



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

**LA EXPERIENCIA DE PADECER
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN
GRUPO DE PERSONAS ORIGINARIAS
MAZATECAS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

URBANO IVÁN ALFARO NOLASCO

NO. DE CUENTA: 41400115-6

DIRECTORA DE TESIS

MARÍA VICTORIA LEONOR FERNÁNDEZ GARCÍA



CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A mi madre, que me enseñó que debo de esforzarme diariamente para lograr mis objetivos, por ser una inspiración para poder realizar este trabajo y por el amor con el que me crió para lograr ser quien soy. A mi padre, por todo el apoyo que me otorgó, por el esfuerzo que hizo para cuidar de mí desde lejos y por siempre estar cuando lo necesito.

A mi esposa, por el amor y apoyo incondicional que siempre me da, por ayudarme a mejorar como ser humano, por estar a mi lado a pesar de todas las adversidades.

Gracias a mi maestra y tutora de tesis por todo lo que me ha enseñado en estos años, por la paciencia que me ha tenido y por la bondad que me ha mostrado.

A todas las personas en Nuevo Ixcatlán que me dedicaron un tiempo de su vida y me abrieron las puertas de sus hogares para darme sus testimonios. A mis tíos, que sin ellos no hubiese sabido qué hacer cuando llegué al pueblo, gracias por sus muestras de afecto, por su hospedaje y su tiempo.

Quiero que quien lea este trabajo sepa que tengo un agradecimiento especial a mi familia gatuna, sin Kiki y Didi no hubiese sido posible terminar este trabajo, pues ellas me salvaron del mar de emociones en el que me encontraba sumergido.

Dedicatorias.

A mis luces en el cielo.

Índice

1.	Introducción.....	6
1.1	Planteamiento del problema.....	8
1.2	Objetivos.....	11
1.2.1	General.....	11
1.2.2	Específicos.....	11
2.	Marco teórico y conceptual.....	12
2.1	Diabetes mellitus.....	12
2.2	Población indígena.....	13
2.3	Interculturalidad.....	14
2.4	Cultura, salud, enfermedad y padecer.....	16
2.5	Mazatecos.....	19
2.5.1	Organización social y territorio.....	19
2.5.2	Religión y cosmovisión.....	20
2.5.3	Actividades productivas.....	21
2.5.4	Vivienda y servicios públicos.....	22
2.5.5	Fiestas, gastronomía y vestimenta.....	22
2.5.6	Salud.....	23
2.5.7	Los mazatecos y la presa Miguel Alemán.....	25
3.	Revisión de la literatura.....	29
3.1	Origen y causa de la enfermedad.....	29
3.2	Tratamiento para la enfermedad.....	31
3.3	Problemas a causa de la enfermedad.....	33
4.	Escenario de estudio.....	34
5.	Metodología.....	36
5.1	Fundamentación metodológica.....	36
5.2	Tipo de estudio.....	37
5.3	Características de los participantes.....	37
5.4	Tipo de muestreo.....	38
5.5	Recolección de la información.....	39
5.6	Análisis de los datos.....	41

5.7	Rigor metodológico	43
5.8	Consideraciones éticas	45
6.	Hallazgos	47
6.1	Características de los participantes.....	48
6.2	Categorías y subcategorías.....	62
6.2.1	Categoría: Inicio de la enfermedad	64
6.2.2	Categoría: Cotidianidad	68
6.2.3	Categoría: Atención a la enfermedad.....	84
7.	Discusión	94
8.	Conclusiones.....	108
9.	Propuestas.....	109
10.	Referencias bibliográficas	111
11.	Anexos	120

1. Introducción

En el presente trabajo se aborda la experiencia de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde la perspectiva de un grupo de indígenas mazatecos de Nuevo Ixcatlán, Veracruz. El objetivo es que se describa la experiencia de padecer DM2 desde la cotidianidad de los indígenas mazatecos y que los resultados de este trabajo sirvan como apoyo para que el personal de salud actúe e intervenga de acuerdo con el contexto cultural y de pobreza en el que viven los pueblos originarios.

Para fundamentar este trabajo se abordaron conceptos como pueblos indígenas, interculturalidad, y padecer, este último concepto propuesto por Arthur Kleinman ¹ deriva de la palabra *illness* que se refiere al sufrimiento de vivir con una enfermedad, la separa del concepto de enfermedad (*disease*) apegada más al modelo biomédico, y malestar (*sickness*) como el producto de la relación de los anteriores conceptos. Se retomó sólo el concepto padecer (*illness*) ya que a partir de este se describe la experiencia de padecer* DM2 el cual es el objetivo de este estudio. Para desarrollar esta investigación se utilizó la metodología cualitativa con enfoque en la etnografía pues ofrece las herramientas necesarias para el estudio de la subjetividad de la experiencia vivida dentro de un contexto particular de pueblos originarios. Los testimonios arrojaron temas importantes para los mazatecos como el apoyo familiar, la alimentación, el trabajo, el acceso y la atención de los servicios de salud, entre

* En el contexto de este estudio, experiencia de padecer se refiere al hecho de sentir y vivir de acuerdo con las circunstancias del cuerpo, las emociones, la mente, lo familiar y lo social, motivado por la condición de padecer diabetes.

otros; pues son relevantes dentro de la vida cotidiana y contexto cultural de las personas mazatecas con DM2.

1.1 Planteamiento del problema

La alta prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se reconoce como un problema de salud pública mundial, en el año 2021, aproximadamente 537 millones de personas en el mundo padecieron esta enfermedad, según datos de la Federación Internacional de la Diabetes ² (IDF, por sus siglas en inglés). Así como en el resto del mundo, en México esta enfermedad va en aumento, en el 2012 existían diagnosticados 6.4 millones de adultos con diabetes, siendo el 9.2% de la población, mientras que en el 2017 se incrementó a 12.03 millones, y por último en el 2021 se incrementó a 14.1 millones de personas con diabetes, que resulta ser el 11.19% de la población total del país ^{2, 3}. La estimación que se tiene para el año 2045, en población de 20 a 79 años, es que haya 18.59 millones de personas con esta enfermedad ². De la misma manera, han aumentado las muertes a causa de la DM2, tal como lo muestran las siguientes cifras: en el 2010 las defunciones totales en México por DM2 fueron de 82 964, en el 2015 aumentaron a 98 521, y en el 2020 a 151,019 personas, equivalente al 14% del total de muertes en ese año ^{2, 4}.

El aumento de la población con esta enfermedad abarca a todos los grupos poblacionales, ya sean comunidades urbanas, rurales e indígenas del país, siendo los dos últimos los más vulnerables puesto que muchos de ellos viven marginados, y con deficiencias e inequidad en la obtención de la salud y en el control de sus enfermedades, además del contexto de pobreza de estos grupos poblacionales.

A partir de lo anterior, se puede mencionar que la población indígena mexicana está conformada por 68 pueblos etnolingüísticos, con una población total aproximada de

26 millones de personas, así lo muestra la Encuesta Intercensal del 2015; que, de los 121 millones de habitantes en el país, 21.5% se autodesigna indígena⁵. Así como la población indígena es grande en México, del mismo modo su proporción con la DM2, por ejemplo, en la población zapoteca y mixe de Oaxaca se estima una prevalencia de esta enfermedad del 13.3% y 7.1% en las mujeres, y 6.2% y 5.7% en los hombres respectivamente, aunque aún faltan cifras por reportarse de los demás grupos originarios pues la literatura no aporta más datos sobre los pueblos originarios del país⁶.

De los 68 pueblos indígenas que existen en México uno corresponde a los mazatecos, y dentro de ellos se encuentran los que habitan la comunidad de Nuevo Ixcatlán, en el municipio de Playa Vicente, Veracruz, esta comunidad en el 2010 tenía una población de 3,770 (3,399 en el 2020) habitantes, de los cuales 2,091 (58%) no eran derechohabientes en los distintos programas públicos de salud, por lo que el uso de saberes médicos culturales es de suma importancia para su población, ya que la falta de infraestructura, servicios y suministros de salud no pueden abastecer a toda la comunidad, aunado al alto grado de marginación de la comunidad^{7, 8}.

Por otro lado es necesario mencionar que desde el punto de vista biomédico el tratamiento de la DM2 intenta equilibrar y monitorear la ingesta de calorías (dieta) y el gasto energético (ejercicio) para el control de la enfermedad, además del uso de fármacos, en este sentido no se toman en cuenta los significados y reinterpretaciones que los pueblos indígenas atribuyen a la enfermedad, a las actitudes que toman en torno a su salud, y a la experiencia personal de padecer DM2, además de que

presenta un costo que no en todos los casos puede ser cubierto debido a la desigualdad económica, y cabe mencionar que la relación profesional de salud-persona se caracteriza por incompreensión cultural. Por lo anterior, Arganis⁹ menciona que vivir más tiempo con la enfermedad propicia que se reinterpreten sus significados y que la vida de los individuos que la sufren se modifique, según lo dicte su cultura. Si bien la DM2 es un proceso fisiológico objetivo, Susser¹⁰ (citado por Moreno, 2007) menciona que el término padecer comprende al estado subjetivo percibido por el individuo. Mientras que Kleinman^{1,9,11} refiere que el padecimiento es la experiencia de sentir y sufrir una serie de síntomas y tiene que ver con la experiencia vivida de vigilar los procesos, las categorías, las explicaciones y los juicios de las personas sobre cómo enfrentar la enfermedad. Entonces, el padecimiento tendrá un significado individual para cada persona acorde a su cultura particular y a sus experiencias de vida con la enfermedad, por lo cual es necesario describir la experiencia de padecer DM2, sobre sus formas de controlarla, y de las repercusiones en su vida cotidiana, así como de la relación que establecen con el personal de salud¹¹.

Cabe mencionar que para tratar la enfermedad y mejorar el estado de salud dependen en gran medida de la disponibilidad de los recursos económicos y la accesibilidad de los servicios de salud, pues son los pueblos indígenas los más vulnerables a sufrir la enfermedad por el difícil acceso a los servicios de salud y a seguir un tratamiento integral (farmacológico y no farmacológico), además de no recibir una atención culturalmente apropiada¹². En este contexto, es fundamental profundizar en el

conocimiento sobre la experiencia de las personas que padecen diabetes y como enfrentan las diferentes situaciones. A partir de lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la experiencia de padecer DM2 en un grupo de personas originarias de la cultura mazateca residentes de Nuevo Ixcatlán, Veracruz?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Describir la experiencia de padecer DM2 en un grupo de personas originarias de la cultura mazateca residentes de Nuevo Ixcatlán, Veracruz.

1.2.2 Específicos

- Describir las causas que atribuyen los indígenas mazatecos al origen de la DM2.
- Describir los saberes que tienen los indígenas mazatecos acerca de la DM2.
- Describir los recursos con que cuentan para enfrentar la DM2.
- Describir los malestares provocados por la DM2.
- Identificar y describir el tipo de atención médica que buscan para tratar la DM2.
- Describir la relación con los profesionales de la salud de los servicios de salud públicos y privados.

2. Marco teórico y conceptual

Esta investigación tiene como propósito estudiar la experiencia de padecer DM2 en un grupo de indígenas mazatecos, por lo cual presento en este trabajo aspectos relevantes de esta cultura en particular, cabe resaltar que la información recabada de la cultura mazateca descrita más adelante se encuentra en una época distinta (década de 1950). Así también se describirá el concepto de padecer (illness) diferenciándolo del concepto enfermedad (disease) descrito por Arthur Kleinman con el cual se sustenta este trabajo ^{1, 9, 11}.

2.1 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica que se asocia a la producción ineficiente de la hormona insulina que produce el páncreas (diabetes mellitus de tipo 1), y a la utilización ineficaz de la insulina que produce el páncreas (diabetes mellitus del tipo 2) ¹³. La insulina es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo para producir de ellos la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos ². El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos, estos daños pueden conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales ^{2, 13}.

En la DM2 el organismo no utiliza la insulina eficazmente. Los síntomas son las micciones frecuentes, sed excesiva, hambre incesante, el adelgazamiento, las alteraciones de la vista y el cansancio, pero a veces no los puede haber; por lo que su

diagnóstico se hace posible hasta varios años después de su inicio, cuando algunas complicaciones se hacen visibles ¹⁴. Las complicaciones que se ocasionan por el diagnóstico tardío y un tratamiento inadecuado pueden ser infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y la muerte prematura ¹⁵. Las personas con DM2 pueden controlar su enfermedad a través de una dieta sana, actividad física y medicación oral a través de hipoglucemiantes, pero si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en sangre, puede que tengan que inyectarse insulina. Mientras que el riesgo de tener DM2 está determinado por antecedentes familiares, un episodio anterior de diabetes gestacional, edad avanzada, sobrepeso y obesidad, cambios en la dieta, falta de actividad física, tabaquismo ^{2, 14}.

2.2 Población indígena

La Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI) ¹⁶ considera población indígena a "... todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes declaró ser hablante de alguna lengua indígena. Incluye también a personas que declaran hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares". Por su parte, Rodríguez ¹⁷ menciona que una población indígena podría definirse como un "... pequeño grupo poblacional autóctono, con una estructura sociocultural que le es propia".

EL Consejo para Prevenir y Eliminar la discriminación de la Ciudad de México (COPRED)¹⁸ define a los pueblos indígenas como: aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y

que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, siendo la conciencia de la identidad indígena el criterio fundamental para determinarlos como tales, es decir, que se autoadscriben a un grupo étnico. Menciona también que los pueblos originarios tienen una serie de rasgos particulares como el lenguaje, los usos y costumbres, y las tradiciones, entre otras, y que a su vez generan necesidades y derechos diferenciados al resto de la población, además de sufrir de pobreza y marginación que se traducen en rezago educativo, desempleo y problemas de salud; sus territorios son explotados, y no existen programas de gobierno que logren ayudar a superar sus problemáticas específicas.

2.3 Interculturalidad

La interculturalidad es una situación y un proceso entre grupos culturales, de convivencia en un entorno compartido, es la interacción entre dos o más culturas para comunicarse y compartir sus formas de ser en todas las manifestaciones de la vida social y natural ^{19, 20}.

El contacto e intercambio entre las culturas debe ser equitativo, este contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, la comunicación y el aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y modos de pensar distintas, para que de ese modo se genere, construya y propicie un respeto mutuo, y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales ¹⁸. De ese modo, el reconocimiento y la aceptación de las diferencias llevará al establecimiento de relaciones culturales y la integración de las culturas ²¹.

Al interactuar dos culturas distintas se pueden encontrar diferencias por el choque cultural de las partes, la interculturalidad es el medio que busca promover o generar entre las personas, culturas, pueblos e instituciones, vínculos más equilibrados y armónicos que fortalezcan las relaciones humanas de convivencia, el respeto mutuo y la construcción de opciones de vida conjuntas y compartidas, primero tiene que haber un reconocimiento entre las distintas culturas, así como un reconocimiento de las diferencias de cada uno, en el que se privilegia y potencializa los propósitos comunes o valores que las partes aporten a su sociedad, esto porque cada grupo cultural, comunidad, pueblo, etc., busca la forma de satisfacer sus necesidades, y que generen en el trayecto de su convivencia expresiones culturales específicas²²⁻²⁴.

Otro concepto secundario es la interculturalidad en salud, que considera parte de todo el proceso al entorno cultural, los recursos terapéuticos, los actores sociales de la salud, la diversidad y el respeto, respecto a las diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y la enfermedad, por lo que se debe identificar a cada grupo particular e identificar sus prácticas culturales, para llegar a una relación que conlleve al respeto para un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos indígenas^{19, 20, 25}. En este sentido, la cultura no se contextualiza en la práctica biomédica, sino más bien es sometida, de esta forma la medicina tradicional indígena y la medicina popular se convierten en barreras, por lo tanto la interculturalidad en salud intenta integrar ambas partes para eliminar la supremacía de la biomedicina y crear relaciones interculturales que apoyen la práctica del personal de salud, además

de que las intervenciones sean efectivas y con respeto hacia los pueblos originarios^{25, 26}.

2.4 Cultura, salud, enfermedad y padecer

La cultura comprende las ideas, las dimensiones simbólicas expresivas, los comportamientos y los productos materiales que las personas y los grupos sociales comparten, aprenden, transmiten, producen y crean a través de las interacciones sociales, son diversos y son aceptados únicamente dentro de un contexto particular²³. Al compartir una cultura, se comparten valores en común, que son aceptados por todos los miembros de una sociedad y con base en ellos se establecen patrones de conducta, derechos y obligaciones que regulan y norman la interacción social, por tal motivo cada pueblo organiza su realidad de manera específica para que sus miembros sepan que esa es la visión correcta del mundo (Parsons, 1982; citado por Cardozo, 2006)²⁷. La cultura cumple la función de configurar e instituir el comportamiento de las personas, pues construye la subjetividad de los individuos a partir de un proceso simbólico e interpretativo, esto garantiza la cohesión y da continuidad a su orden social²⁷.

La cultura constituye una parte de nuestro ser como seres humanos, por lo cual no debe ser excluida de ninguna forma para establecer una relación *profesional de salud-persona*. Se debe entonces reconocer que depende de las necesidades de cada persona, grupo o comunidad cómo será la forma en la que se generen las expresiones culturales específicas que los caracteriza, y a través de su identificación se podrán establecer relaciones interculturales²³. En contraste la biomedicina busca modificar o

erradicar tales expresiones culturales que se contraponen a su tratamiento, ya que su éxito está en función de que la persona enferma obedezca las indicaciones médicas, pero fracasa casi siempre porque no considera las condiciones psicológicas, económicas, sociales y culturales de las personas, de este modo se crean barreras o problemas de comunicación porque interactúan dos modelos explicativos distintos (el profesional y el del grupo cultural)^{27, 28}.

Por lo tanto se requiere de la interculturalidad en salud para el desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y el sistema biomédico expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal de conjunción de saberes, donde se pueda aprovechar el conocimiento y las prácticas tradicionales vinculadas con las distintas culturas, y que se procure el respeto de los conocimientos de los pueblos indígenas para propiciar espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre la medicina tradicional indígena, la medicina popular y la biomedicina^{28, 29}.

La biomedicina considera a la enfermedad como una alteración de algún órgano u órganos del cuerpo, causadas por agentes específicos que afectan al organismo de modo previsible, y a la salud como mera ausencia de todo ello, de este modo no se consideran las concepciones de la enfermedad de parte de quien la padece³⁰. Asimismo, los diversos grupos culturales poseen modelos conceptuales que explican el origen de sus enfermedades, esto conlleva a prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con su cosmovisión (Bernal, 1996; citado por Baeta, 2015)³¹. Así es como los grupos originarios favorecen y condicionan el estado de salud y de enfermedad, pues dentro de su propio marco cultural crean o elaboran

tales conceptos, otorgándoles significado social y contexto terapéutico, pueden considerarse entonces como construcciones culturales sujetas a su propio espacio y tiempo ^{30, 32, 33}. De este modo, las creencias y las conductas de cada grupo cultural determinan quién está enfermo o quién no lo está, independientemente del diagnóstico biomédico, así mismo determina qué síntomas son o no indicativos de enfermedad, así como el tratamiento que debe llevarse a cabo en relación con el contexto en que cada uno se encuentra ³³.

