



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS  
ÁREA: ANTROPOLOGÍA EN SALUD**

**Experiencias de tener diabetes mellitus tipo 2 y su atención  
en el Cardonal, Hidalgo**

**TESIS**

Que para optar por el grado de Maestra en Ciencias

**PRESENTA:**

**CYNTHIA MICHEL CORTÉS CÁRDENAS**

Directora de Tesis:

Dra. Elia Nora Arganis Juárez  
Historia y Filosofía de la Medicina

Comité tutor:

Dra. Margarita de Jesús Quezada Ortega  
Posgrado de la Escuela Nacional de Trabajo Social  
Mtra. María Adela Ortiz Guerra  
Secretaría de Salud  
Mtro. Diego Aguilar Villaseñor  
Escuela Nacional de Trabajo Social

Ciudad Universitaria, Cd Mx septiembre de 2018



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

**D**eseo que estas líneas expresen mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que con su interés, apoyo y refuerzo colaboraron en la realización de esta investigación.

Dedico un profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México quien ha sido, a lo largo de mi carrera profesional mi alma máter. De igual manera, agradezco enormemente el apoyo proporcionado por el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) ya que las facilidades otorgadas contribuyeron a concluir esta investigación en tiempo y forma.

Agradezco al Programa de Maestría en Antropología en Salud por brindarme la posibilidad de incursionar en el campo de la investigación y la etnografía, por allanar el recorrido a la meta y, sobre todo, por su apoyo, interés y solidaridad constante.

A lo largo de estos semestres pude contar con el apoyo incondicional, la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de mi apreciable tutora la Dra. Elia Nora Arganis Juárez, a quien solo me resta ofrecer toda mi gratitud y cariño por estar siempre conmigo, por brindarme toda su experiencia y sobre todo por su total compromiso hacia la culminación de ésta tesis.

Quisiera dedicar un especial reconocimiento por el interés mostrado a mi trabajo, la orientación y reflexión constante, además de las diversas sugerencias recibidas y el afecto manifestado por parte de la Dra. Margarita Quezada Ortega, así como a las atenciones de la Dra. Adela Ortiz Guerra y el Mtro. Diego Aguilar Villaseñor por

contribuir con sus conocimientos y experiencia en la fundamentación de esta investigación.

Estas últimas líneas son dedicadas a las personas que han dejado una huella imborrable en mí, ya sea por la familiaridad, el cariño o la amistad siempre tendrán un espacio dentro de mi corazón. Mi gratitud a Rafael Zepeda por siempre creer en mí, por alentarme y motivarme para seguir, reconozco su conocimiento y constancia. A Omar por su cariño, interés, conocimiento, solidaridad y apoyo. También agradezco a Eric el permitirme compartir la experiencia y aprender de él, pero sobre todo gracias por darme su amistad incondicional.

Muchas gracias a mis hijos Mayra y Emilio por su tolerancia y paciencia, por permitirme seguir creciendo y aprendiendo, saben que los amo con todo mi corazón y con esto deseo que sepan que todo este esfuerzo es en parte, para ustedes; recuerden que nada es imposible, si desean algo esfuércense por lograrlo.

Y finalmente agradezco a mi madre por su apoyo y preocupación, por tanto, tiempo compartido para hacer realidad mis sueños, por su tolerancia y paciencia.

Esta tesis está dedicada sin duda a las personas con diabetes mellitus tipo 2, sus familiares, la comunidad, los funcionarios y los médicos del Cardenal, Hidalgo que me permitieron escuchar sus narraciones y conocer sus experiencias con la enfermedad, ya que su cooperación permitió mostrar otro enfoque acerca de la atención de la diabetes mellitus tipo 2.

¡A todos ustedes, muchas gracias!

# Experiencias de tener Diabetes y su atención en El Cardonal, Hidalgo.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

<b>CAPÍTULO 1. Contextualizando la Diabetes mellitus tipo 2</b>	<b>1</b>
1.1 La Diabetes: antecedentes	1
1.2 La Diabetes como problema de salud	6
1.2.1. Síntomas comunes de la diabetes	7
1.2.2. Tipos de diabetes	9
1.2.3. Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2	10
1.2.4. El manejo de la diabetes	11
1.3 Expansión de la Diabetes	15
1.3.1. El impacto económico y sociocultural de la diabetes	21
1.3.2. La diabetes en México	23
1.4 Normatividad	25
<b>CAPÍTULO 2. Marco teórico y conceptual</b>	<b>28</b>
2.1. La Perspectiva Socioantropológica de la Enfermedad	28
2.2 El Modelo Explicativo de Kleinman	30
2.3 La Experiencia de la Enfermedad	34
2.4. El sistema médico comprendido como un sistema cultural	36
2.5 El Apoyo a la Enfermedad por parte de la Familia	42
2.6 El Apoyo a la Enfermedad por parte de la Comunidad	44
2.7 El Apoyo a la Enfermedad por parte del Gobierno	47
2.8 Algunos estudios socioantropológicos sobre la diabetes en México.	48
<b>CAPÍTULO 3. Metodología</b>	<b>51</b>
3.1 Justificación	51
3.2 Planteamiento del Problema	53
3.3 Pregunta de investigación	55
3.4 Objetivo general	55
3.4.1 Objetivos específicos	55

3.5 Hipótesis	55
3.6 Método Etnográfico	56
3.6.1 Procedimiento del método etnográfico	56
3.7 Tipo de estudio descriptivo	57
3.8 Recolección de la información	57
3.9 Criterios de inclusión	57
3.10 Criterios de exclusión	57
3.11 La elección del o los informantes	57
3.12 Instrumentos	59
3.12.1 Guía de observación	59
3.12.2 Guía de entrevista	59
3.12.3 Observación participante	59
3.12.4 Entrevista a profundidad	60
3.13 El trabajo de campo	60
3.14 Análisis de las entrevistas	62
<b>CAPÍTULO 4. El Cardonal, Hidalgo, México.</b>	<b>64</b>
4.1 Antecedentes	64
4.2 Ubicación	67
4.2.1 Territorio y Población	67
4.2.2 Clima	68
4.2.3 Flora y fauna	68
4.2.4 Uso de suelo	68
4.3 Demografía	68
4.4 Vivienda	73
4.5 Organización social	76
4.6 Educación	76
4.7 Actividades Económicas	77
4.7.1 La agricultura	77
4.7.2 La ganadería	78
4.7.3 Industria y comercio	78
4.7.4 Artesanías	79

4.7.5 Turismo	79
4.8 Cultura	80
4.8.1 Festividades	81
4.8.2 Creencias sobre enfermedad y muerte	83
4.9 Panorama epidemiológico	84
4.9.1 La diabetes en el Cardonal	85
4.10 La atención a la salud-enfermedad	91
4.10.1 La medicina tradicional	92
4.10.2 La atención biomédica	92
4.10.3 Grupos de ayuda mutua	94
<b>CAPÍTULO 5. Diabetes y su atención: diversas experiencias</b>	<b>96</b>
5.1 La Experiencia de Julieta y su nieto Juan	96
5.1.1. Los primeros síntomas de la diabetes	97
5.1.2. Conociendo el Diagnóstico	98
5.1.3. Aprendiendo de la DM2	99
5.1.4. Las causas de la Diabetes	101
5.1.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo	101
5.1.6. La atención de la enfermedad	102
5.1.7. Modificaciones en los hábitos	104
5.1.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	106
5.1.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	107
5.1.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	107
5.2 La Experiencia de Javier y su esposa Sonia	108
5.2.1. Los primeros síntomas de la diabetes	109
5.2.2. Conociendo el Diagnóstico	110
5.2.3. Aprendiendo de la DM2	111
5.2.4. Las causas de la Diabetes	112
5.2.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo	113
5.2.6. La atención de la enfermedad	113
5.2.7. Modificaciones en los hábitos	114
5.2.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	115

5.2.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	116
5.2.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	116
5.3 La Experiencia de Lula y su esposo Fabián	117
5.3.1. Los primeros síntomas de la diabetes	118
5.3.2. Conociendo el Diagnóstico	118
5.3.3. Aprendiendo de la DM2	119
5.3.4. Las causas de la Diabetes	120
5.3.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo	120
5.3.6. La atención de la enfermedad	121
5.3.7. Modificaciones en los hábitos	121
5.3.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	123
5.3.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	123
5.3.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	124
5.4 La Experiencia de Fabián: delegado comunitario	124
5.4.1. Los primeros síntomas de la diabetes	125
5.4.2. Conociendo el Diagnóstico	125
5.4.3. Aprendiendo de la DM2	125
5.4.4. Las causas de la Diabetes	126
5.4.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo	126
5.4.6. La atención de la enfermedad	126
5.4.7. Modificaciones en los hábitos	127
5.4.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	127
5.4.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	127
5.4.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	128
5.5 La Experiencia de Joel: secretario municipal	129
5.5.1. Los primeros síntomas de la diabetes	129
5.5.2. Conociendo el Diagnóstico	129
5.5.3. Aprendiendo de la DM2	130
5.5.4. Las causas de la Diabetes	130
5.5.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo	131
5.5.6. La atención de la enfermedad	131

5.5.7. Modificaciones en los hábitos	132
5.5.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	132
5.5.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	133
5.5.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	134
5.6 La Experiencia del Dr. José	135
5.6.1. Los primeros síntomas de la diabetes	135
5.6.2. Conociendo el Diagnóstico	136
5.6.3. Aprendiendo de la DM2	136
5.6.4. Las causas de la Diabetes	137
5.6.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo	138
5.6.6. La atención de la enfermedad	138
5.6.7. Modificaciones en los hábitos	139
5.6.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	139
5.6.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	139
5.6.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	140
5.7 La experiencia del Dr. Pedro	140
5.7.1. Los primeros síntomas de la diabetes	141
5.7.2. Conociendo el Diagnóstico	141
5.7.3. Aprendiendo de la DM2	142
5.7.4. Las causas de la Diabetes	143
5.7.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo	144
5.7.6. La atención de la enfermedad	144
5.7.7. Modificaciones en los hábitos	144
5.7.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes	145
5.7.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	145
5.7.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad	146
<b>CAPÍTULO 6. Análisis de los resultados, discusión y conclusiones</b>	<b>147</b>
6.1 Análisis de resultados por actores y categorías propuestas	148
6.1.1. Las personas con diabetes mellitus 2	148
6.1.2. Los familiares de las personas con diabetes mellitus 2	152
6.1.3. Otros actores sociales: médicos y funcionarios públicos	158

6.2. Discusión y Conclusiones	166
6.2.1. Síntomas, diagnóstico, conocimientos de la diabetes	166
6.2.2. Causas e imágenes de la diabetes	169
6.2.3. Atención, modificación de hábitos y complicaciones	170
6.2.4. Otras prácticas y creencias para el control de la diabetes mellitus	172
6.2.5. El papel de la familia en el control	173
6.3. Recapitulación	174
6.3.1. Illness	176
6.3.2. Sickness	179
6.3.3. Disease	183
6.4. Conclusiones	185
6.5 Recomendaciones	193
Fuentes	195
Anexos	203

## **Introducción**

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema que requiere ser analizado por las ciencias sociales y de la salud para poder comprender de manera global y con un mayor horizonte teórico metodológico las dimensiones de la enfermedad. Sin dejar de reconocer que existe una multiplicidad de factores socioculturales, económicos y políticos en los cuales este fenómeno se mueve, esto refleja una problemática que afecta a la sociedad en su conjunto de ahí la importancia de este estudio.

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) indican que, a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes con una cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. Por lo tanto, este es un gran desafío para la sociedad debido a la pérdida de salud, costo económico y la pérdida de calidad de vida para las personas con diabetes y sus familias, así como por los recursos que requiere el sistema público de salud para su atención.

En México se están presentado cambios significativos en la epidemiología presentando un incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud de la población, tanto por los cuantiosos recursos que se requieren para su adecuada atención como por su tendencia ascendente y la limitada disponibilidad de opciones que permiten reducir su impacto (INSP, 2016).

En todo el país el control de la diabetes mellitus tipo 2 se ha convertido en un problema social, cultural y económico grave para la persona con diabetes, su familia, la sociedad, las instituciones de salud y el Estado que de manera sistemática ha recortado los recursos humanos y financieros dirigidos al sistema de salud; de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados pero que están presentes y requieren atención inmediata para combatir la prevalencia que tiene esta enfermedad.

Para esta investigación se eligió trabajar en el estado de Hidalgo, donde de acuerdo con el (Hidalgo, 2014), la diabetes mellitus es una enfermedad de alta prevalencia y es uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema Estatal de Salud.

Por estas razones, esta investigación se llevó a cabo en el Cardonal, Hidalgo, una comunidad con un importante porcentaje de población indígena que atraviesa por un periodo de transición epidemiológica avanzada, enfrentando el desafío que conlleva la carga de enfermedades crónicas degenerativas, esto en función de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización.

Este proyecto se encuentra situado un área de conocimiento transdisciplinaria, la Antropología Médica, espacio de intersección entre las ciencias sociales y de la salud, por lo que una contribución central es posibilitar espacios de colaboración entre estos ámbitos, que permitan una mirada reflexiva y con mayor profundidad en torno a problemas de salud específicos inscritos en contextos socioculturales y económicos complejos.

En cada sociedad concurren diversas experiencias entre sus miembros ante las enfermedades, por lo que el propósito de este trabajo es describir y analizar las experiencias sobre la diabetes y su atención que tienen personas con diabetes, sus familiares, médicos y funcionarios públicos en el Cardonal, Hidalgo, experiencias diversas en las que inciden factores de carácter cultural, social y económico.

Si bien ya se han realizado estudios sobre la experiencia de la diabetes, en el caso de la perspectiva antropológica se han enfocado en otros estados del país, por lo que acercarse al análisis en una comunidad a través de la etnografía, método fundamental en la antropología, permitirá dar cuenta de las múltiples dimensiones de la realidad sociocultural y las experiencias individuales de las personas que se sitúan en estos escenarios, con ello, es posible acercarse a la complejidad inherente a las interacciones que ocurren en los espacios de atención a la salud y a las relaciones intersubjetivas que se producen en torno al proceso salud/enfermedad/atención, lo que permitirá dilucidar obstáculos que se presentan

para tener un buen control del padecimiento y proponer alternativas factibles y pertinentes al contexto sociocultural que impacten positivamente a la salud.

Este trabajo se desarrolló en los siguientes capítulos:

En el capítulo 1, Contextualizando la Diabetes mellitus tipo 2, se plantean los antecedentes, la diabetes como problema de salud, el problema de la expansión de la diabetes y la normatividad para su atención.

El capítulo 2, es el Marco teórico y conceptual donde se indican la perspectiva socioantropológica de la enfermedad, el modelo explicativo de Kleinman, las diversas experiencias de la enfermedad, así como el apoyo a la enfermedad de la familia, la comunidad y el gobierno.

En el capítulo 3, se presenta la Metodología: el planteamiento del problema, las preguntas y objetivos de la investigación, las hipótesis, así como el método e instrumentos utilizados.

El capítulo 4, es la descripción del municipio de El Cardonal, Hidalgo, se expone su ubicación, características sociodemográficas del municipio y los aspectos epidemiológicos de la diabetes.

En el capítulo 5, se relatan las diversas experiencias de las personas que padecen diabetes, sus familiares y otros actores sociales como médicos y funcionarios públicos.

Finalmente, en el capítulo 6, se presenta el análisis y discusión de los resultados, se realiza una recapitulación a través de las categorías de Kleinman, Illness, Sickness, y Disease, se presentan las conclusiones y una serie de recomendaciones.

# CAPÍTULO 1

## Contextualizando la Diabetes mellitus tipo 2

### Introducción

Los seres humanos a lo largo de su vida transitan por diversos hechos y vivencias que van enriqueciendo y transformando sus experiencias personales, estas no siempre son gratas o positivas en primera instancia, por lo que es necesario un análisis posterior de la experiencia para poder reconocer con precisión el resultado. Este es el caso de las enfermedades, situaciones que alteran el equilibrio de las personas al momento de adquirirlas, estos hechos se comprenden mejor cuando se vinculan constantemente con la salud que si bien es su parte antagónica, cobra sentido en dicha relación.

Dentro de las enfermedades no transmisibles se encuentran las enfermedades crónicas, las cuales serán parte de la vida de la persona hasta su muerte, por lo que desde la biomedicina se le recomienda al paciente modificar sus hábitos para poder equilibrar su nueva condición de enfermedad. La Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra en este rubro y actualmente, es considerada un problema social no solo por su elevada prevalencia, sino también por el costo social, cultural, económico y físico que representa para las personas que la padecen, sus familias, sus comunidades y los gobiernos. Razón por la cual es de vital importancia conocer sus antecedentes, características, expansión y la normatividad que regula su atención.

### 1.1. Diabetes: antecedentes

Se considera que la diabetes es casi tan antigua como el hombre, sin embargo, no se sabe con seguridad cuándo comenzó realmente. Lo que sí se conoce es que la humanidad comenzó muy pronto a percatarse de la existencia de una enfermedad que consistía en encontrarse sedientos, orinar mucho, estar hambrientos, perder peso y morir pronto si se era joven, pero vivían mal, si empezaba después de los 40 años. Estos síntomas fueron plasmados en los libros sagrados de la India, “los Vedas”, que fueron escritos unos 1500 años antes de nuestra era. La primera

mención del sabor dulce de la orina aparece en el libro *Yajur Veda Sushruta* (400 a.C.)<sup>1</sup> (Mandal, 2017).

Los Vedas describen una extraña enfermedad, propia de las personas pudientes, obesos, que comen mucho dulce y arroz y cuya característica más peculiar consiste en tener la orina pegajosa, con sabor a miel y que atrae fuertemente a las hormigas, por lo que la llamaron “*madhumeha*” (orina de miel). Por aquel entonces, también los médicos chinos habían observado la circunstancia de la orina dulce (que atraía a moscas y hormigas) en personas que, irremediablemente, morían, al desconocer aún el tratamiento que hubiera podido aliviarles. Por otro lado, los médicos griegos prescribieron ejercicio, preferiblemente a caballo para aliviar exceso de micción.

Simultáneo al libro de los Vedas se escribió en Egipto un papiro (1500 a.C.)<sup>2</sup> que fue descubierto en 1873, en una tumba de Tebas por el egiptólogo George Ebers. Este descubrimiento tuvo un gran impacto gracias al descubrimiento previo de la Piedra de Rosetta, la cual otorgó la clave para la comprensión de la escritura jeroglífica de los egipcios (Mandal, 2017).

En el siglo III a.C. Apolonio de Menfis dio a esta enfermedad el nombre de diabetes, palabra griega que significa “pasada a través de”. Otros autores atribuyen a Areteo de Capadocia, nacido un siglo después de Apolonio, el término de la palabra diabetes (Sánchez, 2007). Apolonio señaló la evolución fatal de la diabetes; caracterizó los síntomas de la siguiente forma: a estos enfermos se les deshace el cuerpo poco a poco y como los productos tienen que eliminarse disueltos en agua necesitan orinar mucho (poliuria). El agua desechada debe ser restablecida bebiendo mucha agua (polidipsia). Como la grasa se funde poco a poco, se pierde peso (adelgazamiento) y como los músculos también van deshaciéndose, se queda sin fuerzas (astenia). Durante el Imperio Romano se avanzó muy poco en el tema

---

<sup>1</sup> De esta manera Sushruta, el padre de la medicina hindú describió la diabetes mellitus, denominándola “enfermedad de los ricos”, llegando incluso a diferenciar una diabetes que se daba en los jóvenes que conducía a la muerte y otra que se daba en personas de una cierta edad. También explica que esta enfermedad habitualmente afectaba a varios miembros dentro de una misma familia (Mandal, 2017).

<sup>2</sup> Este papiro se conserva hoy en la biblioteca de la Universidad de Leipzig, Alemania.

de la diabetes, pero se reconoce que Celso, fue el primero en aconsejar el ejercicio físico como una acción beneficiosa para quienes la padecían (Serrato, 2002).

Por su parte Galeno, afirmó que la enfermedad era derivada de la ineficiencia del riñón para contener la orina. Contrario a esta idea, Paracelso afirmó que el riñón era inocente (al contrario de lo que Galeno dijo) y que la diabetes se debía a una enfermedad de la sangre. Colocó la orina de un enfermo en un recipiente, la puso a hervir a fuego lento y comprobó que esta iba tomando la consistencia de jarabe, dejando rastros de un polvo blanco al fondo del recipiente una vez terminada la evaporación, sin probar este polvo y desconociendo su sabor creyó que era sal, justificando así la sed y abundante orina del enfermo (Serrato, 2002)

En Persia, Avicena (1000), realizó una descripción<sup>3</sup> de las complicaciones de la diabetes poniendo énfasis en la gangrena de las extremidades inferiores y en la impotencia sexual. Durante el periodo del Renacimiento siguieron avanzando los conocimientos acerca de la medicina y la diabetes. De hecho, en el siglo XVI, Van Helmont señala por primera vez el carácter lechoso del plasma sanguíneo de algunos diabéticos y mucho más tarde se descubre la frecuencia con que los diabéticos descontrolados incrementan la grasa en la sangre, lo que hoy conocemos como hiperlipidemia, colesterol y triglicéridos (Serrato, 2002).

Pablo de Aegina refinó más aún el diagnóstico de "*dypsacus*" (diabetes) asociada a un estado de debilidad de los riñones exceso de micción que conducía a la deshidratación (esta idea permaneció en la mente de los médicos durante siglos). Aegina prescribió un tónico a base de hierbas, endivias, lechuga y trébol en vino tinto con decocciones de dátiles y mirto, para beber en los primeros estadios de la enfermedad, seguido de cataplasmas a base de vinagre y aceite de rosas sobre los riñones. Previno sobre el uso de diuréticos, pero permitió la venisección (sangría), (Asociación Diabetes Madrid, 2015).

Sin embargo, la primera referencia en la literatura occidental de la "orina dulce" en la diabetes se debe a Tomas Willis (1675) autor de "*Cerebri anatome*"<sup>4</sup>. Es así como

---

<sup>3</sup> (Hegenberg, 1980).

<sup>4</sup> El mejor tratado de anatomía del cerebro realizado hasta la fecha (Mediclopedia, 2018).

aparece en la medicina occidental un hecho ya conocido por la medicina oriental más de 1000 años antes. Willis escribió que "antiguamente esta enfermedad era bastante rara, pero en nuestros días, la buena vida y la afición por el vino hacen que encontremos casos a menudo...". La figura más sobresaliente de la medicina clínica del siglo XVII fue Tomas Sydenham (1689), quien hizo que la medicina volviera a regirse por los principios hipocráticos. Sydenham especuló que la diabetes era una enfermedad sistémica de la sangre que aparecía por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que ser excretado en la orina (Asociación Diabetes Madrid, 2015).

En el siglo XVII, Chevred descubrió que la azúcar encontrada en la orina era "glucosa"<sup>5</sup>. También en el siglo XVII la diabetes era conocida como "*pissing mal*". Finalizado el siglo XVIII, Rollo estableció el adjetivo "*méllitus*". Pero fue Frank, en 1752, quien separó la diabetes mellitus de la insípida<sup>6</sup>. La diabetes mellitus tiene azúcar, la insípida no. Rollo también definió la diabetes como "una enfermedad debida a trastornos digestivos del azúcar" (Serrato, 2002).

Mathew Dobson (1725) hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes. Después de tratar un pequeño grupo de pacientes Dobson informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Dobson pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar (Sánchez, 2007). Años más tarde Dobson identificó la presencia de glucosa en la orina.

En 1848 el doctor Claude Bernard descubre que las féculas y azúcares que tomamos con nuestro alimento diario se transforman en glucosa (azúcar),

---

<sup>5</sup> La glucosa es un carbohidrato, y es el azúcar simple más importante en el metabolismo humano. La glucosa se llama un azúcar simple o un monosacárido, porque es una de las unidades más pequeñas que tiene las características de esta clase de hidratos de carbono. La glucosa también se llama a veces dextrosa. El jarabe de maíz es principalmente glucosa. La glucosa es una de las principales moléculas que sirven como fuentes de energía para las plantas y los animales. Se encuentra en la savia de las plantas y en el torrente sanguíneo humano, donde se conoce como "azúcar en la sangre". La concentración normal de glucosa en la sangre es de aproximadamente 0,1%, pero se vuelve mucho más alta en personas que sufren de diabetes. Recuperado de: <http://hyperphysics.phy-astr.gsu.edu/hbasees/Organic/sugar.html>

<sup>6</sup> La diabetes insípida ocurre cuando el cuerpo no puede regular el manejo de los líquidos. La enfermedad es ocasionada por una anomalía hormonal y no está relacionada con la diabetes. (Mayo, 2017)

atravesando al hígado donde se convierte en glucógeno que puede volver a cambiarse en glucosa. Este proceso es el que mantiene la concentración constante de azúcar en la sangre (Asociación Diabetes Madrid, 2015).

Bernard expuso que el incremento de la glucosa en la sangre era el signo más importante de la diabetes y descubrió el papel que juega el hígado en el metabolismo de la glucosa. Más tarde en 1869, Langerhans describe unas células agrupadas en islotes dentro del páncreas. Estos estudios fueron mantenidos por Laguesse<sup>7</sup>. Quien junto a Diamare atribuyen a estos islotes la secreción de una hormona a la cual nombran insulina, que más tarde llamaron isletina en 1893. En 1889 quien verdaderamente descubrió la insulina fue Minkowski. Posteriormente en 1922, MacLeod aconsejó que se llamara insulina, Banting y Best aislaron la insulina con la ayuda de Collip y se pudo inyectar a los diabéticos (Serrato, 2002).

Por otra parte, en la segunda mitad del siglo XIX Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes y marco las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. Los trabajos clínicos anatomopatológicos adquirieron gran importancia a fines del siglo XIX, en manos de Frerichs, Cantani, Naunyn, Lanceraux, entre otros. Mering y Minkowski llegan a la conclusión de que la extirpación del páncreas produce una diabetes grave, que termina con el fallecimiento en pocas semanas. A partir de este punto, centran sus investigaciones en una sustancia que producen los islotes de Langerhans, indispensable para la regulación de los azúcares y que llamarán Insulina o Isletina, sin obtener resultados esperados (Asociación Diabetes Madrid, 2015).

En 1914, Allen descubre, que la persona con diabetes empeora si come mucho y mejora cuando se le somete a ayuno casi total. Este descubrimiento genera un sinnúmero de tratamientos basados en dieta. Lo cierto es que los enfermos seguían muriendo sin solución (Asociación Diabetes Madrid, 2015).

---

<sup>7</sup> Quien los nombra como “islotes de Langerhans” (Asociación Diabetes Madrid, 2015).

Cabe mencionar que hasta 1923 aún no se había extendió el uso de la insulina en Europa. Es importante resaltar que, en 1935, Hagedorn produce la insulina de depósito dando un giro a la distribución de este medicamento. A la postre Janbon y Loubatieres, descubren el poder hipoglucemiante de las sulfamidas administradas por la vía oral, en 1942, y los trabajos de Loubatieres, proporcionaron el paso definitivo para que los hipoglucemiantes orales se constituyeran en el otro de los grandes pilares del tratamiento de la diabetes, en este caso del tipo 2 (Álvarez y Rodríguez, 2009).

Durante las dos últimas décadas del siglo XXI se han realizado extraordinarios avances en el conocimiento de la epidemiología, fisiopatología, complicaciones, prevención y tratamiento. La etiología de la Diabetes Mellitus., ha sido desentrañada a la luz del conocimiento de los procesos autoinmunitarios, el papel de la herencia, la insulinoresistencia, la predicción ya es factible. Nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos han avanzado plenamente, así como otros se aprecian a corto plazo (Islas A. Sergio. A, 2005).

## **1.2. La diabetes mellitus como problema de salud**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la diabetes es una enfermedad crónica que se origina cuando el páncreas no produce suficiente insulina<sup>8</sup>, o cuando el organismo no logra utilizar con eficacia la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. La diabetes es una condición que afecta la capacidad del cuerpo para transformar el alimento en energía. La insulina lo ayuda a obtener energía de los alimentos. Una parte de la comida se transforma en azúcar llamada glucosa. La glucosa viaja a través del cuerpo en la sangre. El cuerpo almacena la glucosa en las células para usarla como

---

<sup>8</sup> La insulina es una hormona natural que produce el páncreas. Se receta insulina a muchas personas con diabetes, ya sea porque su cuerpo no produce insulina (diabetes tipo 1) o no usa la insulina debidamente (diabetes tipo 2). (American Diabetes Association, 2017a).

energía. La insulina es la llave que abre la puerta a las células de acuerdo a la American Diabetes Association (ADS, 2017a).

### **1.2.1. Síntomas comunes de la diabetes**

En la página oficial de la American Diabetes Association en español se exponen los síntomas típicos de la diabetes. Sin embargo, algunas personas con diabetes tipo 2 presentan síntomas tan leves que pueden pasar inadvertidos. Estos son:

- Orinar a menudo
- Sensación de sed
- Sentir mucha hambre - aunque esté comiendo
- Fatiga extrema
- Visión borrosa
- Cortes / moretones que son lentos para sanar
- Pérdida de peso - aunque se esté comiendo más (tipo 1)
- Hormigueo, dolor o entumecimiento en las manos / los pies (tipo 2)
- Irritabilidad
- Infecciones recurrentes o frecuentes
- Mala cicatrización de las heridas
- Angina
- Calambres dolorosos en las piernas al caminar
- Adormecimiento u hormigueo en las manos o en los pies
- En mujeres: infecciones vaginales frecuentes
- Problemas en las encías
- Comezón
- Impotencia

De acuerdo con el libro “Diagnóstico Clínico y Tratamiento” (Tiernew, 2001), para realizar el diagnóstico de la enfermedad es necesario verificar los hallazgos descritos en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Bases para el Diagnóstico**

	<b>Signos</b>	<b>Definición</b>
<b>Diabetes tipo 1</b>	Poliuria	Cantidad anormalmente alta de orina
	Polidipsia	Sed excesiva
	Perdida rápida de peso	
	Glucosa plasmática aleatoria	Medición de cuánta azúcar / glucosa tiene circulando en la sangre. "aleatorio" o "casual" significa simplemente que se le extrae la sangre en el laboratorio en cualquier momento. Una medición del análisis de glucosa en plasma igual o mayor que 200 miligramos por decilitro (mg/dl) indica que <i>puede</i> tener diabetes.
	Glucosa plasmática de 126 mg/dl, o mayor después de ayuno nocturno, en más de una ocasión.	
	Cetonemia	Presencia de cetonas principalmente acetona en la sangre
Cetonuria o ambas	Presencia de cuerpos cetónicos en la orina y en la sangre	
<b>Diabetes tipo 2</b>	Poliuria	Cantidad anormalmente alta de orina
	Polidipsia	Sed excesiva
	Polifagia	Aumento en el apetito
	Perdida de peso	Disminución de la masa corporal
	Cetonemia	La presencia de cuerpos cetónicos en la orina no es frecuente

Elaboración propia con base en Tiernew (2001)

Es importante conocer los signos y los síntomas de la diabetes, así como comprender la manera de diagnosticarla a fin de poder tratarla lo más pronto posible.

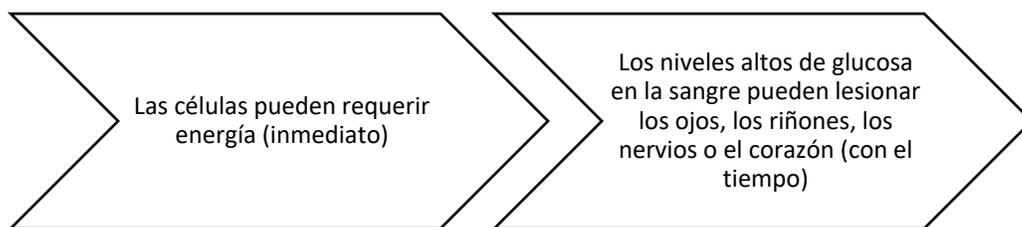
### 1.2.2. Tipos de Diabetes

a) Diabetes tipo 1, generalmente es diagnosticada en niños y en adultos jóvenes, anteriormente era mejor conocida como diabetes juvenil. La American Diabetes Association (ADS, 2017) refiere que sólo el 5% de las personas con diabetes tienen de esta forma de la enfermedad.

En la diabetes tipo 1 el cuerpo no produce insulina, con la ayuda de la terapia con insulina y otros tratamientos, incluso los niños pequeños pueden aprender a manejar su condición y vivir vidas largas y saludables.

b) Diabetes tipo 2, es la forma más común de diabetes. En la diabetes tipo 2 el cuerpo no la usa insulina apropiadamente. Esto se llama resistencia a la insulina. Al principio, el páncreas hace insulina extra para compensarlo. Pero, con el tiempo no es capaz de mantener el ritmo y no puede producir insulina suficiente para mantener la glucosa en la sangre a niveles normales. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en lugar de incorporarse en las células puede causar dos problemas como veremos a continuación en la figura 1:

**Figura 1. Problemas por glucosa acumulada en la sangre**



Fuente: American Diabetes Association (2017b)

Algunas personas con diabetes tipo 2 pueden controlar su glucosa en la sangre con una alimentación saludable y mantenerse activos. Sin embargo, es posible que el médico también necesite prescribir medicamentos orales o insulina para ayudarles a alcanzar óptimos niveles de glucosa en la sangre. La diabetes tipo 2 por lo general empeora con el tiempo (incluso si no se necesitan medicamentos al inicio, pueden

necesitarlos en el futuro). Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

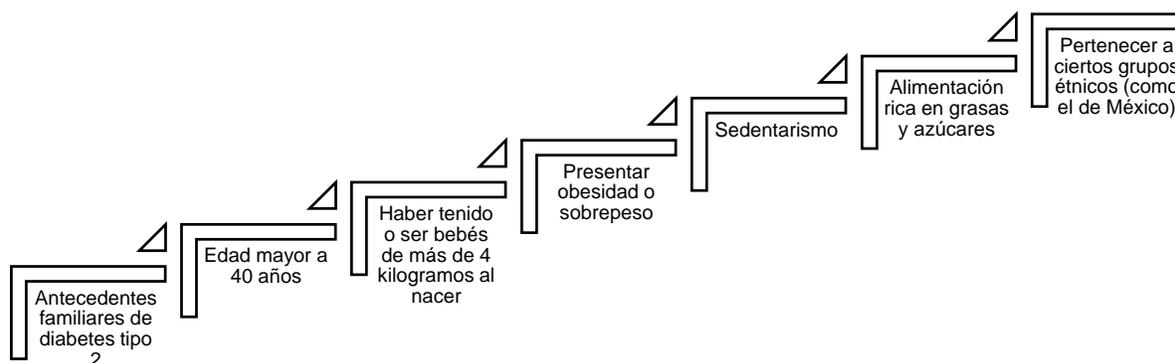
Ciertos grupos tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que otros. La diabetes tipo 2 es más común en los afroamericanos, latinos, nativos americanos y asiáticos / isleños del Pacífico, así como en la población de edad avanzada. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

c) Diabetes gestacional. Se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas de acuerdo con la American Diabetes Association (ADS, 2017).

### **1.2.3. Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2**

Existen una diversidad de elementos denominados factores de riesgo que pueden llegar a predisponer el desarrollo de esta enfermedad. De acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes (Rajme, 2015) muchos de estos factores se repiten en familiares y personas cercanas, esto hace que la enfermedad se reproduce con frecuencia en su medio. A continuación, se muestran algunos de estos factores de riesgo en la figura 2.

**Figura 2. Factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2**



Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, 2015

Otros factores de riesgo son el tabaquismo, el consumo de alcohol y el estrés.<sup>9</sup> La probabilidad de que una persona desarrolle diabetes tipo 2 dependerá de una combinación de factores de riesgo, así como de los genes y el estilo de vida. Aunque hay ciertos factores de riesgo como los antecedentes familiares, la edad o el origen étnico que no se pueden cambiar, sí se pueden modificar los que tienen que ver con los hábitos alimenticios, la actividad física, el peso y el tabaquismo. Estos cambios en el estilo de vida pueden reducir de manera drástica la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2.

#### **1.2.4. El manejo de la diabetes**

Roldan (2011), alude que la diabetes constituye en la actualidad, un grave y creciente problema para la salud pública, que contribuye con una importante reducción de la esperanza de vida y a un aumento en la morbilidad derivada de las complicaciones; por ello, las personas que presentan diabetes mellitus (DM) tipo 1 y tipo 2, requieren esencialmente ejercicio y dieta en su manejo integral, aunado al manejo farmacológico suplementario con hipoglucemiantes orales y parenterales (exenatide, insulina), para el adecuado control de los niveles de glucosa, lo que

<sup>9</sup> (Dunstan, 2002), Diferentes investigadores australianos han observado que el estrés está relacionado estrechamente con el metabolismo anormal de la glucosa, de manera especial en mujeres, quienes presentaron mayores niveles de tensión y preocupaciones.

traerá una disminución en las complicaciones crónicas que presentan. El manejo de la persona con DM tiene como objetivos:

- Evitar descompensaciones agudas
- Aliviar los síntomas principales
- Minimizar el riesgo de desarrollo y aumento de complicaciones
- Evitar la hipoglucemia
- Mejorar el perfil de lípidos
- Disminuir la mortalidad

Para lo cual, el manejo integral de la persona con DM deberá incluir una adecuada educación en la enfermedad basada en:

- Valores frecuentes de glucosa
- Apropiaada recomendación nutricional
- Ejercicio físico

El ejercicio físico es parte fundamental en el tratamiento de la DM. El programa debe estar orientado a controlar la glucemia, el peso ideal, mejorar la calidad de vida y evitar la aparición de complicaciones.

El tratamiento farmacológico de esta enfermedad se ha extendido y diversificado de manera importante en los últimos años, de tal forma que, actualmente, se cuenta con una gran variedad de medicamentos útiles en el control de la DM tipo 1 y tipo 2; sin embargo, no se han podido alcanzar en la mayoría de las personas con diabetes los niveles recomendados a escala internacional. Por ello, se sugiere insistir en la modificación de los estilos de vida y la práctica de ejercicio físico, sumado a un apego del tratamiento correspondiente. De tal manera que los objetivos del tratamiento integral de la persona con diabetes sean:

1. El control adecuado de los niveles de glucosa
2. Disminución de las complicaciones agudas
3. Disminución de las complicaciones crónicas
4. Control de la DM

Los medicamentos prescritos pueden ser:

- Antidiabéticos - Controlan la cantidad de azúcar (glucosa) en la sangre
- Anticoagulantes - Ayudan a prevenir la formación de coágulos o a disolver los coágulos existentes
- Estatinas - Disminuyen la producción hepática de colesterol dañino
- Insulina - Ayuda a controlar la cantidad de azúcar (glucosa) en el torrente sanguíneo.

La *American Diabetes Association* y la *European Association for the Study of Diabetes* (ADS y EASD) ponen de manifiesto un consenso en el que cada vez se tiende más al uso de la insulina en etapas tempranas en el tratamiento de la DM tipo 2 con el propósito de alcanzar de forma más rápida un adecuado control de los niveles de glucosa, preprandial y postprandial<sup>10</sup> para disminuir las complicaciones crónicas de este tipo de diabetes.

Desde la perspectiva biomédica se han propuesto una serie de recomendaciones para mejorar la relación entre el médico y la persona diagnosticada con diabetes. Inicialmente, se debe comunicar a la persona de su diagnóstico en forma clara y concisa en el mismo idioma, sin lenguaje técnico o rebuscado y sin inundarlo de información compleja que tal vez no está en condiciones de procesar. Así mismo es sustancial recordar que muchas veces, posterior a recibir el diagnóstico de diabetes, la persona puede entrar en un período de conmoción inicial que le impide seguir escuchando. Es importante respetar los tiempos de las personas, comprendiendo

---

<sup>10</sup> Glucosa plasmática preprandial (antes de comer): 80–130 mg/dl. Glucosa plasmática postprandial (1-2 horas después del inicio de la comida) \*: Menos de 180 mg/dl (ADS, 2017c).

que la información será explicitada en diferentes oportunidades, dosificada en forma progresiva y en lo posible apoyada por material escrito y compartida también por algún familiar cercano. Es aconsejable brindar la oportunidad de aclarar dudas y realizar preguntas y alentarla a que las traiga por escrito en las siguientes consultas. Se recomienda utilizar mensajes que destaquen conceptos positivos acerca de los beneficios de los cambios de hábitos y evitar en una primera etapa insistir en las complicaciones o evoluciones desfavorables que lejos de mejorar la adherencia a los tratamientos, llegan a angustiar a la persona favoreciendo mecanismos de negación que en lugar de motivarlo lo alejan de la consulta. Para facilitar el proceso de afrontamiento de la enfermedad el equipo de salud debe tener en cuenta cuatro elementos fundamentales:

1. La información que se proporcione será clara y apropiada para cada persona, permitiéndole aumentar su autonomía para el cuidado de la salud.
2. Crear un clima de confianza entre el profesional, el usuario y la familia, estableciendo un vínculo que favorezca el seguimiento.
3. Ayudar para el cambio, teniendo una actitud de respeto, de escucha, sin tener un comportamiento que lo haga sentir culpable por su enfermedad y lo lleve a no reconocer las dificultades en el conocimiento de su enfermedad.
4. Considerar los factores psicosociales de cada paciente. Considerarlo como ser único. Tener en cuenta en cada entrevista su situación particular y familiar, vivencias, sistema de creencias, situación económica, entre otros.

Concretando, la comunicación que se establece entre el médico y la persona con diabetes es un medio que puede llegar a facilitar o a obstaculizar la atención de la enfermedad. Esto dependerá de la experiencia con el padecimiento que tenga cada uno, así como de la disposición y la empatía que se genere entre ambos, pero sobre todo en los medios que posibiliten comprender, interpretar e integrar los modelos explicativos de cada uno (Zoltán, B., Bardi S., Brahm B., Latorre M., Maiza R., Morales B., Oksenberg R., Poniachik T., Pimentel S, 1999).

### **1.3. Expansión de la diabetes**

La prevalencia de la enfermedad va en aumento, ha dejado de afectar predominantemente a los países ricos, está se ha incrementado de manera progresiva en todas partes, pero sobre todo en los países de ingresos medianos. Por desgracia, en muchos lugares la falta de políticas públicas eficaces para la creación de ambientes conducentes a modos de vida sanos y la falta de acceso a la seguridad social se traducen en una falta de atención a la prevención y al tratamiento de la diabetes, sobre todo en el caso de personas de escasos recursos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) en Europa, el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de entre 60 a 79 años, en contraste, en regiones como América del Sur y Central, el Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental, el mayor número de personas con diabetes se encuentra en el grupo de edad de entre 40 a 59 años.

Lo anterior, representará una carga adicional sobre los presupuestos sanitarios, además de impactar al total de la sociedad, especialmente porque sucede que los riesgos de complicaciones con diabetes aumentan con el tiempo.

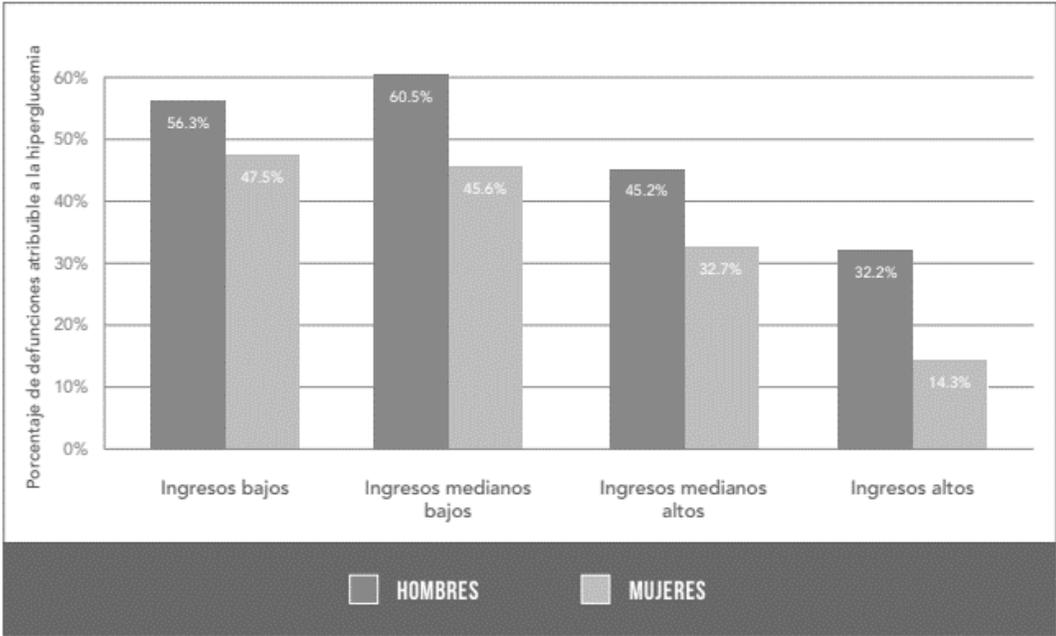
Cuando la diabetes no es atendida, las consecuencias para la salud, el bienestar y la calidad de vida son graves. La diabetes y sus complicaciones tienen, además, efectos económicos funestos para las personas y sus familias, así como para las economías nacionales. Las personas con diabetes que dependen de la insulina para sobrevivir pagan con la vida cuando carecen de acceso a ella a un costo accesible.

A principios del siglo XXI, los líderes mundiales se comprometieron a aliviar la carga de diabetes, una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) de importancia prioritaria. Como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros de la OMS fijaron la meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura atribuible a las ENT, incluida la diabetes; lograr la cobertura sanitaria universal; y proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a un precio asequible, todo de aquí a 2030 (OMS,2017).

En 2012 ocurrieron en el mundo 1,5 millones de defunciones como consecuencia directa de la diabetes. En este mismo año la enfermedad ocupó el octavo lugar entre las principales causas de muerte en ambos sexos y el quinto en las mujeres. La magnitud de la cifra demuestra a las claras que la hiperglucemia genera una gran carga de mortalidad que va más allá de las muertes causadas directamente por la diabetes.

El mayor número de defunciones atribuibles a estados hiperglucémicos se observa en países de ingresos medianos (1,5 millones); el menor, en países de ingresos bajos (0,3 millones). A los países de ingresos medianos les corresponde la mayor proporción de las muertes atribuibles a la hiperglucemia en las personas mayores de 50 años de ambos sexos, para mayor detalle observar la figura 3.

**Figura 3. Defunciones atribuibles a la hiperglucemia**



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)

El número de personas en el mundo que padecen diabetes se ha cuadruplicado desde 1980. A ello se le han sumado el crecimiento y el envejecimiento de la población, pero no son estos los únicos factores a los que se debe este incremento. La prevalencia de diabetes está aumentando en todas las regiones (OMS, 2017).

La prevalencia mundial se duplicó entre 1980 y 2014, lo que se corresponde con un aumento del sobrepeso y de la obesidad. La prevalencia está aumentando con más rapidez en los países de ingresos bajos y de ingresos medianos. La glucemia empieza a ejercer su influencia en la morbilidad y mortalidad aun cuando esté por debajo del umbral establecido para el diagnóstico de diabetes. La diabetes y la glucemia por encima de los valores ideales causan, en conjunto, 3,7 millones de muertes, muchas de las cuales se podrían evitar. Las cifras y tendencias presentadas en esta sección repercuten en la salud y el bienestar de las poblaciones humanas y en los sistemas de salud. Las complicaciones de la diabetes tienen consecuencias importantes para los enfermos diabéticos y su impacto también se manifiesta en la población en general. La diabetes proyecta una grave amenaza para la salud de la población.

En 2016, la OMS publicó en su Informe Mundial sobre la Diabetes, que 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones registrados en 1980. La prevalencia<sup>11</sup> mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Este Informe Mundial publicado por la OMS realiza el progreso del problema, así como el potencial para transformar las directrices actuales. Los países pueden acoger una serie de medidas, en relación con los objetivos del Plan de Acción Mundial de la OMS sobre las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013–2019 (OPS, 2014), para reducir las consecuencias de la diabetes.

Las expectativas de expansión de la diabetes mundial han trascendido su impacto en la dimensión de la salud, la economía y la social entre otros. Para profundizar en el tema se toma como base el Resolutivo 61/224 emitido por la Organización de las

---

<sup>11</sup> La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país. FÓRMULA: Prevalencia = N.º de afectados / N.º total de personas que pueden llegar a padecer la enfermedad. Recuperado de: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/prevalencia/>

Naciones Unidas (ONU)<sup>12</sup>. Se pone énfasis en la expectativa de la diabetes en países con economías emergentes entre ellos México, ya que en estos países reside cerca del 80% de los diabéticos del mundo, en contraste, se destina sólo un 20% del gasto mundial para tratar la epidemia de la diabetes en los países más pobres. La perspectiva de la obesidad y la diabetes en los grupos de edades más jóvenes también es reconocida. Se revisan las acciones tendientes a frenar esta predisposición de expansión de la enfermedad, en donde se destaca la prevención por un cambio de estilo de vida, en tanto, a los afectados por la diabetes, se les recomienda una serie de programas de ejercicios adecuados (ONU, 2007).

El número de estudios que describen las posibles causas y la distribución de la diabetes a lo largo de los últimos 20 años han sido extraordinarios<sup>13</sup>. Estos estudios siguen confirmando que los países de ingresos medios y bajos (PIMB) son los que soportan la mayor carga de diabetes. Sin embargo, muchos gobiernos y planificadores de la sanidad pública siguen sin ser plenamente conscientes de la magnitud actual o, lo que es más importante, del potencial de aumento futuro de la diabetes y sus graves complicaciones en sus propios países, observar cuadro 2:

### Cuadro 2. Datos Internacionales

366 millones de personas tienen diabetes en 2011; para 2030, esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones
El número de personas con diabetes tipo 2 está en aumento en todos los países
El 80% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medios y bajos
La mayoría de las personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años
183 millones de personas con diabetes (el 50%) están sin diagnosticar
La diabetes ha causado 4,6 millones de muertes en 2011
La diabetes ha originado al menos 465.000 millones de USD de gasto sanitario en 2011; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años)
78.000 niños desarrollan diabetes tipo 1 cada año

Fuente: Federación Internacional de Diabetes (2015)

<sup>12</sup> En el que se designa al día 14 de noviembre como el “Día Mundial de la Diabetes”, cuyo propósito es crear conciencia en los gobiernos y en las personas en general, para que se involucren y dimensionen el problema.

<sup>13</sup> Modelo de investigación transnacional para la prevención de la diabetes en los países de bajos y medianos ingresos: El Programa de Mejoramiento de la Diabetes estilo de vida comunitaria. (Weber, M. B., Ranjani, H., Meyers, G. C., Mohan, V., Narayan, K. M. V., 2012).

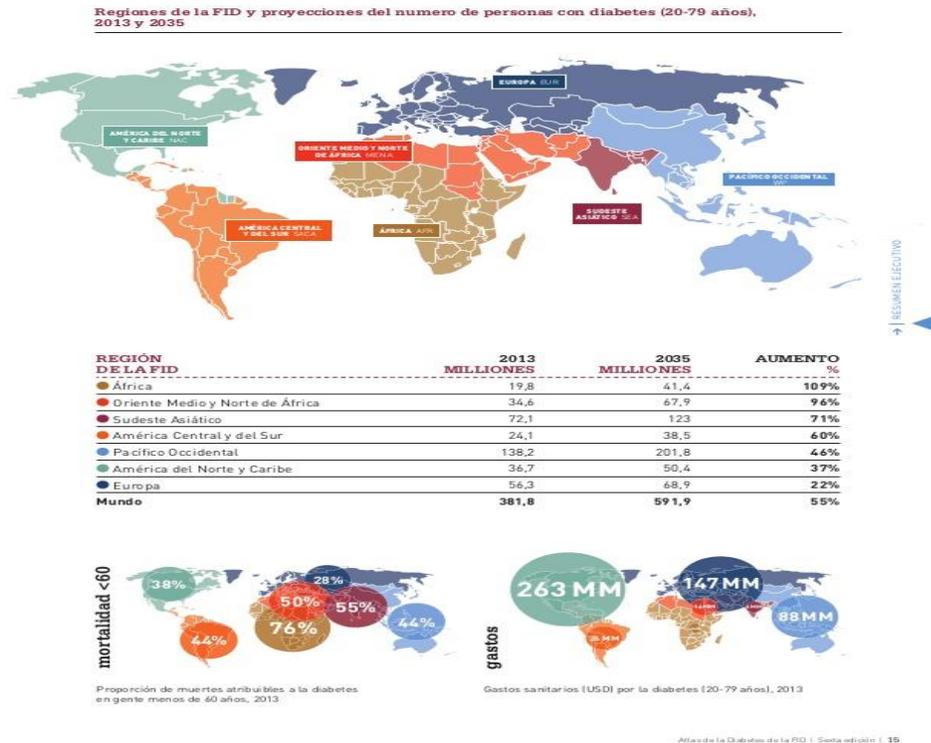
Los estudios de población sobre diabetes muestran consistentemente que un porcentaje importante de las personas a las que se les ha detectado diabetes no habían sido previamente diagnosticadas. Muchas personas siguen sin un diagnóstico debido en gran parte a la ausencia de síntomas durante los primeros años de la diabetes tipo 2 o a que los síntomas podrían no reconocerse como elementos relacionados con la diabetes.

El Atlas de Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013) ha calculado la prevalencia de diabetes mellitus y tolerancia anormal a la glucosa<sup>14</sup> para los años 2013 y 2035. Estos datos proporcionan información relativa a 216 países y territorios, agrupados en las siete regiones de la FID: África (AFR), Europa (EUR), Oriente Medio y Norte de África (MENA), América del Norte y Caribe (NAC), América Central y del Sur (SACA), Sudeste Asiático (SEA) y Pacífico Occidental (WP), como se muestra a continuación en el mapa 1:

---

<sup>14</sup> Las personas con altos niveles de glucosa en sangre que no la tienen tan alta como las personas con diabetes, se dice que tienen tolerancia anormal a la glucosa (comúnmente conocida como TAG). en (FID, 2013).

## Mapa1. Prevalencia de la diabetes de 2013-2035



Fuente: Atlas de la Diabetes de la FID (2013)

Los datos muestran como en el 2013 la diabetes contaba con 381.8 millones de personas a nivel mundial diagnosticadas. La proyección estadística manifiesta que, partir del 2013 y hasta el 2035 habrá un incremento del 55% de personas diagnosticadas con diabetes, considerando el breve periodo comprendido de 22 años, esta cifra aumentará aproximadamente a 591.9 millones de personas con diabetes (FID, 2013).

