parestesias, dolor articular y muscular, contracciones musculares, pérdida de sensibilidad	Dolores que asemejan a piquetes por alfileres	
Pie diabético (infecciones del pie)	Heridas infectadas, heridas con supuración, del pie, dedos momificados y necróticos	Pie muerto	Pie morado, alteración en la cicatrización
Retinopatía (vista)	Visión borrosa		Se les acaba la vista

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

“De las neuropatías, pues si vienen con su dolor articular, con su dolor muscular, con esas contracciones que de repente les dan en los músculos y que le achacan de que ya se les están entiesando los pies. Con eso de que no se paran a caminar, pero ¿Cómo van a caminar? o sea, camina y se cansa, entonces lo que

hacen es se postran en una silla, se postran en una cama, se sienten todos mareados por la descompensación, bueno todo va originando su complicación (Jerian, 2013)”.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

Para la detección de las personas con nefropatía o con alteración de los riñones se emplean mediciones corporales como la cuantificación de proteínas en la orina, la depuración de creatinina en 24 horas, así como la urea y la creatinina séricas; estos índices permiten realizar valoraciones sobre la función renal y estadificar a las personas con complicaciones de los riñones para ofrecer un tratamiento. La población con diabetes que padece otras complicaciones (riñones, vista, etcétera) se valora de forma clínica en el primer nivel de atención biomédico y las complicaciones graves se envían al segundo nivel de atención. La curandera no relató la detección de personas con complicaciones crónicas, éstos llegaron a consulta cuando tenían el problema y acudieron para ser atendidos. En este caso, se puede entender al diagnóstico como una herramienta para reconocer el avance de la enfermedad y ofertar terapéuticas y pronósticos.

Las personas con complicaciones crónicas, al padecer un fenómeno tan heterogéneo, son difíciles de diagnosticar. Para las afecciones de los nervios (neuropatías) existen una gran diversidad de datos clínicos y las herramientas diagnósticas aún no se estandarizan. Para realizar el diagnóstico de retinopatía en una persona con diabetes, ésta debe ser valorada anualmente por un oftalmólogo para detectar indicios de complicaciones. Finalmente, las personas con pie diabético son atendidas por curadores especialistas (cirujanos, médicos internistas) para diagnosticar o estadificar el grado de lesión. Un curador en Coatetelco, se dedicaba de tiempo completo a atender este tipo de complicación, lamentablemente, no accedió a participar en el estudio.

“Del examen general de orina también, ahí más que nada es proteinuria y la glucosuria, entonces lo que hago es como me enseñó un nefrólogo, creatininas de 1.2 a 1.4 el paciente no está tomando agua, pero cuando ya encuentre creatininas de 1.6 para arriba, ya es una complicación. Entonces, lo que hago es un seguimiento mensual, los mando cada mes al laboratorio para ver si la creatinina está bajando y le indico hidratación oral importante (Ramón, médico pasante 2014)”.

“Aquí, en ese aspecto, si hay muchas limitantes, para las complicaciones, o sea, las ves y lo que haces es referirlas a segundo nivel, y en segundo nivel pues ahí perdemos el hilo porque ya no nos mandan contrareferencias, sino ya nos

viene a notificar el paciente, al mes o hasta que sueltan el paciente en el hospital, ahora si ya vaya a su Centro de Salud, digamos que en cuanto lo controlan o en cuanto que el paciente tiene oportunidad de regresar otra vez (Jerian, 2013)”.

¿Cómo se tratan las complicaciones crónicas?

El tratamiento de las complicaciones crónicas ofertada por los curadores depende del tipo de afección y de la forma de atención. El abanico mercantil se abre hacia los órganos o sistemas afectados, controlando una parte las decisiones de los curadores. Con esto me refiero a que no se puede ofrecer lo mejor del mercado sino lo que se disponga en la localidad o según la capacidad económica que tengan los afectados. En la terapéutica biomédica (tabla 40), aparece el hospital como un centro regulador de la atención, mientras los padecientes se encuentran con más complicaciones, más compleja es la resolución y, por lo tanto, requiere de más inversión. Los padecientes con complicaciones se encuentran inmersos en una red de especulación, donde el diagnóstico, el pronóstico, la evolución y la resolución están reglamentadas bajo guías o normas clínicas de atención, bajo la normatividad institucional biomédica de sus prácticas como profesionistas y bajo el velo de la experiencia como persona, lo que pone en duda si realmente se lleva una atención con base en la evidencia científica, en la experiencia o en ambas. La especulación está presente dentro del saber biomédico, ya que es una de las formas en cómo el discurso positivista encuentra legitimación. La especulación es vista como un conocimiento disperso y no tangible que se encuentra en el mundo de las posibilidades, en este caso en la probabilidad de tener una enfermedad, una complicación, un control/descontrol o una respuesta favorable al tratamiento (Lyotard, 1991).

Tabla 40. Tratamiento empleado por la atención biomédica

Tipo de complicación	Tratamiento
Neuropatía	Pentoxifilina, analgésicos, neurolépticos como la carbamacepina y la gabapentina
Nefropatía	Hidratación, captopril, envío a segundo nivel y diálisis
Pie diabético	Antibióticos como cefalosporinas, lavados de la herida infectada con agua oxigenada y jabón quirúrgico, envío a segundo nivel de atención
Retinopatía	Empleo de medicamentos como la insulina para controlar la enfermedad y no desarrollar retinopatía diabética
Cardiopatía	Tratamiento con hospitalización, manejo con vasodilatadores como isosorbide

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

El hierbero relata las ofertas terapéuticas ante las complicaciones crónicas de la diabetes, al igual que la biomedicina ha dividido y especializado sus saberes

con respecto a los órganos afectados, así puede ofertar tés o infusiones para contrarrestar el ritmo de la enfermedad sobre el cuerpo, emplea saberes aprendidos desde la biomedicina para tratar infecciones diabéticas como el polvo de penicilina esparcido en la herida. Este arsenal de opciones, se puede identificar en la tabla 41 sobre el tratamiento por el hierbero. La curandera no compartió relatos sobre la atención de las personas con complicaciones crónicas, ya que son enviados con los curadores biomédicos.

Tabla 41. Tratamiento empleado por el hierbero

Tipo de complicación	Tratamiento
Corazón	Flor de magnolia, flor de corazón, azahares, flor bonita y té de albahaca
Riñones	Tolote, cola de caballo, cabello de elote, doradilla, canelilla, huisache, cuachalalate, tarai, palo sagrado
Infecciones en el pie	Polvo de hueso de mamey, árnica, cuachalalate y polvo de penicilina
Vista	Colirio y gotas de manzanilla para mejorar la vista

Fuente: trabajo de investigación, Coatetelco 2012-2014.

Durante la presentación de las narrativas en este capítulo, se detallaron los MEs de cada una de las formas de atención, resultados de una compleja red de significados de cada uno de los curadores y generado por una confluencia de saberes populares o biomédicos dentro de cada forma de atención. Estos saberes, se modifican constantemente con base en la validación social (malestar) que parte de la relación padeciente-curador (intersubjetividad), conformando una cadena de dimensiones que fluye desde la subjetividad a lo social (subjetivo-transubjetivo) y de lo social a lo subjetivo (transubjetivo-subjetivo). Las representaciones se adquieren a distintos niveles, se movilizan, trascienden, permanecen, se rechazan y se incorporan en cada uno de los actores que se dedican a atender por medio del aprendizaje de cada forma de atención, de experiencias de atención y de la influencia de otros curadores o de padecientes. Sin embargo, prevalece la acción del curador vista como un locutor de representaciones, debido al gran bagaje de saberes adquirido durante su experiencia, así como de los elementos socioideológicos que sostienen su forma de atención. En los curadores de la medicina tradicional se describieron incorporaciones del discurso biomédico interpretados bajo conceptos como frío y calor, es decir, una mezcla de conceptos biomédicos y populares que explican la inserción paulatina de la ideología dominante sobre la población.

CAPÍTULO VII: niveles de atención y accesibilidad a la salud

Este capítulo emplea a las trayectorias de atención como herramienta de análisis para describir la interacción de las distintas medicinas. Brevemente, se describe una trayectoria que permite ejemplificar esta interacción con las formas de atención, su accesibilidad y los niveles de atención real que existen ante la irrupción de una enfermedad, es decir, los recursos que emplean los conjuntos sociales (medicina tradicional, medicinas alternativas complementarias, autoatención y biomedicina) para tratar las enfermedades crónicas. Al juntar todas las trayectorias de atención, fue posible condensar y armar un esqueleto de la atención en Coatetelco y distinguir cuáles eran las limitantes más importantes. Finalmente, los curadores relataron sus representaciones sobre las personas que atienden, y narraron las limitantes que tienen en su práctica, por lo que este capítulo ofrece un panorama muy general de la atención en esta localidad.

La trayectoria elegida fue la de Cynthia, a quien se le detectó diabetes a los 42 años de edad después de recibir un susto en casa. El primer contacto médico que estableció fue con la biomedicina, en el Centro de Salud de Coatetelco, donde iniciaron su tratamiento con hipoglucemiantes orales. A la par, Cynthia empezó a consumir hierbas medicinales recetadas por Pedro, su esposo; al notar mejoría decidió no acudir a control biomédico, tomando fármacos y hierbas. Cuatro años después de su diagnóstico, comenzó con pérdida de la visión de su “ojo derecho” por lo que acudió con un oftalmólogo privado en Cuernavaca, quién decidió operarla del “ojo izquierdo” y en el transcurso de un mes pierde la visión, por lo que toda su vida cambió.

La ceguera la condicionó a estar todo el tiempo en casa, así como a sufrir una herida en su pie izquierdo perdiendo todos sus dedos, debido a una fuerte infección, la cual fue atendida en la Clínica Sofía (Puente de Ixtla). Cynthia empleó también cuachalalate y violeta de genciana para la herida quirúrgica sin mejoría y, finalmente, decidió acudir con el curador biomédico César a quién le atribuye la cura y le cobró 30 mil pesos. Hace dos años, se le detectó falla renal y fue enviada a un hospital de segundo nivel, el especialista en medicina interna decidió que era candidata para diálisis peritoneal y la hospitalizó para que le colocaran un catéter; este procedimiento fue rechazado por la familia, así que decidieron realizar una “sobada” con manteca y bicarbonato, mejorando poco tiempo después.

En el último año de su vida, las complicaciones crónicas aumentaron en frecuencia y ritmo sobre el cuerpo de Cynthia, comenzó con dolores en el pecho sin acudir al hospital y, finalmente, decidió realizar un ultrasonido para descubrir el motivo de la falla renal. El resultado del ultrasonido sólo confirmó lo que ya sabía

(la falla en sus riñones). Al percatar que no tenía remedio, acudió en dos ocasiones con curanderos, quiénes diagnosticaron brujería y, posteriormente, “Santo”. La familia realizó los rituales para ambas enfermedades sin que Cynthia mejorara. Además, Cynthia asistió a terapia con imanes a Tetecala, la cual le resultó efectiva, pero no pudo solventarla por más tiempo debido a su costo de 200 pesos por sesión, tres veces por semana.

Biomedicina

Dentro de la biomedicina encontramos dos tipos de atención, la medicina privada y la pública, cada una con sus niveles de atención; esto significa que las formas de atención biomédicas tienen una organización social particular que pueden ser una atención **individual o corporativa** (Menéndez 1981). En Coatetelco, existen cuatro médicos privados, los cuales atienden una gran cantidad de personas y cobran de acuerdo con el trabajo que realicen. En las trayectorias de atención, los afectados relataron cobros excesivos, sin embargo, algunas personas piensan que a pesar de este alto cobro, vale la pena seguir con la atención, ya que la consideran eficaz. Cuando las personas de esta investigación experimentaron síntomas, algunos acudieron con los curadores privados. Dentro de este nivel (**individual**) les practicaron el diagnóstico, emplearon medicamentos orales para iniciar el tratamiento o paliar síntomas y fueron valorados periódicamente para controlar la enfermedad. En este nivel de atención, en la mayoría de las veces, se emplea la atención ambulatoria dentro de sus espacios privados (consultorios).

Algunos espacios de atención de estos curadores tienen pequeñas áreas de hospitalización donde realizan procedimientos técnicos, como cirugías menores, curaciones, transfusiones o administración de sueros vitaminados para tratar las neuropatías y la deshidratación por el consumo de alcohol. Los espacios y las prácticas de los curadores convencen o generan desconfianza a los padecientes; algunos curadores biomédicos especializan su atención en uno u otro tipo de complicación crónica (ejemplo: pie diabético) y logran generar una gran popularidad dentro de la población debido a que validan su atención al curar a personas que habían sido catalogadas como casos difíciles.

“Pues en la clínica todo salió como en diez mil pesos más aparte las curaciones que me daban diario, ya después vi que no me atacaban la enfermedad, seguí avanzando, entonces cuando me dijeron del Doctor César es bien bueno, luego, luego te ataca la enfermedad (Cynthia, 2013)”.

Las personas con diabetes mellitus al desarrollar complicaciones gastan grandes sumas de dinero; cuando la complicación sale de la competencia de los

médicos privados, los afectados son enviados o buscan hospitales privados para ser atendidos. El hospital privado más cercano se encuentra en Puente de Ixtla, aunque también los actores acuden a los hospitales de Cuernavaca y Cuautla. En estos hospitales, generalmente, se puede encontrar una gran diversidad de curadores (médicos generales, cirujanos, médicos internistas, anestesiólogos, oftalmólogos, retinólogos, neurólogos, nefrólogos, etcétera) los cuales ofrecen múltiples tratamientos a los afectados con complicaciones crónicas, dependiendo de los sistemas, órganos o zonas corporales afectadas. Existen diversos relatos de los padecientes sobre la atención recibida para mejorar infecciones del pie, complicaciones de la vista y afecciones de los riñones. La atención corporativa (hospitalaria) es reconocida como distinta, debido a los espacios que la conforma, ya que tienen que cumplir con requisitos técnicos como quirófanos o áreas de diálisis para atender a los padecientes con complicaciones crónicas, así como áreas destinadas al consumo de comida, espacios religiosos y jardines.

Los afectados relatan, como les realizan procedimientos técnicos como colocación de catéteres y cirugías, la interacción que existe con una máquina que suple la función de los riñones (exo-riñones) y las diversas órdenes médicas que tienen que seguir para “controlar” su enfermedad. Al interactuar en este ambiente, aprehenden e incorporan algunos saberes que emplean los curadores dentro de estos espacios sociales como el de reconocer corporalmente los efectos adversos de los procedimientos. Así, evalúan si los tratamientos son eficaces o no, si sus cuerpos resisten o no al tratamiento y definen cuándo parar y cuándo retomar la atención.

“En la sesión de hemodiálisis que estamos recibiendo lo que pasa es que de momento se nos baja la presión y se siente uno mal, sí, empieza uno a sudar, a sudar y bueno, se siente uno mal, entonces, pues, ahí luego están las enfermeras, los doctores, se fijan inmediatamente, y pues tratan de controlar. A mí me ha pasado así en algunas ocasiones que se me baja la presión e inmediatamente para que vuelva a la normalidad mi presión nos ponen oxígeno, ya con el oxígeno poco a poco se va uno normalizando y sigue, y la máquina sigue de todos modos trabajando y limpiando las toxinas que nosotros llevamos (Aldo, 2014)”.

La **atención biomédica pública** llega a ser accesible para las personas que pueden solventar el costo de la consulta y que no presentan complicaciones crónicas por diabetes. Mientras el deterioro sea mayor el costo económico se eleva. Las personas que cuentan con seguro popular no pagan consulta médica ni medicamentos, pero la atención resulta ser una larga espera para los afectados, tienen que madrugar para poder ser atendidos lo más pronto posible y, en ocasiones, no tienen medicamentos. Otro aspecto importante en este nivel de

atención es que el seguro popular no absorbe los costos de los afectados por enfermedades crónicas, ya que tienen que comprar materiales de curación, bolsas de diálisis, catéteres, entre otros recursos. En algunos lugares, los horarios llegan a restringir la atención, una vez fuera del horario tienen que salir de la localidad para ser atendidos; en ocasiones, los usuarios de los servicios públicos ven con desconfianza a los médicos, debido a largas horas invertidas para lograr su atención y a la extracción de muestras sanguíneas, “ya que no conciben la extracción corporal de fluidos sin un cambio en la terapéutica” (Vegano, 2013). En ciertas circunstancias, la seguridad social puede apoyar a la atención de los afectados ya que absorbe casi todos los gastos (IMSS).

La biomedicina pública establece su atención de acuerdo con la complejidad de la enfermedad/padecer de los actores, así la atención de la diabetes mellitus se realiza en el primer nivel de atención biomédico (Centro de Salud), ofreciendo la detección de la enfermedad, el control, el seguimiento mensual y el expendio de medicamentos. Las personas con diabetes articulan una interesante función con la medicina privada, compartiendo atenciones de ambas instituciones, en ocasiones, no acuden a los Centros de Salud debido a los largos tiempos de espera y a las limitantes que presentan las instituciones públicas que desesperan la paciencia de las personas.

“El día de hoy acompañe a Vegano a consulta, me levanté a las seis de la mañana para estar a las seis treinta en el Centro de Salud. Nos colocamos en la fila Bilma y yo, Vegano llegó más tarde pues le dolían sus pies. Después de una hora de espera sale una enfermera pasante para avisarnos que sólo darán once fichas, somos alrededor de cincuenta personas, reparten las fichas y no alcanzamos a obtener una. La cara de Bilma fue de indignación, Vegano ya no tiene más medicamentos para tratar su diabetes (Diario de campo, 2013)”.

Las instituciones médicas públicas son centros que regulan la atención de las enfermedades, en el Centro de Salud sólo se reciben las complicaciones que pueden ser tratadas en ese nivel; en el hospital de segundo nivel se concentran las personas que padecen enfermedades potencialmente mortales (cardiopatías, nefropatías, pie diabético, descompensaciones por diabetes, intoxicaciones, fracturas y otras enfermedades). Se pueden encontrar diversos curadores que son el producto de la especialización y división de trabajo en la biomedicina (cirujanos, médicos internistas, ginecólogos, médicos salubristas) y que, al igual que la biomedicina privada, organizan su atención con respecto a la zona o sistema corporal afectado. Cuentan con espacios que son esenciales para su atención como, quirófanos, área de emergencias, capillas, áreas de espera, etcétera.

Los actores relatan que, en ocasiones, las relaciones con los médicos son conflictivas ya que se expresan con terminologías extrañas, no explican detenidamente los motivos o las causas que ocasionaron la enfermedad, existe en los curadores una falta de sensibilidad hacia la vida y la muerte ya que dejan de ver la vida que reside detrás de la enfermedad de los padecientes, para los curadores el cuerpo deja de ser una unidad para convertirse en zonas de atención e intervención y, además, violentan constantemente la intimidad corporal de los padecientes. El hospital público es un espacio donde se concentran una gran cantidad de procedimientos técnicos y se organiza el acto social de la muerte. En estos espacios, la muerte adquiere un carácter legal y contractual, donde es calificada de acuerdo con la atención y la enfermedad que le antecede. Junto con el ministerio público, las instituciones de salud regulan la categorización hegemónica de la muerte a nivel social.

“¿Oiga y porque en los hospitales no nos devuelven los pies o las partes para enterrarlas? A mi esposa le quitaron un ojo y no se lo regresaron, ella pregunto ¿Dónde está mi ojo? No se le dije, pero ya se había quedado en el hospital” (César, 2014)”.

“Al fin de todo, después ella dijo -¡Que ya no la llevemos para ningún lado!-. Sí, porque ya los últimos días la lleve al hospital y ahí me dijeron -¡Para qué están gastando, ya está enfermedad llegó a su término!- (Pedro, esposo de Cynthia, 2014)”.

Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias

La medicina tradicional y las alternativas complementarias se encuentran ignoradas de las respuestas estatales, es decir, sus prácticas no se encuentran normatizadas bajo la lógica biomédica; este aislamiento le da un carácter independiente, sin embargo, no son tomadas en cuenta como un recurso humano valioso para brindar atención. Esta exclusión de las medicinas alternativas complementarias y la medicina tradicional, resulta no tomar en cuenta a los saberes de conjuntos sociales y a la población afectada por complicaciones crónicas.

Durante el trabajo de campo, identifiqué una echadora de cartas, un centro de masajes, así como un centro con terapia de imanes que se encuentra en Tetecala. Los precios de estos curadores varían dependiendo del trabajo realizado o de la terapéutica empleada. Estos curadores emplean una gran variedad de terapias que tratan de curar o paliar la sintomatología de los afectados, extendiendo su labor a la dimensión cultural al manejar nociones explicativas

distintas que revelan nuevas formas de entendimiento y acciones para contrarrestar los efectos de la diabetes; incorporan nociones biomédicas y representaciones populares en su práctica. En los relatos de los actores afectados que interaccionan con los curadores alternativos, se describen los intereses por parte de los curadores hacia sus emociones (miedos, angustias o conflictos), por lo que retoman a la subjetividad como el reconocimiento de la persona, siendo ésta una parte esencial de la eficacia y del fracaso terapéutico, así como de la oferta que brinda la relación paciente-curador.

“Si íbamos a la terapia de imanes del diario, así como ella estaba de mal, me dijo la señora que teníamos que ir del diario, porque los días que fuimos ella se sentía mejor, ya comía algo, pero pues le digo que días dejábamos de ir, días íbamos y así... (Selena, hija de Cynthia, 2014)”

La medicina tradicional ofrece sin duda una gran variedad de terapéuticas a las personas con diabetes. En Coatepec, los médicos tradicionales emplean sus espacios de atención o las hierbas de acuerdo con elementos simbólicos que sustentan la eficacia y en algunos casos el fracaso de su atención, como el hecho de que en sus espacios existan altares. Al devenir una complicación crónica en las personas con diabetes, éstas acuden con mayor frecuencia a los médicos tradicionales para encontrar una terapia distinta a la biomédica y buscar dentro de sus propios recursos culturales y sociales las decisiones para una solución eficaz. Los curadores, retoman la angustia, el miedo y la incertidumbre para tratar de darle un significado a la atención.

“Es lo que saben hacer son como los doctores, le digo -Es que me siento mal, me duelen los huesos, me duelen los pies, me duele la cabeza-. Te voy a recetar. Así como me recetan estas pastillas por las ronchas. Y pues el curandero te dice -Ven te voy a dar una limpia-, ahí te reza y te da una limpiada y ya (Vegano, 2014)”

Autoatención

Esta forma de atención resulta ser el primer nivel real de atención y el más accesible, visto en términos económicos y en tiempo invertido por los pacientes y sus familiares. La autoatención genera prácticas que se encuentran dentro del seno familiar y que pueden ir desde la detección de la glucemia capilar para lograr un control adecuado, recolectar plantas medicinales o acudir al mercado a comprarlas. Es prudente destacar que esta forma de atención realiza una integración de los diversos MEs y saberes ya sean biomédicos o populares (síntesis). En los relatos de los actores se describen varios elementos que definen a la autoatención durante la trayectoria de la enfermedad/padecer, desde el

comienzo de la diabetes o durante las complicaciones crónicas; en cada una de éstas se pueden distinguir la autoprevención, el autodiagnóstico, los tratamientos para mejorar las condiciones de la enfermedad o atenuar un síntoma así como no exceder el consumo de fármacos biomédicos. Las representaciones sobre las enfermedades, suelen ser íntimas y apreciativas, como el hecho de no prestar atención o no creer en la enfermedad y, por lo tanto, no atenderse.

“Hay una señora que vende remedios, porque yo le platique y me dijo -Me dijeron que tenía diabetes, mira esto es bueno para que te la vayas controlando, porque tampoco se te va a quitar, es muy buena y te ayuda a que la sangre se normalice-. Pero quién sabe si será verdad, pues yo sentía que a lo mejor si era verdad y yo me la tomaba (Reinalda, 2013)”.

“Me empezaron a dar medicamento (metformina) y lo sigo tomando, cuando se me sube el azúcar pues me tomo otra tableta, así nomás me la tomo y se me quita el dolor de cabeza, es que a mí me duele la cabeza cuando se me sube el azúcar (Remora, 2012)”.