El *padecer* (illness) se refiere a un estado subjetivo en el que la persona enferma y su círculo social: percibe, vive y responde a la enfermedad, a los malestares que desencadena y al sufrimiento que produce, de este modo los significados que surjan de la experiencia de vivir con la enfermedad dependerán de las experiencias y culturas propias ^{1, 10}. Kleinman ¹ diferencia el padecer, de la enfermedad (disease) y describe a este segundo concepto como una alteración en la estructura o el funcionamiento biológico, en el que la experiencia de vivir con la enfermedad no tiene mayor relevancia y sólo es observada desde la perspectiva del médico. Mientras que malestar (sickness) es el producto de la relación de los conceptos anteriores, en el que se enfatiza la importancia del padecer en su connotación social y cultural, y que requiere la participación del discurso médico para su construcción ¹⁰. Las enfermedades, su padecimiento y las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema cultural y conjunto social, y, en consecuencia, tales sistemas generan representaciones, saberes y prácticas para enfrentar, vivir,

solucionar y, si es posible, erradicar las enfermedades y manejar sus padecimientos³⁴.

2.5 Mazatecos

Los mazatecos se autodenominan *Ha Shuta Enima*, que en su lengua quiere decir “los que trabajan en el monte, humildes, gente de costumbre”; ellos pertenecen al grupo olmeca-otomangue, al igual que los mixtecos y chinantecos. El origen del nombre mazateco viene del nahuatl *mazatecatl* o “gente del venado”. La lengua de los mazatecos es tonal; da la impresión de ser silbada o cantada, a partir de esta lengua se derivan diferentes variantes dialectales en los distintos municipios donde se encuentran^{35, 36}.

2.5.1 Organización social y territorio

La población mazateca total corresponde a 336,147 personas, en donde los hombres corresponden a 163,591 y las mujeres a 172,556, según datos del 2015 de la CDI*³⁷.

La región mazateca se localiza al noroeste de Oaxaca y, a partir de 1954, incluye varias localidades del sur de Veracruz, debido al reacomodo de algunas poblaciones con motivo de la construcción de la presa Miguel Alemán. El territorio mazateco corresponde de una parte alta en las montañas de la Sierra Madre Oriental, y una parte baja localizada en la cuenca del Papaloapan. Los municipios destacados por mayor número poblacional en el estado de Oaxaca son: Huautla de Jiménez, Nuevo Soyaltepec, Santa María Chilchota, San José Tenango, San Felipe Jalapa de Díaz,

* Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Mazatlán Villa de Flores, San Pedro Ixcatlán, San José Independencia y Acatlán de Pérez Figueroa; en Veracruz sobresale el municipio de Playa Vicente; y en Puebla, San Sebastián Tlacotepec y Tehuacán ³⁸.

En cuanto a la organización de la población, se integra principalmente por la familia, ya que es la célula de la organización social mazateca, estas se conforman por familias nucleares y extensas. Existen también organizaciones dedicadas a satisfacer sus necesidades comunitarias: organizaciones productivas, tradicionales, políticas y gremiales, conocidas como asambleas ³⁷.

Cabe resaltar que mucha de la población reubicada no tuvo otra opción más que convivir con chinantecos, mixes y mixtecos, esto porque en las zonas aledañas a la reubicación se encontraban ya estos grupos indígenas, lo que provocó que modificaran su entorno y redefinieran su identidad por el frecuente contacto que tuvieron entre ellos ³⁷.

2.5.2 Religión y cosmovisión

Aunque los mazatecos son en su mayoría católicos, su vida religiosa está fuertemente impregnada del culto con raíces prehispánicas ³⁸. El catolicismo integró nuevos seres sobrenaturales, como lo son el Dios católico y Los Santos Patronos, a los cuales reinterpretaron a su pensamiento particular, incluyéndolos en las invocaciones y ceremonias realizadas ³⁹.

La identidad religiosa de este grupo indígena se encuentra en una conjunción de símbolos y rituales prehispánicos y católicos. Existen seres sobrenaturales ligados

con la tierra, conocidos como *Chikones* o *Güeros*, seres que gobiernan las distintas regiones geográficas donde habitan los mazatecos, de este modo los hombres aprovechan la tierra, los ríos, arroyos, etc., a través de un acuerdo tácito con tales seres, con el fin de aprovecharlos de una manera cuidadosa y racional ^{36, 39}. A través de sus prácticas cotidianas, los mazatecos experimentan vivencias mágico-religiosas que los conectan con los *Chikones*, estas prácticas incluyen las del trabajo, la salud, la obtención de los recursos que aprovechan del campo, así como el contacto con espacios geográficos, etc.; de este modo sus actitudes hacia sus prácticas cotidianas tendrán un efecto en la relación con los *Chikones*, la cual se verá reflejada en beneficios para la familia o la comunidad, o en caso contrario en enfermedades ^{37, 40}.

2.5.3 Actividades productivas

Principalmente se utilizaban tres estrategias económicas para subsistir: el autoconsumo, incorporado por el trabajo en la milpa (con maíz, frijol, calabaza y chile), la recolección de plantas silvestres comestibles, la domesticación de animales y la caza de animales silvestres de la región; la agricultura para fines comerciales; y la migración ³⁶.

La migración representa una fuente importante de ingresos para la familia mazateca, muchos integrantes de la comunidad se ven obligados a dejar sus hogares por las pocas oportunidades de trabajo, viajan a distintos destinos, ya sea dentro del país, como la Ciudad de México, Puebla, Estado de México y Veracruz, así como en los Estados Unidos en el extranjero, esto para mejorar su calidad de vida y la de sus familiares ³⁶.

2.5.4 Vivienda y servicios públicos

La vivienda mazateca cuenta, por lo regular, con una o dos habitaciones y es ocupada por un promedio de cinco personas ³⁸. En la mazateca alta se edifica con bajareque o madera y techo de zacate, tejamanil o lámina de cartón; en la mazateca baja suele construirse con paredes de otate o madera y techo de paja, o de hojas de palma, aunque también existen casas construidas con paredes de tabique o ladrillo, techo de loza de concreto, lámina metálica y piso de cemento, aunque estas son menos frecuentes ³⁸. Los servicios intradomiciliarios constan de agua entubada, electricidad y drenaje, aunque son muy deficientes en las poblaciones serranas ³⁸.

En el renglón educativo, los municipios mazatecos que se encuentran en la zona baja tienen el menor porcentaje de población sin instrucción escolar, y el mayor porcentaje con primaria completa y posprimaria; mientras que el analfabetismo es más alto en los municipios de la Mazateca alta ³⁶.

En cuanto a cobertura en servicios de salud, más de 80 por ciento de las localidades indígenas de los municipios con presencia mazateca no tenían derecho a ellos ³⁶.

2.5.5 Fiestas, gastronomía y vestimenta

Las celebraciones mazatecas antes de la construcción de la presa Miguel Alemán giraban en torno al calendario agrícola, el cual varía entre la Mazateca Baja y la sierra. En la Mazateca Baja, el 1 de enero se realizaba la ceremonia winchaa y el pronóstico del tiempo para el año entrante, el 2 de marzo y el 1 de mayo la ceremonia xixhua en la milpa, en Jalapa de Díaz la ceremonia xixhua para el café; en la sierra mazateca,

el 10 de febrero hombres y mujeres de conocimiento recolectaban la semilla de la Virgen, el 10 de junio los primeros hongos sagrados (niños santos o niños tiernos), el 9 de agosto la ceremonia de “pago” a la Madre Tierra para poder cortar los primeros elotes; así como también la celebración del día de muertos, el nacimiento de Jesús y las festividades de cada Santo Patrono (San Antonio de Padua, San Miguel, San Pedro, San Juan Evangelista, etc.)^{36, 37}.

La base de la alimentación mazateca se constituye de: tortilla, café, frijol, quelites, yuca, ocasionalmente pollo y en las celebraciones carne de res y de insectos como chapulines, esto es la base para preparar diversos platillos tradicionales como lo son: el atole agrio, hecho a base de maíz fermentado; tamales de frijol [Ver imagen 1] o blancos envueltos en hojas de elotes; tamales de yuca; tamales de tesmole envueltos en hoja de plátano; pilte [Ver imagen 2], etc.³⁷.

El traje de la mujer mazateca está conformado por el huipil [Ver imagen 3], la enahua, un ceñidor, dos trenzas y en ocasiones por el reboso. El traje del hombre es un poco más sencillo ya que solo cuenta con el calzón de manta, camisa de manta ya sea bordada o lisa, o bien camisa de popelina y rayón de diferentes colores, pañuelo rojo y sombrero de palma³⁷.

2.5.6 Salud

Se recurre en primer lugar al conocimiento local y tradicional, las amas de casa son las que tienen los saberes mínimos de plantas medicinales y otros remedios; cuando la ama de casa no logra frenar la enfermedad o el mal, se recurría a los curanderos o

a los brujos para obtener algún beneficio con el uso de sus prácticas ancestrales, cuando confiaron en los médicos y los enfermeros consideraron sus poderes como limitados, aunque en muchas de sus localidades, los curanderos, brujos, rezanderos, etc., quedaron en segundo plano, aunque su influencia en el ámbito informal todavía es importante^{37, 41}.

Muchas enfermedades son atribuidas a los seres sobrenaturales causando males que “no son de este mundo”, para lo cual existen diversas ceremonias como el ingerir a los *niños tiernos* * por parte de los chamanes, de ellos adquieren los conocimientos que le permiten saber qué ofrenda, oraciones, masajes y el lugar donde realizar los rituales³⁹. De este modo, bajo la influencia de los *niños tiernos*, el chamán se comunica con los espíritus de la naturaleza, el “cielo” y el “infierno”; con los animales, las plantas y la naturaleza, de los cuales obtiene información de cómo curar y qué usar para las diferentes enfermedades³⁶.

Incháustegui³⁹ documenta el relato de un curandero de Viejo Soyaltepec, en donde menciona que el conocimiento que los curanderos poseen es obtenido a través de los sueños divinos. González⁴², por su parte menciona que los chamanes y los curanderos poseen 4 formas de sabiduría: 1) Sacerdote por conferirle sagrada solemnidad a sus actos; 2) Vidente, por ver las enfermedades y el modo de curarlas; 3) Yerbero porque conoce gran cantidad de plantas medicinales; 4) exorcista porque

* Los Niños Tiernos se refieren a hongos alucinógenos que utilizan los chamanes para sus rituales mágico-religiosos, se les conoce también con el nombre de Niños Santos

tiene poder para enfrentarse a los malos espíritus y echarlos fuera del cuerpo y del alma de los enfermos.

2.5.7 Los mazatecos y la presa Miguel Alemán

Desde 1947 la Cuenca del Papaloapan ha sido escenario de transformación, puesto en marcha por el Gobierno Federal, cuyo propósito fue el de elevar el nivel de vida de los pobladores e incorporar la riqueza de sus recursos naturales a la economía nacional, aunque como lo menciona Alfonso Villa ⁴⁰ "...no se observó la discrepancia de la magnificencia de las obras materiales y la fragilidad del organismo social que se trató de beneficiar", lo que provocó diversos cambios en las comunidades mazatecas, desde la inundación de sus tierras de cultivo, la separación de familias y el contacto que tenían con sus seres sagrados.

McMahon ⁴¹ menciona que los habitantes de Oaxaca calificaron a la presa como perjudicial porque se beneficiaron en menor medida de la producción eléctrica, aunado a la inundación de sus hogares y tierras de cultivo, veían como parte beneficiada sólo a los pueblos del estado de Veracruz, fue hasta el año de 1971 que se otorgó el servicio de energía eléctrica a los pueblos inundados ⁴³.

La inundación provocada por la construcción de la presa Miguel Alemán, afectó a un total de 22 000 indígenas mazatecos, por lo que tuvieron que ser reubicados en diversos ecosistemas del estado de Oaxaca y Veracruz, provenientes de los municipios de Soyaltepec, San Pedro Ixcatlán, San José Independencia y Santa María Chilchotla ⁴⁴. Muchos ejidatarios y pequeños propietarios se negaron a dejar sus

tierras y propiedades por el temor de quedar desamparados, aunque se les prometió una indemnización por parte del gobierno federal aun así muchos tuvieron una respuesta negativa de salir de sus tierras, fue hasta que observaron subir el nivel del agua que se vieron obligados a salir y aceptar ser trasladados e indemnizados ⁴⁴. De igual modo los ancianos presentaron la negativa de abandonar sus tierras, por lo que pidieron a la población no tener miedo a la inundación, puesto que los *Chikones* no lo permitirían, una vez inundado sus casas, tierras y sus lugares sagrados, la estructura tradicional de autoridad por parte de los ancianos se resquebrajó, la población aceptó cada vez menos los consejos y la autoridad que ellos tenían ⁴⁴.

La presa Miguel Alemán fue edificada sin la participación de la población indígena, el impacto sólo evaluó el factor económico y no el social y cultural de los indígenas mazatecos que habitaban esa región, así fueron una vez más, marginados de la planeación y de la toma de decisiones acerca de su existencia y de su entorno; sólo se ocuparon de otorgarles un lugar donde asentarse una vez inundados sus hogares, lo que ocasionó problemas económicos, sociales y psicológicos; como resultado, la población mazateca desplazada, sólo obtuvo de la nueva presa una dinámica estresante y conflictiva ante los nuevos asentamientos, y ante los nuevos grupos sociales con los que comenzaron a convivir (tanto mestizos como de otros grupos indígenas) ^{40, 45}. Conforme pasaban los años los cambios sociales comenzaron a observarse: la unidad familiar comenzó a desintegrarse, el espíritu de ayuda mutua que existía en ellos comenzó a desaparecer, las tradiciones comenzaron a perder

importancia y la población mazateca comenzó a sentirse sola ante el nuevo entorno⁴⁵.

Otro punto importante es que, a pesar de haber inundado sus mejores tierras de cultivo, invadieron sus lugares sagrados, lo que modificó las costumbres y tradiciones ligadas a la tierra; también contribuyó a la separación de las familias que se quedaron en los viejos asentamientos de los que fueron reubicados, ya que los nuevos asentamientos quedaron muy distantes al lugar de origen de los mazatecos⁴³. Muchos mazatecos reubicados regresaron a sus comunidades de origen, ocuparon las tierras no inundadas y reorganizaron de nuevo sus relaciones con la comunidad, puesto que no se sentían recibidos por sus nuevos vecinos⁴³. La presa también dañó la relación que la comunidad mazateca establecía con lo divino, ya que fueron inundados los caminos tradicionales al santuario de Otatitlán, Veracruz, quedando interrumpidas las peregrinaciones que se realizaban año tras año, así como de las cuevas y sitios donde hacían sus rituales hacia los *Chikones*⁴⁴.

En cuanto a la salud, al ingresar a un nuevo ecosistema (a inicios de la década de 1950), se encontraron con enfermedades nuevas o desconocidas para los mazatecos reubicados, por lo que empeoró la condición de salud de la población⁴⁵. No todo fue malo en este rubro, se introdujo la medicina alópata, que fue bien recibida por la población ya que comprobaron sus buenos resultados ante la eficacia de las campañas contra la malaria, la oncocercosis y el mal del pinto⁴¹. Aunque también se corrió el rumor entre los pobladores de que las inyecciones contra la viruela y otras enfermedades tenían como objetivo esterilizar a los hombres y mujeres indígenas, con

el fin de terminar con la raza “*floja y fea*”; mientras otros más confiaron y se dispusieron a tomar esta nueva práctica ante los buenos resultados que ofrecía, además de que suponían que por ir directo a la sangre su efectividad era mejor⁴⁰.

De los 22 000 mazatecos reubicados 8 000 pertenecían a San Pedro Ixcatlán, siendo el segundo más afectado después de San Miguel Soyaltepec con 9 719 habitantes⁴⁴. Para la reubicación principalmente de la población de San Pedro Ixcatlán se ocupó el predio número 4 denominado “Yogopi” en el municipio de Playa Vicente, Veracruz, donde se trasladaron 587 familias [Ver imagen 4]. Los otros predios se encuentran en Chichicazapa en el municipio de Soyaltepec, Oaxaca, donde se reasentaron 1,295 familias, siendo este el predio número 1; en el predio 2 llamado “Los Naranjos” en el municipio de Cosamaloapan, Veracruz, se trasladaron 95 familias; el predio 3 llamado “La Joya” en Jacatepec, Oaxaca, se reasentaron 332 familias; en el predio 5 denominado “Cihualtepec” en el municipio de Cotzocon, Oaxaca se trasladaron 166 familias⁴⁶.

En cuanto a la educación de esta región, se tenía por objetivo la castellanización (año 1973) y el abandono paulatino de la lengua mazateca, se obligó entonces a los padres mazatecos practicar el español, y de este modo las nuevas generaciones abandonarían el idioma mazateco, con el transcurso del tiempo los niños mazatecos negaban hablar su idioma materno aun cuando sí lo dominaban⁴⁶. A raíz de todo esto los mazatecos, especialmente los desplazados, han disminuido su riqueza cultural, como el vestido, la lengua, las tradiciones, los conocimientos y sus tecnologías, han perdido fortaleza, extinguiéndose o reconfigurándose, en general ha sido una

comunidad obligada al constante cambio, la construcción impuesta de la presa Miguel Alemán los obligó a cambiar ⁴⁶.

3. Revisión de la literatura

3.1 Origen y causa de la enfermedad

El inicio y la causa de la DM2 se explican de acuerdo con el contexto cultural en el que se encuentran las personas que la padecen. Es a partir de lo anterior que se observa que distintos signos y síntomas, como lo es la sed abundante, una mayor frecuencia para orinar y la disminución del peso se asocia a tener diabetes en grupos indígenas como los tseltales en Chiapas e ikojts en Oaxaca, esto es previo a una consulta médica profesional que les confirma el diagnóstico de la enfermedad ^{26, 47, 48}. Del mismo modo se ha documentado que las causas de la enfermedad son atribuidas a situaciones emocionales inesperadas o constantes, como el susto, el miedo, los accidentes, violencia intrafamiliar, a la ingestión de algún alimento en conjunto con el enojo ^{26, 47, 49}. Así también, los mayas de Chiapas coinciden con los wixarikas, que habitan la sierra entre el estado de Jalisco y Nayarit, en que la integración de productos alimenticios procesados, que desplazan los alimentos y bebidas tradicionales, son causantes de la enfermedad, al igual que los cambios en los roles debido a la migración o a la incorporación de instrumentos que disminuyen la carga de trabajo, y a un poder adquisitivo mayor que como consecuencia provoca sedentarismo ^{49, 50}.