No existen estándares acordados internacionalmente para el diagnóstico y la valoración de las complicaciones con diabetes. Debido a los distintos métodos para valorar la presencia de dichas complicaciones, resulta difícil hacer comparaciones entre las distintas poblaciones. Los factores de riesgo para la diabetes tipo 2 todavía se están investigando. Sin embargo, tener un familiar con diabetes tipo 2 aumenta ligeramente el riesgo de desarrollar la enfermedad. Los factores medioambientales,

sociales, económicos, culturales y la exposición a ciertas infecciones han sido relacionados con el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud en 2016, muestran que la diabetes causó 1,5 millones de muertes en 2012 y las elevaciones de la glucemia por encima de los valores ideales provocaron otros 2,2 millones de muertes por efecto de un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. De estas muertes, el 43% se produce antes de la edad de 70 años. El porcentaje de las muertes atribuibles a la hiperglucemia o a la diabetes que se producen, antes de los 70 años de edad, es mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. Debido a la necesidad de usar pruebas de laboratorio complejas para distinguir entre la diabetes de tipo 1 (en que se depende de inyecciones de insulina para sobrevivir) y la de tipo 2 (en que el organismo no utiliza adecuadamente la insulina que produce), no existen cálculos separados de la frecuencia mundial de diabetes de tipo 1 y de tipo 2. La mayoría de las personas con diabetes tienen la de tipo 2, que antes se presentaba en adultos casi exclusivamente pero que ahora está afectando a los niños también (OMS, 2016).

### **1.3.1. El impacto económico y sociocultural de la diabetes**

Los enormes gastos generados a nivel mundial por concepto del tratamiento y prevención de la diabetes y sus complicaciones llegan a sumar cientos de miles de millones de dólares al año. Es un hecho, que estos costos crecen a un ritmo vertiginoso incluso más que la población. No obstante, los fallecimientos prematuros y las discapacidades son los gastos más costosos, estas últimas debido a las complicaciones derivadas que son susceptibles de prevenir, como las cardíacas, las renales, el pie diabético y las retinopatías. Existe una gran disparidad en cuanto al gasto en la atención médica de la diabetes en los países desarrollados y las economías emergentes, dado a que se estima que más del 80% de este gasto se da en los primeros, a diferencia de los países más pobres (con menos del 20% de gasto) que es en donde prácticamente vive el 80% de los diabéticos, por lo que en éstos últimos no se gasta lo suficiente como para proporcionar al menos los

medicamentos menos caros que se requieren para la supervivencia. Para ilustrar lo anterior, la prevalencia de los EE. UU., representa el 8% de la población mundial que vive con diabetes y gasta más del 50% del total de gasto mundial en atención a la diabetes (OMS, 2016).

En relación, el Atlas de la Diabetes (2013) señala que a diferencia de los países industrializados, en donde el gasto destinado a tratar la diabetes se distribuye entre la compra de medicamentos para controlar los niveles de glucosa sanguínea (25%), complicaciones a largo plazo (25%) y otros rubros, en América Latina y el Caribe, se destina alrededor del 50% en la compra de medicamentos, descuidando otros rubros tan importantes como la atención a las complicaciones y gastos en general como cuidados de enfermería, servicios de salud, entre otros.

En el caso de los aspectos socioculturales, la investigación internacional propuesta por la University College London (UCL, 2015) como parte del programa “Ciudades Cambiando la Diabetes”<sup>15</sup>, muestra el incremento acelerado de la diabetes en las ciudades. Sus hallazgos sugieren que, en las ciudades de todo el mundo, los factores sociales y culturales juegan un papel mucho más importante en la propagación de la epidemia de lo que se pensaba.

El estudio encontró que la vulnerabilidad de la diabetes en las ciudades está ligada a una mezcla compleja de factores sociales y culturales responsables de poner en mayor riesgo a personas, posteriormente, que los hace menos propensos a ser diagnosticados, recibir tratamiento y mantener una buena condición de salud. Los factores sociales identificados incluyen restricciones financieras, geográficas, de recursos y tiempo, mientras que los determinantes culturales incluyen la percepción de la talla y la salud y tradiciones profundamente arraigadas.

Es a través de estas investigaciones que podemos acceder a ciertos factores socio culturales que pueden llegar a posibilitar o inclusive a imposibilitar el apego al tratamiento e incluso la atención a la enfermedad.

---

<sup>15</sup> Programa de apoyo mutuo frente a la atención habitual en el manejo de la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2 en relación con la mejora del control metabólico. (UCL, 2015)

### **1.3.2. La Diabetes en México**

De acuerdo El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2017) desde el año 2000, la diabetes mellitus en México es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres. En 2010, esta enfermedad causó cerca de 83 000 muertes en el país

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (INSP, 2016) se observó un ligero aumento en la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012 (9.2%) y un mayor aumento con respecto a la ENSANUT 2006 (7.2%). El mayor aumento de la prevalencia de diabetes, al comparar la ENSANUT 2012 con la ENSANUT MC 2016, se observó entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 o más años de edad. En esta encuesta, la mayoría de los diabéticos con diagnóstico médico previo tienen entre 60 y 79 años de edad.

El reporte de diabetes por diagnóstico médico previo fue mayor entre mujeres que entre hombres, tanto a nivel nacional (10.3% vs. 8.4%), como en localidades urbanas (10.5% vs 8.2%) o rurales (9.5% vs 8.9%). De manera inversa, los hombres en localidades urbanas tuvieron una menor proporción de diagnóstico previo (8.2%) que en localidades rurales (8.9%).

En términos regionales, la mayor prevalencia de personas con diagnóstico médico previo de diabetes se observó en la región sur (10.2%). Para las mujeres, la mayor prevalencia de diabetes se observó en el centro del país (11.7%), mientras que para los hombres se observó en la región sur (11.2%). En las localidades de residencia urbanas, la mayor prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en ambos sexos y en las mujeres se presentó en la región centro (10.5% y 12.5%, respectivamente). En la región sur se observó la mayor proporción de hombres con diagnóstico médico previo de diabetes (11.3%). En las localidades de residencia rurales de la región sur, se observó mayor proporción de diabéticos en toda la población (10.2%) y en los hombres (11.0%), mientras que en la región norte se observó la mayor proporción en las mujeres (10.3%).

A los adultos con diagnóstico médico previo de diabetes se les preguntó si recibían algún tratamiento para controlar su enfermedad. El 87.8% contestó afirmativamente. Esta proporción es ligeramente mayor a la reportada en la ENSANUT 2012 (85.0%), pero menor a la reportada en la ENSANUT 2006 (94.1%). Se observó un incremento en el uso de insulina (11.1%) y en el uso conjunto de insulina y pastillas (8.8%), en comparación con lo observado en 2012 (6.5% y 6.6%, respectivamente) y 2006 (6.8% y 2.5%, respectivamente). También hubo una menor proporción de diabéticos sin tratamiento actual (12.2%), en comparación con los resultados de la ENSANUT 2012 (14.5%).

Las complicaciones que los diabéticos reportaron en mayor proporción fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.95%), úlceras (9.1%) y amputaciones (5.5%). Todas éstas, excepto daño en la retina, se reportaron en mayor proporción en comparación a lo reportado en la ENSANUT 2012. Adicionalmente, en esta encuesta se les preguntó a los diabéticos sobre otras complicaciones como consecuencia de su enfermedad. El 41.2% reportó ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies, 20.4% no poder caminar más de seis minutos sin sentir fatiga, 16.0% haber estado hospitalizado por más de 24 horas, 14.8% haber acudido al servicio de urgencias en el último año y 10.3% presentó hipoglucemias que requirieron ayuda de una tercera persona para su resolución.

El 46.4% de los diabéticos no realizan medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad. Las medidas preventivas implementadas en mayor proporción por los diabéticos en el último año fueron: revisión de pies (20.9%), medición de colesterol y triglicéridos (15.2%), aplicación de vacunas contra influenza (15.1%), examen general de orina y microalbuminuria (14.2%), y revisión oftalmológica (13.1%), (ENSANUT MC, 2016).

De esta manera podemos darnos cuenta de la alarmante situación que presenta la diabetes en nuestra población.

#### 1.4. Normatividad de la diabetes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) estipula que la legislación y su respectiva normativa son herramientas fundamentales para instrumentar políticas de salud. Las normas jurídicas aplicables a la prevención y el control de enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes determinan las obligaciones por parte de la autoridad y los prestadores de salud de implementar programas preventivos y brindar tratamiento a quienes padecen estas enfermedades. El reverso de esta obligación es el derecho de las personas a reclamar acciones de prevención y cuidado

En cuanto a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) plantea el objetivo de estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la Organización:

- Formula directrices científicas sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles principales, incluida la diabetes.
- Elabora normas y criterios sobre el diagnóstico y la atención a la diabetes.
- Fomenta la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular mediante la conmemoración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).
- Realiza tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo.

El *Informe mundial sobre la diabetes* de la OMS (2016) ofrece una visión general de la carga de la enfermedad y de las intervenciones disponibles para prevenirla y tratarla, así como recomendaciones para los gobiernos, las personas, la sociedad civil y el sector privado.

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la *Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la

actividad física regular, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial.

En relación con México se han implementado varias normas oficiales como la Ley General de Salud<sup>16</sup> y la NOM-015-SSA2-1994<sup>17</sup> las cuales tienen como objetivo primordial orientar y otorgar fluidez a los procesos relacionados con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de la diabetes, así como la promoción y la educación para la salud.

Recapitulando, es posible establecer como la evolución y alarmante expansión de la Diabetes mellitus tipo 2 ha nivel internacional se ha visto influenciada por el desarrollo de la sociedad. inicialmente se asociaba a esta enfermedad con personas pudientes y que poseían fácil acceso a cualquier alimento o bebida que deseara degustar; en todas las épocas se hace referencia al sabor dulce de la orina como una de las pruebas empíricas que detectaban rastros de azúcar. Posteriormente se destacan los síntomas y signos más comunes para diagnosticar la enfermedad, resaltando los tipos y las diferencias de cada diabetes.

También se abordan los factores de riesgo que se consideran preponderantes en la detección de esta enfermedad considerando también, la dificultad que suponen la

---

<sup>16</sup> La Ley General de Salud se refiere a ellas en el Capítulo III, enfermedades no transmisibles. Asimismo, la Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica establece que son de notificación semanal los casos de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón entre otras. Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984.

<sup>17</sup> Diabetes La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes define los procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes, tendientes a disminuir la incidencia de esta enfermedad, y para establecer programas de atención médica idóneos a fin de lograr un control efectivo del padecimiento y reducir sus complicaciones y su mortalidad. 3.1. Disposiciones Específicas Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html> 1. Objetivo y campo de aplicación 1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. 1.2. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el Sistema Nacional de Salud. 3.2. Prevención y Tratamiento: Acceso a Insulina y Controles de Azúcar Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Aspectos Relacionados al Derecho de los Consumidores y Aspectos Nutricionales de los Alimentos Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

economía, y las variables socioculturales para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Finalmente se resalta el grave problema presupuestal que sobrelleva cada país, familia y persona con diabetes, para solventar los gastos, las dificultades, las complicaciones y los decesos originados por el descontrol de esta enfermedad.

## Capítulo 2

### Marco teórico y conceptual

#### 2.1. La perspectiva socio antropológica de la enfermedad

Dentro de cada sociedad coexisten una diversidad de culturas que exhiben una amplia gama de connotaciones simbólicas y significativas. Para Grimson estos vínculos incluyen, todas las actividades y pensamientos humanos dentro de dicha cultura, siendo el denominador común que la humanidad es un ente cultural. (Grimson en Barrera, 2013). Razón por la cual, podemos afirmar que un concepto en apariencia tan simple como lo es la “enfermedad”, posee múltiples significados dependiendo de la cultura que la emplee.

En la antropología norteamericana se ha construido tres conceptos para referirse a los problemas de salud: *disease* aludiendo a la alteración o disfunción de los órganos o sistemas, por otro lado, *illness* explica la experiencia subjetiva o percepción personal, mientras que *sickness*, se relaciona con las consecuencias sociales que la persona, o su familia pueden llegar a percibir cuando se está enfermo. Como acaba de demostrarse, el enfoque que se tiene sobre la enfermedad posee variaciones de connotación dependiendo de la perspectiva desde la que se explique, incluso dentro de la misma cultura. No es de extrañar, que la interpretación de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud y de la persona enferma llegue a diferir. El médico se centra en la búsqueda del diagnóstico y en la prescripción de un tratamiento (*disease*); por ello y de acuerdo con Pacheco, el hecho de considerar la experiencia de las personas enfermas, sus expectativas terapéuticas y su repercusión en la esfera personal o interpersonal (*illness* y *sickness*) son determinantes para el grado de satisfacción, la adherencia al tratamiento y los resultados del encuentro clínico (Pacheco, 2011).

El proceso del diagnóstico inicia con la búsqueda de asistencia médica, posteriormente con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; ya que existe un “darse cuenta” que algo está ocurriendo en una forma que no es habitual y que es interpretado de acuerdo con el marco de referencia del

funcionamiento individual. En este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo les atribuye a ellos significados específicos (Di Silvestre, 1998).

Para comprender este proceso, Helman denomina ocho experiencias subjetivas en el trayecto hacia la enfermedad: 1) cambios percibidos en el cuerpo (hinchazón), 2) cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo (períodos menstruales más cortos o más largos), 3) fluidos inusuales del cuerpo (vómito), 4) cambios en el función límbica (parálisis), 5) alteraciones en los principales sentidos (falta de gusto), 6) síntomas físicos no confortables (dolor de espalda), 7) estados afectivos inusuales (depresión) y 8) alteraciones conductuales en la relación con otros (conflictos frecuentes con la familia), por mencionar algunos. (Helman, 1984 en Di Silvestre, 1998: 184). Las experiencias se dividen en dos factores: el cultural y el social, para mayor claridad revisar el cuadro 3.

**Cuadro 3. Factores Culturales y Sociales**

Experiencia de Enfermarse		
<b>Contexto Social</b> Socialización: normas, expectativas de rol Experiencia de otros significados		<b>Contexto Cultural</b> Significados Creencias Conocimientos Valores Lenguaje para expresar la enfermedad
<b>Percepción</b> Reconocimiento de los síntomas Categorías perceptuales para identificar los síntomas y dolores	<b>Evaluación</b> Modelo explicativo Causa(s) de síntoma(s) Seriedad atribuida al síntoma Curso esperado de la enfermedad Tratamiento esperado	<b>Acción</b> Como expresar los síntomas. A quién reunir en busca de ayuda
Enfermedad a Nivel Cognitivo	Significado de la Enfermedad	Conducta de Enfermarse

Fuente: Di Silvestre, 1998:185

Como puede observarse, el significado y la explicación que la persona le atribuye a sus síntomas o padecimientos tienen diferentes influencias como, por ejemplo, las experiencias personales previas con el síntoma, las experiencias familiares o de

otras personas cercanas, hábitos, conocimientos, creencias y normas sociales, en otros. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo, sino que al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo (Di Silvestre,1998).

## **2.2. El Modelo Explicativo de Kleinman**

Kleinman (1980) planteó el término “modelo explicativo” para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellas personas. Los modelos explicativos proporcionan ilustraciones sobre la causa de la enfermedad, su curso y el inicio de los síntomas, los procesos fisiopatológicos<sup>18</sup> que lo rodean, la historia de la enfermedad, la severidad de esta y el tratamiento adecuado para enfrentar la condición

Un modelo explicativo, revela cómo las personas dan sentido a su enfermedad y proporcionan un marco en el cual los investigadores de las ciencias sociales y los profesionales de la salud se comprometen con los pacientes en la comprensión de su experiencia de la enfermedad vivida (Lende, 2012). El modelo explicativo que se desarrollará en esta investigación es el propuesto por Kleinman para organizar la enfermedad y la salud dentro de contextos socioculturales.

1. Este modelo investiga las explicaciones de la enfermedad y las realidades sociales que son culturalmente moldeadas e influyen en cómo los individuos experimentan la enfermedad. Menciona Lende que los modelos explicativos se utilizan a menudo para ejemplificar cómo las personas ven su enfermedad en términos de cómo sucede, qué la causa, cómo los afecta y qué les hará sentirse mejor. Es un método utilizado en contextos clínicos e investigación cualitativa como una forma de obtener explicaciones individuales de un fenómeno particular.
2. Los modelos explicativos permiten a los investigadores recopilar datos textuales. El modelo explicativo guía las percepciones de los investigadores y médicos enfatizando la importancia de examinar la salud, los

---

<sup>18</sup> (Martín, 2018).

comportamientos que buscan la salud y la toma de decisiones medicinales dentro de un contexto cultural (Kleinman, 1978).

Los modelos explicativos se estructuran por medio de una serie de preguntas específicas abiertas. El modelo de Kleinman involucra a investigadores y profesionales clínicos en la búsqueda de cómo, por qué, cuándo, dónde, qué enfermedad y la experiencia de salud. El método etnográfico<sup>19</sup> es considerado el más adecuado para realizar el trabajo de campo requerido en este modelo. En 1970 Kleinman propuso el planteamiento de su modelo explicativo, desarrollando ocho preguntas planteadas en un intento de distinguir entre *illness*<sup>20</sup> y *disease*<sup>21</sup>, para salvar la fisura existente entre el conocimiento médico y las construcciones de la realidad clínica (Kleinman, 1978b).

Este modelo proporciona una idea de cómo las personas experimentan e interpretan sus condiciones. Este método ayuda a los investigadores de la salud a entender la complejidad de los temas, y esto podría contribuir con el diseño de estrategias adecuadas para disminuir las complicaciones relacionadas con la enfermedad, para explicar por qué algunas personas rechazan el uso de los medicamentos, o para comprender por qué se niegan a cumplir con un tratamiento prescrito. Es recomendable, que el modelo explicativo de cada persona sea elaborado mediante un abordaje etnográfico que de una clara visión de sus preocupaciones.

Kleinman formuló su modelo para entender cómo las personas ven sus condiciones y sus expectativas o los conceptos de una curación para salvar esta brecha y para ayudar a los médicos a romper con los puntos de vista centralistas. Los datos

---

<sup>19</sup> Consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe.

<sup>20</sup> Kleinman refiere que *illness* es la "experiencia humana innata de los síntomas y el sufrimiento". En otras palabras, comprende todas las formas en que "la persona enferma y los miembros de la familia o una red social más amplia perciben, viven y responden a los síntomas y a la discapacidad". El *illness* (padecimiento) siempre está determinado por la cultura individual de los afligidos, y debido a la historia única de cada persona, el *illness* experimentado siempre es distintivo (Kleinman, 1988).

<sup>21</sup> Es la forma en que los biomédicos ven las aflicciones. Ausente de todas las implicaciones culturales, esta visión mira a la enfermedad "sólo como una alteración en la estructura biológica o funcionamiento". Según Kleinman, al ignorar los elementos culturales y las ramificaciones de *disease*, "se pierde algo esencial para la experiencia de la enfermedad crónica, no se legitima como sujeto de preocupación clínica" (Kleinman, 1988).

resultantes podrían utilizarse para capacitar a los médicos en la mejora de la calidad de la atención de la diabetes, permitiéndoles una comprensión más sistemática de las construcciones sociales-culturales de la enfermedad.

En relación Kleinman escribió:

Estas comparaciones también ayudan al clínico a saber qué aspectos de su modelo explicativo necesitan una exposición más clara a los pacientes (y las familias), y qué tipo de educación del paciente es más apropiado. Y aclaran conflictos no relacionados con diferentes niveles de conocimiento, pero con diferentes valores e intereses. Parte del proceso clínico implica negociaciones entre estos modelos explicativos, una vez que se han hecho explícitos” (Kleinman, 1976).

El uso de este método brinda una ventaja a investigadores y médicos, y consiste en permitir la narración de las experiencias vividas por las personas y su enfermedad. Los resultados de las entrevistas a profundidad se utilizan para complementar o reforzar los datos etnográficos, proporcionando experiencias de primera mano de sus enfermedades que de otro modo serían empobrecidas si solo incluyeran números y datos estadísticos. La información obtenida a partir de las entrevistas basadas en el modelo explicativo puede proporcionar una mejor comprensión de la problemática generada por la enfermedad, posibles explicaciones del abandono, interrupción o complemento en la atención de la enfermedad, categorías no contempladas en la investigación o información que puede ser utilizada para propuestas de estudios posteriores.

La construcción del modelo explicativo requiere el uso de la narrativa, ya que esta permite el acceso a la experiencia de las personas, también se contempla como una de las principales formas a través de las cuales percibimos, experimentamos y juzgamos nuestras acciones, el curso y valor de nuestras vidas (Hyden, 1997), de manera que además de una construcción y representación en la narrativa, hay una construcción narrativa del padecimiento “*narrative construction of an illness world*» Las narrativas ofrecen la oportunidad de tejer las puntas abiertas del tiempo, recrean un contexto temporal que ya se había perdido (Hyden, 1997).

Ordenando los síntomas del padecimiento (illness) y los eventos en un orden temporal y relacionando ambos con otros eventos de nuestras vidas se construye un contexto unificado y se establece entonces la coherencia; cuando los eventos se reordenan para caber en un estilo narrativo, se crea un guion. La narrativa posibilita un vínculo con la enfermedad que permite explicarla y entenderla, integrándola en la vida de quien la sufre. Las narrativas son capaces de representar y reflejar las experiencias de padecer (illness) en nuestra vida cotidiana, nosotros producimos narrativas ante nuestros contextos, determinados por los factores externos. El contexto influye la forma de narrar, su presentación e interpretación (García y Argüello, 2013).

A través de la narrativa se reflejan los valores sociales y culturales, emergen las expectativas de lo “bueno-malo», lo “deseable», el papel del enfermo. En el caso de esta investigación sobre la diabetes se preguntó: ¿Cómo llama a lo que le diagnosticaron?, ¿En qué circunstancias lo diagnosticaron?, ¿Cuál cree que es la causa principal para haberla adquirido?, ¿En qué momento de su vida comenzó a percibir los síntomas?, ¿Qué significa tener la diabetes mellitus tipo 2?, ¿Qué se siente tener diabetes mellitus tipo 2?, ¿Qué sabe sobre la diabetes mellitus tipo 2?, ¿Cómo obtiene la información de la enfermedad?, ¿Qué tipo de tratamiento recibe?, ¿Qué tipo de tratamiento cree que debería recibir?, ¿La diabetes mellitus tipo 2 ha provocado algún cambio en sus costumbres o prácticas?, ¿En sus relaciones sociales que cambios han sucedido?, ¿Qué imagina que la diabetes mellitus tipo 2 le hace a su cuerpo?, ¿Cómo se puede llevar la enfermedad de forma “exitosa»?

Como toda producción humana, las narrativas suceden en un contexto sociocultural que moldea sus contenidos y alcances, como intentos de reflejar en los relatos las experiencias y los modelos explicativos empleados.

A propósito de la contextualización del padecimiento (illness), Rosa María Osorio señala que el padecimiento se “refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o la enfermedad percibida). En este sentido, también es 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 las redes sociales». La enfermedad, también conocida como disease, es una “construcción elaborada desde la biomedicina, u otros practicantes profesionales, generalmente estructurada al interior de un cuerpo de saberes teóricos y técnicos que clasifican, etiquetan e interpretan los problemas de salud» (Osorio, 2001).

Si la enfermedad no es una entidad en sí misma, sino que debe considerarse una construcción cultural, las narrativas de las enfermedades se construyen pretendiendo regular y determinar las narrativas de los padecimientos (modelos explicativos) correspondientes. Puede concebirse la narrativa como campo semántico y las transacciones clínicas como procesos interpretativos (Cortés, 1997).

Para Kleinman, en el corazón del cuidado “clínico» yace un problema interpretativo, de diferentes marcos cognitivos, culturales o conductuales, de diferentes modelos explicativos (ME) (Kleinman, 1981). En defensa de los ME, las narrativas son útiles, dado que los ME son “paquetes individuales de ideas no idénticas, constituidas por la conjunción de componentes de varios sistemas de creencias» (Kleinman, 1981). Estas características otorgan mayor importancia al relato en primera persona; además de reflejar una categoría social, añaden variabilidad.

### **2.3 La experiencia de la enfermedad**

El Modelo Explicativo de Kleinman aporta el sustento para comprender mejor el concepto de experiencia de la enfermedad, entendida como:

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada

positivamente, entonces se espera que él/ella asuma el rol de enfermo/a <sup>22</sup> (Di Silvestre, 1998).

Como ya fue señalado previamente, en la experiencia de la persona enferma coexisten tres dimensiones: el padecimiento (*illness*), o la experiencia subjetiva (el sentirse enfermo, la vivencia individual ante la enfermedad); la dolencia (*sickness*), o la evaluación social de la condición del enfermo (el ser considerado enfermo) y el enfermar (*disease*), designado por la biomedicina (tener una enfermedad ya definida en una clasificación clínica). Estas tres narrativas proceden de observadores diferentes de cada signo o síntoma (Kleinman, 1978b).

Sintetizando, la experiencia de la enfermedad se encuentra formada por factores socioculturales, económicos y políticos; siendo esta la manera en la cual la persona percibe, define, atribuye significados, causas, y se comporta hacia la enfermedad (la reconoce, la transmite y busca ayuda), todo ello es el resultado de la socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el contexto sociocultural dentro del cual vive la persona. Dado que el médico y la persona enferma no siempre provienen de grupos socioculturales similares, puede llegar a existir una discrepancia entre sus modelos explicativos. Estos sucesos pueden concluir en el abandono del tratamiento, enojo, frustración e insatisfacción de la persona enferma, y la búsqueda incansable de una nueva atención médica, lo cual representa una carga para la persona enferma, su familia, para el mismo médico y el sistema de salud.

Un elemento central en la experiencia de la enfermedad es buscar atención dentro de un sistema médico.

---

<sup>22</sup> El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons (1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. Estas expectativas son: 1) relevación de las responsabilidades diarias, 2) búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y 3) conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible.

## 2.4 El sistema médico comprendido como un sistema cultural

Para una mejor comprensión del sistema médico, comenzaremos por definir el concepto de médico. Los latinos usaban el verbo *mederi* con el significado de “cuidar, tratar una enfermedad o un mal”. La palabra provenía del griego *medomai*, del mismo significado y esta, a su vez, de la raíz indoeuropea *med-* “tomar medidas”. *Mederi hominis* “curar o medicar a una persona”, decía Cicerón; *mederi contra ictus serpentium* “curar la mordedura de una víbora”, expresaba Plinio. Los autores latinos también emplearon *mederi* en sentido figurado: *mederi cupiditatis* era para el poeta Terencio “curar las pasiones”, mientras que Julio Cesar utilizó *mederi iniopiae rei frumentariae* con la denotación de “remediar la escasez de trigo”. Médico, en latín *medicus*, se formó a partir de *mederi*, igual que *ars médica* el arte de curar” (Soca, 2014). La definición de médico como relativo, perteneciente y concerniente a la medicina como una especialidad denominada también ciencia de la salud o también del medicamento que se emplea para curar de las dolencias o enfermedades. Sustantivo masculino y femenino. Persona previamente autorizada para profesar, desempeñar y ejercer en el campo de la medicina. Indica (Rodríguez, 2010) que es una ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad. Este bienestar surge a través del médico, se requiere de una estructura social que fortalezca, legitime y de sustento a su actuar, en este caso se requiere de la intervención del gobierno. Aclarado lo anterior, se ha propuesto desde la antropología analizar el sistema médico comprendido como un sistema cultural<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> (Kleinman, 1978b)

Los componentes<sup>24</sup> del sistema cultural y del sistema médico son: salud/enfermedad y curación. Comenzaremos recuperando los conceptos de cultura<sup>25</sup> y de sistema cultural<sup>26</sup> propuestos por Kleinman, la noción del sistema de significados simbólicos, configurado por significados, valores y normas de conducta, que permite conceptualizar el Sistema de Atención Médica, el cual se estructura en *Illness* y *Disease*, y entre ambos constituyen el *Sickness*.

La definición del Sistema de Atención Médica es la base sobre la que se construye el Sistema de Atención a la Salud, el cual está constituido por la Decisión de Alternativa Terapéutica, las Prácticas de Tratamiento Reales, y Evaluación de Resultados de Tratamiento.

La estructura interna del Sistema de Atención Médica del Sistema de Atención a la Salud se puede plantear en la figura cuatro.

La curación<sup>27</sup> es la suma de las tareas clínicas medulares del Sistema de Atención a la Salud, y son:

---

<sup>24</sup> Salud, enfermedad y cuidado de la Salud son aspectos de las sociedades que se articulan como sistemas culturales, The model is an attempt to understand health, illness, and healing in society as a cultural system, and to compare such systems cross-culturally. (Kleinman, 1978b)

<sup>25</sup> Entender cómo la cultura, aquí definida como un sistema de significados simbólicos, da forma a la realidad social y a la experiencia personal, mediada entre los parámetros "externo" y "interno" de los sistemas médicos, y, por lo tanto, es un determinante principal de su contenido, efectos y los cambios que ellos sufren. Our concern will be to understand how culture, here defined as a system of symbolic meanings that shapes both social reality and personal experience, mediates between the "external" and "internal" parameters of medical systems, and thereby is a major determinant of their content, effects, and the changes they undergo. (Kleinman, 1978b)

<sup>26</sup> Tales sistemas culturales, que llamaré sistemas de atención médica, son como otros sistemas culturales, por ejemplo, parentesco y sistemas religiosos, sistemas simbólicos contruidos a partir de significados, valores, normas de comportamiento, y similares. El sistema de salud articula los síntomas como un idioma cultural, vinculando creencias sobre las causas de la enfermedad física, la experiencia de síntomas, patrones específicos del comportamiento del enfermo, las decisiones concernientes a las alternativas de tratamiento, las prácticas terapéuticas real y las evaluaciones de los resultados terapéuticos. Por lo tanto, establece las relaciones sistemáticas entre estos componentes.

\*Nota de Kleinman, [Yo uso el término sistema de cuidado de la salud simplemente para subrayar las actividades de cuidados médicos en el centro de estos sistemas. Reconozco que el sistema de salud puede ser un término mejor para uso general, ya que es más inclusivo, lo que indica las funciones preventivas y curativas de estos sistemas de actuación, mientras que no es médico-céntrico como el término sistema médico.] (Kleinman, 1978b)

<sup>27</sup> La curación, en un sentido, es la suma de las tareas clínicas centrales del sistema de atención médica. Eso implica que es el sistema cultural como un todo lo que sana. Este tipo de curación lo llamaremos curación cultural. Aunque el proceso de curación usualmente involucra dos actividades relacionadas -la provisión de un control efectivo de la enfermedad y del significado personal y social para la experiencia de la enfermedad- la curación cultural involucra principalmente a la segunda. (Kleinman, 1978b)

- a) El control efectivo de Disease, y
- b) El significado de la experiencia de curación.

Las tareas adaptativas básicas<sup>28</sup> del Sistema de Atención Médica son:

1. La construcción cultural de los síntomas de la enfermedad como un aprendizaje social y la experiencia adquirida y sancionada (*Illness*)
2. Decisión de Alternativa Terapéutica, es la elección que realiza la paciente de las opciones de tratamiento para la enfermedad que identifica como paciente
3. Los procesos cognitivos y comunicativos involucrados en el manejo de la evaluación social de la enfermedad, que incluye: etiquetar, clasificar y proporcionar personalmente y socialmente explicaciones significativas (*Sickness*).
4. Prácticas de Tratamiento Reales, entendidas como las acciones de curación que realiza el paciente de forma objetiva
5. Las conductas que modifican la Salud
6. Evaluación de Resultados de Tratamiento, el significado que se le asigna a las prácticas de tratamiento reales que fueron seleccionadas en la toma de decisión de cual alternativa de tratamiento utilizar.

El *Illness* está formado por las percepciones, valoraciones y expresiones, todas ellas subjetivas, síntomas de la enfermedad, y determinan las características particulares del rol del enfermo.

La Decisión de Alternativa Terapéutica es parte de la construcción de la realidad social que es la organización de las creencias, expectativas, roles, interacciones.

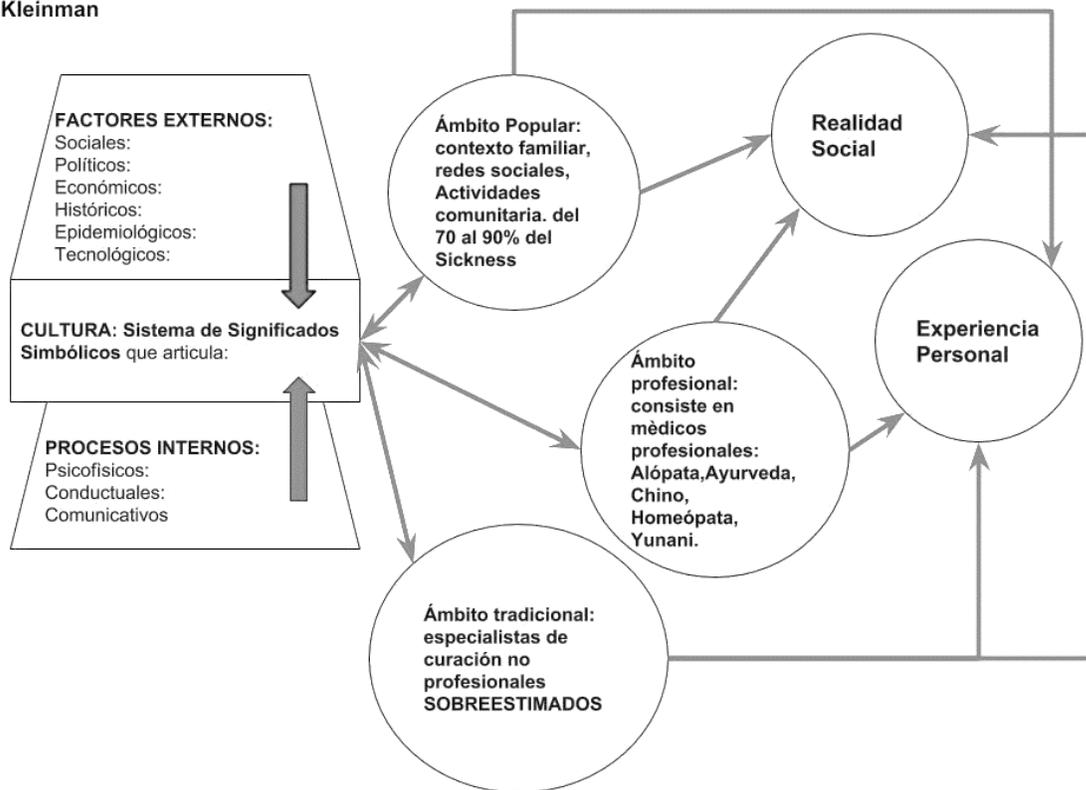
El *Disease* es un producto del Sistema de Atención Médica, por lo tanto, del Sistema de atención a la Salud, que orienta la Decisión de Alternativa Terapéutica y con ello define la Práctica de Tratamiento Real, que constituye a su vez las conductas que modifican la salud.

Todo lo anterior se resume en la Evaluación de los Resultados Terapéuticos, que retroalimentan las decisiones realizadas con anterioridad y las mantienen o las modifican con la finalidad de aliviar los síntomas del paciente.

---

<sup>28</sup> Desde una perspectiva funcional, los sistemas de salud realizan cierta actividad cultural (y frecuentemente psicosocial) tareas adaptativas frente a la evaluación social de la enfermedad. (Kleinman, 1978b)

Figura 4. . Estructura Interna del Sistema de Atención Médica del Sistema de Atención a la Salud de Kleinman



Fuente: Elaboración propia con base en Kleinman, 1978b

En este punto es necesario observar un punto de separación entre el enfoque del médico profesional (*Disease*); el popular (*Illness*); el de la Evaluación de los Resultados Terapéuticos exitosos que considera como éxito la curación cultural<sup>29</sup>, que consiste tres elementos:

- 1° Dar explicaciones significativas;
- 2° Tratar las tensiones sociales relacionadas médico-paciente, o paciente-familiar,
- 3° Los principios culturales amenazados, es decir, la curación cultural se considera el ajuste de las expectativas, creencias, comportamiento y evaluación del resultado.

<sup>29</sup> Although the healing process usually involves two related activities—the provision of effective control of the disease and of personal and social meaning for the experience of illness—cultural healing principally involves the latter. From this perspective, then, we recognize the paradox that the cultural shaping of illness as a psychosocial experience, under the influence of cultural rules which govern the perception, valuation, and expression of symptoms and which determine the particular characteristics of the sick role, is itself part of the healing process. Similarly, the socially sanctioned criteria for evaluating therapeutic efficacy, another ingredient of cultural healing, can produce the additional paradox that healing is evaluated as successful because the sickness and its treatment have received meaningful explanations, and related social tensions and threatened cultural principles have been dealt with appropriately, in spite of the fate of the sick person and his sickness (Kleinman, 1978b).

La curación cultural le plantea al Sistema de Atención a la Salud la sanación en cuatro niveles analíticos: fisiológicos, psicológicos, sociales, y culturales.

Esta distinción entre *disease* e *Illness* constituye una iatrogenia<sup>30</sup> cultural, el conflicto entre la realidad clínica y la Evaluación de los Resultados Terapéuticos exitosos, existe discrepancia entre los objetivos terapéuticos de los médicos y las personas con diabetes.

El Sistema de Atención a la Salud se estudia a través de Modelos Explicativos (ME), los cuales se obtienen de médicos, personas con diabetes y familiares, y se realizan generalmente sobre cuatro temas<sup>31</sup>:

1. Etiología
2. Inicio de síntomas
3. Curso fisiológico de la enfermedad – gravedad
4. Tipo de enfermo - y tratamiento; que están ligados a sistemas específicos de conocimientos y valores centrales, por lo tanto, son productos históricos y sociopolíticos.

Las relaciones sociales que surgen entre el médico y la persona con diabetes<sup>32</sup>, entre la persona con diabetes y familiar, pueden ser planteadas, estudiadas, y comparadas como transacciones entre diferentes modelos explicativos (sistemas cognitivos, y posiciones estructurales), no es raro que entren en conflicto al poseer diferentes contenidos y lenguajes, y estos conflictos impiden

---

<sup>30</sup> These conflicts, which are heightened by increasing differentiation (specialization of knowledge and social role), and which therefore are greatest in more modern societies and in illness episodes which cross different sectors and subsectors of the health care system, systematically produce problems for clinical care. I shall refer to this process as cultural iatrogenesis ((Kleinman, 1978b)

<sup>31</sup> In each sector of the health care system, explanatory models (EMs) can be elicited from practitioners, patients, and family members for sickness episodes. EMs contains explanations of any or all of four issues: etiology; onset of symptoms; pathophysiology course of sickness (severity and type of sick role); and treatment (Kleinman, 1978b).

<sup>32</sup> EMs are tied to specific systems of knowledge and values centered in the different social sectors and subsectors of the health care system. Thus, they are historical and socio-political products. Health care relationships (e.g. patient-family or patient-practitioner relationships) can be studied and compared as transactions between different EMs and the cognitive systems and social structural positions to which they are attached. On the cultural level, we can view these transactions as translations between the different idioms into which the separate health care system sectors articulate illness as psychocultural networks of beliefs and experiences. (Kleinman, 1978b)

la atención médica eficaz. La comunicación<sup>33</sup> es el principal determinante para cumplimiento, la satisfacción y el uso apropiados de los establecimientos de salud por parte de los pacientes.

Al mismo tiempo las influencias culturales deben de ser apreciadas y respondidas para no convertirse en problemas sustanciales.

Considerando que los modelos explicativos construyen<sup>34</sup> diferentes realidades clínicas para el mismo episodio de la enfermedad, que reflejan las expectativas discrepantes y la falta de comunicación, por lo tanto, una atención médica deficiente es perceptible al realizar la evaluación de los resultados terapéuticos y obtener las expectativas discrepantes y la falta de comunicación.

El punto de vista médico puede ser observado desde los tres ámbitos señalados anteriormente (Popular, Tradicional y Médico) que proporcionan tres diferentes visiones de la medicina (Good, 2003).

La enfermedad desde el punto de vista biomédico<sup>35</sup>, (disease), se constituye en un lenguaje técnico, abstracto, ocupado por teorías de causalidad y nosología, impersonal. Los médicos dan explicaciones técnicas, de difícil comprensión (Kleinman, 1978b)

El *illness* muestra las experiencias, percepciones, y reacciones sociales hacia la enfermedad. Las personas con diabetes buscan la atención de su *illness*. Por ello, los curadores populares dan explicaciones sensibles de tipo, cosmogónico, sociológico y psicológico sobre los síntomas, relacionándolos con el contexto social, a vida cotidiana y los intereses de las personas. Las personas<sup>36</sup> no solo buscan

---

<sup>33</sup> Here communication has been shown to be a major determinant of patient compliance, satisfaction, and appropriate use of health facilities, while cultural influences on clinical communication, when unappreciated and not responded to, have been shown to lead to substantial problems in patient care (Kleinman, 1978b)

<sup>34</sup> In terms of our model, EMs constructs different clinical realities for the same sickness episode, which in turn are reflected in discrepant expectations and miscommunication, and ultimately in poor clinical care. These conflicts reveal the underlying discrepancies in status and power between the key participants in health care relationships. (Kleinman, 1978b)

<sup>35</sup> Disease is most commonly associated with the EMs of professional practitioners (modern or indigenous), where it relates to special theories of disease causation and nosology that are stated in an abstract, highly technical, usually impersonal idiom. (Kleinman, 1978b)

<sup>36</sup> One reason why indigenous folk healers do not disappear when modernization creates modern professional medical systems is that they often are skilled at treating illness. (Kleinman, 1978b)

alivio de sus síntomas, sino también explicaciones y tratamientos psicosociales (Ibid.).

La propuesta teórica es la “Estructura de la Racionalidad Médica Popular”, cuyos objetos son el dolor, el sufrimiento y la muerte; y se estudia con las categorías de conocimiento, lógica y relevancia, con la finalidad de establecer las transacciones cognitivas, del modelo explicativo entre ellas, que remitan al concepto de cultura y sistema cultural popular, con lo cual se podrá definir el sistema de atención médica popular del sistema de atención a la salud, es decir, mediar el impacto de los factores externos y procesos internos en el proceso fisiológico de la enfermedad a través de sistema de significados simbólicos que estructuran (Good, 2003).

Dentro del sistema de atención es muy importante el apoyo que pueden brindar diferentes actores sociales como: la familia, la comunidad y el gobierno.

## **2.5. El apoyo a la enfermedad por parte de la familia**

Una de las funciones más importantes de la familia es brindar apoyo a sus integrantes en situaciones adversas. Por lo que comenzaremos por establecer la influencia de esta institución en la atención a la enfermedad. En 1987, Bertalanffy definió al sistema familiar como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es sólo la suma de las partes, sino también la relación entre ellas, además, cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos. Hay diferentes niveles de complejidad de elementos en el sistema (jerarquías diferenciadas) y los elementos se necesitan uno al otro para funcionar (Bertalanffy, 1987).

En cambio, para Minuchin, la familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan los cuales modifican su dinámica interna. Así mismo, resalta que la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, y que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento (Minuchin, 1982). Es

innegable que estas influencias, internas y externas tienen efectos en la dinámica familiar, pudiendo incluso llegar a modificar el comportamiento de sus miembros.

Una persona con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a su familia en busca de apoyo y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes (Valadez y Aldrete, 1990).

Ahora bien, no siempre la familia tiene el deseo o está en condiciones de realizar su rol como sistema funcional sociocultural formativo, por lo que requiere la ayuda orientadora y desarrolladora de los profesionales de la educación, psicólogos, juristas, sociólogos, médicos, etc. Marx escribió que los hombres son el resultado de las circunstancias y de la educación, y que, por tanto, los hombres modificados son producto de circunstancias distintas y de una educación modificada, pero olvida que son los hombres, precisamente, los que hacen que cambien las circunstancias y que el propio educador necesita ser educado (Carvajal, 2016).

En el año 2000, Pinto y Sánchez en su artículo sobre “el reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad”, exponen como desde siempre se ha reconocido a la familia como agente cuidador natural de las personas que viven en situación crónica de enfermedad o limitación, también el hecho de que las familias continúan teniendo el rol de cuidadores como una de sus principales responsabilidades, lo que incluso se ha visto por muchos teóricos como parte natural de las crisis familiares. El texto afirma que con seguridad cada persona puede evocar una experiencia como cuidador. Algunos quizás, han tenido el privilegio de poder ayudar a un ser querido en situación de enfermedad crónica y suspiran pensando lo que esa experiencia significó. Ser cuidador de alguien requiere cuidado día y noche es difícil y muchas veces parece demasiado. Las autoras señalan que la labor de la enfermería es buscar comprender la realidad de la experiencia de cuidado de la salud humana y apoyar al otro (s) en su crecimiento como cuidadores. Concluyen, que es primordial señalar las múltiples funciones y riesgos que tienen los cuidadores familiares de personas en situación crónica de

enfermedad. Resaltan la escasa información sobre los aspectos positivos de la experiencia humana de cuidar (Pinto y Sánchez, 2000).

Otro de los elementos importantes en la conformación de las experiencias de las personas con diabetes, es su relación con la comunidad y la manera en la que esta influye y a su vez en influencia por la cultura, educación y costumbres de cada uno de sus integrantes.

## **2.6 El apoyo a la enfermedad por parte de la comunidad**

Entre las definiciones de comunidad más actuales se ponen énfasis en dos elementos claves: los estructurales y los funcionales, aunque hay otro grupo que combina ambos tipos. Para Arias (2003) los elementos estructurales se refieren a la consideración de la comunidad como un grupo geográficamente localizado regido por organizaciones o instituciones de carácter político, social y económico. Dentro de estas definiciones el criterio delimitativo es el más importante, al considerar como tal, un grupo, un barrio, una ciudad, una nación o un grupo de naciones, de acuerdo con los intereses de la clasificación, pues el tamaño de la comunidad depende de la existencia de una estructura potencial capaz de ejercer la función de cooperación y coordinación entre sus miembros. Los elementos funcionales se refieren a la existencia de necesidades objetivas e intereses comunes, esos aspectos son importantes, aunque pueden ser aplicados a otras entidades, no solamente a la comunidad como concepto. Como definición que agrupa tanto aspectos estructurales como funcionales, Violich menciona, que la comunidad es un “grupo de personas que viven en un área geográficamente específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de los problemas colectivos” (Violich en Arias, 2003). Lo estructural está dado por la consideración de un grupo enmarcado en un espacio geográfico delimitado y lo funcional está presente en los aspectos sociales y psicológicos comunes para ese grupo.

En concordancia Socarrás define a la comunidad como “... algo que va más allá de una localización geográfica, es un conglomerado humano con un cierto sentido de pertenencia. Es pues, historia común, intereses compartidos, realidad espiritual y

física, costumbres, hábitos, normas, símbolos, códigos”. (Socarrás, 2004:177). Esta definición, amplia en su concepción del espacio geográfico igual que la de Violich, puede aplicarse a un país, una ciudad o un barrio, relaciona los elementos subjetivos, donde lo cultural se erige como un eje determinante que sintetiza gran parte de estos mecanismos e incluye además un aspecto importante, el sentido de pertenencia, factor que permite la movilización, la cohesión y la cooperación entre los habitantes de una comunidad.

El sentimiento (o sentido) de pertenencia o conciencia de pertenencia tiene carácter histórico y está relacionado con la identidad cultural, se va formando en la medida en que se desarrolla la comunidad sobre la base de la interacción entre sus miembros, la cooperación y colaboración entre unos y otros, la afinidad entre sus intereses y la posibilidad de compartir historia y cultura comunes. Es definido como: la capacidad desarrollada por los miembros de una comunidad para asumir, promover y defender los valores propios de su colectividad. Sentimiento de orgullo con el que se expresa la historia viva de su barriada, como la razón de ser. Reflejo de ello es el dar a conocer a los visitantes y amigos las familias antiguas, los espacios naturales que les sirven de escenario cotidiano, las manifestaciones populares más arraigadas, las personalidades ya legendarias, entre otras (Martínez, 1994). La existencia del sentimiento de pertenencia condiciona realmente la de la comunidad y es, como se infiere de la definición precedente, una condición importante para generar y sostener el desarrollo de ésta, puesto que permite el logro de una convivencia armónica y duradera y está en la base de la organización de las personas y su interacción. En los procesos comunitarios aparece con fuerza la búsqueda o el reencuentro de las raíces, el pasado común, y de esa forma sus miembros llegan a comprenderse, a concebir su identidad como grupo específico, como un conjunto dinámico de valores donde se recrea la cultura de manera cotidiana, lo que les permite la diferenciación con otras comunidades debido a que éste se revela de manera diferente entre comunidades de acuerdo con sus características. Un aspecto importante dentro del estudio de la comunidad y su concepción es la participación, considerada, por Socarrás como un concepto sociohistórico que como tal se vincula con fenómenos políticos, económicos,

sociales y culturales, y “constituye un proceso activo, transformador de las relaciones de poder, al provocar un efecto que tiende a la redistribución de este entre los diferentes actores” (Socarrás, 2004). La participación también es considerada como la representación de una interrelación de los planos individuales y colectivos.

Entendida de esta forma es necesario sustentarla en dos ejes: 1. en el contexto social donde tiene lugar y en las relaciones que ocurren en él (económicas, políticas, culturales, etc.) y 2. como proceso entre personas diversas, sus emociones, necesidades e identidades dotarán de color propio el proceso de participación en cada ocasión. (Socarrás, 2004) Las definiciones de comunidad analizadas contemplan, como ya se dijo, elementos de carácter estructural y funcional relacionadas con la perspectiva sociohistórico y cultural de manera armónica; sin embargo, no toman en cuenta el aspecto lingüístico, cuestión que también permite a sus miembros reconocerse como tal.

Se entiende el concepto de comunidad para los fines de este proyecto como el grupo humano enmarcado en un espacio geográfico determinado que comparte, en lo fundamental, comunión de actitudes, creencias, sentimientos, tradiciones, usos y costumbres además de patrones lingüísticos comunes correspondientes a una lengua histórica o idioma; con las características propias que le permiten identificarse como tal.

Continuando con las dimensiones que influyen en las experiencias de las personas con diabetes es de vital relevancia identificar a otro de los componentes que tienen una participación en su conformación, el gobierno.

## **2.7. El apoyo a la enfermedad por parte del gobierno**

La palabra Gobierno proviene del latín “*Gubernare*” tomada del griego y que originariamente significaba guiar la nave. Comparando gobernar y guiar ha resultado muy feliz. Gobernar no es mandar en la forma en que el amo manda a sus esclavos, sino que es emitir órdenes y dar instrucciones por el bien común, porque los intereses del ser humano que están en el timón son los mismos que la tripulación que está en la nave. Gobierno entonces es la dirección o el manejo de todos los asuntos que conciernen de igual modo a todo el pueblo y que subsiste mediante los impuestos. Se utiliza el concepto Gobierno para designar a la dirección, administración del Estado. Orden, Régimen o Sistema para regir la Nación o algunas de sus Regiones, Provincias o Municipios (Noguerón, 2011).

De la palabra Gobierno se deriva el concepto de gobernabilidad y que es necesario aclarar. La gobernabilidad se sustenta en la aplicación eficaz de un orden jurídico idóneo, es decir, que corresponda al beneficio de los gobernados para que a través de ella puedan resolver las cuestiones de su actividad cotidiana. Cabe recordar que tanto gobernantes como gobernados están sujetos al cumplimiento del orden jurídico vigente, más los primeros que los segundos, por su carácter de servidores públicos y que porque su ejemplar desempeño permitirá alcanzar la tan deseada gobernabilidad.

En México y en el mundo, actualmente se enfrentan desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida nocivos como son los asociados al sedentarismo, la mala alimentación, el tabaquismo y el alcoholismo. Esto impone la necesidad de ofrecer una respuesta integral y articulada para por parte del estado para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que involucren el cambio conductual de la población.

Como ya se ha expuesto anteriormente las personas con diabetes también experimentan un sentido negativo del yo porque su enfermedad limita sus actividades, les aísla de los demás, les desacredita porque reduce su sentido de

valor personal, y hacen que sean una carga para otros. De hecho, algunas personas pueden sentirse estigmatizadas como consecuencia de su enfermedad, como se ve en casos de personas con impedimentos físicos (Charmaz, 1983). Se comprende entonces que el apoyo que brinda la familia, la comunidad y el gobierno a una persona con una enfermedad crónica como la diabetes, es de vital importancia para mejorar la comprensión y la atención de la enfermedad, así como para incrementar su calidad de vida.

## **2.8. Algunos estudios socioantropológicos sobre la experiencia de la diabetes en México**

En México será hasta finales del siglo XX y principios del siglo XXI que desde diversas perspectivas socioantropológicas empiezan a interesarse por el tema de la diabetes, se ha investigado sobre las estrategias de atención a la diabetes, (Arganis, 1998), los factores culturales y su relación con el tratamiento, (Cardoso, 2002) las representaciones, prácticas y apoyo social, (Arganis, 2004), el drama social de las personas con diabetes (Moreno, 2006).<sup>37</sup>

Uno de los trabajos pioneros que analiza a la diabetes desde el enfoque de la experiencia, es el trabajo de Mercado Martínez, quién retoma a Kleinman y brinda interesantes perspectivas teórico-metodológicas, ya que plantea: “...analizar el padecimiento desde la perspectiva de quienes lo viven y lo sufren sin perder de vista los procesos sociales, materiales y simbólicos en que se encuentran inmersos (Mercado, 1996).

Para Mercado la experiencia del padecimiento es entendida “... como aquel fenómeno de naturaleza subjetiva que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos íntimamente vinculados entre sí: a) los estados emocionales, los sentimientos, los estados de ánimo, las sensaciones, los estados corporales vinculados a la presencia de un padecimiento; b) los efectos o consecuencias ocasionadas en la vida diaria de quienes sufren tanto por el

---

<sup>37</sup> Las tesis sobre distintos aspectos socioculturales de la diabetes mellitus se han incrementado de manera considerable, por lo que solo se hará referencia a algunas que han tratado el tema desde el concepto de experiencia.

padecimiento como por alguna de sus manifestaciones y c) las formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en su vida diaria y su red social más cercana” (Mercado,1996).