Durante el inicio de la enfermedad las personas recurrieron a algunas medidas de autoatención (hierbas medicinales, limpias, tratamientos alternativos); cuando comenzaron las complicaciones los afectados generaron sus propias estrategias de atención. En las complicaciones agudas describieron relatos sobre hipoglucemias (se me bajo el azúcar), elevación de la presión, golpes, heridas, infecciones, así mismo describieron las terapéuticas que emplearon para aminorar sus molestias. En las complicaciones crónicas, destacaron los riñones, las infecciones del pie, los nervios, la presión alta, la afección de la vista y cada una de estas afecciones tenían sus métodos de atención. Los actores aprehenden saberes biomédicos y populares para tener una perspectiva de su vida, padecer y enfermedad, en ocasiones, realizan autodiagnósticos, rechazan los tratamientos ofrecidos por la biomedicina, la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias. Los actores generan, de acuerdo con una diversidad de saberes (propios, sintéticos, biomédicos, populares o hegemónicos), los simbolismos de la eficacia y los fracasos de las terapéuticas empleadas.

“Pues vimos que al final, que ella ya no podía estar, según ella se inflamaba mucho y entonces ella quería saber lo que tenía, porque ya no le pasaba la comida, el agua, nada; después me dijo -Llévenme mejor a hacer un ultrasonido para saber qué es lo que tengo adentro-. Y quería saber que era lo que tenía adentro, decía -Yo siento que algo tengo-. Entonces la llevamos a hacer un ultrasonido y ahí nos dijeron que eran sus riñones que ya no le funcionaban (Selena, hija de Cynthia 2014)”.

La prevención también es un acto dentro del ámbito de la autoatención, se utiliza el consumo de alcohol, chupar un limón cuando existe un coraje, la restricción de agua, la hiel de pollo, restricción de alimentos, empleo de alimentos para la afección de los ojos (betabel y zanahoria) y productos como herbalife para prevenir la progresión de las complicaciones crónicas, demostrando que la autoatención, en algunas ocasiones, consume y promueve a todas las formas de atención.

“Luego me dice una señora, que cuando usted tenga un susto o un coraje no tome nada de agua, usted agarre un limón y chúpesele, así es lo que me dijo la señora, ese día que vinieron a decir de mi mamá, ya pedí agua, pero mis hijas me trajeron un limón y no me dieron agua (Bilma, 2013)”.

“Le digo- ¡Hijole, denle una coca!- ¡Ya le dimos! Le digo- ¿Fría, fría?- ¡No al tiempo!- Me lleva la chingada, órale vayan a traer una coca fría, que le dan una coca fría, mira, le dieron la mitad de la coca, dentro de cinco minutos, ya empezó a abrir los ojos y que lo vuelve a checar y ya tenía como sesenta, setenta y tantos de azúcar, pues ya se empezó a alegrar y que le dan toda la coca (Pedro, 2014)”.

Un elemento que no se escapa del análisis de esta investigación, es que las enfermedades derivadas de la medicina tradicional son tratadas en el ámbito de la autoatención, sobre todo el “Santo Escapulario”, donde los afectados realizan una cura ritual y asisten familiares y redes de apoyo para lograr la cura. También las enfermedades emergentes como el dengue son atendidas en este nivel; durante el brote de esta enfermedad, una de las estrategias más comunes fue el empleo de plantas medicinales, estos saberes pasaban de boca en boca por recomendación entre los afectados.

“No más no me daba hambre, tenía calentura y hasta había quedado flaquito y, en una ocasión, que viene una de mis tías y me dice- ¡Bueno! ¿Tú qué tienes? ¡Ya estás bien flaco!- Ah, tenía yo diarrea y me fui al médico y no se me quitaba. Entonces, que viene mi tío y me dice- ¡Bueno, tú que estás malo, pero tú no tienes otra cosa, tú quieres santo!- ¿Cómo qué quiero santo?- ¡Sí, eso es lo que quieres! ¿Para qué vas tanto al médico? ¡Aquí no más que te hagan un molito, que pongan la mesita y verás que te vas a componer!- Ya entonces, que le digo, tía, bueno, ya que dices que a lo mejor quiero santo, porque no me haces el favor, límpiame. ¡Sí cómo no!- Más tardecito vino, me limpió con unas velitas, trajo poquito alcohol, unos dulces, me metió sus dulces, paró las velitas y mientras estaban ahí las velitas, nos tomábamos unos peguecitos de alcohol, hasta que se acabaron las velitas y pues a veces se siente uno no sé, raro, porque no supe ni cómo se me quitó ese miedo (Don César, 2013)”.

Representación de los curadores sobre las formas de atención

Biomedicina

La biomedicina privada fue la primera expresión de la medicina positivista en Coatetelco, incluso antes de la medicina pública, ya que el primer Centro de Salud se construyó en 1962. Esta forma de atención fue ganando terreno y desplazando a otras, sobre todo a la medicina tradicional que era vista como un obstáculo para acceder al mercado de las enfermedades. La estrategia biomédica radicó en la eficacia que sustenta ésta, como el empleo de un discurso científico y las ofertas terapéuticas poco convencionales para los pobladores, los cuales ingresaron a un mundo regulado por las instituciones públicas y el mercado global.

“El primer médico que llegó a Coatetelco encendió la brecha entre la medicina científica y la tradicional. Él estuvo encausando los enfermos a los médicos especialistas, los enseñó a buscar otro tipo de médicos más profesionales. Los mandaba a Cuernavaca, a Tepeji y a Tetecala. Entonces, los pobladores empezaron a ver que había otra forma de curar más efectiva, poco a poco ya la gente empezó a acudir a otros médicos inducidos por la presencia del médico que estaba aquí (Cuauhtémoc, 2014)”.

Según los curadores privados, existe una constante preocupación para entender los problemas de las personas en esta localidad; aseguran que existen tensiones económicas que son tomadas en cuenta por ellos y que no hay limitantes para la atención de la diabetes. La medicina privada, generalmente, tiene una atención inmediata, actúa de una forma distinta y merma sus limitantes realizando una atención que pretende impactar al actor afectado con tiempos de espera cortos, empatía entre padeciente-curador y espacios que crean simbolismos en las personas afectadas. Esta forma de atención sostiene una interacción constante con la biomedicina pública, al emplear parte de su estructura para el beneficio de la consulta privada. En ocasiones, envía personas afectadas con diabetes a laboratorios de hospitales públicos para llevar el control de la enfermedad y así reducir los costos de atención de sus pacientes. Con las medicinas alternativas y complementarias, mantiene una relación conflictiva ya que rechaza constantemente otros MEs que no provengan de la medicina científica, como el uso de hierbas medicinales o el rechazo a las enfermedades derivadas de la medicina tradicional; aunque en ocasiones, los curadores biomédicos, emplean representaciones populares como herramienta para insertar su terapéutica y sus modelos de atención y de control.

“La mayoría de las enfermedades, de los enfermos, evolucionan siempre bien, el problema viene cuando ellos empiezan a querer experimentar con los hierberos, con

los de herbalife no sé qué tantas tarugadas hay por ahí, empiezan a experimentar, entonces, ahí desgraciadamente terminan de complicarse (Cuauhtémoc, 2013)”.

Los curadores biomédicos públicos reconocen limitantes como la falta de recursos humanos, preparación médica, equipo técnico, coordinación entre niveles de atención biomédica y de estímulos entre los mismos profesionales de la salud. En ocasiones, la administración pública llega trastocar la relación entre los curadores y los padecientes, convirtiendo la atención en un trámite burocrático y con frecuencia, existen restricciones en ésta dado que se desborda constantemente ante un personal pobremente capacitado.

“A veces no contamos con los cuestionarios, con el glucómetro o con las tiras reactivas y las agendas de los médicos están saturadas. Yo creo que esta comunidad está como muy aglomerada de gente y para la población que hay somos insuficientes, de allí parte todo, la misma Secretaria de Salud no organiza (Jerian, 2014)”.

A pesar de las limitantes de la biomedicina pública, se ofrecen diversas medidas que se inscriben dentro de aspectos farmacológicos, como “convencer, educar, explicar y orientar a los pacientes” sobre las terapias farmacológicas empleadas, con el fin de que éstos “obedezcan” o se “apeguen” a las normas biomédicas. Muchas de las actividades que realizan los curadores biomédicos públicos no impactan en la vida de los afectados, ya que según ellos, existen dificultades sociales, como “ignorancia, analfabetismo, pobreza, falta de higiene, falta de aceptación de la enfermedad y falta de convencimiento en el tratamiento biomédico”, que alteran el tratamiento. Para algunos de los entrevistados, la cultura es vista como un problema y no como una herramienta; explican cómo algunos mitos se han desarrollado en los afectados como el empleo de insulina que es considerada como una sustancia capaz de alterar al cuerpo, así mismo ven a la medicina tradicional y la herbolaria como un obstáculo para el apego al tratamiento biomédico. Finalmente, aceptan al control como una práctica esencial para poder contrarrestar los efectos de la diabetes.

“En ese aspecto la mala cultura serian los malos hábitos, en el aspecto de que no conocen su enfermedad, de que no conocen los riesgos, de que a pesar de que en la consulta se les explica, la gente por el mismo nivel cultural que tienen o su nivel educativo, siguen sin entender y siguen tomando sus remedios, siguen teniendo una mala alimentación y tienen inclusive un mal apego al tratamiento (Ramón, 2014)”.

“Obviamente hasta que los vas orientando y obedecen mucho lo que uno les dice y aquí tratamos de hacer eso, educar y tratar y convencer a la mayor gente posible y vienen, si vienen, incluso como les pongo insulina, hay muchos, no sé si te has dado cuenta, tú te habrás dado cuenta ya en la población no, que se quedan ciegos, todavía hay muchos mitos, y tabús del uso de la insulina (Leonardo, 2013)”.

Los curadores relataron que desafortunadamente los afectados con diabetes asisten cuando sienten molestias, sólo en ese momento es cuando inician su control. El descontrol se gesta por diversos motivos como, la falta de cuidado por parte de los afectados, no asistir al médico y la falta de recursos humanos. Existe una división del sistema de salud que fragmenta la atención de los pobladores; el Centro de Salud atiende el control metabólico de los padecientes que no manifiestan complicaciones o que las presentan leves, sin embargo, las personas con alteraciones visuales por diabetes tienen que ser enviados al DIF de Miacatlán para su valoración por el servicio de oftalmología; así mismo otras complicaciones de la diabetes como las enfermedades renales, las cardiopatías y las afecciones vasculares cerebrales son enviadas a segundo nivel de atención, y la diabetes mellitus gestacional es atendida en un hospital de la mujer a dos horas de camino de Coatetelco. Así, la atención de especialidades en esta zona rural se encuentra disgregada, lo que ocasiona que los afectados tengan que viajar a diferentes sitios para poder ser atendidos.

“Yo digo que la culpa la tiene la gente que no se cuida y tampoco hay médicos, y los poquitos que hay, no les interesa estudiar bien a un enfermo o tratar bien a un enfermo, lo ven diabético y le dan glibenclamida, pero nunca los evalúan integralmente, ese es el problema, entonces, bueno no les ven todo, no, no se diagnostican en qué etapa de la enfermedad está, ni hacen nada para ir previniendo (Leonel, 2013)”.

Los registros de información que realizan en el Centro de Salud y en el Hospital General de Tetecala son enviados a otras instancias públicas, que determinan y califican el trabajo realizado en el primer y segundo nivel de atención biomédica. Las instituciones públicas centralizan su atención de acuerdo con decisiones reguladas por órganos internos. Esta enorme producción de información sustenta la validación social de la atención de las instituciones públicas, sin embargo, esta información es vista por los curadores biomédicos públicos de forma distinta a como lo ven los dirigentes institucionales. Los curadores de primer y segundo nivel relataron que las autoridades sólo prestan atención a la información generada, cuando ésta involucra poblaciones grandes o grandes cantidades de acciones.

“Es que a veces es muy engorroso censar a los pacientes con enfermedades crónicas y hacer papeles, papeles y papeles, mientras no son números grandes, no les hacen caso, por ejemplo se dieron 50 pláticas a que te gusta a 1,300 personas. Entonces dicen -Ahhh sí están trabajando en Coatetelco-, pero son números y en realidad no existen (Jerian, 2014)”.

Las acciones que realiza el Centro de Salud y los hospitales de segundo nivel son acciones estructuradas de acuerdo con los programas regulados a nivel estatal y federal; la visión de los curadores acerca de estos programas es muy particular, ya que existen representaciones sobre la eficacia y el fracaso de las políticas aplicadas. Los curadores reconocen que hay un porcentaje alto de la población de diabéticos en “descontrol” (cerca del 70% en Coatetelco), este problema lo atribuyen a la falta de apoyo de la Secretaria de Salud para desarrollar programas efectivos, donde se mejoren los protocolos de atención, se capacite al personal médico, se genere un enfoque de atención hacia el autocuidado y la promoción de la salud; también mencionaron que es importante organizar más grupos GAM y PROESA ⁹, abastecer de medicamentos a los Centros de Salud y prevenir tempranamente las complicaciones crónicas. El programa OPORTUNIDADES¹⁰, de la Secretaria de Desarrollo Social, está siendo usado como gancho por algunos promotores de salud para atraer a la población y dirigir la atención de la salud, sin embargo, no impacta en el control de la diabetes. Los afectados que tienen alguna enfermedad metabólica, regularmente son apoyados con una suma mensual de 600 pesos. Las políticas públicas sanitarias siguen la forma de atención asistencialista, ya que, prefieren dar dinero a las familias afectadas por enfermedades como desnutrición o diabetes para que resuelvan sus problemas de salud. Sin embargo, esta política asistencialista no resuelve el problema a largo plazo y prefiere asistir que prevenir. ¿Qué tan convenientes resultan estas políticas de atención? ¿Por qué sólo dar dinero y no realizar mejores campañas de detección y atención temprana? ¿Por qué no

⁹ El Programa de Ejercicios para el Cuidado de la Salud (PROESA) tiene como objetivo promover un “estilo de vida saludable” en la población, emplea diversas estrategias como la conformación de personas sanas para que estas promuevan la actividad física, mediante ferias, cruzadas, campañas, conmemoraciones y seguimiento al programa (Programa de ejercicios para el cuidado de la salud; SSA 2014).

¹⁰ Este programa corresponde a un grupo de políticas internacionales denominadas transferencias condicionadas, dentro de las cuales se busca dar apoyo monetario y atender aspectos nutricionales, educativos y de salud, para mejorar el patrimonio de las comunidades rurales, semi-urbanas y urbanas con altos niveles de pobreza, el programa entro en acción en 1997 (Arzate, 2011).

realizar programas de prevención en las escuelas? ¿Por qué no regular a las empresas de alimentos industriales?

“Es lo que yo he tratado de hacer, más que nada, no de prevenir, sino de convencer a mis diabéticos de todas las complicaciones, la campaña simplemente es la consulta segura, es lo único que tenemos para poder reunir o para poder diagnosticar a tiempo, pero de ahí en fuera como tal, pláticas que dan los promotores y yo he intentado y trato de convencer al Dr. G (director del Centro de Salud) de que me dejé dar unas pláticas con los diabéticos para que estén atentos con familiares, sólo así se puede iniciar un diagnóstico oportuno (Ramón 2013)”.

Medicina tradicional y medicinas alternativas complementarias

La medicina alternativa y la medicina tradicional reconocen distintos tipos de cualidades corporales en los afectados, así como en las hierbas o medicamentos empleados y también reconoce sus limitantes en el tratamiento de la diabetes mellitus.

“Es que yo echo cartas, si una persona viene conmigo le echo cartas, le digo que tiene que hacer. Cuando viene un diabético le echo las cartas pero le digo que tiene que ir al médico y tomar el tratamiento del médico, yo no les doy medicamento, luego les doy unas hierbas que me han servido a mí, que me ayudaron a controlarme (Doña Mónica, adivinadora 2012)”.

Los médicos tradicionales tienen diversas herramientas para estar en un contacto estrecho con los afectados, al actuar dentro del seno cultural y al hablar un lenguaje cultural similar pueden comunicarse mejor con los afectados. Así, ofrecen la cura para la diabetes en sus inicios, el control metabólico de la enfermedad e incorporan a la diabetes códigos culturales propios del contexto local. Los curadores aprehenden nuevos conocimientos de la biomedicina y la autoatención para aplicarlos, como el caso del control terapéutico y el seguimiento médico de los pacientes diabéticos También ofrecen una explicación distinta para una enfermedad incurable, una enfermedad occidental que ha germinado en la población paulatinamente. A través de los relatos de los curadores se puede encontrar que éstos reconocen las limitantes del tratamiento que la medicina tradicional ofrece.

“Cuando llegan ya muy alterados de enfermedad, les digo tomate esto, pero no te lo garantizo porque en realidad tu enfermedad ya está avanzada, ahora, si con la voluntad de Dios al tomártelo se te va a controlar rápido, que vayas a normalizar tu salud, porque no es tan fácil, solamente Dios es el único que nos puede librar de

la muerte, porque si ya has probado un potente vegetal y si Dios te dice, hasta aquí no más, pues ya no hay medicina (Rómulo, el hierbero 2013)”.

“Pues mira, aparte de la medicina naturista que son hierbas, tiene que ser revisada por un médico. ¿Por qué? Porque la diabetes no es una enfermedad cualquiera, es una enfermedad que si hay que tenerle un poco de respeto. ¿En qué forma? No se puede medicar con cualquier medicamento, tiene que llevar un proceso de medicina alopática, en la forma de que no puede sobrepasar la dosis (Herlinda, la curandera 2013)”.

Foto 7. Variedad de tratamientos de un médico alternativo



Fuente: Tomas Loza Taylor 2014.

En este capítulo, se puede apreciar que existen diversas formas de atención empleadas por los afectados durante la irrupción de la enfermedad, quienes se acercaron a otras formas de atención que no necesariamente son las dominantes o hegemónicas. A pesar de sus limitantes, la biomedicina ha logrado

expandir y penetrar dentro de los conjuntos sociales, debido a nuevas formas de eficacia como el control de las enfermedades crónicas y a la protección del mercado de la atención por parte del Estado. Sin embargo, ahora son los grandes mercados (empresas) quienes regulan la atención en la biomedicina pública y privada, con el argumento de que los conocimientos deben estar actualizados y fundamentados en la evidencia científica. La biomedicina pública se ha visto desbordada por la gran cantidad de usuarios, por lo que crea filtros en el primer y segundo nivel de atención y evalúa su práctica de acuerdo con el costo-beneficio que impacta a la institución, excluyendo por completo a los usuarios. El primer nivel biomédico maneja el peso de las enfermedades leves, así como el supuesto control de enfermedades metabólicas que, en Coatetelco, es prácticamente inexistente. Al desarrollar una complicación crónica, los actores son enviados al segundo nivel de atención, donde la cobertura no incluye a las complicaciones crónicas, por lo que la atención se encuentra no sólo disgregada sino estratificada, es decir, los actores tienen que pagar costos dependiendo de su estrato social y del tipo de complicación que padezcan.

La atención biomédica privada resulta ser la forma de atención que menos regulación tiene por parte del Estado, el médico privado puede abrir un abanico de opciones a costos mayores para los consumidores, para atender el control metabólico de los afectados. En el caso de Coatetelco, no se lleva un registro de las personas que asisten a consulta, ni de indicadores que constaten un tratamiento adecuado, aunque existe un segundo nivel de atención biomédica privada donde se manejan ciertos tipos de complicaciones, su costo resulta ser muy elevado para la gran mayoría de la población. Por lo que se puede decir que en Coatetelco predomina una atención estratificada y excluyente, ya que sólo los que tienen un ingreso mayor pueden pagarla.

La medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias sufren el peso de la exclusión legal, sin embargo, compiten en desventaja dentro de la “libre economía de mercado” que engloba a la salud y a la enfermedad; esta competencia ejemplificada en las diversas trayectorias de atención descritas en las narrativas de vida, develan una realidad distinta de la atención médica; realidad cotidiana para los actores que entran en contacto con *otras medicinas*, aprehendiendo sus saberes e incorporándolos al núcleo de su experiencia. Es obvio que la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias no tienen los recursos tecnológicos con los que cuenta la biomedicina, sin embargo, cuentan con otros recursos como el considerar la subjetividad de los afectados y, en ocasiones, el conocer los códigos culturales y el lenguaje que emplean los padecientes.

La autoatención representa el primer nivel real de atención, es la única forma de atención que reinserta constantemente la subjetividad a la enfermedad. Si bien es cierto que existe consciencia de la enfermedad, uno de sus caracteres más importantes es la consciencia de vida. Al mencionar este punto, resalto que la biomedicina introduce a la enfermedad como concepto ordenador, mientras los familiares, vecinos, amigos, conocidos y el padeciente insertan a la experiencia de vida como vehículo para ordenar los significados del mundo y por lo tanto de su enfermedad. La autoatención abarca otros caracteres como el de realizar una función de síntesis, ya que la articulación de los saberes de las diversas formas de atención se condensan en momentos donde los afectados necesitan ser atendidos; en este momento crítico no existe un saber que predomine sobre el otro, sino existe una síntesis de saberes que actúan y que orientan a la subjetividades.

CAPÍTULO VIII: influencia de los saberes y el péndulo de la eficacia y el fracaso

La construcción de los saberes resulta de una compleja interacción social, determinada por diversos procesos como la economía, la política, la cultura y la experiencia de vida de cada persona, estos procesos determinan el flujo y la influencia de saberes en las diversas formas de atención, es decir, los saberes se incorporan desde distintos niveles (transubjetivo-subjetivo o subjetivo-transubjetivo); para que se lleve a cabo esta acción, en ocasiones, es importante que las representaciones sean aprehendidas a través de la experiencia, evaluando de cierta forma las nociones sobre la enfermedad. Esta evaluación resulta ser un evento vital para la transmisión y reproducción de los saberes, así como para la validación de las diversas formas de atención, motivo por el cual se decidió abarcar la influencia de los saberes además de la eficacia y del fracaso terapéutico. Dentro de la trayectoria de esta investigación fue posible distinguir entre dos grandes tipologías de saberes, los populares y los biomédicos; entendiendo que cada uno de estos saberes tiene características distintivas, sus fronteras representan visiones distintas de entender a la vida, la salud y la enfermedad, así mismo buscan ser elementos que dan orden y coherencia a las narrativas y a las representaciones de los actores. Por otro lado, se trató de profundizar en el análisis de las distintas subcategorías emergentes identificadas en la eficacia y en el fracaso terapéutico; eventos que se forjan desde diversas representaciones ya sean éstas matemáticas, estadísticas, utilitarias, así como desde las percepciones, sensaciones, lógicas y emociones, enriqueciendo y complejizando los saberes de los actores de este estudio.

Influencia de los saberes biomédicos en la autoatención

Los saberes biomédicos penetran en cada una de las formas de atención, y por lo tanto, penetran en las decisiones de los afectados. Así, se han distinguido la influencia que los saberes tienen dentro de la autoatención, ejemplificados anteriormente en cómo los actores aprehenden las prácticas y los discursos (representaciones) de los curadores biomédicos influyendo dentro de las causas, detección (diagnóstico), prevención y terapéutica de la diabetes y sus complicaciones crónicas. La biomedicina influye en la generación de nuevos saberes, construyen una parte de los MEs de las personas afectadas y de los familiares que los atienden, incorporan estos conceptos para poder emplearlos como sus propios saberes. Los afectados aprovechan las prácticas más innovadoras de la medicina científica como ultrasonidos, glucómetros, etcétera, instrumentos que tienen la posibilidad de mirar adentro del cuerpo, de ver la enfermedad sin la necesidad de invadir al cuerpo, es decir, el conocimiento deja

de ser exclusivo de los curadores biomédicos y llegan a ser empleados por las personas afectadas, quienes a través de su experiencia aceptan a la tecnología como una herramienta útil para conocer a su enfermedad y significar su vida. Otro elemento retomado desde la autoatención es el de control terapéutico, el cual reconoce que la enfermedad no es curable pero si controlable, así, a través del empleo de hierbas medicinales o extractos de animales pueden lograr el control desde su perspectiva (perspectiva emic).

“Pues vimos que al final que no podía estar, según ella que se inflamaba mucho y entonces ella quería saber lo que tenía, porque ya no le pasaba la comida, el agua, nada; después me dijo- Llévenme mejor a hacer un ultrasonido para saber qué es lo que tengo adentro- Y quería saber que era lo que tenía adentro, decía- Yo siento que algo tengo-. Entonces la llevamos a hacer un ultrasonido y ahí nos dijeron que eran sus riñones que ya no le funcionaban (Selena, hija de Cynthia 2014)”.