Montesí ⁴⁸ documenta que los ikojts en Oaxaca han cambiado sus alimentos y bebidas tradicionales, por productos procesados, especialmente las bebidas azucaradas como el refresco, el cual lo relacionan como una causa de la DM2, pero han establecido un hábito de consumo que les resulta difícil de abandonar, aunque tengan el conocimiento de que es perjudicial para su salud. Es tan habitual el consumo del refresco que los ikojts y los mayas lo ofrecen en sus fiestas como una muestra de afecto, compromiso y respeto ^{26, 48}. Page ⁴⁹ documenta que en los Altos de Chiapas identifican que la urbanización ha contribuido a que los productos procesados lleguen a sus comunidades y que de ahí llegue el refresco a todas las familias. Mientras que, para los comcaac de Sonora, las explicaciones biomédicas acerca de las causas de la enfermedad se toman en cuenta, también conjugan esas explicaciones con su situación de pobreza, trabajo excesivo y estrés emocional, los hombres lo relacionan mayormente a situaciones de violencia y a accidentes, y las mujeres a situaciones emocionales como las causas para adquirir la enfermedad ⁵¹.

Page ⁵² refiere que para los tseltales en Chiapas la religión es muy importante para la explicación del origen de la DM2, ya que se ve a los dioses o espíritus como causantes de esta enfermedad, y al conseguir armonía con tales seres, es como tendrán buena salud, y si no poseen esa armonía se enfermarán de DM2, esto también se verá reflejado al respetar el cuerpo a la familia y a la comunidad. El mismo autor muestra como los tseltales describen dos planos en el que cada uno se encuentra un origen distinto de la DM2: natural y espiritual, en el primero la enfermedad se da por malos hábitos de vida como lo es consumir: cerveza, alimentos enlatados, botanas y

refrescos y/o a situaciones emocionales constantes; en el segundo plano la enfermedad se da por los sustos, la envidia y el odio.

3.2 Tratamiento para la enfermedad

Para los tseltales y los comcaac la atención de la DM2 inicia con el conocimiento que poseen las personas de las comunidades, principalmente las madres de familia; los curanderos son consultados al no obtener resultados positivos del primer tratamiento o por la incertidumbre de saber qué causó la enfermedad^{26, 51}. Para los mayas de los altos de Chiapas los curanderos, chamanes y brujos juegan un papel importante, porque les ofrecen distintas formas de sanación, aunque consideran que con ellos no es posible sanar la enfermedad, y de acuerdo con la experiencia de los resultados, los consideran inútiles después de cierto tiempo de llevar tratamiento con ellos^{47, 52}.

En cuanto a la atención biomédica los tseltales en Chiapas, sólo acuden a ella cuando presentan una complicación por la enfermedad o también por la presión familiar para que acudan a este tipo de atención; se nota también que, a un mayor grado de alfabetización, un mayor poder adquisitivo y en ocasiones la cercanía de los consultorios, clínicas y hospitales son factores que propician la búsqueda de la atención biomédica^{26, 52}. Se observa también que acudir con los médicos alópatas se realiza muchas veces por presión de programas sociales y no por iniciativa propia, consideran que el trato hacia ellos es inadecuado, aparte que en muchas ocasiones no ofrecen explicaciones de acuerdo con el grado de alfabetización de las personas, o bien la información no se otorga²⁶. Este tipo de atención médica es arbitrario con las creencias y saberes culturales de los pueblos indígenas de los altos de Chiapas,

porque desprestigia el actuar del enfermo conforme a su alimentación y de las diferentes actitudes que toma hacia la DM2; de este modo, la falta de una relación intercultural propicia que las personas no sigan las recomendaciones alimenticias, a pesar de que sigan estrictamente un tratamiento farmacológico ^{47, 52}.

La asistencia a consulta con médicos alópatas es vista por los Ikojts en Oaxaca, como los que curan sólo el cuerpo, con los que se debe de seguir el tratamiento a la enfermedad, aunque observan diferencias en la atención de la DM2 entre los médicos de clínicas y hospitales públicos contra los de clínicas y hospitales privados, ya que creen que al pagar más será mejor el servicio, por lo que sanarán mejor o más rápido. Acuden también con curanderos y rezadores, ya que creen que con ellos se cura el alma, con los que pueden alcanzar plenitud ⁴⁸.

La desesperación por querer sanar tiene un papel importante en el apego a los tratamientos, al no observar éxitos a corto plazo, las personas optan por buscar recomendaciones de tratamientos con familiares o la comunidad, y aunque se observen cambios negativos en la salud por el consumo de comida procesada y bebidas carbonatadas les provoca conflicto dejar de consumirlos a pesar de que las complicaciones aumenten, esto por lo presente que están estos alimentos en su vida cotidiana, así lo documenta Arganis ⁹ en población urbana de la Ciudad de México, Page^{26, 52} en población maya de Chiapas, Montesí ⁴⁸ con los ikojts de Oaxaca, y Yañes ⁵¹ con los comcaac de Sonora.

Por otro lado, a los Ikojts les causa preocupación el gasto económico que implica acudir a las consultas médicas y seguir un tratamiento farmacológico. Son pocas las

personas que siguen este tipo de atención, y en otros casos optan por seguir un tratamiento tradicional de bajo costo⁴⁸. Existe también miedo a ciertos medicamentos, los comcaac y los tseltales asocian las complicaciones de la enfermedad como consecuencia de seguir un tratamiento farmacológico; estos saberes son compartidos entre familiares, vecinos y conocidos por medio de la convivencia diaria, de esta forma catalogan los medicamentos como dañinos; por ejemplo, la insulina, que es vista como causante de ceguera^{51, 52}.

3.3 Problemas a causa de la enfermedad

Las consecuencias de padecer DM2 se ve reflejada en las condiciones físicas, mentales, emocionales y espirituales de la persona, de esta forma los indígenas de los Altos de Chiapas y los comcaac describen diversos síntomas, sensaciones y emociones a raíz de la enfermedad, como lo es el cansancio, la fatiga, la pérdida del alma y la alteración de los nervios, y que aumentan debido a los problemas personales, a su vez estos problemas se consideran en consecuencia de las situaciones de violencia intrafamiliar, por la muerte de algún familiar, a cambios en la alimentación, entre otros^{26, 47, 51}.

Para los wixarikas la enfermedad es vista como una carga u obstáculo que impide poder cumplir las tareas diarias que hombres y mujeres llevan a cabo; y la continuidad de sus rituales sagrados se ven impedidos, esto por lo lejano de sus sitios sagrados y la incapacidad de recorrer largas distancias⁵⁰. Aparte de sus roles cotidianos y sus rituales religiosos, la DM2 también impide las relaciones sociales; en los ikojts se

refleja en la tristeza y desanimo por no poder contribuir en la realización de las festividades, así como de no poder consumir los alimentos típicos ⁴⁸.

4. Escenario de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en la localidad de Nuevo Ixcatlán, del municipio de Playa Vicente, Veracruz, perteneciente a la región denominada Papaloapan, con una población de 3,399 habitantes en el 2020 ⁵³.

Nuevo Ixcatlán, Veracruz se encuentra en 17°38'26.6" latitud N y 95°26'16.9"

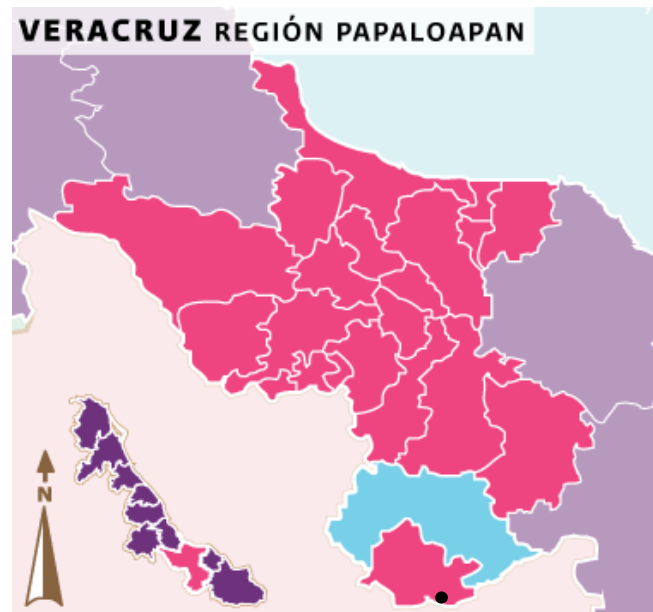


Imagen No 5: • Ubicación de Nuevo Ixcatlán, Veracruz

FUENTE: INAFED, Municipio de Playa Vicente

longitud O. Al este encontramos el

municipio de Santiago Sochiapan, al norte el municipio de Juan Rodríguez Clara, al oeste el municipio de San Juan Evangelista, al sur los municipios de Santiago Yaveo y San Juan Lalana, ambos del estado de Oaxaca.

Sus actividades principales son las relacionadas a la agricultura, siembran maíz, frijol, calabaza, plátano, árboles frutales como el mango, limón, entre muchas otras; aunque también hay familias que se dedican a la cría de ganado bovino y porcino; y una pequeña parte a la pesca, ya que la comunidad se encuentra regada por el río Lalana. Entre sus platillos tradicionales encontramos el tamal de yuca, la tortilla de yuca,

frijoles picosos con yuca, el pilte de pescado o pollo, el mole amarillo, el tamal cabeza de tigre, atole agrio, tamal de elote, bollitos [Ver imagen 6], etc.

Sus fiestas principales corresponden a dos fechas: el 25 de febrero a la Fiesta de la Fundación, se acompaña de música con bandas de viento, danzas interpretadas por las diferentes escuelas de la comunidad, exposiciones gastronómicas, bailes populares y juegos mecánicos; el 15 de mayo se festeja a San Isidro Labrador con toreadas, jaripeos, bandas, danzas, bailes populares, procesiones y misa en honor del santo patrono. La fiesta del día de muertos también es de suma importancia, en esa fecha regresan las familias que tuvieron que migrar, ya sea para convivir con sus familiares y amigos, y a visitar a sus difuntos.

Algo importante de señalar es que las mujeres jóvenes no usan el *huipil* [Ver imagen 7], sólo se usa en la fiesta del pueblo y cuando llega a la comunidad un político, sólo son las adultas mayores las que hacen uso de esta vestimenta en su vida cotidiana. Algunas personas participan con frecuencia en actividades con sus difuntos, ya que muchos de ellos arriban al panteón para prender veladoras o limpiar las tumbas de sus familiares difuntos, reflejándose la importancia de la familia, aun cuando un integrante ha fallecido.

5. Metodología

5.1 Fundamentación metodológica

Este trabajo se realiza a partir de la metodología cualitativa, siendo esta una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social a través de las palabras y relatos que las personas comparten de acuerdo con su experiencia, en el que se obtiene el sentido que tienen sobre diferentes fenómenos e interpretaciones que hacen respecto a un entorno sociocultural en común^{54, 55}. Y acorde a este tipo de investigación, llevado a cabo en un contexto de pueblos originarios, se realizó con un enfoque etnográfico, ya que permite describir o reconstruir el modo de vida de una unidad social o cultural, a partir de la interacción entre el investigador y los participantes dentro de un mismo medio cultural en el que se desarrolla el fenómeno⁵⁶. La etnografía es entendida entonces como un proceso en el cual se describe lo que los participantes de esta investigación piensan, dicen y actúan de acuerdo con su contexto, pero tampoco es una descripción literal de lo que ellos creen, ni de lo que es su mundo, sino una conclusión basada en la interpretación del investigador, resultado de la articulación entre el marco conceptual y el contacto con las personas partícipes⁵⁷.

Como parte de la perspectiva etnográfica la obtención de la información se realiza a partir de las experiencias de vida de las personas *in situ*, por lo que se hizo uso de la observación participante, esta involucra la interacción entre el investigador y los informantes, en el que se capta su realidad social y cultural, para lo cual es necesario observar detenida y detalladamente todo lo que sucede en el contexto en el que se

está observando y participar en las actividades de la población, por lo que el investigador se convierte en actor del estudio y en un instrumento de indagación^{56 - 58}.

5.2 Tipo de estudio

Estudio cualitativo con perspectiva etnográfica.

Las técnicas de recolección de los datos para la realización de este estudio fueron:

- a) Entrevista semiestructurada
- b) Entrevistas informales
- c) Diario de campo

Las entrevistas semiestructuradas fueron conducidas por una guía de entrevista [Ver anexo 1] que comprendía aspectos como lo son: ideas acerca de las causas de la enfermedad, el trabajo, los malestares dentro de la cotidianidad. y la atención médica, con el propósito de cubrir los objetivos marcados en esta investigación. De igual forma se realizaron entrevistas informales para complementar las experiencias que los participantes narraban, así como de personas que no querían ser grabadas ni firmar el consentimiento informado.

5.3 Características de los participantes

Las características requeridas para los informantes fueron:

- Indígenas mazatecos que hablaran español, residentes de la comunidad de Nuevo Ixcatlán, Veracruz.
- Contar con una edad de 45 a 65 años al momento de realizar las entrevistas.

- Sexo indistinto.
- Haber sido diagnosticado(a) con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Se recolectaron datos de informantes secundarios, con las siguientes características

- Personas de la comunidad que tienen o no DM2
- Personas mazatecas que migraron a otros pueblos cercanos pero que frecuentan la comunidad
- Personas que no son mazatecas pero que viven en la comunidad

5.4 Tipo de muestreo

Para localizar a los informantes se requirió de la ayuda de un portero*, cabe mencionar que esta persona ya no vive en Nuevo Ixcatlán, Veracruz, pero frecuenta la comunidad y se autoadscribe mazateco, con su ayuda se identificó con facilidad a personas con diabetes e hizo la labor de presentarme con algunos de ellos; cuando el portero ya no pudo ofrecer ayuda se hizo la búsqueda de los participantes a través de la técnica de bola de nieve con ayuda de los primeros dos participantes (técnica que resulta de identificar los casos de interés a partir de alguien que conoce a alguien que puede resultar un buen candidato para participar)⁵⁹. En una segunda vuelta a la comunidad se buscó a otra persona para que fungiera como portero y así contactar a más participantes; también se asistió a la clínica comunitaria para abordar a las personas

* El *portero* es una persona que sitúa y facilita la entrada del investigador al campo, además de ayudar en el proceso de selección de los participantes.

que allí llegaban, así también, la enfermera de la clínica ayudó a sugerir posibles participantes.

5.5 Recolección de la información

Primera fase del trabajo de campo: Para introducirme al campo de investigación fue considerablemente fácil porque el primer portero es mi familiar y anteriormente radicaba en la comunidad de Nuevo Ixcatlán, con su ayuda se logró contactar con dos personas para que en días posteriores se realizaran las entrevistas, esto con el fin de respetar sus tiempos de trabajo, ese día no me quedé en la comunidad. Ya de regreso y sin la compañía del portero realicé las primeras dos entrevistas en profundidad, no fue necesaria la compañía del portero puesto que los informantes hablaban el español, aparte de su lengua indígena.

Realicé observación participante en casa del primer entrevistado, se hizo posible gracias a que me permitió quedarme a dormir en su casa, se observó la forma de vivir de aquella familia, la forma en que trabajan y el rol que desempeña cada integrante; recorrí algunas calles de la comunidad para obtener evidencia de cómo es el medio en el que viven, y se abordaron personas conocidas para la realización de entrevistas informales acerca de su cultura; ya en la noche de ese día realicé la primera entrevista en profundidad con el jefe de familia de la casa donde me hospedé, esta entrevista tuvo una duración de 46 minutos.

Al acudir con la segunda persona abordada por el portero con antelación, este se negó a realizarla, creo que había aceptado en un inicio sólo porque son conocidos, pero ya

que al momento de querer realizar la entrevista el portero no se encontraba conmigo la situación fue distinta, pero se continuó con el tercero, se hicieron los registros correspondientes sobre lo sucedido en el diario de campo para no pasar por alto ningún detalle. Cabe mencionar que varios puntos que se integran en la descripción del escenario ya no se cumplen en esta comunidad, como los rituales sagrados que se les hace a los *Chikones* y los rituales de la milpa, algunas personas que entrevisté informalmente no reconocieron a tales seres, por lo que se identifican que algunos aspectos de la cultura descritos en los años del desplazamiento no se conocen actualmente. A parte de lo ya mencionado también realicé algunas entrevistas informales para obtener conocimientos sobre la DM2, muchas de ellas concordaron con las obtenidas en las entrevistas en profundidad que se realizaron.

Segunda fase del trabajo de campo: Por cuestiones de trabajo el portero no pudo acompañarme en esta segunda etapa, pero me contactó con alguien para que me hospedara en su casa que también hizo el trabajo de portero, realicé observación participante en casa de la familia, también pude obtener una entrevista en profundidad por parte del nuevo portero, el cual accedió sin excusas. Realicé también entrevistas informales con vecinos, con quienes se obtuvo información de la cultura y de conocimientos sobre la enfermedad. A partir de este tercer informante pude contactar con otros participantes, hice uso de la técnica de bola de nieve, tomé fotografías del medio cuando visitaba a los demás participantes, y anoté aspectos relevantes en el diario de campo.

Acudí al centro de salud de la comunidad para obtener más participantes, ahí obtuve información por parte de la enfermera sobre la forma en que otorgan educación para la salud a la población mazateca, y cómo es el trato hacía las personas que allí arriban, un dato interesante es que la enfermera menciona que tratan de adaptar los cuidados de acuerdo con la cultura, ya sea los alimentos o la forma en que darán la información. Con ayuda de la enfermera conseguí contactar con otra persona que estuvo disponible para realizar otra entrevista en profundidad. Las entrevistas se realizaron de acuerdo con el tiempo que cada persona ofrecía, estas fueron grabadas en audio con el previo consentimiento de cada participante y se anotaron en el diario de campo aspectos relevantes que no se observan en las diferentes grabaciones.

Tercera fase del trabajo de campo: En esta tercera fase el segundo portero volvió a darme hospedaje y alimentos. Para contactar a los participantes faltantes pregunté con los participantes anteriores y sus familiares, volví a caminar por lugares a los que ya había recorrido, encontré algunas personas diagnosticadas, pero con menos edad de lo que se había planeado, y a otras que decían tener la enfermedad pero que no tenían aun el diagnóstico médico, sólo se basaban en los signos y síntomas para mencionar que tenían la enfermedad.

5.6 Análisis de los datos

El análisis de los datos inició con la transcripción de las entrevistas, éstas tuvieron una duración de entre 25 a 71 minutos y se realizaron en español.

Para analizar las entrevistas y el diario de campo se siguió la propuesta de Graneheim y Lundman⁶⁰ de cinco etapas, para analizar e interpretar correctamente la información.