En la segunda década del siglo XXI, otros autores han utilizado el concepto de experiencia junto con otros como el de representaciones, drama social o la relación entre vivir con diabetes y los grupos de ayuda mutua. Así Domínguez (2012) realizó la investigación denominada “Vivir con azúcar, experiencias y representaciones en torno a la diabetes entre grupos domésticos de Zinacantán, Chiapas”. Aportando hallazgos que revelan como la diabetes afecta a quien la padece, desde su propia vivencia y la manera en que repercute en su grupo doméstico. Su argumento se enfoca en recuperar la vivencia de las personas (*Illness*), en comparación con el comportamiento que se espera de ellos como *diabéticos* (*Sickness*), además analiza que emociones se identifican con la diabetes, y cómo influyen en su cuidado o control; finalizando con lo que se piensa respecto a la diabetes en distintos momentos de esta.

También se consideró pertinente revisar la investigación realizada por Acero (2012) “Viviendo con la enfermedad. Señalando la 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”. La cual propone analizar los elementos y circunstancias similares o diferentes en que viven la enfermedad las personas que acuden al centro de salud, teniendo en cuenta las condiciones que permiten o dificultan el cuidado en cada una de las experiencias relacionadas con la diabetes.

Además, Pereira, (2015) contribuye con “Un dulce sufrimiento. Experiencias y dramas sociales de la diabetes y las amputaciones derivadas de su complicación en Kinchil, Yucatán”. La información suministrada se relaciona con las experiencias de dos hombres y dos mujeres que padecen diabetes tipo 2, que sufrieron varias amputaciones, además de describir las experiencias de sus familiares más cercanos mostrando el drama social generado por la enfermedad.

Recapitulando, los trabajos realizados sobre la diabetes en México nos muestran que las experiencias de cada uno de los actores sociales involucrados en esta grave

problemática social son importantes, por lo que deben ser estudiadas las narrativas de cada uno de ellos.

## **Capítulo 3**

### **Metodología**

#### **Introducción**

Este capítulo tiene como objeto mostrar la importancia y relevancia que representa la DM2 en el actual contexto social, además de establecer el enfoque metodológico elaborado con base en el método etnográfico. Se refieren también los instrumentos y técnicas de recolección de información que fueron utilizadas en el proceso del trabajo de campo. Finalmente se ofrece una caracterización de los informantes entrevistados. Esta actividad fue posible gracias a la aplicación del “consentimiento informado” (anexo I), a todas las personas que contribuyeron de manera voluntaria y anónima a esta investigación. El documento manifiesta el objetivo de la investigación, el manejo y uso de la información personal, resalta el compromiso ético de la protección de datos por parte del investigador y queda establecida una relación de confianza entre entrevistador y el entrevistado.

#### **3.1 Justificación**

El interés de estudiar un fenómeno social de orden mundial como la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), surge inicialmente por cuestiones vivenciales, posteriormente el incremento de su prevalencia y las dificultades que representa el apego al tratamiento. Es apropiado decir que esta enfermedad no discrimina edad, sexo o clase social, sino que se encuentra presente en todo tipo de población o sociedad y que, además, es una enfermedad que se encuentra en cualquier parte del mundo (OMS, 2016).

La diabetes tipo 2 es un problema que requiere ser analizado por las ciencias sociales y de la salud para poder comprender de manera global y con un mayor horizonte teórico metodológico la dimensión de la enfermedad. Sin dejar de reconocer que existe una multiplicidad de factores socioculturales, económicos y políticos en los cuales este fenómeno se mueve, esto refleja una problemática que afecta a la sociedad en su conjunto de ahí la importancia de este estudio. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) indican que, a

nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes con una cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. Por lo tanto, este es un gran desafío para la sociedad debido a la pérdida de salud, costo económico y la pérdida de calidad de vida para las personas con diabetes y sus familias, así como por los recursos que requiere el sistema público de salud para su atención.

En México se están presentado cambios significativos en la epidemiología presentando un incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud de la población, tanto por los cuantiosos recursos que se requieren para su adecuada atención como por su tendencia ascendente y la limitada disponibilidad de opciones que permiten reducir su impacto (INSP, 2016).

En todo el país el control de la diabetes mellitus se ha convertido en un problema social, cultural y económico grave para la persona con diabetes, su familia, la sociedad, las instituciones de salud y el Estado que de manera sistemática ha recortado los recursos humanos y financieros dirigidos al sistema de salud; de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados pero que están presentes y requieren atención inmediata para combatir la prevalencia que tiene esta enfermedad.

Para esta investigación se eligió trabajar en el estado de Hidalgo, donde de acuerdo con el Diagnóstico Sectorial de Salud 2014, la diabetes mellitus es una enfermedad de alta prevalencia y es uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema Estatal de Salud. En 2012, fue la segunda causa de mortalidad en hombres y mujeres; es una de las principales causas de demanda de atención en consulta externa y de hospitalización, así como de las enfermedades que consumen alto porcentaje del gasto en las instituciones públicas del sector salud. Además, incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal; así mismo es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la causa principal de ceguera.

Además, Hidalgo se encuentra entre las entidades del país que albergan una gran cantidad de población indígena, para el 2010 ocupaba el octavo lugar a nivel nacional con 505,696 indígenas que representan el 23.38% del total de la población en el estado. De los ochenta y cuatro municipios en el estado, Huazalingo, Xochiatipan, Jaltocán, Calnali, Cardonal, Santiago de Anaya, Huautla, Nicolás Flores, Yahualica y Atlapexco son los que tienen mayor porcentaje de población indígena (Secretaría de Salud de Hidalgo, 2014).

Por estas razones, esta investigación se llevó a cabo en el Cardonal Hidalgo, una comunidad con un importante porcentaje de población indígena que atraviesa por un periodo de transición epidemiológica avanzada, enfrentando el desafío que conlleva la carga de enfermedades crónicas degenerativas, esto en función de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización.

### **3.2 Planteamiento del problema**

Este proyecto se encuentra situado un área de conocimiento transdisciplinaria, la Antropología Médica, espacio de intersección entre las ciencias sociales y de la salud, por lo que una contribución central es posibilitar espacios de colaboración entre estos ámbitos, que permitan una mirada reflexiva y con mayor profundidad en torno a problemas de salud específicos inscritos en contextos socioculturales y económicos complejos.

En cada sociedad concurren diversas experiencias entre sus miembros ante las enfermedades, por lo que el propósito de este trabajo es describir y analizar las experiencias sobre la diabetes y su atención que tienen personas con diabetes, sus familiares, médicos y funcionarios públicos en el Cardonal, Hidalgo, experiencias diversas en las que inciden factores de carácter cultural, social y económico.

Si bien ya se han realizado estudios sobre la experiencia de la diabetes, en el caso de la perspectiva antropológica se han enfocado en otros estados del país, por lo que acercarse al análisis en una comunidad a través de la etnografía, método fundamental en la antropología, permitirá dar cuenta de las múltiples dimensiones de la realidad sociocultural y las experiencias individuales de las personas que se

sitúan en estos escenarios, con ello, es posible acercarse a la complejidad inherente a las interacciones que ocurren en los espacios de atención a la salud y a las relaciones intersubjetivas que se producen en torno al proceso salud/enfermedad/atención, lo que permitirá dilucidar obstáculos que se presentan para tener un buen control del padecimiento y proponer alternativas factibles y pertinentes al contexto sociocultural que impacten positivamente a la salud.

Para ello se propone la presentación de las narrativas de la persona con diabetes para conocer su visión de la experiencia de la enfermedad, fortalecer la herramienta, su utilización en la investigación antropológica, como una voz que necesita ser escuchada en la antropología médica que contesta a la extendida corriente de la biomedicina basada en la evidencia. Es necesario realizar un estudio “cualitativo, intensivo, en profundidad, de la realidad del paciente en sus términos ‘naturales’ y desde dentro, aproximándose lo más posible al punto de vista de sus protagonistas» (Romaní, 2002 citado en García y Argüello, 2013)

Se plantea la necesidad de reflexionar sobre las experiencias de cada uno de los implicados ya mencionados, en este caso y como la atención a la salud se construye a sí misma; fundamentalmente en las instituciones de salud pública se instituyen en lo que Giddens (1999) llamaría “puntos de acceso”<sup>38</sup>, la reflexión podría dirigirse a sí este sistema de salud es un ámbito tecnológico del saber que puede resultar excluyente, o si por el contrario posibilita crear espacios de interacción en el cuidado, atención y mantenimiento de la diabetes (Giddens, 1999).

---

<sup>38</sup> Los puntos de acceso son los puntos de conexión entre las personas profanas o los colectivos y los representantes de los sistemas abstractos. Son los lugares más vulnerables de los sistemas abstractos, pero también son el cruce sobre el que se mantiene o puede ser construida la fiabilidad. La fiabilidad es una forma de fe en la que la confianza puesta en resultados probables expresa un compromiso con algo, más que una mera comprensión cognitiva. (Giddens, 1999)

### **3.3 Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las experiencias sobre la diabetes y su atención en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares, médicos y funcionarios públicos residentes en la comunidad del Cardonal, Hidalgo?

### **3.4 Objetivo General**

Describir y analizar las experiencias sobre la diabetes y su atención que tienen personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares, médicos y funcionarios públicos residentes en la comunidad del Cardonal Hidalgo, México.

#### **3.4.1 Objetivos Específicos**

1. Identificar las semejanzas y diferencias que se expresan en las experiencias sobre la diabetes y su atención que tienen personas con diabetes, sus familiares, médicos y funcionarios públicos en la comunidad del Cardonal, Hidalgo.
2. Reconocer en las experiencias sobre la diabetes que tienen personas con diabetes, sus familiares, médicos y funcionarios públicos en la comunidad del Cardonal Hidalgo, los factores socioeconómicos y culturales que dificultan su atención.

### **3.5 Hipótesis**

1. Las experiencias que tienen las personas con diabetes y sus familiares en la comunidad del Cardonal Hidalgo, se basan en conocimientos populares sobre la enfermedad y aunque han incorporado parcialmente aspectos biomédicos, llegan a estar en contradicción con las expresadas por los médicos y funcionarios públicos.
2. En las experiencias de las personas con diabetes, sus familiares, médicos y funcionarios públicos en la comunidad del Cardonal Hidalgo, México, los factores socioeconómicos como la falta de recursos son más relevantes para el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, mientras que aspectos culturales como los hábitos

alimenticios y las normas de la interacción social obstaculizan el cambio de hábitos que indica el tratamiento biomédico.

### **3.6 Método: Etnográfico**

El método utilizado es el método etnográfico, método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. “A través de la etnografía se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado. Pero también bajo el concepto de etnografía, nos referimos al producto del proceso de investigación: un escrito etnográfico o retrato del modo de vida de una unidad social” (Rodríguez, García y Gil, 1996).

#### **3.6.1 Procedimiento del método etnográfico**

- Diseño de los instrumentos: entrevista semi estructurada y guía de observación
- Aplicación de los instrumentos
- Organización de la información
- Resultados
- Análisis de la información

Por lo tanto, la recolección de la información, la realización del análisis y la obtención de conclusiones relevantes en la investigación han de desarrollarse de manera individual primero y posteriormente de manera relacional. Por lo que el estudio de caso se consideró de relevancia para la realización de esta investigación.

### **3.7 Tipo de estudio: Descriptivo**

Es un estudio transversal, puesto que se realizará en una sola ocasión, sin dar seguimiento. “Este nivel de investigación responde a las preguntas: quién, qué, dónde, cuándo y cómo” (Campos y Sosa, 2011).

### **3.8 Recolección de la información**

La recolección de la información se realizó por medio de guías de entrevista estructuradas conforme a los perfiles específicos de los entrevistados (personas con diabetes mellitus tipo 2, su familiar, médicos y funcionarios públicos).

### **3.9 Criterios de inclusión**

- Ser mayores de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Tener relación de parentesco o laboral con personas con diabetes mellitus.
- Ser residentes en la comunidad del Cardonal.
- Dar su consentimiento informado para participar en la investigación.

### **3.10 Criterios de exclusión**

- Ser menores de edad, sin diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- No tener relación de parentesco o laboral con personas con diabetes.
- Ser residentes de otra comunidad
- No aceptar participar en la investigación.
- No firmar el consentimiento informado

### **3.11 La elección del o los Informantes**

La elección de los informantes (término que designa las personas que se interrogarán para obtener la información que busca) se realizó por medio de la técnica denominada “bola de nieve”, la cual consiste en observar al primer contacto, posteriormente se le solicita su ayuda para contactar a otras personas mayores de edad diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, con alguno de sus familiares más cercanos residentes del Cardonal, a dos funcionarios públicos y dos médicos. A

continuación, podemos observar los cuadros 4a, 4b y 4c que desglosan las características principales de las personas entrevistadas:

**Cuadro 4a. Personas y familiares con DM2**

Nombre	Edad	Ocupación	Tiempo de Diagnóstico	Familiar	Parentesco	Tratamiento
Julieta	72	Comerciante	22 años	Juan	Nieto	Insulina
Javier	52	Trailerero	5 años	Sonia	Esposa	Inconstante
Lula	48	Directora de Kínder	5 años	Fabián	Esposo	Dieta y ejercicio

Elaboración propia; El Cardonal, 2017

**Cuadro 4b. Funcionarios públicos**

Nombre	Puesto público	Tiempo de residencia en la comunidad	Edad	Nivel de Estudios
Fabián	Delegado comunitario	60 años	60 años	Secundaria
Joel	Secretario municipal	38 años	38 años	Maestría

Elaboración propia; El Cardonal, 2017

**Cuadro 4c. Médicos**

Nombre	Especialidad	Tipo de Práctica	Edad	Ciudad de Origen	Tiempo de residencia en la comunidad	Nivel de Hñähñu
Dr. José	Médico general	Pública	55	El Cardonal	55 años	Lo entiende Lo habla más o menos Lo escribe poco
Dr. Pedro	Médico General	Privada	35	El Cardonal	35 años	Lo entiende Lo habla más o menos Lo escribe poco

Elaboración propia; El Cardonal, 2017

## **3.12 Instrumentos**

### **3.12.1 Guía de observación**

Consiste en enlistar la serie de eventos, procesos, hechos o situaciones a ser observados, su ocurrencia y características “ello es factible con base en un ejercicio de visión previo con miras a establecer los aspectos a observar”. Se asocia generalmente con las interrogantes u objetivos específicos del estudio (Peñaloza y Osorio, 2005).

### **3.12.2 Guía de entrevista**

Un buen protocolo más que un listado de preguntas es una guía (para el interrogador y para el interrogado) en el proceso de recolección (técnica) y registro (instrumento) de los datos, y a la vez provee de un esquema preliminar para la posterior organización y análisis de los datos (Bonilla, 2005).

La guía fue flexible y permitió el surgimiento de nuevas preguntas e incluso nuevos temas durante el desarrollo de la entrevista. Se incluyeron los nuevos tópicos y se excluyeron los que no eran relevantes.

### **3.12.3 Observación participante**

Es uno de los procedimientos de observación más utilizados en la investigación cualitativa y uno de los elementos más característicos de este tipo de investigaciones. “Es un método interactivo de recogida de información que requiere una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está observando. Favorece un acercamiento del investigador a las experiencias en tiempo real que viven personas e instituciones” (Rodríguez, Gil, y García, 1996).

Esta implicación facilita al investigador la inserción en el aquí y ahora del fenómeno observado, esta va a proporcionar una íntima participación en la vida social de las personas, dando al observador el privilegio de poder “vivir” las experiencias y el día a día. La posibilidad de profundizar en el fenómeno es invaluable, el poder obtener la información de primera mano, facilita al observador la descripción tal cual, de los hechos procurando mantener una vigilancia constante entre lo objetivo y lo

subjetivo. Mostrando la realidad sin adornos ni tapujos, solo detallando cada uno de los acontecimientos en los cuales el observador participó ya que él estaba ahí y formo parte de estos.

#### **3.12.4 Entrevista a profundidad**

La entrevista en profundidad sigue el modelo de plática entre iguales, “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes” (Taylor y Bogdan, 2000:101), reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Es a través de la entrevista a profundidad realizadas en dos sesiones de aproximadamente 2 horas cada una, registradas mediante grabadora de voz con consentimiento informado previamente elaborado y firmado que se integraron las narrativas de los entrevistados.

#### **3.13 El trabajo de campo**

El trabajo de campo fue realizado de enero 2017 a febrero 2018 en la cabecera municipal El Cardonal, Hidalgo, a continuación, se especifican las diferentes estrategias y técnicas utilizadas para establecer vínculos con las personas dispuestas a ser entrevistadas como parte de la investigación; para así lograr el acceso a sus narrativas y poder conocer así sus experiencias en la atención a la enfermedad. Las dificultades que se presentaron fueron pocas y se relacionaron con los tiempos disponibles para realizar las entrevistas, también con la petición por parte de las autoridades municipales para no acceder a otras comunidades sin informárselo previamente a seguridad pública, ya que se corría el riesgo de que los moradores al ver una persona desconocida dentro de su comunidad podrían inquietarse o incluso molestarse. Posteriormente se relata por qué y de qué manera se contactó a los entrevistados, además de su disposición para colaborar en la investigación.

Originalmente en el trabajo de campo solo se contemplaba entrevistar a personas con diabetes mellitus tipo 2 y a sus familiares, pero al tener el primer acercamiento con la comunidad se observó la importancia de conocer el punto de vista de otros

actores importantes como son los médicos y los funcionarios públicos ya que ellos también forman parte de la atención a la enfermedad.

Las entrevistas quedaron establecidas de la siguiente manera:

Las Experiencias de Julieta y su nieto Juan

Las Experiencias de Javier y su esposa Sonia

Las Experiencias de Lula y su esposo Fabián

La Experiencia de Fabián: delegado comunitario

La Experiencia de Joel: secretario municipal

La Experiencia del Dr. José (Práctica Privada)

La experiencia del Dr. Pedro (Práctica Pública)

Se considera importante mencionar que en los periodos establecidos para el trabajo de campo se logró consolidar una buena comunicación con los habitantes de la comunidad; ya que en diferentes eventos sociales (fiestas cívicas, cumpleaños, ferias, fiestas patronales, partidos de futbol, bailes, etcétera) se tuvo la oportunidad de convivir y compartir en las reuniones con mucha familiaridad.

El primer contacto que se formalizó fue con el Sr. Fabián delegado comunitario, él ofreció rentar un espacio en su domicilio para poder establecerse mientras se realizaba el trabajo de campo; posteriormente sugirió el acercamiento con la presidencia municipal para obtener informes acerca de las personas que podría contactar como posibles informantes. Se presentó la oportunidad de conversar con Joel quien funge como secretario municipal del Cardonal, quien tuvo la gentileza de proporcionar datos importantes para la elaboración de la etnografía, así como la disposición para realizar una entrevista a profundidad referente a la problemática de la atención de la diabetes mellitus tipo 2.

Más adelante y gracias a la orientación previa, se contactó al director del Centro de Salud del Cardonal el Dr. Pedro quien amablemente nos instó a acudir a la Jurisdicción Sanitaria en Ixmiquilpan para solicitar autorización y acceso a los datos

estadísticos y epidemiológicos del Cardonal. Se realizó la petición formal con la subdirectora jurisdiccional, la cual proporcionó todas las facilidades necesarias para acceder a la información requerida para la investigación, así como la aprobación para acceder al Censo de Pacientes con Enfermedades Crónicas (CENPEC), en el cual se condensa toda la información de los pacientes crónicos atendidos en el Centro de Salud (nombre, CURP, seguro popular, diagnóstico, tratamiento, control de citas, IMC, talla, peso, edad, sexo, comunidad y contacto).

### **3.14 Análisis de las entrevistas**

La primera acción que se elaboró fue la transcripción de las entrevistas a documentos escritos, posteriormente la fragmentación de las respuestas en citas para ser clasificadas en códigos de respuestas éstas etiquetas sirvieron para agrupar las citas en categorías de síntomas, tratamiento, tratamiento farmacológico, uso de medicamentos, factores de riesgo, creencias, conocimiento, manejo de la enfermedad, hábitos, comunicación y relación con el médico, comunicación y relación con los familiares, todo ello a partir de las respuestas realizadas.

La categorización de las respuestas sirvió para reorganizar las respuestas y lograr una clara narrativa de cuáles son los síntomas de la enfermedad como un aprendizaje social y la experiencia adquirida y sancionada, como está afectando la decisión de la alternativa terapéutica, que narra en su evaluación de la enfermedad, como la manifiesta, que incluye, como etiqueta, clasifica y proporcionar explicaciones significativas de su proceso de enfermedad.

Las respuestas se triangularon con la visión del médico, los familiares, y funcionarios para lograr la validación de la narrativa propuesta.

Como se pudo observar la metodología se realiza utilizando diferentes instrumentos, la parte fundamental de este capítulo se basó en el método utilizado, la etnografía.

La etnografía permitió conocer con mayor detalle el contexto socio cultural en el cual se desarrolla la problemática, posteriormente y con sustento del guía de entrevista se posibilitó el acceso a las experiencias de las personas entrevistadas a través de

sus narrativas. Otra técnica importante fue la observación ya que sin ella sería difícil constatar el día a día de lo sucedido en el Cardonal, brindando un mayor sustento a la investigación.

## Capítulo 4

### El contexto de la investigación: El Cardonal, Hidalgo, México

#### Introducción

Este capítulo tiene como objeto mostrar una breve etnografía del contexto social en el cual se desarrolla esta investigación. Los datos mostrados a continuación se relacionan con: el territorio, la demografía, la educación, la vivienda y los servicios, las actividades económicas, la cultura y sus festividades, la salud, la diabetes y la atención de la enfermedad. Los elementos fundamentales que dan sustento este capítulo se basan en diversas fuentes bibliográficas, datos estadísticos oficiales siendo complementados con las notas de trabajo de campo.

#### 4.1 Antecedentes

El Cardonal es uno de los 48 municipios que conforman el Estado de Hidalgo, es conocido por que posee una vasta población con ascendencia Hñähñu u Otomí.

Su nombre proviene de las raíces otomíes "*boja*", compuesto de los vocablos "bah" que significa "negro" y "hoy" que significa "tierra", es decir "tierra negra". En 1534 llegaron los agustinos procedentes de Metztitlán y dos años después el célebre minero don Alonso de Villaseca, atraído por la noticia de minas en la región, solicitó la creación de una cofradía a Ntra. Sra. de la Purísima Concepción y llevando imágenes de ella y del Cristo del Cardonal, concediéndosela el arzobispo de México Fray Juan de Zumárraga (Granados, 2015).

La nueva población se llamó Cardonal por la abundancia de cactus en el valle. Fue república de indios durante la época colonial con gobernador indígena y alcaldes dependientes de la alcaldía mayor de Ixmiquilpan (ver foto 1).

**Foto 1. El Cardonal en 1959**



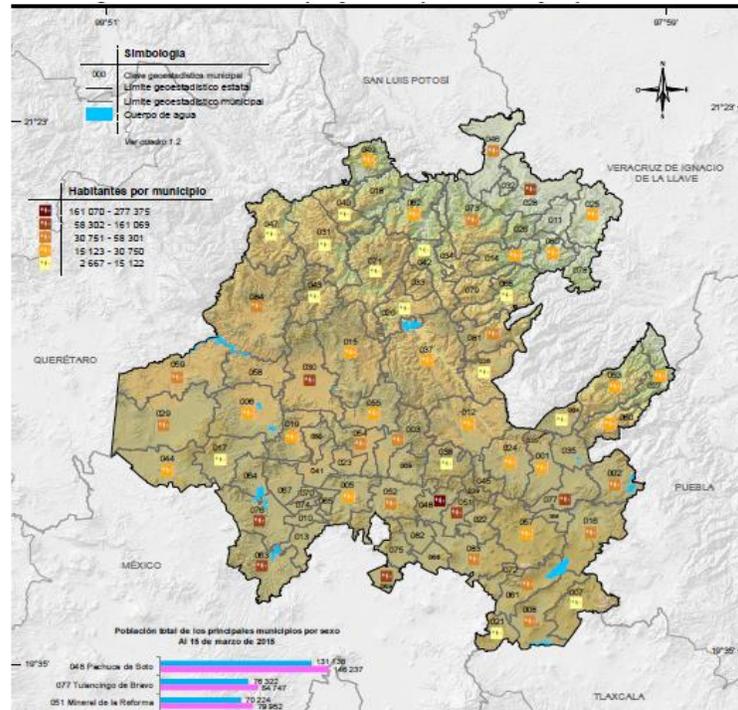
Fuente: Cabañas, 2015

A continuación, se observan los mapas 2 y 3 con la división geoestadística con mayor población de la comunidad y el otro con las comunidades aledañas al Cardonal que presentan diferentes grados de marginación<sup>39</sup>.

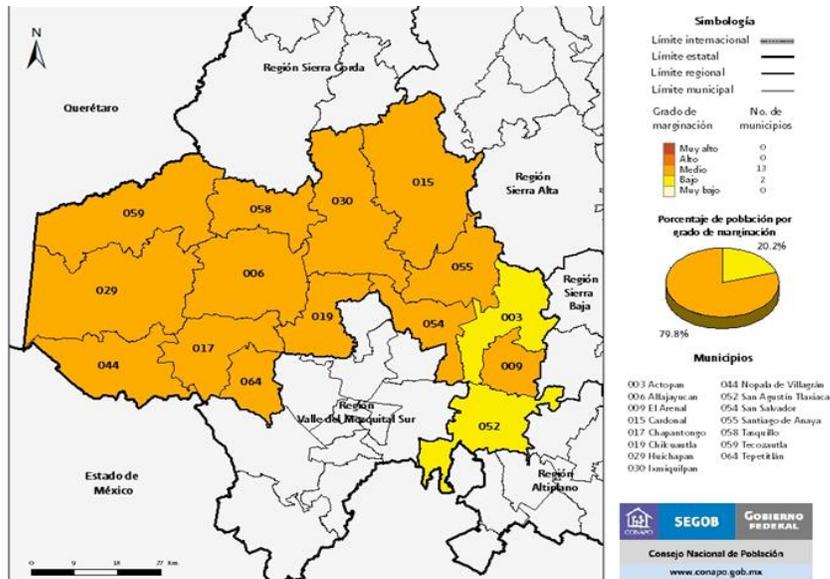
---

<sup>39</sup> Esta localidad se considera indígena porque su población habla Otomí-Hñähñu, idioma que pretenden enseñar a sus descendientes de manera formal y no formal, pero comentan algunas personas que resulta ser difícil ya que los jóvenes y niños ya no quieren aprender por miedo a la discriminación que sufren por parte de sus compañeros. Los profesores dan solo algunas lecciones en otomí y en algunos de los casos solo enseñan el himno nacional.

**Mapa 2. División geostatística de la comunidad con mayor población**



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017



**Mapa 3. Grados de marginación por municipio**

Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010)

## 4.2. Ubicación

El municipio del Cardonal se ubica en la zona noroeste del estado de Hidalgo, en la llamada zona otomí; entre los paralelos 20° 37" de latitud norte y 99° 07" longitud oeste, con una altitud de 2040 m. sobre el nivel del mar. Al norte colinda con los municipios de Nicolás Flores y Tlahuiltepa, al sur con el municipio de Santiago de Anaya, al este con los municipios de Eloxochitlán y Metztitlán y al oeste con los municipios de Ixmiquilpan y Nicolás Flores (Granados, 2015). Cardonal cuenta con una superficie de 462.60 km<sup>2</sup> la cual representa el 2.20 % de la superficie total del estado de Hidalgo como se muestra en el cuadro 5.

**Cuadro 5. División Geoestadística del Cardonal**

Clave	Municipio	Cabecera municipal	Latitud norte			Longitud oeste			Altitud (msnm)
			Grados	Minutos	Segundos	Grados	Minutos	Segundos	
001	Acatlán	Acatlán	20	08	45	98	26	18	2 131
002	Acaxochitlán	Acaxochitlán	20	09	30	98	12	11	2 255
003	Actopan	Actopan	20	16	08	98	56	34	2 003
004	Agua Blanca de Iturbide	Agua Blanca de Iturbide	20	20	58	98	21	22	2 183
005	Ajacuba	Ajacuba	20	05	33	99	07	19	2 143
006	Alfajayucan	Alfajayucan	20	24	35	99	20	58	1 870
007	Almoloya	Almoloya	19	42	12	98	24	12	2 537
008	Apan	Apan	19	42	36	98	27	07	2 488
010	Atitalaquia	Atitalaquia	20	03	32	99	13	16	2 085
011	Atlapexco	Atlapexco	21	01	01	98	20	53	158
013	Atotonilco de Tula	Atotonilco de Tula	20	00	27	99	13	12	2 157
012	Atotonilco el Grande	Atotonilco el Grande	20	17	12	98	40	08	2 100
014	Calnali	Calnali	20	53	49	98	35	00	924
015	Cardonal	Cardonal	20	36	48	99	07	01	2 048
017	Chapantongo	Chapantongo	20	17	07	99	24	47	2 120
018	Chapulhuacán	Chapulhuacán	21	09	33	98	54	16	922
019	Chilcuautla	Chilcuautla	20	19	50	99	13	54	1 868
016	Cuautepec de Hinojosa	Cuautepec	20	02	07	98	18	35	2 242
009	El Arenal	El Arenal	20	13	16	98	54	39	2 030

Fuente: Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo, 2017

### 4.2.1 Territorio y Población

Se caracteriza por ser un territorio de la Sierra Alta, con una fisiografía de altiplano es decir plana y rocosa; esto como resultado de encontrarse ubicado en un 90% en la Sierra Madre Oriental, también está formado por llanuras y lomeríos, así como una parte ubicada en el eje Neovolcánico de acuerdo con Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED, 2002).

#### **4.2.2. Clima**

Generalmente presenta un clima templado-semifrío, con una temperatura anual de 16°C y una precipitación pluvial media de 430 milímetros. La sensación es de calor constante casi todo el año; sin embargo, de octubre a febrero suelen presentarse heladas; en tanto que los meses de mayo a septiembre es de lluvias y los de sequía son de enero a abril y de octubre a diciembre, (INAFED, 2002).

#### **4.2.3. Flora y fauna**

La flora está formada principalmente por plantas de cardón, así como arbusto bajo, bosque, olivo, órgano, maguey, mezquite, huizache, garambullo, olote, liga, nopal, cardón, biznaga, pitaya, yuca entre otras. En cuanto a la fauna, las especies que predominan en este territorio son serpientes, águila, lagartija, coyote, camaleón, tejón, ardilla, tlacuache, onza y una variedad de aves cantoras, insectos y reptiles (INAFED, 2002).

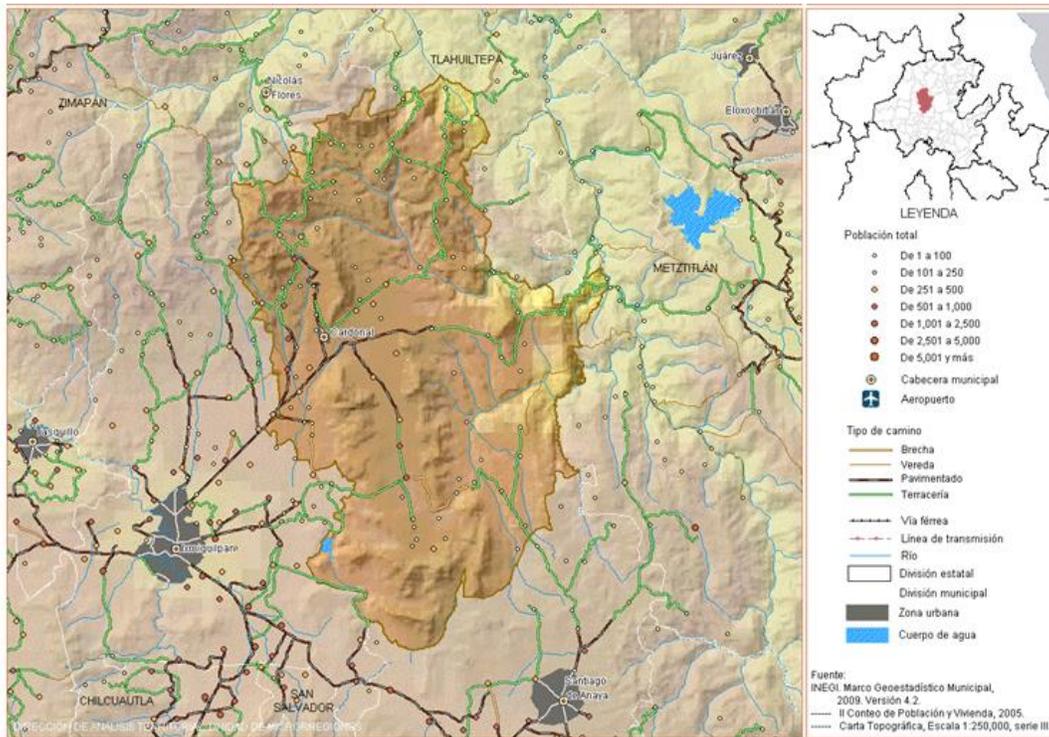
#### **4.2.4. Uso del Suelo**

Su suelo es de la era mesozoica, de tipo semidesértico, pardo rojizo, rico en materia orgánica y nutrientes, es un suelo de regular calidad del tipo rendzina 50%, litosol 30% y el 20% de castañozem, regosol y combisol. Su uso es agrícola de temporal, la tenencia de la tierra pertenece a pequeños propietarios ejidatarios (INAFED, 2002).

### **4.3. Demografía**

Inserto en el Valle Mezquital, el Cardonal se caracteriza por la presencia de culturas antiguas como la Otomí o Hñähñu. El municipio se encuentra fraccionado en cuarenta y seis comunidades y dos rancherías, de acuerdo con la relación facilitada por la presidencia municipal (2017), ver mapa 4.

## Mapa 4. El Cardonal



Fuente: INEGI, 2017

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) ubico dentro de este municipio 81 localidades a lo largo de su territorio, las cinco localidades que reportan mayor índice de población son: El Bingú (1,061); Pozuelos (1,061); El Decá (961); San Andrés Daboxtha (916); y Santuario Mapethé (887). Sin embargo, las cinco localidades más pequeñas son: Cerro Grande; La Hacienda; Manzana Cuatro; El Aguacate y el Huizache.

De acuerdo con los datos del Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo (INEGI, 2017), en el municipio residían 18, 347 personas, de las cuales 9,653 son mujeres, y 8,694 es población masculina (ver cuadro 7). En cuanto a la estructura por edad y sexo, se puede apreciar que en los primeros años de vida hay una proporción ligeramente mayor de hombres que de mujeres debido a un incremento en el número de nacimientos. A partir de los 15 años, la población femenina se amplía debido a factores tales como: la migración hacia diferentes ciudades de Estados Unidos, a otros municipios de Hidalgo o de la CDMX.

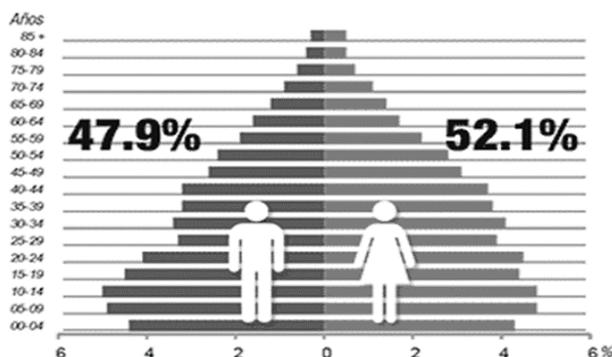
## Cuadro 6. Población total del Cardonal

Municipio	Total	Hombres	Mujeres
Estado	2 858 359	1 369 025	1 489 334
Acatlán	21 044	10 064	10 980
Acaxochitlán	43 774	20 864	22 910
Actopan	56 429	26 575	29 854
Agua Blanca de Iturbide	9 116	4 270	4 846
Ajacuba	18 320	8 843	9 477
Alfajayucan	20 332	9 815	10 517
Almoleya	12 410	6 105	6 305
Apan	44 576	21 265	23 311
Atitalaquia	29 683	14 509	15 174
Atlapexco	19 902	9 518	10 384
Atotonilco de Tula	38 564	18 695	19 869
Atotonilco el Grande	27 433	12 931	14 502
Calnali	17 163	8 226	8 937
Cardonal	18 347	8 694	9 653
Chapantongo	13 789	6 583	7 206
Chapulhuacán	23 961	11 842	12 119

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

El Anuario también señala en la pirámide de edad del 2017 que los dos primeros peldaños son menores que los siguientes, lo que significa que la fecundidad de las mujeres ha descendido, lo que propició la reducción del número de hijos, dato que se refleja en la pérdida en el peso relativo de niños y adolescentes, y en una proporción cada vez mayor de personas que llegan con vida a edades adultas y avanzadas. En cuanto a la condición de analfabetismo la tasa es superior al promedio estatal, ya que 15.2% de la población mayor a 15 años no sabe leer y escribir mientras que este porcentaje a nivel estatal fue del 11%. Además, más de una cuarta parte de la población mayor de 15 años (27.8%) no tiene primaria completa, este porcentaje también es mayor al estatal que registró el 22.7% de la población mayor de 15 años sin primaria completa (véase gráfica 1).

## Grafica 1. Población



Fuente: Encuesta Intercensal (INEGI, 2017)

En cuanto a los nacimientos donde la madre es originaria del Cardonal se puede observar que, de acuerdo con el Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo de 2017, hubo 366 nacimientos de los cuales 168 fueron hombres y 198 mujeres.

A demás se pudieron contabilizar 129 defunciones de adultos en el municipio, de los cuales 77 son hombres y 52 mujeres. Se registraron 5 defunciones de menores de un año, donde 3 fueron hombres y 2 mujeres, para mayor claridad ver cuadros 7, 8, y 9.

### Cuadro 7. Nacimientos donde la madre es originaria del Cardonal

Municipio	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
Estado	54 124	27 250	26 864	10
Acatlán	399	200	199	0
Acaxochitlán	1 393	700	693	0
Actopan	1 182	603	579	0
Agua Blanca de Iturbide	186	88	98	0
Ajacuba	305	138	167	0
Alfajayucan	321	152	169	0
Almoleya	222	113	109	0
Apan	816	426	390	0
Atitalaquia	531	276	255	0
Atlapexco	686	314	372	0
Atotonilco de Tula	605	304	301	0
Atotonilco el Grande	604	274	329	1
Calnali	267	146	121	0
Cardonal	366	168	198	0
Chapantongo	223	110	113	0
Chapulhuacán	457	231	226	0
Chilouautla	354	185	169	0

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

**Cuadro 8. Defunciones de adultos en el Cardonal**

Municipio	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
Estado	14 595	7 861	6 727	7
Acatlán	144	72	72	0
Acaxochitlán	249	135	114	0
Actopan	287	155	132	0
Agua Blanca de Iturbide	60	38	22	0
Ajacuba	85	45	40	0
Alfajayucan	142	85	57	0
Almoleya	49	29	20	0
Apan	239	131	108	0
Atitalaquia	157	86	71	0
Atlapexco	119	52	67	0
Atotonilco de Tula	163	95	68	0
Atotonilco el Grande	174	83	91	0
Calnali	111	49	62	0
Cardonal	129	77	52	0
Chapantongo	78	43	35	0
Chapulhuacán	139	81	58	0
Chilcuautla	106	65	41	0

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

**Cuadro 9. Defunciones de menores de un año en el Cardonal**

Municipio	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
Estado	591	318	268	5
Acatlán	6	3	3	0
Acaxochitlán	17	10	7	0
Actopan	11	7	4	0
Agua Blanca de Iturbide	1	0	1	0
Ajacuba	3	3	0	0
Alfajayucan	5	2	3	0
Almoleya	1	0	1	0
Apan	9	6	3	0
Atitalaquia	3	2	1	0
Atlapexco	4	3	1	0
Atotonilco de Tula	12	6	6	0
Atotonilco el Grande	3	2	1	0
Calnali	2	1	1	0
Cardonal	5	3	2	0
Chapantongo	1	0	1	0
Chapulhuacán	9	7	2	0
Chilcuautla	5	3	2	0

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

#### 4.4. Vivienda

De acuerdo con el Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo (Hidalgo, 2017) las principales características de las casas es que se encuentran construidas con tabicón, con techos de lámina y pisos de cemento. Su estructura consta de dos a cuatro habitaciones, más una cocina sencilla con estufa y baño (en algunos casos no poseen drenaje). Cuentan con electricidad y agua potable. Se observa continuamente es que algunas viviendas se han quedado incompletas, o sea su construcción se ha detenido por diversos motivos, entre los que nos contaron están la falta de trabajo y por lo tanto de dinero, la migración hacia Estados Unidos y otras ciudades, la falta de mano de obra por mencionar algunas. Ver cuadro 10, 11, y 12.

**Cuadro 10. Viviendas particulares**

Municipio	Total	Clase de vivienda particular (Porcentaje)				
		Casa a/	Departamento en edificio	Vivienda en vecindad o cuartería	Otro tipo de vivienda b/	No especificado
Estado	757 252	95.39	1.98	0.96	0.07	1.61
Acatlán	5 311	97.25	0.11	0.00	0.15	2.49
Acaxochitlán	9 660	95.98	0.00	1.99	0.03	2.02
Actopan	14 180	97.91	0.50	0.48	0.08	1.02
Agua Blanca de Iturbide	2 501	97.40	0.08	1.20	0.04	1.28
Ajacuba	4 801	98.31	0.00	0.00	0.08	1.60
Alfajayucan	5 685	99.12	0.00	0.04	0.18	0.87
Almoloya	3 287	97.51	0.18	0.00	0.00	2.31
Apan	12 246	93.27	0.65	4.35	0.03	1.70
Atitalaquia	7 833	98.57	0.15	0.00	0.00	1.28
Atlapexco	4 891	97.83	0.12	1.51	0.08	0.45
Atotonilco de Tula	10 032	86.46	11.60	0.04	0.25	1.64
Atotonilco el Grande	7 238	98.63	0.08	0.04	0.00	1.24
Calnali	4 912	98.72	0.00	0.00	0.16	1.12
Cardonal	4 991	97.54	0.00	0.00	0.06	2.40
Chapantongo	4 021	98.86	0.00	0.00	0.10	1.04
Chapulhuacán	6 369	98.81	0.00	0.00	0.05	1.15
Chilcuautla	4 654	97.08	0.00	0.00	0.00	2.92

Fuente: Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo, 2017

**Cuadro 11. Espacios públicos conectados con banda ancha**

Municipio	Sitios y espacios públicos conectados con banda ancha del programa México Conectado a/	Localidades que cuentan con el servicio
<b>Estado</b>	<b>1 852</b>	<b>981</b>
Acatlán	9	9
Acaxochitlán	21	20
Actopan	3	2
Agua Blanca de Iturbide	18	13
Ajacuba	1	1
Alfajayucan	28	22
Almoloya	4	2
Apan	15	2
Atlapexco	17	16
Atotonilco de Tula	2	2
Atotonilco el Grande	23	23
Calnali	14	12
Cardonal	30	11
Chapantongo	13	11
Chapulhuacán	38	30
Chilcuautla	5	5

Fuente: Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo, 2017

**Cuadro 12. Vivienda particular según material de pisos**

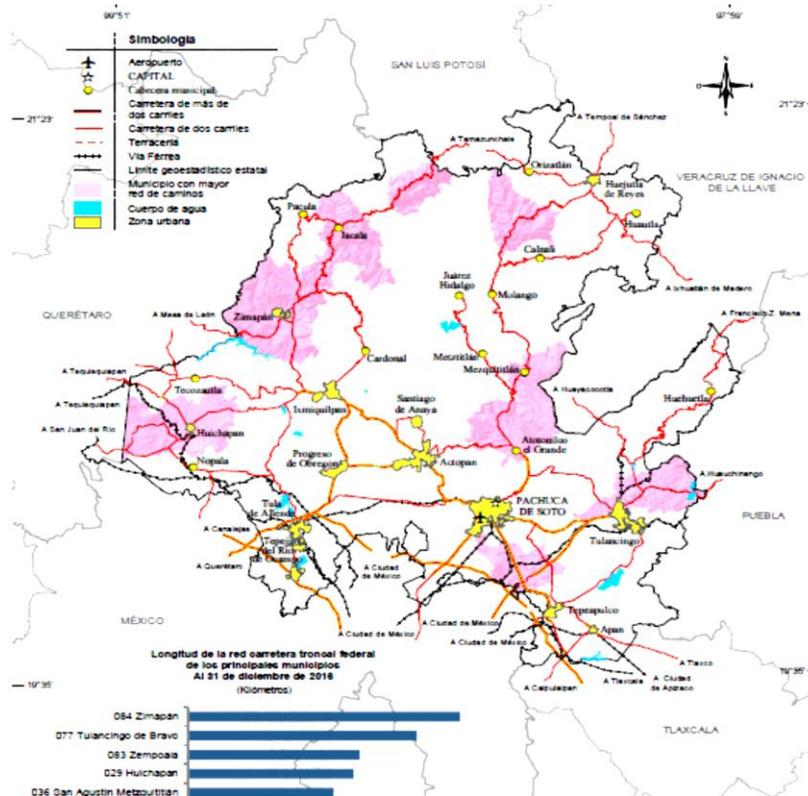
Municipio	Total a/	Material en pisos (Porcentaje)			
		Tierra	Cemento o firme	Mosaico, madera u otro recubrimiento	No especificado
<b>Estado</b>	<b>756 798</b>	<b>3.28</b>	<b>66.88</b>	<b>29.48</b>	<b>0.36</b>
Acatlán	5 303	2.19	76.41	20.91	0.49
Acaxochitlán	9 657	10.14	79.44	10.28	0.13
Actopan	14 168	2.63	69.93	27.26	0.18
Agua Blanca de Iturbide	2 500	4.04	89.40	6.32	0.24
Ajacuba	4 797	2.04	86.57	11.22	0.17
Alfajayucan	5 675	3.42	86.40	10.03	0.16
Almoloya	3 287	2.92	82.72	13.93	0.43
Apan	12 246	0.96	75.59	22.92	0.52
Atitalaquia	7 833	1.54	65.19	32.99	0.28
Atlapexco	4 887	4.99	88.85	5.85	0.31
Atotonilco de Tula	10 010	0.52	74.20	24.23	1.06
Atotonilco el Grande	7 238	2.92	80.11	16.91	0.07
Calnali	4 912	7.57	86.40	5.19	0.83
Cardonal	4 988	6.42	87.31	5.63	0.64
Chapantongo	4 017	2.09	89.74	8.07	0.10
Chapulhuacán	6 366	6.11	88.47	5.20	0.22
Chilcuautla	4 654	6.19	88.83	4.68	0.30

Fuente: Anuario Estadístico y Geográfico de Hidalgo, 2017

La llegada al Cardonal se realiza a través de transporte público, estas se ubican dentro del paradero localizado en el centro del municipio de Ixmiquilpan, el tiempo de recorrido es de 40 minutos aproximadamente a través de una carretera municipal, el costo es de \$14 por persona. Además, cuenta con servicio de

transporte público mediante “peseras”<sup>40</sup> que pasan cada 15 minutos y que ofrecen transportación a los municipios cercanos en un horario de 5:30 am hasta las 7:30 pm<sup>41</sup>. (ver Mapa 5)

**Mapa 5. Principales vías de transporte en el Cardonal**



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

<sup>40</sup> A través de la observación se pudo constatar en los diferentes viajes a la comunidad que el chofer de la “pesera” conoce a gran parte de los usuarios y por lo tanto tiene una buena relación con ellos, en varias ocasiones se registró como subían personas desde Ixmiquilpan bebiendo cervezas, continuando el viaje hacia el Cardonal, el chofer hacia paradas constantes para que los hombres que venían bebiendo, pudieran bajar a adquirir más bebidas alcohólicas, esta acción se realizó sin preguntar a los demás pasajeros, aparentemente había un trato previo entre el chofer y estas personas.

<sup>41</sup> En una ocasión una situación llamo fuertemente mi atención cuando al abordar el transporte público las personas no conversaban, se limitaban a mirar el paisaje o a estar al pendiente de su celular. Es una costumbre que las personas no anticipen previamente su lugar de destino, esto situación se hizo relevante cuando en una ocasión alguien que no era de la comunidad solicito su parada con anticipación y actuó conforme a su cotidianidad sin considerar que existían diferencias. Estaban sentadas dos mujeres maduras observando como la persona foránea se levantaba sin que el transporte se hubiese detenido, ocasionándole tambaleo y desestabilización a la persona. Las mujeres comentaron “porque te levantas si no se ha detenido”, “espérate que no ves”, la persona se limitó a mirarlas y descender del auto de manera parsimoniosa.

#### **4.5. Organización social**

La organización de la comunidad es una actividad importante dentro del municipio, el delegado municipal tiene una relación directa tanto con las autoridades municipales e institucionales, así como los miembros de la comunidad. Existe un expediente personalizado de cada uno de los habitantes del Cardonal que es actualizado cada año. Generalmente se acude al delegado para hacerle llegar información relevante a los pobladores, también se solicita su intervención para convocarlos para cuestiones de salud, educación, cívicas, etcétera<sup>42</sup>.

#### **4.6. Educación**

De acuerdo con el Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social, 2010 del CONEVAL en las instituciones educativas se encontró que, el municipio cuenta con 46 escuelas preescolares (1.4% del total estatal), 48 primarias (1.5% del total) y 16 secundarias (1.3%). Además, el municipio cuenta con dos bachilleratos (0.7%) y ninguna escuela de formación para el trabajo. El municipio también cuenta con 26 primarias indígenas (4.3%). El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en el municipio era en 2010 de 7.2, frente al grado promedio de escolaridad de 8.1 en la entidad

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2010) menciona también que, la condición de rezago educativo afectó a 20.3% de la población, lo que significa que 3,463 individuos presentaron esta carencia social. En cuanto a la condición de analfabetismo la tasa es superior al promedio estatal, ya que 15.2% de la población mayor a 15 años no sabe leer y escribir mientras que este porcentaje a nivel estatal fue del 11%. Además, más de una cuarta parte de la población mayor de 15 años (27.8%) no tiene primaria completa, este porcentaje también es mayor al estatal que registró

---

<sup>42</sup> Cuando los habitantes requieren alguna información o apoyo específico también acuden al delegado para que funja como intermediario entre sus necesidades y los satisfactores. Cada año se convoca a votaciones para elegir un nuevo delegado y se realiza con la participación de todos los pobladores, los delegados son los representantes de la comunidad y tienen derechos y obligaciones importantes como disolver peleas, aclarar malentendidos, distribuir beneficios sociales, etcétera (Entrevista a Fabián, 2018).

el 22.7% de la población mayor de 15 años sin primaria completa, observar cuadro 13.

**Cuadro. 13. Población de 15 años y más en Rezago Educativo por Ámbito Urbano - Rural**

Municipio	Población de 15 años y más			Analfabeta			Sin Primaria Terminada			Sin Secundaria Terminada			Rezago Total	
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana
Hidalgo	1,854,450	987,840	866,610	189,764	54,740	135,024	228,309	92,593	135,716	386,531	188,777	197,754	804,604	336,110
101 Acatlán	13,397	0	13,397	2,044	0	2,044	2,949	0	2,949	3,297	0	3,297	8,290	0
102 Acaxochitlán	25,221	10,589	14,632	5,989	2,754	3,235	4,217	1,845	2,372	7,361	3,130	4,231	17,567	7,729
103 Actopan	38,649	27,348	11,301	2,196	1,304	892	4,001	2,657	1,344	8,033	5,272	2,761	14,230	9,233
104 Agua Blanca de Iturbide	5,989	0	5,989	1,041	0	1,041	1,129	0	1,129	1,314	0	1,314	3,484	0
105 Ajacuba	12,210	8,223	3,987	1,029	589	440	1,975	1,271	704	2,644	1,685	959	5,648	3,545
106 Alfajayucan	13,560	0	13,560	1,810	0	1,810	2,310	0	2,310	3,172	0	3,172	7,292	0
107 Almoloya	7,872	3,320	4,552	810	261	549	1,057	367	690	1,612	688	924	3,479	1,316
108 Apan	29,996	18,967	11,029	2,082	910	1,172	3,487	1,763	1,724	5,869	3,562	2,307	11,438	6,235
109 El Arenal	11,923	1,972	9,951	816	128	688	1,474	239	1,235	2,798	441	2,357	5,088	808
110 Altavquila	19,294	15,511	3,783	756	656	100	2,033	1,696	337	4,441	3,734	707	7,230	6,086
111 Atlapexco	13,368	0	13,368	3,546	0	3,546	1,373	0	1,373	2,279	0	2,279	7,198	0
112 Atotonilco el Grande	18,874	5,226	13,648	2,198	258	1,940	3,554	666	2,888	4,933	1,043	3,890	10,685	1,967
113 Atotonilco de Tula	21,772	11,713	10,059	967	506	461	2,596	1,346	1,250	4,121	2,222	1,899	7,684	4,074
114 Calnali	11,735	4,769	6,966	2,772	1,221	1,551	2,397	687	1,710	2,213	814	1,399	7,382	2,722
115 Cardonal	12,991	0	12,991	2,017	0	2,017	1,582	0	1,582	2,514	0	2,514	6,113	0
116 Cuautepec de Hinojosa	36,824	18,405	18,419	4,353	1,563	2,790	6,180	2,555	3,625	9,864	4,810	5,054	20,397	8,928
117 Chapantongo	8,951	0	8,951	994	0	994	1,834	0	1,834	2,350	0	2,350	5,178	0
118 Chapulhuacán	15,095	2,817	12,278	3,082	339	2,743	2,799	430	2,369	3,495	486	3,009	9,376	1,255

Fuente: Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2017)

#### 4.7. Actividades Económicas

Una actividad económica es cualquier actividad relacionada con la producción, el intercambio y el consumo de bienes o servicios e incluso información, son parte importante de la identidad de una población y contribuyen a su economía. En el caso del Cardonal, desde tiempos coloniales era definido “como un lugar donde las condiciones del suelo, clima y abasto de agua no favorecen la producción agropecuaria, además de la ausencia de fuentes de trabajo estables” (Peña, 2005:259).