Los saberes biomédicos se transmiten de diversas formas, sea mediante la experiencia de vivir la enfermedad y de atenderse en espacios biomédicos, de acompañar al padeciente con el curador alópata, de compartir las experiencias de los afectados a través de los cuidadores primarios y de los familiares que no estuvieron involucrados en la atención, así como por radio, televisión e internet. La cadena de transmisión de saberes resulta ser una interacción social constante, que sigue transmitiendo y enriqueciendo los saberes desde la interpretación subjetiva de los actores. Los saberes se renuevan constantemente, todos los saberes están marcados con el peso de la historia ya que al gestarse dentro de las relaciones sociales, constituyen parte de los procesos históricos humanos como en el caso de la salud/enfermedad/atención.

El curador biomédico, un locutor de la hegemonía

Los saberes de la atención biomédica son creados desde el seno del conocimiento positivista, aunque no siempre es así. El curador biomédico, en su atención, centra su discurso en términos biológicos, pero en algunas ocasiones transmiten saberes que no necesariamente devienen de un saber biológico o científico; saberes que regulan y normatizan la vida de las personas con respecto a un deber-ser aprehendido e incorporado por sus propias experiencias de vida. Destaca, que existen múltiples ejemplos sobre la regulación de la alimentación en las personas con dietas, como la restricción del consumo de pan, tortillas, sal y la nocividad de la carne de cerdo. Estos saberes son ejercidos desde una mirada personal, pero no todo es prohibición, los curadores hablan de alimentos que benefician al cuerpo como la cerveza, las verduras, así como hablan de hábitos como el respeto a los horarios de alimentación. Otro ejemplo de la transmisión de saberes hegemónicos es la monopolización de la eficacia, que engloba cambios

conductuales o de hábitos, como el consumo de pastillas en horarios determinados, donde en muchas ocasiones el médico no explica el objetivo de la terapéutica pero modifica los ritmos de vida de los afectados.

“Por eso dice el doctor-. Su sangre no circula-. No circulaba mi sangre, entonces, después me dijeron que agarrara una botella y que jugara con la botella para que hiciera como movimiento porque sentía que ya no tenía dedos, ya los tenía muertos y, después, esto de acá también me dolía, sentía estaba bien apretada pero me dijeron. ¡Sube tus pies y te acuestas para que tu sangre circule! Es lo que me dijeron, fue por doctores, porque por otras personas no (Reinalda, 2013)”.

Los saberes biomédicos influyen en las diversas formas de atención como en el caso de la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias, ya que incorporan los saberes del diagnóstico y del control terapéutico de las enfermedades crónicas a su mercado de atención. La medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias reconocen sus limitantes de atención y explotan sus cualidades más importantes, al contextualizar al individuo y rescatar su subjetividad, reconociendo en ésta un elemento necesario para la atención. Los curadores de medicina tradicional y alternativa desempeñan un papel similar al de los curadores biomédicos, el de locución y reproducción de saberes biomédicos y populares, aunque también pueden estar en contra de algunas terapias biomédicas de acuerdo con la lógica de sus nociones explicativas.

“E: ¿Usted ha atendido a varias personas con diabetes?”

“H: Muy pocas, muy pocas. ¿Por qué? Porque en mi caso, no trato de darle solución a un diabético, mi intención es decirle qué es lo que padece y darle los pasos que va a seguir, porque también es necesario llevar un control de medicina alopática como naturista (Herlinda, la curandera 2014)”.

Influencia de los saberes populares

Los afectados por diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas construyen las causalidades con respecto a sus saberes, los límites entre el saber popular y de la ciencia positiva son establecidos como parte de relaciones de poder y de relaciones sociales. Los saberes representan una construcción social y son transmitidos a través de las familias y de los curadores de las diversas formas de atención, permitiendo la construcción de los MEs de las enfermedades; los saberes albergan síntesis de causas marcadas por la experiencia de la enfermedad, el padecer y el malestar. Las causas son el punto de partida de los MEs y, por lo tanto, de las formas de entender a la diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas, de la prevención, de los efectos secundarios de los medicamentos o las hierbas medicinales. Los actores involucrados (curadores

biomédicos, curadores de medicina tradicional, curadores alternativos y familiares), son quienes reproducen el saber popular y el biomédico, se involucran en la construcción de un lenguaje cultural para dar coherencia al malestar y al proceso salud/enfermedad/atención.

“Azúcar el cuerpo de por sí tiene, no más que no sé, se nos altera a veces por algún coraje o por un susto, otros dicen que por el refresco, que porque uno toma mucho refresco. La mera verdad, no alcanzo a entender qué es lo que ocasiona; la verdad es porque uno toma mucho refresco, bueno de eso que esta uno gordito, sí porque son las personas que están demasiado pasadas de peso, pues sí debe ser que uno está expuesto a tener esa enfermedad (Don César, 2013)”.

La influencia de los saberes populares en la autoatención

La articulación y tensión de los saberes populares en la autoatención se definen dentro del núcleo familiar, vecinos y conocidos, los cuales opinan sobre la enfermedad de los otros, sugieren tomar medicamentos, hierbas, curar la baja de azúcar de acuerdo con sus propios saberes. En algunas ocasiones, estos tratamientos o sugerencias resignifican y fortalecen el saber de los afectados o familiares bajo el sentido de la eficacia y, en otras ocasiones, estos tratamientos fracasan. Las diversas lógicas que residen en la autoatención pretenden dar sentido y rumbo a los padecientes. El empleo de simbolismos y metáforas es un hecho constante como el empleo de las plantas o secreciones amargas para tratar la diabetes. El control es incorporado y resignificado de acuerdo con sus propias lógicas; la sintomatología a pesar de ser tratada con medicamentos biomédicos sigue respetando su construcción cultural.

“Y compró una pomada que se llama furacin y me echaba todos los días, venía a verme mi hermana y me lavaba el pie y le untaba ahí, lo rellenaba de furacin y ese furacin hizo que me saliera carnita. Pero mi hermana dice que hago enojar el pie, por eso dice que cuando tengas una herida no debes caminar, no debes hacer movimiento porque lo haces enojar y en vez de que se sane se empeora la herida (Reinalda, 2013)”.

Influencia de los saberes religiosos

Las enfermedades pueden tener una interpretación distinta, su causa inclusive puede ser atribuida a una lógica distinta, en este caso la divinidad puede curar o puede enfermar, un ejemplo claro de esto es el Santo Escapulario, donde San Antonio y Santo Domingo se apoderan del cuerpo de los afectados y para poder ser curados es necesario darle gusto al santo. Dentro de las complicaciones crónicas existen diversos relatos que mencionan a Dios como el dador de vida o el

que permite realizar algún tipo de actividad, ya de por sí limitada, para los afectados con complicaciones crónicas o desviarse del control biomédico sin afectar al cuerpo.

“Pues yo creo en las enfermedades porque Dios no quiere que nos enfermemos, el que la hace es Satanás, el hace todo, Satanás hace que se peleen, hace que se maten, cuando tu agarras un cuchillo y quieres pelear, Satanás hasta brinca y tiene gusto (Cynthia, 2013)”.

Tensión y articulación de los saberes populares con la biomedicina

Existe una articulación y tensión constante de saberes en la atención biomédica (hegemónica) con otros sistemas culturales de atención. Los afectados por complicaciones crónicas y sus familiares, son realmente quienes deciden las representaciones más convenientes sobre la enfermedad. En ocasiones, existe un rechazo completo a las representaciones o prácticas ejercidas por la biomedicina, en otras circunstancias son aceptadas. Anteriormente se mencionó que los afectados construyen una síntesis de saberes que al final se impone ya sea para reducir la dosis de medicamentos, para suspenderlo o bien para consumirlo como dicta la norma biomédica. Esta tensión y articulación, se puede notar en los numerosos relatos de los participantes, los cuales comparten un fragmento de su experiencia. ¿Qué sucede cuando los saberes confluyen en un momento histórico encausando la vida y la experiencia de la enfermedad de los afectados? En estos momentos, es importante esclarecer e investigar a los saberes, por lo que a continuación se describe una narrativa donde ejemplificamos la tensión y la articulación entre saberes.

“E: Entonces ¿Por qué fue usted al hospital, si se sentía bien?”

“C: Si, me sentía bien, no me dolía la cabeza, no sentía nada y me mandó el doctor de aquí del Centro de Salud, con unos papeles y unos análisis, y yo nomás llegué, los entregué y ellos me dijeron que necesitaba diálisis. Entonces, yo no sabía cómo decirles, dije que sí. A mi esposo, le dijeron que firmara, y firmó, ya me metieron a la sala en donde se reposan todos los enfermos, cuando en la tarde llega mi hija y me dice- ¿Por qué mamá te vas a hacer eso? Eso está muy delicado, mi suegro se hincha de todas sus piernas y quién sabe como camina y no le dicen que se haga eso. ¿Por qué te vas a hacer eso? Si tú no te hinchas- Pus no sé me dijeron. ¡No pues tu diles que no! -No pues ya les dije que si, ahora ¿Qué hago? Pus tu diles que no. Entonces les dijo mi hija y me dieron de alta un martes; como a las seis de la tarde ya había llegado a mi casa, venía yo contenta. Al día siguiente, me vinieron a ver, estaba yo sentada en la silla, y cuando me quise parar mis pies estaban bien gruesos; ya me vine, me acosté y bajaron un poquito, y que digo- ¡Hay ya no

aguanto mis pies están bien apretados!- Al otro día, de vuelta me senté y se me hicieron grandes, decía yo- ¡No aguanto mis pies!- Después sentí que me empecé a esponjar toda, toda, sentía que tenía dura mi panza, que tenía que ir al baño y no podía, estaba todo relumbroso mi estómago. Entonces digo ¿Qué hago? Ya no puedo respirar, me atacaba el resuello, ya no podía yo subir por el resuello...”

“E: ¿El resuello? ¿Qué es el resuello?”

“C: El resuello es respirar, respirar para arriba. Ya no podía yo, sentía que me atacaba por mi estómago, entonces que digo- ¿Qué hago?- Me andaba revolcando en el piso, me tiraba en la cama, no podía estar, y que me voy a sacarme un ultrasonido, para que me digan que cosa tengo. Pues yo para mi mayor desgracia no encontré ningún doctor, fui a la farmacia Similar, no estuvo, no llegó, yo no aguantaba, ya estaba tirada en el piso, ya no aguantaba.”

“E: ¿Y qué tomó?”

“C: No nada, después que me voy a la Imperial (farmacia), para sacar el ultrasonido y no estuvo el doctor, dije- ¿Qué hago? ¡Hay no!- Pues nos regresamos, ya después que viene mi hija y que me echa manteca acá en mi estómago con un remedio que se llama carbonato, todo me la untó bien y se me bajó poquito, y comí papaya, comí leche con papaya y se me fue bajando, se me fue bajando...(Cynthia, 2013)”

Lo primero que podemos analizar de esta narrativa es que Cynthia nos comparte una parte de su experiencia de enfermedad, una realidad interpretada en su relato que le da significado a su vida; la primer categoría que resalta es la atención recibida por parte de la biomedicina pública, donde un padeciente con complicaciones crónicas asiste a una consulta de seguimiento sin sentir sintomatología, eventualmente es enviado a un hospital de segundo nivel para ser valorado por el médico especialista, quién ofrece la terapéutica de diálisis peritoneal. Ante este hecho tan significativo que implica ser invadido corporalmente, quienes toman la decisión del tratamiento son los padecientes, por lo que Cynthia y su familia finalmente toman la decisión de no aceptar la diálisis. Al salir del hospital, Cynthia comienza con síntomas de falla renal. Este hecho nos permite cuestionar: ¿Por qué presenta los síntomas después de la hospitalización, si anteriormente se sentía bien?, ¿Acaso el diagnóstico biomédico es sentido, incorporado y manifestado?, ¿Por qué decidió no elegir el tratamiento que el saber positivista y hegemónico demuestra que es el mejor?

Los caminos de la enfermedad y del padecer siempre son inciertos, al notar que sus pies “*comienzan a esponjarse*” y que “*le ataca el resuello*”, Cynthia nos muestra un fragmento de los MEs dentro de su padecer, es decir, como interpreta

la enfermedad subjetivamente; lo que constituye un ejemplo de cómo se construyen los saberes a nivel experiencial, social y cultural, los cuales adquieren significados diversos. El relato destaca que el resuello es un mal respirar que hace que la padeciente desespere ante la sentencia de un diagnóstico que ella no reconocía como parte de su cuerpo; en este momento de la narrativa se puede identificar la tensión cultural experimentada por la afectada frente al diagnóstico de falla renal y la experiencia sentida por el resuello.

En gran medida los hospitales públicos cumplen la función de *excluir socialmente* a las personas (Foucault 2010) afectadas por una enfermedad y de organizar la muerte, por lo que muchas de las personas hospitalizadas experimentan el padecer de otros enfermos o la muerte de algún vecino. ¿Será posible pensar en una enfermedad derivada de la medicina tradicional aunque Cynthia no lo exprese verbalmente? Contextualizando el análisis narrativo, podría existir una posibilidad remota de que Cynthia presentara un mal aire, el cuál sucede cuando las personas caminan por lugares pesados, donde hay maldad, cuando están en contacto con difuntos o están en espacios donde ocurrieron muertes. ¿Será el hospital un lugar pesado para Cynthia? No podemos aseverar que es un mal aire, sin embargo, es importante subrayar que la enfermedad forma parte de una construcción cultural subjetiva e intersubjetiva que conforma parte del padecer y del malestar, construcción inexplicable e incomprendida por parte de la atención biomédica (*Biblioteca de Medicina Tradicional Mexicana, 2014*).

Otra dimensión que resalta en el relato de Cynthia es el acto de “*no poder estar*”, de no ser cuando irrumpe la enfermedad en ella, de drenar la totalidad de su existencia ante una sintomatología insoportable, una disertación acerca de su vida y de lo que le sucede al experimentar la enfermedad, en fin una ruptura de su mundo. El dolor o los síntomas “*se convierten en un todo, en una experiencia de la totalidad, no en una única serie de sensaciones sino en una dimensión de su percepción. Fluye del cuerpo al mundo social, invadiendo su trabajo e infiltrándose en las actividades cotidianas* (Good, 1994: 228). En este caso “no poder estar” o “no ser” representa una suma de emociones, sensaciones, percepciones acerca de su individualidad enmarcado en el tiempo y en el cuerpo, lo cual establece limitantes para poder actuar, sentir y vivir; este es el padecer experimentado y posteriormente transmitido a los familiares, quienes ante este evento tan crítico deciden entre todos por la salud y el bienestar de Cynthia.

Es importante analizar las tensiones culturales, económicas y políticas que existen dentro del mundo de los afectados por diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas; tensiones en cuanto se ve a la enfermedad y al cuerpo como un objeto o una mercancía. En el caso de Cynthia, se puede ver que la decisión tomada obedece a que existen en el núcleo familiar otros saberes

distintos a los biomédicos y que prevalecen sobre la práctica biomédica; en este caso se elige la autoatención como estrategia para enfrentar las complicaciones crónicas, estrategia que obedece a una decisión política que influye, no sólo en la existencia del afectado, sino en la familia entera (economía, emociones, distribución de espacios, etcétera).

En este apartado sobre la influencia de los saberes, se pretendió describir la interacción compleja que existe entre las relaciones sociales concernientes al proceso de salud/enfermedad/atención. La influencia de los saberes resulta de un intenso proceso de tráfico, fuga, aprehensión e incorporación de imágenes y actos sociales que sustentan el mundo subjetivo de las personas. Los saberes pueden tener trayectorias entre subjetividades (intersubjetividad) o también desde la transubjetividad a las subjetividades. Anteriormente se describió este proceso, donde se considero que desde los medios de comunicación o las instituciones se pueden penetrar las subjetividades; existen tensiones que resaltan dentro de la vida de los afectados y los curadores, tensiones que hemos expuesto a lo largo de la investigación, que se hacen presentes durante los momentos de crisis. En otras circunstancias, los saberes se articulan para ser aplicados, como es el caso de la autoatención que articula y sintetiza constantemente los saberes y que dota de significado al padecer.

La construcción de la eficacia y el fracaso

La acción de la eficacia y del fracaso se construye a partir de múltiples saberes e integra una parte de la validación social de las formas de atención. Además, también es parte de la aprehensión o del rechazo de los saberes y es, en última instancia, la forma de poner a prueba la representación. En la antropología estructural y la antropología médica crítica se han descrito los conceptos de eficacia (pragmática y simbólica)¹¹ y se ha estudiado brevemente al fracaso. Personalmente, considero que es difícil entender las categorías de eficacia pragmática y simbólica como una distinción polar o de pensamiento por oposición que explica la práctica de las diversas formas de atención (Lyotard, 1991: 15). Esto se debe a que por un lado se destaca a la eficacia pragmática como aquella que emplea la utilidad dentro de la ciencia positiva como base de todo significado, dotando de validez social a la biomedicina y conceptuando a la eficacia simbólica

¹¹ La eficacia simbólica fue descrita por Levi-Strauss como la acción terapéutica realizada por los Chamanes de los indígenas Kuna, la cura se realiza a través del mito, es decir, existe una ciencia salvaje que opera de forma distinta a la ciencia positiva. La eficacia pragmática detenta la explicación positiva o ciencia moderna, estas dos tipos de eficacia al parecer son antagónicas (Levi-Strauss, 1995, Menéndez, 1981).

como aquella que emplea al mito como base de su significado, validando a las medicinas alternativas y complementarias y la medicina tradicional. Es evidente que existen claras diferencias entre los tipos de eficacia y también entre las diversas medicinas. Sin embargo, considero que debe aclararse la forma de denominación de símbolo, ya que éste no sólo implica al mito, sino al lenguaje, a las representaciones, a las prácticas y a la ciencia. *Es indudable que aún en nuestros días existen actividades salvajes de invención técnica, a veces emparentadas con el bricolage, que persisten independientemente de las necesidades de argumentación científica* (Lyotard, 1991: 36). A pesar de realizar esta aclaración, no ahondaré en el tema debido a que no forman parte de los objetivos de la presente tesis, aunque el debate teórico y filosófico sobre la eficacia resulta ser apasionante. Así mismo, me parece que es posible reflexionar que la eficacia y *el fracaso se construyen socialmente, de acuerdo con los valores y expectativas* que generan en las subjetividades y en el colectivo (Le Breton 1990:182), y éstas pueden tener un origen en la ciencia positiva o a nivel sociocultural. Existen múltiples representaciones sobre la eficacia dentro de la cultura y las subjetividades de los actores. Durante el trabajo etnográfico se encontraron las siguientes representaciones sobre la eficacia de curadores y padecientes, como se describen a continuación.

Representación sobre el control para lograr la eficacia

Esta propone el control del tratamiento de acuerdo con una lógica científica positivista, donde los actos y el discurso tienen efectos en las personas al aceptar que la enfermedad no tiene cura, pero que pueden mejorar o prevenir algunas complicaciones al mantener en parámetros normales o por debajo del límite permitido, índices corporales o niveles de compuestos químicos del cuerpo. El control es el intento de llevar un registro y vigilancia extrema para evitar eventos no deseados, lo cierto, es que este concepto pretende llevar a la realidad social y clínica la idea de que las personas controladas son el prototipo a seguir. Existen ejemplos claros de eficacia de control descritos a lo largo de esta investigación, como el acto de hemodiálisis para las afecciones renales, produciendo una mejoría después de que el padeciente se dializa ya que disminuye las toxinas en la sangre. La autoatención llega a emplear la eficacia de control, como ingerir refrescos para tratar una hipoglucemia o, inclusive, emplear plantas medicinales para normalizar la glucosa, lo que podría significar una apropiación de saberes biomédicos para validar sus propios recursos terapéuticos.

La eficacia por parte de la biomedicina se fundamenta en los niveles de evidencia que pueden tener un tratamiento o terapéutica, como en el discurso del control metabólico para disminuir las complicaciones crónicas. En los afectados por diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas, es complejo medir la eficacia

como lo hace la biomedicina, sin embargo, sucede que dentro de sus propias experiencias de vida generan estrategias para hacerlo. La efectividad vista desde los afectados tiene una perspectiva subjetiva, donde se sujetan numerosos sentidos y no se toman en cuenta las tasas de cura y las probabilidades estadísticas, sin embargo, al aprehender esta representación indudablemente se cae dentro del mundo pragmático biomédico (Broom, 2008).

“Yo digo que sí nos hace efecto el muicle, la hierba rasposa, la hierba del becerro y semilla de zopilote, eso te digo porque yo he estado con el azúcar bien alta, anteriormente, pues ya tengo 12 años con la diabetes, entonces, la tenía bien alta y no se normalizaba y ya, siempre estaba bien alta y bien alta, entonces, les platicaba yo ya tengo la diabetes- ¡Ah, tómate esto, te hace muy bien, es muy buena!- Y yo con tal de que me normalizara lo tomaba, yo me hacía yo de todo (Reinalda, 2013)”.

“Por lo menos tratar que la glucosa esté por abajo de 200, ya no pido entre 70 y 120 pero con que esté debajo de 200, pues, no me puedo poner a veces tan estricto por lo mismo que sé que hacen el esfuerzo, pero no tienen para alimentarse adecuadamente, eso pues también ha sido difícil, te digo porque tienen sus costumbres. Para mí por debajo de 200 no me pongo tan drástico, pero si procuro decirles que pueden estar mejor, pues la hemoglobina glucosilada también la traen en 10, en 12, lo ideal que estén debajo de 7 y muchos sí andan bien, sí cumplen, cuando hacen las cosas si se cumplen con los objetivos, pero muchos una vez vienen bien, la otra vez ya no vienen bien, o sea, no son constantes (Leonel, 2014)”.

Representación sobre el dogma para lograr la eficacia

Esta subcategoría denota la representación sobre la terapéutica en relación con la sumisión o aceptación total de ciertos principios, esto se puede ejemplificar en el tratamiento biomédico ante el empleo de medicamentos orales, siendo el medicamento de patente mejor que el de los servicios de salud o el tratamiento con imanes, el cual tiene que ser un acto constante para poder sanar, así como la lógica mercantilista de que los curadores más caros son los mejores. En los relatos de los curadores, destaca la medicina tradicional que sugiere a la fe como un elemento esencial para el tratamiento.

“Como que yo me sentía un poco mejor con aquellas pastillas, no sé si porque serán más fuertes o no sé, pero como que me sentía un poco mejor, pues esas también tienen su función pero como que me sentía un poco mejor con esos medicamentos, no sé si porque estos sean de acá del Centro de Salud, que

vengan más rebajados o quién sabe, pero el caso es de que algo paso ahí (César, 2013)”.

“En mi caso yo soy una persona que le puedo decir que soy hierbera yo curo con hierbas y han dado resultado, pero consiste mucho en la fe. En que crean que es el medicamento, el tratamiento curativo, consiste mucho en la fe, si la fe no existe no existe la sanación (Herlinda, la curandera 2013)”.

La insatisfacción hacia la práctica biomédica hegemónica lleva a los afectados a probar diversas terapias, éstas son interpretadas y representadas desde una eficacia distinta, una eficacia donde se juzga la enfermedad de acuerdo con la subjetividad y la experiencia que adquieren los afectados con el tratamiento, más que orientarse en guías clínicas o estadísticas. Así, otras formas de atención entienden la acción ejercida en la persona más que en la enfermedad, indagan en la subjetividad de las personas para ser una herramienta de eficacia.

Representaciones sobre lo paliativo como eficaz

Las representaciones paliativas demuestran la mitigación del síntoma, esto resulta un elemento importante de análisis ya que al manejar el síntoma (dolor, tristeza, resuello, etcétera) se modifica la percepción del mundo, de una u otra forma se puede tolerar la enfermedad y, por lo tanto, se transforma el padecer. Los participantes en el estudio aportaron ejemplos de representaciones sobre lo **paliativo** como el empleo de hipoglucemiantes para mejorar la diarrea y la orinadera, mejorar el apetito o dormir bien. Otros ejemplos son, el efecto de la transfusión sanguínea ante una anemia por falla renal y el efecto de la hemodiálisis al mejorar la respiración y lavar la sangre. Los curadores conocen los efectos de los medicamentos y los emplean como paliativo para aminorar los síntomas, como en el caso de la insulina que aumenta de peso o los medicamentos para disminuir el dolor en las extremidades. No se encontraron representaciones de eficacia paliativa en la medicina tradicional o las medicinas alternativas complementarias, aunque creo que la paliación de síntomas no exclusivo de la biomédicina.