- 1) Identificación de la unidad de análisis: Se transcribieron las entrevistas y se tomó en cuenta el diario de campo para su posterior análisis.
- 2) Identificación de las unidades de significado: Se enumeraron los renglones de cada párrafo de las entrevistas para identificar fácilmente su localización, posterior a ello se identificaron las unidades de significado que correspondían al objeto de estudio.
- 3) Condensación de las unidades de significado: Se condensa la unidad de significado en un cuadro de texto, se evitó colocar etiquetas y se respetó lo expresado por el informante, esto para disminuir el tamaño original de la unidad de significado, pero sin recortar la idea central del diálogo, para ello se tuvo que leer cada entrevista tantas veces fueran necesarias.
- 4) Codificación: Para la codificación de las unidades de significado ya condensadas estas se volvieron a leer para poder asignarle un código a cada una, esto para evitar colocarle un código que no concuerde con la idea central de la unidad de significado. Para ayuda del investigador se agruparon los códigos y se le otorgó un color a cada uno.
- 5) Creación de categorías: Una vez identificado cada código se agruparon en una tabla de acuerdo con la similitud entre ellos y a los objetivos. Los códigos que no se repetían entre los distintos participantes se dejaron como casos particulares.

5.7 Rigor metodológico

En esta investigación se tomaron en cuenta varios criterios, que forman parte del rigor metodológico presente en todo el trayecto de esta investigación, los cuales corresponden a: la credibilidad, la confirmabilidad y la transferibilidad ^{61, 62, 63}. Asimismo, se agrega la reflexividad como otro criterio más del rigor metodológico, ya que añade a la investigación credibilidad porque con ello se comprenden valores y puntos de vista del investigador que se también se reconocen en los hallazgos ⁶⁴. A continuación, se describe cómo se alcanzaron en esta investigación:

- Credibilidad: se aplicaron técnicas para seleccionar a los participantes y se obtuvo la información de ello en su contexto y escenario para su realización.
- Confirmabilidad: se describieron los alcances y las limitaciones en cuanto a las técnicas de recolección de datos, así como de la evidencia utilizada que tuvo el investigador en el campo, del mismo modo el propósito de esta investigación.
- Transferibilidad: se describió la cultura, el abordaje de los participantes, el método para obtener la información, así como el análisis realizado en la obtención de los resultados para que se puedan replicar o extender a otras poblaciones, pero que se tenga en cuenta que la población está en momentos, contexto y cultura específica.
- Reflexividad: Soy hijo de madre mazateca y padre cuicateco pero que también se autoadscribe mazateco. Desde mis dos años de vida mi familia emigró de Nuevo Ixcatlán a Playa Vicente (cabecera municipal) por cuestiones laborales de mi padre. En un inicio no me consideraba mazateco porque no entiendo ni hablo la

lengua propia de la cultura, porque no crecí ni me relacioné con otras personas mazatecas (además de mis padres) y porque no quería ser víctima de burla de mis compañeros en la educación básica como lo hacían cuando veían que alguien hablaba una lengua indígena, ahora me autoadscribo mazateco porque en el proceso de mi crecimiento he conocido y he valorado aspectos de la cultura mazateca y me gusta considerarme parte de la herencia cultural que me dieron mis padres.

En primer lugar, elegí este tema porque mi madre tenía DM2 y me parecía interesante aprender a realizar investigación cualitativa para saber y comprender lo que ella y las demás personas con esta enfermedad viven día a día, pues en un inicio no concebía la idea de que cuidar la alimentación para el control de la enfermedad era algo difícil y complicado.

En segundo lugar, porque pensaba que para entrar a la comunidad y encontrar personas con DM2 iba a resultar fácil porque había conocidos de mis padres que tuvieran la enfermedad, no fue tan fácil como esperaba, pero pienso que si ayudó mucho en el proceso de buscar a los candidatos para las entrevistas. Y, en tercer lugar, quise realizar esta investigación porque es de mi interés trabajar en un futuro próximo en el primer nivel de atención, ya que considero que la mayor parte del personal de enfermería que labora actualmente no considera la cultura particular de la población, ni otorga los cuidados de manera efectiva, además que en el proceso de mi formación en la universidad conocí muy pocos compañeros que quisieran ser parte del primer nivel de atención.

Estoy seguro de que enfermería puede hacer las cosas diferentes, que puede cambiar la dirección de los cuidados que la población necesita, que pueda recuperar los conocimientos de las personas y que eso sirva de punto de partida para cambiar la práctica de la profesión, que vea a las personas como un conjunto de conocimientos, costumbres y experiencias que luchan también por conseguir la salud y vivir felices con su cultura, espero que esta investigación sirva para que se reconozca todo lo descrito anteriormente y que se trabaje a partir de ello.

5.8 Consideraciones éticas

Para la presente investigación se retomaron los principios éticos establecidos por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, aplicable a todo trabajo o proceso de investigación. Estos principios son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia⁶⁵.

- Principio de autonomía: es prioridad que los sujetos tomen decisiones de acuerdo con sus valores, criterios y preferencia, por lo que se tiene que ofrecer a los sujetos o participantes información suficiente para tomar decisiones razonadas acerca de los beneficios o costos de su participación en el trabajo investigativo, sin ningún tipo de abuso.
- Principio de no maleficencia: nos obliga a no dañar a los demás anteponiendo un beneficio.
- Principio de beneficencia: se refiere al bien obtenido derivado de la participación.

- Principio de justicia: se refiere a la distribución de bienes sociales que la investigación genere con equidad, aunado al derecho a la privacidad, anonimato y confidencialidad.

Se informó a los participantes que en este trabajo de investigación se haría uso del anonimato para salvaguardar su identidad por lo que los nombres de los participantes son ficticios, así también de la confidencialidad de los datos que ofrecieron, manejados únicamente por el investigador y para la investigación. Se entregó el consentimiento informado [Ver anexo 2] y de acuerdo con el nivel de escolaridad o por petición de los participantes el investigador lo leyó claro y lento para su mejor entendimiento, este consentimiento informa sobre el uso de los datos recabados, el anonimato y derechos en la investigación. Como parte del anonimato, se pidió una firma y las iniciales de sus nombres.

6. Hallazgos

El grupo de informantes quedó constituido por cinco hombres y cinco mujeres; cuentan desde 1 hasta 20 años de evolución; 8 se encuentran casados y 2 son viudas; predomina la práctica de la religión católica en todos ellos; 8 tienen una actividad remunerativa y 2 se dedican a las labores de su hogar. Los detalles se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro1: Características de los participantes

Participantes	Sexo	Ocupación	Estado civil	Escolaridad	Hijos	Años de diagnóstico	Edad (años)	Religión	Vive con
Adán	H	Campesino	Casado	Sin instrucción	2	10	57	Católica	Esposa
Jesús	H	Profesor de primaria	Casado	Licenciatura	2	3	54	Católica	Esposa, 1 hija
Abel	H	Jubilado/músico	Casado	Licenciatura	6	1	62	Católica	Esposa, 1 nieto
Roberto	H	Carpintero/talador/campesino	Casado	Primaria	3	20	52	Católica	Esposa, 1 hija
Virginia	M	Ama de casa/comerciante	Casada	Sin instrucción	4	15	45	Católica	Esposo, 4 hijos

Irene	M	Trabajadora del hogar	Viuda	Primaria	5	8	63	Católica	2 hijos, nuera y 1 nieto
Sofía	M	Ama de casa	Casada	Sin instrucción	2	20	65	Católica	Esposo
Bernardo	H	Campesino/chofer	Casado	Primaria	4	9	60	Católica	Esposa e hija
Isela	M	Panadera/ama de casa	Viuda	Primaria	3	5	54	Católica	2 hijas
Clara	M	Ama de casa	Casada	Secundaria	3	5	46	Católica	Esposo, 3 hijos

6.1 Características de los participantes

Adán

Vive con su esposa, tiene 2 hijos que no viven con él. Los dos hijos se encuentran en los EE. UU. desde hace varios años, con sus respectivas familias.

Adán no tiene grado de escolaridad, sabe leer algunas palabras y contar a partir de la experiencia. Su esposa tiene primaria incompleta al igual que los hijos.

Se dedica a la ganadería, y a partir de la venta de reces, ganado porcino y leche que las primeras producen es como obtiene dinero para subsistir, desde hace varios años dejó el trabajo de campesino, ya que el trabajo actual abarca todo su tiempo. La tierra

en donde trabaja es propia, al igual que las cabezas de ganado, pero también cuida animales que sus hijos tienen en su granja. La esposa se dedica a las labores del hogar, entre ellas cocinar, limpiar la casa y hacer las tortillas a mano.

La vivienda en la que habitan está dividida en dos partes, una hecha de concreto, piso de cemento y láminas de zinc, en esta suelen ocupar una habitación como bodega y otra para dormir; la segunda parte de su casa las paredes son de tablas, el piso de tierra y el techo de palma, la ocupan como cocina y comedor, cocinan sus alimentos en fogón, tienen una hamaca para descansar en los tiempos de mucho calor, por la frescura que esta tiene. El baño está separado de la casa, sin servicio de drenaje, pero con fosa séptica para los desechos humanos. La casa cuenta con servicio de energía eléctrica y agua potable. Poseen una radio que la esposa usa diariamente mientras realiza sus actividades. Ocupan teléfono celular para las llamadas de sus hijos en el extranjero.

La relación familiar es muy buena. Al finalizar el día la pareja platica sobre lo sucedido en el día, mientras el esposo descansa del trabajo y al mismo tiempo cenan. Con los hijos no es diferente, ya que por medio del teléfono celular es como tienen comunicación con ellos, por cuestiones económicas son los hijos los que siempre realizan las llamadas. La preocupación de los hijos por sus padres es notoria, ya que siempre existe el interés de apoyarlos económicamente, aunque Adán a veces evita tomar el apoyo, esto es por anteponer los gastos que requiere la crianza del ganado a sus necesidades diaria.

Jesús

Vive con su esposa y su hija menor, la hija mayor está casada y con un hijo, pero no vive con ellos.

La escolaridad de Jesús es hasta nivel licenciatura, en cuanto la escolaridad de la esposa es sólo de primaria, la de la hija mayor es la de secundaria y la hija menor la de preparatoria en curso. Para poder terminar la licenciatura Jesús tuvo que viajar cada semana a la ciudad de Tuxtepec, Oaxaca para asistir a un campus de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN).

El trabajo de Jesús es de profesor de primaria bilingüe de la comunidad, está a pocos años de terminar el servicio y jubilarse; el dinero que gana es suficiente para vivir cómodamente, en comparación con los otros habitantes de la comunidad. La esposa se dedica a las labores del hogar y la hija la apoya en ocasiones. A pesar de que la esposa se dedica exclusivamente a las labores del hogar, Jesús menciona que a veces no es atendido en sus necesidades alimenticias (no siempre hacen la comida que le gusta), por lo que sale a buscar de comer a alguna fonda o con algún familiar, principalmente con su madre.

La vivienda que habita está hecha con paredes de concreto, pisos de cemento y láminas de zinc, está compuesta por tres habitaciones una para él y su esposa, otra para la hija menor, y la tercera para visitas y bodega al mismo tiempo, también cuenta con sala amplia con sillones de madera de cedro. La cocina se conserva tradicionalmente, con fogón para cocinar, es amplia, casi del tamaño de las

habitaciones y la sala de estar juntas, está hecha de palma, madera y piso de tierra; ahí mismo se encuentra el comedor, así como una hamaca para descansar y refrescarse en los tiempos de calor. El baño se encuentra afuera de su casa y hacen uso de fosa séptica. Cuentan con servicio de energía eléctrica, agua potable y televisión satelital.

En cuanto a su relación familiar podría considerarse regular, Jesús siente la exclusión descrita anteriormente, pero aun así conservan la comunicación en pareja. Los padres de Jesús aún viven, y la relación con ellos es muy buena, ya que él hace recurrentes visitas ya sea sólo para verlos, para comer algunos alimentos y para ayudarlos en alguna actividad que necesiten.

Abel

Vive con su esposa y uno de sus nietos (menciona que lo cría como a un hijo más). Tiene cinco hijos, de los cuales cuatro son mujeres, mencionó que tuvo una hija más, pero murió poco después de nacer. Por razones económicas Abel se ha hecho cargo del cuidado de su nieto, a pesar de que la mamá vive en la misma comunidad.

Abel tiene grado de licenciado otorgado por la Universidad Pedagógica Nacional (UPN). La esposa tiene primaria incompleta, pero lee perfectamente, aunque lento. De los cinco hijos sólo uno tiene licenciatura, trunca por razones propias, tres de las hijas tienen la secundaria terminada y una la preparatoria completa. El nieto que vive con él cuenta con primaria en curso.

Abel es jubilado, trabajó como profesor de educación primaria bilingüe, hace dos años que dejó de ejercer la profesión. A parte de su profesión, le gusta tocar la marimba, con la que también obtiene ingresos, pero por ciertos malestares, como mareos y visión borrosa es que ha limitado casi totalmente este trabajo, solo con lo que recibe de su pensión es como sostiene a su familia: esposa y nieto, y en ocasiones apoya económicamente a su madre. Su esposa se encarga de las labores del hogar, pero también tiene mucha presencia en eventos de la iglesia, acude en las tardes a las actividades que ahí se llevan a cabo, mientras que Abel tiene que quedarse solo en casa, esto es por miedo a caerse por falta de una buena visión y el mal estado en el que se encuentran las calles de la comunidad.

La casa que habitan está construida con pisos de cemento, paredes de concreto, láminas de zinc, posee una bodega grande como de 6 x 8 metros, que a futuro piensa dejarles a sus hijos para que hagan algún tipo de negocio. La casa cuenta con tres habitaciones y una más en donde guarda sus instrumentos musicales, la cocina sale de lo tradicional, la estufa es a base de gas natural. Cuenta con servicios de electricidad, telefonía celular y televisión vía satélite; el baño se encuentra dentro de la casa, pero hacen uso de una fosa séptica.

La relación familiar es buena, a pesar de que los hijos ya no viven con él, suelen visitarlos al menos una vez cada semana. La relación que Abel tiene con su madre es buena, la visita casi diariamente, ya que vive atrás de su casa, es al único lugar que sale sin ayuda, ya que para ir a otros lugares necesita ir acompañado por lo dañado de su visión, por esta misma razón la comunicación con los vecinos ha disminuido. A

veces por la falta de actividades Abel se tiene que quedar dormido en una silla en la sala de su casa, escuchando la tele y acercándose lo más que puede a ella, para poder distinguir lo que ve a través de ella, así es como pasa casi todos los días. Abel menciona que prefiere estar adentro de su casa porque siente pena de no poder distinguir a las personas que pasan frente a su casa y que por esta razón no pueda platicar con todos ellos.

Roberto

Vive con su esposa y una hija de 9 años, menciona tener dos hijos más, una hija y un hijo, cada uno vive fuera de la comunidad con sus respectivas familias.

Ni Roberto ni su esposa tienen educación primaria terminada. Los hijos mayores cuentan con secundaria trunca, y la hija menor con primaria en curso. Roberto ha tenido diversos trabajos para obtener ingresos para su familia: talador, campesino, comerciante y carpintero, aunque actualmente su tiempo sólo lo dedica a la carpintería por miedo a caerse, por ejemplo: si sale a talar; la siembra sólo lo hace en temporadas y suele sembrar maíz y frijol. A pesar de que ha tenido ámpulas en los pies por estar mucho tiempo parado, ha conseguido disminuir esto al cortar una parte de sus zapatos (la parte lateral externa a la altura de los dedos) para que no haga fricción y dañe su pie. Su esposa tiene una panadería en su casa con la que ayuda a la economía familiar y que Roberto apoya cuando puede. Menciona que no recibe ayuda económica por parte de sus hijos, pero que no quiere hacer nada por conseguir ayuda de ellos, sino que son los hijos quienes se lo tienen que ofrecer.

La casa en la que vive con su familia es propia, construida de paredes de concreto, piso de cemento y lamina de zinc, pero el acceso de la calle a su casa se encuentra en mal estado. Cuentan con servicio de agua potable y energía eléctrica.

Tiene buena relación con la esposa y la hija, ellas lo apoyan en pequeñas actividades de su trabajo cuando Roberto presenta dificultades físicas. A pesar de que no recibe apoyo de sus dos hijos mayores, si conservan la comunicación, aunque no es frecuente.

Virginia

Vive con su esposo, y dos de sus hijos menores, tiene 3 más que viven en la comunidad, pero con sus respectivas familias; a parte de sus dos hijos tiene que hacerse cargo de un sobrino de tres años, esto es por encargo de su hermano divorciado.

No cuenta con educación básica, no sabe leer ni escribir, sabe contar pequeños números, por lo que tiene que pedir a sus hijos sacar cuentas y leer cuando lo necesita, mientras que su esposo tiene primaria incompleta. Obtiene ingresos a base de hacer y vender tortillas diariamente con ayuda de una prensa o tortillero manual, por tal razón puede hacer más es menos tiempo. Menciona que ha disminuido la cantidad de tortillas que hace para vender, esto por cansancio, pero que no lo quiere dejar de hacer porque necesita el dinero. Su esposo aporta también ingresos económicos de lo que consigue de sembrar maíz y frijol, al igual de trabajar en terrenos de otras personas sembrando o quitando la maleza. Aunque sus hijos mayores

deciden apoyar, Virginia trata de no aceptar la ayuda económica para no quitarle los gustos que sus hijos se puedan dar.

La vivienda de Virginia se encuentra en una pequeña colina a orillas de la comunidad, por lo que los caminos para llegar a su casa están en peores condiciones en comparación con las demás calles de la comunidad. La casa en la que viven es un cuarto único, en el que se encuentra el espacio para dormir, para comer y para cocinar. El piso y la estructura de la casa están hechos por materiales como el cemento y varillas de metal, aunque las paredes están hechas de tablas y el techo de palma. El baño se encuentra separado como a 10 metros de la casa, son dos pequeños cuartos (separados uno del otro como por 5 metros) como de 1x1 metro hecho con cuatro postes que sostienen la estructura forrada de palma, uno es el que usan para bañarse y el otro para sus desechos, no tienen fosa séptica por lo que sus desechos lo arrojan al barranco a un costado de su terreno. Cuentan con el servicio de energía eléctrica y agua potable.

La relación que tiene Virginia con sus hijos es muy buena, por esta razón es que sus hijos mayores suelen visitarla para convivir con ella, entre sus hijos también existe buena relación, así lo menciona ella, por lo que no se observa ni se menciona distanciamiento. Aunque existe comunicación con el esposo, Virginia comentó que guarda cierto resentimiento con esta persona por escenas pasadas de violencia y de críticas a su apariencia física.

Irene

Vive con un hijo, una hija (con síndrome de Down), su nuera y su nieto de cuatro años. Irene muestra mucha preocupación por la condición de su hija. Además de los dos hijos con los que vive, tiene otros tres que viven en diferentes estados de la república, dos hijos y una hija, cada uno de ellos están casados y con familia propia.