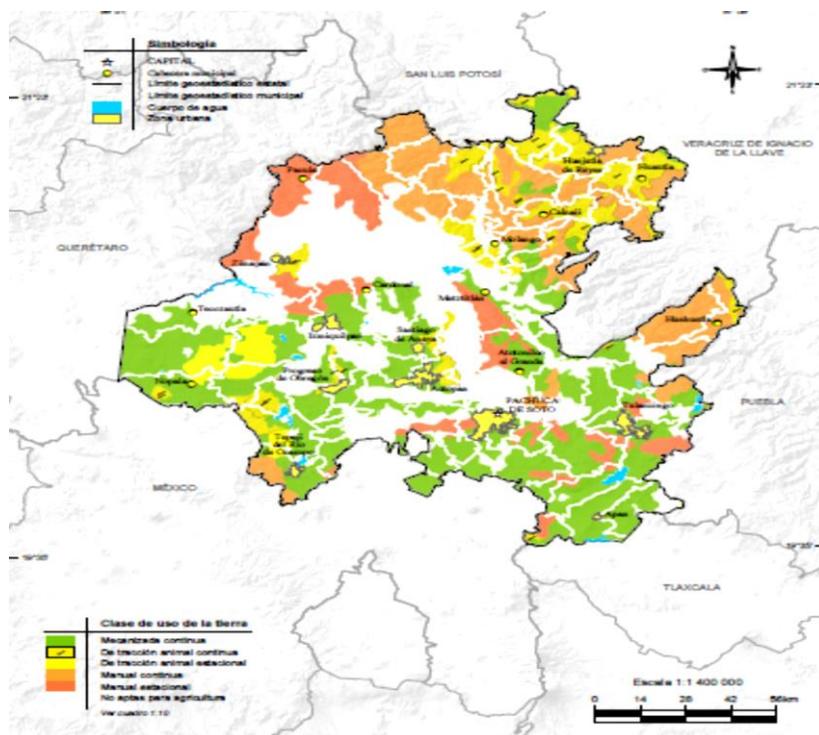
Sin embargo, en la actualidad las principales actividades económicas en el Cardonal son: la agricultura, ganadería, industria, comercio, artesanías y turismo.

##### 4.7.1. La agricultura

En este municipio se cultiva maíz con 3,488 hectáreas sembradas, frijol 2,253 hectáreas sembradas, avena forraje 182 hectáreas, alfalfa verde 200 hectáreas, maguey pulquero 943, 300 de cebada forraje, 4 hectáreas tomate de cáscara, 1

hectárea de chile verde (INEGI, 2017). En el mapa 6 se puede observar el uso potencial de la agricultura.

### Mapa 6. Uso potencial de la Agricultura



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

#### 4.7.2. La Ganadería

El municipio se caracteriza por tener una considerable producción en crianza de ganado, por ejemplo, en el periodo 1999 se registraron un total de 17,100 cabezas de aves, 15,700 cabezas de ganado caprino, 15,600 de ovino, 5,451 de bovino, 2,390 porcino y 950 guajolotes (INEGI, 2017).

#### 4.7.3. Industria y Comercio

En la comunidad se cuenta con tiendas rurales, urbanas, campesinas, nueve lecherías Liconsas, diez tiendas Diconsas, un tianguis semanal en el cual se vende una variedad de productos que van desde verduras, frutas, flores hasta ropa y zapatos<sup>43</sup> (INEGI, 2017); para mayor detalle observar el cuadro 14.

<sup>43</sup> El Cardonal posee dentro de su territorio la cabecera municipal, el centro de salud, el panteón, 2 canchas deportivas y una iglesia. No cuentan con un mercado fijo, pero los sábados se instala en la plaza tres puestos que ofrecen frutas y verduras frescas.

## Cuadro 14. Unidades de comercio y abasto

Municipio	Tiendas Diconsas	Tianguis a/	Mercados públicos	Centrales de abasto	Centros de acopio de granos y oleaginosas
<b>Estado</b>	<b>975</b>	<b>256</b>	<b>59</b>	<b>6</b>	<b>23</b>
Acatlán	13	1	1	0	0
Acaxochitlán	4	1	1	0	0
Actopan	7	2	2	1	0
Agua Blanca de Iturbide	10	1	0	0	0
Ajacuba	4	6	0	0	0
Alfajayucan	10	3	0	0	0
Almoleya	3	1	1	0	1
Apan	2	21	1	0	4
Atitalaquia	2	1	0	0	1
Atlapexco	13	1	1	0	0
Atotonilco de Tula	11	5	0	0	0
Atotonilco el Grande	26	2	1	0	0
Calnali	15	6	0	0	0
Cardonal	11	1	0	0	0
Chapantongo	11	4	0	0	0
Chapulhuacán	31	1	1	0	0
Chilcuautla	2	1	0	0	0
Cuatepec de Hinojosa	13	4	1	0	1
El Arenal	5	1	0	0	0
Eloxochitlán	5	2	0	0	0
Emiliano Zapata	1	5	1	0	0
Ensenada	4	5	0	0	0

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo, 2017

### 4.7.4. Artesanías

Se trabaja por varias familias el ixtle y la lechuguilla, elaborando cordeles, cestos, canastos y demás implementos de talabartería principalmente. Sus productos se venden en el *tianguis* de Ixmiquilpan y por todo el Valle del Mezquital (INAFED, 2002).

### 4.7.5. Turismo

La actividad turística se desarrolla en las grutas de Tolantongo, a solo 20 minutos de distancia. Las grutas combinan la formación estalactitas y estalagmitas y aguas termales en diferentes temperaturas, cuenta además con el Santuario Mapethé, hoteles, la feria del pueblo y la parroquia de la Purísima Concepción. (Ver mapa 7).

Mapa 7. Corredores turísticos



Fuente: [https://www.balneariosdeaguastermales.com.mx/img/mapa\\_ubicacion\\_balnearios\\_hidalgo\\_aguas\\_termales.gif](https://www.balneariosdeaguastermales.com.mx/img/mapa_ubicacion_balnearios_hidalgo_aguas_termales.gif)

#### 4.8. Cultura

Tylor planteó un concepto de cultura asociado a todos aquellos conocimientos, tradiciones, costumbres y hábitos inherentes a la persona dentro de una sociedad, al ser perteneciente de esta. (Tylor citado por Grimson en Barrera, 2008).<sup>44</sup> En una comunidad indígena como el Cardonal se mantiene un patrimonio cultural intangible, donde sus usos y costumbres siguen siendo la base de la organización social indígena, dada la amplitud del tema, en este apartado sólo nos referiremos a algunos aspectos que son importantes en la vida

<sup>44</sup> Dentro de este rubro se contempla también el atuendo; al respecto, se observó que no se utiliza una vestimenta tradicional, los varones emplean pantalones de mezclilla y camisas de algodón, entre los varones jóvenes se usan más las playeras sobre las camisas acompañadas de tenis; en tanto que los niños visten con pantalones cortos y playeras. Las mujeres por lo general usan vestidos o faldas, mientras que las niñas también usan pantalón de mezclilla con sandalias o botas como parte del calzado.

social de la población como las festividades y a ciertas creencias sobre enfermedad y muerte.

#### **4.8.1. Festividades**

La planeación y organización de las festividades que se celebran en la localidad son motivo de compromiso, respeto y dedicación ya que cada año en el mes de enero se realiza la cooperación para las “faenas” de la comunidad.<sup>45</sup> Las festividades son eventos sociales importantes para los cardonenses, aparte de las de carácter cívico-social que se realizan dentro de las escuelas, hay dos Fiestas del Pueblo, la primera corresponde al 19 de mayo, cuando celebran al Cristo del Cardonal o Señor de Santa Teresa, la segunda el día de Muertos el 1° y 2 de noviembre; la Fiesta Patronal es el 8 de diciembre en honor de la Purísima Concepción. Se invierte tiempo y dinero en estas festividades ya que, al ser la cabecera municipal, los habitantes de los municipios vecinos vienen de visita para divertirse y participar de celebración. El encargado de la organización de las fiestas es el párroco y quienes presiden el Comité de la Iglesia, se ocupan de comprar los ingredientes para elaborar la comida que consiste en algunos platillos típicos del Valle de El Cardonal, como son los tamales, los chinicuiles, los *escamoles*, las flores de cactus con huevo o la barbacoa de borrego y de chivo, todo acompañado por pulque (INAFED, 2002).

El 19 de mayo se lleva a cabo la primera Fiesta del Pueblo en honor del Cristo del Cardonal o Señor de Santa Teresa, cuya imagen se tiene una copia en la localidad, venerada en la iglesia del siglo XVI; cabe aclarar que, para la fiesta se trae la otra copia antigua existente en el Santuario de Mapethé (la original se encuentra en la Ciudad de México). A la llegada de la popular imagen se le conoce como “la bajada”, en tanto al retorno lo llaman “la subida” (por encontrarse el Santuario Mapethé más arriba que el Cardonal). Previamente las autoridades realizan una colecta con autorización del Presidente Municipal para solventar los gastos generados por festividad como son la comida, la música, los danzantes, los fuegos pirotécnicos, etcétera. Se inicia con una procesión en la

---

<sup>45</sup> Las faenas son actividades de mejora dentro de la localidad (pintura, limpieza, servicios en general), estas se llevan a cabo con la finalidad de mantener en buen estado la comunidad. En 2018 se solicitó por familia \$700 para cubrir los gastos que se puedan generar.

que es sacada en andas la imagen, con música de varias bandas y velas, la figura del Divino Crucificado por las principales calles de Cardonal; se lleva a cabo luego una misa con música y danzantes; y por la tarde, después de la comida colectiva, se organiza un baile que finaliza hasta la madrugada con la quema de los fuegos artificiales (INAFED, 2002).

En noviembre 1° y 2 tienen lugar las festividades relacionadas con el Día de Muertos como segunda Fiesta del Pueblo. Los primeros preparativos empiezan desde el día 31 de octubre. El día 1° es dedicado a la celebración de las almas de los niños difuntos. En todas las casas se colocan ofrendas o altares de muertos que sitúan sobre mesas cubiertas papel de china picado de diferentes colores, en la ofrenda se instala el retrato del difunto, los alimentos que disfrutaba en vida, como tamales, pan de dulce, chocolate y refrescos. Además de poner veladoras, fruta y copal. En el panteón se adornan las tumbas con flores y velas además en el atrio se realizan danzas. El día 2 es la fiesta dedicada a los adultos, cambiándose la ofrenda con sus retratos y colocándoles también los platillos de que disfrutaban cuando estaban vivos, así como las botellas de tequila, pulque y cigarros. Ese día y el siguiente se llevan a cabo misas para pedir por el descanso de las almas de los fallecidos. Es costumbre que las familias se visiten para admirar las ofrendas (INAFED, 2002).

El 8 de diciembre se realiza la Fiesta Patronal en honor de la Purísima Concepción de María. En la iglesia de la localidad se exhibe una pequeña imagen de La Purísima que según se cuenta fue obsequiada, al célebre minero don Alonso de Villaseca, quien personalmente estableció su culto en Cardonal al solicitar una cofradía a su nombre al arzobispo fray Juan de Zumárraga quien se la concedió. Las autoridades de la iglesia realizan una colecta con autorización del Presidente Municipal para solventar los gastos como comida, música, danzantes, fuegos pirotécnicos, etcétera. El día inicia llevándole “Mañanitas” a la Virgen, cuyo altar fue adornado desde el día anterior con velas y veladoras, incensarios y flores. Se realiza una velación durante toda la noche del 7 al 8 de diciembre en la que se rezan rosarios y se corean cánticos. Durante la mañana, al finalizar la primera misa del día bailan los danzantes y toca la banda en el atrio. Más tarde se realiza una procesión por las calles adornadas

con flores de Cardonal por donde es transportada la imagen de “La Conchita”, como es mejor conocida; y por la noche, tras la segunda misa y la cena colectiva con base en mole, tamales y barbacoa se realiza un baile que termina hasta la madrugada con la quema de los fuegos artificiales (INAFED,2002).

No hay grupos musicales en Cardonal, pero para las fiestas se contratan bandas de la región que acompañan con música, principalmente huapangos, música de banda y norteña<sup>46</sup>. Tampoco hay danzantes, pero se contratan concheros del altiplano y hasta danzantes traídos de la zona huasteca del Estado de Hidalgo para las festividades (INAFED, 2002).

#### **4.8.2. Creencias sobre enfermedad y muerte.**

Como parte de la cultura están las creencias, y una de las más representativas es la que concierne a los niños recién nacidos, pues se cree cuando hay un nuevo bebé en la casa, deben ponerse unas tijeras cruzadas debajo de su almohada para que no venga la bruja a “chupárselos”. Creen también en la existencia de las brujas y las identifican cuando aparecen y desaparecen llamas de los cerros, tanto de día como de noche y sin que provengan de ninguna fogata; piensan que esos entes del mal pueden “chuparse” (ocasionarles males físicos y psicológicos) a los niños, sobre todo. Algunos papás creen que, para confundirlas, deben poner unos pantalones al revés como si fueran almohadas en la cama y envolver con ellos varios ajos, para que las brujas no se acerquen a su familia. Otra creencia es el “mal de ojo” y los “malos aires”; los primeros arremeten sobre todo a los bebés, poniéndolos llorones y con temperatura, en tanto que los segundos afectan a cualquier persona sin importar su sexo o edad, enfermándolas de cualquier modo; para curar esos males, se piensa que no sirven los medicamentos modernos, sino el acudir con los brujos que, mediante “limpias” (el pase de ramos de pirul, flores blancas y rojas, y demás hierbas medicinales, así como huevos de gallina o cócona y alumbre), el enfermo quedará al fin libre de los malos espíritus que lo han enfermado físicamente. También se cree que si los perros aúllan lastimosamente es porque la muerte anda cerca; si se le cruza a uno un conejo en el camino es de buena suerte, pero

---

<sup>46</sup> Entrevista a Fabián, delegado comunitario (2018)

lo contrario será si es una ardilla; piensan que a medianoche los malos espíritus andan sueltos; que, si uno se sienta a la orilla de la carretera, recoge el cansancio de los demás; y finalmente, que, si uno muere y tiene muchos pecados, no irá al cielo y se convertirá en coyote (Granados, 2015).

#### 4.9 Panorama epidemiológico

La información mostrada a continuación fue extraída del Censo de Pacientes con Enfermedades Crónicas (CENPEC, 2017) del Centro de Salud del Cardonal, el censo consta de varios indicadores de importancia para la identificación, tratamiento, manejo y control de las personas que padecen enfermedades crónicas como DM2, Dislipidemia<sup>47</sup>, Síndrome Metabólico<sup>48</sup>, Obesidad<sup>49</sup> e Hipertensión<sup>50</sup>.

Con relación a la diabetes en el Cardonal, se realizaron los siguientes hallazgos; del 2015 al 2017, aunque entre las 10 principales causas de enfermedad entre hombres y mujeres fueron en el primer lugar las infecciones respiratorias agudas, en segundo lugar, las infecciones de las vías urinarias y en tercer lugar encontramos a las infecciones intestinales, aparece en el noveno lugar la diabetes mellitus con 121 casos. (Ver Cuadro 15)

---

<sup>47</sup> Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia (el sufijo *emia* significa sangre) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia. (Miguel, 2009)

<sup>48</sup> El síndrome metabólico es un grupo de afecciones (aumento de la presión arterial, azúcar alta en la sangre, exceso de grasa corporal alrededor de la cintura y niveles anormales de colesterol o de triglicéridos) que ocurren en simultáneo, o que aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y diabetes. (Mayo, 2018a)

<sup>49</sup> El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). (OMS, 2018)

<sup>50</sup> La alta presión arterial es un trastorno común en el que, con el tiempo, la sangre hace suficiente presión contra las paredes arteriales como para eventualmente causar problemas de salud, como enfermedades cardíacas. La presión arterial se determina tanto por la cantidad de sangre que bombea el corazón como por la cantidad de resistencia al flujo de la sangre en las arterias. Cuanta más sangre bombee el corazón, y más estrechas las arterias, más alta será la presión arterial. (Mayo, 2018b)

**Cuadro 15. Las 10 principales enfermedades en el Cardonal del 2015-2107**

Personas	2015	2016	2017
21, 149	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas
1,988	Infección de las vías urinarias	Infección de las vías urinarias	Infección de las vías urinarias
1,779	Infecciones intestinales	Infecciones intestinales	Infecciones intestinales
1,288	Conjuntivitis	Conjuntivitis	Conjuntivitis
931	Vulvovaginitis	Ulceras, gastritis y duodenitis	Ulceras, gastritis y duodenitis
707	Ulceras, gastritis y duodenitis	Otitis media aguda	Otitis media aguda
814	Otitis media aguda	Vulvovaginitis	Vulvovaginitis
561	Gingivitis y enfermedades periodontales	Gingivitis y enfermedades periodontales	Gingivitis y enfermedades periodontales
121	Hipertensión arterial 53	Diabetes mellitus 41	Diabetes mellitus 27
111	Varicela 51	Hipertensión arterial 36	Hipertensión arterial 24

Fuente: Elaboración propia con base en la Dirección General de Epidemiología de SNS de Ixmiquilpan, 2017

Es pertinente acotar que la aparición de la diabetes mellitus como una de las diez primeras causas de enfermedad en el Cardonal es apenas en el año 2016, y es a partir de esa fecha que ha ido manifestando entre los pobladores de manera continua.

#### 4.9.1. La Diabetes en el Cardonal

Es a través de las enfermedades y de las causas de muerte que podemos identificar la morbilidad y mortalidad específicas de un grupo o comunidad; además permiten conocer la fortaleza con la que cuenta la estructura de los servicios de salud de una comunidad.

Cabe destacar que en los datos presentados se puede observar que las cinco primeras causas de defunción en 2016 corresponden en primer lugar a la diabetes mellitus con el 16.9 % del total, en segundo lugar, la enfermedad del hígado 15.6%, en tercer lugar, la enfermedad alcohólica del hígado en un 11.7%,

el cuarto lugar les corresponde a las enfermedades del corazón con 11.7% y en el quinto lugar se encuentran las enfermedades hipertensivas con el 7.8%. A continuación, se presentarán una serie de datos en los cuadros 16 y 17 que, de acuerdo con la Jurisdicción Sanitaria de Ixmiquilpan representan las 20 causas de defunción en el Cardonal, Hidalgo en los años de 2016 y 2017 consecutivamente.

**Cuadro 16. Principales Causas de Defunción en el Cardonal en 2016**

ORDEN	CAUSA	AGRUPACION	VOLUMEN	%
	<b>Total</b>		<b>77.00</b>	<b>100</b>
1	DIABETES MELLITUS	061	13	16.9
2	ENFERMEDADES DEL HIGADO	125	12	15.6
	ENFERMEDAD ALCOHOLICA DEL HIGADO	125A	9	11.7
3	ENFERMEDADES DEL CORAZON	097	9	11.7
	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	097B	6	7.8
4	TUMORES MALIGNOS	049	8	10.4
	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	049C	1	1.3
	TUMOR MALIGNO DEL COLON	049E	1	1.3
	TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE	049I	1	1.3
5	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS, EXCEPTO BRONQUITIS, BRONQUIECTASIA, ENFISEMA Y ASMA	113	6	7.8
6	INSUFICIENCIA RENAL	139	5	6.5
7	DESNUTRICION Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	066	4	5.2
8	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	098	3	3.9
9	NEUMONIA E INFLUENZA	105	3	3.9
10	ACCIDENTES	167	3	3.9
	CAIDAS	167F	1	1.3
11	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	168	2	2.6
12	SEPTICEMIA	015	1	1.3
13	EPILEPSIA	081	1	1.3
14	COLELITIASIS Y COLECISTITIS	126	1	1.3
15	POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS	130	1	1.3
16	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	169	1	1.3
	PARO CARDIACO	997	0	0.0
	SINTOMAS SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	998	0	0.0
	LAS DEMAS	999	4	5.2

Fuente: Jurisdicción Sanitaria de Ixmiquilpan, 2018

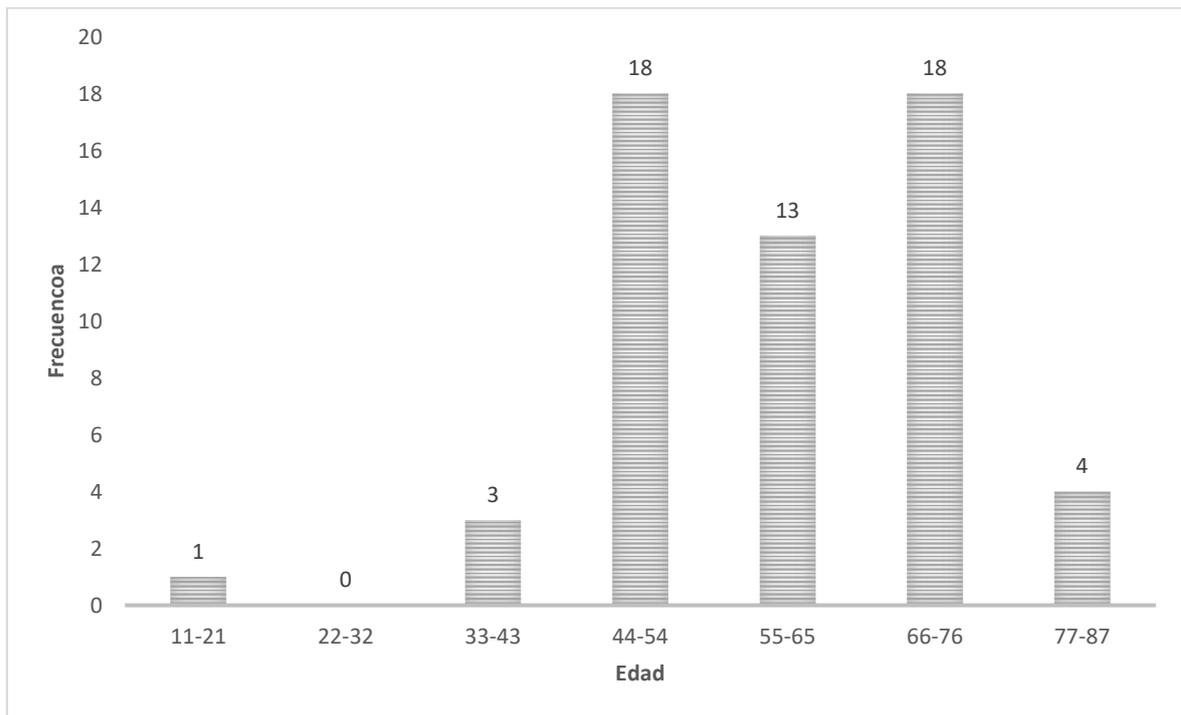
**Cuadro 17. Principales Causas de Defunción en el Cardonal en 2017**

ORDEN	CAUSA	AGRUPACION	VOLUMEN	%
	Total		94.00	100
1	DIABETES MELLITUS	061	17	18.1
2	ENFERMEDADES DEL CORAZON	097	14	14.9
	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	097B	8	8.5
3	TUMORES MALIGNOS	049	11	11.7
	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO	049B	2	2.1
	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	049C	2	2.1
4	ACCIDENTES	167	9	9.6
	ACCIDENTES DE TRAFICO DE VEHICULOS DE MOTOR	167B	4	4.3
5	DESNUTRICION Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	066	8	8.5
6	ENFERMEDADES DEL HIGADO	125	7	7.4
	ENFERMEDAD ALCOHOLICA DEL HIGADO	125A	7	7.4
7	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	098	6	6.4
8	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS, EXCEPTO BRONQUITIS, BRONQUIECTASIA, ENFISEMA Y ASMA	113	6	6.4
9	ANEMIAS	058	2	2.1
10	BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	110	2	2.1
11	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	168	2	2.1
12	HEPATITIS VIRAL	039	1	1.1
13	EPILEPSIA	081	1	1.1
14	COLELITIASIS Y COLECISTITIS	126	1	1.1
15	ARTROSIS	131	1	1.1
16	INSUFICIENCIA RENAL	139	1	1.1
17	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	169	1	1.1
	PARO CARDIACO	997	0	0.0
	SINTOMAS SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	998	0	0.0
	LAS DEMAS	999	4	4.3

Fuente: Jurisdicción Sanitaria de Ixmiquilpan, 2018

El Centro de Salud del Cardonal facilitó la información acerca del grupo de ayuda mutua (GAM), a continuación, en la gráfica 2 se presentan hallazgos interesantes relacionados con las personas diagnosticadas con DM2.

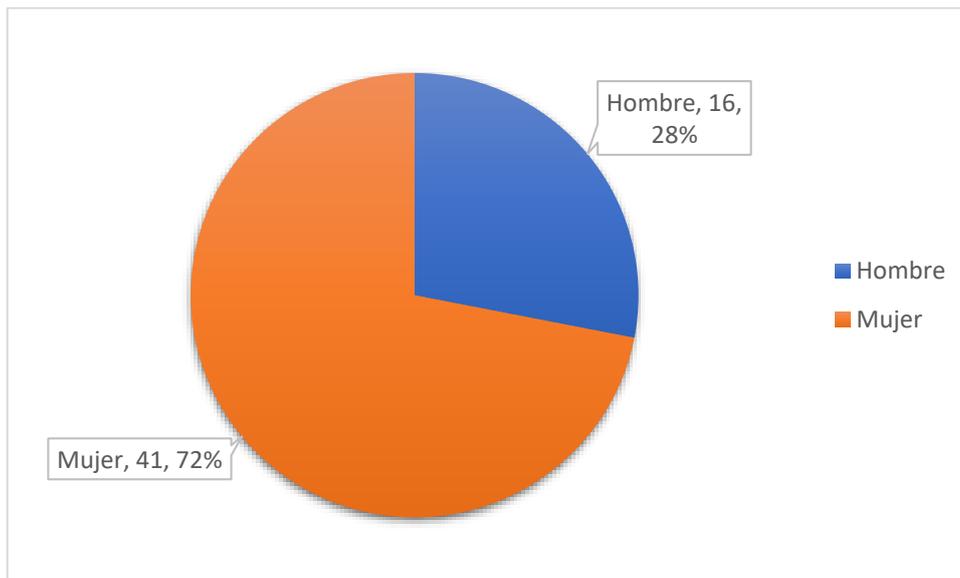
**Gráfica 2. Distribución por edad de personas con diabetes en el Cardonal**



Fuente: Centro de Salud del Cardonal, 2017

Los datos muestran que la moda (dato que más se repite) es de 68 años, el 50% se encuentra en los 61 años, la media está en 59.736 años, lo que nos da un intervalo para la mayoría entre 46 y 72 años, mostrando además dos valores atípicos, en las mujeres de 14 y 34 años, solo el 25% de los registrados tienen menos de 50 años. En la gráfica 2 se muestra como de las 57 personas, 41 son mujeres lo que corresponde al 71.93%, lo cual representa una mayoría; y solo 16 hombres, correspondiente al 28.07% de las personas con DM2.

**Grafica 3. Distribución de Sexo**



Fuente: Centro de Salud del Cardonal, 2017

La cantidad de hombres y mujeres es diferente, dado que se observan más mujeres que hombres. El porcentaje señala que hay un 72% de mujeres y solo un 28% de hombres.

Como podemos observar en la tabla 1 de edad entre mujeres y hombres con DM2, los rangos que van desde los 44-54, 55-65 y 66-76 años de edad sobresalen diferencias entre ambos grupos. De los 44-54 es visible el incremento de hombres con relación a las mujeres, mientras que de 55-65 las mujeres tienen un ligero ascenso, finalmente en el rango 66-76 muestra que la DM2 predomina en los hombres de este grupo de edad.

**Tabla 1. Edad de mujeres y hombres con diagnóstico DM 2**

Edad [años]	Mujeres	Hombres	Total
11-21	1	0	1
22-32	0	0	0
33-43	2	1	3
44-54	8	10	18
55-65	7	6	13
66-76	5	13	18
77-87	2	2	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>57</b>

En la siguiente tabla 2 de comparación de diagnóstico de Dislipidemia y diagnóstico de DM2 que en apariencia son factores asociados se muestran los siguientes resultados.

**Tabla 2. Diagnóstico de Dislipidemia y DM 2**

		Dx DM2		Total
		Sí	No	
Dx Dislipidemia	Sí	7	2	9
	No	29	19	48
Total		36	21	57

Fuente: Centro de Salud del Cardonal, 2017

La información demuestra que hay correlación entre Dislipidemia y DM2, ya que el 77.78% de las personas que tienen Dislipidemia tienen diagnóstico de DM2. Pero, de las personas diagnosticadas con DM2 el 80.56% no presentan Dislipidemia. De las 36 personas diagnosticadas con DM2 solo 7 padecen Dislipidemia.

Posteriormente se puede observar en la tabla 3 la relación entre el diagnóstico del Síndrome Metabólico y DM 2, mostrando los siguientes resultados.

**Tabla 3. Diagnóstico del Síndrome Metabólico asociado a la DM2**

		Dx DM2		Total
		Sí	No	
SX METABOLICO	Sí	13	2	15
	No	23	19	42
Total		36	21	57

Fuente: Centro de Salud del Cardonal, 2017

Como se observa en la tabla 3, de las personas diagnosticadas con DM2 solo el 36.11% presentan Síndrome Metabólico. El 63.89% de las personas diagnosticadas con DM2 no presentan Síndrome Metabólico. Los datos ofrecen

evidencia de que la DM 2 y el Síndrome Metabólico no están asociados al menos entre este sector de la población.

#### **4.10. La atención a la salud-enfermedad**

La atención a los problemas de salud inicia desde el momento en que se acepta la presencia de un padecimiento, al que primero se le da un diagnóstico, es decir “se le asigna un nombre”, posteriormente se emplea algún tratamiento casero y en caso de presentar alguna mejoría se interrumpe; pero si continua, se realizan una serie de “consultas<sup>51</sup>” a familiares, vecinos, amigos y gente de confianza preguntando cuál podría ser la causa de la enfermedad, además de indagar si tienen algún conocimiento para curarla; en respuesta a esta situación se sugiere un nuevo tratamiento, mismo que tiene que probar su eficiencia; en caso contrario, se continua la búsqueda de sugerencias en personas cercanas con alguna experiencia sobre el padecimiento, finalmente si esta última instancia no funciona, entonces las personas acuden al centro de salud o algún hospital en la búsqueda de atención médica profesional. Este proceso puede llegar a durar algunos días o incluso meses, periodo durante el cual la enfermedad se puede llegar a complicar. Peña, señala que “el concepto de salud se torna transcultural en la medida en que se flexibiliza más allá de la noción de ausencia de padecimientos y enfermedades, manifestándose como un reflejo de fenómenos que afectan la vida del ser humano, dependientes principalmente de la organización social y cultural en que vive; por lo que, aparte de su constitución biológica y de los factores físicos de su medio, hay que considerar las condiciones económicas y socioculturales que influyen sobre el nivel de salud de las poblaciones (Peña, 2005). En suma, la atención de la enfermedad de una persona depende esencialmente de cómo, cuándo y con que puede llegar a satisfacer sus necesidades, lo cual se articula también con la manera de organización social de la comunidad, y a la forma en que participa en la toma de decisiones que le atañen frente al uso de los recursos públicos. Por lo tanto, la atención a la enfermedad de las personas, y de la comunidad, se logra a través

---

<sup>51</sup> Consejo o la opinión que se le pide a una persona acerca de un tema o cuestión en el cual normalmente ésta resulta ser experta o bien dispone de conocimientos destacados para ayudarnos a resolver la misma. Recuperado de: ABC <https://www.definicionabc.com/general/consulta.php>

de su adaptación al medio ambiente en relación con el equilibrio ecológico-social; es decir, al lado de la salud individual se impone considerar la salud de la comunidad (San Martín, 1983), donde la eficiencia y eficacia en los servicios de salud además de la accesibilidad a estos permite establecer la noción de salud, que abarcaría tanto el ámbito profesional, público, colectivo, familiar e individual.

#### **4.10.1 Medicina tradicional**

La percepción que tienen sobre el cuerpo las personas Hñähñu, concebido como un todo que efectúa funciones y protege la salud, “condiciona la manera de percibirlo y atenderlo; esta concepción conjunta la búsqueda de un bienestar y evidencia signos y síntomas que se concretan en padecimientos, que han sido contruidos y simbolizados según su contexto sociocultural y acervo histórico en relación con su entorno ecológico, constituyendo un sistema de atención para la salud” (Peña, 2005).

Actualmente la medicina tradicional sigue siendo un método utilizado sobre todo para la atención de las enfermedades crónicas, la fiebre, el dolor de garganta, el dolor de cabeza y de estómago, en prácticas de autoatención, pero la mayor parte de la población acude al Centro de Salud de la localidad. Cuando se trata de casos más graves, las personas son trasladadas a las instituciones hospitalarias de Ixmiquilpan principalmente. Los yerberos, curanderos, sobadores, chupadores, se encuentran en los municipios vecinos, o en la sierra y se necesita caminar al menos una hora para poder llegar a ellos. Cabe destacar que Fabian, hace referencia en la entrevista que su mamá utiliza de manera frecuente diversas plantas, raíces y hierbas para preparar algún remedio casero contra malestares estomacales, dolores de cabeza, vómito, fiebre, por mencionar algunas.

#### **4.10.2 La atención biomédica**

En relación con la salud en el Cardonal y gracias a los datos proporcionados se obtuvieron los siguientes datos<sup>52</sup>. Generalmente estos establecimientos tienen un horario de atención de 9:00 a 18:00 horas. Después de ese horario si se

---

<sup>52</sup> Se pudo establecer que hay tres farmacias: “Farmasana”, “Farmacia en general” y una farmacia de “Similares”, ninguna cuenta con consultorio.

necesita medicamento se tiene que buscar otras opciones, por ejemplo, buscar con los vecinos, ir al centro de salud esperando que haya medicamentos o ir a Ixmiquilpan si es un caso de urgencia<sup>53</sup>. Además, la comunidad cuenta con dos médicos particulares<sup>54</sup>.

En cuanto al papel de los recursos del estado, se hace uso de programas sociales para la atención de la enfermedad, el “Seguro Popular”<sup>55</sup> siendo uno de los principales recursos con los que cuenta la comunidad para acceder a la atención médica, además en sus instalaciones también se proporcionan información acerca de diferentes temáticas, se imparten pláticas por parte del servicio médico o de enfermería de manera semanal para la promoción y educación a la salud fomentando las medidas de higiene en la preparación de alimentos, la importancia de hervir el agua antes de beberla y los beneficios de elaborar fosas sépticas, así como del seguimiento de talla y peso todos las personas; y en los casos que presentan pesos altos son canalizados al servicio de nutrición para un tratamiento integral. Asimismo, las personas que se encuentran afiliadas al seguro popular tienen derecho a solicitar consultas y a recibir los medicamentos de manera gratuita. Otro elemento de interés es el beneficio que aportan las redes familiares y sociales ya que como se menciona anteriormente la organización social es de gran apoyo para esta comunidad, se procuran en ámbitos de salud, religiosos, culturales, cívicos y sociales, ya que aportan apoyo económico y moral en caso de ser necesario.

Las enfermedades crónico-degenerativas como la DM2, son concebidas como un mal físico que involucra todo el cuerpo tanto de manera interna y externa

---

<sup>53</sup> En las tienditas de abarrotes también hay venta de medicamentos, pero solo los de consumo habitual como son: Desenfriol, Tapsin, Aspirinas, Melox, Antigripales y Antidiarreicos. En el centro hay 3 tienditas, pero en total son nueve en toda la comunidad, casi todas cierran a las 9 de la noche, solo dos permanecen abiertas hasta las 10:30 pm.

<sup>54</sup> Solo atienden a sus pacientes habituales a los que ya le han dado su número telefónico y si tienen una emergencia ellos les hablan. Ellos no promocionan sus servicios estos solo son para la gente que los conoce, las citas solo son por las tardes, ya que por la mañana laboran en el Centro de Salud.

<sup>55</sup> El seguro popular se encarga de brindar servicios de salud a todas las personas que estén inscritas en el sistema de protección social en salud, y tiene la capacidad de trabajar con distintos proveedores de servicios de salud tanto pública como privada en todos los estados de la República mexicana. El principal objetivo del seguro popular es proteger a toda la población que no cuente ya con un seguro social de gastos médicos, buscando de este modo que todos los integrantes de las familias afiliadas al seguro popular tengan acceso a los servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos. Recuperado de: <http://www.seguropopular.org/>

(órganos internos, sangre, piel, ojos, etcétera), por lo que atenderla, implica poner cuidado en los elementos cotidianos como la eliminación de los ayunos prolongados, la alimentación balanceada, el ejercicio, reposo necesario y el ambiente. De esta manera, y de acuerdo con su contexto sociocultural, se genera un sistema cultural de atención en la salud, la que está condicionada por la cultura, la familia, la falta de infraestructura o acceso a ella, por la carencia de recursos humanos o económicos, aunado además el desconocimiento.

#### **4.10.3. Grupos de Ayuda Mutua (GAM)**

Ante el desafío que genera hacer frente a los problemas de la diabetes tipo 2, así como a sus complicaciones, la Secretaría de Salud de México a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) implementó los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) como una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento, tal como lo ha difundido la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones expertas en la materia (Lara, 2004).

El GAM en el Cardonal es un grupo de pacientes con DM2 que son monitoreados y supervisados semanalmente para lograr el mejor control y estabilidad de los niveles de azúcar de las personas con diabetes, además de buscar una disminución y mantenimiento del peso de manera individual y también grupal. La organización corre por cuenta de las propias personas con diabetes, bajo la observancia médica y con el apoyo de los servicios de salud, son capacitados para lograr un mejor control de la diabetes e hipertensión arterial, siendo su principal objetivo el garantizar que cada una de las personas con diabetes reciba la capacitación indispensable para el buen control de su enfermedad. A estos grupos asisten personas con diabetes, hipertensión y obesidad, ya sea de manera aislada o relacionado.

La situación que se vive en el Cardonal con relación a la DM2 no es fácil, al pertenecer a una zona rural alejada de diferentes opciones de servicios médicos se dificulta de sobre manera un control de la de enfermedad, eso sin contar con

las dificultades para acceder a los medicamentos necesarios para el tratamiento o con estudios de laboratorio que permitan conocer a detalle el estado de salud de las personas con DM2.

La situación económica del Cardonal disminuye una buena atención a la salud, ya que la mayoría de la población se dedica a trabajar en otras comunidades y por ejemplo en el caso de las personas adultas mayores permanezcan solas en su hogar o que tengan que salir a vender sus productos desde muy temprano hasta el atardecer,

Los funcionarios públicos realizan promoción acerca del cuidado de la salud, pero sin medicamentos o insumos para diagnosticar (tiras reactivas, lancetas, estudios de laboratorio, por mencionar algunos), es difícil mantener la constancia de la población en el cuidado de su salud, a veces hay que caminar dos horas para descubrir que no hay medicamento, esto en ayuno y sin dinero.

## Capítulo 5

### Las experiencias de la diabetes en el Cardonal

#### 5.1. *Las Experiencias de Julieta y su nieto Juan*

¡Me siento mal!

Julieta vive en compañía de su esposo José y sus dos nietos compartiendo el terreno con su hijo y su nuera, en la parte posterior del predio siembran las frutas y verduras que posteriormente venden. Julieta es una mujer de 68 años y fue diagnosticada con diabetes mellitus 2 desde hace 22 años. Nació y creció en la comunidad de Sabanillas municipio del Cardonal, se casó con José y tuvieron dos hijos una mujer Flor y un hombre Luis; Julieta ha trabajado toda su vida

Contacto a Julieta por medio de Fabián, el cual nos presentó con Ernesto delegado comunitario de Sabanillas municipio del Cardonal; después de presentación se realizó una breve exposición de los motivos y objetivos de la investigación, además de remarcar el interés por contactar a personas diagnosticadas con DM2. Después de agendar dos citas para conversar con Ernesto se consiguió establecer el contacto con Julieta, su domicilio se encuentra ubicado muy cerca de la carretera y es de fácil acceso, al llamar a la puerta responde una mujer adulta mayor con signos evidentes de padecer alguna enfermedad visual. Se realiza la presentación de rigor, se establece el motivo de la visita y el objetivo de la investigación y se insta a su participación.

La reacción de Julieta ante la petición fue cordial y espontáneamente acepta contribuir con su experiencia acerca de la atención a la enfermedad, acto seguido abrió la puerta de su casa para permitir el acceso y así comenzar con la entrevista en la comodidad de su hogar. Al interior el primer espacio visible es el comedor y la sala dentro se encontraba su nieto Juan de diecinueve años, el cual permaneció atento a las respuestas de su abuela a lo largo de toda la conversación; por esta razón se le solicitó su cooperación para contribuir con su experiencia en la atención de la diabetes. Las entrevistas se concretaron en tres ocasiones; se inició con la

narrativa de Julieta y se finalizó con Juan la organización de los tiempos fue variada ya que por la mañana. Julieta iba al médico o a realizar alguna actividad y Juan asiste a la escuela por la mañana y por la tarde juega fútbol o ayuda a su abuelo en la venta de frutas y verduras en el mercado cercano.

### **5.1.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

A partir de estos sucesos acontecidos en la vida de Julieta ella puede hacer una relación entre el estilo de vida que tiene y el desarrollo de la DM2. “Yo no tenía tiempo para desayunar yo desayunaba hasta las 11 de la mañana, yo desayunaba un pan y una taza de café, pero yo ya estaba con diabetes”<sup>56</sup>.

Julieta comenta que esta rutina donde ella no desayuna nada hasta pasadas unas horas ingería algo ligero, su familia, en específico su hijo Luis comenzó a notar que los hábitos de su madre a la larga serían perjudiciales para su salud.

“Sabes que madre ya no trabajes porque con tu enfermedad tú ya no puedes trabajar... Y yo le decía pues no porque yo no me siento mal a mí no me duele ninguna parte él me decía sí, pero va a llegar un momento en el que te va a tirar. Y pues sí fue lo que pasó llegó el momento en qué me afectó la vista, me afectó los riñones de tanta pastilla que tomaba, casi no comía yo con tal de sacar adelante a mi hijo. Entonces pues me malpasaba mucho, me empezó a dar anemia, me empezó a dar insuficiencia renal, se me complicó la vista y pues ya dejé de trabajar. Hubo una ocasión en la que yo tuve mucha insuficiencia renal y comencé a hincharme desde los pies hasta la cara, entonces estaba a punto de que me dializaran y entonces yo ya no me levantaba yo ya no salía, me la pasé casi un año en cama, ya no podía ni pararme porque sentía que me paraba y que me iba a desmayar, no soportaba echarme unos pasos porque tenía yo muy baja la hemoglobina tenía 6.7 de hemoglobina entonces estaba a punto de que me pusieran sangre pero tampoco quise, no quise que me pusieran sangre. Entonces me empezó a fallar la vista a raíz de eso”<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>57</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

Julieta recuerda el momento en que inició con el malestar que la hizo acudir al médico. Era un día normal, como cualquier otro, se había levantado temprano para comenzar a trabajar como era su costumbre y de repente de la nada comenzó.

“Pues así nada más porque me sentí mal me fui al doctor y según me dieron una medicina para según una infección que yo tenía supuestamente a raíz de eso, a la semana yo empecé a tomar mucha agua, mucha agua a veces llegaba a tomar hasta cuatro litros de agua al día. Y pues no me sentía mal, nada más pura sed tenía y pues ya en las noches igual me levantaba a tomar agua. Las veces que tomaba agua, las veces que iba al baño y pues ya empecé a adelgazar mucho en una semana adelgacé 8 kilos. Y pues ya me llevaron al doctor yo no quería ir pues porque no me dolía nada; no sentía nada más que la pura sed, y pues ya cuando me llevaron me diagnosticaron la diabetes. Tenía yo 560 de azúcar”<sup>58</sup>.

Comer poco, tener cansancio y agotamiento frecuentemente son asociados como una enfermedad como la Diabetes, pero a veces estos síntomas pueden pasar inadvertidos cuando no se ha familiarizado con ella.

“Tener mucha sed, eso decía mi abuela, sentirse cansada y no tener ganas de nada, casi no comía, mi abuela adelgazo mucho. No sabía cómo se veía una persona con diabetes. No supe que mi abuela la tenía hasta que ella nos dijo”<sup>59</sup>. Juan, nieto.

### **5.1.2. Conociendo el diagnóstico**

A partir de este momento, la vida de Julieta y su familia dio un giro, el médico le pidió que se realizara a la brevedad unos estudios de laboratorio para dar un diagnóstico más certero y así lo hizo.

“El día que fui a ver al médico fui en ayunas, me fui al mediodía y el médico me dijo... “por lo regular lo que yo le estoy viendo es que tiene diabetes”, entonces me dijo... “ahorita no le podemos hacer nada, mañana venga en ayunas le vamos a hacer sus estudios”. Fue cuando me sacaron muestras de sangre y de orina y entonces me dijeron que ya tenía diabetes”<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>59</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>60</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

Después de recibir el diagnóstico Julieta no comprendía que significaba tener diabetes, no sabía que era, ni tampoco como afectaba su salud o si iba a sanar pronto.

“No sabía que era, la verdad no, a mí me habían platicado de eso unas compañeras que se llevan conmigo, me habían visto así que ya estaba delgada, y me habían dicho... “mejor vete al médico porque tú no estás bien, para mí que tú tienes diabetes”, pero yo no sabía qué era eso, y yo no quería ir porque yo no sentía nada, ellas me insistieron y así entre compañeras me llevaron. Ellas me animaron a que fuera, por eso fui si no pues no”<sup>61</sup>.

Comunicar a la familia acerca el diagnóstico médico fue el siguiente paso que dio Julieta, nadie cuestiono la información, nadie mostró algún sentimiento u opinión acerca de la enfermedad, del tratamiento o de la modificación de los hábitos; todo parecía igual, “pues hasta donde yo recuerdo un día se sintió mal y fue al médico y de ahí le dijeron que ya era con diabetes”<sup>62</sup>. Juan nieto

### **5.1.3. Aprendiendo de la DM2**

¿El médico le explico que era la diabetes? ...” pues sí, pero ya no me acuerdo ahora se es una enfermedad que mata, una enfermedad que afecta la vista, que afecta a los riñones, qué afecta los órganos, los dientes todo”<sup>63</sup>.

Después de que Julieta es diagnosticada con (DM2), posee la información para saber que tiene una enfermedad crónica, y lo que ella sintió al recibir esta noticia por parte del médico.

“Fíjese que antes yo no lo aceptaba, me deprimía mucho saber que tenía diabetes que a la mejor un día me iba a morir, muchas cosas; pero a estas alturas pues ya me acostumbré a ella, ahorita lo que debo de hacer es tomarme mi medicina como dice el doctor, tratar de no comer alimentos que no debo de comer, tratar de no comer alimentos enlatados, no embutidos, no carnes, no mucha sal, tratar de sobrellevarlo nada más porque ahorita ya no me deprime tanto como antes”<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>62</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>63</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>64</sup> Entrevista realizada en septiembre 2107.

Cuando Julieta es informada que tiene DM2, entra en un estado de negación, se deprimió mucho y creyó que moriría pronto. Para poder superar esta situación el apoyo de su familia y amigas cercanas fue muy importante. Su esposo José es un profesor jubilado de primaria y ante la impotencia de no poder auxiliar a su esposa con su enfermedad, comenzó a beber. Su hija Flor se fue a vivir a Estados Unidos con su esposo, dejando a sus dos hijos menores de edad al cuidado de sus padres. Su hijo Luis, tenía la ilusión de ser médico y Julieta estaba determinada en sacar adelante a su familia.

“Yo era muy alegre así me pasara un tren por encima, aquí en mi casa he tenido muchos problemas con mi esposo, pero aquí en mi casa son mis problemas, pero allá afuera ya no. Yo no confundo los problemas con otras cosas yo de la puerta para afuera soy muy sonriente, soy muy alegre con el que sea, pero aquí adentro aquí están mis problemas, yo era una persona muy alegre, las personas que me conocen de aquí soy una persona que le gusta el echar relajo la gente me quiere mucho”<sup>65</sup>.

Aunque estos 22 años posteriores al diagnóstico de DM2 han sido difíciles por la ausencia de su hija mayor, la responsabilidad de cuidar, educar y mantener a sus dos nietos y la perseverancia por sacar adelante a su hijo para que pueda recibirse como médico, Julieta mantiene una actitud positiva y se ha dado a la tarea de mantener en control su salud.

La Diabetes es conocida por la familia, Luis tiene conocimientos sobre medicina y ha contribuido integrar ciertos conocimientos acerca de esta enfermedad, además de contar con el recurso de las redes sociales y la información que proporcionan las diferentes instituciones a las que tienen acceso. “Considero que la diabetes es una enfermedad hereditaria, la conozco por mi tío que es médico, en la escuela hemos tenido pláticas y por el internet”<sup>66</sup>. Juan nieto.

---

<sup>65</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>66</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

#### **5.1.4. Las causas de la DM2**

Ante la desesperación de Julieta por la evolución de la DM2 en su organismo, se consideró relevante indagar acerca de las causas que, a su parecer fueron factores de riesgo o detonantes que contribuyeron en el desarrollo de la DM2.

“Yo pienso y siento que la causa de mi diabetes fue que un día que iba yo a Ixmiquilpan con mi esposo en un cochecito, mi esposo quiso rebasar cuatro carros que iban adelante y nosotros íbamos atrás, pero al rebasar dos carros, el tercero nos sacó de la carretera y nos brincamos un puentecito que está ahí por San Nicolás entonces a causa de eso no me asuste, no sentí que me hubiera asustado, pero ya en el transcurso, pues como que me vino a la mente así el susto y me puse a pensar que tal si nos hubiera pasado algo, como que me vino algo muy feo y me solté a llorar. A la semana me empecé a sentir mal tenía un dolor por la ingle y fui al doctor, y me dijo que tenía infección en las vías urinarias, me recetaron 7 inyecciones, yo llevaba 5 inyecciones cuando empecé a sentir mucha sed y pues yo lo deje así porque creí que la misma medicina era la que me provocaba mucha sed, pero ya paso un día dos días tres días y yo sentía que no podía ni caminar a la carretera porque sentía que mi cuerpo necesitaba agua y luego ya también tenía sed en la noche ya dormía con un jarro de agua junto a mi cama”<sup>67</sup>.

Los que Juan asocia como una de las causas para adquirir Diabetes son los malos hábitos alimenticios, “creo que no cuidarse, tomar mucha azúcar, no comer a sus horas”<sup>68</sup>.

Juan nieto

#### **5.1.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo**

Como parte de la experiencia de la enfermedad que tiene las personas con diabetes se consideró pertinente conocer como imaginan la diabetes en su cuerpo. Julieta comento “yo me imagino algo así como que me está acabando”. ¿Cómo lo dibujaría dentro

---

<sup>67</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>68</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

de su cuerpo?... “para mí es como una plaga que se come una planta, así la imagino dentro de mi cuerpo, así lo dibujaría”<sup>69</sup>.

No hay claridad acerca de cómo podría percibirse la diabetes dentro del cuerpo, cada uno lo expresa conforme a la información que tiene y la experiencia que ha adquirido con el tiempo. “No sé cómo se vea la Diabetes dentro del cuerpo, pienso que tal vez sea como granitos de azúcar dentro de la sangre, como montoncitos que se quedan ahí”<sup>70</sup>. Juan nieto

### **5.1.6. La atención de la enfermedad**

Atender a la enfermedad implica realizar diversas acciones que promuevan la salud. En el caso de Julieta ella procura acudir a sus citas mensuales con el médico, tomarse en la medida de lo posible los medicamentos prescritos, cuidar su alimentación y caminar, esta última actividad la hace desde antes de que fuera recomendada como parte de su tratamiento médico. Además, como parte de la atención a su salud, ha buscado métodos alternativos que no siempre han funcionado como ella espera.

“Primero me dieron pastillas, pero ahorita ya no ahora ya me pongo insulina, porque a raíz de la diabetes me vino una insuficiencia renal, entonces me dieron insulina y ahorita nada más me pongo la insulina me tomó las pastillas para la presión y ya. Comencé a hincharme desde los pies hasta la cara entonces estaba a punto de que me dializaran”<sup>71</sup>.

Julieta no solo se controló con medicamentos alópatas, tiempo hizo uso de medios alternativos como *brebajes* (como ella les llama) para la atención de la enfermedad. Llegó a comentar en la entrevista que sus amistades llegaron a sugerirle que no utilizara la insulina como el médico lo había prescrito.

---

<sup>69</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>70</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>71</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

“La gente me decía no, no te pongas la insulina va a estar más feo, vas a perder la vista, te va a dañar más, o sea muchos comentarios, una maestra me dijo...” no deje que la dialicen, yo le voy a dar el número de una persona para que vaya a verla es una doctora, pero no es una doctora que de medicina de patente es una homeópata, vaya es muy buena”. Fui luego luego (sic), a los 8 días la doctora vio mis estudios, vio cómo iba yo toda bien hinchada toda con muy baja la hemoglobina iba yo, pero bien mal... entonces mi hijo cómo es médico me decía “ay mamá cómo le crees más a otras personas que yo que he estudiado”. Entonces le digo “es que yo ya no sé qué hacer no sé ni en qué creer ni en esto ni en todo lo que me dicen entonces pues me fui, mi hijo no estaba muy de acuerdo, pero él vio como yo estaba; me fui con la homeópata. Esa doctora me dio mucha vitamina, mi tratamiento me estaba costando \$3000 cada mes de pura vitamina que me daba y con eso me levante, al mes que yo fui con el internista para que me dializara”...entonces cuando yo fui al internista la doctora me dijo “mire yo le voy a dar esto esté tratamiento y usted se va a recuperar y los doctores se van a dar cuenta, usted no les diga qué más está tomando aparte de lo que le está dando el doctor, usted no quite la medicina del médico, usted sígala cómo le dice el médico y tómese lo que yo le doy al mismo tiempo, no le va a pasar nada en caso de que se sintiera mal o algo así usted luego luego llámeme por teléfono” (sic). Fui al mes a ver al especialista para que me mandara a Pachuca y llevaba mis estudios de nuevo y él dijo “está muy recuperada ya no la vamos a dializar”<sup>72</sup>.

Aunque Julieta se sentía mejor después de tomar las vitaminas que le recetara la homeópata, y ya no sería necesario dializarla eso no terminó con su búsqueda de un mayor bienestar, ya que volvió en la búsqueda de nuevos medios para la atención de su enfermedad, llegando incluso a poner en grave riesgo su salud.

“Yo con la desesperación a cada rato se me subía la azúcar no se me bajaba de 360 o 400 y no se me bajaba y yo tenía una desesperación así fea y fue al tianguis aquí a Ixmiquilpan, me encontré a un señor que vendió unos brebajes ya preparados y el señor me dice... “con esto usted se va a poner bien” y le digo con la desesperación

---

<sup>72</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

que...” traía cuánto cuesta”, me decía que ...“cuesta \$250 cada frasco y son 2 litros y se tienen que llevar las dos botellas, entonces eran \$500 por semana”<sup>73</sup>.

¿Para qué era el brebaje?...