“Me colocan en un sillón, me acuestan e inmediatamente sacan otra manguera de la máquina y conectan a las mangueritas que están aquí y empieza a trabajar la máquina, luego doctor, cuando yo salí, salí más tranquilo, pues me sacaron, no alcanzaron a sacarme todo el líquido que yo tenía almacenado, quedó una parte para la siguiente sesión de hemodiálisis, pero cuándo yo salí, ya salí más livianito, ya podía caminar, los pies se me deshincharon (Aldo, 2014)”.

“Ven a un paciente diabético malo y cuando lo ven bien, tengo un buen de ejemplos. Venía un tipo en silla de ruedas, esta amputado, así, flaco, flaquito hasta parecía que era un secueliado y era diabético. Le empecé a poner insulina, ¡No mejoro! Me trajo a su mamá flaquita, flaquita, bueno tenía una nieta la señora, la vieron tan mal a la señora que pensaron que no iba a llegar a los quince años de la nieta, adelantaron los quince años de la nieta para que estuviera la abuelita presente, les dije- Denme chance un mes- Le puse la insulina, se recuperó la señora, bueno, ya van tres años de eso y ahora viene solita por su insulina, antes, se la voy a quitar (Leonel, 2014)”.

Representaciones sobre lo empírico como eficaz

Es la eficacia que le da sentido a la experiencia de los que lo emplean o quienes lo recomiendan. La recomendación puede ser desde que asista con un médico según la experiencia transmitida entre las redes de apoyo o las redes sociales, así como que utilice tratamientos empleados en la autoatención como las untadas y las hierbas medicinales. Los curadores también hacen uso de esta eficacia, al ganar renombre con sus tratamientos, como ocurre con los curadores de la medicina pública cuando son recomendados o cuando los padecientes recomiendan tratamientos a los médicos tradicionales y de las medicinas alternativas y complementarias.

“Sí, la primer semana fuimos los días seguidos, el sábado y domingo no fuimos, fuimos hasta el lunes, que nos dice la señora de los imanes, ¡Pos si sabían, la hubieran traído desde cuando! Pues es que nosotros no sabíamos que existían. Dice- ¡No! sus riñones aunque poquito ya le empiezan a funcionar, no la dejen de traer, ya tráiganla. Me empezaban a contar ahí todas las gentes que iban, que si habían muchos que iban más pa allá que pa acá y se componían (Selena, 2014)”.

Representaciones sobre el contraste como eficaz

Es la eficacia que se da a la terapéutica con respecto a su organización sensorial, en este caso, empleo el término de contraste como una proyección de sentidos semánticos distintos (contrastantes) que permiten generar un significado a las subjetividades que las emplean, por lo que la construcción de la eficacia deviene de la parte concreta de la percepción y la generación de una representación, como el caso que nos comparten los participantes al relatar que el sabor amargo de plantas medicinales o extractos disminuyen el azúcar en la sangre, el color rojo (de algunas plantas) limpia la sangre, algunas hierbas devuelven el color corporal, sueros pintados aplicados por la medicina biomédica

generan en el afectado un sentido de eficacia, así como plantas que pintan las heridas y mejoran a los afectados con pie diabético.

“Pues yo me voy con el doctor particular (César) ese si me quita el dolor, me pone suero y me inyecta, pero me cobra caro 3000 pesos, tengo que juntar para que me ponga una inyección en las venas y me ponga suero, esa inyección que pinta el suero, me baja el azúcar me inyecta aquí y aquí (señala su abdomen) y se me baja el azúcar, luego me dijo que tengo que ir el otro mes para volverme a poner suero y a inyectarme, pero ahora no tengo dinero, pero en cuanto tenga voy (Vegano, 2013)”.

“Si usted va a mezclar lo rojo con el azul, va a hacer usted una pasta de lo rojo con el azul (lo rojo es la sangre y el azul la diabetes). ¿Qué vamos hacer? Le damos la hiel de toro que es blanca ¿Cómo vamos a tratar de invadir lo rojo y el azul? Si lo más que va ganando es el rojo ¿Cómo va a poder eliminar el azul o eliminar el rojo, cuando en medio va la hiel de toro que es blanca? Una apariencia y ¿Cómo vamos a combatirla si ya está avanzada? Ya no se puede. ¿Cómo vamos a combatirla? Cuando apenas está principiando el color rojo con el color azul, hay que meterle lo blanco para empezar a invadir lo que es el problema de la diabetes, lo rojo y lo azul hay que separarlo porque en medio va lo blanco que es la hiel de toro (Herlinda, la curandera 2014)”.

Los contrastes pueden estructurar el sistema conceptual ordinario de la cultura que se refleja en el lenguaje cotidiano, son capaces de dar significado a la experiencia y residen dentro del mundo subjetivo, ya que cada actor puede dotarles un significado distinto o compartir con otros actores su sentido. En este caso, se puede ver como elementos de contraste se estructuran para dar un significado particular que, posteriormente, puede extenderse a nivel social consolidando el mundo de las representaciones sociales.

Representaciones sobre la utopía en búsqueda de la eficacia

Es la proyección que se hace sobre un tratamiento que no existe y que podría ser asertivo para curar o mejorar la sintomatología de la enfermedad; *las utopías consuelan ya que no se desarrollan en un lugar real, se encuentran en el filo del lenguaje, en la dimensión fundamental de la fábula* (Foucault 1968: 3). Durante la investigación los actores relataban la necesidad de sentirse mejor, de tener fuerzas o bien aminorar los dolores provocados por las complicaciones crónicas, anhelando un medicamento o terapia que los socorra. No se identificaron en los relatos de los curadores este tipo de narrativas, sin embargo, éstas existen dentro del ámbito científico positivista, como el estudio de los genes y receptores moleculares y toda la ilusión tecnológica que genera un discurso para mantener el

anhelo de un mejor control o la cura. En el momento en que la utopía deja de ser fábula la eficacia se transforma y se convierte en un nuevo elemento de significado (heterotopías).

“Yo quisiera que hubiera un doctor que me dijera te voy a cobrar tanto, te voy a dar esta medicina y más o menos te vas a sentir mejor; yo pienso que no hay, porque aquí fui (al Centro de Salud de Coatetelco), a Tetecala, a los particulares, nada más me ponen suero, sí me controlo, pero ahora no he ido porque no tengo dinero, pues (Vegano, 2013)”.

Representaciones sobre la prevención y la eficacia.

Es la práctica que realizan afectados y curadores para prevenir la diabetes de acuerdo con sus representaciones. Para los curadores es el autoreconocimiento a su trabajo, como es el caso del proselitismo de las campañas de salud donde se resaltan los datos de las localidades más afectadas por diabetes, así mismo las acciones (campañas) realizadas para disminuir los índices de mortalidad, así como las medidas preventivas que emplean los curadores tradicionales para prevenir la diabetes, ya sea a través de hierbas o extractos, en muchas ocasiones estas tan sólo son una representación ideal. Otro ejemplo es el control metabólico de la diabetes mellitus la cual previene las complicaciones crónicas.

“Yo creo que las campañas nacionales de prevención si sirven para dar a conocer a nuestro gobierno, que tan mal estamos en cada localidad o en nuestro estado ¿No? En cuanto a salud (Jerian, 2013)”.

“Luego me dice una señora, que cuando usted tenga un susto o un coraje no tome nada de agua, usted agarre un limón y chúpesele, así es lo que me dijo la señora, ese día que vinieron a decir de mi mamá, ya pedí agua, pero mis hijas me trajeron un limón y no me dieron agua (Bilma, 2013)”.

La eficacia forma parte de la construcción de las representaciones culturales, de los tratamientos, del padecer y del malestar. Existen distinciones entre las formas de atención. Por un lado, el saber biomédico o hegemónico busca dominar y significar la eficacia mediante un discurso científico; a través de la validación de estudios se apropia y monopoliza la atención de la enfermedad. En cambio, los saberes populares demuestran una flexibilidad para probar múltiples tratamientos y tienen otros conceptos de eficacia. Las diversas formas de atención no se adscriben a una sola forma de eficacia, ésta se desarrolla desde la experiencia individual y social, por ensayo-error, por estudios controlados y

comparativos, a través de la experiencia de los consumidores, de los resultados y las sensaciones que obtengan. La eficacia se mueve dentro de las estructuras de poder generadas por un *régimen de conocimiento*, ya sea dentro de nuestras propias experiencias, dentro de las relaciones humanas o mediante el deber-ser del colectivo que domina y controla las subjetividades de las personas. *Todo proceso que tenga un elemento de significado, tiene como consecuencia* quedar atrapado en los reinos del poder (Foucault, 1988). La eficacia existe en cuanto comienza a tener una acción y, por lo tanto crea significados, le da sentido a nuestro cuerpo y a los tratamientos que empleamos para sentirnos vitales.

Los distintos tipos de representaciones sobre la eficacia construye el significado social de la enfermedad (malestar); las diversas formas de atención emplean una gran diversidad de representaciones que interaccionan durante el acto clínico, así una píldora puede estar impregnada de sentidos pragmáticos y paliativos, el consumo de muicle se acompaña de una representación de eficacia empírica y de contraste, la asistencia a un curador puede evidenciar la interacción entre la utopía y el contraste. La eficacia es un punto clave para la validación social de los MEs, así como para la generación de confianza en la terapéutica y la reproducción de los saberes.

El otro lado del péndulo: el fracaso

Representaciones sobre el fracaso por desatención

La desatención forma parte de los procesos estructurales de la salud/enfermedad, es la contraparte del eje de la atención, *la cual esta mediada simbólicamente y mantiene connotaciones trascendentes como los factores biológicos, pues expresan y motivan relaciones, conflictos de intereses y valores políticos y culturales* (Hersch, 2013: 512). Así, el fracaso por desatención recae sobre las distintas formas de atención y también en los actos colectivos de los sujetos afectados. En las narrativas compartidas en esta investigación se describen que, en ocasiones, los afectados no se atienden de forma adecuada al no prestar atención a la enfermedad, es decir, se relega el síntoma a un segundo plano al acostumbrarse a vivir con la molestia. Las instituciones públicas aumentan la cadena de desatenciones al banalizar el problema de la diabetes y al observar que existe una gran cantidad de personas afectadas y mal atendidas. No se identificó desatención en la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias, aunque éstas también pueden involucrarse, al banalizar o minimizar el problema de esta enfermedad tan devastadora.

“Pues yo ya veo borroso de un ojo, nunca he visto a un médico de los ojos, nunca me han dicho que lo tenga que ver, es difícil llevar la enfermedad, a veces no voy porque no hay medicamentos, no hay para hacer análisis, a que voy a perder el tiempo (Alma, 2012)”.

“Cuando yo vi que ya me estaba bajando mucho de peso y ya empezaba a sentir más debilidad, fui, entonces recurrí a un médico, pero tuvieron que pasar varios años para hacer caso de eso, porque no me sentía mal, me sentía bien, bien, pero la enfermedad iba avanzando, al no atenderme (Don Aldo, 2014)”.

Representaciones sobre el fracaso por desconfianza

Esta categoría demuestra la duda o desconfianza generada por los afectados ante las formas de atención; el fracaso por desconfianza proviene de la dimensión subjetiva de los afectados o familiares, los cuales encuentran significados que generan rechazo. El carácter mercantil de las formas de atención (cobro alto o bajo) puede crear desconfianza, también se puede desconfiar de la calidad de los productos ofrecidos en la atención o de todo el contexto donde se desenvuelve la atención.

“Le contesté al curandero- ¡No traigo nada, no traigo nada, apenas si pude conseguir para el pasaje!- Y yo llevaba algo, no llevaba lo que me dijo (15 mil pesos) pero si algo yo llevaba, le dije- ¡Es que no pude conseguir! Pero empieza a trabajar no te preocupes, yo te consigo el dinero- Dice- ¡Bueno, entonces, vienes dentro de ocho días, ya para empezar a trabajar!- Nos salimos para fuera, y que me dice mi esposa- ¿Cómo ves, le creíste?- Le digo- Francamente no. ¡Por mí no más nos quiere sacar dinero y luego no tenemos pues, no, no creo que sea de eso!- Y vivió como 10 años más todavía mi esposa y él me había dicho que en un mes ya no iba a estar por que la habían embrujado, por eso ya no me creo (Don César, 2013)”.

Representaciones sobre el fracaso por conflicto entre saberes

Esta subcategoría explora el fracaso entre los saberes biomédicos y populares durante la atención. Según los afectados, el empleo de algunos medicamentos biomédicos puede alterar el cuerpo, de acuerdo con sus representaciones culturales, la insulina se identificó como un medicamento caliente y, en ocasiones, la diabetes puede ser caliente cuando deviene de un coraje, enojo o susto, por lo que puede aumentar el calor interno y perjudicar al cuerpo. También se piensa que la insulina es dañina para la sangre, altera la vista, ocasiona que los ojos se hagan pequeños y hace que el pelo se caiga.

“La insulina dicen que es caliente, porque por ejemplo que hiciera mucho coraje y que esté tomando mucho medicamento, dicen que se pone uno negro y si es cierto porque una vez hizo corajes y estaba con medicamento y nada más se puso negra, negra...(Selena, 2014)”.

Representaciones sobre el fracaso por efecto secundario del medicamento

Esta subcategoría condensa las representaciones que los actores relataron sobre los efectos que causan en sus cuerpos los medicamentos o hierbas empleadas. Entre estos, destacan los medicamentos biomédicos como el tramadol (analgésico) que provoca mareo, los hipoglucemiantes orales que amargan la boca y producen lesiones en la piel (alergias), la insulina que puede llevar a un deterioro mayor y ocasionar alteraciones en los ojos o llevar a la muerte según los afectados, las cremas para las neuropatías que ocasionan ardor en la piel y las hierbas medicinales para la diabetes que quitan el hambre. Los medicamentos o hierbas medicinales son algunos de los vehículos terapéuticos de las distintas formas de atención, los cuales al interactuar con el cuerpo desencadenan una respuesta biológica que puede mejorar o dañar a los usuarios. Las respuestas a los medicamentos o hierbas, lejos de ser una respuesta biológica aislada tiene una consecuencia social, sea la suspensión, disminución o cambio de la terapéutica.

“Yo veo que no me ayuda nada (isoconazol en crema) porque me arde, hay veces que me arde mucho, y hay veces que definitivamente no (Reinalda, 2013)”.

“No, le digo, por una parte las hierbas medicinales a veces te lo baja, te lo quita, pero te quitan el hambre, no comes (Don Vegano, 2013)”.

Representaciones sobre el fracaso por falta de mejoría

Esta subcategoría condensa las representaciones sobre las terapéuticas que fracasan al no mejorar las condiciones de los padecientes. Dentro de las narrativas se identificaron todas las formas de atención. En la biomedicina, no se atendieron sintomatologías como el insomnio, el dolor de las neuropatías, las limitaciones físicas, el descontrol constante, y algunas complicaciones asociadas a la diálisis. La medicina alternativa, puede fracasar ante los pobres resultados obtenidos en las complicaciones crónicas como falla renal y dolor neuropático, lo cual genera desconfianza en los padecientes. La autoatención fracasa al emplear terapéuticas biomédicas al inicio de la enfermedad como el alka-seltzer descrito en narraciones anteriores.

“Una vez que me operaron de los ojos, veía yo los rayos del sol así grandotes,

largos hasta allá, pero ya me fueron a checar de que si veo, no pus no podía alcanzar a ver las letras (Cynthia, 2013)”.

“Lo caliente del cuerpo es bien cabrón, yo casi el tratamiento de las pastillas lo llevaba, tantito pues, porque no, porque si las tomaras te controlara, a la hora de comer pues podrías comer, te digo si comes hartas tortillas es pura pipi, comes carne, tienes que comer la verdura nomás hervida sin grasa nada, nada, pero nada no asienta doctor (Don Vegano, 2013)”.

Representaciones sobre el fracaso por comparación entre ofertas terapéuticas

Esta categoría condensa el fracaso representado por los afectados al comparar las terapéuticas empleadas desde las distintas formas de atención, creando un acto de competencia dentro del mercado de las enfermedades. La competencia es siempre asimétrica porque la biomedicina es la forma de atención que predomina en el mercado, por lo que es uno de los puntos de comparación para los usuarios de las otras formas de atención. La competencia entre ofertas se gesta dentro de la atención biomédica (medicina pública vs privada), donde el péndulo del significado oscila entre la eficacia y el fracaso. Debido a la gran penetración de la medicina biomédica, en la mayoría de las narrativas de los participantes se identificaron diferentes fracasos en relación con las ofertas terapéuticas. Esto puede ser expresado en varios ejemplos de fracaso, como: el no salvar las extremidades ante una infección y no restaurar la parte corporal afectada; en la realización de procedimientos quirúrgicos oftalmológicos; en la labor de convencimiento sobre las enfermedades crónicas y sus complicaciones y en el uso adecuado de los medicamentos biomédicos.

“Todo me dio, me puso medicinas para destaparme, porque también como que no podía hacer del baño, me ponía dos ampolletas para destapar las venas y todas las curaciones, me sacó análisis y luego, me las entregó al otro día, y luego vine al doctor de la Clínica Sofía, le dije- Pues aquí no me anestesiaron- Me pusieron una inyección aquí (me señala la zona interdigital). El de la clínica no me anestesió, no sé cómo me hicieron porque no me anestesió ese doctor, el doctor César, me lo curó bien, ya no me retoño, el otro doctor de la clínica me lo infectó (Cynthia, 2013)”.

“Jerian me comentó de un caso de una niña de 15 años con diabetes que no quiere aplicarse insulina y lo necesita, ya que sus glucemias han llegado por arriba de 300, le hicieron varias veces visita familiar y no quiere aplicarse el tratamiento (Diario de campo, 2013)”.

El fracaso y la eficacia conforman el significado de la validación social de las atenciones, ambos se inscriben dentro de significados subjetivos, perceptivos y experienciales. Conforman y resignifican a los MEs empleados por los afectados y las formas de atención. El péndulo de la eficacia y el fracaso se encuentra en un ciclo constante, dentro de la construcción del malestar (significado social de la enfermedad). Al hacer un análisis de su acción, se puede identificar que el malestar se encuentra dentro de un momento histórico y los saberes que los circundan son enormes y dinámicos. La eficacia tiene una estrecha relación con el fracaso, aunque ambos no tienen el mismo significado social. Un actor puede estar dentro del péndulo de la eficacia-fracaso entre dos formas de atención con significados distintos (fracaso por desatención-eficacia paliativa), la acción que promueve la eficacia y el fracaso depende la subjetividad de las personas, del curador, de los saberes que se emplean durante el acto clínico-terapéutico, de la cultura y de las instituciones que estén involucradas (IMSS, SSA, ISSSTE, medicina privada, etcétera). Esta compleja interacción inserta, renueva y transmite diversos saberes en los afectados, aunque las representaciones sobre la eficacia, en muchas ocasiones, suelen ser una representación ideal dentro de la realidad social en la que viven los afectados con complicaciones crónicas, donde todas las formas de atención y principalmente la biomédica fracasan en la atención de la diabetes mellitus.

CAPÍTULO IX: entre las dimensiones de la experiencia

La vida se extiende dentro de diversas dimensiones, las cuales discurren a través de la experiencia, así se conforman mundos personales y colectivos que coexisten antes y durante la enfermedad. La experiencia de estar enfermo forma parte de la vida y se entiende como algo distinto a la enfermedad en sí. *La experiencia de la enfermedad se concreta en cómo y quiénes sufren, los miembros de la familia y el conjunto de la red social perciben, conviven con y responden a los síntomas y a las incapacidades que genera la enfermedad* (Kleinman, 2004:19), sin embargo, la experiencia de la enfermedad no sólo abarca las alteraciones corporales, sino también dimensiones económicas y socioculturales. En este capítulo se retomaron seis categorías (alimentación, consumo de alcohol, violencia, limitaciones físicas, emociones y muerte) y se trató de relacionarlas con la diabetes mellitus y sus complicaciones. Las categorías fueron consideradas de forma retrospectiva para reconocer como era la vida de las personas anteriormente y cómo se ha modificado. Se buscó contextualizar cada categoría de análisis para relacionar las experiencias de vida con la enfermedad, así como relacionar la experiencia de la enfermedad con las vidas de los actores. Desde mi opinión, vida, enfermedad y muerte son parte de un continuum y una expresión de la existencia social y, en consecuencia, la experiencia de la enfermedad forma parte de los procesos históricos, políticos, sociales y culturales.

Somos lo que comemos: alimentación, platillos y bebidas.

La alimentación y el acto de comer al igual que la vida y la muerte son eventos distintivos dentro de los grupos humanos, la alimentación comprende *la obtención de alimentos, su conservación, acondicionamiento y distribución hasta su llegada a la cocina. Pero además “obtenerlos implica que se han establecidos consensos entre lo que se encuentra disponible en la naturaleza con la sociedad y cada persona para establecer aquello que puede considerarse alimento. Es así como se inicia la transformación de natura plena y palpablemente en cultura, y que continúa al convertir los alimentos en platillos y bebidas, disponibles para entrar a la etapa de su consumo, dentro de una compleja estructura social y cultural”* (Vargas, 2008: 89), *el acto de comer es también un acto impregnado de significado para la existencia social de las personas, en ella podemos encontrar elementos culturales, sociales, económicos, estéticos, emocionales y ecológicos, los cuales influyen y conforman una parte de nuestra realidad* (Mintz, 1985). Durante la investigación realizada en Coatetelco, los participantes compartieron numerosos relatos sobre la alimentación y las comidas, siendo una de las categorías más extensas y significativas. Durante la codificación, se distinguieron

las siguientes subcategorías con respecto a la alimentación y las comidas: **alimentación pasada, alimentación cotidiana, frecuencia de las comidas, comidas durante las festividades, comidas buenas o malas, alimentos industrializados, consumo de refresco, irrupción de las enfermedades crónicas y dieta**; cada una de estas subcategorías explican un fragmento de la realidad colectiva de los afectados.

La alimentación y la comida conforman parte de nuestra historia como sociedad, mirar al pasado (**alimentación pasada**) permite distinguir numerosas formas de alimentación que anteriormente se consideraban elementos básicos, primarios, secundarios o periféricos que fueron desplazados por otros productos (Vargas, 2007); estos productos conformaron lo que ahora somos y como vivimos, forman parte de nuestro pasado encarnado e incorporado durante la experiencia de miles de años.

Los alimentos básicos son la parte elemental de la alimentación, generalmente cereales y almidones, los alimentos primarios son aquellos que se han transformado biológica y culturalmente junto con los alimentos básicos y que se combinan en la cocina. Durante las entrevistas y la observación participante fue posible identificar alimentos básicos que perduran como el maíz, alimentos primarios como semillas de diversos tipos guamúchiles, cacahuates, pepitas, guajes, así como calabazas y jitomates, principalmente. Otros tipos de alimentos son los secundarios, aquellos que son apreciados por la población y no son consumidos de forma frecuente, como guajolote, gallina, pescado y cerdo. Un elemento rescatado durante las narrativas fue que antes no se utilizaban hormonas ni ambientes de invernaderos, en la actualidad, estas prácticas fueron introducidas y al parecer esto ha influido en las enfermedades de los pobladores. Finalmente, se narran los alimentos periféricos que representan el círculo externo de la alimentación, conformado por guayabas y ciruelas, estos alimentos son productos de temporada y permiten variar la dieta de las personas (Vargas, 2007).

“Anteriormente comíamos guamuchiles, a nosotros así nos crió mi mamá, trae mi papá guamuchiles en un morralazo, nos hacía tortillas y un chilito de molcajete con tres jitomates y un chilito, más jitomate que chile y nomás con guamuchil y ya, ya almorzábamos, si no había guamuchil despedazaba jitomate. No sé dónde iba doctor sacaban semillas y jitomate le daban, nomás la semilla (Bilma, 2014)”.

“Antes cuando chingados había gallinas de granja, ya ve como ahora hay invernaderos de plantas, jitomates, ya ni bueno (Vegano, 2014)”.