Tiene educación primaria terminada, y menciona que quiso ofrecerles a sus hijos un nivel educativo mayor pero solo pudo ofrecerles la educación secundaria, aunque dos de ellos buscaron por cuenta propia la manera de seguir estudiando y alcanzaron a terminar el bachillerato.

Irene se dedica a trabajar en la casa de una profesora que vive en la misma comunidad, su trabajo va de lavar ropa, mantener limpia la casa y cocinar, termina estas labores hasta el atardecer, después de terminar su trabajo se dedica a bordar en su casa, siendo este su pasatiempo principal. Su hijo se dedica al trabajo de vulcanizador, así es como se apoyan para pagar los gastos familiares. Irene menciona que a veces sus otros hijos le aportan un poco de dinero para ayudarse en los gastos que tiene en su tratamiento, así como los gastos de comida. Irene menciona que se siente bien a pesar de tener la enfermedad, solo en ocasiones es cuando siente cansancio por sus actividades laborales.

La casa en la que viven es propia, las paredes son de concreto, el piso es de cemento y el techo es de lámina de zinc, tiene dos habitaciones, una donde duerme Irene con su hija y la otra donde duerme la familia de su hijo, cuenta con cocina y comedor

dentro de la casa, aunque también tienen un pequeño fogón fuera de la casa para ahorrar gas, el baño es del mismo material que toda la casa, pero su entrada es por fuera de la casa y hacen uso de fosa séptica. La vivienda cuenta con energía eléctrica y agua potable.

La relación que existe en su casa es armoniosa, existe un ambiente de risas, de mucha comunicación con su hijo y su nuera, hace mención del apoyo que se tienen entre ellos. Menciona también que no existe la misma relación y comunicación con sus otros hijos, como dice ella: “no me llaman para saber cómo me encuentro”.

Sofía

Vive en su casa solo con su esposo, pues sus hijos que son dos, no viven con ellos, ni siquiera se encuentran en la misma localidad, viven en la ciudad de México desde hace varios años. Cuenta Sofía que dejaron su lugar de origen en busca de mejores condiciones de vida, puesto que “en el rancho no se gana mucho”, así lo menciona ella.

Ni Sofía ni su esposo saben leer y escribir, no tienen instrucción escolar, ella menciona que a pesar de ello no se puede dejar de la gente, por lo que frente a los demás muestra un carácter serio. El esposo de Sofía es el que consigue dinero para comer, con la venta de leña, la siembra de maíz o frijol, además de que también lo utilizan para autoconsumo. Sofía menciona que por la falta de dinero tienen que aprovechar las frutas, verduras y quelites que provee el campo para alimentarse, como lo dice ella “nadie me regala dinero para poder comprar comida”. Sus hijos los apoyan en ciertas

ocasiones, menciona que a veces es cada dos meses cuando reciben un apoyo económico de ellos. El apoyo gubernamental se lo han detenido, menciona que, ha pasado al programa de 65 y más, por lo que espera a que sea dada de alta para poder obtener un poco más de ayuda económica.

Para llegar a su domicilio hay que atravesar caminos en mal estado y subir una pequeña colina, por el mismo modo menciona que no puede salir a visitar a sus familiares por miedo a caerse, además para llegar a su casa hay que subir una escalera improvisada hecha en la tierra, las cuales están erosionadas y resbalosas para el caminar diario. La casa que habitan está hecha de tablas en las paredes, de palma en el techo y el piso de tierra; apenas y cuentan con lo básico para estar ahí, un fogón para cocinar, una mesa y sillas, y un catre en donde duermen, aunque igual que en otras casas, tienen una hamaca para descansar después de un día de trabajo, la casa apenas y está dividido en dos partes, la parte en donde duermen, y la otra que es donde cocinan y comen, sin más; el baño se encuentra afuera de su casa y puesto que su casa se encuentra en lo alto de una colina, sus desechos la arrojan al barranco. Cuentan también con servicio de energía eléctrica y agua potable.

En la tarde, después del trabajo se sienta a charlar con su esposo, no tienen teléfono celular, por lo que sus hijos no se pueden comunicarse con ellos, de este modo el contacto y la comunicación lo hacen sólo en las vacaciones de sus hijos.

Bernardo

Vive con su esposa y dos de sus hijas, tiene una hija y un hijo más que tienen familia propia y que se han mudado a otros estados de la república después de casarse.

La escolaridad de Bernardo y su esposa es de primaria incompleta, los hijos tienen secundaria terminada. Bernardo se dedica a diferentes actividades para obtener dinero, de entre ellas está la siembra de maíz, así como la de trabajar en un rancho ganadero, realiza diversas actividades como atender las necesidades del ganado, traslado para su venta y la ordeña; anteriormente también se dedicaba a conducir el transporte público. Además, es yerbero y recibe “lo que me quieran dar” por atender algunas enfermedades o malestares, que va desde cincuenta hasta doscientos pesos, por lo que es un dinero extra para él, aunque menciona que no cobra, y que entiende que a veces las personas no puedan pagarle. Menciona que su trabajo como yerbero ha sido desde hace poco y que el conocimiento que posee lo ha obtenido por experiencia.

La casa en la que habita está dividida en dos partes, una que se encuentra en proceso de construcción y otra que ha sido la primera construcción, a la que le ha estado añadiendo más estructura para hacerla crecer, por lo que vive en la parte pequeña, en la que se encuentran dos habitaciones, la cocina, la sala de estar que a su vez funciona como comedor. Toda la casa está hecha de paredes de concreto, tiene baño adentro con fosa séptica y el techo es de lámina de zinc. Cuentan con servicio de energía eléctrica y agua potable.

La relación familiar es buena, aunque menciona que por el horario de trabajo a veces no tiene mucha comunicación con sus hijas, ya que ocupa el tiempo para descansar.

Isela

Vive con sus dos hijas, es viuda, por lo que es la encargada de los gastos familiares. Las hijas de Isela tienen trece y nueve años, aunque tiene un hijo mayor con familia propia que ya no vive con ellas.

Isela tiene primaria concluida, su hijo mayor tiene secundaria y sus dos hijas cuentan con primaria en curso. Isela tiene una pequeña tienda de abarrotes que atiende con ayuda de sus hijas, además de hacer pan cada fin de semana para venderlas en la misma tienda; su hijo, también panadero, le lleva pan para que lo venda, de esa forma la ayuda para que tenga un ingreso extra. Ella menciona que ahora le es muy difícil hacer todo ese trabajo, puesto que también tiene que atender las necesidades de su familia como lo es cocinar y realizar el aseo del hogar, por lo que refiere cansancio. Los gastos que sus hijas tienen en la escuela exceden lo que ella puede pagar, por lo que su hija mayor la ayuda atendiendo la tienda de abarrotes o en actividades del hogar que pueda realizar.

Las características de la vivienda no se describen puesto que la entrevista se llevó a cabo en su tienda de abarrotes. Las características de la tienda son: pisos y muros de concreto y el techo de lámina de zinc, esta estructura se encuentra al frente de la vivienda.

Isela menciona que aún no logra acostumbrarse a estar sin la ayuda de su esposo, incluso menciona que se siente sola, ya que no recibe ayuda de nadie más que la de sus hijos, a pesar de tener a sus hermanos como vecinos. Mientras que la relación con sus hijos es buena.

Clara

Vive con su esposo, dos hijos y una hija. Su escolaridad es de secundaria concluida, su esposo tiene primaria concluida, su hijo mayor secundaria en curso y sus otros dos hijos primaria en curso.

Clara vive en una casa hecha de concreto, láminas de zinc y piso de cemento, afuera tiene lo que es su cocina, un fogón, sillas y una mesa, además de tener una hamaca, el baño se encuentra dentro de su casa y cuentan con fosa séptica. Cuentan con servicio de energía eléctrica y agua potable, además de que tienen aparatos eléctricos como la televisión, una radio y teléfono celular. Su casa queda en una pequeña colina, por lo que las condiciones del terreno hacen un poco difícil el caminar, y más en climas lluviosos, porque se hacen resbaladizas.

Clara se dedica a las labores del hogar, pero menciona que a veces no tiene las energías para poder realizarlas, por lo que sus hijos la apoyan con la cocina y la limpieza de la casa después del horario escolar, aunque esto pase Clara menciona que no es lo que debería de hacer una mujer, que la enfermedad le hace ser floja. Mientras tanto, su esposo es el que aporta el dinero para los gastos de la familia, se dedica a la siembra de maíz, así como a la cría de ganado ovino.

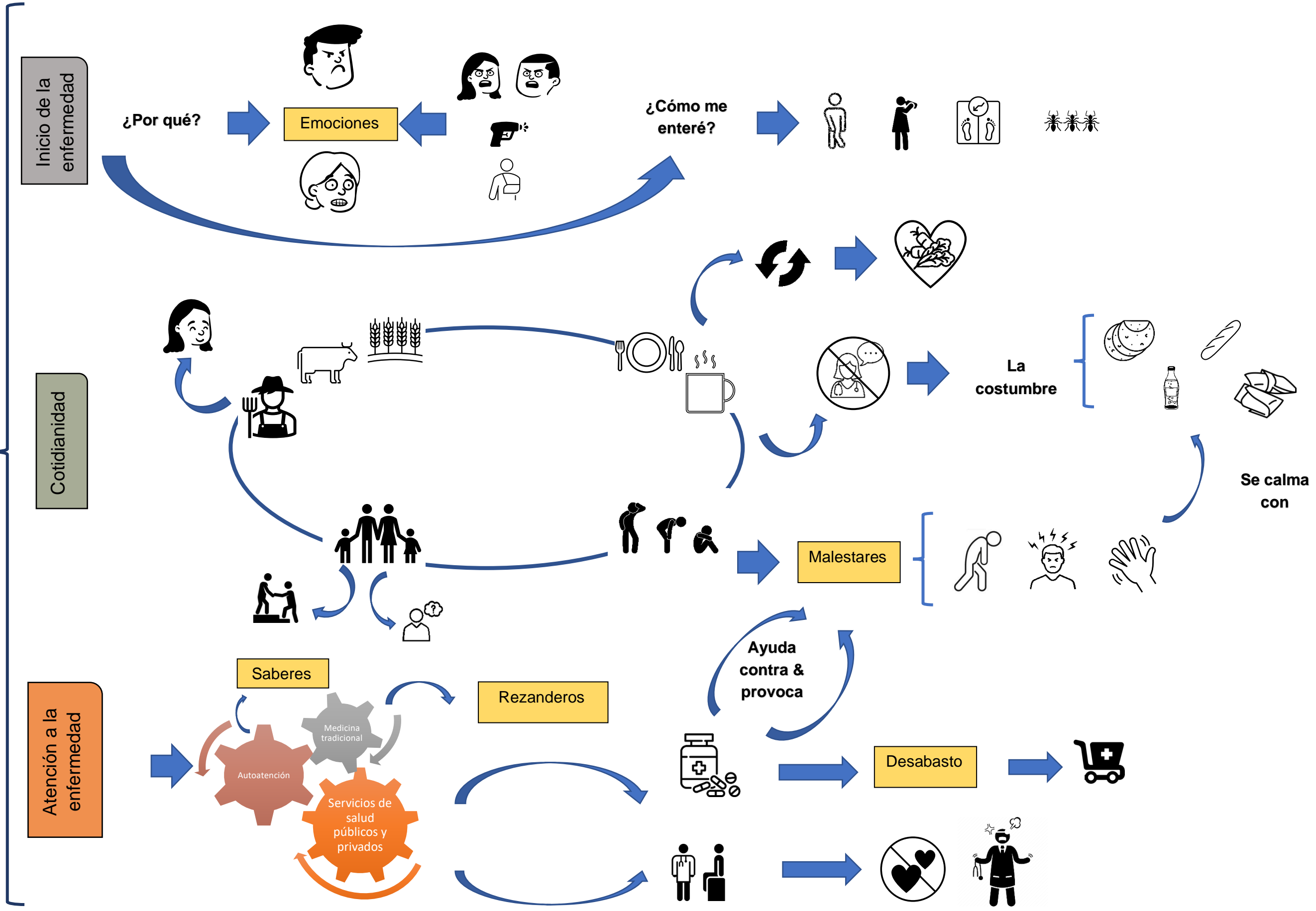
La relación de la familia de Clara es buena, aunque como menciona, se ve limitada por los malestares que la hacen quedarse dormida o solo acostarse, esto para controlarlos o calmarlos.

6.2 Categorías y subcategorías

Como tema principal se encuentra el padecimiento de la DM2, y a partir de un análisis riguroso se formularon tres categorías y nueve subcategorías: 1) Inicio de la enfermedad, integrado por dos subcategorías: a) ¿por qué me enfermé? Describe las ideas acerca del origen de la enfermedad, b) ¿cómo me enteré? Describe las experiencias que dieron cuenta de tener la enfermedad; 2) Cotidianidad, lo formulan cuatro subcategorías que en su totalidad reflejan la experiencia cotidiana de vivir con la enfermedad: a) Tengo que trabajar, describe al trabajo como parte importante para el bienestar y de dónde se obtienen recursos para sobrevivir, b) ¿como o no como? Describe las limitaciones en la alimentación, c) El cuerpo se acaba describe los malestares que se presentan como consecuencia de padecer DM2 y de las limitantes que provoca en el trabajo, d) Apoyo familiar, describe el apoyo proporcionado por la familia; 3) Atención a la enfermedad, está integrado por tres subcategorías: a) Autoatención, describe como diversos remedios herbales han ayudado a controlar la enfermedad, b) Medicina tradicional, muestra la atención con los rezanderos, c) Servicios de salud públicos y privados, describe la atención y la relación con el personal de salud, así como del gasto que se hace para recibir este tipo de atención.

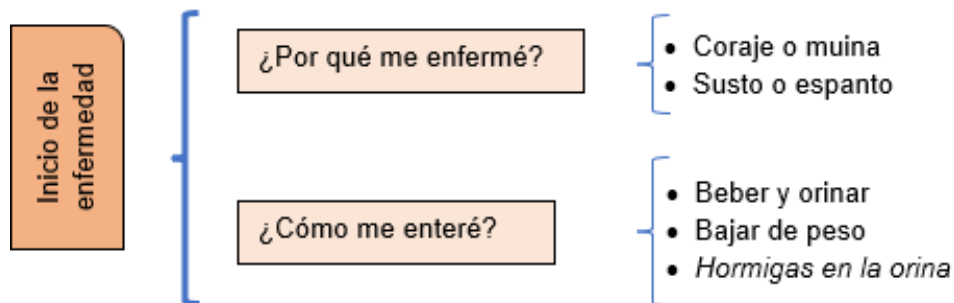
Por lo anterior, se resume el análisis de la información en el siguiente esquema:

La experiencia de padecer DM2 en indígenas mazatecos



6.2.1 Categoría: Inicio de la enfermedad

Esta categoría describe la perspectiva de los participantes sobre las causas que dieron origen a la enfermedad, así como de las manifestaciones físicas que permitieron dar cuenta de ello, de este modo se enuncian dos subcategorías que corresponden a: ¿por qué me enfermé? Y ¿cómo me enteré? A continuación, se presenta un esquema que representa esta categoría y los testimonios que la ilustran.



¿Por qué me enfermé?

En primer lugar, podemos observar que el coraje o la muina es un desencadenante de la enfermedad, esto como resultado de una situación de violencia física, así como por el conocimiento de un suceso inesperado y por problemas personales.

- *Pues no sé por qué me pegó esa enfermedad si todos los días trabajo, no sé por qué, yo creo que por tanto coraje que hice, cuando se peleó el difunto mi hermano, hice un coraje tremendo. ADÁN*
- *Hace 8 años estaba estudiando mi hija, me dio la sorpresa de que estaba embarazada... y ya de ahí de tanto coraje... estaba estudiando ella la universidad, y del puro coraje, pues yo creo que se me desarrolló, ya tenía yo, no sé. IRENE*

- *Una muina, una muina de...yo nunca pensé... fijate que cuando me pegó el azúcar, cuando sentí ya la tenía yo hasta la madre... de problemas (familiares) que tenemos.* BERNARDO

En segundo lugar, tenemos al susto como desencadenante de la enfermedad, esto es posterior a algún accidente en el que se ve comprometida la integridad física, y a situaciones de violencia ocurrida directamente al participante o a algún familiar.

- *... fui a pescar con mi vecino que vive allá arriba... el río estaba bien crecido y ya fui. Fuimos como a las 5 de la tarde ya estaba para oscurecer, ya llegamos... ya llegamos ontá la canoa y nos fuimos para el otro lado (del río), ya estaba oscureciendo, ya puse mis palitos para amarrar ahí, en ese momento ya tenía yo todos los 15 anzuelos, ya los tenía listo, su carnada y todo, estábamos esperando la noche pues, y en eso viene una lluvia, pero una lluvia tremenda y con relámpagos, y ya casi... le tengo mucho miedo al relámpago, porque a veces cae uno ¿no?, entonces de tanto apurarme bajé, estaba alto, bajé, y al momento me resbalé y cuando resbalé caí, este pie se fue así, y el otro se fue así, hice un cuatro, y de ahí dije “y que tal si me hubiera quebrado o me hubiera zafado mi pie” y nomás de eso pensé... esa noche no pude dormir, nos regresamos a buena hora, como a las 11 nos regresamos, ya ni pescamos nada, nada, nada, porque pues la lluvia, la tempestad, y ya, pero cuando yo llegué a la orilla del río yo dije (nada), pensé mucho pues, y todavía me dolía mucho de aquí, creo que se reventó algo así, apuradamente caminé y de tanto pensar no me agarró el sueño, cuando yo llegué aquí ya eran las 12, las 11, 12, y ya amaneció, como las 3, las 4, todavía no estaba yo (dormido). No me dio el sueño completo, nada nada, de ahí me provocó eso, y ya tiene año, 3 años... JESÚS*

- ... antes trabajaba yo en Tuxtepec y una vez lo asaltaron el carro, aquí más adelante, creo bajada de Yogopi... y este, ahí sacaron así, armas, la gente pues, y luego dicen “pásame rápido las cosas”, dice pobre chofer “dáselo lo que traes, dáselo por favor, para que no nos hagan nada” dice... que saca su anillo la gente, que quita su arete, que quita su esclava, “ándale ten, mira”, ya se le dio, pues ya es un espanto eso ¿no?, pues la gente si se asustaron; y una vez allá en mi cuarto entraron ahí a robar, entraron a robar, y ahí me llevé un susto también. VIRGINIA
- ... se perdió mi hijo el mayor, se perdió tres meses, y “¿qué le paso a mi hijo...?”, me asusté bastante, qué le pasó... qué cuchillo, qué pistola, qué algo le pasó, atropelló... pensé bastante, lloré, lloré, sufrí bastante, que yo asusté de ese problema y por eso yo creo que de ese lo que tiene (tengo) que así me pasó...
SOFÍA

¿Cómo me enteré?