” Según para la diabetes, pero sabía a rayos como agua de caño y la primera semana me lo tome y voy y le digo...” oiga señor, que cree mi azúcar no ha bajado ya me volvieron a internar...” no dice, es la reacción de lo que está tomando” ... “Bueno, hay voy como mensa otra vez y lo compro y regreso a la otra semana y no se me baja el azúcar y le digo... “no me está haciendo efecto su medicina” ... “No dice, si apenas lleva dos semanas” ... Y ahí voy con la tercera semana y lo vuelvo a comprar, y me cacha mi hijo y me dice...” que estás tomando”, le digo un tratamiento que compre aquí, ¡ay mamá! no puedo creer que le creas a otras personas que no han estudiado, ha a mí que he estudiado. No se me quitó la maña y fui a la cuarta semana comprarle, compro igual los dos mismos litros y no pues ahora sí me puse más mal”<sup>74</sup>.

Ante esta situación, la familia, pero sobre todo José decide externar su malestar y preocupación acerca de las decisiones que está tomando Julieta con relación a su salud.

“Oye sabes que, deberás tienes tanto dinero para estarlo regalando, la verdad yo en vez de que te compongas te estoy viendo cada vez más mal, ya no puedes ni caminar, ya no puedes ni levantar los pasos, a dónde está tu medicina que te está curando”<sup>75</sup>. José esposo.

“Mi abuela ahora está tomando Insulina, Furosemida, Sulfato Ferroso y otras que no me sé”<sup>76</sup>. Juan nieto

### **5.1.7. Modificaciones en los hábitos**

Como parte de la atención a la enfermedad, generalmente se sugiere a las personas con diabetes modificaciones en sus hábitos alimenticios, complementándose con

---

<sup>73</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>74</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>75</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>76</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

ejercicio físico. Julieta es una mujer acostumbrada a comer sano, en su casa no faltan los quelites, las calabazas, las zanahorias y frutas como plátanos, higos y manzanas, la familia evita comer carne, pero les agradan las tortillas, el arroz con huevo y los frijoles. También disfruta de realizar largas caminatas para ejercitarse, ahora se le ha complicado caminar por el problema en su ojo y por sufrir constantes mareos.

“Me levanto a las 6:30 am, le hago un licuado a mis nietos para que se vayan a la escuela, ya de ahí me hago el desayuno pico mi fruta, me pongo un tecito, tomo leche porque café ya no tomo o me licuo una manzana con avena y eso es mi desayuno. Todos comemos lo mismo y tomamos agua de frutas sin azúcar. Ceno a veces un vaso de leche, un pedazo de fruta o un vaso de agua, casi no soy de mucho comer. Antes si me sentía muy mal me da una rabia no sé yo veía aquí en mi propia casa, que se sentaban a comer muy a gusto comían lo que querían y salía a la calle y veía como comían y me daban ganas de comer cosas que yo no podía comer y me daba mucho coraje, pero ahorita ya no. Ahorita si vamos a una fiesta yo sé que no puedo comer carnitas de puerco, sé que no puedo comer barbacoa o consomé ni tomar pulque o alcohol”<sup>77</sup>.

Como parte de los cuidados recomendados a las personas con diabetes se les explica la necesidad de mantener una dieta y de realizar actividad física. Julieta menciona anteriormente que su alimentación había cambiado y que ahora ya podía compartir los alimentos con su familia sin sentir enojo o frustración, esto resultado de que ahora todos los miembros de la familia comen lo mismo, no hay distinciones ni un platillo especialmente preparado para Julieta. Ahora todos siguen la misma dieta. “Estar a dieta es no comer lo que uno no debe de comer o comer demasiado, tener una comida balanceada”<sup>78</sup>.

Complementario a la dieta, está el ejercicio a lo que Julieta acota “antes andaba de aquí para allá caminaba mucho me gusta me sentía útil. Después de la fractura de mi pie me cuesta mucho caminar, a veces hago un poco de quehacer, descanso y así me la

---

<sup>77</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>78</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

paso<sup>79</sup>. Aunque Julieta sabe la importancia y conoce los beneficios de hacer ejercicio, actualmente por la lesión sufrida en el pie esta actividad se encuentra suspendida.

En la casa de Julieta los hábitos acostumbrados se mantienen, la familia disfruta de comer tortillas o pan. Gozan también de comer verdura como base fundamental de su alimentación y reconoce la importancia de llevar una dieta sana. En relación con el ejercicio Juan juega fútbol y antes de la enfermedad su abuela caminaba mucho.

“Todos comemos lo mismo, a veces ella come otras cosas o no le pone azúcar a su agua. Yo no tomo mucha azúcar, pero si le echo azúcar a mi agua”. “Mi abuela cocina, siempre comemos con tortilla o pan desde chiquitos. Comemos pollo, huevos, quesadillas y mucha verdura”. “Yo juego fútbol, la abuela antes caminaba mucho ahora ya no”. “Para mí una dieta sería más que nada comer balanceado si comemos muchas grasas nos enfermamos por ejemplo en las mañanas el desayuno es la comida más importante porque necesitamos comer más carbohidratos para tener energía y en la noche sería algo más ligerito como verduras o cereales porque así no tenemos problemas estomacales<sup>80</sup>. Juan nieto

#### **5.1.8. Complicaciones asociadas a la DM2**

Sin atención o tratamiento la acumulación de azúcar en la sangre puede causar problemas graves en el cuerpo y en la mayoría de los órganos. Puede llegar a dañar ojos, riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos. Para Julieta no fue diferente, como ya se expuso líneas arriba, ella tiene problemas en su ojo derecho aun cuando ya fue intervenida con láser para corregir este problema, como consecuencia de la evolución de la enfermedad ha perdido la visibilidad en el ojo. “Llegó el momento en qué me afectó la vista, me afectó los riñones de tanta pastilla que tomaba. Me empezó a dar anemia, me empezó a dar insuficiencia renal, se me complicó la vista hasta que perdí el ojo<sup>81</sup>.”

---

<sup>79</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>80</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>81</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

El factor hereditario es reconocido por Juan, también está al tanto de la necesidad de cuidarse ya que posee una predisposición genética para adquirir la DM2. Conoce algunas de las complicaciones frecuentes de la enfermedad y sabe que con los cuidados necesarios pueden prevenirse “mi abuela se quedó ciega de un ojo por eso, además también les pueden cortar los pies. Pues pienso que como mi abuela la tienen el ADN de la sangre, si uno no se cuida si nos puede dar”<sup>82</sup>. Juan nieto

#### **5.1.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

Las prácticas y creencias que poseen las personas y que utilizan para la atención de alguna enfermedad pueden llegar a diferir de lo socialmente establecido, incluso de lo habitualmente familiar, esto dependerá en gran medida de la experiencia que se posea. Julieta señaló que para mantener su salud ella hace uso de sus creencias religiosas y de sus hábitos como parte del control de su nivel de azúcar, ella menciona “creo en Dios, en mantener una buena alimentación y en la fe que uno les pone a las cosas”<sup>83</sup>.

Las prácticas se comparten al interior de la familia, aunque no siempre son constantes sobre todo al asistir a algún evento social. “Se come un taco de cada cosa o un poco de lo que hay. En la última fiesta se puso un poco borrachita le gusta el pulque”<sup>84</sup>. Juan nieto

#### **5.1.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

Cuando una persona es diagnosticada con diabetes, el apoyo familiar es muy importante; como ya mencionamos la diabetes puede verse como una oportunidad para que la familia procure un estilo de vida más saludable, mejoren sus hábitos, hagan ejercicio y cuiden de su salud. Es también una oportunidad para estar más cerca, fortalecerse y respaldarse. Sin embargo, como le sucedió a Julieta en algún momento, una persona que vive con diabetes puede llegar a cansarse, molestarse y frustrarse si su familia está todo el tiempo interviniendo en lo que hace, lo que

---

<sup>82</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>83</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>84</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

come y la manera en que se cuida. Esto puede llegar a hacerlo sentir regañado. Lo importante es encontrar un equilibrio en la relación donde exista el apoyo, la confianza y la compañía. Julieta menciona que su familia “es muy importante, porque entre todos me cuidan un ratito cada uno”, “me gustan los cuidados de mi de mi esposo y mis nietos de mis hijos y de mi nuera”<sup>85</sup>.

Con relación a las decisiones familiares, Julieta comenta que es ella quien las toma; pero cuando se trata de asuntos de salud, su hijo Luis que es médico y José su esposo son los que toman las decisiones importantes, ella acepta y generalmente acepta y respeta la opinión profesional de su hijo.

En la casa se hace lo que Julieta dice, es difícil que ella haga algo que no desea. La opinión de Luis acerca de su salud es importante, así como la de José. A veces se han llegado a dar roces entre Julieta y Luis por estar en desacuerdo con algún tratamiento o medicamento prescrito para la atención de la enfermedad.

“La cuido, vemos la tele juntos, le ayudo con sus animales o a veces le ayudo a limpiar su cuarto o a la cocina o si puedo, la acompaño al doctor “mi abuela toma las decisiones, si ella no quiere o no la convencen no se hace nada. A veces mi tío el médico le dice, y si no lo hace la regaña”<sup>86</sup>. Juan nieto

## **5.2 Las Experiencias de Javier y su esposa Sonia**

¡Dicen qué es un virus que soltaron y que todos están contaminados como lo hacen con las armas químicas lo mismo pasa con el sida porque nadie sabe realmente cómo comenzó!

Se logró contactar a Javier a través de Sonia, quien es la administradora de un hotel de la comunidad. Sonia es una persona abierta y servicial, en una ocasión se le solicitó información acerca de los destinos turísticos y de información general de la comunidad. Además, se le expuso el objetivo de la investigación y la necesidad de ubicar a personas con DM2 que quieran participar en el estudio. Ella amablemente sugirió platicar con Javier, su esposo, el cual fue diagnosticado con DM2 cinco años

---

<sup>85</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>86</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

atrás. Comento también que Javier no disponía de mucho tiempo libre porque él trabajaba en un tráiler y a veces era difícil contarlo. A lo cual sugirió abordarlo al día siguiente para que ella pudiera ponerlo al tanto de la situación.

Javier es un hombre de 49 años originario del Cardonal, él es camionero o como él se llama “trailerero”. Su rutina comienza a las 5:00 de la mañana, se levanta y se va a trabajar. Llega a la base donde se encuentra guardado su camión a las 8:30 am, donde trabaja hay un comedor llega a desayunar café sin azúcar y algo ligero. Está casado con Sonia desde hace 28 años, tienen dos hijos varones y un nieto.

Su trabajo le exige estar de viaje constantemente. Empieza el viaje por ejemplo de México a Laredo llevando los artículos de importación, o va de Guadalajara a Sinaloa o a Chetumal, son alrededor de 36 horas de viaje. Javier viaja todos los días, pero puede trabajar un mes y descansar una semana. Menciona que es posiblemente que si dejara de trabajar se deprimiría pues nació para esto, si hubiera nacido para otra cosa tendría un título, pero estoy haciendo esto y me aferro.

### **5.2.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

“No sentía nada”

Javier comenta que los síntomas fueron difíciles de reconocer ya que él no se sentía mal “Yo no sentía nada, da veces me daba mucha sed, me la quería pasar tomando agua, yo siempre cargo mi botella de agua en el camión”<sup>87</sup>. Esta necesidad de beber agua no representaba ningún signo de alarma, Javier seguía desarrollando sus actividades cotidianas de manera natural, sin alteraciones físicas. La familia al no convivir cotidianamente con él desconocía la evolución de la enfermedad.

Lo que para Javier era un cansancio habitual por las extensas horas manejando en la carretera tenían otro origen, que solamente sería develado al acudir al médico; los hábitos alimenticios, laborales y de descanso eran los mismo no había variación en la rutina.

---

<sup>87</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

Para Sonia no ha sido fácil comprender e involucrarse el proceso por el cual está pasando su esposo, ya que como ella señala desconoce información importante acerca de la enfermedad “no sé cuáles son los síntomas de un diabético ese es uno de los detalles en los que, aunque seamos pareja no sabemos”<sup>88</sup>, “nunca le note nada extraño ni él tampoco dijo nunca me siento mal o algo así no, de repente lo vimos a adelgazar, pero pues no como comía bien, pero nunca me había dicho que en la noche le daba mucha sed y decía que en la noche iba a orinar mucho, cosas, así como casi no convivimos mucho por la cuestión del trabajo para mí es como imposible detectar los síntomas de la diabetes”<sup>89</sup>. Sonia esposa.

### **5.2.2. Conociendo el Diagnóstico**

De manera acostumbrada Javier tiene que realizarse un chequeo médico cada dos años en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para poder acreditarse como chofer de tráiler; fue en su chequeo habitual que le diagnosticaron DM2.

“Me detectaron esto en Comunicaciones cada dos años nosotros tenemos que asistir a Comunicaciones porque nos llevan un control médico también entonces este el año no recuerdo bien, pero va para dos años me detectaron diabetes la doctora me dijo sabes que ya tienes diabetes que tienes que hacer otros exámenes tienes que llevar una dieta tienes que hacer muchas cosas”<sup>90</sup>.

De manera inmediata la doctora le solicitó que se realizara algunos exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico y así poder comenzar con el tratamiento adecuado. Aunque no desconocía lo que era la Diabetes, Javier aun no dimensionaba la situación o las modificaciones que tendría que hacer a sus hábitos a partir de ahora, para poder seguir las indicaciones que le había hecho la doctora que lo diagnosticó.

Sonia desconocía que era la DM2, sus síntomas y cualquier tema relacionado con ella. Conocer el diagnóstico de su esposo fue algo fortuito, ella acompañó a Javier al médico por una consulta general. “Un día en el centro de salud fuimos por unos

---

<sup>88</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>89</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>90</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

granitos que nos habían brotado y volvieron a hacerle los estudios y tuvo que ir al laboratorio a sacarse sangre y ahí ya no hubo duda, le dijeron que tenía DM2”<sup>91</sup>. Sonia esposa

### 5.2.3. Aprendiendo de la DM2

¿El médico le explicó que era la diabetes?

“Supuestamente lo que la doctora me dijo ahí es que tengo una deficiencia en el páncreas que ya no segrega una hormona que no sé cómo se llama que le permite nivelar el azúcar en la sangre algo así, la doctora dijo...“sabes que tienes un alto grado de azúcar entonces tienes que llevar una dieta de esto y una dieta de otro”... de hecho nos dan un control la doctora dijo que podía comer de todo menos lo que venía en la hoja de control pues es igual, trato de empezar a llevar la dieta pero lo que pasó es que me empecé a sentir más mal de lo que estaba, primero me sentí mal porque me dijeron sabes que estás diabético lo primero que piensas ah chirrión es me voy a morir no”.

Aunque ya tenía información previa acerca de la Diabetes, Javier no había hecho la asociación entre sus síntomas, sus hábitos y la enfermedad. Fue hasta su revisión médica que lo diagnosticó como diabético. “Anteriormente había adquirido folletos de hecho traigo algunos en el camión es un manual de lo primero bueno de lo que se debe o lo que se va a correlacionar con la diabetes”<sup>92</sup>.

Sonia no sabía que era la DM2, ni los factores que la provocaban, ni los síntomas, ni las consecuencias y mucho menos de los cuidados o tratamiento que se deben mantener para llevar niveles de azúcar controlados. Actualmente procura recabar la mayor información posible y busca diferentes fuentes para tener un mayor conocimiento acerca de la enfermedad “yo lo leí, a veces me meto internet veo ahí leo y ahí me doy cuenta”<sup>93</sup>. Sonia esposa.

---

<sup>91</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>92</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>93</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

#### 5.2.4. Las causas de la Diabetes

Las causas que Javier considera que pudieron influir en haber adquirido la enfermedad se asocian con el estrés que produce manejar un tráiler y pasar extensas jornadas en la carretera y tener malos hábitos. Pero sus familiares, amigos y compañeros de trabajo tienen una idea diferente, ya que para ellos la causa más importante se relaciona con el susto.

“Todos dicen y alegan que porque por un susto o por una impresión o por muchas cosas. La situación mía, la que yo le puedo platicar es que tengo mi vida en un hilo porque todo el tiempo vivo en la carretera, he visto accidentes, he visto muertos, accidentes a grandes magnitudes de qué a veces tienes que bajar porque para eso te capacitan para socorrer a los que están en un accidente grande no, pero pues uno dice sabes que estás en esto sabes que en cualquier momento te puede pasar o sea que tienes que bajarte y ayudar y auxiliar o abanderar o no sé por qué cosa y lo he visto todo el tiempo la sangre no me espanta. Puedo pensar que para mí es por la rutina que llevo en el camión, la mala alimentación, la deficiencia de los alimentos, lo que tomamos, lo que no tomamos esa es otra de las cosas, nosotros a veces trabajamos veinticuatro horas, nunca nos vitaminamos no hacemos nada hasta que nos sentimos mal es cuando vas con el doctor”<sup>94</sup>.

Es posible desconocer la información básica que rodea a la enfermedad, y también es posible tener una explicación de los factores involucrados en su origen. Sonia se encuentra en esta situación y para ella, las causas de la DM2 de Javier tienen este fundamento.

“Pues dicen que la diabetes viene de muchas cosas de tensiones, de preocupaciones, de estrés y pues en carretera él tiene mucha tensión y luego en ocasiones él nos decía que “en una o dos ocasiones le tocó ver accidentes feos es más a él le llegó a tocar sacar a unos heridos de un carro con un federal de caminos” y él dijo “te juro que esa noche no dormí cuando saqué a esas personas, sí ya no pude dormir bien cerraba los ojos y veía el rostro de esas personas”, o sea para él fue tan impactante haber hecho eso que yo

---

<sup>94</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

siento que a consecuencia de eso, pasó el tiempo no pero yo creo que eso tuvo que ver”<sup>95</sup>.  
Sonia esposa

### **5.2.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo**

Javier imagina que la DM2 es “como un líquido que recorre mi cuerpo y va haciendo que altere mi organismo. Lo dibujaría “creo que como venas en todo mi cuerpo pintadas de color amarillo gruesas y que van pasando por mi hígado, riñón y por ser grueso no trabaja igual”<sup>96</sup>.

Las ideas se pueden de diferentes maneras, como ya se mencionó Sonia desconocía que era la DM2, ahora tiene una idea de cómo puede imaginarla “la imagino como algo pegajoso en la sangre, que la hace espesa y pesada para el cuerpo, por eso siempre están cansados”, la dibujaría así “en el cuerpo de una persona que se viera cansada pondría rojo en las venas y utilizaría otro material como diamantina blanca para ponérsela encima, para que los brazos y piernas se vieran más gruesos”<sup>97</sup>. Sonia esposa

### **5.2.6. La atención de la enfermedad**

La atención que se otorga a la enfermedad dependerá de cada persona, de la información que posea, de sus recursos, de sus redes de apoyo y de diferentes circunstancias que influyen en su contexto. Como parte de la atención que Javier procura menciona que “toma Glibenclamida, creo solo la tomo cuando me siento mal”. En caso de necesitar refiere que “no la voy a tomar, creo que me voy a morir antes de que me la manden”. La alimentación que mantiene por su trabajo varía de acuerdo con el tiempo disponible, el dinero que tenga, la comida disponible en la carreta y los gustos que tenga. Javier mantiene una alimentación con:

“Lo cotidiano huevo con jamón, huevo con frijoles, huevo con salchicha y dos o tres tortillas, pan de vez en cuando uno por lo menos, pero uno que no tenga azúcar porque eso también ya la traigo eso como a las 8:30, de ahí ando un ratito caminando en lo que hace digestión la comida. Cómo me voy muy de madrugada a veces me da sueño y agarró y me meto a dormir al camión 2 o 3 horas más o menos, me levanto y ahí ando haciendo

---

<sup>95</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>96</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>97</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

cosas eso es lo que hago el lunes, y pues a la hora de la comida hago la comida normal, a la una de la tarde come uno habitualmente ahí guisan mucha verdura, carne muy poco de vez en cuando, casi siempre caldo de pollo, tomo a veces una botella de agua y si no esté igual jugos de esos del Valle pero pues también tienen azúcar pero muy raro no todo el tiempo es lo mismo, ceno pues si alcanza bien el dinero frijoles y si no pues lo que hay a la mano garnachas tacos lo que tenga la mano”.

Como parte de la atención a la enfermedad “nosotros traemos siempre medicina alternativa, traemos plantas, traemos semillas qué comes y nos va bajando el azúcar demasiado, con unas semillas que les dicen moringa son unas semillitas redonditas y también avena.

A partir el diagnóstico Sonia se dio a la tarea de investigar y tratar de entender que era la DM2 para así poder entender y ayudar a su esposo. El proceso de atención de Javier es complicado debido a la distancia y a los días que no están juntos “no recuerdo cómo se llaman las pastillas que él toma, pero si, su organismo ya se acostumbró a tomar las pastillas está, así como que ¡ay me siento cansado, tengo sueño! se le empieza a secar mucho la boca y es cuando me doy cuenta de que no se ha tomado las pastillas. Sé que hay que comer fruta que tienen que hacer ejercicio”. La interacción entre la pareja se ha dificultado por diferentes razones “antes yo hablaba mucho con él, le decía cuídate no comas esto, no tomes y cosas así, pero al ver qué el no hace caso y se porta mal conmigo ahí la verdad ya ni quiero, ni puedo, la verdad hace muchos años que yo dejé de tomarle interés a todo eso”<sup>98</sup>. Sonia esposa

### **5.2.7. Modificaciones en los hábitos**

Generalmente a las personas diagnosticadas con DM2 se les recomienda, como parte de su tratamiento ciertas modificaciones en sus hábitos alimenticios, en su actividad física y en la atención a la enfermedad. Javier menciona que sus hábitos no fueron modificados, él considera que, aunque sea diabético no puede cambiar ciertas rutinas, puesto que su tipo de trabajo, tiempo libre, el horario de comidas y la atención a la enfermedad. Considera, además que esto no es algo que pueda ser incrustado en una rutina estricta.

---

<sup>98</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

“No ha cambiado en nada; bueno para mí no ha cambiado la única diferencia es que antes no tomaba pastillas y ahora sí eso es lo único que ha cambiado”<sup>99</sup>.

Como parte del tratamiento médico prescrito a Javier se le entrego una hoja de control de alimentos permitidos, sus cantidades y la periodicidad para su consumo. Además de recomendarle realizar una mayor actividad física y evitar el consumo de carbohidratos y alcohol.

“Tienes que llevar una dieta de esto, de hecho, nos dan un control la doctora dijo que podía comer de todo menos lo que venía en la hoja de control, trato de empezar a llevar la dieta. Pero la verdad no llevo ningún tipo de dieta creo que me siento más, no sé si sea por las condiciones de que estamos acostumbrados a comer de todo para sentirse completo, lleno de energía para hacer lo que haces. Los médicos me dicen vete a correr un ratito porque cuando estamos en el trabajo no podemos correr ni nada y cuando está el trabajo lento pues por lo menos vamos caminando de aquí a allá”<sup>100</sup>.

Después del diagnóstico de DM2 las cosas en la familia no cambiaron, al menos no hubo cambios significativos en sus rutinas o en sus hábitos. Javier casi no está, las cosas en la casa siguen igual aun cuando él está presente “la verdad es que por el trabajo de mi esposo nos vemos cada 8 o 15 días y cuando el viene yo me la paso trabajando él la pasa con sus hijos y van a comer o a pasear juntos igual que siempre lo han hecho”<sup>101</sup>. Sonia esposa

### **5.2.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes**

En el caso de Javier las complicaciones que reconoce podrían ser asociadas con la DM2 son “pérdida de vista, caída del pito, pie diabético, heridas que no sanan pronto y puede haber un sinfín de efectos secundarios”<sup>102</sup>.

---

<sup>99</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>100</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>101</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>102</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

Particularmente para Sonia las complicaciones de la enfermedad son dudosas, aunque conoce la información “creo que se pueden quedar ciegos y les pueden cortar los dedos o las piernas”<sup>103</sup>. Sonia esposa

### **5.2.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

Cada una de las personas entrevistadas poseen diferentes prácticas y creencias entorno a la enfermedad Javier considera importante mantener hábitos sanos que fomente un nivel óptimo de azúcar, menciona que él “trata de cuidar su alimentación lo más posible, caminar, aunque sea un poco, trata de no estresarse tanto en el trabajo y descansar y disfrutar de las cosas buenas de la vida”<sup>104</sup>. También considera importante como parte de su atención a la enfermedad tener algo en que creer, “creo en Dios, en mi trabajo y en mi familia”<sup>105</sup>.

La vida que lleva Sonia con sus hijos es diferente a la que lleva Javier, entre las estrategias que precisa están “cocinar, comemos verduras, pollo, carne casi no porque aquí esta fea, huevos y para lo que alcance. Como parte de la actividad física que realiza camina mucho “mis hijos a veces juegan futbol y mi esposo cuando tienen tiempo en el trabajo camina”, “creo que todos podemos tenerla sino nos cuidamos”. Por otro lado, las prácticas inconsistentes de Javier la desmotivan “mi esposo dice que de repente cuando están en patio donde les toca estar pues si llegan a caminar o a correr. Pero cuando está aquí yo veo que no se cuida nada, solo se toma la medicina cuando se siente mal”. Sonia muestra malestar e indiferencia antes las prácticas de su esposo “él hace lo que quiere, come lo que quiere y toma lo que hay y si no le gusta va y compra lo que le gusta”.

### **5.2.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

Este caso en particular muestra como la familia se ha ido adecuando a las largas ausencias de Javier, ellos realizan sus actividades cotidianas sin restricciones; y cuando Javier llega todos se reúnen comen y disfrutan sus platillos y bebidas favoritas. Entorno al tratamiento,

---

<sup>103</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>104</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>105</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

Javier prefiere no involucrarlos, considera que la Diabetes es solo algo suyo y que su familia no tiene por qué involucrarse.

“Vivimos de diferente manera ellos van a la escuela, cuando estamos juntos comemos de todo. Mis hijos me dicen que me cuide que me tome los medicamentos. Son muy diferentes las actividades de cada uno, entonces yo no voy a esperar a que vengan a mi necesidad de ir a la consulta esperando a que me digan sabes que tomaste tu pastilla, yo soy el del problema, yo soy el de la enfermedad ellos no tienen que estar al pendiente de mí y me digan “oye ya te has ido al médico” si me preguntan yo les digo, yo no voy a esperar a que vengan y me digan tómate la medicina”<sup>106</sup>.

### ***5.3 Las Experiencias de Lula y su esposo Fabián***

¡No es una enfermedad es una consecuencia de muchos factores con la que hay que aprender a vivir!

Lula es una mujer de 52 años, proviene de una familia numerosa, además tenía una, como parte de sus actividades cotidianas su papá la llevaba a cortar leña desde muy pequeña y procura una estrecha relación con su familia. Se casó con Fabián con el cual duró poco tiempo de novios, el noviazgo fue por carta, duraron un año en comprometerse; esto no fue fácil ella quería terminar su licenciatura. En su casa le enseñaron a ser sumisa a obedecer no podía expresar mis deseos, no podía decir que no quería casarme, no me sentía preparada. Su madre la convenció de casarse y no se arrepiente, porque él es un buen hombre y han llevado una vida bonita. Fabián es el delegado comunitario, es empleado del municipio y además es una persona que se esfuerza en la comunidad, posee una honorabilidad que le ha ganado el respeto de muchos. Tienen dos hijas jóvenes y son muy apegados a la iglesia. Es directora de un kínder en Ixmiquilpan y adora a los niños, a su trabajo, a su familia y a Dios.

---

<sup>106</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

### **5.3.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

Aun cuando Lula poseía la información necesaria para detectar una enfermedad como la DM2, reconocer los síntomas no fue fácil, de hecho, tampoco lo creyó cuando le dieron el diagnóstico médico, ella pensaba que solo era cansancio o un malestar.

“Estaba trabajando mucho, había mucho producto que entregar y me había desvelado muchos días, me sentía mareada y andaba manejando, me dolía mucho la cabeza y dije voy a irme a checar porque tenía un mal estado general, llego al ISSSTE me pasan, me toman signos y todo me preguntan “con quién viene” y les digo pues sola “en qué vino o quién la trajo” y les contesté pues yo solita manejando y me preguntaron “y no sentía como que se le nublabla la vista” sí veía borroso, pero era mi carro porque justo un día antes habíamos ido a los pollos asados y estacionamos el carro enfrente de la tienda y pues yo pensé que era la grasa, prendí el agua para limpiar el parabrisas y no se limpiaba y yo decía ¡ay qué raro! pero yo pensé siempre que era el parabrisas, nunca pensé que era yo. Llevo 32 años trabajando y algo que note que durante todo el año yo no siento dolor yo no siento cansancio, yo no siento nada, pero cuando salgo de vacaciones al segundo día siento el cuerpo como si me hubieran pegado. Siento dolor por todos lados, entonces yo pienso que como mi mente está ocupada y cuando me fui a checar yo tenía 510 de azúcar y dije qué primera vez que me toman el azúcar y tengo 510 me dijo el doctor “antes usted no cayó en coma” y ya de ahí pues yo dije cómo voy a tener diabetes si solamente es un malestar”.

Es importante mencionar que Fabián no se encontraba en el país, estaba trabajando en Estados Unidos ya que la situación económica de su familia era precaria. No tuvo conocimiento de algún síntoma o malestar previo, al no estar presente desconocía la situación previa al diagnóstico “no estaba aquí, no supe que se sentía mal, ni tampoco que tenía tanta azúcar en su cuerpo, estaba muy lejos y tenía que trabajar”. Fabián esposo

### **5.3.2. Conociendo el Diagnóstico**

Aunque tenía síntomas claros, Lula no estaba convencida del diagnóstico médico, entonces cuando la citaron para realizarse más estudios ella no lo creía.

“Pensé lo que deben de estar mal son mis nervios, ya de ahí me hicieron otras pruebas tenía muy bajos los niveles de azúcar en cambio ese día me tuvieron 3 horas en el ISSSTE, me estuvieron poniendo medicamento y como a las 3 horas ya había bajado los niveles de azúcar. Regresé 15 días después y entonces ya me empezaron a preguntar si yo por las noches orinaba mucho me preguntaron si tenía sed y les dije que sed que tenía mucha, y pues sí orinaba mucho pues por la consecuencia de tomar tanta agua, entonces estuve en un proceso de varias pruebas unas en ayunas y otras a mediodía, como en algunas pruebas ya no bajaba el nivel de azúcar me dijeron usted ya es con diabetes”<sup>107</sup>.

Fabián tuvo conocimiento del diagnóstico de Lula por vía telefónica, solo pudo suponer lo que estaba pasando con su esposa y sus hijos. No sabía lo que sentía Lula “se sintió mal y fue a urgencias, ahí le tomaron al azúcar y tenía más de 500 después la volvieron a citar para hacerle estudios y ya después la diagnosticaron”<sup>108</sup>. Fabián esposo

### **5.3.3. Aprendiendo de la DM2**

Si bien Lula había adquirido ciertos conocimientos previos acerca de la DM2, cuando visitó al médico completó la información restante.

“El doctor me explicó que era algo relacionado con el páncreas que no está procesando toda la azúcar que necesita su cuerpo, no hay forma en la que se pueda quitar, pero sí se puede”<sup>109</sup>.

Fabián no sabía nada acerca de la DM2, no tenía ningún antecedente cercano que pudiera brindarle información, además se encontraba viviendo en otro país que no hablaba su idioma y no le brindaba medios para indagar. Pero ahora está al tanto y piensa que es “una enfermedad muy simple que con un medicamento se quitaba antes, pero ahora sé que si uno no se cuida la puede tener”, “sé que tiene cura si uno se cuida, cuida su cuerpo y su alimentación”<sup>110</sup>. Fabián esposo

---

<sup>107</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>108</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>109</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>110</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

#### **5.3.4. Las causas de la Diabetes**

Las posibles causas que Lula vincula con la DM2 tenían que ver con factores hereditarios, el estrés ocasionado por su trabajo, las mal pasadas, las desveladas y diversos problemas familiares.

“Traigo una historia genética donde yo ya traía una predisposición genética y la otra es que la alimentación en casa no era la más adecuada, aunado a eso, todo mi tiempo de estudiante uno se la pasa malpasándose o a veces estás comiendo lo que haya bueno y no culpó realmente a esa alimentación de mi infancia porque era más sana que ahora, yo creo que lo que la detonó fue el estrés del trabajo, porque de repente mi esposo se va a Estados Unidos me quedó con los niños y mis hijos se enferman hay mucha presión en el trabajo el irme a trabajar, regresar a hacer todo lo administrativo, comer a deshoras”<sup>111</sup>.

Las causas que se le pueden atribuir a una enfermedad pueden ser diversas, incluso se pueden llegar encontrar nuevas explicaciones. Fabián considera que la enfermedad de Lula fue causada por comer embutidos: hace énfasis en que las personas comentan otras causas, pero él no tiene una plena seguridad de que esto sea probable “pues la verdad es que yo no sé por qué da, pero muchos dicen que, por los embutidos, por entrarle duro al vicio, pero prácticamente así que yo sepa de donde no”<sup>112</sup>. Fabián esposo

#### **5.3.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo**

Se manifiesta la confusión acerca de cómo imaginar la DM2 en el cuerpo, la atención podría centrarse o no en el páncreas y desde este punto de referencia se otorga dirección a la enfermedad.

Pues a lo mejor mi atención se centraría en el páncreas y focalizar ahí la enfermedad.

---

<sup>111</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>112</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

### **5.3.6. La atención de la enfermedad**

A partir de conocer su diagnóstico, Lula ha logrado mantener “en control” a la enfermedad ha seguido estrictamente muchas de las recomendaciones hechas por su médico y otras las ha desechado por completo.

“El doctor me dijo que en las mañanas me comiera una fruta porque contiene azúcar natural. Y entonces lo primero que usted le echa a su organismo el páncreas lo absorbe hágase de cuenta que usted lo engaña porque el páncreas está entreteniéndolo todo el día con esa azúcar. Después usted se puede comer un pastel o lo que quiera y el páncreas ya ni lo pela porque ya está con lo de la mañana, y entonces ese es mi ritual ya es una necesidad en la mañana lo primero que hago al levantarme es tomarme un vaso con agua, mi fruta y mi verdura; puede hacer una calabaza o ejotes, puede ser zanahoria, pera, lo que sea”, “no tomo medicamentos, cuido mi alimentación hago ejercicio y me encomiendo a Dios”<sup>113</sup>.

A partir de que Fabián regresó, la dinámica familiar cambio Lula cambió la alimentación y los ritmos de vida de todos los integrantes, ahora no solo velaba por su salud sino también por la de su esposo y sus hijas. Ante cualquier apuro de salud que pudieran enfrentar siempre se encomendaban a Dios.

“Mi esposa lleva una buena alimentación, se cuida mucho, camina diario y ya no toma refresco o azúcar, se come una fruta en la mañana y el médico le dijo que llevara su vida normal. Medicamento no toma por que hace que el cuerpo se vuelva adicto a él, come a sus horas, ya no se mal pasa como antes, camina mucho y sobre todo hace lo que el médico le dijo”, “ahora ya no comemos embutidos y tomamos agua simple”<sup>114</sup>. Fabián esposo

### **5.3.7. Modificaciones en los hábitos**

Las modificaciones a los hábitos que realizó Lula como parte de su tratamiento se basaron en una estricta reconfiguración de sus hábitos alimenticios, adoptó el hábito de desayunar temprano algo ligero una fruta y agua tal como lo sugirió el médico, come

---

<sup>113</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>114</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

mucha fruta y verdura y procura evitar las carnes rojas, hace colaciones y toma agua sin azúcar, hábito que ha mantenido para todos los miembros de la familia. Además, no comparte las estrictas restricciones en la dieta de su madre con diabetes.

“Desayuno antes de salir de mi casa por lo general pan, leche con café un licuado, café solo no me lo tomo. El desayuno ya es así de rapidito ya cuando llegó a la escuela ya como mi lunch con las maestras y ya vengo a comer a la casa; por ejemplo de mis hijos desde bebés casi no les daba tortillas les daba pura verdura, casi tortilla no, cuando estaban aquí en la escuela en el comedor les daban tortilla cuando lavaba los uniformes encontraba los pedazos de tortilla dobladas en las bolsas de los uniformes ellos aprendieron a comer sin tortillas, pura verdura, cuando Fabián estuvo en Estados Unidos aprendió hacer muchas ensaladas, la carne de puerco no la comemos no sé por qué, pero mis hijos sí, pero yo no, mi hija la grande para nada come carne de puerco. Antes comíamos un poco de jamón y salchichas, pero ahora nuestra meta ya es irlo quitando, mi hija la grande tiene una buena educación acerca de la alimentación así es que ella la que les prepara a mis otros hijos el sándwich repleto de zanahoria o de verdura rallada aprendimos esto porque el doctor me dijo y yo he visto que a mi mamá cuando le detectaron diabetes bajo, ella era gordita como yo, bajó tanto que hasta el cabello se le cayó porque a ella le prohibieron todo no tortillas, no pan, no naranja, no plátano porque tiene azúcar entonces mi mamá se la pasa comiendo verduras sin sal entonces es feo es feo que hoy disfruta la comida para pasar a mañana comer cosas así y con eso ella se acabó. La dieta es una forma educada de comer, es una forma balanceada, no es que coma yo poquito, sino que coma lo necesario; el ejercicio no necesariamente tengo que ir a un gym yo camino como 24 minutos diarios por las mañanas al salir a mi trabajo y por las tardes pues no, porque hay que cuidarse del sol así que yo camino 24 minutos casi diario, y los fines de semana camino hasta la última curva camino no corro soy muy activa siempre ando del tingo al tango y es muy raro que me vea sentada”<sup>115</sup>.

Los hábitos cambiaron, y como lo mencionan Lula sus hijos y esposo también formaron parte de los cambios alimenticios. Fabián ha procurado adoptar el mismo plan de vida

---

<sup>115</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

que lleva Lula, tanto por solidaridad como por el cuidado de su propia salud. Redujo el consumo de azúcar y sal en sus alimentos, evita la comida grasosa o muy condimentada, pero sobre todo no come alimentos procesados como jamón, salchicha, mortadela o sus derivados, por considerar que es el primer factor para ser diagnosticado como diabético “antes comía la comida muy salada pero ya ahora se me ha quitado por como cocina mi esposa. A los hijos les gustan los tacos y de vez en cuando vamos, también las hamburguesas y la pizza”<sup>116</sup>. Fabián esposo

### **5.3.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes**

En el caso de Lula las complicaciones se perciben de manera aparente esto quiere decir que ella las conoce pero hasta el momento no las ha padecido, de hecho ella afirma que no siente ningún malestar y que aunque ya está diagnosticada hay momentos en que incluso olvida que tiene diabetes “hasta ahorita en 5 años creo que estoy bien, no me siento enferma, no siento nada; pero sé que se puede sufrir de ceguera, coma diabético, amputaciones y la muerte”<sup>117</sup>.

Para Fabián las complicaciones de la Diabetes son notorias en el cuerpo de las personas “sé que se les caen los dientes y se van adelgazando”<sup>118</sup>. Fabián esposo

### **5.3.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

Lula decidió atender la diabetes desde la modificación de sus hábitos y la supresión de cualquier medicamento alópata.

“No tomo medicamentos, si me tomaba la pastilla me bajaba y si no me la tomaba se me disparaba. Un día pasé por una compañera a su casa y su mamá salió y me preguntó que cómo me sentía porque su hija le había comentado que yo tenía diabetes; me pregunto qué medicamentos tomaba y le comenté cuáles aunque le dije que me sentía mal me dijo, “te voy a dar una recomendación no acostumbres a tu cuerpo a tomar medicamentos, toma unos palitos” de que no sé qué eran pero con eso al primer mes ya no tuve la necesidad de tomarme la pastilla después como que hicieron efecto las indicaciones del

---

<sup>116</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>117</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>118</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

doctor de comerme la fruta en ayunas cuidarme y hasta ahorita en 5 años creo que estoy bien”<sup>119</sup>.

Fabián considera que apoya a su esposa de cierta manera para mantener un nivel de azúcar estable.

“A veces ya nada más me tomo una cervecita, ella le dice a los hijos que les fascina el huevo con jamón que ya no lo coman y creo que entre los dos poco a poco les hemos inculcado que coman sano, creo que la diabetes se cura y que eso de lo crónico no existe, ella se ha mantenido muy bien cuidando su alimentación y orando” <sup>120</sup>. Fabián esposo

### **5.3.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

Para Lula el rol que juega su familia dentro del proceso de atención de su enfermedad es muy importante.

“Porque si yo estoy bien ellos también están bien y si ellos están bien yo también estoy bien, ellos son mi motor que me mueve tengo a mis papás, a mis sobrinos, a mis hijos me gusta sentirme querida por ellos y por mucha gente que no es de mi familia<sup>121</sup>.

El apoyo familiar es parte importante en la atención a la enfermedad, “procuramos comer juntos cada que se puede, cuando vienen los hijos paseamos y nos desatramos, yo sé cocinar ensaladas que les gustan mucho a todos”<sup>122</sup>. Fabián esposo

### **5.4. La Experiencia de Fabián: delegado comunitario**

¡Hay muchas quejas porque van al centro de salud y no hay medicamentos, ni doctores o estudios!

Fabián es un hombre fornido de 67 años, tiene el pelo cano y una personalidad bonachona. Es servicial y acomedido, es la segunda ocasión que es delegado comunitario del Cardonal, reconoce que su cargo le confiere el respeto y aprecio de algunos, pero también la envidia y enojo de otros. Sale a trabajar muy temprano maneja un camión de material del ayuntamiento, lleva muchos años realizando esta actividad. Le

---

<sup>119</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>120</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>121</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>122</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

gusta ser un buen representante y vecino, pero le gusta más ser buen amigo, padre y esposo. Su esposa Lula es con diabetes desde hace cinco años y la apoya en todo lo posible, sobre todo en el cambio de hábitos alimenticios. Es un hombre devoto cree fielmente en el amor a Dios y al prójimo, mantiene una estrecha relación con las autoridades religiosas y municipales. Busca apoyar a su comunidad y en se involucra de manera activa en propuestas para su desarrollo.

#### **5.4.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

La información que posee Fabián acerca de los síntomas escasa, “sé que les da mucha sed y ganas de ir al baño”<sup>123</sup>.

#### **5.4.2. Conociendo el Diagnóstico**

“Pues sé que hay que sacarle sangre y otros exámenes la verdad no lo sé muy bien”<sup>124</sup>. Fabián reconoce que tiene cierta información acerca del procedimiento para ser diagnosticado con DM2, pero no lo asegura con certeza.

#### **5.4.3. Aprendiendo de la DM2**

A partir de ser reelegido como delegado comunitario Fabián tiene acceso a temas de interés relacionados con la salud de la comunidad; gracias a su cargo conoce de primera mano las estadísticas y los puntos débiles de los recursos médicos, además conoce a todos los habitantes del Cardonal y eso es utilizado como una ventaja para llegar directamente a la población.

“Tengo contacto con el doctor que es el encargado del centro de salud donde me encomienda como autoridad de esta comunidad que inculque a los jóvenes niños más que nada con esta situación de la diabetes él me comentaba que en la actualidad todo niño qué es lo que come pura chatarra y es de ahí de dónde proviene esa enfermedad. Pues aproximadamente de 5 años para acá ya se elevó mucho la enfermedad de la diabetes, comentaban ellos que tienen una tabla de diagnósticos de la diabetes y la obesidad y me comenta el doctor que es muy preocupante esto a unos 5 o 10 años se va a elevar el caso

---

<sup>123</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>124</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

de diabetes en todos los niños no han percatado en sí cuál es la situación que se está dando aquí en esta región”<sup>125</sup>.

#### **5.4.4. Las causas de la Diabetes**

Entre las causas que reconoce para desarrollar DM2 en el Cardonal “aquí lo que se ha dicho es que últimamente los niños que es lo que compran las Sabritas, Cheetos, jamón, salchicha es lo que se cree y se dice que de ahí viene el problema con los niños.

#### **5.4.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo**

Desconocer información acerca de una enfermedad permite a la imaginación desplegarse, incluso se puede dar una idea concreta acerca de lo que es la DM2.

“Sentiría que todo mi cuerpo tendría tantísima agua, que según la sangre se va haciendo más aguanosa no me imagino el dolor o lo que sienta a la persona, pero en el caso de mi esposa a ella se la detectaron hace 5 años lo bueno que ella se atendió a tiempo, no come grasa, no tomar refresco casi no come dulces, lo que le recomendaron es que por las mañanas se comieron una fruta una manzana o una pera y eso va equilibrando el azúcar”<sup>126</sup>.

#### **5.4.6. La atención de la enfermedad**

Ante la atención a la enfermedad que tienen los pobladores, Fabián señala que pocos se cuidan, la mayoría teme usar insulina; incluso anteponen otras actividades a su salud “sé que mucha gente toma pastillas y algunos se inyectan. La gente no se cuida, no van a las jornadas, no les preocupa su salud. Les importa más ir a la fiesta, o de compras que ir al doctor”<sup>127</sup>.

---

<sup>125</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>126</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>127</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

#### **5.4.7. Modificaciones en los hábitos**

Transmitir la importancia del cuidado de la salud no ha sido tarea fácil, las personas tienen diferentes costumbres, en ocasiones difíciles de comprender.

“Pues más que nada cuando hay pláticas de que vienen los psicólogos o los doctores, hay 2 o 3 horas sobre pláticas sobre cómo cuidar la salud y cuando yo me entero pues difundo a la comunidad para que se preocupen en ir a escuchar esas pláticas cuando a lo mejor no en lo económico, pero si apoyarlos en que vayan desafortunadamente aquí en la comunidad luego hay personas que aunque estén los médicos como ayer que llego la jornada de salud, yo lo difundí le avise a los representantes y me dijeron es que tu gente no acudió, ya no puedo yo agárralos de la mano y llevarlos allá cuando les estoy avisando ya desafortunadamente a la gente no le interesa”<sup>128</sup>.

#### **5.4.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes**

Entre las complicaciones que Fabián conoce están “se les caen los dientes, se van adelgazando todo depende de cómo se cuiden”<sup>129</sup>.

#### **5.4.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

Fabián considera que la modificación en la alimentación ha sido un elemento fundamental para el desarrollo de la DM2, entre los miembros de su familia han llegado a platicar acerca de este tema.

“Mi hermana y yo relacionamos porque ella toda la vida ha tenido el negocio de vender carne de puerco, decíamos que el cerdo antes era más limpio que se alimentaba con las sobras que quedaban en la casa con maíz todo natural, y ahora si no es con el alimento que quien sabe cuánto químico lleve todo eso ha venido a causar enfermedades. Incluso aquí en el 68 llegaron unos alemanes no sabemos cuál era su intención porque aquí les gusto, tienen su casa aquí cerca tenían un taller mecánico donde empleaba a muchos trabajadores ellos siempre decían que aquí era de lo más maravilloso, ellos buscaron el agua para traer de un manantial y se la tomaban por qué no contenía nada de químicos o sea como que todo era más natural y más que nada ellos lo que les daban era flor de

---

<sup>128</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>129</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

sábila y hace poco en el ayuntamiento llegó un ingeniero agrónomo alemán y me tocó darle un recorrido agarraba tierra, la lamia ya de ahí se paraba y cortaba un pedazo de maguey lo observaba nos fuimos para acá para los manantiales y se tomaba el agua lo lleve una semana y ya cuando terminé dijo ustedes tienen mucha riqueza ojala la supieran trabajar y yo le pregunté como que y él dijo un árbol que se le pega una plaga como si fuera injerto esa plaga aprieta la rama del árbol y la seca, entonces se paró la cortó y la estuvo oliendo y dijo aquí tienen un muy buen medicamento le pregunté ¿para qué es? dijo aquí hay que hacer dos cosas combatir esta plaga y posteriormente procesar esta hierba es curativa para el cáncer a este señor lo habían traído por parte del gobierno del estado él vino a hacer un estudio en la región del municipio le pregunté y lo que ahorita viene a hacer qué. Él dijo me mandan a hacer un estudio a dar mi propuesta y si al gobierno le interesa a lo mejor en unos 5 o 10 años llegaría esa empresa que procesaría esa planta, pero a la vez es para sacar medicamento para el cáncer. También mi mamá conoce una hierbita que ella se la toma como te dé tiempo se llama árnica y eso también previene el cáncer. Ahorita en la comunidad hay varios casos que padecen ese tipo de enfermedad incluso el doctor me dice que se cuida la gente porque está creciendo mucho el nivel de gentes con diabetes, pero hasta ahorita no se ha alcanzado a saber cuál es la alimentación que les está afectando muchísimo”<sup>130</sup>.

#### **5.4.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

Al ser un hombre de familia, Fabián considera que esta red de apoyo es muy importante no solo en cuestión de la enfermedad, sino incluso en la formación de adultos responsables. “Sonsacan a los hijos, no los hacen responsables, los jóvenes se la pasan tomando y a duras penas llegan a terminar el bachillerato. Ahora hay tres casos de embarazos de chamacos sin terminar la escuela, los hijos hacen lo que quieren, no respetan a nadie”<sup>131</sup>.

---

<sup>130</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>131</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

## **5.5. La Experiencia de Joel: funcionario público**

¡Quiero pensar que la ciencia tiene una cura para la diabetes!

El primer contacto que se tuvo en el Cardonal fue con Joel, él es un hombre de 38 años de edad, casado, con dos pequeñas desde hace dos años se ha desempeñado como funcionario público en el ayuntamiento de la comunidad. Profesor normalista de carrera ingreso a la política por una petición directa, conoce de primera mano los problemas y las necesidades sociales de su población. Ama su trabajo, pero lo que más le gusta es enseñar a los jóvenes de nivel básico, reconocen ellos el futuro. Procura un trato amable y respetuoso con todos los pobladores del Cardonal. Desde joven tiene el hábito de salir a correr y de cuidar su alimentación, su madre tiene diabetes y sabe la importancia de atender la enfermedad para evitar complicaciones.

### **5.5.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

Los síntomas más comunes que Joel asocia con la DM2 en su opinión, “pueden ser variados mucha sed, orinan constantemente, adelgazan mucho, la comida les cae mal y no tienen ganas de nada”<sup>132</sup>.

### **5.5.2. Conociendo el Diagnóstico**

Joel tiene claro el proceso para diagnosticar la DM2 y lo comparte con seguridad, “se realiza a través de varios exámenes de laboratorio de sangre y de orina y es necesario hacerlo en varias ocasiones para confirmarlo”<sup>133</sup>.

---

<sup>132</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>133</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

### **5.5.3. Aprendiendo de la DM2**

Al ser un funcionario público de alto rango, Joel posee una amplia gama de información acerca de la DM2 que puede ser compartida y transmitida entre sus pobladores. Le preocupa mantenerse al día acerca de la enfermedad, el tratamiento y la atención necesaria.

“Sabemos que la ciencia dice que es por tener una mala alimentación, descuido, la descompensación entre la masa muscular y el peso, creo que esa es la parte más científica. En cuestión de salud tenemos muchas necesidades hemos tenido aquí la oportunidad de ayudar en lo que yo creo es la enfermedad más complicada y más recurrente la diabetes y el cáncer. Dicen los médicos que la diabetes todos la tenemos nada más que algunos se les desarrolla y a otros no a unos a temprana edad a otros más tarde pero todo depende también de cómo se va desarrollando que a la mejor cuidando la alimentación, las emociones todo eso si yo soy una persona moderada y cuidadosa en esos aspectos seguramente prolongaré o se estará prolongando esa manifestación a años posteriores si yo soy un excesivo o un compulsivo o descuidado en la forma de vivir seguramente se te manifestará de manera más rápida”<sup>134</sup>.

### **5.5.4. Las causas de la Diabetes**

De acuerdo con Joel las causas asociadas a la DM2 están relacionadas con el susto, la mala alimentación, así como la migración y el sedentarismo.

“Muchos dicen sobre todo la gente grande que le dio diabetes por ejemplo por un susto, también la alimentación. Es gente de arriba de 40 a 50 años, pero también hay jóvenes que son de mi edad que lamentablemente también los he visto ya tienen la diabetes que ya se les ha desarrollado. Aquí se complementan dos cosas una es lo del famoso susto, las malas impresiones que han tenido y qué ha repercutido en su salud y también los descuidos en la alimentación, entonces a lo mejor los excesos como jóvenes. Los excesos como el alcohol se les están manifestándose. les está cobrando la salud aunado a las malas impresiones y además todo ello ligado a la parte de la herencia genética. Aquí la gente que tiene diabetes está muy relacionada con la gente que ha emigrado porque

---

<sup>134</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

cambiaron sus estilos de vida, su alimentación, el sedentarismo por eso hoy tiene esas consecuencias”<sup>135</sup>.

### **5.5.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo**

La noción que de la DM2 que señala Joel, lo lleva a imaginar un recipiente o globo lleno de canicas o bolitas de unicel que poco a poco se van quedando atoradas unas entre otras.

“Con un globo llenándolo de canicas o en un recipiente de unicel y las mismas que entraron van a ir saliendo, pero depositándole agua, pero al ir depositándole agua y van a ir subiendo y así se van a ir saliendo cuando yo dejé de vaciar agua ya no van a salir y se van a quedar estancadas o reducir la cantidad de agua va a ser que salga el de manera más lenta, entonces yo estaría dibujando un recipiente con bolitas de unicel y con agua”<sup>136</sup>.

### **5.5.6. La atención de la enfermedad**

El uso de la medicina tradicional y la medicina alópata es habitual, las personas mayores son las que generalmente se asocian con la DM2 y con el mayor uso de la medicina tradicional.

“Obviamente a través del sector salud a través de la ciencia pero también aquí en el Cardonal tenemos a gente grande, nuestros abuelitos, nuestros ancianos de aquí del Cardonal que utilizan la medicina natural, hierbas, algunos condimentos que cuentan que te ayudan a reducir el azúcar, porque no creo que con eso se solucione o se quita la diabetes difícilmente te la vas a poder quitar porque es una enfermedad que no te la vas a poder quitar, la puedes controlar pero finalmente la parte de la herbolaria aquí en el municipio también ayuda a disminuir y controlar los niveles de la diabetes. La gente que tiene las condiciones o las oportunidades de vida estable normalmente acuden al tratamiento de la medicina profesional, pero la gente que a la mejor no tiene esa posibilidad pues realmente aprovecha la herbolaria, la medicina tradicional que se encuentra en el municipio. Las personas que padecen esta enfermedad tienen que seguir

---

<sup>135</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>136</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

un riguroso tratamiento médico ya sea con pastillas o insulina, además de cuidar su alimentación y realizar ejercicio”<sup>137</sup>.

### **5.5.7. Modificaciones en los hábitos**

En apariencia el cambio de hábitos se percibe fácil, aun cuando las personas tienen costumbres arraigadas, es necesario utilizar estrategias que tengan mayor impacto en la sensibilización y concientización en la modificación de los hábitos.