Durante la investigación se identificó cual era el sustento cotidiano (**alimentación cotidiana**) de las familias, es decir lo que llegan a comer. Dentro de la división de los alimentos anteriormente descritas, entre los básicos destaca al maíz y sus derivados en comida (tortilla, tamal, sopes, memelas, clacoyos y gorditas), el arroz el cual se siembra alrededor de la laguna y a las bebidas azucaradas (refrescos). Dentro de los productos primarios narrados, se identificaron las verdolagas, la col, el brócoli, la coliflor, distintas variedades y derivados de calabazas (pipiana, calabacita, chilacayote, castilla y flor), el frijol, el haba, distintas variedades de semillas, el jitomate, el tomate y las cactáceas como el nopal, aunque existe un pobre consumo de verduras debido a lo elevado de sus precios en el mercado. Los campesinos sólo consumen verduras durante ciertas temporadas. Los alimentos secundarios encontrados son huevo, guajolote, pollo, cerdo y sus variantes de carne enchilada (cecina enchilada), carne de res y su variante salada (cecina), pescados como el bagre y la mojarra de la laguna de Coatetelco, siendo el pescado el alimento que más se consume debido a la accesibilidad de sus precios. Los productos periféricos descritos son naranjas, mangos, sandías, manzanas y nanches. Todos los productos son cocinados en diferentes platillos, moles, guisados y sopas entre otras, los participantes relatan que el aumento del consumo y la **frecuencia** de las comidas y el tipo de alimentos es uno de los determinantes de la diabetes mellitus. Lo que llama la atención es que ahora las familias integraron dentro de los alimentos básicos para su consumo cotidiano a los productos azucarados como los refrescos, esto se puede comprobar al relacionarlo con el incremento paulatino del consumo per cápita de azúcar en México, el cual ha incrementado exponencialmente (Bertran 2010).

“Me invitan a comer un taco y yo les agradezco el gesto pues moría de hambre, me dieron un caldo de huesos de res y tortillas hechas a mano. El caldo estaba condimentado con cebolla y ajo, y tenía bastantes verduras como zanahoria y brócoli. En la mesa, había unos huevos en salsa roja y también unos chiles curados con cebollas (Observación participante, casa de Vegano, 2013)”.

“Es que la agua no la consiente mi estomago por eso tomo refresco, entonces como voy a bajar la comida, tengo que bajar con algo mi comida porque si no luego no baja (Cynthia, 2013)”.

¿Porque existen estos cambios en la alimentación? La alimentación actual es el resultado de la producción, distribución y consumo de productos que llegan a la mesa de las personas (Mintz, 1985), es un elemento vital para estar en el mundo, elemento vinculado a múltiples representaciones culturales y sociales, donde la cadena de consumo aterriza en el paladar de las personas. Somos

consumidores de significados dentro de la historia, esto nos permite transformar constantemente nuestros gustos, ajustar nuestro paladar de acuerdo con la producción y distribución del mercado. Esta cadena de significados finalmente recae dentro de la percepción de las personas, probamos la realidad y ésta constituye una parte de nuestra experiencia, experimentamos en nuestro cuerpo una pequeña muestra de la producción industrial en una bolsa plástica de alimento o un refresco. Coatetelco no está exento de los procesos históricos alimentarios, los participantes nos compartieron que no consumen **alimentos industrializados**, sin embargo, durante la observación participante se noto un consumo constante de comida chatarra.

“Por ejemplo, yo veo que mucha gente come las esas maruchas y a mí no me gustan, no me gustan porque cuando vamos a las plásticas, me dicen que las sopas maruchas son puro plástico. Entonces, no me gustan porque yo luego le digo a mi hija, yo para esa marucha prefiero hacerme una sopa aguada y yo me la hago a mi gusto (Reinalda, 2013)”.

“Por ejemplo, porque ahora ya ves venden muchas cosas. ¡No, pues que vete a comprar, churritos! Cosas de esas, no todo eso hace mal. Aquí le llaman comida chatarra y todo eso también afecta el cuerpo, no más que mucha gente, o sea no entendemos, porque yo sé que hacen mal y de vez en cuando yo también he comprado. Aquí en la escuela prohibieron vender toda esa clase de comida porque muchos niños están bien gorditos (César, 2013)”.

El **consumo de refrescos** tiene significados particulares en los actores entrevistados, ya que al parecer produce una sensación de bienestar. La coca-cola se identificó como el refresco más consumido y ofrecido a las visitas. Es un elemento de la alimentación que no sólo está dentro de los productos básicos, sino que se emplea para estrechar vínculos sociales. Esto es un claro ejemplo de la emergencia y la transformación de significados en la alimentación y las comidas, es decir, existe una transmisión del significado externo (condiciones externas al ámbito doméstico) al interno (condiciones íntimas o familiares), es decir una transmisión del gusto individual influido por el significado social (Bertran, 2010, Mintz, 1985). Durante la etnografía, se detectó como los refrescos pasaron de ser elementos de consumo ocasional para ser considerados de consumo necesario, ya que los entrevistados mencionan que les ocasiona una “sensación de llenarse, de estar satisfechos” (plenitud). Por lo tanto, el consumo de estos productos modifica no sólo el paladar sino también la forma de relacionarse, es decir, la experiencia puede ser influida desde la cadena de producción industrial que ofrece e impone nuevos productos, como las bebidas azucaradas, que

penetran en el mundo cotidiano de las personas y dentro de su mundo cultural (festividades y actividades rituales).

“Bilma me invita un refresco el cual yo rechazo, ella me comenta- Es que por eso está tan flaquito verdad, aquí la gente cuando uno hace una fiesta o uno va a una casa, si no da refresco hablan mal de uno, dice que uno es codo, por eso en la fiesta dimos refresco y cerveza no importa que se desperdicie uno tiene que dar, a mi si me gusta el refresco (Observación participante, casa de Vegano 2013)”.

“Mucha gente ha muerto, yo he oído, luego vamos al centro y platican, no que fulana apenas empezó y ya se murió, porque no se cuida, no dice -Hay que tomar coca, porque de todos modos nos vamos a morir (Cynthia, 2013)”.

Foto 8. Camión repartidor de Coca-Cola en Coatetelco



Fuente: Tomas Loza Taylor 2013.

Los rituales que involucran el **comer en festividades**, en ocasiones pueden conformarse de comidas inusuales u ordinarias, que toman un significado diferente en el contexto ritual (Mintz, 1985: 151). Sin embargo, ese nuevo significado está influido por una historia económica de trasfondo, como los procesos de extensificación e intensificación, es decir, como se mueven los símbolos desde la producción alimentaria a los consumidores (extensificación) y los nuevos sentidos del gusto (intensificación). Durante la estancia en Coatetelco, pude notar como en las distintas festividades religiosas, bautizos, bodas y santos se consumen una

alta cantidad de refrescos, alimento que adquiere un nuevo significado al introducirse en las festividades, así como una gran cantidad de alcohol acompañando al refresco. Durante los rituales, también se consumen animales como pescado (en cuaresma), res, chivo o cerdo, los cuales se matan un día antes o el mismo día.

Foto 9. Comida ofrecida en un Santo Escapulario



Fuente: Tomas Loza Taylor, 2013.

Existe una distribución de género para preparar los alimentos, los hombres matan, destazan y cocinan la carne, mientras que las mujeres se encargan de preparar tortillas, sopes, frijoles y tamales. ¿Por qué esta distinción de género al preparar los alimentos? Durante la etnografía tuve la oportunidad de colaborar con los hombres para matar y destazar una pobre vaca; esta práctica resulta ser una organización poco usual para cocinar alimentos donde el género masculino participa activamente. ¿Acaso será esto una organización ritual prehispánica? Finalmente, en la comida de los velorios se elaboran una gran cantidad de productos con azúcar y en el huentle (ofrenda) se colocan tamales, atole, chocolate, cacahuates, mole verde, pan dulce y refrescos; algunos de estos productos se preparan con grandes cantidades de azúcar. Muchos de estos

productos no formaban parte de los alimentos básicos o primarios y, paulatinamente, fueron penetrando en la existencia social de los pobladores.

“Le digo- Prepárales de una vez para que coman, para ver si ya nos sentamos a comer y ya no hacemos más tortillas-. Y pues no, nos ganaban así rápido. Estaban acapeando los sopesitos, como calentitos van saliendo. Y les digo- Yo no como si me piden de nuevo, yo quiero ya sentarme definitivamente a comer. Hay que hacer más, terminamos de hacer la masa empezamos a picar, nos ayudó D... Las preparó la muchacha, las iba yo echando al comal, calentitas se las íbamos poniendo en platos (Reinalda, 2013)”.

“Llegamos a la casa de Pascual, nos reciben con un reconfortante chocolate, como para hacernos pensar que la muerte sabe bien, que se debe festejar la ausencia, darle dignidad a la persona, darnos dignidad a nosotros (los vivos); así festejamos la partida de Cynthia y nuestra estancia pasajera en este mundo, comemos pan dulce, pollo con mole, arroz, frijoles y tortillas (Observación participante, funeral de Cynthia, 2014)”.

Los participantes de esta investigación dividieron en dos grandes tipologías a la comida (**buena y mala**), estas tipologías nacen de las mismas narrativas compartidas, entendiendo que en la comida mala son los alimentos que causan daño. Un ejemplo de estos alimentos son la carne de cerdo, el frijol y el huevo que pueden complicar las infecciones en diabéticos; el consumo de refrescos y comida chatarra pueden causar perjuicio a nivel corporal, aumentar el azúcar en la sangre y complicar a un diabético; los alimentos con hormonas para cerdos y los químicos para madurar a frutas son considerados “malos”; finalmente, el aumento desbordado de la alimentación se consideró como un factor nocivo favoreciendo el aumento de peso que puede devenir en diabetes, aumentar el descontrol y las complicaciones crónicas de ésta. Dentro de la tipología de comidas buenas, los participantes expresaron que es la forma en cómo uno debe alimentarse. Ambas tipologías (buena y mala) representan una postura moral sobre su propio comportamiento, al indagar sobre esto los participantes compartieron que la alimentación buena es la que viene de la tierra, el consumo de verduras y el consumo moderado de tortillas, carnes y grasas se consideró bueno. Lo curioso es que, en ocasiones, los alimentos malos pueden ser buenos. El consumo de Sidral que no daña al cuerpo o la Coca-Cola que en ciertas circunstancias es empleada para las descompensaciones diabéticas (hipoglucemias) son buenos, con esto podemos ver que el significado de la comida puede variar con respecto a las subjetividades, a la experiencia y al sentido social involucrado.

“Como enfermo de diabetes, con lo que me ha pasado, los ojos, la insuficiencia renal, dolores de pies, hay veces que bueno. Uno por ejemplo, le voy a decir esto, no sé si me lo vaya a tomar a mal o no me lo vaya a tomar a mal, pero le voy a decir, yo en mi persona, si me voy a morir de todos modos ya estoy dañado y cualquier día me voy a morir, si quiera que no vaya deseando un refresco, que no vaya deseando esto, eso es precisamente que no nos acatamos nosotros a las indicaciones del doctor, entonces, dice- ¡Yo me voy a tomar este refresco y queda uno tranquilo!- (Don Aldo, 2014)”.

“Para nosotros como diabéticos (la buena comida) por ejemplo es el arroz es bien para nosotros, porque ese es nacido de la tierra, el frijol, lo que no es bueno para nosotros son otras cosas que no son nacidos de la tierra porque eso hace que también se nos aumente la azúcar (Reinalda, 2013)”.

La alimentación y las comidas en la vida de los afectados se modifican al irrumpir una enfermedad crónica, debido a los síntomas que experimentan, cambios en los sabores, falta de hambre e intolerancia a los alimentos sólidos; por lo que emplean para estas circunstancias bebidas dulces como refrescos, agua de fruta y té. Las personas que tienen los órganos dentales dañados, no pueden consumir carne y se alimentan de huevos y tortillas, esta limitante les impide saborear al mundo, relacionarse en una festividad o actividad ritual. La **dieta** representa para los afectados las indicaciones que los curadores o profesionales de la salud sugieren y es un complemento de la terapéutica. Los participantes narraron como fue su sentir a través de la restricción de alimentos que normalmente hacían parte de su alimentación, se restringen la cantidad de tortillas o su consumo, ya que al parecer existe la representación de que el almidón es malo para el cuerpo, se restringen las carnes al parecer por su alto contenido en grasa y colesterol y alimentos periféricos como la sandía y el mango. Casos especiales lo constituyen las personas que se encuentran en diálisis, las cuales llevan una dieta estricta con restricción de comidas enlatadas, sal, jitomate, aguacate, verdolagas, carne de cerdo y de chivo; los nutriólogos les brindan una clasificación de alimentos que deben o no ingerir.

“Cuando estaba yo bueno comía carne y no tenía la enfermedad, y ahora desde que tengo la enfermedad carne, de por sí, casi no como (Vegano, 2013)”.

“Pues el almidón, pues precisamente es como el pan, el pan pues también tiene ese almidón, entonces el almidón según que perjudica al cuerpo, pero yo no tengo esa respuesta exacta ¿Por qué perjudica el almidón? Porque no les he preguntado, pues los doctores no más me dicen- ¡Si te comes quince, bájale hasta que te comas unas dos tortillas!- (César, 2014)”.

Al experimentar la enfermedad se modifican distintas dimensiones sociales, biológicas y culturales de las personas, la comida se modifica sustancialmente desde un nivel perceptivo, cambian los sabores, la tolerancia, la deglución, así como cambia la forma de relacionarse con la familia, vecinos y conocidos. A nivel macrosocial se modifican los patrones de comportamiento que influyen en nuestro gusto y acto de comer. Todas estas redes de significado se encuentran inmersas dentro del mundo global, que influyen en la alimentación y la diabetes. Actualmente, *el lucro domina la oferta de alimentos en el mundo, por medio de la competencia, la innovación y las economías de escala la cadena de ofertas de alimentos tiene ya un significado industrial. A medida que la producción de alimentos se convierte en un negocio de grandes proporciones el énfasis en el crecimiento del mercado, más que en el bien común, pueden significar que la salud del consumidor o la sostenibilidad del ecosistema se queden fuera de la relación de compradores y vendedores* (Sebastián, 2009: 39).

Esta modificación del significado en la alimentación generado a nivel macrosocial y microsocia, ha desplazado la producción de autoconsumo al consumo de manufactura industrial distribuido a supermercados y tiendas de servicio. De alguna forma el significado social implica penetrar en las subjetividades de las personas y también desplazar los significados individuales, al buscar nuevas percepciones y sensaciones (gustativas, olfativas o visuales) que generan un estatus distinto, en este caso consumir nuevos alimentos (*la vida es tu elección: coca-cola*). En el caso de las comunidades campesinas e indígenas, se puede ver la producción agrícola y la compra de nuevas mercancías industriales que se han introducido en su alimentación y, ahora, forman parte de los alimentos básicos como los refrescos, la comida rápida, las bebidas fermentadas y una serie de productos industrializados con costo elevado que se emplean para satisfacer otras necesidades ajenas a la alimentación.

¿Qué oportunidad de elección tienen los individuos con diabetes mellitus ante un mundo dominado por los mercados? Las oportunidades de elección tienen que concebirse dentro de las localidades donde llevan su vida los individuos afectados; estas localidades y sobre todo las comunidades indígenas y campesinas forman parte de los procesos globales donde se ha insertado una ideología, mediante mecanismos sutiles. Esta transformación de la identidad cultural trae consigo nuevas formas de pensamiento, de comportamiento y nuevas enfermedades que no estaban consideradas por su cultura al no haberlas experimentado. ¿Cómo se insertan todos estos procesos? Es complejo explicar cómo y cuáles son los procesos que imprimen un cambio en las localidades, pero podríamos mencionar a los medios de comunicación masiva, al gobierno, las industrias y las relaciones sociales como medios de inserción del gusto. Las

subjetividades de una cultura se penetran a través de la “aparente” posibilidad de elección, se tiene acceso a la moda, al consumo, a las elecciones de autoridades, a tomar Pepsi, a comer Sabritas, a una constante y “aparente” búsqueda de nosotros mismos a la cual no teníamos acceso anteriormente; éstos y otros procesos de inserción cultural pueden fragmentar, mezclar y generar nuevas visiones culturales, pero también pueden aumentar la inequidad social, la violencia y el racismo, así como favorecer el aumento de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus.

Somos el mareo del enervante: proceso de alcoholización

Esta categoría analiza el consumo de alcohol dentro de las vidas de los pobladores y los afectados por complicaciones crónicas; es en gran sentido la confluencia de dos experiencias de enfermedad (alcoholismo y diabetes). Para analizar la experiencia de la enfermedad, es importante describir **la frecuencia, el tipo y los espacios de consumo**, así como **las causas sociales y la relación existente entre el consumo de alcohol y la diabetes**. El consumo de alcohol ha sido estudiado por la antropología médica aportando enormes contribuciones al conocimiento socioantropológico, esta investigación retoma al proceso de alcoholización como un problema social y una enfermedad que irrumpe también en la existencia social de las personas con diabetes mellitus (Menéndez, 1992).

El consumo de alcohol en las comunidades rurales llega a ser un problema en los varones con edad productiva, variando del 29 al 36% (Menéndez, 1992). En Coatetelco, la encuesta realizada a los alumnos de primaria reveló que la cirrosis hepática se encuentra dentro de las primeras diez causas de muerte biomédicas y es la segunda causa de mortalidad según las representaciones populares. El proceso de alcoholización no es un elemento aislado, al contrario, se encuentra profundamente arraigado a eventos rituales, religiosos y festivos, a los procesos que conforman la violencia y también a los significados que se generan durante su producción (extensificación) y su consumo (intensificación) (Mintz, 1985).

Durante la investigación etnográfica se pudo detectar un acentuado consumo de alcohol en la población. La **frecuencia** del consumo relatada por los participantes revela que los familiares, vecinos y las personas entrevistadas consumen alcohol. La ingesta es variable, ya que algunos solamente la hicieron durante su juventud, otros la hacen cada 15 días, otros duran meses sin tomar alcohol y, posteriormente, retoman el consumo por periodos largos; en otras circunstancias, se toma alcohol cuando se tiene un susto o impresión. Algunos actores refirieron no tomar alcohol. Durante la observación participante, fue posible notar que la frecuencia de consumo era muy elevada en los fines de semana o en los días festivos. El **ritmo** de consumo en los campesinos y

jornaleros tiene relación con el término de la siembra (noviembre), por lo que un gran número de varones consumen alcohol entre semana. Los curadores también relataron que el alcoholismo comienza en edades tempranas y que las familias llegan a tolerarlo y no lo ven como un problema, sino como un evento cotidiano.

“...Miguel (yerno de Don César) me comentó- Es que mi suegro tiene la diabetes así, porque toma mucho-. Don César contesta- Efectivamente antes tomaba bastante, pero ahora no tanto; los que si toman son mis hijos, mi hijo el mayor la otra vez se peleó con su mujer y se vino conmigo, estaba todo el día sin hacer nada y se la pasó tomando 10 días seguidos. Cuando llegaba me decía- ¿Que no va haber nada?- Y yo le decía- ¡Si pues!- Le pedía a mi nieta que me comprara un diez de alcohol y tomábamos diario, pero él más; luego tenía su cara hinchada por el alcohol. También mi hija (señala a Alma Luz) tomaba harto antes, yo le decía que no tomara tanto que le iba a hacer daño por la diabetes (Casa de Don César, observación participante 2013)”.

Foto 10. Una ofrenda para San Antonio, flores, tamales, chocolate, panes y alcohol



Fuente: Tomas Loza Taylor 2013.

En Coatetelco, se consumen varios tipos de bebidas con relación a la época de año y a las festividades. En las fiestas se consume tequila, alcohol de caña,

mezcal, brandy y ron; a estos tipos de bebidas le denominan vino (destilados), los cuales combinan con refrescos. Se consume también cerveza, la cual resulta ser más cara que los destilados. En las festividades llegan a tomar un alcohol preparado a base de caña, queso, piña, manzana y chile, lo dejan reposar unos días y después está listo para el consumo (torito). El tipo de bebida elegida depende del gusto generado durante la experiencia del consumo y también de la economía del que consume, es común encontrar a gente en las calles y pedir “un diez” (diez pesos) para poder comprar el alcohol más barato.

“Es que yo tomo alcohol (aguardiente) porque con cuatro pegues yo ya estoy borracho, en cambio con la cerveza o el tequila a mi me cae mal, no la aguanto, el tequila no me gusta y la cerveza me hincha la panza (Vegano, 2013)”.

“Vino se considera por ejemplo una copa de bacardí, una copa de Presidente, una copa de tequila, ese es el vino, echarnos un tequilita, pues yo pienso que al tomar una persona que está enferma de diabetes y que no guarda la dieta de tomar, pues se perjudica (Don Aldo, 2014)”.

Los **espacios de consumo** varían desde las calles, esquinas y banquetas, o bien en cantinas y otros establecimientos (misceláneas). También se consume alcohol durante las festividades sociales como bautizos, cumpleaños, bodas y culminación del período de clases, así como en las festividades religiosas como el día de Guadalupe, Candelaria y San Juan donde son comunes los rodeos; finalmente, en las festividades rituales como el Santo Escapulario, donde “se le da gusto al santo”, lo cual implica ofrecer al santo comida y alcohol. El consumo se realiza casi siempre con amigos, compañeros, familiares o conocidos y en ciertas ocasiones llegan a beber solos. Este tipo de comportamiento permite ver que el alcohol es un vehículo para la socialización, sin embargo, cuando se comienza a tomar de forma aislada esto cambia la connotación del consumo, pues no se busca socializar sino intoxicarse o evadir la realidad.

“Y yo pienso que sí y la verdad si pues, porque es más con eso que andamos en las fiestas, lo primero que te invitan es un refresco, después una cubita, pues échamela pues me la tomo, una cuba, órale pues nos echamos y todo eso perjudica al cuerpo (César, 2014)”.

“Pues allí todos les da la tomadera, luego me anda diciendo anda cúramela estoy crudo, si nosotros a veces las mujeres tomamos, mi comadre me decía, hay comadre ayúdame estoy bien cruda, yo le decía órale pues tómese un pegue de alcohol... (Bilma, 2013)”.

¿Cuáles son las **consecuencias sociales** generadas por el consumo de alcohol? Esta pregunta involucra las dimensiones biológica, cultural y social, ya que dentro de los relatos de los participantes se comenta a la violencia como un fenómeno que acompaña al proceso de alcoholización (golpes, peleas, violencia verbal y familiar), también fueron relatadas carencias emocionales, materiales y pérdidas laborales por este motivo, así como, miedo de la población a asistir a festividades o incluso salir a la calle y enfrentarse con personas alcoholizadas, las cuales “pierden la razón”. Finalmente, fueron relatados los problemas corporales que causa el alcoholismo como malestares gástricos, vómitos y cirrosis. Los médicos refieren que el alcohol, además de la cirrosis, es causa de pancreatitis, vómitos, calambres en los pies y que, inclusive, llega a ser la principal causa de violencia. El motivo del consumo de alcohol es difícil de entender, los participantes argumentan que en algunas circunstancias es para olvidar la pobreza, el dolor de sus enfermedades o la pérdida de algún ser querido.

“El niño duerme apaciblemente a pesar del ruido tan alto de la música, pasa de brazos en brazos, con su corona de flores; pasan las horas rápidamente, tomamos tequila a cada instante y todos bailamos, veo que la madrina rompe una botella de refresco, su lenguaje corporal es de una violencia activa, soberbia y retadora, su acto performático en este ritual del santo es que apuñala el cuerpo de alguien, grita y baila de un lado al otro, al parecer tiene conflicto con otra señora que realiza el mismo acto, rompe una botella y la prende con su mano esperándola, retándola, grita, baila y se ríe, al parecer es un conflicto femenino donde actúan y emulan una pelea... (Observación participante, Fiesta de Santo Escapulario 2013)”.