Los malestares físicos son referidos por los participantes como la principal forma de enterarse que tienen DM2, de entre ellos mencionan que existe mayor frecuencia en ir a orinar y de beber abundante agua, y para confirmarlo acuden al médico.

- Cuando me di cuenta yo orinaba y tragaba agua, como de 3-4 minutos seguido, seguido pues, ahí fue cuando me enteré que tenía yo azúcar. ADÁN
- ... pues sentía yo el orine (a) cada ratito, (a) cada ratito, y tenía yo que tomar agua seguido y si no tomaba yo agua se reseca el paladar, pues de ahí tuve que ir al médico para comprobar si era azúcar o no. JESÚS

— ... *la síntoma que tenía yo, como se dice, la pregunta que me hacían no lo tenía yo, pero tragaba yo coca y orinaba de a madres “no, es azúcar” dice (el médico), fui hacer estudio a Playa, salí con 450...* ROBERTO

— ... *(me daba) mucha sed y cada rato del baño, así tanto toma (-ba) agua, así cada rato del baño, y ya me hicieron preguntas “¿cómo se siente ahorita?”, “me siento molestias, y mucha agua, y mucho sueño” le digo, mucho sueño (da) cuando apenas le pega la enfermedad y mucha sed.* VIRGINIA

Otra manifestación física por el que los participantes se enteraron de que tienen DM2 es la disminución del peso corporal, esto es observado primero por los familiares y conocidos que después se lo hacen saber a los participantes para que acudan a una atención médica.

— ... *andaba yo preocupado, mucha gente me decía “no, pues te estas rebajando”, pues estaba yo gordo antes, y me decían “no, pues ya tienes azúcar”, y pues como fue fui, y fui con el doctor...* JESÚS

— *Mira, lo que pasa que dijo un mi hijo que está en México “está bajando mucho (de peso), está enflacando mucho, mucho, cada mes, cada mes está bajando mucho”, y decía uno mi hijo que está allá en México “mejor la voy a llevar, voy a checar en México, (la) voy (a) llevar al médico” dice, “...allá conocemos si tienes azúcar, está pegando mucho azúcar”. Cuando checaron allá en el médico en México, son 450, “subió mucho el azúcar” dice el médico...* SOFÍA

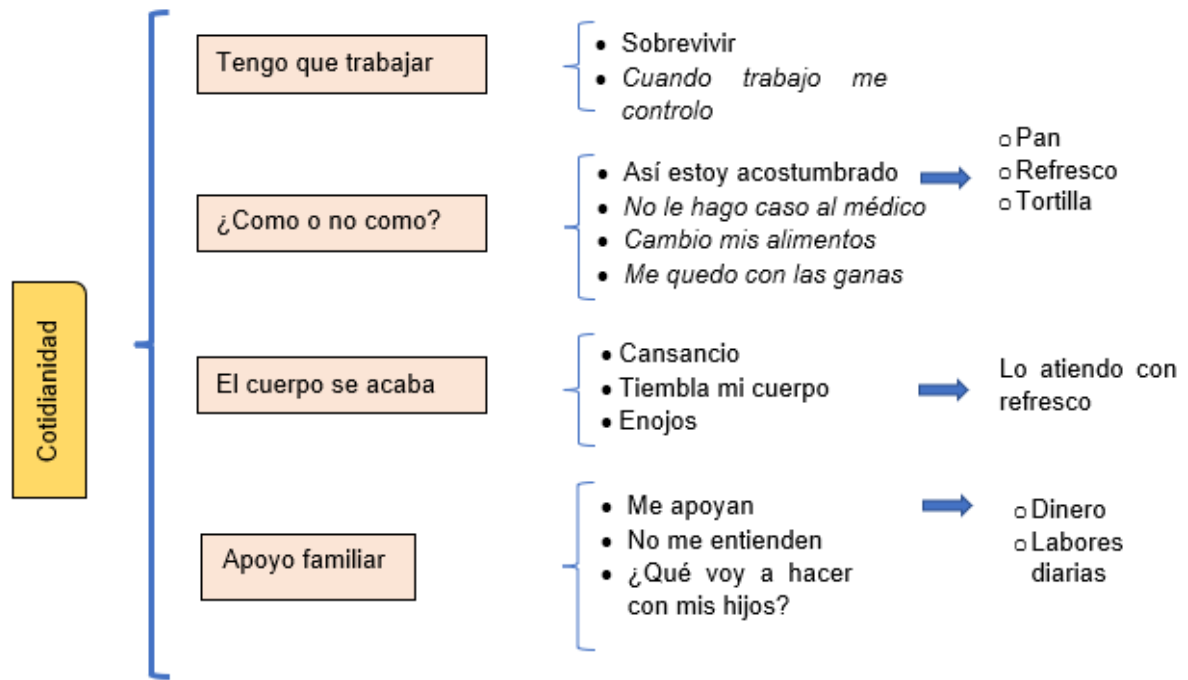
Dos de los participantes mencionan que también se enteraron de que tenían DM2 porque al orinar *se juntaban las hormigas donde orinaban*, esto es según ellos porque

la orina se encuentra endulzada por la presencia de azúcar cuando se tiene esta enfermedad.

- *Cuando me di cuenta que tengo diabetes, pues... cuando yo orinaba se juntaba mucha hormiga, ahí donde orinaba... se juntaba así de hormiga pues, como esta dulce la orina. ADÁN*
- *... me dice mi señora “no... sabe qué tienes, ya tienes azúcar, güey, sabes por qué, porque cuando vas a orinar enseguidita vienen las hormigas chiquititas esas”, hay aquí, son hormigas chiquititas, chiquititas, se orina uno y ahí están, pero ¡bola de esos animales!, no nada más así (poquito). JESÚS*

6.2.2 Categoría: Cotidianidad

La cotidianidad se refiere a la experiencia cotidiana de la enfermedad, a las limitaciones que ésta representa con respecto a su alimentación y las decisiones que toman con respecto a ella; a las formas en que atienden sus necesidades básicas día a día, a la priorización que les dan a sus tratamientos médicos; a vigilar el proceso del cambio en el cuerpo y de la mente; así como del apoyo o la ausencia de esta, por parte de los familiares con los que se tiene una convivencia cotidiana. A partir de esto se rescatan cuatro subcategorías para explicar mejor la cotidianidad: Tengo que trabajar, ¿Como o no como?, *El cuerpo se acaba* y Apoyo familiar. A continuación se muestran las dimensiones que alcanza esta categoría y posteriormente se describen las subcategorías y se integran los testimonios correspondientes.



Tengo que trabajar

Se refiere a la necesidad de realizar una actividad remunerativa que logre cubrir los gastos de la alimentación, el tratamiento de la enfermedad, la educación de los hijos, el vestido, etc. Cabe mencionar que los participantes mencionan que casi no hay trabajo, que pagan poco y no alcanza, pero que aun así tienen que trabajar, porque no les queda de otra.

- *Aunque estoy enfermo yo no le hago caso a la enfermedad, mejor trabajo, ahí es donde voy a basarme para conseguir lana. ADÁN*
- *... estaba yo sembrado maíz, terminé de sembrar cuando caí en cama, terminé de sembrar, de por si (me) sentía yo mal, pero andaba yo sembrando. ROBERTO*
- *Si, pues ahorita ves que están caras todas las cosas también, y pues no alcanza, pero si les digo a mis hijos, pues ya cuando ya no pueda yo o no quieren mis hijos que yo haga más eso, porque pues ya estoy enferma dicen, “no” les digo,*

“mientras que da mi cuerpo y mientras que yo siga bien, cuando ya no se va a poder, pues ya que, ni modo, pero si, mientras que se pueda le voy a hacer a la lucha” les digo. VIRGINIA

— *... dicen “no mamá, ya no estás para trabajar”, pero con qué nos ayudamos si a veces no alcanza lo que se gana. Trabajo a veces hay y a veces no, y así. Y pues cuando menos tengo a una hija que está discapacitada, y... pues también tengo que ayudarnos para vestirnos, para cualquier cosita, el dinero no alcanza para nada, si tiene uno 1000 o 2000 no alcanza uno, a veces tiene uno que comprar cualquier cosita, todo ya subió. IRENE*

— *... no sale de jornalero, cuando va a sembrar un poquito, porque a veces que hacemos bollito de frijolito, bollito, tamalito, elote, chile atole, eso es lo que nos gustamos nosotros y cuánto cuesta aquí un elote, un... da a veces que dos pesos, a veces que uno cincuenta por uno, por eso le dice a mi esposo “es que a usted le gusta hacer toda la cosa de elote, por eso yo trabajo” dice él (esposo), y por eso sale a trabajar, y de aquí de casa no hay de trabajo como otro pueblo, como en otro ciudad, de fábrica. SOFÍA*

— *Termino de hornear como a eso de las dos de la tarde, descanso un ratito y ya salgo a vender en el centro. Como acaba de fallecer mi esposo pues, pues me quedé ya sola, sé que tengo que echarle ganas, pues quién me va a regalar si no trabajo. ISELA*

Trabajar no sólo representa la necesidad de conseguir el dinero necesario para cubrir las necesidades básicas y cubrir los gastos de la atención médica, también es considerado como una manera de atender el cuerpo, de disminuir la enfermedad a través del sudor, de calmar los malestares que la DM2 provoca y en cierta forma de

creer que no existe, por lo que la ausencia de estas actividades laborales representará un desgaste mayor del cuerpo, por tal motivo los participantes buscan la forma de seguir realizándolas diariamente.

- *... como yo soy campesino sudo, y cuando sudo esta enfermedad, haga de cuenta como que se sale, se sale porque todo lo que uno consume sale, porque veo que cuando sudo aquí (el brazo y parte de la espalda) me queda blanco, blanco, cosa como sal y como azúcar, así lo que me sale del cuerpo... veo gente que están así nada más porque no trabajan, veo que esa gente están así, haga de cuenta atarantados, pero yo de diario, de diario trabajo... cuando voy a mi trabajo ahí me controlo, me siento mejor, aquí en la casa me aburro, mejor salgo y me voy a mi trabajo ahí siento que no tengo enfermedad, no pienso, ni pienso de eso. ADÁN*
- *... cuando uno está (trabajando), tiene más... dijera, sentado o estar así nomás (sin hacer nada) no te dan ganas ni de comer, ni de platicar, y aquí (en el trabajo) pues, no salgo lejos, pero pues aquí llega la hora, como y tranquilo, y descanso un rato y vuelvo a entrar (a trabajar), está uno más tranquilo... ROBERTO*
- *... yo digo que me hace sentir bien, porque cuando no hago nada como que digo que... como que no sé lo que voy hacer, aunque mis hijos me dicen “acuéstate mamá, te levantas 8-7 de la mañana”, “¡ay!” le digo, “... me aburro acostarme tanto” le digo, porque ya está acostumbrado mi ojo a qué hora (despertarme), ya sé que (cuando) cantan los gallos tengo que levantarme, “ya tengo que hacer mi lumbre, tengo que poner mi agua de café...”, ya le echo cal al comal, ya tengo que prepararme, hacerme la bola de la masa y ya, me siento así pues, más feo cuando no hago mi que hacer, pos como te digo, cuando ya me siento mal, pos ya no*

hago, porque ya sé que me estoy sintiendo mal, si no hago nada, ahorita ya llama al trabajo mi cuerpo. VIRGINIA

— *yo no estoy quieta pues, yo cuando me siento mal tengo que estar activa, ya estoy acostumbrada a trabajar... a veces así me voy... y me distraigo un poco y así se me olvida la enfermedad. IRENE*

— *... (trabajar) siento que me ayuda porque empiezo yo a sudarme y al rato me baño y me siento tranquilo... de ahí sale, se empieza ya a sudar... ahorita ya sudé un chingo, sembré y ya vine a la desviación a esperar el carro, pasó el carro y ya me vine, ahorita ya estoy descansando... BERNARDO*

¿Como o no como?

Aquí se presenta el conflicto interno entre comer y no comer los diversos alimentos que los mazatecos de Nuevo Ixcatlán tienen arraigados a su vida diaria y que son parte de su cultura, así como de bebidas azucaradas como el refresco, aunque los participantes en su mayoría no están de acuerdo con las limitaciones o el cambio en su alimentación que se les intenta imponer, ni tampoco de consumir otros alimentos que no forman parte de su vida diaria porque así no *están acostumbrados*.

— *...me dice mi médico familiar: “come pura verdura”, pero casi no, verdura casi no me gusta, pues lo que uno come cuando está chiquito, eso es lo que cae bien... por ejemplo, cómo le llaman, brócoli o algo así ¿no?, a mí no me gusta, no me sabe a nada. JESÚS*

— *...así dice, pero de todos modos uno quiere, pos me regaña, pero “no” le digo, “me voy a morir lleno vieja” le digo, que al rato me van a poner en el altar, no sirve, así tenemos la costumbre. ROBERTO*

- *Pues le digo (al médico) “si yo voy a comer pura fruta yo no me voy a llenar con pura fruta, tengo que comer unos tres o cuatro tortillas por lo menos para que me llene yo” le digo, “¿es que ya está acostumbrada la tortilla verdad?”, “pues si” le digo, “pues de eso crecimos” le digo, “si, pero es mucho si come cuatro, coma aunque sea uno o dos” dice, “¡azu!, me mata de hambre pues” le digo, “no, pero eso es, porque es por la enfermedad” dice, “y apoco no te vas a llenar con una pera o una manzana” dice, “no, por un rato si” le digo, “es que lo que me llama es la tortilla” le digo, “pues ya pues, come pues, pero que no coma mucho” dice. Sí... eso es lo que yo hago ahorita. VIRGINIA*
- *...a veces que hacemos bollito de frijolito, bollito, tamalito, elote, chile atole, eso es lo que nos gusta a nosotros... SOFÍA*

En los siguientes testimonios se puede observar como el pan y el refresco se introducen a la vida diaria, a pesar del conocimiento de que no van acorde a la DM2, se menciona el antojo como uno de los motivos para comer pan o beber refresco.

- *... todos los días tomaba yo coca, bueno... ya tiene como... pues cuando empecé el mes de diciembre, me decía yo que ya no iba yo tomar, pero pues, de repente me daban, y tenía yo que tomar, y es que el refresco de sabor no... no me gusta, no me cae, porque te llena, y el otro no, como contiene gas, pero ya como 5 o 6 días que no he tomado. JESÚS*
- *... aquí mi señora hace pan y cuando hay pan de yema, pues eso tiene azúcar, me como 2-3, hacemos donas, hacemos todo... ahorita traigo alterada el azúcar, ahorita me tocó la cita, traía yo 290, y me dice el médico “oye, traes alterado el azúcar” “si, es que ayer me comí un pan de yema y una coca” le dije yo, “ah, y*

qué es lo que sientes cabrón” “la verdad, médico, no siento nada” “es lo malo” dice... ROBERTO

— *... a veces nada más, cuando se me antoja, pero como está diciendo la gente ahorita que es malo el refresco, ya ahorita no, así un mes, 15 días, 8 días, así, no seguido. VIRGINIA*

— *El refresco cada 3 o 4 días, porque me dan ganas y eso, pero el café también me dijo que no lo tomara mucho, que nomás un poco y la mitad de pan, no mucho pan... me dicen “tenga cuidado, no tome mucho refresco” pero yo casi no, ya de vez en cuando, cuando se me antoja ya es cuando tomo, sí me tomo un vasito, pero ya de ahí de fuera... bueno, dijera yo que de diario estoy tomando pues no, porque yo sé que es malo. IRENE*

— *Yo te como pan, te tomo refresco, te tomo... ahorita fui, me iba a buscar una botella y estoy solo. Yo a esa botella le bajo a más de la mitad, ahorita porque tengo sed y este... tengo agua de piña, pero no quiero agua de piña, quiero un refresco, pos vengo del trabajo, siempre cuando vengo del trabajo me dan ganas de echarme un refresco... mira, nosotros entre los dos, ahorita no está (mi esposa), ahorita se encuentra en Saltillo, entre los dos compramos veinte pesos de pan y comemos entre los dos, y el refresco, diario un refresco de tres litros, diario un refresco de tres litros. BERNARDO*

— *Pues sí, le digo que sí, porque pues sí como, pero el pan simple pues, por ejemplo, los bolillos, el pan de telera, ese no está muy dulce, ese es simple. ISELA*

El conflicto entre comer y no comer ciertos alimentos se presenta a partir de la recomendación del médico de evitar consumirlos o disminuirlos, aunque finalmente

los participantes optan por no atender tales recomendaciones, se expresan como: yo no le hago caso al médico.

- *Me dijo el médico que no comiera mucha tortilla, me dijo que con 2 tortillas que comiera en cada sentada. Yo si como, para que voy a mentir que hago así como dice el médico, yo si como, me como 5 o 6 tortillas, a veces cuando tengo hambre, hasta 6-7 tortillas me como... yo no le hago caso al médico lo que me dijo porque mi panza... es que yo creo que está grande el tanque, pues si voy a comer 2-3 tortillas pues no estoy lleno... estoy contento cuando lo lleno el tanque. ADÁN*
- *Si voy a morir ahorita o mañana apoco (me) voy a ir con hambre, ¡no!, ya no voy a saber allá como... por eso mientras que estoy viviendo le estoy dando a mi corazón, así digo yo. Yo no le digo nada, así me pregunta (el médico): “¿qué tanto de tortilla?”, “no, nomás dos o tres”, “y ¿por qué comes mucho?”, “pero qué le hago médico, me llama, me llama acá dentro” le digo, pues está llamando porque quería (comer) más, aunque no es gorda, aunque no es grande, pero... así son de delgadita la tortilla que hago... SOFÍA*
- *Nosotros comemos chicharrón, nosotros comemos carne de cochino, carne de... bueno, yo como así, de todo, como te digo, yo te tomo refresco, si gustas un refresco voy a traer un refresco, pa que veas como... me tomo delante de ti, y yo no tomo pastillas. BERNARDO*

A pesar de verse en la negativa de eliminar ciertos alimentos de su dieta, los participantes mencionan que, sí se han visto obligados a realizar cambios en su alimentación, ya sea disminuyendo la porción o no comiéndolos diariamente, esto para evitar hacerle algún daño a su cuerpo o para evitar complicaciones de la enfermedad.