No es difícil pero falta ese hábito esa cultura muchas veces a mí me tocó como por ejemplo cuando yo empecé a hacer ejercicio me daba pena que me vieran corriendo ahí como loco creo que finalmente no era eso era una actividad que me iba a permitir gozar de una mejor salud mucha gente lo veía antes como una pérdida de tiempo pero ha venido una transición se veía antes como algo no redituable como que para que se hacía hoy la gente ha entendido gracias al área del sector salud al centro de salud a los programas de salud de las diferentes instancias se promueven comités de salud en las diferentes comunidades ahora vincular el ejercicio y la alimentación ya no es un capricho ya es una realidad ahora es una necesidad de esta manera ya está comprobado que ha mejor manera de hacer ejercicio y mejor alimentación tienes una mejor calidad de vida entonces creo que ya se han quitado esos estigmas esas formas de ver qué hacer deporte ya no representa una pérdida de tiempo ya se cambió la idea de que deja de ser redituable cuando tú haces ejercicio y cuidas tu alimentación se refleja en tu salud”<sup>138</sup>.

### **5.5.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes**

Generalmente las enfermedades crónicas como la DM2 se asocian a diversas complicaciones, en algunos casos como el de Joel pueden relacionarse con su manera de actuar.

“Yo creo que eso solamente les pasa a las personas que no se cuidan, porque si tú te cuidas, eres precavido, eres ordenado, eres disciplinado obviamente ese esfuerzo que tú haces se te va a manifestar en algo positivo; si tú eres desordenado, no eres disciplinado obviamente se te va a desatar de manera negativa yo creo que siempre que tú haces una

---

<sup>137</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>138</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

acción positiva tienes un resultado positivo obviamente, si tú tienes acciones negativas tus resultados van a ser negativos.

#### **5.5.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

“La gente de las comunidades caminan mucho, sale a pastorear sin necesidad de salir a correr o de hacer otra actividad física porque ellos ya con toda la actividad física que hacen consideran que es suficiente caminar, ir por la leña, esto de caminar de una comunidad a otra por la falta de transporte eso ha ayudado también. Otro tema que nos ha afectado es el tema de la urbanización, por ejemplo, anteriormente no existían demasiados vehículos ahora el transporte público ha tenido injerencia en el agente ya no camine anteriormente la gente caminaba más actualmente la gente ya no quiere caminar y utiliza el transporte público ahora quieren que la combi pase a la salida de su casa o como ahora la misma gente ya se ha desarrollado tenido la oportunidad de comprarse su carro”.

Yo no he investigado ni he leído, pero te puedo asegurar que antes del temblor del 85 no había casos de diabetes. Se dice que todos tenemos diabetes pero algunos no se nos desarrolla, no se les ha desarrollado porque por la alimentación que llevan anteriormente la alimentación de antes era de otro tipo no es como la de ahora que es lácteos con conservadores todo ese tipo de alimentación eso ha sido la diferencia pero por supuesto también en la parte de la cultura hay renuencia por ejemplo yo trato de evitar como mucha gente de aquí cuando salimos a otras comunidad tenemos la oportunidad de conocer y de consumir otros alimentos pero nosotros estamos acostumbrados a conocer la comida de la región por ejemplo los quelites los nopales además muy bien que eso nos ayuda quizás por eso. Comentado cuando tú te llevas un susto o una impresión muy grande según el mito y la creencia dice que se te va a desarrollar la diabetes si no comes pan o con tamales realmente no sabemos si de manera científica exista una relación con estas creencias porque finalmente estos son mitos. Decimos está enferma porque está en cama decimos ella está enferma sí pero está activa no está en cama está a cargo de un negocio hace sus cosas con normalidad yo por eso digo que no está enferma en lo particular muchos a la mejor dicen que sí está enferma porque está en cama con gripa pero no estoy en cama o sea si tengo gripa pero no estoy en cama no me impide hacer mis actividades a lo mejor

podríamos decir bueno no es una limitante ni nada pero a la mejor es un problema que tenemos que sabemos vivir con el que ya forma parte de nosotros”<sup>139</sup>.

#### **5.5.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

Tratar el cuidado de la salud con los miembros más jóvenes de la familia no es fácil, se busca el apoyo familiar, comunitario, escolar y estatal para realizar estrategias conjuntas.

“A veces es difícil prohibirles lo que consumen porque están en el desarrollo, requieren de cierta alimentación pero si es importante que ellos conozcan desde el hogar, desde la escuela sepan que el hecho de tener una alimentación compulsiva y no hacer actividades físicas al rato se puede desatar en otro tipo de situaciones de complicaciones; ellos saben que yo hago actividad física y a la mejor ellos a través de verme entenderán que es importante la actividad física y el cuidado de la alimentación equilibrarla más que nada todo es bueno únicamente es entender que debe de ser de manera moderada”, A través de pláticas a través de talleres es la entrega de materiales de trípticos también a través del DIF que nos ayuda por el tema de la alimentación, también el Sector Salud, el Instituto de la Mujer son áreas que nos ayudan a trabajar y a sensibilizar sobre todo nos ayudan a cambiar la forma de pensar de la gente o la importancia que debe de tener hacer actividad física y cuidar su alimentación Estamos buscando todas las alternativas desde todos los puntos y personalmente yo le digo el cuidado de la salud es muy importante y precisamente como un medio de prevención y estamos buscando qué puntos podemos fortalecer para lograr la prevención porque las medidas que se han estado tomando algo ha estado fallando algo no estamos considerando que se debería de trabajar en eso pero de todas las perspectivas “<sup>140</sup>.

---

<sup>139</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>140</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

## **5.6. La Experiencia del Dr. José**

¡Yo digo tres preguntas básicas que debe saber el paciente: ¿qué tengo?, ¿me voy a componer? y ¿cuánto me sale?, nada más!

El Dr. José es un hombre de 55 años amable, servicial, cálido, pero sobre todo accesible. Es médico de profesión, al igual que su esposa y próximamente también su hija mayor. La pareja vive en San Nicolás, Cardonal. Sus dos hijas viven en Pachuca por motivos de estudio, pero los visitan los fines de semana. La vocación llegó con la práctica, no sabía si quería ser abogado y por una apuesta con su primo se decidió por la medicina. La mayoría de los pacientes que acuden a buscarlo lo conocen como el “Dr. Hñähñu”, pues así le nombro a su pequeña clínica. Habla la lengua, la entiende, pero no la escribe; esto no es impedimento para comunicarse con sus pacientes. Constantemente busca la forma de conectarse con sus pacientes, de conocer sus gustos y aficiones para utilizarlos como una estrategia para el cuidado de su salud.

### **5.6.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

Como médico, parte de las funciones que desempeña es conocer los síntomas de las personas para llegar a un diagnóstico y así poder prescribir un tratamiento o realizar otras pruebas según sea el caso.

“Pues se les explica todos tenemos azúcar, pero hay un nivel tenemos un vaso de agua donde a tres cuartos es el nivel, si eso se rebasa se empieza a tirar y eso se tira hacia el cuerpo entonces el páncreas es como una hojita que está abajo del estómago que produce una sustancia que se llama insulina el nombre no nos interesa simplemente esa es la que le ayuda a que el azúcar que se está desperdiciando se utilice para el cuerpo. Nada más es lo que tiene que saber, ahora qué pasa con las cosas muy dulces que es mucha azúcar y usted ya tiene el vasito lleno de azúcar y le pone más azúcar se sigue desperdiciando se va para todo el cuerpo lo tira lo está orinando por ahí cuando la azúcar ya está en su nivel usted ya no orina mucho porque no lo tiene que tirar por ahí así de sencillo y la gente lo entiende algunos dicen no pues sí y otros dicen es que en internet leí y vi esto y el otro y que le entendió y digo si es así, nada más que no lo entendió muy bien el

azúcar todos tenemos, solo que el nivel es lo que cuenta tiene poquito o tiene mucho o está en su nivel”.

### **5.6.2. Conociendo el Diagnóstico**

Para tener certeza en el diagnóstico siempre es importante brindar sustento con estudios de laboratorio, además de la exploración.

“Ese paciente me lleva dos o tres horas, o mediodía porque no sé qué tiene, le digo sabe que señora vamos a necesitar una tomografía, una resonancia porque usted ya tiene aquí varios estudios y no dan en el clavo y yo pienso que usted puede tener esto, pero necesitamos un estudio más profundo, necesito que lo vea el neumólogo también porque no escuchó bien su pulmón necesitamos una placa del tórax.

Yo normalmente les doy la receta y si es un medicamento que no es usual o es de los caritos de \$700 a \$800 preguntó y habló a dos lugares entonces búsquelo dónde lo encuentre más barato pero que no le cambien de nada sirve que le den un genérico usted ya trae 4 recetas de similares y genéricos entonces vamos a meter uno de patente dicen que no hay diferencia, pero sí sí hay diferencia y en la primera o segunda toma te das cuenta”<sup>141</sup>.

### **5.6.3. Aprendiendo de la DM2**

El Dr. José utiliza la experiencia de la enfermedad de pacientes en tratamiento como estrategia para sensibilizar a los pacientes de reciente diagnóstico, que aún no logran mantener control de su enfermedad.

“Teniendo a otro paciente en malas condiciones, yo siempre con ejemplos si en este momento yo tengo un paciente con una amputación que ya perdió la vista o en silla de ruedas o ya tiene úlceras en las piernas y tengo dos allá afuera qué tienen dos o tres años o que van empezando le digo señor le voy a presentar a dos diabéticos que no se quieren tomar el medicamento le digo me permite mostrarlo para convencerlos de que se cuiden y no lleguen a este estado digo si usted me lo permite no lo estoy utilizando como conejillo de india simplemente como un ejemplo o para que usted les dé un consejo, porque yo como médico no me van a pelar pero usted

---

<sup>141</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

si como paciente... Sí. ¡Sí me gustaría! ...a ver pásenle...el señor, Panchito tiene 30 años de diabético perdió sus piernas por la azúcar alta esto y el otro al señor le gustaba su traguito y no se tomaba los medicamentos les hizo caso a los vecinos que con este te maravilloso perdió el tiempo hasta se fue con el agua de tlacote para que se curara y no se curó.... Entonces señor Panchito platíquele a los señores que son diabéticos también si ahorita apenas le dijeran que es diabético usted qué haría o qué pensaría acerca de los medicamentos y acerca de los remedios no dice de haber sabido no estaría ciego ni sin una pierna y sin la otra que ya se me está cayendo y usted cree que la insulina o el medicamento servirán de algo ...no pues sí doctor dice pero nunca quise usarlos porque todos me decían no qué me va a hacer daño que me voy a quedar ciego y mira cómo estoy... ¡Pues dígaselo a estos dos!.. Qué si hizo bien o que hizo mal en hacer caso a las medidas que el médico le decía o qué hizo bien de los famosos preparados que daban de Herbalife o de Unilife...¡no pues no doctor!, entonces para mí los ejemplos es cómo los convence”<sup>142</sup>.

#### **5.6.4. Las causas de la Diabetes**

Como médico, es indispensable que explique a la persona con diabetes lo posibles factores que influyeron en el desarrollo de la enfermedad. Además, la claridad para transmitir el mensaje es otro de los elementos a considerar en esta situación.

“Va a depender de que, si no es gordo, que, si no tiene familiares diabéticos que, si no se preocupa mucho, sí se asustó mucho, que sí ganó la lotería todo eso tiene que ver para que eso se dispare, que comamos cosas con mucho contenido calórico, que tenga carbohidratos yo sé que no me va a entender lo de carbohidratos. Ya es muy pocas las personas que piensan que es un castigo, lo toma como tu tuviste la culpa, piensa que después de un coraje por culpa de alguien por hacerlos enojar por eso les dio diabetes por ejemplo ¡mi hijo me faltó al respeto me hizo enojar y por eso me hice diabético!”<sup>143</sup>.

---

<sup>142</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>143</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

### **5.6.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo**

Para explicar a las personas con DM2 el proceso de la enfermedad en su cuerpo, el médico tiene una idea que refuerza su argumento y que puede describir al paciente; buscando con ello la mejor transmisión de la comunicación.

“Les digo imagine que hay mecanismos de estrés, aunque te ganes la lotería y te emocionas te da diabetes porque hay aumento de estas sustancias contra reguladoras que hacen que aparezca, pero no tiene que ser un enojo o un susto es nada más estar en un borde y solamente falta que alguien te empuje. Y exprima al páncreas y le saque toda la insulina”<sup>144</sup>.

### **5.6.6. La atención de la enfermedad**

La forma en la que se incide en las personas para atender su enfermedad, adquiere diferentes matices, que, para ser aplicados necesitan una entrevista a profundidad por parte del médico para conocer la personalidad, sus gustos y aficiones de la persona enferma, para así poder tener una mayor efectividad.

“Le dices, mire don siendo diabético le va a fallar, va a tener disfunción eréctil y le va a fallar a la dama y qué pena qué vergüenza; preguntan ¿a poco también eso pasa? contestó si, entonces veo que ya di en el clavo digo sale por aquí me voy, mire si se controla usted el azúcar no va a tener problemas con las chamacas usted va a seguir de garañón si se controla aquí ...si seguro, sí. Digo ya le encontré el talón de Aquiles o por el lado de la religión ya le preguntas si es evangélico porque al católico le vale gorro al evangélico si le importa porque tiene un poco más de temor más miedo que lo cachén...les digo no mire usted con los hermanos del templo lo van a apoyar y se van a dar cuenta de que usted toma y si se va a ver medio mal mejor tómese su medicamento va a estar bien entonces por ahí me sigo. Tienes que buscarles un talón de Aquiles para poder chantajearlo o manejarlo o anclarlo ahí. Otro caso, no es que me gustan los caballos y el jaripeo ahí está como diabético ya no ves bien ya falla ya te duele esto si te cuidas vas a poder ir a las charrerías a

---

<sup>144</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

montar ...no pues si verdad. Entonces tienes que andar buscando por dónde puedes atraer su atención”<sup>145</sup>.

### **5.6.7. Modificaciones en los hábitos**

Las recomendaciones que el médico sugiere en torno al tratamiento de la DM2, está vinculado estrechamente con el cambio de hábitos, específicamente con el acondicionamiento físico y una dieta balanceada. Pero también se consideran elementos como la edad, el sexo y los recursos.

“La dieta aparentemente simboliza morir de hambre, porque significa cero lo que sabe rico y mucho de lo que no sabe rico o sea es cero azúcares cero sales, cero carnes, cero panes cuando la dieta es básicamente pan, frijoles y tortillas. Qué me entienda que no coma mucho pan y muchos dulces es suficiente, que la verdura es básica para neutralizar esas cosas si ayuda. Al principio, todo varía la personalidad de la paciente, el tipo de trabajo que tenga, los hábitos alimenticios los hábitos de ejercicio, yo he tenido varios pacientes que han durado por lo menos diez años se hicieron hipoglucémicos llevan una dieta, son gente de campo entienden bien vuelven a regresar cuando tienen otro evento de hiperglucemia o tuvieron una parálisis facial ya es cuando ahora sí medicamento no hay de otra, pero mientras no. Pero en términos generales el paciente no lo quiere entender o sea lo entiende, pero se niega”<sup>146</sup>.

### **5.6.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes**

Entre las complicaciones asociadas a la DM2 con las que se encuentra más familiarizado están, “Retinopatía, Neuropatía y Dermopatía son las más frecuentes”<sup>147</sup>.

### **5.6.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

A través de sus más de veinte años de práctica médica el Dr. José ha escuchado un sin número de prácticas y creencias acerca de la DM2, las más constantes se

---

<sup>145</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>146</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>147</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

relaciona con los preparados de hierbas, semillas o complementos alimenticios como parte de la atención a la enfermedad.

“Hay muchos que manejan el preparado de hierbas, pero yo lo que he visto más es el wereke<sup>148</sup> es un camote tipo flor de maravilla se da mucho en el norte en San Luis, Coahuila y Durango y es amarga, yo la he probado y efectivamente baja la glucosa se mantienen glucemias normales, Pero induce a la insuficiencia renal y es lo que pasa un diabético con insuficiencia renal. La poca insulina que hay la utiliza, pero bien no la desperdicia porque cae en insuficiencia renal y cae en el auto a control, es lo que hace el wereke inducirlos a la insuficiencia renal crónica, pero compensada y el paciente feliz se va se checa y dice...” ahí está, mira puedo comer de todo” ... Y pues tengo 3 pacientes muertos por insuficiencia renal”<sup>149</sup>.

#### **5.6.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

Dentro de la experiencia del Dr. José el papel de la familia dentro de la atención de la enfermedad de las personas con DM2, pudo determinar que las decisiones son generalmente tomadas por el mismo enfermo.

“Las decisiones las toma el paciente, no la familia, el paciente los manda a volar les dice ¡a poco les pido para mí pulque o para mí vino, ¡cuánto sale de su bolsa!, ¡entonces porque me lo prohíben! ... Así de fácil. Oiga, pero miré le hace daño qué, pues si me carga pues de una vez que me cargué”<sup>150</sup>.

#### **5.7. La experiencia del Dr. Pedro**

¡Antes de cualquier enfermedad debemos de ponernos en el lugar del paciente, así podemos entender su problemática y entender un poquito acerca de su patología!

El Dr. Pedro es un hombre de 35 años de edad, oriundo del Cardonal estudió medicina en Pachuca y por azares del destino regresó a su comunidad como director del Centro de Salud. Su incursión en el campo médico se suscitó de manera dolorosa, su madre falleció a causa de complicaciones derivadas por la DM2 y

---

<sup>148</sup> Raíz o "camote" se le da un uso muy acertado como hipoglucemiante para el tratamiento de la diabetes, y es sumamente efectivo.

<sup>149</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>150</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

recuerda con tristeza como los médicos tenían un trato insensible e indiferente hacia ella; esta situación lo motivo para dejar de lado su primera vocación, la docencia para inscribirse en la escuela de medicina. La empatía es muy importante en su trato diario con los pacientes, conoce su importancia y el impacto positivo hacia las personas. Hijo de padres indígenas su padre falleció cuando tenía 11 años él era maestro de primaria bilingüe. La familia sufrió hambre y frío y su mamá era ama de casa, los 5 hijos tuvieron que trabajar desde pequeños vendían tunas, tamales lo que fuera para poder sobrevivir. Está casado y es padre de dos pequeños, miembro activo de la comunidad y es un hombre comprometido con su familia, su trabajo, su comunidad y con Dios.

### **5.7.1. Los primeros síntomas de la diabetes**

La importancia de la empatía entre el Dr. Pedro y sus pacientes comienza desde que estos entran en su consultorio, comenta que tiene especial habilidad por intentar diagnosticar a las personas desde que ingresan por la puerta.

“Decía nuestro maestro ¡ustedes tienen que salir ya con la habilidad de diagnosticar a tu paciente desde que entra por la puerta!... tenemos ya la experiencia hay muchas situaciones a veces nos dicen es que tú eres brujo eso no, si no el simple hecho de que veas a diario pacientes te va abriendo muchos panoramas te vas haciendo muy clínico muy hábil obviamente mucha lógica, mucha destreza para poder diagnosticar.... como tal el paciente ya inclusive a veces dice es que ya a lo mejor tengo diabetes porque ya saben, no saben toda la cuestión de la sintomatología, pero ya saben la cuestión de cómo se puede ir dando”<sup>151</sup>.

### **5.7.2. Conociendo el Diagnóstico**

Las personas que acuden al Centro de Salud generalmente son captadas a través de una estrategia denominada “pesquisa”, consiste en aplicar anualmente un formato de factores de riesgo de enfermedades crónicas a los habitantes de la

---

<sup>151</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

comunidad. Posteriormente se le cita en el centro de salud para concluir los estudios de laboratorio y ya con la confirmación se da el diagnóstico.

“Se hacen por algo que se llama pesquisa nosotros tenemos un cuestionario de factores de riesgo para enfermedades crónicas y es el que utiliza la secretaría de salud a nivel nacional, ese es el cuestionario de factores de riesgo, nosotros lo aplicamos normalmente cada año a las personas precisamente con factores de riesgo; pero cuando tenemos el material los insumos sobre todo lancetas y tiras reactivas barremos con toda la población de entre 18 y 20 años y hasta 50 años que prácticamente son los que entrarían dentro de esos factores, establecemos una guía y vamos rellenando conforme al tipo de respuesta que nos vayan dando si sospechamos que alguno de ellos puede presentar la enfermedad o resulta con cifras mayores a las permitidas pues entonces ya lo derivamos con nosotros y se le dice que debe hacer iniciar tratamiento solicitud de exámenes o darle seguimiento no es como llegar y decirles ya saliste así toma tienes diabetes... Es bien complicado bien complicado todas las enfermedades son malas esta ya esa enfermedad es muy reconocida, pero al momento de que tú les dices que desafortunadamente para ellos ya comienzan con el cuadro de diabetes es bien difícil bien difícil decirlo a un paciente porque no miden o no se imaginan, lo que conlleva más bien el hecho de que ya sea diabético implica un cambio total en tu estilo de vida, en tus hábitos como tal; pero si tú les explicas o sea sí es difícil pero si tú le sabes explicar que esa enfermedad se puede controlar obvio nunca mentirle de qué se va a curar es mentira pero que si puede controlar y puede llevar su vida normal yo creo que el paciente se va más tranquilo a que tú le digas tienes diabetes y hazle como puedas o tienes diabetes y te vas a morir, pues sí todos nos vamos a morir algún día”<sup>152</sup>.

### **5.7.3. Aprendiendo de la DM2**

A través de sus más de 10 años de carrera el Dr. Pedro ha comprendido que para entender lo que siente la persona con DM2 y conocer realmente su malestar debe adecuarse a su contexto, no forzarlo a nada, al contrario, él busca la manera de ganarse la confianza de sus pacientes.

---

<sup>152</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

“En realidad nos enfrascamos mucho en el sentir y el pensar del paciente, cuando me llega un paciente que sólo habla hñähñu pues entonces háblame en hñähñu, porque solamente así él se va a sentir con esa libertad de poder expresarse ,si yo lo hago hablar español y nada más cruza dos o tres palabras, nada más no voy a poder dar con el diagnóstico me va a señalar, me va a hacer gestos pero realmente su verdadero sentir, su verdadero dolor no me lo va a poder explicar sino habla español es entonces la importancia de tratar de comunicarnos en hñähñu con él... el hecho de que se sientan con esa confianza de platicarte en hñähñu les abre las puertas para muchas otras cosas, cuando sienten esa libertad, esa confianza te dicen ya más cosas y obviamente que tú puedes evitar complicaciones”<sup>153</sup>.

#### **5.7.4. Las causas de la Diabetes**

Entre las causas que Pedro ha escuchado como factores para desarrollar DM2 se encuentran los corajes, el susto, aunque la mayoría de las personas reconoce que solo es una enfermedad crónica, ya que se explica y orienta.

“No niego hay algunos todavía que dicen es que me va a dar porque tuve un coraje, tuve un susto, tuve esto, todavía hay personas que piensan así sin embargo la mayoría de las personas aquí en la comunidad saben que la diabetes es una enfermedad y no precisamente algo que se les vaya a quitar de la noche a la mañana... me han tocado dos personas inclusive como que algo les dieron de tomar y que a partir de ahí se empezaron a enfermar y no, se les explica, se les orienta y se les dice que definitivamente esta enfermedad cómo es la diabetes es secundaria a los malos hábitos alimenticios, a la falta de ejercicio, al alto consumo de carbohidratos y es una enfermedad que el cuerpo desafortunadamente en la genética ya la traemos que en algún momento si no nos cuidamos o si nos descuidamos mejor dicho los factores que acabo de mencionar se va a desatar enfermedad”<sup>154</sup>.

---

<sup>153</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>154</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

### **5.7.5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo**

El papel que juegan las células es crucial en esta idea, hay una invasión de células malignas contra las benignas, la enfermedad avanza y consume el órgano sano.

“Ruedas rojas que echando a perder las células blancas que están en el cuerpo, la sangre está infectada con el azúcar y esas a su vez se comen a todas las otras células”

### **5.7.6. La atención de la enfermedad**

Conforme a su experiencia el Pedro reconoce que la gente ha dejado de atenderse en el centro de salud por el encarecimiento tanto de los medicamentos como de reactivos y de los diferentes insumos necesarios para tratar su enfermedad.

“El problema, porque si es un problema, por el que ya no quieren venir es el medicamento; sin embargo ahorita el hecho de que se les atiende, se les escuche, se les cheque su glucosa por lo menos lo están haciendo, no dejan de venir por eso a lo mejor no se les da el medicamento, pero la atención, el chequeo, el monitoreo continuo, el hecho de que tú los escuches, el hecho de que tú lo revises por lo menos en cuestión a su enfermedad pues yo creo que eso es lo que los hace venir todavía es lo que los hace tener la confianza de venir , con nosotros”<sup>155</sup>.

### **5.7.7. Modificaciones en los hábitos**

El tratamiento médico de la DM2 incluye la modificación de hábitos alimenticios y el ejercicio, Pedro asevera que la dieta no siempre es bien recibida como parte del tratamiento, el ejercicio no representa mayor problema ya que las personas están acostumbradas a realizar largas caminatas para trasladarse de una comunidad a otra y finalmente un hábito que no ha podido ser modificado y que influye gravemente en la evolución de la DM2, es el alcoholismo.

“La gente piensa en dejar de comer pero es algo que trabaja mucho el nutriólogo, la activadora física que tenemos lamentablemente es uno para todas las comunidades...si es un poco laborioso que llames a la gente a participar que acudan

---

<sup>155</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

porque si los llamas pero aunque los llames eso no significa que acudan y eso es un poco complicado afortunadamente aquí si hubo un poco de respuesta y se obtuvo la acreditación del grupo de pacientes crónicos...Creo que lo que tratamos de decirles es que sigan consumiendo sus alimentos que normalmente venían consumiendo con anterioridad, que entre menos alimentos con conservadores consuman mejor, que entre menos alimentos enlatados y embutidos consuman mejor, sobre todo hay varios proyectos comunitarios por parte de algunas organizaciones, y la presidencia yo creo que van funcionando, van lento pero van funcionando, cómo son los huertos familiares, la cría de animales, por ejemplo hay dos granjas de conejos aquí cerquita y eso prácticamente va ayudar a que dejemos de consumir carnes con altos índices de grasa...El Valle del Mezquital es una región con alto consumo de bebidas alcohólicas nos pega mucho, nos pega bastante y sí tengo pacientitos que igual son diabéticos, pero igual les gusta el alcohol. Tratamos de hablar con ellos, tratamos de hacerles entender que eso no es bueno para su salud”<sup>156</sup>.

#### **5.7.8. Complicaciones asociadas a la Diabetes**

Pedro menciona que las complicaciones más comunes en las personas con DM2 que acuden al centro de salud son la Retinopatía con Diabetes y la Insuficiencia Renal.

“Las complicaciones más frecuentes y que no llegan a medir es obviamente la retinopatía con diabetes y les va a causar ceguera, la insuficiencia renal y prácticamente los va a llevar a un problema de diálisis inclusive la muerte o el coma diabético, una cetoacidosis con diabetes y nunca supieron qué ha pasado porque nunca se trataron, nunca quisieron medicamento y así murieron muy pronto”<sup>157</sup>.

#### **5.7.9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar**

La comunidad aún mantiene mitos acerca del uso de la insulina y se rehúsa determinantemente a utilizarla, la asocian con ceguera, amputación y muerte. Se busca orientar a las personas acerca de los beneficios de utilizar este fármaco.

---

<sup>156</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>157</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

“Sí hemos batallado, bastante, bastante con esa palabra porque el decir insulina aquí la gente es me voy a quedar ciego me van a cortar el pie, estoy muy mal, por eso ya me van a poner insulina y son mitos, son mitologías, son creencias, son malas experiencias que unos pacientes que han tenido y les ha tocado la mala fortuna de que coincidió el hecho de que inicie insulina y al mes la retinopatía con diabetes te dejó ciego y de ahí se van haciendo mitos, mitos, mitos pero no, realmente si nos ponemos a hablar de insulinas es mejor; nosotros generamos insulina entonces hay que hacerles entender poco a poco a los pacientes que el hecho de que tú inicies con insulina es porque te va a ir mejor, cada paciente es un mundo, cada paciente es un reto, cada paciente es un diagnóstico y tratamiento que tienes que ir abordando con base en todas las necesidades que tiene”<sup>158</sup>.

#### **5.7.10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad**

La familia es muy importante al momento de la consulta, no solo como acompañante del paciente, sino como traductor e intérprete entre el paciente y el médico. La mayoría de los pacientes llegan acompañados de algún familiar y son integrados a la consulta, son actores activos para expresar los síntomas y dar el diagnóstico médico.

“La mayoría de las familias ya trae a alguien que traduce del hñähñu al español, son muy pocas las familias que dicen no hay nadie que hable español si la gran mayoría ya habla español serán una o dos familias las que sólo hablan hñähñu”<sup>159</sup>.

---

<sup>158</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>159</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

## CAPÍTULO 6

### Análisis de los Resultados, Discusión y Conclusiones

#### Introducción

En este último capítulo se recapitulan las diversas experiencias sobre la diabetes de las personas con DM2, sus familiares y otros actores sociales involucrados, para analizar las narrativas recabadas mediante el enfoque teórico propuesto por Kleinman, las categorías centrales que ofrecen sustento al análisis son:

1. Los primeros síntomas de la diabetes
2. Conociendo el Diagnóstico
3. Aprendiendo de la DM2
4. Las causas de la Diabetes
5. Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo
6. La atención de la enfermedad
7. Modificaciones en los hábitos
8. Complicaciones asociadas a la Diabetes
9. Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar
10. El papel de la familia en la atención de la enfermedad

En este análisis se trata de comparar la experiencia de las personas con DM2, los familiares de las personas con DM2 y otros actores sociales involucrados, es decir, recuperar “su voz” a través de las categorías mencionadas previamente. Esto nos muestra la complejidad de la perspectiva *emic*<sup>160</sup> de las personas ya que se expresan los sentidos y significados que cada uno posee sobre la DM2.

---

<sup>160</sup> La descripción emic, o también denominada émica, es una descripción en términos significativos (conscientes o inconscientes) para el agente que las realiza. Así, por ejemplo, una descripción emic de cierta costumbre de los habitantes de un lugar estaría basada en cómo explican los miembros de esa sociedad el significado y los motivos de esa costumbre.

## 6.1 Análisis de resultados por actores y categorías propuestas

### 6.1.1. Las personas con diabetes mellitus tipo 2

1. Categoría	Julieta	Javier	Lula
Los primeros síntomas de la diabetes	No sentir nada Sed Ir mucho al baño Adelgazar mucho.	No sentir nada, Mucha sed	Dolor de cabeza Mal estado general Visión borrosa.

Los síntomas iniciales que mencionan que las personas que se pueden reconocer como parte de la DM2; en estos casos no fueron identificados como tales. Tuvo que intervenir una tercera persona para dirigir la conducta de la persona con DM2 hacia una visita al médico.

2. Categoría	Diagnóstico médico	Control médico cada	Varias pruebas unas en ayunas y
Conociendo el Diagnóstico	Exámenes de sangre y de orina	dos años	otras a mediodía.

En los tres casos las personas fueron diagnosticadas por medio de análisis clínicos solicitados previamente por el médico, para confirmar el diagnóstico de DM2. Siendo evidente que en esta categoría se cumple el procedimiento medico estándar para la detección de la DM2.

3. Categoría	Enfermedad que mata	Deficiencia en el	Algo relacionado con el
Aprendiendo de la DM2	Enfermedad que afecta la vista, que afecta a los riñones, qué afecta los órganos, los dientes, todo.	páncreas que ya no segrega una hormona que no sé cómo se llama que le permite nivelar el azúcar en la sangre.	páncreas que no está procesando toda la azúcar que necesita el cuerpo, no hay forma en la que se pueda quitar.

Julieta reconoce que la DM2 es una causa que va deteriorando su cuerpo y que finalmente produce la muerte. En los casos de Javier y Lula la DM2 es la consecuencia de un mal funcionamiento del páncreas, no se verbalizan los amplios efectos de la enfermedad en su cuerpo, por lo tanto, perciben a la DM2 solo como un mal funcionamiento del páncreas.

<b>4. Categoría</b> Las causas de la Diabetes	El susto	Por la rutina en el camión, la mala alimentación, la deficiencia de los alimentos, lo que tomamos, lo que no tomas.	Historia genética; la alimentación en casa no era la más adecuada; uno se la pasa malpasándose.
--	----------	---	---

En esta categoría las respuestas son variadas, encontrando que Julieta considera que “el susto” es la causa de su enfermedad, mostrando una asociación cultural expresada en otros contextos sobre la relación entre el susto y la DM2. Javier en su discurso pone énfasis en la mala y deficiente alimentación y en la rutina laboral, sin entrar en detalles. Finalmente, Lula relaciona las causas de la enfermedad con la historia genética de su familia, los malos hábitos alimenticios y la falta de regularidad en los horarios de ingesta. La similitud encontrada es en la mala alimentación.

<b>5. Categoría</b> Imaginando la Diabetes Mellitus en mi cuerpo	Es como una plaga que se come una planta.	Creo que como venas en todo mi cuerpo pintadas de color amarillo gruesas y que van pasando por mi hígado, riñón y por ser grueso no trabaja igual.	.Atención en el páncreas y de ahí se focaliza la enfermedad.
---	---	--	--

En la explicación de Julieta es consistente con su definición de la DM2, ya que expresa que la plaga se come al organismo y finalmente lo mata. Javier percibe a la DM2 como algo amarillo que impide el funcionamiento adecuado del hígado y riñón sin mencionar el páncreas. Por su parte Lula menciona el páncreas como aspecto central de la enfermedad.

<b>6. Categoría</b> La atención de la enfermedad	Insulina <i>Brebajes.</i> Homeopatía	Glibenclamida Medicina alternativa, plantas, semillas qué comes y nos va bajando el azúcar, unas semillas que les dicen moringa.	En la mañana lo primero que hago al levantarme es tomarme un vaso con agua, mi fruta y mi verdura.
---	--	---	--

En los tres casos, la atención de la enfermedad es diferente y se encuentra relacionada con el sistema cultural, de recursos económicos, y sociales disponibles para cada uno de ellos. La similitud encontrada muestra que las tres personas no

mantienen un tratamiento médico completo, los tres expresan en su narración que realizan prácticas a conveniencia personal.

Julietta toma insulina para sentirse bien, pero es insuficiente y busca tratamientos alternativos complementarios y no realiza dieta o actividad física. Javier manifiesta su afición por las bebidas alcohólicas y tampoco realiza dieta o actividad física, en caso de presentar algún síntoma recurre de manera esporádica al uso de fármacos (Glibenclamida). Lula realiza dieta y actividad física de manera constante, pero no hace uso de ningún fármaco.

<p><b>7. Categoría</b> Modificaciones en los hábitos</p>	<p>Comer sano; evita comer carne, le agradan las tortillas; realiza largas caminatas para ejercitarse.</p>	<p>Sus hábitos no fueron modificados, solo que ahora toma pastillas.</p>	<p>Adoptó el hábito de desayunar temprano algo ligero, come mucha fruta y verdura y procura evitar las carnes rojas, hace colaciones y toma agua sin azúcar, hábito que ha mantenido para todos los miembros de la familia.</p>
--	--	--	---

En esta apartado, Julieta reconoce lo que debe de hacer, pero no lo lleva a la práctica de manera constante. Javier continua con sus mismos hábitos alimenticios, solo hace uso de los fármacos cuando se siente mal. En el caso de Lula el cambio en los hábitos alimenticios fue ajustado a las necesidades de la enfermedad, con el acompañamiento de toda su familia.

<p><b>8. Categoría</b> Complicaciones asociadas a la Diabetes</p>	<p>Llega a dañar ojos, riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos.</p>	<p>Pérdida de vista, caída del pito, pie diabético, heridas que no sanan pronto y un sinfín de efectos secundarios.</p>	<p>Se puede sufrir de ceguera, coma diabético, amputaciones y la muerte.</p>
---	--	---	--

Las personas con DM2 pueden llegar a confundir las complicaciones (dificultades añadidas), con las consecuencias de los procesos directos de la DM2, por ejemplo, la pérdida de la vista que es mencionada en los tres casos.

<b>9. Categoría</b> Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar	Creo en Dios, en mantener una buena alimentación y en la fe que uno les pone a las cosas.	Trata de cuidar su alimentación lo más posible, caminar, trata de no estresarse tanto. Creo en Dios, en mi trabajo y en mi familia.	No tomo medicamentos, hicieron efecto las indicaciones del doctor de comerme la fruta en ayunas cuidarme y hasta ahorita en cinco años creo que estoy bien.
---	---	---	---

Las prácticas y creencias de las personas con DM2 se asocian con algunas recomendaciones del médico como realizar ejercicio y mantener una dieta adecuada. La fe es mencionada por Julieta y Javier como parte de proceso de control de la DM2, mientras que Lula hace hincapié en la eficacia de la dieta y el ejercicio como mecanismos de control de la DM2, sin la necesidad de utilizar fármacos de acuerdo con su experiencia.

<b>10. Categoría</b> El papel de la familia en la atención de la enfermedad	Entre todos me cuidan un ratito cada uno.	Vivimos de diferente manera ellos van a la escuela, cuando estamos juntos comemos de todo.	Si yo estoy bien ellos también, si ellos están bien yo también estoy bien.
--	---	--	--

Esta categoría muestra como los tres casos el papel de la familia es diferente, Julieta recibe atención por parte de cada uno de sus familiares, rotando el rol de cuidador. Javier vive de manera individual su enfermedad, no involucra a su familia en el proceso de atención. Por su parte Lula refiere la importancia del bienestar familiar para lograr su bienestar individual.

### 6.1.2. Los familiares de las personas con diabetes mellitus tipo 2

	Juan nieto de Julieta	Sonia cónyuge de Javier	Fabián cónyuge de Lula
<b>1. Categoría</b> Los primeros síntomas de la diabetes	“Tener mucha sed, sentirse cansada y no tener ganas de nada, casi no comía... adelgazó mucho.” <sup>161</sup> .	De repente lo vimos a adelgazar... no comía bien, en la noche le daba mucha sed y... en la noche iba a orinar mucho ...” <sup>162</sup> .	No tuvo conocimiento de algún síntoma o malestar previo.

Juan relata que los síntomas de su abuela eran tener mucha sed, sentirse cansada y no tener ganas de nada, y dos signos clínicos, como no comer, y adelgazar mucho, que se mencionan también en el caso de Sonia, pero, no lo considera extraño. Fabián, desconoce los primeros síntomas manifestados por Lula, ya que no se encontraba en el país y la información se compartió hasta que él se encontraba en su casa.

Los familiares indican no comer y adelgazar como dos signos de la DM2, la falta de comentario de Fabián se la podemos atribuir a no estar en su comunidad durante ese tiempo inicial.

<b>2. Categoría</b> Conociendo el Diagnóstico	Nadie cuestionó la información, nadie mostró algún sentimiento u opinión acerca de la enfermedad... todo parecía igual. <sup>163</sup> .	Casi no convivimos mucho por la cuestión del trabajo, para mí es como imposible detectar los síntomas de la diabetes” <sup>164</sup> .	Lula “se sintió mal y fue a urgencias, ahí le tomaron al azúcar y tenía más de 500 después la volvieron a citar para hacerle estudios y ya después la diagnosticaron” <sup>165</sup> .
--	--	--	--

<sup>161</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>162</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>163</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>164</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>165</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

Los familiares relatan su desconocimiento acerca de la enfermedad, expresan un aislamiento y desconexión emocional entre ellos y entre las personas con DM2, no se percibe empatía, se muestra la DM2 como una enfermedad que padece solo el individuo, no la familia, ni la comunidad, se presenta como un problema personal, más que una problemática familiar.

La DM2 se considera un problema de salud privado, individual, no se observa el conocimiento de que es un problema de salud pública o social.

<p><b>3. Categoría</b> Aprendiendo de la DM2</p>	<p>La Diabetes es conocida por la familia, "Consideró que la diabetes es una enfermedad hereditaria, la conozco por mi tío que es médico, en la escuela hemos tenido pláticas y por el internet"<sup>166</sup>.</p>	<p>Actualmente procura recabar la mayor información posible y busca diferentes fuentes para tener un mayor conocimiento acerca de la enfermedad "yo lo leí, a veces me meto internet veo ahí leo y ahí me doy cuenta"<sup>167</sup>.</p>	<p>Fabián... piensa que es "una enfermedad muy simple que con un medicamento se quitaba antes, pero ahora sé que si uno no se cuida la puede tener", "sé que tiene cura si uno se cuida, cuida su cuerpo y su alimentación"<sup>168</sup>.</p>
--	---	--	--

En términos generales se reconoce a la DM2 como una enfermedad hereditaria. Sonia enuncia que lee y se da cuenta, pero, no menciona nada concreto. Fabián descubrió la importancia de cuidar el cuerpo y la alimentación a través de la enfermedad de Lula, pero, su discurso se centra en su cuidado personal.

Existe poco conocimiento de los que es la DM2 en la población estudiada pese a que hay campañas de difusión de factores de riesgo para la detección de la DM2, las narraciones indican un nulo acercamiento inicial previo a la enfermedad.

<sup>166</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>167</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>168</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<p><b>4. Categoría</b> Las causas de la Diabetes</p>	<p>... Juan asocia los malos hábitos alimenticios, “creo que no cuidarse, tomar mucha azúcar, no comer a sus horas”<sup>169</sup>.</p>	<p>“Dice que la diabetes viene de muchas cosas de tensiones, de preocupaciones, de estrés y pues en carretera él tiene mucha tensión...”<sup>170</sup>.</p>	<p>Fabián considera que la enfermedad de Lula fue causada por comer embutidos”<sup>171</sup>.</p>
--	--	---	---

Juan indica que los malos hábitos alimenticios, tomar mucha azúcar, no comer a sus horas; Fabián menciona comer embutidos como otra de las causas. Sonia menciona que la diabetes viene de muchas cosas, de tensiones, de preocupaciones, de estrés. Sonia omite la dieta como factor de riesgo de la DM2. Siendo que la alimentación es un indicador reconocido como factor de riesgo como causa de DM2.

<p><b>5. Categoría</b> Imaginando a la Diabetes Mellitus en el cuerpo</p>	<p>“... Pienso que tal vez sea como granitos de azúcar dentro de la sangre, como montoncitos que se quedan ahí”<sup>172</sup>.</p>	<p>Sonia “la imagino como algo pegajoso en la sangre, que la hace espesa y pesada para el cuerpo, por eso siempre están cansados”</p>	<p>“Sentiría que todo mi cuerpo tendría tantísima agua, que según la sangre se va haciendo más aguanosa no me imagino el dolor o lo que sienta a la persona...”<sup>173</sup>.</p>
---	--	---	--

La imagen de Juan es de la azúcar acumulándose en el interior del cuerpo. La imagen de Sonia es azúcar en la sangre ya que la imagina pegajosa, como sucede con los productos que tienen azúcar, por ejemplo, el refresco. Fabián imagina un exceso de agua en la sangre.

Juan y Sonia la imaginan como una azúcar atrapada en el interior del cuerpo del paciente. Su imagen no recrea nada semejante al mal funcionamiento del páncreas.

<sup>169</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>170</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>171</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>172</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>173</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

Fabián se aleja de la idea del azúcar, pero la refiere a la cantidad de agua dentro del cuerpo y a la posible presencia del dolor en la persona enferma.

<p><b>6. Categoría</b> La atención de la enfermedad</p>	<p>“... En vez de que te compongas te estoy viendo cada vez más mal, ya no puedes ni caminar, ya no puedes ni levantar los pasos, a dónde está tu medicina que te está curando”<sup>174</sup>. “Mi abuela ahora está tomando Insulina, Furosemida, Sulfato Ferroso y otras que no me sé”<sup>175</sup>.</p>	<p>“No recuerdo cómo se llaman las pastillas que él toma, pero si, su organismo ya se acostumbró a tomar las pastillas éstas. Sé que hay que comer fruta que tienen que hacer ejercicio”, “... antes yo hablaba mucho con él, le decía cuídate no comas esto, no tomes y cosas así”<sup>176</sup>.</p>	<p>“Mi esposa lleva una buena alimentación, se cuida mucho, camina diario y ya no toma refresco o azúcar, se come una fruta en la mañana y el médico le dijo que llevara su vida normal. Medicamento no toma por que hace que el cuerpo se vuelva adicto a él.”<sup>177</sup>.</p>
---	---	--	--

Juan reconoce que su abuela está tomando su tratamiento médico, pero también la ineficacia de otras medidas que ella realizó. Sonia sabe las medidas de atención que debía tener su esposo, aunque ha disminuido su comunicación con él sobre el tema. En el caso de Lula, su esposo Fabián sabe que realiza un tratamiento no farmacológico; Cualquiera que sea la forma en que se practique la atención a la enfermedad, sea de carácter médico, personal o alternativo, el ejercicio del mismo está determinado por la persona con DM2, en los tres casos se indica que las personas con DM2 son quienes deciden el curso de las acciones que realizan para el cuidado y control de su salud. más allá de las opiniones familiares, médicas y sociales.

<sup>174</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>175</sup> Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>176</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>177</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<b>7. Categoría</b> Modificaciones en los hábitos	Su esposo Juan... todos los miembros de la familia comen lo mismo.	En la familia no cambiaron, al menos no hubo cambios significativos en sus rutinas..." <sup>178</sup> .	Fabián ha procurado adoptar el mismo plan de vida que lleva Lula..." <sup>179</sup> .
--	--	---	---

Julieta ha generalizado los hábitos alimenticios que ella sigue sobre toda la familia, ya que ella es la que prepara la comida, y no son necesariamente los recomendados por el médico; Sonia no ha modificado nada, ya que Javier no le pide nada, porque considera a su enfermedad como un problema personal; Fabián realiza el cuidado de su propia persona para evitar tener DM2.

Observamos tres modificaciones diferentes con relación a la familia. La primera, el ajuste de Julieta para integrarse a la dinámica familiar, la segunda, la desconexión entre la familia y la experiencia de la enfermedad de Javier, la tercera, la familia, en este caso Fabián, puede reconocer ahora la enfermedad DM2, y por eso se ello cuida como un proceso personal, a partir de compartir la experiencia de Lula con la enfermedad.

<b>8. Categoría</b> Complicaciones asociadas a la Diabetes	Juan... "mi abuela se quedó ciega de un ojo por eso, además también les pueden cortar los pies..." <sup>180</sup> .	Para Sonia las complicaciones de la enfermedad son dudosas, "creo que se pueden quedar ciegos y les pueden cortar los dedos o las piernas" <sup>181</sup> .	Para Fabián... son notorias en el cuerpo de las personas "sé que se les caen los dientes y se van adelgazando" <sup>182</sup> .
---	---	---	---

Como complicaciones, Juan menciona ceguera y pie diabético; misma respuesta de Sonia, pero, en su caso las pone en duda, para Fabián son que se les caen los

<sup>178</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>179</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>180</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>181</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>182</sup>Entrevista realizada en octubre 2017.

dientes y se van adelgazando<sup>183</sup>. Se indican signos clínicos muy concretos en este apartado, pero no todos, no se tiene un amplio conocimiento del tema.

<p><b>9. Categoría</b></p> <p>Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar</p>	<p>“Se come un taco de cada cosa o un poco de lo que hay. En la última fiesta se puso un poco borrachita le gusta el pulque”<sup>184</sup>.</p>	<p>Sonia muestra malestar e indiferencia antes las prácticas de su esposo “él hace lo que quiere...”</p>	<p>Fabián considera que apoya a su esposa de cierta manera para mantener un nivel de azúcar estable.</p>
--	---	--	--

Las familias se muestran permisivas con las diferentes prácticas de alimentación que realizan entre ellos. Se afirma que la persona con DM2 decide y la familia, cada una a su modo, apoya esa decisión. No se modifica el proceso de la enfermedad, ni el de salud.

<p><b>10. Categoría</b></p> <p>El papel de la familia en la atención de la enfermedad</p>	<p>“La cuido... le ayudo con sus animales o a veces le ayudo a limpiar su cuarto o a la cocina o si puedo, la acompaño al doctor.</p>	<p>Javier prefiere no involucrarlos, considera que la Diabetes es solo algo suyo.</p>	<p>“... procuramos comer juntos cada que se puede, cuando vienen los hijos paseamos y nos desatramos...”<sup>185</sup>.</p>
---	---	---	---

La familia en el mejor de los casos proporciona compañía y afecto, en los casos de Julieta y Fabián; en el caso de Javier no se involucran.

No es generalizable el papel de la familia, depende del vínculo establecido previamente entre la persona con DM2 y su familia.

<sup>183</sup> Nadie mencionó la impotencia sexual. ¿será tabú?

<sup>184</sup>Entrevista realizada en septiembre 2017.

<sup>185</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

### 6.1.3 Otros Actores sociales: médicos y funcionarios públicos

	Fabián delegado comunitario	Joel Funcionario Público	Dr. José “Dr. Hñähñu”	Dr. Pedro director del Centro de Salud
<b>1. Categoría</b>  Los primeros síntomas de la diabetes	“Sé que les da mucha sed y ganas de ir al baño” <sup>186</sup> .	“Pueden ser variados mucha sed, orinan constantemente, adelgazan mucho, la comida les cae mal y no tienen ganas de nada” <sup>187</sup> .	“... Azúcar, pero hay un nivel... si ... se rebasa se empieza a tirar y eso se tira hacia el cuerpo... se está desperdiciando se utilice para el cuerpo...	Presencia de factores de riesgo de DM2.

El delegado comunitario solo menciona mucha sed, y orinar constantemente; El funcionario público tiene la información más completa mucha sed, orinan constantemente, adelgazan mucho, la comida les cae mal y no tienen ganas de nada adelgazan mucho, la comida les cae mal y no tienen ganas de nada; José la explica, pero no menciona los síntomas. El director del Centro de Salud, no indica cómo la intuye, cuestionario de factores de riesgo.

Lo no dicho es que los síntomas son varios, diversos, ya que no se presentan todos en la misma persona, ni en la misma magnitud, y que solo a través de una prueba clínica se determina si se padece o no la DM2.

<b>2. Categoría</b>  Conociendo el Diagnóstico	La información que Fabián acerca de los síntomas escasa.	“... a través de exámenes de laboratorio de sangre y de orina y es necesaria varias ocasiones para confirmarlo” <sup>188</sup> .	Para tener certeza... con estudios de laboratorio, además de la exploración.	Cuestionario de factores de riesgo, ... y lancetas y tiras reactivas barremos con toda la población de entre 18 y 20 años y hasta 50 años.
--	--	--	--	--

<sup>186</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>187</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>188</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

El director del Centro de Salud, claramente discrimina a los pacientes antes de mandarles a realizar la prueba de DM2, si no tiene antecedentes o factores de riesgo no la aplica; el médico José manda la realización de la prueba de forma indiscriminada; Joel está consciente de que el método de análisis clínico es el único efectivo; y Fabián carece de la información confiable.

La información que tienen en todos los actores sociales no es igual, va a cambiar de acuerdo a su formación profesional, así como a su interacción con las personas con diabetes. En los que no son médicos el aprendizaje de la DM2 está vinculado a la experiencia vital de los sujetos, lo cual nos muestra un conocimiento no académico, informal, basado en las vivencias propias, observadas, y, socialmente reconocidas como tales.

<p><b>3. Categoría</b></p> <p>Aprendiendo de la DM2</p>	<p>“... Comer pura chatarra y es de ahí de dónde proviene esa enfermedad. ...”<sup>189</sup>.</p>	<p>“... Por tener una mala alimentación, descuido, la descompensación entre la masa muscular y el peso... cuidando la alimentación, las emociones...”<sup>190</sup>.</p>	<p>“...Le voy a presentar a dos diabéticos que no se quieren tomar el medicamento... para convencerlos de que se cuiden y no lleguen a este estado un ejemplo...”</p>	<p>“... Cuando un paciente que sólo habla Hñähñu, porque solamente así él se va a sentir con esa libertad de poder expresarse... me va a hacer gestos pero realmente su verdadero sentir, su verdadero dolor...”<sup>191</sup>.</p>
---	---	--	---	---

Fabián indica la necesidad de cuidar los hábitos de alimentación para no enfermar, Joel incluye el horario de los alimentos como parte de los hábitos de alimentación. José les enseña de forma empírica las complicaciones de la DM2, para que sean un motivo de cuidado de la propia salud. Pedro indica la necesidad de escuchar a la persona con DM2 para que pueda expresar su sentir de la enfermedad y el médico pueda percibir este sentir.

<sup>189</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>190</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>191</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<p>4. <b>Categoría</b> Las causas de la Diabetes</p>	<p>... Se ha dicho los niños que... compran las Sabritas, Cheetos, jamón, salchicha es lo que se cree y se dice que de ahí viene el problema con los niños.</p>	<p>"...A la gente grande que le dio diabetes... por un susto, también la alimentación. Hay jóvenes que son de mi edad que... ya tienen la diabetes... Aquí se complementan... famoso susto, las malas impresiones que han tenido y también los descuidos en la alimentación, además los excesos como el alcohol todo ello ligado a la parte de la herencia genética. ... porque cambiaron sus estilos de vida, su alimentación, el sedentarismo por eso hoy tiene esas consecuencias"<sup>192</sup>.</p>	<p>"Va a depender de que, si no es gordo, que, si no tiene familiares diabéticos que, si no se preocupa mucho, sí se asustó mucho, que sí ganó la lotería todo eso tiene que ver para que eso se dispare, que comamos cosas con mucho contenido calórico, que tenga carbohidratos yo sé que no me va a entender lo de carbohidratos.</p>	<p>"... Se les explica, orienta y dice que... esta enfermedad... es secundaria a los malos hábitos alimenticios, a la falta de ejercicio, al alto consumo de carbohidratos y desafortunadamente en la genética ya la traemos la enfermedad"<sup>193</sup>.</p>
--	---	--	--	--

Fabián ya nos muestra una lista de comida que da mala alimentación, Sabritas, Cheetos, jamón, salchicha; Joel agrega tres elementos más, el susto, las malas impresiones que han tenido, el componente emocional, además los excesos como el alcohol, ligado todo ello a la herencia genética. José incluye el estado físico del cuerpo de la persona con DM2, Pedro agrega la falta de actividad física de las personas.