El alcoholismo es visto por los actores como una causa de diabetes, de descontrol, de desequilibrio o como agravante de las complicaciones crónicas. Los relatos mencionan las experiencias propias y de su entorno próximo con el consumo de alcohol, relacionando el consumo con el agravamiento de la enfermedad o padecer. Algunas personas con diabetes se sienten mal y se “hinchán de los pies” posterior al consumo de alcohol. Otros relatos asocian al alcohol con el daño a los riñones, la falta de apego al tratamiento biomédico, el agravamiento de las neuropatías (“dolores de pie”), pérdida de la energía, pérdida de la vista, pérdida de los dientes”, así como su relación estrecha con el desequilibrio y la muerte. El consumo de alcohol es tan importante que inclusive existe una tipología de la medicina alternativa y complementaria que define a la diabetes por alcohol. Todos estos significados sociales se movilizan dentro del entorno cultural de las personas afectadas con diabetes mellitus, la penetración del consumo alcohólico es tan sustancial que llega a ser una herramienta para

prevenir la diabetes, para tratar el dolor de los nervios o disminuir la presión arterial.

“Sí es malo tomar porque hay complicaciones. Por ejemplo, si uno toma seguido se hinchan los pies y bueno, ya ves que los que siguen así se hinchan, y yo creo que afecta al riñón porque retiene líquido, retiene uno líquido y eso es lo que se hincha, la retención de líquidos. Luego dice el doctor- ¡Tienes retención de líquidos, estás bien hinchado!- Entonces hay que dar algún medicamento para que no se hinche el pie, y yo, ya vi que cuando tomó demasiado se me hinchan los pies, no, se hinchan los pies, como por ejemplo, ahorita yo me siento medio hinchado (Don César, 2013)”.

Una fractura...el cuerpo: limitaciones físicas

Esta categoría describe cómo influyen las limitaciones físicas o discapacidades en la vida cotidiana de los afectados. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (2001: 206) la discapacidad *se define como un déficit, limitación de la actividad y la restricción de la participación social*. Las discapacidades irrumpen en los afectados generando una nueva construcción corporal y existencial, es decir, se convierten en otro al no poder ver, caminar, sonreír, comer, degustar la comida, dormir y sufrir la pérdida de un órgano o mostrar una limitante física por dolor. Los afectados imprimen un significado nostálgico, triste o conformista a todas estas nuevas experiencias que modifican sustancialmente la forma de relacionarse con el mundo, conformando un estrecho vínculo entre las emociones y las limitaciones, las cuales pueden llegar a generar nuevas representaciones para orientar el nuevo curso de vida de los afectados (Mandujano, 2007).

La discapacidad no sólo afecta a la capacidad perceptual, también afecta las dimensiones sociales como las actividades laborales, las cuales en ocasiones tienen que ser abandonadas o disminuidas. Los hombres con limitantes narraron que preferían cultivar menos y dejar de sembrar productos laboriosos como el cacahuate; las mujeres dejaron de cocinar, barrer, limpiar y cuidar a los familiares. Algunas personas tienen que ser apoyadas económicamente y requieren una asistencia constante; los músicos afectados de los dientes no pueden tocar instrumentos de viento. Este duro golpe emocional, se mezcla con el sentido de la funcionalidad y productividad, dejan de ser en el momento en que no son productivos y en el momento en que no pueden realizar los mismos oficios, lo que les genera una enorme angustia. Sólo logran realizar actividades que no implican riesgo. Las personas que tienen limitantes más severas (ceguera y amputaciones)

viven bajo el estigma existencial de la enfermedad y en una exclusión social impuesta por el ritmo de la enfermedad, donde las consecuencias pueden ser la soledad y la autoexclusión.

“Me preocupo de que no puedo hacer ya nada, no estoy tan viejo. Como horita tengo chamba con mis animales, traerles zacate, arreglar la cerca, arreglar mis corrales, acordar postes para cercar, para que no se caiga la cerca, ya no aguanto... (Vegano, 2013)”.

“Luego puedo ver la luz del foco y como que me hallo con la luz, pero luego cuando salgo o a veces cuando me despierto me pierdo en la casa, a veces les grito- ¿En dónde estoy?- Y vienen a ayudarme, no sé si estoy adentro de mi casa o afuera. Una vez me pegué en la nariz con la silla y les dije- Un día me voy a tropezar y me voy a morir- (Cynthia, 2013)”.

El sentido de las limitantes físicas se construye desde la subjetividad de los afectados y se extiende a nivel microsocia, esta nueva connotación del malestar es un fenómeno que constantemente se modifica, como el hecho de tener alterada la capacidad de sentir las extremidades y, posteriormente, padecer una amputación; las representaciones cambian conforme avanza la enfermedad. Anteriormente, se mencionó que las relaciones sociales se modifican, como las relaciones de pareja o conyugales, donde el afectado pierde algunas funciones biológicas como acudir al baño, comer o pararse, teniendo que ser asistidos constantemente; la relación conyugal se transforma en un desempeño constante de papeles caracterizados por la asistencia constante (autoatención), lo cual puede desgastar a la pareja. Los afectados llegan a sentirse poco útiles o inclusive un estorbo familiar, existe un anhelo constante al recordar la corporalidad pasada y cuestionamientos para indagar una mejoría que no alcanzan, esto reconfigura un nuevo significado a su experiencia de vida. Las respuestas ante las limitaciones son diversas como abnegación y consumo de alcohol, llegan a sentir enojo con sus familiares y con ellos mismos, por esta nueva forma de vincularse con el mundo.

“Hasta a veces pues yo pienso como que ya hacemos estorbo para la familia, uno que está mal, ya no sirve para nada, porque ya no ve uno, ya no puede uno caminar, ni para ir al baño, hay que llevarlos, bañarlos, bueno hacerles todo como niños chiquitos y por eso es la tristeza, es la tristeza (César, 2013)”.

Las emociones y su papel en la experiencia

El estudio de las emociones en este trabajo representó un gran reto, ya que los participantes constantemente vertían el flujo de sus emociones en su lenguaje corporal y verbal. Para esta categoría sólo se tomaron en cuenta las representaciones y prácticas que generan las personas afectadas durante la enfermedad, es decir, las emociones y los sentimientos que tienen una diferencia y que durante el trabajo de investigación no se distinguieron. *Las emociones se pueden definir como procesos físicos y mentales, neurofisiológicos y bioquímicos, psicológicos y socioculturales, básicos y complejos; sentimientos breves de aparición abrupta y con manifestaciones físicas y los sentimientos son las emociones culturalmente modificadas, personalmente nombradas y que duran en el tiempo* (Fernández 2011: 3). Las emociones son procesos complejos que involucran muchas dimensiones del ser social, no existe un tipo ideal o una estructura emocional que sea mejor que otra, las reacciones emocionales categorizan nuestro entorno en clases, objetos y acontecimientos; es uno de nuestros vínculos más importantes para estar en el mundo (Le Breton, 2013, Keleman, 2008). Durante la irrupción de la diabetes se vierten un gran número de emociones y sentimientos que transforman la existencia social de los afectados. Dentro de la propia historicidad de los padecientes las emociones son una respuesta ante la adversidad, dotan de significado subjetivo y transubjetivo a la enfermedad, así las emociones pueden ser diversas al inicio y durante las complicaciones crónicas de la diabetes, integran el péndulo de la eficacia y el fracaso terapéutico y, finalmente, construyen los vínculos sociales para enfrentar la enfermedad.

Las emociones se inscriben dentro de la dimensión del padecer, varían con respecto a la evolución de la enfermedad de los actores y construyen parte del sentido histórico que afecta a los padecientes. Los relatos de dos actores recabados de forma retrospectiva (inicio de la enfermedad) mencionaron que no “sintieron nada”, pero ¿Qué significa no sentir nada? Al ahondar en este punto, los actores mencionaron que no prestaron atención, es decir, existió por parte de los actores una respuesta emotiva para tratar de contrarrestar el significado social de la enfermedad. Ésta podría entenderse como una respuesta de indiferencia, de negarse a estar enfermo, es una máscara que se emplea para no reconocer la enfermedad dentro del cuerpo. Otros actores mencionaron una gran cantidad de emociones como miedo y tristeza, ya que tenían la experiencia de haber convivido con familiares o conocidos con diabetes mellitus que les generó, posteriormente, una sensación de incertidumbre por el futuro.

“Cuando me dijeron que tenía la diabetes no me sentí triste, dije pues ni modo pos ya que... (Cynthia, 2013)”.

“En el momento que me detectaron diabetes yo dije que ya no iba yo a hacer el mismo como cuando yo estaba bueno, porque ya ves, uno que está enfermo para toda la vida. No más de pensar en que ¿Cuándo me voy a aliviar? Jamás y si no me cuido pues algún día, no muy lejano, me voy a ir. Lo que más me duele a mí, no es que le tenga yo miedo a morir, sino mi familia. ¿Será posible que yo me vaya y los deje? (César, 2013)”.

Las emociones conforman y construyen la experiencia e identidad de las personas, no están separadas de la lógica y de la mente, forman parte de ellas y también forman parte de la cultura. *Es una emanación social relacionada con circunstancias morales, que va desde la parte individual, así como a la parte ritualmente organizada y con significado colectivo* (Le Breton 2013: 73). Durante la investigación se pudo detectar como emoción y enfermedad se encuentran vinculadas desde la cultura, un ejemplo de esto son las causas que se encuentran estrechamente vinculadas con las dimensiones emotivas como el susto, el coraje, el miedo, el espanto, la impresión, la sorpresa y los sentimientos. Todas estas dimensiones emocionales se encuentran ancladas en los relatos de las actividades sociales, donde se narran dificultades laborales y económicas, violencia y enfermedad, así como la atención y desatención médica, las actividades cotidianas y las relaciones familiares.

“Luego me dicen- ¡Ay ama´ (mamá) tú ya no hagas caso, deja que la gente te diga que eres esto, que eres lo otro, tú ya no les hagas caso mamá!- Les digo.- Pues es que si da coraje, a veces me desquito con ellas-. Luego dicen- ¡Luego tú te enojas con una y luego te enojas hasta con todas!- Le digo.- No sé si mi enfermedad hace que yo me enfurezca con ellas- (Reinalda, 2013)”.

“No hasta eso no, no se me agrava más, primero no me puedo componer, luego dicen que si haces coraje no te puedes componer, con eso de que piensas se te sube el azúcar. Es que luego también me hace enojar y creo que con eso se me sube el azúcar (César, 2013)”.

Las emociones toman otra connotación cuando las complicaciones crónicas irrumpen en la vida de las personas afectadas, en este momento se suscita una nueva forma de concebir el mundo. Las emociones expresadas por los afectados son miedo, incertidumbre, preocupación, desesperación y tristeza, para otros resulta mejor no vivir y experimentar la muerte, ya que valorizan su vida con respecto al pasado y anhelan una corporalidad que ya no tienen. Cuando la

complicación crónica deja una huella corporal como la discapacidad, llegan a expresar tristeza y desesperanza, así como enojo al ver su mundo limitado, viven con miedo constante de complicarse nuevamente, por lo que dejan de caminar, asistir a festividades (autoexclusión), dejan de comer alimentos que consideran dañinos o que los descontrolen; mencionan un constante sufrimiento por el dolor percibido y tienen la sensación de estar en el preámbulo de la muerte. Otras personas sienten vergüenza y pena ante los cambios físicos, la estética corporal se modifica por los cambios imprimidos por la enfermedad, cuestionan sus saberes con respecto a su cuerpo y modifican su comportamiento sustancialmente para poder ser aceptados dentro de sus círculos sociales.

Otras respuestas emocionales son la indiferencia o el cuestionamiento de su vida, se preguntan si existe algún remedio para sentirse mejor ante el dolor, la falta de apetito o la ceguera, esta irrupción es un drama constante que marca un ritmo distinto en sus experiencias. Otras personas relatan sus ansias por vivir, su tristeza ante el cansancio y el dolor que le impiden trabajar adecuadamente, de sentirse útil y productivo. ¿Se cuestionan quién responderá por ellos cuando empeoren o si serán un estorbo para la familia? En ocasiones, sienten abnegación y conformismo, ya que piensan que es mejor negar su emoción para no complicar más la enfermedad. Otros relatos narran como las partes corporales expresan sentimientos, manifestando una personalidad distinta en cada parte de su cuerpo, una concepción dividida de la existencia donde las emociones están íntimamente ligadas al cuerpo.

“A veces sí, decía yo, pues ya no voy a ver, luego así platicaba y no venía alguien, no encontraba alguien, decía ya no veo, me daba tristeza luego me ponía a llorar, pues ya no veo, y digo ni modo yo no sé qué pensarán. ¿Será que cuando me muera ya no voy a ver por dónde voy? Mi espíritu se va a quedar en un guamuchil por ahí a atorarse porque no veo por dónde voy (Cynthia 2013)”.

“Es el sufrimiento que pasa uno, que ya se pone uno bien mal y que ya se va y no se va, un sufrimiento, por eso mi esposa, me decía- ¡Ya no me hagas nada para qué, ya déjame así!- Perdió la vista, ya no veía y luego el pie. Luego, me decía- ¡Dáme veneno, mejor!- ¿Cómo te voy a dar veneno mujer? ¡Usted, se va a descansar y a mí me llevan a la cárcel por darte veneno! Luego, me decía- ¡Dáme un cuchillo, pues! Y bueno yo creo que en la desesperación si se puede hacer uno daño. Y, pues. ¡No, pa´ que!... (César, 2013)”.

Las emociones construyen una parte de la eficacia, generan gratitud cuando el tratamiento empleado resuelve o disminuye la sintomatología. Es un factor clave para construir la eficacia social de las diversas formas de atención. Las emociones también circundan al fracaso; durante la investigación los

afectados nos compartieron que ante una preocupación o desesperación existe “descontrol de la enfermedad”, así como ante el no sentir mejoría con un tratamiento expresan tristeza, enojo e impotencia. Los corajes y la tristeza se asocian a un descontrol constante, a una falta de equilibrio corporal que brota o dispara la enfermedad; a veces, las emociones como el coraje se asocian de forma negativa ante el tratamiento con insulina.

“Pero es que esa vez que se me subió el azúcar, se murió el niño de mi sobrina, ese día, por eso me regañan que me hace mal porque pienso y me preocupo, yo les digo- Como quieren que no me preocupe si yo me siento mal pues, me desespero que no me da hambre, no puedo estar, yo me desespero, yo quisiera dormir y ya no despertar y no sentir esos dolores que siento, como no me voy a preocupar, y por eso se me sube el azúcar (Cynthia, 2013)”.

Las emociones no son experiencias de carácter individual, en el momento que se expresan son públicas y, por lo tanto, forman parte de las relaciones sociales. Los vínculos entre personas mueven, generan y significan las emociones de los sujetos. En el caso de los afectados por complicaciones crónicas existe un constante dinamismo entre la esfera emocional y las relaciones humanas que los rodean; en este caso se relatan corajes, enojos, tristezas que tienen relación con la convivencia social (familiares con problemas legales, de violencia o el padecimiento de una enfermedad). Las emociones presentan un componente de comunicación verbal y no verbal que experimentan tanto los familiares como las redes de apoyo de los afectados, así expresan el sufrimiento y la tristeza de los otros a través de sus palabras (padecer), se cuestionan sobre la existencia de las personas cercanas, la cual tiene un carácter colectivo al compartir el mundo cotidiano.

“!Pues ya no quiso; !No quiso que le hiciéramos nada doctor! Ya déjeme así, yo ya sé que yo estoy mal de los riñones y que ya no me voy a componer, después le dijeron que tenía que hacerse la diálisis y entonces me platicaba- ¿Cómo me van a hacer eso, cómo?- Pues como yo lo viví con mi suegra, la difunta, sufrió mucho también, ella sí sufrió demasiado y pues yo vi como le hacían, como sufrió mucho con eso... (Selena, hija de Cynthia 2014)”.

El significado de la diabetes mellitus se mueve dentro de las esferas emocionales y de la experiencia social de los actores, así como dentro de redes de significado culturales y sociales; las emociones conforman al padecer y al malestar, forman parte de la validación social y de los sistemas morales, así como de las representaciones y prácticas que integran las formas de organización social y política. Los saberes están fusionados con los sentimientos desde el momento en que no pueden separarse de la experiencia, el significado que comparten las

subjetividades es único e histórico y nace de la capacidad de categorización de los actores hacia el mundo (Ramírez 2001).

“Pues para mí significa que, pues no más esperar, esperar el momento en que Dios no lo quiera algún día me ponga mal, si ya no hay quién vea por mí (risa) yo creo que me voy de este mundo, porque qué otra cosa puede uno esperar más que eso (César, 2013)”.

Finalmente, concluyo con las emociones vertidas por el investigador. ¿A caso el investigador tiene que mantener sus sentimientos y emociones a un lado para poder indagar objetivamente? Confieso haber experimentado durante la etnografía miedo, tristeza, vulnerabilidad y rabia, todos estos sentimientos son máscaras que se filtraron dentro de este trabajo de investigación, las emociones fueron esenciales para generar la confianza con los actores, para poder interactuar y establecer relaciones sociales con base en el respeto, e inclusive para poder hilvanar las ideas de la investigación.

“Durante mi camino veo a una persona tirada en el suelo, respira y se mueve, demasiado alcohol en estas épocas decembrinas, sigo mi camino y decido tomar el carro, no sé si será como un escudo, me siento vulnerable, y no quisiera que alguna persona me ofenda bajo los efectos del alcohol, en ocasiones tengo miedo al salir (Diario de campo, 2013)”.

Violencia

La violencia resulta ser un fenómeno vivido por la mayoría de los participantes en esta investigación, cada persona la experimenta en niveles distintos y en diferentes espacios. Su definición es ambigua pues puede considerarse como una condición de apreciación, subjetiva y sociocultural, según la OMS en el primer informe mundial sobre la violencia y la salud (2002: 5), señala que la violencia es el *uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que causa o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*. El motivo de la violencia es controversial para los actores y también para los académicos que se encargan de estudiarla; sin embargo, existen representaciones culturales que rescatamos en esta investigación como el hecho de que la violencia es el resultado de una influencia maligna que se apodera de los cuerpos de las personas, ocasionando peleas y asesinatos; esta fuerza maligna puede ser facilitada por el consumo de alcohol y drogas. La práctica de la violencia en la comunidad tiene un ritmo, es intensa en los días festivos o cuando hay jaripeos y

bailes; inclusive la policía municipal tiene que intervenir para separar a los oponentes. La violencia se gesta dentro de las relaciones sociales y, comúnmente, se da entre vecinos, conocidos o familiares. Los relatos compartidos por los actores demuestran eventos muy dramáticos e intensos que marcaron su vida y también a su enfermedad, así en la familia de Reinalda su esposo e hijo fallecieron por heridas de armas de fuego y uno de sus hijos se encuentra en el reclusorio por un crimen (“que no cometió”). La familia de Vegano tiene un hijo en el reclusorio por un crimen (“que no cometió”).

“!Uyyyj Si, andan con el machete en las manos y el cuchillo, luego apedrean a los animales y allí los dejan tirados, a veces hasta les ponen harta espina, nosotros decimos que Dios no quiere eso, es Satanás que hace eso y yo digo que si porque, bueno no sé si será verdad porque ha pasado, el diablo hasta brinca y tiene y se pega, que ya se llevó sangre, que ya le pegaron a uno y el tiene gusto y se ríe...(Cynthia, 2013).”

“Aquí vienen de varias partes a minar a la gente, a matarla, a hacernos mal, algunos son brujos, una vez mi mamá le hecho agua bendita a un guajolote y se quemó, era un brujo (Juan, 2012).”

La violencia es considerada como una causa para desarrollar diabetes o descontrolarse, es fuente de sustos, corajes e impresiones que marcan una huella dentro de los MEs de las personas. La violencia se extiende a todos los espacios de Coatetelco, ya sea en la calle mediante asaltos o bajo los efectos del alcohol y en las fiestas es también común las riñas entre conocidos o adversarios. Existen personas que tienen una larga trayectoria de violencia, inclusive llegan a generar rechazo por parte de la población, su forma de relacionarse se modifica debido a este comportamiento, crean rencillas con otros oponentes, su personalidad genera temor al salir a la calle, son personas que viven en exclusión debido a su comportamiento. Para los curadores la violencia es narrada como una situación problemática y cotidiana en los pacientes; llega a ser una barrera para la atención. Durante esta etnografía, los pobladores exigieron la consulta de forma hostil ante la amenaza por parte de las autoridades sanitarias de que el Centro de Salud cerraría, es decir, ante la violencia institucional se respondió con violencia colectiva.

“Un día me dijo mi vecino, le pegaron a tu hijo, y yo me salí corriendo para allá, así como iba, descalza, yo llegué y le escurría la sangre por todos lados, le agarré las manos y le dije- ¡Mi hijo! Y él me agarró las manos, me vio y después se desguanzó, así como cuando a uno le cortan el pescuezo. Fuimos al hospital, estaba mi familia ahí, me dijeron que se había caído del caballo, pero unos vecinos me dijeron que escucharon un balazo, cuando llegamos al hospital les dije

a los médicos, le sacaron una radiografía y pudimos ver la bala en su cabeza (Reinalda, 2013)”.

“Por eso dicen que el azúcar viene de sustos, de sentimiento, de corajes, es que a su papá le gustaba tomar hartito, no les daba el peso para comprar las tortillas, para comprar un pedacito de carnita, unos pescaditos, unos chiles, nada, no les daba nada, todo se lo acababa con la bebida y era muy gritón, muy escandaloso, les pegaba y bueno, a ella le daba coraje (Pedro, 2014)”.

La violencia intrafamiliar es común en los pobladores de Coatetelco, así los hermanos, los padres e hijos entran en constante conflicto por el consumo de alcohol y por la tenencia de la tierra. Por tradición, quien hereda la tierra es el hijo mayor (varón), en caso de que no exista un reparto de tierras que convenga a todos, las rencillas pueden acabar en abismos sin resolución, por lo que muchas personas quedan sin tierra de acuerdo con la resolución que se tome. Los curadores narran historias de mujeres golpeadas y violadas por sus maridos, escenas donde el alcoholismo, el desempleo, la pobreza son parte del accionar de la violencia en las unidades domésticas.

“Pedro me confesó que su padre falleció recientemente, que tenía conflictos con él (al parecer conflictos serios por tierra); anteriormente su padre le había regalado un terreno de 500 m² para poder tener una casa, pero posteriormente repartió su terreno a otros hermanos, quedándose sin nada. Pedro no asistió al velorio de su padre y se quedó en casa, pero sí asistieron sus hijas. Al final me confesó que las peleas con su padre llegaron a golpes, e inclusive casi a balazos (Pedro, diario de campo 2014)”.

“Vegano se la pasa en la tomadera, mi esposo era así y pues no se pudo hacer nada, había días en los que regresaba tomado y le pegaba a Vegano y a todos, a mí también me agarraba. ¡Dios mío! Me agarraba... (Armanda, madre de Vegano 2013)”.

La violencia sexual por su carácter agresivo e indigno impactó mi estancia en Coatetelco, ya que durante el trabajo de campo la médico pasante del Centro de Salud fue violada. Ante este hecho, se retiraron a los pasantes del Centro de Salud y, en consecuencia, se produjeron cambios en la actividad de la atención a los pobladores. Existen historias dentro de los curadores sobre el maltrato familiar y sexual por parte de los varones, es difícil rescatar los relatos de las subjetividades que describen este tipo de violencia, la realidad está presente a pesar de no poder identificar un problema tan serio como una violación sexual.

“La versión de Jerian es que salieron a festejar el 26 de diciembre los pasantes, la doctora se encontraba con una gripe terrible, por lo que ella decidió regresarse del convivio. Durante su regreso ocurrió el desenlace de la violación, fue golpeada en la cabeza, trasladada a su recámara y violada, ella no recordó nada, perdió la conciencia con el golpe (Diario de campo, 2013)”.

“...lo que estoy atestiguando son golpes, a veces hasta violaciones porque no hablarlo y ellas no hacen nada. ¿Por qué? Porque están amenazadas y de ahí yo creo que depende todo...(Jerian, 2013)”.

Las instituciones públicas forman parte de la cadena de violencia que se vive en Coatetelco. El municipio (Miacatlán) es el que articula el control sobre la población a través de la seguridad pública e irónicamente las fuerzas de seguridad ejercen su violencia para contener la violencia de otros (monopolización de la violencia). La violencia institucional se practica no sólo desde las fuerzas de seguridad municipal, sino desde la presidencia municipal y las diversas secretarías que constituyen al municipio. Un ejemplo de este tipo de violencia institucionalizada se detectó durante la investigación; se formó un grupo estudiantil con el objeto de desarrollar actividades políticas y acciones sociales; demostraban una férrea oposición al presidente municipal, por lo que algunos de los participantes fueron perseguidos e inclusive encarcelados por el ex presidente municipal. Las instituciones de la salud ejercen una violencia en la atención, en muchas ocasiones denostan o humillan a los usuarios.