- *Cuando una cosa me hace daño, por ejemplo: el pan o refresco, cuando mi cuerpo no quiere, no le doy...el médico me dijo que no comiera carne de cochino, cosa grasosa, que no tomara yo refresco, pan, pero fíjate que yo si como carne de cochino, pero como te digo, por ejemplo: hoy comí carne de cochino, ya al rato no voy a comer, hasta mañana otra vez, sino hasta 4 o 5 días, no lo mismo lo mismo como, mejor como chayote, sopa, o pollo, le cambio la comida, si comiera yo puro carne de cochino, ahí es donde estoy perjudicando el organismo. ADÁN*
- *... carne de res ya (como), solo de vez en cuando, porque la carne de res... me dijo un yerbero que entraba a vender medicamentos naturales, que la carne roja es veneno de ese diabetes, todo lo que es la carne roja, el cochino. El cochino yo si como, pero no mucho, poco nada más, asado. JESÚS*
- *Hasta ahorita, no he comido, ahora sí que digamos, carne así (de puerco), porque pues a veces me daña un alimento que creo que no va acorde con esa enfermedad. Hasta ahorita nada más he comido yerbamora, he comido quelite, he comido frijolitos que vende la gente aquí, que vienen ahora sí a vender esta gente, y este... huevos un poquito, quién sabe si es malo comer huevos, no le he preguntado al médico. ABEL*
- *... “no hay que comer muy grasosa” dice la enfermera también, “cuando vas a guisar no vayas a echar bastante (aceite), porque algunos le echan bastante grasa”, si a veces yo voy al velorio y veo que le echan bastante grasa, ya me da asco, no me siento bien pues, porque estoy acostumbrada así, a echarle tantita aceite. VIRGINIA*
- *... cosa de chuchería que yo coma... me como una manzana, una pera, allá donde yo trabajo, ya vengo a comer como a las 2 de la tarde... me dice mi hijo “no mamá,*

pero no comas carne de puerco, no comas mucha grasa, no tomas refresco”, “no, sino estoy tomando todo eso” le digo, comemos caldo con verdura y eso, no tan seguido, pero de vez en cuando. IRENE

— *Me dice mi esposo, “¿por qué no quieres comer mucho?”, “no, no, hasta ahí nomás, qué le hago si ya no me entra” le digo, así me estaba diciendo ahorita que ya almorzamos, “y ¿no vas a comer más tortillas?”, “no, nomás el caldito que voy a beber” le digo. SOFÍA*

— *... los refrescos, yo no tomo; el pan que tenga mucha azúcar tampoco (como). ISELA*

El conflicto interno por querer comer y no comer a la misma vez se refleja en los testimonios de los siguientes participantes, en el que mencionan que *se queda uno con las ganas*.

— *Me quedo con las ganas (de comer) porque yo mismo pienso, porque qué tal si me va hacer daño digo, y no le doy, ya no... aunque yo quisiera, le pongo un alto a mi vida. ADÁN*

— *... dos (tortillas) nada más (como)... se queda uno con las ganas... sí quisiera uno más, pero pues no se puede, así está el problema. ISELA*

El cuerpo se acaba

Corresponde a ver como la enfermedad ha provocado cambios en el cuerpo y en las emociones, particularmente los malestares que se presentan y que a su vez afectan la realización de sus actividades. Los principales se refieren al cansancio, a temblar y a la facilidad de enojarse.

El cansancio impacta principalmente a las actividades laborales, los participantes mencionan que la enfermedad le ha estado quitando su energía, que los ha hecho débiles.

— *Se siente débil, se siente así cuando tiene azúcar el cuerpo... pero hasta ahorita no me ha tumbado, que digamos que yo estoy en cama no, gracias a Dios, hasta ahorita (no me ha tumbado) ... desde que me pegó, hasta ahorita no. ADÁN*

— *Antes hasta no quería salirte de ahí (del trabajo), porque pues te daban ganas de trabajar, es como lo normal. Entrás al trabajo, así como recién egresado del trabajo (la universidad), hasta no quieres ni salirte, ahí tienes que divertir con los chamacos, jugar con ellos, ahora ya no, ahora es todo lo contrario, ahora quieres estar quietesito, o si no descansar... Me siento así agotado, triste, te da sueño. Llegando de la escuela, ¡jazu! Ya no quieres hacer nada, te sientes en el sillón y ahí te duermes, más con el ruido de los chamacos, ya no quieres ni soportar casi... ahorita apuradamente terminé, porque ¡jazu!, los chamacos tienen una bulla que no se lo aguantan... eso te da dolor de cabeza, la nuca, cansancio, todo eso, y ya a las 12 te da sueño, pero tenemos que aguantar porque es el horario de trabajo ¿no? JESÚS*

— *... cuando sembramos, yo fui, ayudé a mi hermano con mi papá, éramos 3, ya era... llegamos como a las 7 de la mañana hasta al campo, y trabajamos como 4 horas... 7, 8, 9, 10, 11, como 11 y media ya estábamos regresando, pero el Sol estaba tremendo, y eso es que me causó daño, porque cuando ya llegué, llegué bien cansado, de ahí tomé un medicamento para el dolor, porque sentí muy mal el cansancio de estar parado y la luz del Sol te hace daño con esa enfermedad... ya no es como antes (que) aguanta uno hasta medio día, pero ahorita no. JESÚS*

- ... esta enfermedad como que va ahora así... disminuyendo ahora si mi cuerpo, va extrayendo mi potencialidad, algo así, mi cuerpo como que me siento agotado, me siento ahora sí que, podemos decir que débil. ABEL
- ... cuando tenía 25, 30 años, yo a la hamaca lo odiaba, ese era para los flojos, la verdad, ahorita ya no, porque ahorita uno se siente cansado, pues ya no siente uno lo mismo, ya vengo ya cansado, y antes no, por acá entraba, por acá salía yo, y ahorita ya no, ahorita ya tengo una hamaca ahí... pues la verdad ahorita ya no es igual, ya no es lo mismo (trabajar), ahorita ya nomás porque llegan aquí los clientes, ni modo decirle que no puedo, pero ya siento cansado... ya no es suficiente energía, ya no es suficiente fuerza. ROBERTO
- Siento un malestar (por la enfermedad), como cansancio, este... pues... (me dan) ganas de estar descansando. IRENE
- Me descanso a cada rato en el camino o por decir, donde hay subida no voy, porque no aguanto a subir, como la subida que se ve por allá, no aguanto. CLARA

Observar su cuerpo es algo que los participantes hacen diariamente, por lo que la presencia de un cambio, en este caso que les tiemble el cuerpo, es notado de forma rápida y ellos reconocen a que se debe, lo podemos ver de la siguiente forma:

- ... lo que siento que cuando no le doy, o sea, ya cuando el cuerpo, ya cuando mi estómago me pide de comer, si no le doy rápido, me tiembla esa enfermedad. ADÁN
- Cuando no como rápido como que me pongo a temblar, como que me siento desesperada, esa enfermedad necesita comerse temprano, pero por lo menos esa hora me levanto, pero me echo un pocillo de mi café de leche, así. VIRGINIA

- ... si tengo comida pa comer temprano yo como, como porque ya sé que no cené cuando me acosté y (pues) me da hambre, porque si no voy a comer pronto así me pasa (mueve las manos) ... me tiembla, mi corazón así se hace (late más rápido) y no se calma rápido así mi cuerpo, cuando está así temblando... SOFÍA

Aunque se presenta el consumo de refresco como parte de la alimentación de estas personas, también funciona como una forma de atender los malestares que el cuerpo presenta.

- ... a veces le digo a mi nieta: “vayan a buscar un refresco, una coca” y me lo echo un poco, pues ya mi cuerpo, veo como que ya se va recuperando, cuando no tiene nada de azúcar mi cuerpo. ADÁN
- ... (el médico) de plano sí no quiere que tome refresco, le digo “no sé cómo voy a hacer, porque cuando no como, cuando no tomo eso como que me llama y como que siento que se me sube más el azúcar” le digo, “cuando no como o no tomo así refresco como que me siento más así, feo” le digo, “entonces mejor lo que debe de hacer... o toma un poco como tú dices, porque quiere decir que yo mismo te estoy matando si te digo no, no tomes, entonces ya mejor sigue lo que te llama tu cuerpo y ya mejor come” dice, y ya por eso tomo un poco pues, no tanto, ya así se tranquiliza mi cuerpo, me siento contenta ya. VIRGINIA

Dos participantes han observado que aparte de los cambios físicos también han tenido cambios en sus emociones derivados de la enfermedad.

- Bueno, esta enfermedad te hace que cualquier cosa ya te enojas, una cosita de nada ya estas... ya no es natural pues, ya no es como antes, porque esta enfermedad te acaba poco a poquito, no por fuera sino por el interior. JESÚS

- *Se enoja uno más, se molesta uno con tantito, si alguien no te contesta bien se enciende uno.* ISELA

Apoyo familiar

Esta subcategoría describe la relación de los participantes con sus familias y el apoyo que reciben de ellos, así como de lo importante que es la familia para la persona que padece DM2.

- *... a veces me corta el alambre, o me corta el machete, pero cosa poquita, pero gracias a dios que... como a esta hora le digo a mi señora “me cortó un machete, me cortó alambre, me pasó esto, tengo un grano así”, y me pone agua caliente mi señora.* ADÁN
- *Cuando le pido así, si hay carne de puerco “hay que freír tantito esa carne, que yo quiero comer”, “no, te va hacer daño, te va hacer daño, en vez de comer carne, come esta fruta, come esto, tengo esto”, “ah bueno, si es así pues...”, yo no me opongo, no me opongo porque me están hablando algo de mi persona que no tengo porque, ahora sí, dañarme pues... la otra vez cuando me levanté, jazu mecha! Me dio hambre, “quiero comer, parate tantito”, “si” (dice la esposa), y así de rápido se levantó, me calentó unas tortillas, me comí.* ABEL
- *Primero lo lavan la herida con... Isolin, eso cafecito, lo lavaba mi señora, después lo lavaba... lo lavaba con emicina, después lavaba la emicina y echaba la miel.* ROBERTO
- *No pos aquí la dejo (hija) con mi nuera, cuando me voy a trabajar, y ya en la tarde vengo y la veo. Yo me voy a las 8 y regreso a las 5-6 de la tarde.* IRENE

— ... a veces cuando voy ontá mi hermana, me lleva allá abajo mi esposo, me va a dejar y llevo mi bastón también, ese es que llevo, yo ocupo bastón, también sombrilla, cuando lo que yo quiero yo agarrar... (cuando) él sale a trabajar... yo casi no me levanto (temprano), cuando se levanta él (esposo) hace su café, calienta su café, calienta su comida, calienta solita sus tortillas, así hace él, no me despierta... nomás me despierta cuando ya se va, “ya me voy, ya llevo mi taquito, ya llevo mi lonche, ya...”, me dice cuando ya se va, él solito lo que hace, muchacho, deveras, no te voy a engañar (diciendo que) yo (me) levanto a las cuatro, las cinco, no te voy a echarte mentiras porque es de verdad lo que te estoy diciendo. SOFÍA

— ... siempre me ayuda mi niña... tengo otro niño que hizo unos huevos para que comiera, así hicieron ellos. CLARA

Se describe también el apoyo económico que los participantes reciben de sus familiares, principalmente de los hijos.

— ... mis hijos me dicen “ya déjale, mamá, ya estás enferma ¡ya!, ya descánsate, mira ya crecimos, mira ya sufriste mucho tú, ya ahora nos va a tocar a nosotros, vamos a sufrir, de todos modos, vas a comer, vas a comprar lo que tú quieres porque nosotros estamos trabajando” ... VIRGINIA

— Me ayudan un poquito mis hijos, los dos... si, un poquito, pero no es mucho muchacho, aunque sea mil pesitos, ochocientos me manda, aquí al Telecom. SOFÍA

— La grande es la que me ayuda, como ayer no tuvo clases, ayer rápido hicimos pan y pues, ya gracias a Dios ya se está acabando. ISELA

También en caso contrario, se observa como algunos integrantes de la familia no brindan el apoyo que requieren los participantes.

- *... a veces no tengo nada de comer, no hay alimento así para comer, para mí, yo voy (a) comprar allá en el centro, 2 pepinos, papaya y me lo como. JESÚS*
- *A veces el papá de mis hijos dice “¡ay! antes como eras muy chula, eras muy gordita, ¿dónde te llevaste ese cuerpo?” me dice, y le digo “mira, ¿sabes qué?, no me andes diciendo esa palabra, ¿sabes por qué?, porque tú mismo te (me) provocas (-te lo que me está pasando) tú” le digo, “¿por qué?” dice, “porque yo me siento triste cuando tú me dices: ya no estas como antes” le digo. VIRGINIA*
- *... ya sabes tú (esposo) también que no me ruegas, porque me ruegas mucho “qué pasa, por qué le haces así”, “no me ruegas porque yo sé lo que me pasa, yo sé, tú no sabes nada” le digo, “yo sé lo que tengo, yo sé lo que me pasa, por eso no le voy a meter (comer) más” le digo, así nomás se queda, calladito. SOFÍA*
- *Pues qué le hago, sí se siente uno feo, se siente uno triste, se siente uno solita, pero no soy ni la primera, ni la última persona que le ha sucedido esto, cuántas mujeres y cuántos hombres que no se han quedado solita, tengo que seguir adelante. ISELA*

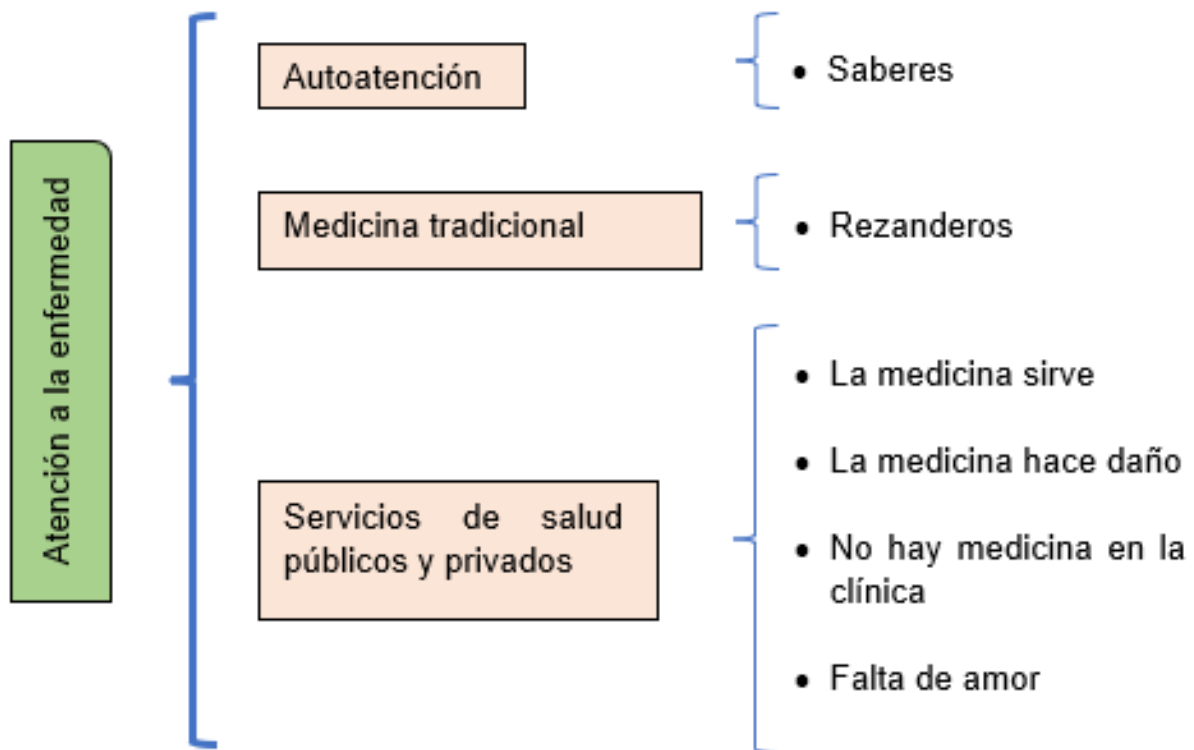
También las emociones surgidas de los participantes hacia sus hijos ante una posible muerte, en el caso de que ya no puedan estar para ellos y ayudarles o para verlos crecer, lo describen de la siguiente manera:

- *... a veces yo me pongo triste por mis hijos, pues porque una niña nada más tengo, y me pongo a pensar “¡ay! qué tal si algo me llega a pasar y luego mi niña y luego mis hijos”, así me pongo a pensar pues... le digo (a Dios) “tú solamente*

- me vas a dar más vida o más tiempo, déjame que crezcan primero (mis hijos), déjame ver crecer bien mis hijos, pues ya, onde ya no pueda yo, pues ahí ves tú” le digo, “pero yo por lo menos ahorita todavía no” le digo, “... porque está chica mi hija, yo quiero ver a mi hija que llegue a los veinte, veinticinco años”. VIRGINIA*
- *... pues yo le ruego bastante a Diosito que no... pos que me pasa cuando ya me pasa pos... no ahoritita, yo le pido, le pido bastante a diosito, pos yo le pido que me dé más vida Diosito porque pos... “mira mis hijos que no se casan, quiero más vivir Diosito, que me des fuerza, que me des fortaleza” le digo a Diosito... SOFÍA*
- *Hay mucha gente, muchísima gente que ya le están poniendo la insulina y los que ya tienen muchos años con la insulina, ya no le hace nada. Ni para pensar eso pues, (hay que) seguir adelante, seguir, porque si uno se está pensando y pensando en eso, a lo mejor pronto voy a alcanzar a mi esposo, y luego a mis niñas qué les hago. ISELA*
- *... es que el niño está chiquito y yo digo “cómo le vamos a hacer si me llega a pasar algo”, nada más eso es lo que me pongo a pensar. CLARA*

6.2.3 Categoría: Atención a la enfermedad

Esta categoría describe los distintos tipos de atención que los participantes tienen a su alcance para poder atender la DM2, esta puede ser: popular, tradicional y biomédica, de los cuales se obtuvieron las siguientes subcategorías: Autoatención; Medicina tradicional; Servicios de salud públicos y privados. A continuación, se muestra la categoría y sus subcategorías correspondientes, así como la explicación simplificada de cada uno, la explicación a detalle se dará con los testimonios más adelante.



Autoatención

La autoatención se lleva a cabo a través de los conocimientos que se comparten entre las familias o demás integrantes de la comunidad en el que se emplean remedios herbales para controlar la enfermedad.

- *Siempre me daba sueño y ya mejor tomé este de... un té que me dieron, ese té se llama Huaya, hojas de Huaya, entonces me dicen unas personas que, tomando el té de huaya, ahora sí, es benéfico para el cuerpo, es algo que nos controla el azúcar, controla el cuerpo... ABEL*
- *... antes la planta yo odiaba antes, y el azúcar... toda mi vida que he vivido, siempre el azúcar lo he traído 300, 350, 280, 250, 280, nunca he tenido normalizado, porque no me cuidaba yo y ahorita me dice Mejía (médico) “cuídate cabrón, si el azúcar está alterada no vas a sanar, cabrón”, y empecé a tomar*

- cáscara de guayacán y empecé a cuidarme, y cuando fui a ver a... cuando tengo cita, porque tengo cita aquí en la clínica... 120 tenía yo el azúcar...* ROBERTO
- *... a veces tomaba yo así nopal con naranja, con una hojita amarga que hay ahí en el monte, que son así larguitos, le sale como flor amarilla, a veces me pongo a licuar eso y me lo tomo...* VIRGINIA
- *Cuando se me acaba la pastilla sí tomo algún tecito, como... ¡ay! No sé cómo le dicen a ese té... de hoja de guanábana o hojita de... hoja de gardenia con canela, y me siento bien, cuando no encuentro aquí la pastilla en la farmacia así hago.* IRENE
- *Mucha gente me dice que hierba yo la yerba de sangre de Cristo, el maguey morado y hoja de mango, dicen, que eso es muy bueno para la diabetes.* ISELA

Medicina tradicional

La medicina tradicional es poco frecuentada, así se muestra en los testimonios, solo es mencionada por una participante. Cabe destacar que los curanderos ya no existen en la comunidad, por la pérdida de las tradiciones que se llevó por el cambio geográfico de las familias, provocado por la presa Miguel Alemán. Los pocos curanderos que quedan son ancianos que ya no practican la medicina por distintos factores, como la ceguera o distintas enfermedades. Por lo que sólo quedan los llamados rezanderos, sólo una participante acudió con ellos por los malestares que presentaba.