<sup>192</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>193</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<p>5. <b>Categoría</b> Imaginando a la Diabetes Mellitus en mi cuerpo</p>	<p>“Sentiría que todo mi cuerpo tendría tantísima agua, que según la sangre se va haciendo más aguanosa no me imagino el dolor o lo que sienta a la persona...”<sup>194</sup>.</p>	<p>Creo que como venas en todo mi cuerpo pintadas de color amarillo gruesas y que van pasando por mi hígado, riñón y por ser grueso no trabaja igual.</p>	<p>“Les digo imagine que hay mecanismos de estrés, te emocionas te da diabetes porque hay aumento de estas sustancias contra reguladoras que hacen que aparezca, pero no tiene que ser un enojo o un susto es nada más estar en un borde y solamente falta que alguien te empuje. Y exprima al páncreas y le saque toda la insulina”<sup>195</sup>.</p>	<p>“Ruedas rojas que echando a perder las células blancas que están en el cuerpo, la sangre está infectada con el azúcar y esas a su vez se comen a todas las otras células”<sup>196</sup>.</p>
---	--	---	---	---

Las respuestas son diversas, Fabián indica un exceso de agua en la sangre; Joel describe un fluido amarillo que impide el funcionamiento de los órganos, José el aumento de sustancias no reguladoras que están en conflicto con las sustancias reguladoras. Finalmente, Pedro la imagina como una infección de azúcar en la sangre, lo cual significa que la observa como algo vivo, en otro caso sería envenenamiento o intoxicación.

<sup>194</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>195</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>196</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<p><b>6. Categoría</b></p> <p>La atención de la enfermedad</p>	<p>Fabián señala que pocos se cuidan, la mayoría teme usar insulina;</p> <p>“... La gente no se cuida... no les preocupa su salud. ...”<sup>197</sup>.</p>	<p>Aquí del Cardonal que utilizan la medicina natural, hierbas, algunos condimentos que cuentan que te ayudan a reducir el azúcar,</p>	<p>“Le dices, ¿a poco también eso pasa? contestó si, entonces veo que ya di en el clavo digo sale por aquí me voy,</p>	<p>“El problema, es que ya no quieren venir es el medicamento;... se les cheque su glucosa por lo menos lo están haciendo,”<sup>198</sup>.</p>
--	--	--	--	--

Desde la perspectiva de estos actores sociales la atención a la diabetes mellitus es diferencial, se manejan diversos discursos que provienen de la biomedicina como el descuido de la salud, desconocimiento de los síntomas de la DM2, y la poca asistencia a los chequeos de glucosa, pero también se conoce el uso de la medicina tradicional considerándola como una medicina natural y el temor que provoca el uso de insulina entre los que padecen la diabetes.

Cada uno de los actores sociales muestra un enfoque diferente del problema, lo cual es indicativo de la diversidad de prácticas en la atención de la DM2.

<sup>197</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>198</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<p><b>7. Categoría</b> Modificaciones en los hábitos</p>	<p>“... Aquí en la comunidad hay personas que aunque estén los médicos... tu gente no acudió... desafortunadamente a la gente no le interesa”<sup>199</sup>.</p>	<p>... Ha venido una transición gracias al área del sector salud... ahora vincular el ejercicio y la alimentación ya no es un capricho ya es una realidad ... cuando tú haces ejercicio y cuidas tu alimentación se refleja en tu salud”<sup>200</sup>.</p>	<p>“La dieta simboliza morir de hambre, porque significa cero azúcares cero sales, cero carnes, cero panes cuando la dieta es básicamente pan, frijoles y tortillas. Al principio, todo varía la personalidad de la paciente, el tipo de trabajo que tenga, los hábitos alimenticios los hábitos de ejercicio...”<sup>201</sup>.</p>	<p>Aquí hubo la acreditación del grupo de pacientes crónicos... que sigan consumiendo sus alimentos naturales... que entre menos alimentos con conservador es mejor...</p>
--	--	---	--	--

La modificación en los hábitos de alimentación es un problema que los entrevistados señalan. Fabián indica la falta de interés de los integrantes de la comunidad, Joel menciona una serie de cambios en los hábitos de alimentación y de actividad física para la salud, resultado de las campañas del Sector Salud; José expresa que los cambios de hábitos de las personas con DM2 no son fáciles ya que son estos una de las causas probables de su padecimiento. Pedro menciona la acreditación del grupo de pacientes crónicos, lo cual es un logro social importante ya que de mantenerse constituye una red de apoyo para quienes padecen su enfermedad de forma solitaria e individual.

<sup>199</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>200</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>201</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<p>8. <b>Categoría</b> Complicaciones asociadas a la Diabetes</p>	<p>Fabián conoce que se les caen los dientes, se van adelgazando...” <sup>202</sup></p>	<p>“Yo creo que eso solamente les pasa a las personas que no se cuidan... si tú eres desordenado... obviamente se te va a desatar de manera negativa</p>	<p>“Retinopatía, Neuropatía y Dermopatía son las más frecuentes”<sup>203</sup>.</p>	<p>“... La retinopatía con diabetes..., la insuficiencia renal... o el coma diabético, una cetoacidosis con diabetes...”<sup>204</sup>.</p>
---	---	--	---	---

Fabián, aunque expresa dos signos clínicos, la pérdida de dientes está reconocida como una complicación de la DM2, el adelgazamiento no, en todo caso es un signo clínico de la DM2, La respuesta de Joel no es pertinente, señala su creencia del origen de las complicaciones, pero, no las indica; José indica Retinopatía, Neuropatía y Dermopatía; Pedro indica la retinopatía además agrega, la insuficiencia renal, el coma diabético, y cetoacidosis con diabetes. Nuevamente está presente la diferencia en la formación profesional de estos actores sociales.

<sup>202</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>203</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>204</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<p><b>9. Categoría</b></p> <p>Otras prácticas y creencias en torno al control del azúcar</p>	<p>Fabián considera que la modificación en la alimentación... para el desarrollo de la DM2, en la comunidad hay varios casos... el doctor me dice que se cuida la gente porque está creciendo mucho el nivel de gentes con diabetes..."<sup>205</sup>.</p>	<p>Yo te puedo asegurar que antes del temblor del 85 no había casos de diabetes... se les ha desarrollado porque por la alimentación que llevan..."<sup>206</sup>.</p>	<p>"... He visto más es el wereke (se le da un uso muy acertado como hipoglucemiante para el tratamiento de la diabetes, y es sumamente efectivo.), y es amarga, efectivamente baja la glucosa se mantienen glucemias normales, Pero induce a la insuficiencia renal...</p>	<p>Ya me van a poner insulina y coincidió el hecho de que inicie insulina y al mes la retinopatía con diabetes te dejó ciego y de ahí se van haciendo mitos, el hecho de que tú inicies con insulina es porque te va a ir mejor,</p>
--	--	--	---	--

Fabián indica los hábitos alimenticios como la causa de la DM2, lo mismo que Joel, José menciona la raíz, wereke, como una forma tradicional de controlar la enfermedad, pero, tiene como efecto secundario la nefropatía, Pedro señala el uso de la insulina como una fuente de mayor bienestar para la persona con DM2.

Los dos no médicos centran sus comentarios en las causas de la enfermedad, los médicos se centran en el tratamiento de la DM2, indicando solo José el resultado final que no describe Pedro.

<sup>205</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>206</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<p><b>10. Categoría</b></p> <p>El papel de la familia en la atención de la enfermedad</p>	<p>Fabián considera que esta red de apoyo es muy importante no solo en cuestión de la enfermedad, sino incluso en la formación de adultos responsables...”<sup>207</sup>.</p>	<p>“... Es difícil prohibirles lo que consumen... tener una alimentación compulsiva y no hacer actividades físicas puede desatar en otro tipo de complicaciones.</p>	<p>“Las decisiones las toma el paciente, no la familia, el paciente los manda a volar...”<sup>208</sup>.</p>	<p>“La mayoría de las familias ya trae a alguien que traduce del Hñähñu al español... serán una o dos familias las que sólo hablan Hñähñu”<sup>209</sup>.</p>
---	---	--	--	---

Fabián considera importante a la familia, pero, no indica por qué. Joel describe la permisividad que no indica límites al comportamiento, ni por la propia salud; José enfatiza el carácter individual de la enfermedad, Pedro enfatiza el carácter social de la enfermedad.

La familia es importante porque es formadora de hábitos de alimentación, actividad física y actividad social. La pretensión del carácter individual de la enfermedad es un fenómeno social que debe de ser estudiado para comprender su alcance y naturaleza; ya que es intuitivamente claro la importancia de carácter colectivo en los procesos de salud y de enfermedad.

## 6.2. Discusión

### 6.2.1. Síntomas, diagnóstico y conocimiento de la diabetes

Los síntomas constituyen el punto de partida en cualquier enfermedad, se inicia en lo que percibimos como malestar, ni siquiera en lo que sentimos, ya que el síntoma es una interpretación del estado del cuerpo, la enfermedad como tal es una prescripción social otorgada por el médico, sus conocimientos científicos, académicos y la sociedad le otorgan ese poder de sancionar el estado de salud del

<sup>207</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

<sup>208</sup> Entrevista realizada en agosto de 2017.

<sup>209</sup> Entrevista realizada en octubre 2017.

ser humano, el sistema médico declara las condiciones que se deben de cumplir para declarar la existencia de una enfermedad, en este caso la DM2.

Los primeros síntomas de la diabetes, están constituido por la sed excesiva, por las ganas frecuentes de orinar y por la pérdida de peso, los cuales son reconocidos por la población en general como expresiones sociales de enfermedad, y sugieren ir al médico, es decir, lo que la sociedad reconoce y legitima como forma de buscar un diagnóstico y atención a la enfermedad. El modelo explicativo profesional empleado para detectar la DM2 es altamente técnico, análisis de sangre y análisis de orina, los cuales son impersonales, cuantitativos y están segregados del público en general y se realizan por un laboratorio médico de acceso limitado por prescripción médica en general y solo presente en las sociedades modernas.

Los médicos, ya sea su práctica privada o del sector público, son los encargados de administrar el conocimiento biomédico de la enfermedad, y declarar el estado de enfermedad o salud de la población.

Hace falta ahondar en la “presencia de factores de riesgo de DM2”, en las posibilidades de prevención, en el seguimiento a familiares directos de personas con DM2, en la modificación preventiva de hábitos de alimentación, de actividad física, y otros relacionados con el padecimiento, socializar la prevención para evitar la enfermedad.

Respecto al diagnóstico, en los tres casos las personas fueron diagnosticadas por medio de análisis clínicos de muestras de sangre y de orina solicitados previamente por él médico, para confirmar el diagnóstico de DM2. Siendo evidente que el diagnóstico está en esta categoría se cumple el procedimiento médico estándar para la detección de la DM2.

Del grupo de familiares nadie cuestiona la información, relatan su desconocimiento acerca de la enfermedad, expresan un aislamiento y desconexión emocional entre ellos y entre las personas con DM2, no se percibe empatía, se muestra la DM2 como una enfermedad que padece solo el individuo, no la familia, ni la comunidad, se presenta como un problema personal, más que una problemática familiar.

La información de la DM2 es escasa, se considera un problema de salud privado, individual, no se observa el conocimiento de que es un problema de salud pública o social.

El director del Centro de Salud claramente discrimina a los pacientes antes de mandarles a realizar la prueba de DM2, si no tiene antecedentes o factores de riesgo no la aplica; el médico José manda la realización de la prueba de forma indiscriminada; Joel está consciente de que el método de análisis clínico es el único efectivo; y Fabián carece de la información confiable.

La información que se tiene en la comunidad no es igual para todos, hacen falta mecanismos efectivos de homologación de los criterios de diagnóstico.

Las personas con DM2 reconocen en ella una causa que va deteriorando su cuerpo y que finalmente produce la muerte, como consecuencia de un mal funcionamiento del páncreas, no se verbalizan los amplios efectos de la enfermedad en su cuerpo, por lo tanto, la percepción de la DM2 es parcial, solo como un mal funcionamiento del páncreas, no se comprende plenamente.

En términos generales se presenta en la población un desconocimiento de la DM2 y además se combina la información con las creencias, se menciona como una enfermedad hereditaria sin considerar los factores ambientales de hábitos alimenticios y actividad física. Pocos reconocen la importancia de cuidar el cuerpo y la alimentación para la prevención social más allá del cuidado personal. Las campañas de difusión de factores de riesgo, para la detección de la DM2, no son reconocidas en las narraciones, hay un nulo acercamiento inicial preventivo a la enfermedad, ya que, pese a la indicación de cuidar los hábitos de alimentación para no enfermar, que incluye un horario regular en la ingesta de alimentos como parte de los buenos hábitos de alimentación, pocos la consideran.

El médico privado pretende enseñar, de forma empírica, las complicaciones de la DM2, para que sean un motivo de cuidado de la propia salud, ya que como describiremos adelante pocas personas con DM2 siguen de forma cabal su tratamiento. El médico público indica la necesidad de escuchar a la persona con

DM2 para que pueda expresar su sentir de la enfermedad y el médico pueda percibir este sentir; ambas prácticas no se consideran formas adecuadas de enseñar lo que es la DM2.

El aprendizaje de la DM2 está vinculado a la experiencia vital de los sujetos, muestra un conocimiento no académico, es informal, basado en las vivencias propias, observadas, y, los médicos están haciendo muy poco para que la DM2 sea socialmente reconocida como enfermedad.

### **6.2.2. Causas e imágenes de la diabetes**

En relación a las causas de la diabetes las respuestas son variadas, encontrando quien considera que “el susto” es la causa de su enfermedad, o el énfasis en la mala y deficiente alimentación, la historia genética de la familia, los malos hábitos alimenticios y la falta de regularidad en los horarios de ingesta.

Los familiares indican los malos hábitos alimenticios, tomar mucha azúcar, no comer a sus horas, comer embutidos, más otras causas, como tensiones, preocupaciones y estrés. La alimentación es un indicador aceptado y reconocido como factor de riesgo como causa de DM2. Fabián muestra una lista de alimentos que a su parecer provoca una mala alimentación Sabritas, Cheetos, jamón, salchicha; Joel agrega tres elementos más, el susto, las malas impresiones que ha tenido, como un componente emocional, además de los excesos con el alcohol, ligado todo ello a la herencia genética. José incluye el estado físico del cuerpo de la persona con DM2, Pedro agrega la falta de actividad física de las personas.

No se observa una explicación técnica biomédica, ni completa de la causalidad de la DM2, no se marcan todos los factores de causalidad, tampoco las interacciones necesarias y existentes para el proceso de aparición de la DM2, la causalidad no es clara.

Las imágenes que tienen sobre la diabetes son consistentes con sus propias definiciones, en las entrevistas señalan que es *la azúcar* acumulándose en el interior del cuerpo, o *una azúcar* atrapada en el interior del cuerpo de la persona. Un médico

señala el aumento de sustancias no reguladoras que están en conflicto con las sustancias reguladoras.

Una imagen plausible de la DM2 es la azúcar atrapada y acumulándose en el torrente sanguíneo, y que el cuerpo necesita desechar para mantener su equilibrio, las formas en que intenta salir la azúcar del cuerpo son las complicaciones, entonces se entendería que, el control de la enfermedad es la reducción de la cantidad de azúcar existente en el torrente sanguíneo para que pueda ser aprovechada por el cuerpo

### **6.2.3. Atención, modificación de hábitos y complicaciones**

En los tres casos, la atención de la enfermedad es diferente y se encuentra relacionada con los recursos económicos, y sociales disponibles para cada uno de ellos. La similitud encontrada muestra que las tres personas no mantienen un tratamiento médico completo, las tres expresan en su narración que realizan prácticas a conveniencia personal. No hay uniformidad en el tratamiento que siguen, Julieta toma insulina para sentirse bien, pero es insuficiente y busca tratamientos alternativos complementarios y no realiza dieta o actividad física. Javier manifiesta su afición por las bebidas alcohólicas y tampoco realiza dieta o actividad física, en caso de presentar algún síntoma recurre de manera esporádica al uso de fármacos (Glibenclamida). Lula realiza dieta y actividad física de manera constante, pero no hace uso de ningún fármaco.

Los familiares observan que las personas con DM2 no realizan un tratamiento adecuado, se atienden de forma parcial, con tratamiento no farmacológico, o tratamiento farmacológico parcial, pero no de forma integral, La atención a la enfermedad está determinado por la propia persona con DM2, en los tres casos investigados se indica que las personas con DM2 son quienes deciden el curso de su tratamiento, las acciones que realizan para el cuidado de su salud. La persona con DM2 decide el tipo de atención a su enfermedad, más allá de las opiniones familiares, médicas y sociales.

La atención de la enfermedad a las personas con DM2 es irregular, en las entrevistas no se señala un protocolo establecido ni la misma base conceptual, desde el descuido de la salud, al uso de los remedios tradicionales, pasando por el desconocimiento de los síntomas de la DM2, y los pocos chequeos de glucosa. Cada uno de los actores sociales muestra un enfoque diferente del problema, lo cual es indicativo de la falta de homologación de criterios y de prácticas en la atención de la DM.

Las entrevistas revelaron que las personas con DM2 poseen dificultades para modificar sus hábitos, generalmente los mantienen sin cambios radicales, y las adecuaciones que realizan son parciales acordes a su idiosincrasia personal, a lo que les resulte más fácil, o cómodo de hacer. Sería acertado un programa de intervención para inducir al tratamiento integral necesario para vivir con la DM2 controlada, ya que, por indicación médica o decreto, las personas con DM2 no van a cambiar hábitos de alimentación o de actividad física, reconocen lo que deben de hacer, pero llevarlo a la práctica de manera constante no es sencillo, continúan con los mismos hábitos alimenticios y solo hacen uso de los fármacos cuando se sienten algún malestar. Los tratamientos son parciales.

Los familiares mostraron una nula capacidad de influir en la modificación de los hábitos de las personas con DM2, reflejo de la falta de interés de los integrantes de la comunidad, a pesar de la promoción social de las campañas del Sector Salud para fomentar una serie de cambios en los hábitos de alimentación y de actividad física para la salud.

El médico expresa claramente que la modificación de los hábitos de las personas con DM2 no son fáciles ya que estos son una de las causas probables de su padecimiento. Lo cual hace evidente la falta un programa de intervención para inducir al tratamiento integral necesario para vivir con la DM2, aunque se menciona la acreditación del “grupo de ayuda mutua” de pacientes crónicos, lo cual es un logro social importante ya que al mantenerse constituye una red de apoyo para quienes padecen la enfermedad de forma solitaria e individual. Un punto inicial para el aprendizaje de cómo vivir con tratamiento para la DM2 24x7.

Las personas con DM2 perciben algunas complicaciones, que, han contemplado o escuchado: llega a dañar ojos, pérdida de vista, ceguera; riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos, caída del pito, heridas que no sanan pronto, pie diabético, amputaciones, coma diabético, la muerte, y se habla de un sinfín de efectos secundarios, lo cual muestra desconocimiento. La pérdida de la vista es la única complicación mencionada en los tres casos.

Los familiares mencionan algunas de esas complicaciones, ceguera y pie diabético; que se les caen los dientes y se van adelgazando; hay quien las pone en duda, se indican signos clínicos muy concretos en este apartado, pero no todos, no se tiene un amplio conocimiento del tema.

No todos los signos clínicos son complicaciones de la DM2, la pérdida de dientes está reconocida como una complicación de la DM2, el adelgazamiento no, en todo caso es considerado un signo clínico de la DM2. Existe la respuesta social de que el origen de las complicaciones está en no seguir el tratamiento médico, pero el cuestionamiento consistiría en quien puede decir que lo sigue plenamente, y con base en que factores.

Los médicos indican Retinopatía, Neuropatía y Dermopatía, además se agrega, la insuficiencia renal, el coma diabético, y cetoacidosis diabética, pero no mencionan como tal la nefropatía, tampoco la hipoglucemia, ni la hiperglucemia.

#### **6.2.4. Otras prácticas y creencias para el control de la diabetes mellitus**

Las prácticas y creencias de las personas con DM2 se asocian con algunas recomendaciones del médico como realizar ejercicio y mantener una dieta adecuada pero no en la misma medida, ni en la misma forma. La creencia en Dios es mencionada como parte de proceso de control de la DM2, mientras quienes no mencionan a Dios hacen hincapié en la eficacia de la dieta y el ejercicio como mecanismos de control de la DM2, sin la necesidad de utilizar fármacos de acuerdo con su experiencia. Lo cual nos regresa al hecho de que cada uno realiza el tratamiento que considera por sí mismo adecuado sin ser un tratamiento médico completo.

Las familias se muestran permisivas con las diferentes prácticas de alimentación que realizan las personas con DM2. Podemos afirmar que la persona con DM2 deciden sus prácticas, y que la familia, cada una a su modo, apoya esa decisión.

Los representantes sociales indican claramente los hábitos alimenticios como la causa de la DM2, centran el control de la enfermedad en su prevención y ponen énfasis en la promoción de la salud.

Los médicos centran el control en el tratamiento farmacológico, pero éste se muestra insuficiente ya que como se puede observar tiene como resultado complicaciones de la enfermedad si no se sigue integrando la modificación de hábitos, de alimentación y actividad física.

Se señala el uso de la medicina tradicional, tratamientos que son valorados de manera diferencial de acuerdo a los resultados obtenidos, asimismo la importancia de la fe religiosa para algunas de las personas con diabetes.

#### **6.2.5. El papel de la familia en el control**

El papel de la familia no está homologado, es diferente en cada caso observado, Julieta recibe atención por parte de cada uno de sus familiares, rotando el rol de cuidador. Javier vive de manera individual su enfermedad, no involucra a su familia en el proceso de atención. Por su parte Lula refiere la importancia del bienestar familiar para lograr su propio bienestar individual.

La familia en el mejor de los casos proporciona compañía y afecto, en los casos de Julieta y Fabián; y a veces nada como en el caso de Javier. La historia personal de quien padece la DM2 tiene un papel importante en las relaciones familiares que se establecen, más allá de la familia como tal.

Desde una visión social se considera importante a la familia ya que es la red de apoyo no solo en cuestión de la enfermedad, sino incluso en la formación de adultos responsables. Para la familia es difícil prohibirles o restringirles a las personas con DM2 lo que consumen, los hábitos de alimentación tienden a ser compulsivos y al no realizar actividad física puede desatar otro tipo de complicaciones, la

permissividad señalada no indica límites al comportamiento, ni por la propia salud; se enfatiza el carácter individual de la enfermedad, y se olvida el carácter social.

La familia es muy importante porque es formadora de hábitos de alimentación, actividad física y actividad social. La pretensión del carácter individual de la enfermedad es un fenómeno social que debe de ser estudiado para comprender su alcance y naturaleza; ya que es intuitivamente claro la importancia de carácter colectivo en los procesos de salud - enfermedad.

### **6.3. Recapitulación.**

La enfermedad se confirma a través de pruebas estandarizadas de DM2 en sangre, esto como parte del fundamento necesario para ofrecer la explicación biomédica. Que no siempre se comprende adecuadamente por parte de las personas con DM2, esto se sabe por qué las personas con un diagnóstico confirmado no se apegan necesariamente al tratamiento, continúan con sus hábitos alimenticios aún con las recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad.

Es importante mencionar que los factores socioeconómicos y culturales deben ser considerados por el médico para decidir el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona. La individualización del trato es un aspecto importante a considerar, ya que cada persona vive, siente y se atiende de manera diferente, sus recursos personales, sociales, económicos e institucionales son diversos de hecho varían en cada uno de los casos debido al su contexto social y las redes de apoyo disponibles.

La información recabada indica, que por parte de los médicos del sector salud estas consideraciones no son realizadas en la práctica médica habitual, por metas institucionales éstos profesionistas disponen de poco tiempo para atender de manera integral las necesidades individuales de las personas. La atención se centraliza en las consecuencias biomédicas de la enfermedad, no tanto en la atención de las causas. Esto genera un sesgo en la explicación ya que el médico “supone” que la persona comprendió que es la DM2 en la primera consulta.

Por otra parte, en la práctica médica privada los factores socioeconómicos, culturales, la individualización y los recursos con los que cuentan las personas son tomados en consideración, dado que se observó que disponen de mayor tiempo para escuchar, informar, platicar, sugerir y orientar a las personas. La incorporación de los diferentes recursos con los que cuentan son resultado de la entrevista que se entabla en la relación médico-paciente. Para que la persona con DM2 pueda expresar con apertura su desinformación, incomprensión, dudas, miedos y creencias es necesario el establecimiento del rapport (confianza) por parte del médico en ambos casos.

En el intento de establecer la confianza en la relación médico-paciente, el mismo se permite expresar su malestar en Hñähñu, aparentemente el médico comprende el mensaje, pero si tiene dudas le pregunta a un tercero, en esta investigación fueron familiares, se conforma una estructura de comunicación: paciente-médico-familiar-paciente-familiar-médico, este diagrama no garantiza la codificación que permita la comprensión del mensaje por los tres involucrados, ya que cada uno de ellos, expresará su entendimiento, por ello la comunicación se fragmenta porque no hay un lenguaje común, cada uno de los implicados expresa, e interpreta su propio sentir, nada avala que el familiar esté comunicando el sentido real del mensaje, o que el médico esté identificando los síntomas adecuadamente, las palabras se manipulan, se cortan o se omiten, no necesariamente se expresa fielmente el Hñähñu-español y viceversa, no se puede constatar la calidad de la traducción, es decir, la persona con DM2 expresa su "sentir" en Hñähñu dando forma y contenido a su narrativa, pero en los casos observados no se garantiza con certeza la comprensión de lo expresado por el médico, ni lo que interpreta el familiar, o lo ha comprendido el paciente.

En síntesis, la práctica médica está supeditada no solo los factores socioeconómicos y culturales de las personas con DM2, sino que también están establecidas por las condiciones estructurales de las diferentes instituciones del sector salud. Es decir, en muchas ocasiones la población que requiere atención médica satura la cantidad de recursos disponibles, afectando con esto la calidad en

la atención médica. La escasez de medicamento es una constante que aqueja a todo este sector.

Cabe mencionar que algunos elementos recabados en la investigación permitieron observar que existe de forma consistente una falta de medicamentos, pruebas reactivas, recursos humanos para la adecuada atención médica. Incluso hacen constar investigaciones internacionales que la industria farmacéutica establece su interés económico como prioritario, dejando a un lado el carácter social de la salud.

Para contestar la pregunta de investigación se recapitulan todas las experiencias en la atención a la enfermedad expresadas por las personas con DM2, y otros actores sociales involucrados respondiendo así a la pregunta de investigación ¿cuáles son las experiencias sobre la diabetes y su atención?, mediante el enfoque teórico propuesto por Kleinman, develando el Illness, Sickness y Disease de las narrativas recabadas por medio de la etnografía y las entrevistas a profundidad, aunado los hallazgos encontrados.

### **6.3.1. Illness**

Los síntomas constituyen el punto de partida en cualquier enfermedad, se inicia en lo que percibimos como malestar, ni siquiera en lo que sentimos, ya que el síntoma es una interpretación de lo que siente en su organismo. Cada persona posee una vivencia única acerca de lo que sucede en su cuerpo, nunca es igual la sed o la necesidad de orinar, de comer o el malestar constante. Las explicaciones que se buscan para comprender lo que sucede son derivadas de las experiencias de quien las vive. No es la misma experiencia que tiene la persona con DM2, la que tiene sus familiares y los funcionarios públicos o la que poseen los médicos.

Las personas con DM2 reconocen en ella una causa que va deteriorando su cuerpo y que finalmente produce la muerte, como consecuencia de un mal funcionamiento del páncreas, no se verbalizan los amplios efectos de la enfermedad en su cuerpo, por lo tanto, la percepción de la DM2 es parcial, solo como un mal funcionamiento del páncreas, no se comprende plenamente.

Para los tres casos, la atención de la enfermedad es diferente y se encuentra relacionada con los recursos económicos, y sociales disponibles para cada uno de ellos. La similitud encontrada muestra que las tres personas no mantienen un tratamiento médico integral, las tres expresan en su narración que realizan prácticas de acuerdo a sus creencias. No hay uniformidad en el tratamiento que siguen, Julieta toma insulina para sentirse bien, pero es insuficiente y busca tratamientos alternativos complementarios y no realiza dieta o actividad física, recordemos que Julieta padece varias comorbilidades que son atendidas no siempre con tratamiento farmacológico, ella separa los malestares y busca solución a cada uno de ellos de manera independientes a la DM2.

Javier manifiesta su afición por las bebidas alcohólicas y tampoco realiza dieta o actividad física, en caso de presentar algún síntoma como sed excesiva o dolor de cabeza recurre de manera esporádica al uso de fármacos (Glibenclamida). Lula realiza dieta y actividad física de manera habitual, pero no hace uso de ningún fármaco aun que le hayan sido prescritos por el médico.

Las experiencias que se relacionan con las causas de la enfermedad, en dos casos son similares y solo en el caso de Julieta hay variación notable no se indica una multicausalidad, encontrando quien considera que “el susto” es la causa de su enfermedad, o el énfasis en la mala y deficiente alimentación, la historia genética de la familia, los malos hábitos alimenticios y la falta de regularidad en los horarios de ingesta.

Las entrevistas revelaron que las personas con DM2 tienen dificultades para modificar sus hábitos, generalmente los mantienen, y las adecuaciones que realizan son parciales acordes a su idiosincrasia, a lo que les resulte más fácil, o cómodo. Hace falta un programa de intervención para inducir al tratamiento completo necesario para vivir con la DM2, ya que, por indicación médica o decreto, no van a cambiar las personas con DM2 sus hábitos de alimentación y de actividad física, reconocen lo que deben de hacer, pero no lo llevan a la práctica de manera

constante, continúan con sus mismos hábitos alimenticios y solo hacen uso de los fármacos cuando se siente mal. Los tratamientos son parciales.

Las personas con DM2 perciben algunas complicaciones, que han visto o escuchado, con varios nombres: llega a dañar ojos, pérdida de vista, ceguera; riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos, caída del pito, heridas que no sanan pronto, pie diabético, amputaciones, coma diabético, la muerte, y se habla de un sinfín de efectos secundarios, lo cual muestra desconocimiento pleno de las complicaciones a corto y largo plazo. Cabe resaltar que la única complicación consistente en los tres casos es la pérdida de la vista.

Como parte de la experiencia, las prácticas y creencias de cualquier persona son fundamentales, ya que permiten la libre expresión de la voluntad y el ejercicio de sus convicciones. Específicamente las prácticas y creencias de las personas con DM2 se asocian con algunas recomendaciones del médico como: realizar actividad física y mantener una dieta adecuada dependiendo de la individuación del tratamiento, distinguiendo los recursos, y potencialidades<sup>210</sup> con los que cuenta cada persona. Las creencias religiosas son mencionadas como parte del proceso de control de la DM2, quienes no mencionan a Dios hacen hincapié en la eficacia de la dieta y el ejercicio como mecanismos de control, sin la necesidad de utilizar fármacos de acuerdo con su experiencia. Lo cual nos reitera el hecho de que cada una de las personas realiza el tratamiento que considera por sí misma adecuado sin ser un tratamiento médico integral.

Las imágenes de la diabetes en el cuerpo descritas, son consistentes con las definiciones de la DM2, dan forma a sus creencias. La imagen recurrente en las entrevistas la muestra como el azúcar que está acumulándose en el interior del cuerpo, o una azúcar atrapada en el interior del cuerpo recorriendo los órganos como el páncreas e hígado.

---

<sup>210</sup> Con las potencialidades nos referimos a las opciones como: grupos de ayuda mutua, practicar algún deporte, inscribirse algún taller, por mencionar algunas, con las que pueden contar, pero desconocen.

### **6.3.2. Sickness**

La construcción del Sickness como recordaremos, es lo que la sociedad reconoce y legitima como enfermedad. En el caso de la primera categoría “los primeros síntomas de la diabetes”, está constituida por la sed excesiva, por las ganas frecuentes de orinar y por la pérdida de peso, es decir son reconocidos por la población en general como signos de enfermedad.

Del grupo de familiares entrevistados nadie cuestiona la enfermedad, el tratamiento o la modificación de hábitos, los participantes relatan su desconocimiento acerca de la enfermedad, expresan un aislamiento y desconexión emocional entre ellos y las personas con DM2, no se percibe empatía, se muestra la DM2 como una enfermedad que padece solo el individuo, no la familia en general, ni mucho menos la comunidad, se presenta como un problema personal, más que una problemática familiar o un grave problema social.

La información que manifiestan tener de la DM2 es escasa, la enfermedad es considerada un problema de salud privado, individual, no se observa el reconocimiento de ser un problema familiar, o de salud pública. Las entrevistas también revelaron que la información que se tiene en la comunidad no es igual para todos, hace falta la homologación de los criterios de diagnóstico.

El aprendizaje de la DM2 está vinculado a la experiencia vital de los sujetos, no muestra un conocimiento no académico, es informal, basado en las vivencias propias, observadas.

En términos generales se presenta en la población un desconocimiento de la DM2 y además se combina la información con las prácticas y creencias, se menciona como una enfermedad hereditaria sin considerar los factores ambientales de hábitos alimenticios y actividad física. Pocos reconocen la importancia de cuidar el cuerpo y la alimentación para la prevención social más allá del cuidado personal.

Las campañas de difusión de factores de riesgo por parte del sector salud para la detección de la DM2, no son reconocidas en las narraciones, hay un nulo

acercamiento inicial preventivo a la enfermedad, ya que, pese a la indicación de cuidar los hábitos de alimentación para no enfermar que incluyen un horario regular en la ingesta de alimentos como parte de los ellos, no son considerados importantes.

El aprendizaje de la DM2 está vinculado a la experiencia vital de las personas, muestran un conocimiento empírico, informal, basado en las vivencias propias, observadas.

Los familiares manifiestan que las personas con DM2 no realizan un tratamiento adecuado, se atienden de forma parcial, con tratamiento no farmacológico, o tratamiento farmacológico parcial, pero no de forma integral. En estos casos se deben considerar factores como la falta de medicamentos e insumos, falta de recursos económicos para pagar la atención médica privada por la escasez en el sector público, la poca disponibilidad de instituciones de salud cercanas, el desempleo y el desconocimiento de alguna red de apoyo. En los tres casos investigados la atención a la enfermedad está determinada por la propia persona con DM2, se indica que las personas con DM2 son quienes deciden el curso de su tratamiento y las acciones que realizan para el cuidado de su salud. La persona con DM2 decide el tipo de atención a su enfermedad, más allá de las opiniones familiares, médicas y sociales.

La atención a la enfermedad se relaciona con las causas asociadas a la DM2, se considera que pueden ser los malos hábitos alimenticios, tomar mucha azúcar, no comer a sus horas, comer embutidos, más otras causas, como tensiones, preocupaciones, estrés. Se reconoce la alimentación como un factor de riesgo de la DM2. Fabián nos muestra una lista de comida que fomenta la mala alimentación; Joel agrega tres elementos más, el susto, las malas impresiones que se han tenido, esto como un componente emocional, además de los excesos como el alcohol, ligado todo ello a la herencia genética. José incluye el estado físico de la persona con DM2, Pedro complementa con la falta de actividad física.

Los familiares mostraron nula capacidad de influir en la modificación de los hábitos de las personas con DM2. En relación a la comunidad, la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física, son una trasgresión a la cultura establecida, las personas con DM2 que evitan o eliminan ciertas bebidas y alimentos o incluyen prácticas deportivas en su cotidianidad son vistas de manera extraña, comentaba Pedro que incluso cuando él salía a correr le daba pena, pues sus vecinos pensaban que estaba loco, no se explicaban su conducta, reflejando con ello la falta de interés de la comunidad, a pesar de existir la promoción social por parte de las campañas del Sector Salud para fomentar cambios en los hábitos de alimentación y de actividad física.

La falta de modificación de los hábitos, trae como consecuencia algunas complicaciones mencionadas en las entrevistas, las cuales son ceguera, pie diabético; que se les caen los dientes y se van adelgazando. Hay que mencionar que también existen quienes las ponen en duda, ya que pueden estar negando las consecuencias de la enfermedad, y que adelgazar no siempre es un signo de enfermedad, sino por el contrario, en algunos casos es resultado de un cambio de hábitos saludables. Existe la respuesta social de que el origen de las complicaciones está en no seguir el tratamiento o no atenderse.

El papel de la familia no está homologado, para las personas con DM2, es diferente en cada caso observado, Julieta recibe atención por parte de cada uno de sus familiares, rotando el rol de cuidador. Javier vive de manera individual su enfermedad, no involucra a su familia en el proceso de atención. Por su parte Lula refiere la importancia del bienestar familiar para lograr su bienestar individual, es decir, la familia en el mejor de los casos proporciona compañía y afecto, en los casos de Julieta y Fabián; y a veces nada el caso de Javier. La historia personal de quien padece la DM2 tiene un papel importante en las relaciones familiares que se establecen, más allá de la familia como tal.

Desde una visión social se considera importante a la familia ya que es la red de apoyo no solo en cuestión de la enfermedad, sino incluso en la formación de adultos

responsables. Para la familia es difícil prohibirles a las personas con DM2 lo que consumen, los hábitos de alimentación tienden a ser compulsivos y no hacer actividades físicas que pueden desatar otro tipo de complicaciones, la permisividad señalada no indica límites al comportamiento, ni por la propia salud; se enfatiza el carácter individual de la enfermedad, y se olvida el carácter social de la enfermedad.

En las narrativas se pudo analizar que las familias se muestran permisivas con las diferentes prácticas de alimentación que realizan las personas con DM2. Podemos afirmar que la persona con DM2 decide sus prácticas, y que la familia, cada una a su modo, apoya esa decisión.

Los representantes sociales indican claramente los malos hábitos alimenticios como la causa de la DM2, centran el control de la enfermedad en su prevención, no de su tratamiento o su atención.

Las imágenes de la diabetes son importantes porque permiten entender el proceso de enfermedad, la DM2 se imagina como una azúcar atrapada y acumulándose en el torrente sanguíneo, y que el cuerpo necesita desechar para mantener su equilibrio, las formas en que intenta salir la azúcar del cuerpo son las complicaciones, entonces, el control de la enfermedad es la reducción de la cantidad de azúcar existente en el torrente sanguíneo para que pueda ser aprovechada por el cuerpo.

### **6.3.3. Disease**

El modelo explicativo profesional empleado para detectar la DM2 es altamente técnico, análisis de sangre y orina, los cuales son impersonales, cuantitativos y están segregados del público en general, son realizados por un laboratorio médico de acceso limitado y solo presente en las sociedades modernas.

En los tres casos, las personas fueron diagnosticadas por medio de análisis clínicos de muestras de sangre y de orina solicitados previamente por él médico, para confirmar el diagnóstico de DM2. Siendo evidente que el diagnóstico en esta categoría cumple el procedimiento médico estándar para la detección de la DM2.

Los médicos, ya sea en su práctica privada o del sector público, son los encargados de administrar el conocimiento biomédico de la enfermedad, sus posibles causas, las complicaciones a corto y largo plazo, así como el tratamiento integral adecuado, además de declarar y legitimar el estado de enfermedad o salud de la población.

En las entrevistas realizadas a ambos médicos se pudo detectar la falta de información concreta acerca de la “presencia de factores de riesgo de DM2”, de las posibilidades de prevención, en el seguimiento a familiares directos de personas con DM2, en la modificación preventiva de hábitos de alimentación, de actividad física, y otros relacionados con el padecimiento. Hace falta socializar la información considerando las características particulares de la población, además de la lengua, la edad y los recursos institucionales y personales con los que se cuentan, para fortalecer la prevención disminuyendo cantidad de población diagnosticada con la enfermedad.

El director del Centro de Salud claramente discrimina a las personas antes de mandarles a realizar la prueba de DM2, si no tienen antecedentes heredofamiliares o factores de riesgo no la aplica, esta decisión no es de manera arbitraria puesto que al ser funcionario del sector salud recibe una serie de indicaciones y metas que como ya hemos mencionado debe cumplir, eso sin considerar que sus recursos son limitados e insuficientes para el tratamiento constante de las personas con DM2 que acuden al centro de salud; el médico José (privado) manda la realización de la

prueba de forma indiscriminada; Joel está consciente de que el método de análisis clínico es el único efectivo; y Fabián carece de información confiable.

El médico privado en su consulta pretende enseñar, de forma empírica, las complicaciones de la DM2, para que sean un motivo de cuidado de la propia salud. El médico público indica la necesidad de escuchar a la persona con DM2 para que pueda expresar su sentir de la enfermedad y él perciba este sentir; ambas prácticas no se consideran formas adecuadas de enseñar lo que es la DM2, de acuerdo a la NOM-015-SSA2-2010 que establece la adecuada atención para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Ambos médicos han adaptado con base en su experiencia personal y profesional sus prácticas clínicas, en los dos casos la búsqueda de la empatía es de suma importancia, el escuchar a las personas es considerado parte de tratamiento y establecer una relación de confianza motiva el apego al tratamiento.

De acuerdo con la norma oficial arriba mencionada, la atención que ofrecen los médicos del Cardonal entrevistados a las personas con DM2 es irregular, en las entrevistas no se señala un protocolo establecido ni la misma base conceptual, desde el descuido de la salud, al uso de los remedios tradicionales, pasando por el desconocimiento de los síntomas de la DM2, y las inconstantes mediciones de niveles de glucosa. Cada uno de los médicos muestra un enfoque diferente del problema, lo cual es indicativo de la falta de homologación de criterios y de prácticas en la atención de la DM2.

No se pudo observar una explicación técnica biomédica adecuada o completa de la causalidad de la DM2, ni de sus factores, ni de las interacciones existentes para el proceso de aparición de la DM2, no está clara la causalidad.

Los médicos expresaron claramente que los cambios de hábitos de las personas con DM2 no son fáciles, ya que son éstos una de las causas probables de su padecimiento. Lo cual hace patente la falta de un programa de intervención para inducir al tratamiento completo necesario para vivir con una mejor calidad de vida su DM2, aunque se menciona la acreditación del grupo de pacientes crónicos, lo cual es un

logro social importante ya que de mantenerse dentro de un control de glucosa constituye una red de apoyo para quienes padecen su enfermedad de forma solitaria e individual. Un punto inicial para el aprendizaje de cómo vivir con tratamiento para la DM2 24x7.

Los médicos indican como complicaciones frecuentes la Retinopatía, la Neuropatía y la Dermopatía, además agregan, la insuficiencia renal, el coma diabético, y cetoacidosis diabética, pero no mencionan como tal la nefropatía, tampoco la hipoglucemia, ni la hiperglucemia. De acuerdo con los entrevistados no todos los signos clínicos son complicaciones de la DM2, la pérdida de dientes está reconocida como una complicación de la DM2, el adelgazamiento no, en todo caso es un signo clínico de la DM2.

Los médicos también comentan que la familia es importante porque es formadora de hábitos de alimentación, actividad física y social. La pretensión del carácter individual de la enfermedad es un fenómeno social que debe de ser estudiado para comprender su alcance y naturaleza; ya que es intuitivamente clara la importancia de carácter colectivo en los procesos de salud y de enfermedad.

Los médicos centran el control de la DM2 en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, pero se muestran insuficientes ya que como hemos podido observar que si las personas con DM2 no se apropian del tratamiento tienen como resultado complicaciones de la enfermedad.

#### **6.4. Conclusiones**

A partir del análisis de los resultados y en relación a las hipótesis planteadas, se exponen las siguientes conclusiones: en las experiencias que tienen las personas con diabetes y sus familiares se han incorporado aspectos biomédicos como el reconocimiento de la herencia en la causalidad de la enfermedad o la necesidad de un cambio de hábitos para tener un mejor control, pero se mantienen conocimientos populares sobre el papel del susto o la eficacia de la herbolaria que llegan a estar en contradicción con lo expresado por los médicos.

En las narrativas descritas por cada entrevistado se pueden observar la introyección de los diferentes enfoques que cada uno realiza en su interior y que, parcialmente integran conocimientos biomédicos que no siempre son afines con la representación colectiva, *sickness*, que se tiene de la DM2. La generalidad refiere que los síntomas y signos presentados no son en sí mismos los factores determinantes para inferir que desarrolle necesariamente diabetes.

En las experiencias de las personas con diabetes, sus familiares, médicos y funcionarios públicos en la comunidad del Cardonal Hidalgo, México, se reconoce que los factores socioeconómicos como la falta de recursos son más relevantes para el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, mientras que aspectos culturales como los hábitos alimenticios y las normas de interacción social obstaculizan el cambio de hábitos que indica el tratamiento biomédico.

La investigación permitió poner de manifiesto a los factores socioeconómicos como fundamentales para la atención de la enfermedad ya que la escasez de medicamentos antidiabéticos, pruebas de laboratorio, personal médico debidamente capacitado por mencionar algunos, representan una grave problemática a la cual deben enfrentarse las personas diagnosticadas con DM2 en la comunidad, además las vicisitudes a las cuales se deben enfrentarse por no contar con una institución médica pública que les proporcione una atención integral para el diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de la enfermedad.

Por otra parte, la importancia de los aspectos socioculturales entorno a la DM2 su diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento constituyen un factor esencial que problematizan los cambios de hábitos alimenticios y la actividad física, ya que la influencia social ejercida por la familia y la comunidad principalmente, limitan las opciones de cambio de hábitos, por las costumbres propias del entorno social. Las prácticas diferentes dentro de un núcleo social provocan en ocasiones exclusión, o la ruptura de la norma establecida y deja en un estado de indefensión a la persona “diferente” en este caso la persona con DM2.

La Antropología médica es fundamental en la atención de la enfermedad porque en ella se le enseña al médico a evaluar durante la entrevista, las condiciones

socioeconómicas de la persona que va por atención médica. Lo que significa reconocer que tratamientos le son accesibles al paciente, ¿cuáles son sus opciones reales? de tratamiento efectivo, además de ¿cuál es la red de apoyo que tiene la persona con DM2? Durante su tratamiento.

Las anotaciones anteriores se deben considerar en el momento de evaluar la falta de recursos, ya que la necesidad o demanda del recurso la está generando el médico, y el estrés o la incapacidad resultante está directamente vinculada con las peticiones de atención médica prescritas.

Las personas con DM2 no se perciben enfermas de un día para otro, comienzan presentando pequeñas diferencias o alteraciones en el funcionamiento de su organismo, diferencias sutiles que en incontables ocasiones pasan desapercibidas, son omitidas o integradas como parte de la rutina. Se naturalizan los síntomas, se aprende a vivir con ellos como parte de la vida.

Esta costumbre se resquebraja cuando los síntomas comienzan a limitar las actividades cotidianas, las manifestaciones del malestar se incrementan y por lo tanto se hacen evidentes, surge la necesidad de “nombrar” lo que se siente. Comienza una búsqueda de información a través de cualquier medio, ya sea familiar, amigo, conocido, internet, publicaciones y otras, la búsqueda concluye con la visita al médico.

Generalmente los síntomas de la diabetes son considerados en primera instancia como manifestaciones normales del cuerpo. Lo que podría mostrar una patología sería el aumento significativo de estos síntomas o la percepción de malestar, es entonces cuando se considera como una enfermedad.

Es a través de estas manifestaciones que el médico se da a la tarea de analizar los síntomas y signos que refieren las personas para poder diferenciar entre una enfermedad y otra. Es en este punto donde el médico recurre a los métodos clínicos y estudios de laboratorio para dar certeza al diagnóstico.

En qué momento se considera necesaria la intervención del médico para aclarar lo que ocurre dentro del cuerpo y manifiesta una preocupación. En qué momento la experiencia del dolor es insufrible, será cuando comienza el malestar, o tal vez cuando inician los problemas; cuales son las posibilidades para poder soportar el padecimiento.

El médico es el responsable de proporcionar a la persona con DM2 las explicaciones biomédicas de los signos y síntomas presentados. Es a partir de entonces que se establece el diagnóstico y se propone una opción de tratamiento farmacológico y no farmacológico, esto dependerá de los valores de glucosa encontrados en la persona, además de su edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, es decir, acorde a las posibilidades económicas y de red de apoyo de las personas, además de los antecedentes hereditarios.

A partir de que la persona es diagnosticada con DM2, lo que sucede a continuación es, primero se confirma la enfermedad; a partir de ello el médico la explica y debe de confirmar la comprensión por parte de la persona diagnosticada acerca de la enfermedad ya que el apego al tratamiento está basado en ello, haciendo que la persona con DM2 valide el diagnóstico. Si hay capacidad de comprensión por parte la persona se puede tener aceptación de su parte, pero el reconocimiento de las explicaciones del médico, la aceptación del diagnóstico en su propia persona no es instantánea, ni automática, es a partir de esta comprensión es que se establece un tratamiento y una cita de seguimiento.

El tiempo aproximado que tiene el médico para explicar la enfermedad, debe ser el necesario, no se puede acelerar el proceso, se tiene que seguir el ritmo del paciente, si es muy difícil, se puede recurrir al familiar que lo acompaña si es el caso. Ya que las entrevistas muestran que si el tiempo es insuficiente no se seguirá el tratamiento. La falta de información y dudas relacionadas con la enfermedad se manifiestan en la falta de apego al tratamiento. El tratamiento es indicado sin demasiada empatía, con racionalidad, existe una falta de comunicación en la relación médico-paciente-familiar (en los casos de personas Hñähñu) por falta de tiempo, pena o ignorancia.

Lo importante para el médico es que se controle, no explicar las causas de la enfermedad, pero, la explicación de las causas es necesaria para el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. La persona con diabetes no asocia sus hábitos con la enfermedad, su forma de vivir lo enferma.

Cuando el paciente llega hay que hacer una entrevista exhaustiva acerca de los antecedentes personales, familiares y laborales para elaborar un diagnóstico y ordenar los estudios de laboratorio para validarlo. En ocasiones, puede llegar a suceder que el paciente proporcione información que ya fue alterada por un sin número de razones; se entiende entonces que, si la respuesta que aporte no es socialmente aceptable, esta la va a cambiar. Por ello es muy importante la elaboración de un adecuado rapport con las personas, la empatía es básica en ello, ya que solo a través de la interacción, se le puede dar un tratamiento adecuado a su persona y apropiado a su enfermedad.

Ya con las pruebas de laboratorio y la información real se puede tener un diagnóstico certero. El problema ahora consiste en el paciente acepte el tratamiento propuesto por el médico, las prácticas solicitadas que se traducen en modificación de hábitos, pero, pareciera que son opcionales.

Los tratamientos farmacológicos son imprecisos o no se cumplen, no está claro cómo se dispone la cantidad apropiada de fármaco necesario, esto dependerá de cada persona, los tratamientos tienen diferentes impactos en la salud. Los criterios adecuados para cada paciente no son claramente enunciados.

Si el médico proporciona suficiente información la persona podrá percibir los cambios en su salud, influyendo finalmente en su conducta. Se debe individualizar el tratamiento de la enfermedad, ya que existe una variedad de características personales y por lo tanto, una diversidad de diabetes, no es igual en todas las personas que la padecen.

Quizá se puede dar una atención personalizada, para eso se llevan expedientes, pero técnicamente es poco probable dar atención personalizada a todas las personas con DM2 a menos que se trate de una consulta privada (por razones de

tiempo y metas), habitualmente el médico generaliza el tratamiento de la enfermedad. Lo que resulta complejo es dar tratamiento personalizado, pero, es posible de realizar. Aunque se proporcione un tratamiento genérico, que no funciona, y tiene que personalizarse, reanudando nuevamente el primer punto.

Las reacciones secundarias del medicamento prescrito deben ser explicadas a detalle por el médico, buscando con esto evitar el abandono del tratamiento y el descontrol de la glucosa.

Le corresponde al médico transformar el disease (su conocimiento biomédico técnico de la enfermedad), al sickness (un conocimiento de divulgación general para toda la población a través de las agencias gubernamentales de salud pública). Con la finalidad de que la persona con DM2 lo integre a su illness (experiencia y vivencia de la enfermedad), y así contribuir al apego al tratamiento. En caso contrario, las personas pueden llegar a pensar que están “curados” que ya no están enfermos. Contrariamente a esta idea tienen que aprender a vivir con su enfermedad.

Las transgresiones hacia los hábitos de las personas con DM2 frecuentemente son iniciadas por la familia o la comunidad, la persona es “autorizada” para romper la dieta, ser sedentario, tomar alcohol o tener excesos, el entorno familiar condiciona el comportamiento y la atención de la persona que padece la enfermedad. Es necesario que los integrantes de la familia, así como su grupo social sean sensibles ante la reorganización de hábitos, precisando algunos elementos como la empatía y el asertividad que fortalezcan el tejido social entorno a la persona con DM2.

La familia es una fundamental en el control de la DM2, debe tener conocimiento de cómo está la enfermedad ya que los involucra directamente. Como mecanismo de prevención o como parte de una influencia permisiva hacia la persona con DM2.

El conocimiento obtenido por parte del médico acerca de la DM2 es fundamental para que la persona que la persona diagnosticada y sus familiares puedan llevar a cabo un correcto inicio y seguimiento del padecimiento, incluyendo el tratamiento no farmacológico tales como, los horarios de alimentación, la cantidad y calidad de

los mismos, actividad física, así como el correcto apego al tratamiento farmacológico que incluye los medicamentos vía oral y la aplicación de insulina.

La relación médico-paciente, constituye una base sólida para generar la confianza que sustente una buena comunicación. Esta interacción positiva permite que se pueda entablar un intercambio de información, ideas, dudas, comentarios, mitos, incluso miedos. El médico ofrece a la persona con diabetes, la oportunidad de indagar acerca de la DM2, de disipar sus dudas, de disminuir su ansiedad y generar un ambiente de confianza acerca de la enfermedad, su evolución, comorbilidades<sup>211</sup>, riesgos y complicaciones.

En el caso de la familia, su papel es de participación activa en la modificación de hábitos, apoyo, solidaridad, acompañamiento, comprensión y contención en caso necesario; puesto que las complicaciones que se presentan a corto plazo como hipoglucemia, cetoacidosis diabética, y a largo plazo la retinopatía, la insuficiencia renal crónica y el pie diabético pueden retrasar su aparición, la gravedad y la frecuencia, gracias a la atención conjunta y constante de la enfermedad.

El rol de la comunidad es uno de los más importantes, ya que motiva o desanima en la constante lucha que enfrentan las personas con DM2. La influencia social tiene un gran peso en el apego al tratamiento, en la modificación de hábitos y en la atención o desatención de la enfermedad. La comunidad “exonera” y es permisiva ante las “restricciones” médicas desde el punto de vista social. La DM2 difícilmente es reconocida y legitimada como una enfermedad, al no presentar signos o síntomas “visibles” que justifiquen una visita al médico, esta decisión se llega a postergar por mucho tiempo ante esta influencia, las personas no son consideradas como enfermas, por lo tanto, la norma social discrimina si se actúa de manera contraria, si se “sienten mal”, “si se quejan” o si cambian de manera drástica sus hábitos.