“El día de hoy platicando con Armando y Jimena (los caseros), me comentaron de una balacera que hubo días pasados, al parecer los policías municipales arrestaron a un muchacho sin que éste realizara algo, los muchachos eran varios, y los policías pocos, el problema se agravó cuando salieron varios pobladores más y empezaron a arrojarles piedras, la policía respondió con disparos al aire... (Diario de campo, 2012)”.

Durante el trabajo de campo se rescataron diversos relatos de la violencia experimentada en Coatetelco, actos que finalmente terminaban en la muerte de alguien. Los motivos que generan este tipo de violencia obedecen a diversas circunstancias, sobresale los conflictos entre familiares, vecinos o conocidos, donde existe una larga historia de rivalidad; la razón que aluden los afectados por violencia es la envidia y la venganza. El preámbulo de los relatos explica que existía rivalidad por diferencias materiales y por haber golpeado o violentado a un familiar. Anteriormente, se describió la muerte por violencia de algunos familiares de los actores, estas muertes se relacionan con ajustes de familiares o de rivales. Así la muerte del esposo de Reinalda se debió a un ajuste familiar, el encarcelamiento de su hijo fue secundario a un problema de venganza. En la

familia de Vegano uno de sus hijos se encuentra en la cárcel por lo mismo. Extrañamente, existen reglas para vengar la muerte de un difunto, sin embargo, éstas no siempre se cumplen.

“Mi hermano lo mato, le tenía envidia, era el consentido de mi papa, de su abuelo, le decía mi hijo, y pues ellos no lo soportaban, pero que culpa tenía él. Es que eso se da mucho aquí, la venganza, aquí fue entre la familia, pero lo común es que sea de diferentes familias-. Mataron hace poco a este muchacho que le tenían envidia, porque se vestía bien y era parecido, le dieron 12 puñaladas, que culpa tenía él de vestirse bien- (Reinalda, 2013)”.

“No, mi hijo venía de los toros cuando le pegaron, le pego el hermano del que mató, era como venganza (Reinalda, 2013)”.

La violencia en la investigación es un elemento a tomar en cuenta; durante la etnografía fue posible identificar la violencia ante la insistencia de mis preguntas. La antropología es una ciencia extractiva de los saberes de las personas, en ocasiones se llega a violentar la intimidad de los participantes, esto resulta de una relación intersubjetiva asimétrica. Queda claro que no sólo hay que tener buenas intenciones, hay que hablar con el acto. Tal vez esto fue una de mis carencias en la investigación; como ser humano resulta esencial, respetar al otro, dignificar la relación y saber cuándo parar de preguntar.

La organización social de la muerte

La muerte representa un acto social, es una extensión de la vida y está presente en nuestro mundo cotidiano. La muerte se sueña, se vive, se experimenta y se venera, es una parte sustancial de nuestra existencia. En los actores de esta investigación las complicaciones crónicas significan la antesala del fin de la vida. La muerte se define de acuerdo con la cultura y con las subjetividades; en Coatetelco, se festeja a la muerte como parte de un ciclo vital vinculado a los ritmos agrícolas. Los días festivos de la muerte son el 28 de septiembre (día de San Miguel) y el 2 de noviembre (día de los muertos). Estas tradiciones se mantienen entre familias y adquieren un significado especial para ellos, ya que unifican una identidad cultural.

“A mí me dijo mi cuñado que cuando se estaba yendo había gente echando tortillas, mujeres trabajando en el metate, dice que alguien le decía – ¡Vente!- pero él no quiso y que se regresa. Por eso les hacemos mole, porque les gusta, luego

vienen y se ven sus huellas en el huentle, sus huellas de los dedos cuando se les deja una pisca de sal o su mole (Reinalda, 2013)”.

“Yo les digo a mis hijos que si cuando me muera no me hacen mole les voy a jalar de las patas (Mariana, entrevista informal 2013)”.

Al fallecer alguien, se anuncia de forma inmediata su partida, los familiares del difunto disparan tres cohetones al aire, posteriormente, los familiares se reúnen para velar el cuerpo. Existen personas que se dedican a rezar (rezanderas), las cuales acomodan el huentle (ofrenda) al difunto, se improvisa una cruz de flores y en la ofrenda se coloca alimentos como chocolate, mole, frutas y tamales. La rezandera orquesta los rezos y enciende el copal en el huentle continuamente. La familia manda construir una cruz de madera para llevarla al panteón y, posteriormente, emplearla en cada festividad. Se celebran cuatro misas para recordar al difunto, al día siguiente de su muerte, a los nueve días (levantamiento de cruz), a los cuarenta días y al año. Al término de las misas, siempre se realiza una pequeña procesión de la iglesia al panteón. Curiosamente, la calle que conecta la iglesia al panteón lleva el nombre de “Amargura”. Durante los funerales, la familia se reúne después de acudir al panteón y coloca un pequeño huentle, ya sea adentro de la casa si es una muerte natural (diabetes, vejez, etcétera) o afuera de la casa si es una mala muerte (muerte violenta o ahogados). La muerte de personas que llegaron a privar la vida de otros, es castigada socialmente no asistiendo a sus funerales. La muerte es un evento que se expresa constantemente en los relatos de los participantes. Durante mi estancia en Coatepec, asistí a cinco funerales, uno de ellos fue de una participante en esta investigación (Cynthia). Todas estas experiencias con la muerte aportaron datos importantes a la investigación.

“Salimos de la iglesia después de despedir a Cynthia, la música comienza, el triste trombón toca su melodía de base, le acompañan los demás instrumentos de viento, la batería y el bombo. El ritmo y la armonía de la danza fúnebre nos envuelve, este es el último baile de Cynthia. Caminamos cabizbajos por la calle de “Amargura”. El sol nos golpea con sus brazos, hay niños que corren a lo largo de la procesión y llantos ahogados por el estruendo de los cohetones. Llegamos al panteón, caminamos hasta el fondo, saltamos tumbas grandes, medianas y pequeñas, las construcciones definitivamente marcan el estrato social de la muerte. El ser humano mantiene su estatus en todos los caminos y formas de su existencia, reflexiono. A Cynthia le toca una tumba de cemento que dice su nombre y su fecha de nacimiento grabado con los dedos de Pedro, pienso en la muerte, en su significado social polisémico, trágica muerte que celebramos y enfrentamos con algarabía en ocasiones. Escucho la voz de la rezandera que carga una cruz, su facie carga el peso de la muerte y de una vida mil veces

caminada, la música calla y los llantos reclaman su momento sonoro, el copal nos acompaña y se mezcla con el olor de las flores que llevamos, el cementerio está bardeado por guamuchiles que extienden sus ramas al viento, allí veo a Cynthia volar detrás de ellos, dentro de la claridad de su corazón se despide de esta vida... (Diario de campo, funeral de Cynthia 2014)”.

Foto 11. Huentle realizado durante el funeral de HO en Coatetelco



Fuente: Tomas Loza Taylor 2012

La muerte adquiere un significado distinto, en el momento en que se coloca un calificativo biomédico, esto es secundario a la forma de categorizar las enfermedades y de localizar la muerte en una parte corporal (Sudnow, 1971). En este sentido, enfermedad-muerte es el vínculo que establece la biomedicina, al contrario del vínculo vida-muerte establecido a nivel cultural en Coatetelco; existe una diferencia entre estas dos formas de entender y experimentar la muerte. La muerte también puede ser un acto predictivo del curador biomédico, esto sucede cuando atienden a pacientes con complicaciones graves o cuando a través de un lenguaje numérico se realiza un pronóstico de la vida del afectado. La muerte por diabetes mellitus encarna a la forma de categorización biomédica, sin embargo, se distingue de acuerdo con la complicación sufrida, las limitaciones, la progresión de la enfermedad y con el consumo de alcohol, el cual se asocia a una muerte

abrupta. Experimentar una muerte por diabetes carga el estigma de la enfermedad aún cuando la persona fallezca; anteriormente, expusimos que al sufrir una complicación crónica los afectados ven más cerca su fallecimiento, existe una reflexión constante sobre este acto tan importante.

“Yo tuve un tío que primero le mocharon los dedos, después de los dedos le mocharon hasta aquí, hasta la rodilla, después hasta acá, hasta aquí arriba, ya no aguantó, se fue (César, 2013)”.

“Aquí, por ejemplo, las mujeres de aquí se han muerto de esta enfermedad de diabetes, varias mujeres se han muerto, aquí nos damos cuenta porque la diabetes si no se controla doctor, lo único que provoca que es, si tiene su presión alta y luego azúcar alta, un paro cardíaco, y de ahí se mueren- ¡¿Por qué le dio?. ¡Un paro cardíaco! (Don Aldo, 2014)”.

La muerte también se incluye dentro del padecer (illness) y de cómo este se desenvuelve a nivel micrososical; en este sentido, queda claro que el padecer no sólo se encuentra inscrito a la enfermedad objetiva (disease), sino a un acto social como la muerte o estar moribundo. Al morir un familiar, muere una pequeña parte de los acompañantes, la familia representa una extensión de la persona, por lo que sufren el vacío existencial de su partida, los relatos demuestran que algunos actores se vieron afectados por ver morir a sus seres queridos.

“No, no, es que mi mamá nunca nos dio ningún problema, mi mamá yo creo se estresó, por eso le digo que es cansado cuidar a la gente y es como dice el dicho, hay veces que no se muere el que está enfermo, sino que cae (muere) el que cuida al enfermo (Melina, hija de Don Aldo 2014)”.

El acto de morir se encuentra dentro de una dimensión temporal, inclusive puede ser una narrativa performática que proyecta la vida de las personas a su destino final. Los relatos de los participantes describen a la muerte como un momento tangible, impregnado de emociones y significados, la muerte se prefiere en ocasiones ante el hecho de vivir con limitaciones físicas o con sufrimiento. La muerte está presente en los actos cotidianos de los afectados y en la relación padeciente-curador. Se prefiere morir bien y con gusto, sin anhelar o restringir alimentos. En la muerte performática deja de ser una preocupación la vida de los actores y les preocupa más la vida de sus familiares sin su apoyo. Finalmente, los relatos destacan la visión religiosa de los afectados que constantemente mencionan a Dios, como el único dador de vida y de muerte.

“E: -¿Qué significa para usted la diabetes?”

Pues para mí significa, pues no más esperar, esperar el momento en que Dios no lo quiera algún día y me pongo mal. Si ya no hay quién vea por mí (risa) yo creo que me voy de este mundo, porque qué otra cosa puedo uno esperar más que eso (César, 2013)”.

“Pues ya no sentí el dolor, ya no sentí nada, pues ya dije si me voy a morir que me muera, dije para que estoy sufriendo, ya no veo, ya no puedo caminar bien, luego me dicen que me faltan días para morir, pues ni modo. Lo que Dios diga, yo no me voy a enojar. Dios no quiere que nos muramos, pero la enfermedad nos lleva porque nos lleva (Cynthia. 2013)”.

También existe la muerte invisible, me refiero al significado de la muerte de acuerdo con las representaciones de quiénes la sufren, percibida desde la subjetividad de quién está por fallecer y quiénes circundan a este acto social. Como ejemplo, podemos mencionar a la muerte por embrujamiento y por dengue, dos enfermedades con connotaciones distintas, sin embargo, comparten el hecho de ser sentida y percibida por los afectados y marginada por la biomedicina con respecto a su significado, por un lado una enfermedad derivada de la medicina tradicional no reconocida por la biomedicina y, por otro lado, una enfermedad emergente reconocida por la medicina hegemónica, pero que no se divulga su significado por diversas circunstancias (falta de diagnóstico y falta de reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias). Previamente en este estudio, se relató un brote de dengue en la población de Coatetelco; durante el brote asistí a dos funerales de mujeres, la primera una mujer adulta y la segunda una mujer embarazada joven, ambas fallecieron por problemas hemorrágicos. Las actas de defunción no mencionaron al dengue como causa, sin embargo, los familiares reconocen que éste fue su problema y que los doctores prefirieron dar un diagnóstico distinto a la muerte. Muerte incómoda para la sociedad, para la biomedicina que ve en la muerte el fracaso rotundo de su práctica, sobre todo cuando fallecen jóvenes, mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, recién nacidos, infantes y niños. La muerte occidental es vista como la negación de la vida, el significado radica en su rechazo a la similitud con la vida, sin embargo, a nivel cultural existe otro tipo de representación, la muerte como una analogía de la vida.

“Es que falleció llorando sangre y también le salía sangre de la nariz, que fueron a Tetecala pero no lo atendieron, es que se murió de embrujamiento o porque no quiso santo (Bilma 2013)”.

“La señora me invita a sentarme y platicamos sobre lo qué pasó con su hija. Al parecer cursaba ya su sexto mes de embarazo y desde hace tres meses había estado mal, con fiebre y dolor de cuerpo, acudió varias veces al médico y al

hospital quienes detectaron las plaquetas bajas y sangrado de las encías, además de anemia (Diario de campo 2013)”.

Finalmente, terminamos con la eutanización o la búsqueda de la muerte, experimentada por una de las participantes en esta investigación. Se prefiere el acto de morir ante la vida experimentada por las complicaciones crónicas de la enfermedad, que limitan sustancialmente la existencia de los afectados. Éstos piensan que las complicaciones crónicas los acompañarán incluso estando muertos. ¿Serán las complicaciones un obstáculo para los afectados aún estando muertos? Probablemente la persona que lea esta pregunta le parezca absurda, sin embargo, resulta ser una pregunta que nace desde la subjetividad de los actores, que implica ver el peso del significado de la diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas, significado que se carga como estigma en vida y en la muerte. Este acto tan importante impregnado de sentido, es una de nuestras brújulas más importantes. ¿Cómo vamos a morir? Pregunta que resalta la profundidad más íntima de todos los seres humanos y que, en este caso, se refleja en Cynthia, una persona que conocía la claridad de su destino.

“Nomás dejó de comer, ya no quería nada, estaba acostada todo el tiempo hasta que le agarró (Pedro, esposo de Cynthia 2014)”.

Las categorías anteriormente expuestas demuestran que la experiencia de la enfermedad no puede restringirse a una dimensión biológica, todas las categorías elegidas emergieron debido al involucramiento de los actores con la investigación. Cada una de estas categorías mantiene una relación e interacción estrecha con el padecer diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas. Así, la alimentación es vista como una causa de diabetes o de sus complicaciones; el consumo de alcohol es una causa y condición de agravamiento, descontrol y generador de violencia; la violencia puede llegar a producir diabetes o descontrolar y agravar a las personas; las emociones están ligadas a la violencia y al consumo de alcohol, así como a la fractura que constantemente perciben los afectados al sentir el ritmo de la enfermedad en sus cuerpos; las limitaciones físicas están ligadas a las emociones, pueden alterar el consumo de alimentos y aumentar el consumo de alcohol o disminuirlo; finalmente, la experimentación de la muerte por los actores con diabetes mellitus se expresa en el padecer y el malestar, cuando alguien muere todos experimentan su partida, sin embargo, el fantasma de la enfermedad ronda a la familia que representa a la enfermedad como un evento que algún día podrá aparecer dentro de ellos.

Consideraciones finales

Termino este trabajo de investigación con varias reflexiones, la primera de ella es ¿Por qué existe este afán por culminar dentro de las ciencias?, pienso lo contrario cuando recuerdo mi estancia en Coatetelco, es imposible culminar un trabajo que apenas ha comenzado y que ha generado algunas incógnitas debido a mi inexperiencia y a la incertidumbre que significa estudiar relaciones sociales en una cultura distinta. Sin embargo, es prudente culminar todos los procesos. Así, estas consideraciones finales resaltaron cuatro ejes que al investigador le resultaron importantes; el primero es realizar un breve debate con los autores sobre las teorías empleadas en la investigación, el segundo fue destacar los puntos teóricos más importantes planteados en los resultados, el tercero reflexionar sobre propuestas que puedan tener impacto en los padecientes y los curadores y, finalmente, se realizó una reflexión ética sobre el acto de investigar.

En relación con el debate con los autores, la teoría de representaciones sociales de Moscovici y Jodelet (1984, 2008), me permitió rescatar un fragmento de la subjetividad de las personas que participaron durante la investigación. Sin embargo, esta teoría tiene limitantes ya que las representaciones son vistas como un fragmento de la historia de las personas, dificultando su relación con las narrativas. En cambio, la experiencia de la enfermedad/padecer de Good (1994) me permitió profundizar sobre la vida de los afectados, abordar los relatos de los actores y distinguir elementos claves durante la codificación; el empleo de ambas teorías profundizó la subjetividad y la experiencia de los personajes. La teoría de MEs de Kleinman/Young (1980) (1982) fue un anclaje importante para describir cómo se construyen los sistemas culturales de atención, también me permitió retomar conceptos teóricos sobre la enfermedad, el padecer y el malestar. No obstante, una de sus limitantes es que dificulta la posibilidad de un análisis macrosocial, razón por la cual fue necesario retomar al pluralismo médico rescatando diversas teorías como la de Modelos Médicos de Menéndez y al pluralismo médico de Broom (2008) y Rosi (2011). La teoría de Menéndez me permitió emplear definiciones sobre la medicina tradicional, así como definiciones de algunos de sus caracteres estructurales que se adaptan más a una descripción Latinoamericana, mientras que el pluralismo médico dirige más su descripción hacia las medicinas alternativas complementarias y no considera a la medicina tradicional. Hay que añadir que la unión de ambas teorías permitió esclarecer algunos puntos estructurales sobre las formas de atención, lo cual enriqueció el análisis cualitativo.

A nivel teórico, los puntos claves a resaltar provinieron de la trayectoria teórico-narrativa, ya que en ésta se encontró un fragmento de la experiencia de los

actores, por lo que el punto de partida a través de la narrativa me permitió emplear a “la experiencia de la enfermedad/padecer” para rescatar la percepción de los actores afectados, situarlos dentro de la historia y describir sus representaciones y prácticas sobre la diabetes. Los saberes son un puente entre la experiencia de los afectados y la percepción del investigador, los cuales dan orden y significado al mundo social, es una categoría teórica emparentada con la experiencia de la enfermedad/padecer y ambas teorías permitieron construir el análisis cualitativo. Los saberes se distinguieron en populares y biomédicos, permitiendo entender una clara división epistemológica entre el mundo del sentido común y el de la ciencia positiva, éstos también se relacionaron con la hegemonía-subalternidad y su acción a nivel social. En todos los saberes se encuentran construcciones sintéticas, es decir, una mezcla que nos ofrece un panorama muy general sobre lo que sucede a nivel subjetivo y transubjetivo, también encontramos construcciones morales, ontológicas, mercantilistas y biologicistas que orientan a los padecientes y forman parte de sus condiciones sociales de existencia. Los actores al aprehender los saberes e incorporarlos a su vida cotidiana, reproducen nociones hegemónicas y subalternas que regulan las relaciones sociales y conducen al desarrollo de los sistemas culturales de atención o MEs. En Coatetelco, los afectados expresaron distintas representaciones sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas, como la relación que existe con el calor, el frío y las enfermedades derivadas de la medicina tradicional (susto y brujería), así como la relación existente con la violencia y con ciertas nociones biomédicas (genes, herencia y obesidad). Dentro del núcleo de la autoatención, los actores emplean saberes que no son únicamente biomédicos o populares, la gran mayoría de estos son saberes que sintetizan lógicas, prácticas, emociones y conductas de todas las formas de atención, ya que resulta imposible desapegar elementos culturales que impregnan su vida.

Los profesionales de la salud (biomédicos, médicos tradicionales y medicinas alternativas complementarias) en su práctica, utilizan una red de saberes que no necesariamente son biomédicos, generalmente utilizan saberes populares y técnicos generados dentro de su forma de atención. Los curadores filtran en su atención saberes sintéticos y conforman parte de sus MEs, así construyen diversas representaciones que validan su sistema cultural, por ejemplo los curadores biomédicos ven en la prevención y en “el control” un acto moral de comportamiento, una representación ideal, en cambio los médicos tradicionales y alternativos encuentran recursos herbolarios y diferentes tipos de extractos para prevenir la diabetes y “controlar” la enfermedad. Todas las formas de atención realizan un proceso de síntesis de saberes, ya que integran diversas representaciones sobre otros procedimientos terapéuticos y las ponen en práctica. En el caso de la biomedicina en la comunidad de Coatetelco, sólo se restringe al

ámbito biomédico; la medicina tradicional y las medicinas alternativas complementarias logran realizar un proceso de síntesis amplio al retomar nociones populares. Sin embargo, es la autoatención la que realiza la síntesis más extensa, al incluir una gran diversidad de saberes dentro de su núcleo, además de ser la forma de atención que reinserta constantemente la subjetividad a la enfermedad. Así, la reinsertación de la subjetividad puede ser uno de los elementos más importantes a ser considerado como un carácter estructural en la autoatención y en menor grado en las otras formas de atención.

En Coatetelco, la relación entre las diferentes formas de atención tiene rasgos característicos, la organización social en torno a la salud permite ver como la biomedicina pública tiene una atención disgregada y estratificada, donde la lógica mercantil es ver a los padecientes de acuerdo con el costo-beneficio generado a las instituciones, lo que conlleva a que las personas reciban un trato restringido. Las políticas públicas y la prevención son una representación ideal, una imagen permanente dentro de la biomedicina pública que no logra reducir la muerte por enfermedades crónicas. La biomedicina privada sostiene una relación mercantil con las personas afectadas, fundamentada por la remuneración que puedan dar los actores, por lo que la atención es estratificada y excluyente. Además, no forma parte de las respuestas estatales, lo que resulta en una atención con pobre regulación por los órganos estatales, como es el caso de no llevar un registro de los padecientes con diabetes mellitus. La biomedicina pública y privada conforman los espacios sociales de atención (hospitales) para excluir socialmente a los padecientes y organizar la muerte; al inscribirse como parte de las instituciones biomédicas, los hospitales albergan una serie de conflictos entre saberes biomédicos y populares, así como entre saberes hegemónicos y subalternos, ya que en los hospitales se suscitan momentos críticos dentro de la historicidad de las personas (padecientes y curadores), vertiendo parte de las experiencias que los han construido cultural y socialmente; entrando en conflicto representaciones subalternas y hegemónicas que dirigen las prácticas sociales.

En cambio, las medicinas alternativas complementarias y sobre todo la medicina tradicional en Coatetelco, brindan una atención distinta, retoman dimensiones de la subjetividad de los padecientes, como las emociones o códigos culturales que dan coherencia a los afectados y reconocen otras enfermedades distintas a las biomédicas. Por lo que durante la consulta de esta forma de atención, enriquecen los saberes de las personas que asisten a consulta, al tratar de tomar otras dimensiones que pertenecen a la subjetividad de los afectados; impactan en los usuarios de diversas maneras, retoman y renuevan algunas representaciones biomédicas para convencer a las personas sobre la validez de

su atención. Estas formas de atención integran cada vez más la lógica mercantil dentro de sus prácticas y sufren la exclusión política y legal por parte del Estado.

La incorporación de saberes puede fluir desde distintas dimensiones (transubjetivo-subjetivo, intersubjetivo o subjetivo-transubjetivo). La atención de un médico o curador representa una síntesis histórica de saberes, que confluyen en un espacio y en una relación intersubjetiva; al expresar o reproducir una idea hablan con el peso de la historia que nomina el significado de un lenguaje construido de forma generacional e imponen con el acto de su profesión dispositivos de control social (transubjetivo-subjetivo). No se puede establecer una lógica o patrón para determinar el flujo de saberes, sucede que la cadena de transmisión de éstos, resulta de una compleja interacción social entre sujetos con MEs diferentes. Los curadores forman parte de las instituciones sociales y marcan sustancialmente los saberes de los padecientes. Durante la consulta, filtran una parte de sus representaciones como sujetos culturales, detentan el peso de su autoridad y edifican una relación de poder con los padecientes, mientras que los padecientes establecen una relación de poder con sus familiares o vecinos, aunque esta se construye de forma distinta. Es dentro de estas relaciones de poder, donde se sustentan las representaciones de la eficacia y del fracaso terapéutico, que al entrar en acción mueven significados diversos como, el pragmatismo, el empirismo, la paliación de síntomas, entre otras. Estos significados dan sentido y coherencia a las representaciones sobre el tratamiento de las diversas formas de atención y, desde el punto de vista del investigador, complementan la división de las eficacias sustentadas en el mito y la ciencia positiva (simbólico vs pragmatismo).

La experiencia de estar enfermo modifica las relaciones sociales, los saberes son un puente entre el mundo experiencial de las subjetividades y nuestro hacer en el mundo. Dentro de la experiencia, se encuentran múltiples dimensiones que sustentan la existencia social y que permiten retomar el estudio de algunas dimensiones y relacionarlas con la diabetes mellitus: la alimentación, dentro de la cual se encuentran procesos de intensificación y extensificación que determinan los gustos individuales y sociales y pueden influir en el desarrollo de la diabetes. El consumo de alcohol es uno de los principales determinantes sociales de la violencia e influye en el desarrollo de complicaciones crónicas por diabetes, la violencia tiene una asociación íntima con el consumo de alcohol y se considera por parte de los afectados como una causa para desarrollar diabetes. Las emociones, las cuales marcan constantemente nuestras lógicas y se modifican sustancialmente durante la trayectoria del padecer. Las limitaciones físicas que fragmentan al individuo y representan una nueva forma de existir para los afectados. La muerte, que organiza la vida y constituye para los afectados con

complicaciones crónicas la última etapa de existencia y, sin duda, una nueva experiencia.

De acuerdo con este trabajo y conociendo algunos elementos culturales de Coatetelco, es importante retomar propuestas para trabajar con la población. Una de las acciones que se podrían retomar es la “Participación Social”, la cual debe tomar en cuenta la totalidad de los conjuntos sociales, acción que reflejaría un trabajo autogestivo y reflexivo para que las personas cuestionen su existencia y las estructuras sociales que los rigen. Sin embargo, los resultados de la “Participación Social” son a largo plazo y requieren el compromiso de todos los actores. En ese aspecto Ilario Rosi define a la Participación Social dentro de la antropología implicada, la cual ha realizado proyectos que estudian a las subjetividades para poder generar estrategias (talleres autoreflexivos) que permitirán promover la atención integral a una población determinada.

Con base en las reflexiones anteriores, considero importante estudiar más a fondo los saberes empleados por los actores del escenario clínico y fuera del escenario clínico (padecientes y curadores), éstos son en realidad el punto crítico a partir del cual se puede lograr un resultado a mediano plazo. Sería muy deseable trabajar con todos los actores y realizar talleres reflexivos para articular a las diversas medicinas e intentar cambios “mínimos” que mejoren la atención. En ocasiones las propuestas de trabajo sólo consideran a los padecientes, sin embargo, es imprescindible trabajar con los curadores, padecientes, autoridades, comerciantes, etcétera.

Considero que es posible otorgar una atención sanitaria digna que integre a todas las formas de atención. El primer paso que se debe dar es a nivel personal, dentro de nuestra propia naturaleza moral, *si bien no podemos lograr o garantizar la equidad, la justicia y la democracia podemos estimular su manifestación* (Lolas, 1996). Es necesario crear mecanismos jurídicos que tomen en cuenta los saberes populares y sus prácticas de atención, ya que al no considerar la diversidad cultural frente a las enfermedades, no se respetan los saberes populares. Por consecuencia, no se toma en cuenta a los recursos humanos que resuelven las limitantes de la atención biomédica y a las personas que los emplean.

El trabajo etnográfico realizado en Coatetelco llena algunas expectativas, sobre todo la del papel como investigador y su forma de relacionarse, de convivir y compartir la vida cotidiana de personas que tienen diabetes, que son campesinos, amas de casa, pescadores, albañiles, etcétera. Mi papel como médico fue restringido, aunque en ocasiones me permitió ganar la confianza y también desconfianza de algunos pobladores. Creo que nadie tiene la seguridad total y

absoluta sobre lo que se debe hacer (Sánchez 2013), en mi caso, como médico y antropólogo considero que la antropología, la medicina y la ética son una sola entidad; resulta imposible verlo de otra forma. No obstante, en ocasiones, la falta de consciencia no permite que nos reflejemos en otros, no permite ver lo que construimos y, sobre todo, lo que reproducimos como sujetos. En mi caso, he sido un asiduo reproductor de saberes biomédicos y he atendido de forma asimétrica a las personas, aunque considero que todo el tiempo, toda la historia que emana a través de mi cuerpo es un momento de reflexión y de cambio.

Por último, es importante reconocer la relación entre el investigador y el informante; ésta resulta ser una construcción semántica muy valiosa, la cual puede ver a los actores como *agentes de cambio social de la realidad a partir de la subjetividad* (Chanfrault, 1995), pero también puede ser un acto que se emplee de forma inadecuada. En el caso de las investigaciones socioantropológicas, considero relevante destacar tres preguntas ¿A quién pertenecerá la información, al investigador ansioso por encontrar respuestas necesarias para él y no para la comunidad o los actores del estudio?, ¿Acaso se plantean nuestras categorías de análisis desde las necesidades de los afectados?, ¿Podemos apostar a una antropología y a una sociología que se involucre y que no sólo sea de carácter extractivo? Para contestar estas preguntas es prudente reflexionar de una forma distinta para entendernos y entender al otro (alteridad), esto también implica cuestionar dogmas ideológicos y/o científicos, esquemas de pensamientos, actos cotidianos e inclusive leyes. Dentro de la filosofía y de la ciencia, la crítica es fundamental para lograr avances y descubrimientos, lo mismo sucede con nuestros actos de vida, es necesario realizar una reflexión ética para poder alcanzar nuevos objetivos.

Alteridad

Veo tu reflejo en el claro del agua
y palpo mi silencio con tu voz;
caminas en el centro del tiempo,
ilusionando a dioses de mundos internos,
perdonando al fuego que nos habita.

Sueño de azul nocturno que alumbra el alba
¿Quién soy?.

El idioma de las aves de un poeta en su palabra,
sombra de un átomo develada por la ciencia,
el mirar del horizonte que narran tus pasos;
tu piel sobre los confines del mundo;
analogía de un llanto solitario
y el exilio de una ciénaga;
espejo de mil rostros
en el reflejo breve de esta vida.

Soy vos.

Cardoso Lima 2013

Bibliografía

1. Acero Vidal CG. 2012. Viviendo con la enfermedad. Comparación de cómo viven la diabetes mellitus tipo 2, las personas que acuden al Centro de Salud "Los Pinos" en San Cristóbal de las Casas. Chiapas. Tesis de Maestría México: CIESAS.
2. American Diabetes Association, 2014. Standards of Medical Care in Diabetes: Executive Summary. *Diabetes Care* 37(1). 5-13.
3. Atlas de la Diabetes Mellitus, 2013. Federación internacional para la Diabetes. www.idf.org/diabetesatlas
4. Arganis Juárez E N, 1998. Estrategias para la atención a la diabetes mellitus de enfermos residentes en Cosamaloapan Veracruz. Tesis de maestría en antropología. México: ENAH.
5. Arganis Juárez EN, Campos Navarro R, Torres D, 2002. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5):1271-1279.
6. Arganis Juárez EN, 2004. Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa Distrito Federal. Tesis de Doctorado en Antropología. Mexico: ENAH.
7. Arganis Juarez EN, 2005. La Autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa Distrito Federal. *Cuicuilco*. 12(33). 11-25.
8. Arredondo López A, 2010. En el Debate: Diabetes en México. Departamento de Atención a la Salud. Capítulo 3, Indicadores de la evaluación económica de la diabetes mellitus en México: Implicaciones para el sistema de salud y la sociedad. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 85-110.
9. Arzate Salgado J, 2011. Evaluación Analítica de las políticas educativas compensatorias en México. El caso de los programas de lucha contra la pobreza, 1998-2011. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 16 (5). 1055-1085.
10. Beaglehole R, Bonita R, Horton R *et al*, 2011. Priority actions for the non communicable disease crisis. *The Lancet*. 377(9775). 1438-1447
11. Batllori Guerrero A, 2001. Los problemas ambientales en el estado de Morelos: la educación como parte de la solución. *GACETA ECOLÓGICA*. INE-SEMARNAT. Nueva Época. 61. 47-60.
12. Bertran Vila M, 2010. *Revista de Saude Coletiva*. Rio de Janeiro. 20 (2). 387-411.
13. Berenzon S, 2009. *Salud mental*. 32 (2). 107-115.
14. Biblioteca Virtual de Medicina Tradicional Mexicana, www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx. Julio 2014.
15. Bonfil Batalla G, 1990. México Profundo. Una Civilización negada. México Grijalbo. 1-250.
16. Broom A, Tovey P, 2008. Therapeutic Pluralism. Exploring the experiences of cancer patients and professionals. Canada: Routledge.

16. Broom, 2009. I'd forgotten of me in all this. Discourses of self healing, positivity and vulnerability in cancer patients' experiences of complementary and alternative medicine. *Journal of Sociology*. 45 (1). 71-87.
17. Canesqui A M, 2007. Olhares socioantropológicos sobre adoecidos crônicos. Sao Paulo: Hucitec.
18. Canguilhem G, 1971. Lo Normal y lo Patológico. México: Siglo XXI editores.
19. Cardoso Gómez M A, 2002. Factores Culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcoyotl. Tesis de doctorado en antropología social. México: ENAH.
20. Cardoso Gómez M,A, Serrano Sanchez C, Moreno Baena, G, M. 2008. El consultorio médico: Espacio para la confrontación cultural. Una experiencia indígena nahua de Ixhuatlancillo Veracruz, México. Segunda Época. 1(4). Pp 17-26.
21. Cardoso Gómez M, A. Serrano Sánchez C. Pascual Ayala, R. 2009. Entre la zafra y el tratamiento de la diabetes. Cuando lo fácil se torna complicado. *Anales de Antropología*. Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM. 143-163.
22. Casas Patiño I, 2012. Prácticas y representaciones en torno a la diabetes en un grupo protestante en San Miguel Topilejo. Tesis de Maestría en Antropología Física. México: ENA
23. Chamberlin M, 2008. El problema del Otro y la Ética. *La Antropología los Derechos Humanos y la Política*. Revista Pueblos y Fronteras Digital. Núm. 5, Junio-Noviembre.
24. Chanfraut-Duchet MF, 1995. Mitos y estructuras narrativas en la historia de vida: la expresión de las relaciones sociales en el medio rural. *Historia y Fuente oral*. 9. Barcelona, España. 305-315.
25. Cintra Damião EB, 2007. Siendo transformado por la enfermedad": la vivencia del adolescente con diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(4). www.eerp.usp.br/riae. 1-7.
26. Cisterna F, 2005. (Categorización) y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*. 14(1): 61-71.
27. Cockerham William C, 2000. Health Lifestyles in Rusia. *Social Science and Medicine*. Vol 51.1313-1324.
28. Comrie JD, 1922. Thomas Sydenham MD. With a short Biography and Explanatory Notes. Great Britain: William Wood and Co.
29. Coreil Jeannine, 1985. Lifestyle and emergent concept in Social Sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol 9. 1985. 423-437.
30. Denzin, N, 2011. Grounded theory methods ins social justice research. En K Charmaz (eds.) *The stage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage. 507-535.
31. Domínguez García, MA, 2010. La atención a la salud en el contexto indígena: el caso del diagnóstico, cuidado y control de la diabetes en una

- nueva estrategia de política en salud entre los tzotziles de San Andrés Larrainzar. Tesis de licenciatura en Antropología Física. México: ENAH.
32. Domínguez García MA, 2012. Vivir con azúcar. Experiencias y representaciones en torno a la diabetes entre grupos domésticos de Zinacantán Chiapas. Maestría en Antropología Social. México: CIESAS.
 33. Domínguez Cornejo MM, 2009. Autocuidado y atención institucional a personas mayores con diabetes mellitus. INAPAM. Tesis de licenciatura. México: ENAH.
 34. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. www.insp.mx
 35. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. www.insp.mx
 36. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 de Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública.
 37. Escobedo de la Peña J, 1996. Incidencia y Letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*. 38(4). 236-242.
 38. Fernández Poncela A, M. 2011. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. *Nueva Época*. 26. Junio. 1-24.
 39. Figueroa Rubio ME, Moreno Baena GM, 2007. Rescatar la vivencia de padecer diabetes en personas de Ciudad Nezahualcoyotl, para contribuir una teoría por sus protagonistas. *Estudios de Antropología Biológica*. XIII: 885-899.
 40. Foucault M, 1966. El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica. México: Siglo XXI editores.
 41. Foucault M, 1968. Las palabras y las cosas. México: Siglo XXI editores.
 42. Foucault M, 1988. El sujeto y el Poder. *Revista Mexicana de Sociología*. 50(3). 3-20.
 43. Foucault M, 2010. Historia de la locura, en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
 44. Frenk J, 2011. La salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica. 3ª edición.
 45. Fundación Internacional contra la diabetes, 2011-2021. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021.
 46. García de Alba JE, Salcedo AL, López CB, 2006. Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*. 21. 97-108.
 47. Gaytan Hernández AI, García de Alba-García JE, 2006. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 44 (2). 113-12.
 48. González G G, 2007. La filosofía de la Liberación de Enrique Dussel. Para una Ética de la Liberación Latinoamericana. A parte rei. *Revista de filosofía*.
 49. <http://serbal.pntic.mec.es/AparteRei>. 1-13. Fecha de consulta 6/04/2015.
 49. Good Biron J, 1994. Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica. Cambridge University Press.

50. Hamui L, 2011. Trastornos genéticos narrativos y entorno sociocultural: Los judíos en la Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
51. Harrison, 2005. Principios de Medicina Interna. México: Mc Graw Hill. 16 edición.
52. Hernández Ávila M, 2013. Diabetes mellitus en México el estado de la epidemia. Salud Pública Méx., 55(2).129-136.
53. Hernandez Chávez A, 2002. Breve Historia de Morelos. México: El Colegio de México. Fondo de cultura Económica.
54. Hersch-Martinez P, 2013. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud Pública Méx. 55(5).512-518.
55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo 2010.
56. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes.
57. Jodelet D, 1984. La representación Social: fenómenos, concepto y teoría. Psicología Social II. Barcelona –Buenos Aires- México. Paidós. 469-494.
58. Jodelet D, 2008. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. CONNEXION. 89 (1). Editorial Érés. 25-46.
59. Jones D, Manzelli H, Pecheny M, 2004. Grounded Theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. Cinta Moebio. 19. 1-22.
60. Keleman S, 2008. Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática. 7ª. España: Descleé de Brouwer S.A.
61. Keneth S Polonsky MD, 2012. Los últimos 200 años en Diabetes. New England Journal of Medicine. 376.1332-1340.
62. Kleinman A, 1988. The illness Narratives: Suffering and healing and the human condition. USA: Perseus Books.
63. Kleinman A, 1980. Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the Borderland between Antropology, Medicine and Psychiatry. USA: University of California Press.
64. Kleinman A, Brenson P, 2004. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. Cambridge Masachusets.
65. Lara Esqueda A, Aroch Calderón A, Jimenez RA *et al*, 2004. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México. 7(4). 330-336.
66. Lakoff George. Johnson, M. 1995. Las metáforas de la vida cotidiana. Colección Teorema. España. <http://www.textosenlinea.com.ar/academicos>. Fecha de Consulta: 23 marzo 2015.
67. Levi-Strauss C, 1995. Antropología Estructural. El Hechicero y su magia. La Eficacia Simbólica. España: Paidós. 196-227
68. Le Breton David, 2007. Adiós al cuerpo. México: Editorial la Cifra. 17-30, 99-136.
69. Le Breton D, 1990. Antropología del Cuerpo y Modernidad. Sobre la Eficacia Simbólica. Sección la Trama del otro. La Letra Ausente electrónica. www.laetraausente.com/indice9/b1texto.html Fecha de consulta 15/6/2014.

70. Le Breton D, 2013. Por una antropología de las emociones. *Cuerpos, Emociones y Sociedad*. Córdoba. 10(4). 69-79.
71. Lyotard JF, 1991. La condición posmoderna. Informe sobre el saber. Cátedra. Madrid. 1-67.
72. Lolas Stepke F, 2000. Bioética y antropología. EUA: Mediterráneo Universidad de California.
73. Lone Gale, 2008. Patients perspectives on foot complications in type 2 diabetes: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58(553): 555–563.
74. López Austin A, 2012. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Instituto de investigaciones antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México.
75. López-Amador KH, Ocampo Barrio P, 2007. Creencia sobre la enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos. *Archivos en medicina familiar*. 9(2). 80-86.
76. López Stewart G, 1998. Nueva Clasificación y criterios diagnósticos de la diabetes. *Rev. méd. Chile*. 126(7). 833-837. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/scielo.php?>
77. López Molina J, 2010. *Diabetes y Curso de vida: trayectoria de pareja en la experiencia de la diabetes en hombres y mujeres del oriente de la ciudad de México*. Tesis de Doctorado en Antropología Física. México: ENAH.
78. Maldonado Jiménez, D, 2005. *Religiosidad indígena. Historia y etnografía de Coatetelco, Morelos*. México: INAH. Colección Científica.
79. Mandujano Valdés M, 2007. *Hacia una antropología de la discapacidad*. Estudios de antropología biológica. UNAM .Volumen XIII. Investigaciones Antropológicas. 941-955.
80. Martínez Carolina, 2002. La transición epidemiológica en México. Un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios demográficos urbanos*. El colegio de México. 17(3). 547-569.
81. Mendoza Z, 2011. *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
82. Menéndez EL, 1981. *Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las Condiciones Sociales y Económicas de la Enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata 13.
83. Menéndez EL, 1983. *Hacia una práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata 86. Secretaria de Educación Pública.
84. Menéndez EL, 1987. *Medicina Tradicional y Atención Primaria. Medicina Tradicional, Atención Primaria y la Problemática del Alcoholismo*. Cuadernos de la Casa Chata 159. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. 19-58.

85. Menéndez EL, 1992. Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México: Ediciones de la Casa Chata.
86. Menéndez EL, 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*. 4(7). 71-83.
87. Menéndez EL, 2005. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *SALUD COLECTIVA*, La Plata, 1(1): 9-32.
88. Menéndez EL, 2005. Intencionalidad, experiencia y función: articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología Social*. 14. 33-69.
89. Menéndez EL, 2009 *De Sujetos Saberes y Estructuras*. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Argentina: Lugar Editorial.
90. Mercado Martínez, 1988. El apoyo Familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente.
91. Mercado Martínez FJ, 1996. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara.
92. Mercado Martínez FJ, 2010. En el Debate: Diabetes en México. Departamento de Atención a la Salud. Capítulo 4, Vivir y Morir de diabetes en México ¿Qué piensan y hacen las personas que la padecen? México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
93. Merlau-Ponty M, 1993. Fenomenología de la Percepción. España: Ediciones Gallimard, Planeta de Agostini.
94. Meraz Levin L, 2010. El riesgo de enfermar de diabetes en pacientes pertenecientes a un grupo de ayuda mutua: una experiencia desde el cuerpo. Tesis de Maestría en Antropología Física. México: ENAH.
95. Mintz Sidney W, 1985. *Sweetness and Power. The Place of Sugar in Modern History*. Canada: Elisabeth Sifton Brooks.
96. Moreno Altamirano LMA, 2006. El drama social de la persona con diabetes. Tesis de Doctorado en antropología social. México: ENAH.
97. Morales A. *El Universal*. Miércoles 7 de abril del 2010.
98. Nathan D, 2014. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 years. Overview. *Diabetes Care*. 37. 9-16.
99. Oliveira Chini GC, Roseira Boemer M, 2007. La amputación bajo la percepción de quien la vive: un estudio desde la óptica fenomenológica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(2). 330-336.
100. OMS, 2001. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.
101. OMS, 2002. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 1-49.

102. Oppenheimer G, 2005. Becoming the Framinham Study 1947-1950. *American Journal of Public Health*. 95 (4). 602-610.
103. Osorio Carranza RM, 2001. Entender y Atender la Enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: CIESAS: INAH: INI.
104. Osorio Carranza RM, 2006. La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en Barcelona: Desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. México: CIESAS.
105. Ortiz Cruz LM, 2009. Como ser y morir en el intento ¿La diabetes mellitus tipo 2 una enfermedad controlable? Tesis de Licenciatura. México: ENAH.
106. Pascual Ayala R, *et al*, 2007. Diabetes una forma de vivir. *Estudios de Antropología Biológica*, XIII: 805-822.
107. Pilon R, Hill Bailey P, Montgomery P *et al*, 2011. The future is the present: diabetes complication stories *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 3(1). 234-244.
108. Puentes-Rosas E, Sesma S, Gómez-Dantes O, 2005. Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Salud Pública Méx*. 47(1). 22-26.
109. Ponte HF, 2011. La diabetes mellitus en la época y en la obra de Roberto Nóvoa Santos (1885-1933) Un análisis Histórico-Médico. Tesis Doctoral. España: Universidad de la Coruña.
110. Programa de Ejercicios para el Cuidado de la Salud; manual para el médico. Secretaria de Salud. <http://www.un.org/Docs/journal/asp>. Fecha de consulta 15 octubre 2014.
111. Ramírez GE, 2001. Antropología Compleja de las Emociones Humanas. *Notas y discusiones*. ISEGORIA/25. 177-200.
112. Resolución 61/225 de la ONU.
113. Rosi I, 2011. La parole comme soin: cancer et pluralisme thérapeutique. *Antropologie et Sante*. 2 (5). <http://anthropologiesante.revues.org/147>
114. Rossi I, 2011. Cohen P. Le pluralisme thérapeutique en mouvement. *Antropologie et Sante*. 2 (5). <http://anthropologiesante.revues.org/147>
115. Rosi I, 2014. Seminario de Relación Médico-Paciente. UNAM. Facultad de Medicina.
116. Samaja J, 2004. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Argentina: Editorial Lugar.
117. Sánchez J J, 2013. Clave y Conclave. La codificación ética del desempeño antropológico. *Desacatos*. 41. 65-84
118. Sebastian, 2009. Un planeta de gordos y de hambrientos. La industria alimentaria al desnudo. España: Ariel.

119. Secretaria de Salud del Estado de Morelos. Mortalidad 2009. Dirección de Planeación y Evaluación. Departamento de Estadística. Morelos.
120. Síntesis estadística de los servicios de salud de Morelos, 2007-2011.
121. Sistema Nacional de Información en Salud. www.sinais.salud.gob.mx.
122. Souza dos Santos B, 1999. Porque é tao difícil construir uma teoria critica. *Revista Critica de Ciencias Sociais*. 54. 197-215.
123. Sudnow D, 1971. La organización social de la muerte. Argentina: Editorial Tiempo Contemporáneo.
124. Tejada Tayabas L, Grimaldo Moreno BE, Maldonado Rodriguez O, 2006. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 7(1). 1-9 www.respyn.uanl.mx.
125. Torres López TM, 2004. Sangre y Azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos, en un barrio de Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
126. Torres López TM, Castañeda Torres JD, Chong Villareal F, 2005. Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: El caso de la diabetes mellitus. *Medigraphic*. 7(1). 45-49.
127. UK Prospective Diabetes Study Group, 1998. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*: 352. 837-53.
128. UK prospective diabetes Study Group, 1998. Effect of intensive blood-glucose control with metformine on complications in over weight patients with Type 2 diabetes. *Lancet*: 352. 854-65.
129. Vargas LA, 2007. El alimento básico en las cocinas de la humanidad. El caso de Mesoamérica. *Itinerarios*. Polonia: Instituto de Estudios ibéricos e iberoamericanos. Universidad de Varsovia. 39-53.
130. Vargas LA, Casillas LE, 2008. Comer, Beber, Cuerpo y Cosmovisión, un viaje de ida y vuelta. *Anales de Antropología*. 42. 87-115.
131. Yañez Moreno P, 2012. *He hipi cõhimoqueepe hac hocoaa ha, ¿zoooh sah pacta teeh?* "Sé que estoy enfermo, ¿y qué hacer?": La Diabetes Mellitus y sus significados entre los *comcaac* de *Socaaix* (Punta Chueca), Sonora. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. México: Estudios Socioculturales de Salud. Colegio de Sonora, Hermosillo.
132. Young A, 1982. The Anthropologies of illness and sickness. *Ann.rev. Anthropol.* 11. 257-85.
133. Zolla C, 1988. *Medicina Tradicional y Enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.