---

<sup>211</sup> Enfermedades asociadas.

En un enfoque general, la percepción de las personas entrevistadas en el Cardonal, Hidalgo muestran que si bien se tiene algún conocimiento general acerca de la DM2 no es suficiente, es necesario realizar un trabajo de difusión y promoción de la salud más específico y extenso. Se podría considerar también el contexto social en el que se está desarrollando la enfermedad, así como los usos y costumbres de sus habitantes. La migración en esta comunidad es también una variable que habría de considerarse, así como el desplazamiento hacia otras fuentes de trabajo fuera de la comunidad por falta de empleos como en el caso de Javier. Además de que las personas cambian constantemente de lugar de residencia y esto afecta de manera sustancial la adaptabilidad a la modificación de hábitos saludables.

El desempleo se manifiesta con la falta de recursos básicos disponibles, la comunidad no cuenta con una atención médica que les permita satisfacer las necesidades alimentarias o de salud que requieren para mantener el “control “de la enfermedad. La atención médica integral que requieren las personas con DM2 no puede ser completada por diferentes circunstancias como: falta de insumos y equipo médico, largas distancias y dificultad de traslado hacia los centros de salud, falta de información y difusión orientada hacia el tipo de población acerca de la atención de la enfermedad y el difícil acceso a diferentes alimentos que permitan llevar una dieta balanceada.

Aun cuando existen ciertas estrategias para disminuir la incidencia de la DM2 en el Cardonal estas son insuficientes ya que a pesar de hacer hincapié en detectar a probables casos de diabetes existen factores que los limitan como el socioeconómico y cultural. Gracias a la aplicación de cuestionarios de detección de factores de riesgo para DM2 y la realización de pruebas de glucosa se han podido identificar casos nuevos de este padecimiento. Los habitantes priorizan otras necesidades antes que el cuidado de la salud. Las campañas organizadas por el gobierno carecen de interés por parte de los habitantes de la comunidad, la respuesta no es la esperada.

## **Recomendaciones**

Previo a las recomendaciones finales, es trascendente recalcar que existe una inmensa industria alrededor de la Diabetes, está documentado que hay una gran inversión económica dentro de la industria farmacéutica, alimenticia, tecnológica y para el cuidado personal, además las diferentes, cursos, talleres, diplomados y demás especialidades educativas para prevenir, diagnosticar y tratar esta enfermedad. Actualmente ya hay prediabéticos a los cuales se les prescribe un tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Los médicos en el primer de atención ya sean públicos o privados podrían favorecer la comprensión de la enfermedad si tomaran en consideración las particularidades de cada persona. La individuación de la enfermedad en relación a sus recursos socioeconómicos y culturales, de cada caso, es muy importante, las personas son únicas y viven de manera única la experiencia de tener diabetes.

Se considera pertinente la revisión y adecuación de la NOM-015-SSA2-2010 que como ya se comentó normatiza la atención de la diabetes. La rigidez con la cual se encuadran los parámetros de la DM2 en muchas ocasiones no son adaptables a la realidad de las personas con DM2, ni tampoco con los contextos sociales diversos existentes en el país o el momento histórico en el que se está incrementando el número de personas con esta enfermedad.

Se sugiere la creación de una lista clara y de fácil de acceso a los principales síntomas y signos concurrentes a la diabetes. Ya que las personas no están acostumbradas en asociar los síntomas comunes con la enfermedad, se buscan diversas explicaciones paliativas para disminuir los síntomas, provocando con esto que cuando se acuda al médico ya haya un indicio claro de la enfermedad.

Todos los alimentos asociados con el incremento de la glucosa, deberían estar etiquetados con una leyenda que diga “este producto puede ser perjudicial para la salud de las personas con diabetes”.

La propuesta de una metodología eficaz que fomente el cambio de hábitos adecuada al control de los niveles de glucosa.

Se considera oportuno sugerir el establecimiento de una “comunidad de familiares de personas con DM2”, dentro de la cual puedan compartir las diferentes experiencias que cada uno posee, además de brindar una red de apoyo para ellos.

En relación, los grupos de ayuda mutua deben generarse y promoverse en todas las comunidades, sin perder de vista que lo más importante en estos grupos es el mantenimiento del control de los niveles de glucosa, que va más allá de ser un club social.

La creación de protocolos de investigación para los tratamientos alternativos, con la finalidad de determinar su pertinencia en el proceso de enfermedad-atención.

El médico debe profundizar en el Illness de las personas con DM2, el lenguaje que emplean para comprender lo que sienten y padecen de forma individual y así poder aplicar una estrategia adecuada para la explicación de la DM2, sus complicaciones y farmacología para lograr con esto un mejor apego al tratamiento.

El médico debe profundizar en el Sickness de la DM2 para comprender lo que entiende la sociedad y así poder hacer una mejor promoción y educación de la DM2.

La creación de una comunidad multidisciplinaria de profesionales en la salud interesados en protocolos de atención para los diferentes perfiles de población existente en México.

## Fuentes

- Acero Vidal G. (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 en Antropología Social, CIESAS Sureste. México.
- Álvarez Aldana, D. & Rodríguez Bebert, Y. (2009). *Historia de la diabetes mellitus (cronología)*. Recuperado de: [http://articulos.sld.cu/diabetes/files/2009/07/cronologia\\_de\\_la\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://articulos.sld.cu/diabetes/files/2009/07/cronologia_de_la_diabetes_mellitus.pdf)
- American Diabetes Association (2017a). *Insulina*. Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/medicamentos/insulina/>
- (2017b). *Type 1 Diabetes*. Obtenido de [http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-1/?loc=util-header\\_type1](http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-1/?loc=util-header_type1)
- (2017c). *Control de glucosa*. Obtenido de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-de-la-glucosa.html>
- Anderson, K. (coord.) (2002) *Diccionario de medicina* Océano Mosby. Barcelona: Océano.
- Arganis Juárez, E. N., (1998), *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz* Tesis de Maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- (2004). *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa D.F.* Tesis de doctorado en Antropología. ENAH, México.
- Arias, H. (2003). *Estudio de las comunidades*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Asociacion Diabetes Madrid. (2015). *Historia de la diabetes*, Recuperado de: <https://diabetesmadrid.org/historia-la-diabetes/>
- Balneariosdeaguastermales.com.mx, (s.a.) [https://www.balneariosdeaguastermales.com.mx/img/mapa\\_ubicacion\\_balnearios\\_hidalgo\\_aguas\\_termales.gif](https://www.balneariosdeaguastermales.com.mx/img/mapa_ubicacion_balnearios_hidalgo_aguas_termales.gif). Recuperado de: <https://www.mx/>
- Barrera Luna, R. (2013). El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. *Revista digital de Historia y ciencias sociales*, 15 de febrero de 2013, Art. 343: 2-24. Obtenido de <http://www.claseshistoria.com/revista/2013/articulos/barrera-concepto-cultura.html>
- Berman, S. (1997). *Children's Social Consciousness and the Development of Social*. New York: Suny Press.
- Bertalanffy, L. V. (1987). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura.
- Bonilla, E. (1997). *Concepto de diario de campo*. Recuperado de: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401121/diario\\_de\\_campo.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401121/diario_de_campo.pdf)
- Bourdieu, P., (1979), *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, México: Taurus, (2002)
- Bury, M., (2001) "Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23, 263-285. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00292/pdf>.

- Cala, M. (2011). *Educación Especial en Cuba, diversidad y desarrollo*. La Habana: Órgano Editor Educación Cubana.
- Cardoso Gómez, M. (2002), *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl*. Tesis de Doctorado en Antropología. ENAH, México.
- Carvajal Ahumada, G., (2016). El educador necesita ser educado. Sobre Marx y la educación. *Pedagogía y Saberes*, No. 46 Universidad Pedagógica Nacional Facultad de Educación. 2017, pp. 19-30. <http://www.scielo.org.co/pdf/pys/n46/n46a03.pdf>
- Centro de Salud del Cardonal, Hidalgo. (2017). *Censo de Pacientes con Enfermedades Crónicas*, (CENPEC 2017).
- Charmaz K. (1983), Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, en *Sociol Health Illn*. 1983 Jul;5(2):168-95.
- Clifford, J. (1983) "On Ethnographic Authority». *Representations* nº 2 (spring 1983): 118–146.
- Comelles, J.M. & Martínez, A., (1993), *Enfermedad, sociedad y cultura*, Madrid: Eudema.
- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, (2009), *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*, 20/10/2009, obtenida de <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, (1994), *Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994, Para La Vigilancia Epidemiológica*, 17/11/1994, obtenida de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html>
- CONEVAL, (2010). *Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Informacion-por-Municipio.aspx>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, (1984), *Ley General De Salud*, DOF, 07/02/1984, obtenido de [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
- Consejo Nacional de Poblacion (2012). Obtenido de <https://www.gob.mx/conapo>
- Cortés, Beatriz (1997) "Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura». *Nueva Antropología*, vol. XVI, Número 53, agosto: 89-115. <http://www.redalyc.org/pdf/159/15905305.pdf>
- Cortés Duque C., Uribe, C. A., Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV. No. 2, 190-219, en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n2/v34n2a03.pdf>
- Crapanzano, V. (1984) "Hermes' Dilemma: The Masking of Subversion in Ethnographic Description». En: Clifford, J.; Marcus, G. E. *Writing culture: the poetics and politics of Ethnography*, University of California Press: 51–76.
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad *Cinta moebio* 4: 181-189 Obtenido de <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/silvestre.htm>
- Domínguez García M. A. (2012). *Vivir con azúcar. Experiencias y representaciones en torno a la diabetes entre grupos domésticos de Zinacantán Chiapas*. Tesis de Maestría en Antropología Social, CIESAS Sureste. México.

- Dunstan, D. W., et al., (2002), The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)--methods and response rates in *Diabetes Res Clin Pract.* 2002 Aug;57(2):119-29.
- Federacion Internacional de Diabetes (2013). *Atlas de la Diabetes de la FID.* 6ª ed. Obtenido de <http://www.sld.cu/noticia/2016/11/14/atlas-de-la-diabetes-de-la-federacion-internacional-de-diabetes-6ta-edicion>
- Freyermuth, G., Argüello, H., (2011) "La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia". *Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (10): 181–216. [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art\\_06.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art_06.html) (consultado el 08-02-2011).
- García López, S., Argüello Avendaño, H. E., (2013), Historias padecidas. Narrativas y antropología médica en Romaní, O. coord., (2013), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, Tarragona, URV, pp. 161-188. En <http://docplayer.es/25432253-Antropologia-medica-etnografia-metodologias-cualitativas-e-investigacion-en-salud-un-debate-abierto.html>
- Giddens, A. (1999) *Sociología.* Editorial Alianza en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/cvyda/spyc/centros/DiariodeCampo.pdf>
- Good, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia.* Barcelona, Bellaterra.
- Granados, J. (2015). *Las comunidades indígenas de Hidalgo. Pachuca de Soto, Hidalgo,* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Hegenberg, L. (1980). Avicena (980-1057) mil años depois. *Revista Portuguesa De Filosofia*, 36(2), 121-130. Recuperado de <http://www.jstor.org.pbidi.unam.mx:8080/stable/40335638>
- Hernandez, A. (1998). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve.* Santa Fe de Bogota: El buho.
- Hidalgo, Gobierno del estado. (2014). *Diagnóstico Sectorial de Salud* en <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/uploads/2015/sshnew/Diagn%C3%B3stico%20Sectorial%20de%20Salud%202014.pdf>
- Hogar, C. p. (2009). *TIPOS DE FAMILIAS, FAMILIAS CON APELLIDO* Obtenido de: <http://es.scribd.com/doc/20761706/7-Tipos-de-familias>
- Hyden, L. (1997). *Illness and Narrative. Sociology of Health and Illness.* Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=Gg6gAgAAQBAJ&pg=PA166&lpg=PA166&dq=se+contempla+como+una+de+las+principales+formas+a+trav%C3%A9s+de+las+cuales+percibimos,+experimentamos+y+juzgamos+nuestras+acciones,+el+curso+y+valor+de+nuestras+vidas&source=bl&ots=->
- INAFED, (2002). *Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México.* Obtenido de <http://intranet.e-hidalgo.gob.mx/enciclomuni/municipios/13015a.htm>
- INEGI, (2017). *Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo.* Obtenido de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/anuarios\\_2017/702825095093.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2017/702825095093.pdf)
- INSP, (2016), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados.* Disponible desde: [http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)
- Islas A. Sergio, A. R. M. (2005). *Diabetes Mellitus.* México D.F. 3º Edición por Mc Graw-Hill. Interamericana Ediciones.

- Jiménez, J. (2013). *Enfoque del Caribe*. Obtenido de La Responsabilidad Social Familiar, un Compromiso de Todos: <https://enfoquecaribe.com/2013/10/la-responsabilidad-social-familiar-compromiso-de-todos/>
- Kleinman, A. (1976). Cultura, enfermedad y cuidados: lecciones clínicas de la investigación antropológica e intercultural. *Anales de Medicina Interna*.
- (1978a) "Culture, Illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research», *Ann. Intern. Med.*, 1978, Feb. 88 (2): 251–258.
- (1978b) Conceptos y un modelo para la comparación de los sistemas médicos como sistemas culturales, Documento preparado para la Conferencia sobre "Teoría en Antropología Médica", National Science Foundation, Washington, D.C., 20-22 de noviembre de 1976, *Social Science & Medicine* Vol. 12. pp. 85 a 93, © Pergamon Press Ltd. 1978. Impreso en Gran Bretaña, 0037-7856/78/0401-0085S02.00/0
- (1980) *Patients and healers in the context of culture*. California University Press.
- (1988) *The Illness Narratives*. Basic Books.
- (1988). *Las Narrativas de la Enfermedad: Sufrimiento, Sanación y la Condición Humana*. New York: Libros Básicos.
- Lara, A. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Volumen 7 4 *Medigraphic.com* Número 4. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2004/ac044l.pdf>
- Laplantine F., (1986) *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, Argentina: Ediciones del Sol.
- Leiner de la Cabada, M., Ortiz Díaz, J. R. & Ávila Maese, C., (2007), Un nuevo paradigma de la responsabilidad social corporativa. El aumento de enfermedades crónico-degenerativas en la fuerza laboral, en *Contaduría y Administración*, no. 225, mayo/agosto, 2008, México. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-10422008000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422008000200006)
- Lende, D. H. (2012). *Cultural Competency in Anthropological Perspective* Recuperado el 22 de junio de 2017, de <https://blogs.plos.org/neuroanthropology/2012/09/18/cultural-competency-in-anthropological-perspective/>
- Luna, A. (2010). *Marco Estructural: Salvador Minuchin*. Obtenido de <http://lunaesp.com/marco-estructural-salvador-minuchin>
- Lupton, D., (1994) *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage Publications.
- Mandal, A. (2017). *Historia de la Diabetes*. Sitio web: [https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/History-of-Diabetes-(Spanish).aspx)
- Martín González, M. (2018). *Estudio de la fisiopatología humana y de los factores de riesgo que limitan el estado de salud y enfermedad*. Universidad de Almería, Recuperado de: [http://cvirtual.ual.es/guiado/servlet/bin?id=25169\\_CAS](http://cvirtual.ual.es/guiado/servlet/bin?id=25169_CAS)
- Martínez, A. (1994). *Glosario de promoción y animación*. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente.
- Martínez, A., (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona: Antropos.

- Mayo, Clinic, (2018a). *Presión arterial alta (hipertensión)*. Febrero, 2. Obtenida de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
- (2018b) *Síndrome metabólico*. Marzo, 6. Obtenida de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/metabolic-syndrome/symptoms-causes/syc-20351916>
- (2017) *Diabetes insípida*. Obtenida de [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetes-insipidus/symptoms-causes/syc-20351269?utm\\_source=Google&utm\\_medium=abstract&utm\\_content=Diabetes-insipidus&utm\\_campaign=Knowledge-panel](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetes-insipidus/symptoms-causes/syc-20351269?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=Diabetes-insipidus&utm_campaign=Knowledge-panel)
- Mechó, C. (2010). *La atención temprana: un compromiso con la infancia y sus familias*. Barcelona: UOC.
- Mediclopedia. (2018). Instituto Químico Biológico. Obtenido de [http://www.iqb.es/d\\_mellitus/historia/historia03.htm](http://www.iqb.es/d_mellitus/historia/historia03.htm)
- Meissner, W. (1966). *Family dynamics and psychosomatic processes*. Cambridge, Massachuset: Harvard Medical School.
- Menéndez, E., (1988) “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 451-464 <<http://hvn21.netfirms.com/indice/servicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20P%20FAblica%20II/Men%20E9ndez%20-%20Modelo%20M%20E9ndico%20Hegem%20F3nico%20y%20APS.pdf>> (consultado el 22-02-2011).
- Mercado, F. J., (1996), *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de una enfermedad crónica en un barrio urbano*. U de G. Guadalajara.
- Miguel Soca, P. E., (2009). Dislipidemias, *ACIMED* v. 20 n. 6 Ciudad de La Habana, dic. 2009, obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352009001200012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012)
- Minuchin, S. F. (2010), *Clima psicológico en el hogar*. Obtenido de TIPOS DE FAMILIAS, FAMILIAS CON APELLIDO: <http://es.scribd.com/doc/20761706/7-Tipos-de-familias>
- (1997). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós .
- (1982). *Familia y Terapia familiar*. Buenos Aires.
- Moreno Altamirano, L., (2006), *El drama social de las personas con diabetes*. Tesis de Doctorado en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Noguerón Consuegra, P. (2011). *Reflexiones sobre Nación-Estado, Poder y Gobierno*. Cultura Jurídica, Numero 1, diciembre de 2010 - febrero de 2011. [http://www.derecho.unam.mx/investigacion/publicaciones/revista-cultura/pdf/CJ\(Art\\_2\).pdf](http://www.derecho.unam.mx/investigacion/publicaciones/revista-cultura/pdf/CJ(Art_2).pdf) pp.43-53
- Oliva, E., (2013). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia*, *Scielo*. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2018). *Obesidad y sobrepeso*, Acceso/Centro de prensa/Notas descriptivas/Detail/Obesidad y sobrepeso obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- (2017). *Diabetes*, Acceso/Centro de prensa/Notas descriptivas/Detail/Diabetes obtenido de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*, obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>

- (2012). *Diabetes. Nota Descriptiva No.312*. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud, (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- (2011). *Normatividad sobre la diabetes*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446&lang=es)
- Osorio, R. M., (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.
- Pacheco Huergo, V. (2011). *Medida de Percepción de Enfermedades Crónicas: Adaptación cultural de los cuestionarios Illness perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española*, Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 22 de junio de 2017, de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84000/vph1de1.pdf?sequence=1>
- Parsons, T., (1951). *The Social System*, Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Pascual, D. et al., (2004) *Manual de la insuficiencia cardíaca, diagnóstico y tratamiento de una patología en expansión*. Madrid: Just in Time.
- Peñalosa, A. & Osorio, M. (2005), *Taller para la elaboración de instrumentos de investigación*, Departamento de investigación de la CUAM, Caracas, Venezuela. <https://es.slideshare.net/FRANCISCOSANJINEZCAL/guiaparaelaboraciondeinstrumentos>
- Peña Sánchez, E. Y. & Hernández Albarrán, L. (2005). Principales padecimientos y enfermedades en preescolares del Valle del mezquital, Hidalgo. *Estudios de antropología biológica*, Vol. XII, No. 1, 257-276. En <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/19030/18055>
- Pereira Patrón, A. M. (2015). *Un dulce sufrimiento. Experiencias y dramas sociales de la diabetes y las amputaciones derivadas de su complicación en Kinchil Yucatán*. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS Sureste. México.
- Pérez, R. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México, FCE.
- Pillcorema, B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Ecuador: Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>
- Pinto Afanador, N. & Sánchez Herrera, B., (2000). El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Cuidado y práctica de enfermería*, España, Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1209562>
- Quintero, A. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Buenos Aires: Lumen, Humanitas.
- Rajme Haje, V. (2015). *Mitos sobre la diabetes*, en Federación Mexicana de Diabetes A.C. Obtenido de: <http://fmdiabetes.org/10-mitos-y-realidades-de-la-diabetes/>
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., García Jiménez, E., (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, España, Aljibe.

- Rodríguez Sendín, J. J., (2010), Definición de "Profesión médica", "Profesional médico/a" y "Profesionalismo médico" en *Educación Médica*, vol.13, no.2, jun. 2010, Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132010000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000200001)
- Roldan, A (2011). *Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2*. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/issue/view/2074>
- Romaní, Oriol (2002) "La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9 (7): 498–504.
- Romero, M. y. (2012). La responsabilidad social de la familia y los medios de comunicación frente al fenómeno de vinculación de niños, niñas y adolescentes al conflicto armado colombiano. el caos de Aguachica Cesar, *Facultad de Educacion, Ciencias Sociales y Humanidades Universidad de la Frontera*. Obtenido de: <http://publicacionescienciasociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/125>
- Rosen, G. (1974) *From Medical Police to Social Medicine*. New York, Science History Publications.
- Sanchez, G. (2007). Historia de la diabetes. *Gac Med Bol*. v.30 n.2 Cochabamba. versión On-line ISSN 1012-2966. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662007000200016](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016)
- San Martín, H. (1983). *Ecología humana y salud*, México, La prensa médica.
- Satir, V. (1983). *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. México: Pax.
- Serrato Gómez, E. (2002). "Historia de la Diabetes" en *Revista Spin Cero*, págs. 61-64, Instituto de Enseñanza Secundaria de Málaga, el I.E.S. Pablo Picasso, Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/358221952/Historia-de-La-Diabetes>
- Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH), (2014). *Diagnóstico Sectorial de Salud 2014*. Recuperado de: <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/?p=1630>
- Servicios de Salud de Hidalgo (SSH), (2014) *Actualización del Programa Institucional de los Servicios de Salud de Hidalgo 2011-2016*. Obtenido de <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/Documentos/Actualizacion%20del%20Programa%20Institucional%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20de%20Hidalgo%202014.pdf>
- Soca, R. (2014). *Origen de la palabra médico*, Wordpress. Recuperado de: <https://verbiclar.wordpress.com/2014/08/30/origen-de-la-palabra-medico/>
- Socarrás, E. (2004). *Participación, cultura y comunidad*. La Habana: Centro de investigación y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.
- SSAE- ASSE- MSP, U. I. (2008). *DM2. Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención*. Cátedra de Endocrinología de la Fac. de Medicina, endocrinólogos de la RAP, y Programa de Salud de la Población Adulta de la RAP.
- Strauss, L. (2007). *Vida, Pensamiento y Obra, Colección Grandes Pensadores*. Planeta DeAgostini.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R., (1984), *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*, España, Paidós, 3a. edición, 2000.
- Tiernew, L. M. (2001). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. México: El Manual Moderno.
- University College London, UCL, (2015). *Ciudades Cambiando la Diabetes*. Recuperado de: <http://www.citieschangingdiabetes.com/>

- Valadez I, Aldrete G. (1990). La familia como unidad de auto-atención. *Rev Asoc Méd de Jalisco*, 1990:19:15-17.
- Valadez-Figueroa, I. de la A., Aldrete-Rodríguez, M., & Alfaro-Alfaro, N. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Pública de México*, 35(5), 464-465. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5686/6232>
- Weber, M. B., Ranjani, H., Meyers, G. C., Mohan, V., Narayan, K. M. V., (2012). A model of translational research for diabetes prevention in low and middle-income countries: The Diabetes Community Lifestyle Improvement Program (D-CLIP) trial en *Primary Care Diabetes*, Volume 6, Issue 1, April 2012, Págs. 3-9, obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2011.04.005>
- Young, Allan (1982) "The anthropologies of illness and sickness», *Ann. Rev. Anthropol.*, 11: 257–285.
- Zoltán, B., Bardi S., Brahm B., Latorre M., Maiza R., Morales B., Oksenberg R., Poniachik T., Pimentel S. (1999). La relación médico paciente y el sistema de salud. *Rev. méd. Chile* v. 127 n. 9 Santiago set. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98871999000900017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900017)

## Anexos

## Guía de entrevista para las personas con diabetes mellitus tipo 2

CODIGOS	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimenticios</li> <li>• Físicos</li> <li>• Psicológicos</li> <li>• Médicos</li> <li>• De esparcimiento</li> <li>• Cívicos y Éticos</li> <li>• Culturales</li> <li>• Educativos</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>Hábitos familiares</b></p> </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre los integrantes de la familia</li> <li>• Entre la familia y su núcleo cercano (amistad, compañeros, sentimental, etc.)</li> <li>• Entre la familia y su comunidad</li> <li>• Entre la familia y la sociedad</li> <li>• Entre la familia y las instituciones</li> </ul> <p>CODIGOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decisiones Alimenticias</li> <li>• Decisiones económicas</li> <li>• Decisiones sobre el cuidado de la salud</li> <li>• Decisiones políticas</li> <li>• Decisiones Médicas</li> <li>• Decisiones de esparcimiento</li> <li>• Decisiones Cívicas y Éticas</li> <li>• Decisiones Culturales</li> <li>• Decisiones Educativas</li> <li>• Decisiones emergentes</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <p><b>Relaciones sociales</b></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>Toma de decisiones familiares</b></p> </div>

<p>PREGUNTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quién toma las decisiones en la familia?</li> <li>• ¿Cómo se toman las decisiones dentro de su familia?</li> <li>• ¿Qué elementos se consideran para tomar una decisión?</li> <li>• ¿Cuántos miembros de la familia son los responsables de tomar decisiones?</li> <li>• ¿Quién toma la decisión final?</li> <li>• ¿Existen influencias externas en la toma de decisiones?</li> <li>• ¿Cuándo hay inconformidad en la familia por la decisión tomada, que pasa?</li> <li>• ¿Cuándo hay situaciones de emergencia como se toman las decisiones?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide la alimentación en la familia?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide la alimentación de la persona con diabetes?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide la economía familiar?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre el cuidado de la salud y la enfermedad en la familia? (hábitos, tipos de atención, alimentación, cuidados)</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre el cuidado de la salud y la enfermedad de la persona diabética? (hábitos, tipos de atención, alimentación, cuidados)</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre cuestiones políticas dentro de la familia? (afiliaciones, participación ciudadana)</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre cuestiones médicas de la persona con diabetes?</li> </ul>	
--	--

<p>(tratamientos, medicamentos, recomendaciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre el esparcimiento de la familia?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre cuestiones cívicas y éticas dentro de la familia?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre cuestiones culturales dentro de la familia?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre cuestiones educativas dentro de la familia?</li> <li>• ¿Cómo y quién decide sobre cuestiones emergentes derivadas de la enfermedad?</li> </ul> <p><b>CODIGOS:</b>  Ingreso familiar  Egreso familiar  Imprevistos  Ahorro  Apoyos externos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia extensa</li> <li>- Amigos o allegados</li> <li>- Comunidad</li> <li>- Programas sociales</li> <li>- Religión</li> </ul> <p><b>PREGUNTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quién o quienes aportan al gasto familiar?</li> <li>• ¿A cuánto asciende el gasto familiar?</li> <li>• ¿Quién o quiénes son los responsables de administrar el gasto familiar?</li> <li>• ¿Cómo se administra el gasto familiar?</li> <li>• ¿Qué porcentaje del gasto familiar se utiliza para la atención de la enfermedad?</li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p><b>Gastos Familiares</b></p> </div>
---	---

- Cuándo se presenta una crisis o imprevisto relacionado con la enfermedad, ¿Cómo y quién cubren el gasto extra?
- ¿La familia destina algún tipo de ahorro para situaciones emergentes derivadas de la enfermedad?
- ¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de su familia extensa?
- ¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de amigos o allegados?
- ¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de sus vecinos o comunidad?
- ¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de alguna organización social o comunidad religiosa?
- ¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de algún programa social?

**CODIGOS:**

Información acerca de la enfermedad (creencias, saberes, mitos)

Comunicación dentro de la familia

Roles dentro de la familia

Funciones de la familia

**PREGUNTAS:**

- ¿Qué se sabe acerca de la diabetes

**Información y Apoyo Familiar**

- ¿Cómo se involucra la familia en la atención de la enfermedad?
- ¿Qué rol tiene la persona con diabetes dentro de la familia y cuál es su función?
- ¿Qué miembro o miembros de la familia participan en la atención de la enfermedad?
- ¿Cómo se comparte la información dentro de la familia?

**CODIGOS:**

Cuidado de la enfermedad por parte de la familia

Atención de la enfermedad por parte de la familia

Cuidador principal

**PREGUNTAS:**

- Actividades que desempeña la familia para la atención de la enfermedad
- Complicaciones frecuentes en las personas con diabetes
- La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:
- La administración de la medicina a la persona con diabetes es realizada por
- Usted cree que para mantenerse en control la persona con diabetes tiene que:
- ¿Qué hace cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados?
- Usted se da cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina
- Considera problemático preparar la dieta de su familiar diabético
- Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el

**Atención y cuidado de la enfermedad**

medicamento sin indicación médica

- Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar
- Considera necesario que el diabético acuda al dentista
- Motiva a su familiar a hacer ejercicio
- El ejercicio físico baja la azúcar
- A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar
- La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos
- Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas
- ¿Qué hace usted cuando su familiar tiene cita con el médico para su control?
- ¿Conoce la dosis correcta del medicamento que su familiar debe tomar?
- ¿En su familia platican acerca de la enfermedad y de las indicaciones que el médico le dio a su familiar?
- ¿Qué toma su familiar para el control de su diabetes?
- ¿Que considera necesario hacer para el cuidado de los pies de su familiar diabético

CODIGOS:

Creencias  
Saberes  
Prácticas  
Tradiciones  
Educación  
Mitos y ritos  
Miedos

**Cultura Familiar**

- ¿Qué creencias tiene de la diabetes?
- ¿Cómo piensa que se adquiere la enfermedad?
- ¿Quién y cómo le enseñó acerca de la diabetes?
- ¿Cómo cree que debe ser atendida la diabetes?
- ¿Qué tipo de atención cree que es la adecuada para la persona diabética ¿Por qué?
- ¿La persona diabética y la familia comparte las mismas creencias acerca de la enfermedad?
- ¿La persona diabética y la familia comparte las mismas prácticas acerca de la enfermedad?
- ¿La persona diabética y la familia comparte los mismos saberes acerca de la enfermedad?
- ¿Qué significa tener diabetes?
- ¿Qué piensa acerca de la cronicidad de la enfermedad?
- ¿Qué piensa acerca de de reproducción generacional de la enfermedad?
- Cambios en los hábitos y/o tradiciones familiares
- ¿Cuál es el miedo recurrente relacionado a la enfermedad?

**CODIGOS:**

Atención a la enfermedad

Acceso a la atención

Cuidados de la salud

- Qué tipo de atención a la salud es la más utilizada por la familia
- ¿A qué tipo de atención en salud tiene acceso la familia y la persona con diabetes

**Tipos de atención**

<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿A qué tipo de atención en salud recurre habitualmente la familia?</li><li>• ¿Qué tipo de cuidados a la salud tiene la familia de la persona con diabetes?</li><li>• ¿Qué tipo de cuidados a la salud tiene la persona con diabetes?</li><li>• Los cuidados a la salud dentro de la familia son iguales o diferentes a los de la persona con diabetes, ¿Por qué?</li><li>• ¿Con que frecuencia la familia de la persona con diabetes utiliza a la medicina alópata?</li><li>• ¿Qué otros tipos de atención a la diabetes se utilizan en esa familia?</li></ul>	
--	--



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Señor/Señora:

Nos gustaría invitarlo/la a participar en un proyecto de investigación denominado **“Experiencias de tener diabetes mellitus tipo 2 y su atención en el Cardonal, Hidalgo”**. Antes de que decida aceptar, le pedimos tome el tiempo que considere necesario para leer este documento, usted deberá entender porque se está realizando esta investigación, qué va a involucrar y cuáles son los inconvenientes asociados. Siéntase en completa libertad de preguntar y hablar acerca de esta investigación con cualquier persona de su confianza. Una vez que haya leído el documento y se le hayan aclarado todas sus dudas, se le pedirá que lo firme si decide participar en él. De igual forma, se le entregara un ejemplar en original de este documento. El propósito de esta investigación es describir y analizar las experiencias sobre la diabetes y su atención que tienen personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares, médicos y funcionarios públicos residentes en la comunidad del Cardonal Hidalgo, México.

Esta investigación nos permitirá comprender como nuestro mundo se enfrenta día a día con constantes cambios, por lo que las personas con DM2 requieren transformarse y readaptarse continuamente a la sociedad; es precisamente por estas dificultades que la tarea de la familia, la comunidad y otros actores sociales de proporcionar apoyo, pero sobre todo el de responder ante la necesidad de cualquiera de sus integrantes con alguna enfermedad es muy importante, ya que la familia transforma y al mismo tiempo fortalece la estabilidad en la vida cotidiana de las personas que la integran.

Esta investigación incluirá 10 participantes, que al igual que usted, se les invitará a participar y se les proporcionará la misma carta con su respectiva explicación. Las características de los participantes son:

Ser mayores de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Tener relación de parentesco con personas con diabetes mellitus tipo 2.

Ser residentes en la comunidad del Cardonal.

Comprender y firmar el consentimiento informado para avalar su participación en la investigación.

En caso de que usted decida participar en la investigación, ocurrirá lo siguiente:

Se realizarán algunas preguntas como por ejemplo ¿Qué es para usted la diabetes?, ¿Cómo fue diagnosticado/da?, ¿Qué hace para cuidarse? y cuestiones generales acerca de cómo participan sus familiares, su comunidad, su médico y los funcionarios públicos de su municipio, que medicamentos utiliza y que otras prácticas realiza desde que fue diagnosticada/do.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 50 minutos, es posible que se requiera más de una entrevista. Lo entrevistaremos en su domicilio o donde usted considere adecuado, en el horario de su conveniencia. Es importante señalarle que por cuestiones de tiempo y veracidad el audio de la entrevista será grabado con su previa autorización. Le aclaro, que las entrevistas serán realizadas directamente por la investigadora. Es importante precisar que no se recibirá algún beneficio económico o de cualquier tipo por su participación en la investigación, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con la Universidad Nacional Autónoma de México y con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para la realización de este estudio y recibirá un ejemplar de la investigación concluida.

Toda la información que usted proporcione será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un seudónimo y no con su nombre real. Los resultados de este estudio serán

publicados con fines científicos y académicos, pero se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado(a).

Los inconvenientes potenciales que implica su participación en esta investigación son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incomodo(a) o se sintiera a disgusto para continuar con la entrevista, tiene el derecho de no responderla o incluso suspender su participación en la investigación en el momento en que usted lo considere pertinente.

Si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto:

Cynthia Michel Cortés Cárdenas al siguiente número de teléfono 5560608364 en un horario de 11-18:00. Si usted acepta participar en la investigación, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar o asentar en él, su huella digital.

---

**Nombre y Firma**

¡Gracias por su participación !

## CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

### ¿Tiene Diabetes y no lo sabe?

Para encontrar si está en riesgo de padecer diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted o a su paciente.

	SI	NO
1. Su IMC se ubica en: Normal=0, Sobrepeso=5, Obeso=10	10	5 0
2. Cintura: Mujer $\geq$ 80cm    Hombre $\geq$ 90cm	10	0
3. Normalmente hace poco o nada de ejercicio (Solo para menores de 65 años)	5	0
4. Tiene entre 45 a 64 años de edad	5	0
5. Tiene 65 o más años de edad	9	0
6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus	1	0
7. Alguno de sus padres padece o padeció diabetes mellitus	1	0
8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kg. de peso al nacer	1	0
MES/AÑO    /    /    /    /    /		
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación: está en bajo riesgo de tener diabetes. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario en 3 años.

Si obtuvo 10 o más puntos de calificación: está en alto riesgo de padecer diabetes. Haga la determinación de azúcar en sangre y aún si el resultado fuera negativo, practique estilos de vida saludable y repita la determinación en un año.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?

SI                       NO

Si la respuesta es sí, realice la determinación de azúcar en sangre, independientemente de la calificación obtenida.

### GLUCEMIA

AÑO	20__	20__	20__	20__	20__
AYUNO					
CASUAL					

**POSITIVA:** Si su prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o más de 140 mg/dl casual. Tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

**NEGATIVO:** Si la prueba de Glucemia es menor de 100 mg/dl.

Cuenta con Seguridad Social		SI	NO	IMSS	ISSSTE	OTRO:			
AÑO	20__	20__	20__	20__	20__	20__			
PESO (kg)									
ESTATURA (mts)									
LM.C. (kg/m <sup>2</sup> )									
CINTURA (cm)									
Riesgo	0	5	10						
Peso	Normal	Sobrepeso	Grados de obesidad						
			I	II	III				
IMC*	18.5	24.9	25	29.9	30	34.9	35	39.9	$\geq$ 40
Estatura	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Más de:
1.44	38.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7	82.9
1.46	39.4	53.0	53.3	63.7	63.9	74.4	74.6	85.1	85.3
1.48	40.5	54.5	54.8	65.5	65.7	76.4	76.7	87.4	87.6
1.50	41.6	56.0	56.3	67.3	67.5	78.5	78.8	89.8	90.0
1.52	42.7	57.5	57.8	69.1	69.3	80.6	80.9	92.2	92.4
1.54	43.9	59.1	59.3	70.9	71.1	82.8	83.0	94.6	94.9
1.56	45.0	60.6	60.8	72.8	73.0	84.9	85.2	97.1	97.3
1.58	46.2	62.2	62.4	74.6	74.9	87.1	87.4	99.6	99.9
1.60	47.4	63.7	64.0	76.5	76.8	89.3	89.6	102.1	102.4
1.62	48.6	65.3	65.6	78.5	78.7	91.6	91.9	104.7	105.0
1.64	49.8	67.0	67.2	80.4	80.7	93.9	94.1	107.3	107.6
1.66	51.0	68.6	68.9	82.4	82.7	96.2	96.4	109.9	110.2
1.68	52.2	70.3	70.6	84.4	84.7	98.5	98.8	112.6	112.9
1.70	53.5	72.0	72.3	86.4	86.7	100.9	101.2	115.3	115.6
1.72	54.7	73.7	74.0	88.5	88.8	103.2	103.5	118.0	118.3
1.74	56.0	75.4	75.7	90.5	90.8	105.7	106.0	120.8	121.1
1.76	57.3	77.1	77.4	92.6	92.9	108.1	108.4	123.6	123.9
1.78	58.6	78.9	79.2	94.7	95.1	110.6	110.9	126.4	126.7
1.80	59.9	80.7	81.0	96.9	97.2	113.1	113.4	129.3	129.6
1.82	61.3	82.5	82.8	99.0	99.4	115.6	115.9	132.2	132.5
1.84	62.6	84.3	84.6	101.2	101.6	118.2	118.5	135.1	135.4

\*Fuente: World Health Organization. Report of a WHO Consultation. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Geneva, WHO 1997



## **Guía de entrevista para médicos**

### **Objetivo:**

El objetivo de esta guía de entrevista consiste en conocer la experiencia personal, y profesional de las personas que tratan de manera cotidiana con personas diabéticas y sus familiares. Esta experiencia enriquecerá las diferentes perspectivas que se tienen acerca de la diabetes y, por lo tanto, podrá considerar en las diferencias puntos de encuentro para incidir en la atención de esta enfermedad.

### **Guía de entrevista y categorías de análisis**

#### **Conceptualización**

Con base en su experiencia, ¿de qué otras maneras definen las personas a la diabetes? ¿Cómo la define usted?

#### **Factores y grupos de riesgo**

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar DM 2?

¿En qué grupos de riesgo está indicado realizar filtros de detección de diabetes?

¿Cuál es la prueba más fiable para el tamizaje de diabetes? ¿Cada cuánto tiempo hay que realizar el tamiz en población de riesgo?

#### **Percepción de la causalidad**

¿Qué causas le atribuye a la diabetes? ¿Qué causas le atribuyen las personas a la diabetes?

Podría mencionar algún evento detonante de la diabetes referido por las personas diabéticas

¿Cuáles son los efectos secundarios a corto y largo plazo de la diabetes?, ¿las personas diabéticas son conscientes de estos?

¿Cómo explica a las personas diabéticas el proceso de su enfermedad? ¿Qué apoyos utiliza para tener un mayor impacto?

A su consideración, entre los diabéticos y sus familiares, la diabetes es considerada como: (buena, mala, castigo, etc.)

### **Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

¿Qué tipo de tratamiento es el recomendado para la DM 2?

¿Cuál es el tratamiento farmacológico inicial de pacientes con diabetes que no alcanzan criterios de control glucémico adecuados?

¿Qué estrategias de combinación de fármacos son recomendables en el tratamiento de pacientes con diabetes con mal control glucémico?

¿En qué casos se prescribe insulina? ¿Qué beneficios y proporciona?

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de su uso?

En su opinión, ¿Las personas con DM 2, tienen aceptación, renuencia o indiferencia al uso de la insulina?

¿Cómo se sensibiliza a la población de los beneficios de uso? ¿Quién se encarga de esta labor? ¿Qué técnicas utiliza?

### **Educación**

¿Cuáles son los objetivos y contenidos de la educación dirigida a pacientes con DM 2?

¿Es eficaz la educación dirigida a pacientes con DM 2?

¿Cómo debe ser la educación dirigida a pacientes con DM 2 en atención primaria y en atención especializada?

¿Cómo se maneja el autocontrol de la persona con DM 2 (con componentes como autocontrol de peso, ejercicio, autoanálisis, pie o presión arterial)?

### **Dieta y ejercicios**

¿Cuál es la dieta más recomendada por usted para en el paciente con diabetes?

¿Cuáles son los efectos del ejercicio físico en pacientes con DM 2? ¿Qué tipo de ejercicio se recomienda?

### **Apego al tratamiento y métodos alternativos**

A su consideración, ¿de qué depende el apego al tratamiento de las personas diabéticas?

¿Tiene conocimiento de métodos alternativos utilizados en la región para tratar la DM 2?

¿Utiliza o ha utilizado algún tratamiento alternativo para la DM 2? ¿Qué opina acerca de la eficiencia de estos métodos?

### **Aspectos de la atención**

¿Le satisface el tipo de atención que ofrece a las personas diabéticas?

¿El personal que labora en su institución está familiarizado con la cultura de la comunidad diabética?

En su práctica profesional, ha considerado la experiencia (creencias, significados, saberes, mitos, etc.) de las personas con diabetes como parte del diagnóstico o del tratamiento.

**¡Gracias por su participación!**

## **Guía de entrevista para familiares**

### **Objetivo:**

El objetivo de esta guía de entrevista consiste en conocer la experiencia de las personas diabéticas y sus familiares. Esta experiencia enriquecerá las diferentes perspectivas que se tienen acerca de la diabetes y, por lo tanto, podrá considerar en las diferencias puntos de encuentro para incidir en la atención de la salud de esta enfermedad crónica.

### **Categoría: Hábitos familiares**

#### **Códigos**

Alimenticios

Físicos

Psicológicos

Médicos

De esparcimiento

Cívicos y Éticos

Culturales

Educativos

### **Categoría: Relaciones sociales**

#### **Códigos**

Entre los integrantes de la familia

Entre la familia y su núcleo cercano (amistad, compañeros, sentimental, etc.)

Entre la familia y su comunidad

Entre la familia y la sociedad

Entre la familia y las instituciones

**Categoría: Toma de decisiones familiares**

**Códigos**

Decisiones Alimenticias

Decisiones económicas

Decisiones sobre el cuidado de la salud

Decisiones políticas

Decisiones Médicas

Decisiones de esparcimiento

Decisiones Cívicas y Éticas

Decisiones Culturales

Decisiones Educativas

Decisiones emergentes

**Preguntas:**

¿Quién toma las decisiones en la familia?

¿Cómo se toman las decisiones dentro de su familia?

¿Qué elementos se consideran para tomar una decisión?

¿Cuántos miembros de la familia son los responsables de tomar decisiones?

¿Quién toma la decisión final?

¿Existen influencias externas en la toma de decisiones?

¿Cuándo hay inconformidad en la familia por la decisión tomada, que pasa?

¿Cuándo hay situaciones de emergencia como se toman las decisiones?

¿Cómo y quién decide la alimentación en la familia?

¿Cómo y quién decide la alimentación de la persona con diabetes?

¿Cómo y quién decide la economía familiar?

¿Cómo y quién decide sobre el cuidado de la salud y la enfermedad en la familia?  
(hábitos, tipos de atención, alimentación, cuidados)

¿Cómo y quién decide sobre el cuidado de la salud y la enfermedad de la persona diabética?  
(hábitos, tipos de atención, alimentación, cuidados)

¿Cómo y quién decide sobre cuestiones políticas dentro de la familia? (afiliaciones, participación ciudadana)

¿Cómo y quién decide sobre cuestiones médicas de la persona con diabetes? (tratamientos, medicamentos, recomendaciones)

¿Cómo y quién decide sobre el esparcimiento de la familia?

¿Cómo y quién decide sobre cuestiones cívicas y éticas dentro de la familia?

¿Cómo y quién decide sobre cuestiones culturales dentro de la familia?

¿Cómo y quién decide sobre cuestiones educativas dentro de la familia?

¿Cómo y quién decide sobre cuestiones emergentes derivadas de la enfermedad?

### **Categoría: Gastos Familiares**

#### **Códigos**

Ingreso familiar

Egreso familiar

Imprevistos

Ahorro

Apoyos externos:

- Familia extensa
- Amigos o allegados
- Comunidad
- Programas sociales
- Religión

#### **Preguntas:**

¿Quién o quienes aportan al gasto familiar?

¿A cuánto asciende el gasto familiar?

¿Quién o quiénes son los responsables de administrar el gasto familiar?

¿Cómo se administra el gasto familiar?

¿Qué porcentaje del gasto familiar se utiliza para la atención de la enfermedad?

Cuándo se presenta una crisis o imprevisto relacionado con la enfermedad,

¿Cómo y quién cubren el gasto extra?

¿La familia destina algún tipo de ahorro para situaciones emergentes derivadas de la enfermedad?

¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de su familia extensa?

¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de amigos o allegados?

¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de sus vecinos o comunidad?

¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de alguna organización social o comunidad religiosa?

¿La familia recibe algún tipo de apoyo relacionado con la atención de la enfermedad, por parte de algún programa social?

### **Categoría: Información y Apoyo Familiar**

#### **Códigos**

Información acerca de la enfermedad (creencias, saberes, mitos)

Comunicación dentro de la familia

Roles dentro de la familia

Funciones de la familia

Preguntas:

¿Qué se sabe acerca de la diabetes

¿Cómo se involucra la familia en la atención de la enfermedad?

¿Qué rol tiene la persona con diabetes dentro de la familia y cuál es su función?

¿Qué miembro o miembros de la familia participan en la atención de la enfermedad?

¿Cómo se comparte la información dentro de la familia?

### **Categoría: Atención y cuidado de la enfermedad**

#### **Códigos:**

Cuidado de la enfermedad por parte de la familia

Atención de la enfermedad por parte de la familia

Cuidador principal

**Preguntas:**

Actividades que desempeña la familia para la atención de la enfermedad

Complicaciones frecuentes en las personas con diabetes

La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por:

La administración de la medicina a la persona con diabetes es realizada por:

Usted cree que para mantenerse en control la persona con diabetes tiene que:

¿Qué hace cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados?

¿Usted se da cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina?

¿Considera problemático preparar la dieta de su familiar diabético?

¿Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica?

¿Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar?

¿Considera necesario que el diabético acuda al dentista?

¿Motiva a su familiar a hacer ejercicio?

¿El ejercicio físico baja la azúcar?

¿A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar?

¿La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos?

¿Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas?

¿Qué hace usted cuando su familiar tiene cita con el médico para su control?

¿Conoce la dosis correcta del medicamento que su familiar debe tomar?

¿En su familia platican acerca de la enfermedad y de las indicaciones que el médico le dio a su familiar?

¿Qué toma su familiar para el control de su diabetes?

¿Que considera necesario hacer para el cuidado de los pies de su familiar diabético

## **Categoría: Cultura Familiar**

### **Códigos:**

Creencias

Saberes

Prácticas

Tradiciones

Educación

Mitos y ritos

Miedos

### **Preguntas:**

¿Qué creencias tiene de la diabetes?

¿Cómo piensa que se adquiere la enfermedad?

¿Quién y cómo le enseñó acerca de la diabetes?

¿Cómo cree que debe ser atendida la diabetes?

¿Qué tipo de atención cree que es la adecuada para la persona diabética ¿Por qué?

¿La persona diabética y la familia comparte las mismas creencias acerca de la enfermedad?

¿La persona diabética y la familia comparte las mismas prácticas acerca de la enfermedad?

¿La persona diabética y la familia comparte los mismos saberes acerca de la enfermedad?

¿Qué significa tener diabetes?

¿Qué piensa acerca de la cronicidad de la enfermedad?

¿Qué piensa acerca de reproducción generacional de la enfermedad?

Cambios en los hábitos y/o tradiciones familiares

¿Cuál es el miedo recurrente relacionado a la enfermedad?

## **Categoría: Tipos de atención**

### **Códigos:**

Atención a la enfermedad

Acceso a la atención

Cuidados de la salud

### **Preguntas:**

¿Qué tipo de atención a la salud es la más utilizada por la familia?

¿A qué tipo de atención en salud tiene acceso la familia y la persona con diabetes?

¿A qué tipo de atención en salud recurre habitualmente la familia?

¿Qué tipo de cuidados a la salud tiene la familia de la persona con diabetes?

¿Qué tipo de cuidados a la salud tiene la persona con diabetes?

Los cuidados a la salud dentro de la familia son iguales o diferentes a los de la persona con diabetes, ¿Por qué?

¿Con que frecuencia la familia de la persona con diabetes utiliza a la medicina alópata?

¿Qué otros tipos de atención a la diabetes se utilizan en esa familia?

**¡Gracias por su participación !**

## **Guía de entrevista para funcionarios**

### **Objetivo:**

El objetivo de esta guía de entrevista consiste en conocer la experiencia personal, y profesional de las personas que tratan de manera cotidiana con personas diabéticas y sus familiares. Esta experiencia enriquecerá las diferentes perspectivas que se tienen acerca de la diabetes y, por lo tanto, podrá considerar en las diferencias puntos de encuentro para incidir en la atención de la salud de esta enfermedad crónica.

### **Objetivo:**

El objetivo de esta guía de entrevista consiste en conocer su experiencia personal, y profesional como representante de la comunidad del Cardonal, quien se relaciona cotidianamente con personas diabéticas y sus familiares. Esta experiencia enriquecerá las diferentes perspectivas que se tienen acerca de la diabetes y, por lo tanto, podrá considerar en las diferencias puntos de encuentro para incidir en la atención de la salud de esta enfermedad crónica.

## **Guía de entrevista y categorías de análisis**

### **Conceptualización**

Con base en su experiencia, ¿de qué otras maneras definen las personas a la diabetes? ¿Cómo la define usted?

## Cultura

### Categorías de análisis:

Creencias

Saberes

Prácticas

Tradiciones

Educación

Mitos y ritos

Miedos

¿Qué creencias se tienen en la comunidad acerca de la diabetes? ¿Cuáles son sus creencias?

¿Cómo piensa que se adquiere la diabetes?

¿Quién y cómo le enseñó acerca de la diabetes?

¿Cómo cree que debe ser atendida una persona con diabetes?

¿Qué tipo de atención cree que es la adecuada para la persona diabética ¿Por qué?

En su opinión ¿La persona diabética, la familia y la comunidad comparten las mismas creencias acerca de la diabetes?

Desde su experiencia, ¿cuáles son las prácticas tradicionales en el Cardonal para el tratamiento de la diabetes?

¿Qué sabe usted acerca de la diabetes?

Para usted, ¿qué podría significar tener diabetes?

¿Qué piensa acerca de la cronicidad de la enfermedad?

¿Qué piensa acerca de la reproducción generacional de la enfermedad?

En su opinión, ¿Cuáles son los cambios más evidentes en los hábitos y/o tradiciones familiares de las personas con diabetes?

¿Cuál considera es la necesidad primordial por atender de las personas diabéticas?

¿Cuáles son las principales demandas de la comunidad diabética a las que se dan respuesta?

### **Estrategias y acciones**

En su opinión, ¿cómo se logra el bien común de las personas con diabetes, mediante la prestación de servicios públicos?

¿Qué estrategias y acciones lleva a cabo la cabecera municipal con relación a la prevención, tratamiento y atención de la diabetes?

¿Cómo se planea una acción social encaminada a la salud?

¿Qué elementos se toman en consideración para desarrollar o implementar un plan o proyecto social en el Cardonal?

¿Cómo es la participación ciudadana en el Cardonal?

¿Cómo se fomenta o promueve la participación ciudadana en el Cardonal?

¿Qué papel juega la cultura del Cardonal en la atención de la persona diabética?

¿Por qué?

### **Recursos**

¿Con que recursos cuenta el municipio para atender a la población con diabetes?

¿Los recursos necesarios para atender a la población con diabetes son suficientes?

¿Cómo se integran los recursos institucionales para satisfacer la necesidad de la población diabética?

¿Cómo se incluye a la población en solución de las problemáticas comunitarias?

**¡Gracias por su participación!**

# GUIA DE OBSERVACION

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Hora de inicio y término de la observación: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

## Criterios físicos

Geográficos, límites, lugares cercanos  
colindancias  
Hidrografía (ríos, lagos, lagunas)  
Orografía (montañas, cerros, etcétera)  
Clima  
Flora y fauna

## Estructura

Construcciones y tipos de vivienda  
Escuelas en la comunidad  
Servicios médicos y de salud  
Servicios de seguridad  
Infraestructura  
Centros deportivos y recreativos  
Iglesias o capillas  
equipamiento

## Sitios de interés

Lugares concurridos por la población  
Espacios turísticos o históricos

## Sectores económicos

Principales fuentes de empleo  
Tipos de transporte  
Mercados

## Criterios sociales

Relaciones sociales  
Importancia de la religión dinámica con otras  
comunidades  
Celebraciones y fiestas patronales  
Estructura y características de la familia

Características de la población  
Dinámica de la familia  
Espacios y horarios de convivencia

**Criterios económicos**

Principales actividades económicas  
Principales satisfactores de las necesidades  
básicas

**Criterios políticos**

Apoyo del gobierno y sus representantes  
Estructura política  
Redes de apoyo  
Instituciones públicas y privadas  
Organizaciones civiles

**Criterios culturales**

Hábitos culturales  
Prácticas y creencias  
Medicina alternativa  
Tipos de atención



Otros aspectos observados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---