- *...(fui) un tío que vive aquí por la tercera (le dije) “me siento mal...”, a veces me siento mal, apenas me estoy controlando un poco ahorita, este... “qué sientes” dice, “no, me pasa esto y esto... me siento caliente del cuerpo y la cabeza” le*

digo... y luego me hicieron oraciones, dice: “mira, lo que te está enseñando la oración, hija, está bien chulo un nopal, un nopal tan verde, pero chulo está, qué quiere decir eso de que se vea verde, que está enseñando Diosito, quiere que tú te licues uno, dos o tres nopalitas, pero de los que son tiernos, y le echas la mitad de sábila, con eso te pones a licuar, y échale toda tu cabeza, todo tu cuerpo...”, con eso, dijera la gente, dijeran mis abuelitos “¡santo remedio”! dicen, por santo remedio me eché todo remojando ocho días, cada (día) temprano, cada (día) temprano, me eche en la cabeza y todo mi cuerpo, con eso me refresque, y con eso se me quitó el dolor de cabeza, y ya no siento así caliente la cabeza, con ese me eche yo, con eso (que) me enseñaron (en) la oración. VIRGINIA

Servicios de salud público y privado

En esta subcategoría se describirá porqué y en qué momento los participantes hacen uso de los servicios de salud público y privado, las deficiencias que presenta este tipo de atención y el tipo de relación que establecen con el personal de salud.

En los siguientes testimonios se puede observar que los medicamentos funcionan para calmar los malestares de la DM2.

- *... me recetó el médico donde fui en ese tiempo, cuando me enfermé, una pastilla que se llama, parece que se llama Diaviril, pero eso es una pastilla que me dio ¡eh!, cuando me dio, más o menos como a las 8, y cuando... porque tenía yo 6 días que no dormía, porque como te digo, tengo (tenía) 6 día cuando fui al médico de esa enfermedad, pues ya cuando llegué ahí me dio una que se llama Diaviril, y ese pastilla cuando me lo tomé, y cuando llegué ontá mi nuera, ¡azu mecha!, me fui acostar así, boca pa´ bajo en una cama y me dejaron un ventilador, ahí me*

acosté hasta al otro día, haz de cuenta que esa enfermedad me lo quitaron así pues, yo pensé que me voy a sanar, que ya no voy a tener esa enfermedad ...

ADÁN

— *... si uno no toma la pastilla, luego uno va del baño a cada rato, si, y ya cuando te tomas la medicina ya te calmas pues, ya no va seguido uno. VIRGINIA*

— *... el cansancio nada más del trabajo y eso, pero ya de ahí en adelante ya no me siento... ya no siento más mal, porque ese tratamiento de pastillas que tomo me siento bien, nomás tomo una diaria, y ya no me duele ni el estómago ni nada.*

IRENE

— *... “cuando tomas la medicina de tu enfermedad, hasta guisas, hasta haces tortillas” dice (el médico), y si hago eh, cuando tengo, o sea que amanezca mejorcito yo hago mi trabajo. CLARA*

Además de calmar los malestares, se observa en los siguientes testimonios que los medicamentos también provocan otros malestares.

— *... cuando tomo las pastillas también me da sueño, si me duermo unas 2-3 horas, ya al rato del transcurso de las 2-3 horas más me quedo aquí y ya me da otro sueño más, se me profundiza eso, ¡híjole! Y la verdad no he acudido con el doctor.*

ABEL

— *... tomaba yo de esas que dan en la clínica, de esas grandes: Metformina, pero me ardía mucho el estómago, y ya me dieron de esa pero ya compuesta, y ya dejé esa que me daban en la clínica, y empecé a comprar de esa misma pero ya compuesta, ya nada más para tomarme una diaria, antes me tomaba yo 3 veces al día la Glibenclamida y la Metformina, pero ahorita ya dejé eso porque me dolía*

y me ardía mucho el estómago, y ya ahorita ya nomás tomo esa que es compuesta, y ya nomás me tomo una diaria. IRENE

— *Pues yo creo, tanto medicinas, es lo que me está perjudicando por dentro, pero es que por una parte te sirve...* CLARA

Existen también algunos testimonios que dan cuenta de que los medicamentos son perjudiciales para el cuerpo, en el que *la gente dice que hace daño* si se toma recurrentemente y hacer caso omiso a esas recomendaciones las consecuencias serán: debilidad, ceguera, vomitar sangre, problemas en los riñones y la muerte.

— *Tengo pastilla, pero no tomo de diario porque dicen que chinga la pastilla, por eso la gente se muere rápido.* ADÁN

— *... me han contado que tomar exceso de medicamento, de pastillas, donde esas mismas pastillas hace que te debilita más... un compadre dice que las mismas pastillas lo está cegando, “ya no veo compadre” me dice, “cuando tenga esa enfermedad compadre ten cuidado, no tomes muchas pastillas, porque las mismas pastillas, la misma ampollita, las mismas cosas que venden en la farmacia te hacen ahora sí, daño, entonces cuando vayas a tener eso compadre pues no sé, Dios es el que sabe hasta dónde abarca nuestra vida”.* ABEL

— *... creo que también dice la enfermera que es malo tomarse tanto, tanto la medicina, porque uno le encuentra uno, esa enfermedad hombre, que luego viene que uno vomito sangre, que luego viene uno... ay no sé qué tanto dicen... mucho plática nos da ella (enfermera), muchas cosas dice ella también.* VIRGINIA

— *Yo no tengo nada de dolor de cabeza, que dolores acá, que me siento mareo, que me siento... porque se quejan mucho los que tienen azúcar... ¿Por qué se*

quejan? Porque las mismas pastillas le está madreando al organismo...

BERNARDO

- *Cuando ya tiene muchos años (de tomar pastillas), más tiempo, sí, sí daña, me doy cuenta de mis hermanos, sus riñones, pues ya le está fregando; sus riñones ya no demoran hacerle diálisis. ISELA*

Dentro de la comunidad se encuentra un centro de salud que no cuenta con los recursos necesarios para la atención de la población mazateca de Nuevo Ixcatlán, existe desabasto de medicamentos y de insumos para el tratamiento, vigilancia y control de la DM2, por tal motivo los participantes se ven en la necesidad de buscar este tipo de atención en otros lugares, esto se traduce en más gastos para la economía familiar.

- *Pero ahí (centro de salud) no te dan para la diabetes, te dan puro... por ejemplo, para el dolor, ahí no hay para, exclusivamente para la diabetes, tenemos que comprar... ni para checar la sangre no tienen, y tanto que hay descuento, y no tiene nada esa gente, tiene que comprar de tu dinero si es que... te manda a otro lado también, por ejemplo, para hacer análisis... JESÚS*

- *... a veces aquí en el centro de salud no hay cintillo (tira reactiva) para checarse y eso, pero si iba yo seguido a mi cita, cada mes, cada mes, ahorita ya van 2 citas que pierdo, pero pues voy a tener que ir de nuevo a estarme checando. IRENE*

- *A veces me dan (pastillas) en la clínica, (cuando no tienen) tengo que comprar, pues qué le hago, si no lo tomo ahí viene el problema. ISELA*

Para cubrir los gastos que requiere este tipo de atención los participantes tienen *que buscar la forma* para conseguir dinero haciendo trabajo extra, con el apoyo económico

de los familiares, o con ayuda de los programas sociales del gobierno, esto para cubrir gastos de transporte, medicamentos, consulta médica, etc., lo anterior retrasa o evita poder acudir a la atención médica

— *Cuando me pegó esa enfermedad, como está lejos Tuxtepec, me dice el médico, “te vienes a checar aquí cada mes, cada 2-3 meses” me decía, pero no, ya no fui después, porque es que se gasta... me aguanté 6 días de que no iba yo al médico, porque la mera verdad en ese tiempo no tenía dinero para irme a ver al médico. Ya pasó los 6 días. 4 días creo, tenía yo cuando le hablé a mi hijo, ya mi hijo me dijo: “Pues ve a checar allá en Tuxtepec, ahí te mando dinero” me dijo mi hijo, así es que fui al médico. ADÁN*

— *... a veces no hay en la clínica, pues me recetan y tengo que comprar... porqué crees que no descanso, por eso así vendo tortilla o vendo tamales, así para que me alcance para mis (medicinas)... pues si es cierto, me llega el apoyo que me llega, pero ese dinero no alcanza. VIRGINIA*

— *... a veces no se encuentra, a veces el medicamento aquí en las farmacias se agotan... a veces no alcanza el dinero, pero tiene uno que ver de dónde... a veces voy a Playa, y ahí, allá los compro. IRENE*

— *Ese los dos que tomo, no llego (a) más, porque el dinero es lo que hace falta, pos está difícil (conseguir) el dinero ahorita, no hay trabajo, antes sí... tomaba yo antes (más medicamentos), ahorita no da, no da le digo. Po... tengo un poquito de apoyo, pero lo que pasa, pues no es mucho el apoyo que llega de la Prospera, pues (con) eso yo lo compro (medicamentos)... me da pena de decirte, pero ¡qué le hago!, pues me estás preguntando, por eso, pues somos pobres, no tenemos dinero. Aunque ahorita tengo dos hijos nomás y pobre mis hijos que... me llevó*

un mi hijo, me llevó a México y ahí me hicieron estudios, después ahí supe que yo tenía diabetes. SOFÍA

Por último, se presentan los testimonios de la relación de los participantes con el personal de salud público y privado, se observa una relación superficial y sin respeto, esto se representa como *falta de amor*. Se muestra en los testimonios que el *regaño* es una forma de dar a conocer el mal manejo de la enfermedad de quienes la padecen, como se muestra a continuación:

— *... con ese médico, casi no... casi no le gusta platicar, es muy como... pues nosotros le podemos... decía... no sé cómo se dice, es un médico que no le gusta hablar, no tiene amistad como debe de ser... cuando estuve ahí en Xalapa, ahí si eran médicos, te ponían vendas, te quitaban vendas y aquí no, más si vas con Pineda, él no te quita la venda y si no le dices que vea la herida ni lo va a ver, y Mejía a cambio, Mejía te agarra así sin guante, sin nada, te ve la herida, te ve todo, y ya cuando acaba no te va a decir “dónde está el agua” o que quiere lavar la mano ¡no!, y aquel médico que fui a verlo me dijo que le quitara yo... “quita la venda” dice, empecé a quitar la venda, “¿qué tiene?” dice, “no, tengo esto, esto y esto, y no ha sanado”, “ni va a sanar”, y no lo había visto... ya volvió a sentar en su escritorio, pero no me dijo nada, “no, échale ganas” pues porque hay médicos, como te vuelvo a decir, yo conozco médicos, hay médicos que tienen el amor a un paciente, ¿o no es cierto amigo?, siempre y cuando... hay que tener un amor a los enfermos ¿o no?, bueno yo digo. ROBERTO*

— *te regaña (el médico), pero dice “pues ya lo hiciste (tomar un remedio), pero ya no vuelvas hacer eso”, “no” le digo. VIRGINIA*

— ... así hace ese médico, así hace (a) lo que no contesta bien, lo regaña. “A poco tú no estás enferma...”, una vez escuché “¡apoco tú no eres que estás enferma!, ¿por qué no me dices que es lo que tienes, que es lo que...?”, pues la señora no sabe contestar, después entró la señora de la limpieza a ayudar a la señora, ya escuchó una vez que estaba regañando a una señora... cuando entra la gente que va atendiendo y (el médico) lo cierra la puerta, pues solamente él sabe, pero yo no lo dejo, “si a mí me va a regañar médico... cómo crees que me va a regañar si soy su paciente, cómo crees que me va a regañar... ¡no!, si no quiere...”, yo le regaño también, “viene a enojarse conmigo, está trabajando, tú eres de gobierno, a poco no estás recibiendo (sueldo)...”, yo le voy a decir, si mijo, de veras si le voy a decir. SOFÍA

Las experiencias de los participantes fueron diversas en cada uno de ellos, y deja ver la particularidad en sus experiencias de vida al padecer DM2. Los hallazgos presentados se discuten a continuación.

7. Discusión

Esta investigación se realizó con el objetivo de describir la experiencia de padecer DM2 en los indígenas mazatecos, en el cual los conceptos de Kleinman¹ fueron los que resultaron ser la mejor herramienta para el análisis. Los hallazgos que se obtuvieron muestran el modo de vivir, saberes y experiencias de los indígenas mazatecos, se hace mayor énfasis al padecer desde su cotidianidad ya que a partir de ello se observan sus prioridades, las actitudes que toman con respecto a sus malestares, las redes de apoyo con que cuentan, el tipo de atención médica que buscan para controlar sus malestares y sus prácticas de autocuidado.

Para los indígenas mazatecos de Nuevo Ixcatlán el origen o la causalidad de la diabetes está conformado por dos ideas, una se refiere a que la diabetes se origina por emociones, esta emoción es un enojo excesivo, mencionado como coraje o muina, provocado por situaciones de violencia, problemas familiares y noticias inesperadas. Respecto al coraje se han publicado diversos estudios en población indígena que lo mencionan como una de las causalidades de la diabetes, esto como consecuencia de haber sufrido o presenciado situaciones de violencia^{9, 47- 49, 66- 67}, pero también lo vinculan a situaciones donde se experimentan emociones de tristeza provocada a partir de la violencia intrafamiliar^{26, 48, 67}.

La otra causalidad relevante en esta investigación es el susto, esto es posterior a experimentar un accidente laboral en el que se compromete la integridad física, así como a situaciones de violencia que le ocurre directamente al participante o algún familiar. Otros estudios en población indígena coinciden y muestran al susto como desencadenante de la diabetes, también como resultado de experimentar accidentes en el trabajo o por violencia^{9, 47, 66, 68, 69}. Por su parte, los Ikojts de Oaxaca relacionan

al susto como causalidad de la diabetes, este susto aparte de surgir por accidentes en el trabajo también es provocado por tener encuentros con animales peligrosos que forma parte del hábitat en el que se encuentran y en donde realizan sus actividades laborales o cotidianas, además, relacionan el origen de la diabetes con la falta de actividades físicas que requieren hacer esfuerzo físico que implique mayor gasto energético, por lo que según ellos la diabetes está más presente en las personas que tienen una economía más estable, porque descansan más y trabajan menos, convirtiéndose la DM2 en una enfermedad de ricos, este último aspecto no forma parte de los saberes de los participantes, tal vez se deba a que las familias tengan terreno propio para trabajar y por eso algunas de sus actividades se comparten y no ven diferencias ⁴⁸.

Por su parte los wixárikas, atribuyen el origen de la diabetes al sedentarismo y al proceso de cambio en su alimentación, que ha pasado de consumir alimentos del campo a alimentos industrializados como los enlatados y el refresco, para ellos la diabetes no es una enfermedad de su costumbre, sino una enfermedad llevada a su cultura por los mestizos, no se comparte esta idea con los participantes ⁵⁰. Asimismo, Yañes ⁵¹ menciona que los coomcac de Sonora también han observado que la sedentarización y el consumo de alimentos procesados ricos en carbohidratos son causantes del deterioro de su salud, y que la diabetes no se da por el susto ya que son un pueblo que se ha enfrentado a muchos peligros. Page ⁵² por su parte, menciona que los tseltales en Chiapas han ubicado a la diabetes en un plano natural, formado a partir de malos hábitos de vida, pero también lo atribuyen a la envidia o al mal echado dentro de su plano espiritual lo cual difiere de los participantes de este estudio, ya que no se menciona la envidia ni la hechicería.

Por otra parte, otros estudios en población rural de Guanajuato y Morelos, y urbana de la Ciudad de México mencionan que una de las causalidades de la diabetes es debido al sedentarismo y a la falta de actividad física, en conjunto con los malos hábitos alimenticios caracterizados por alimentos que superan los requerimientos máximos de carbohidratos, así como comer en grandes cantidades o comer en exceso, especialmente alimentos y bebidas industrializados ricos en azúcares como el pan, pastelitos y refrescos lo que no coincide con los hallazgos de esta investigación ^{66, 70, 71}. Así también Juárez et al. ⁶⁷, en su estudio en comunidades mayas menciona que se atribuye la causa de la enfermedad al consumo desmedido de alimentos ricos en azúcares y grasas presentes en su cultura, y a que los alimentos se encuentran contaminados por el uso de sustancias químicas usados en la agricultura.

De acuerdo al concepto de padecer los participantes explican que una serie de manifestaciones en el cuerpo (propios de la enfermedad) les otorga un autodiagnóstico de DM2 y que a su vez provocan malestares, como lo son: la sed abundante, ir con mayor frecuencia a orinar, bajo peso corporal y que las hormigas se junten en la orina (porque esta se encuentra endulzada); para confirmar el diagnóstico de la diabetes se apoyan también de un diagnóstico clínico, y como la familia también realiza el proceso de observar los cambios en el cuerpo, ejercen cierta presión para que acudan a los servicios públicos o privados de salud para el diagnóstico de la enfermedad. Los malestares como la sed abundante y orinar frecuentemente coinciden con los trabajos de Page ^{26, 49, 52} y Lerin ⁴⁷ en población maya, García ⁵⁰ y Quiñonez ⁶⁸ con los wixárikas, Loza ⁷⁰ con población de Morelos, Mendoza ⁷² en población urbana de Monterrey, García ⁷³ con población del estado de México, Vanegas ⁷⁴ en Colombia, Zenteno ⁷⁵ en Puebla, y Cartas ⁷⁶ con población general de

Chiapas, así también estos estudios agregan otros síntomas o malestares como debilidad, cansancio, visión borrosa, mucha hambre, dolor de cabeza y cuerpo, e insomnio. La pérdida de peso como signo de la diabetes coinciden con dos estudios en población indígena y una en población urbana ^{48, 52, 70}. El signo de las hormigas no coincide como tal en otros estudios, pero sí la idea de que la orina está endulzada por el azúcar (diabetes) como lo refieren los participantes ^{72, 76}.

Con respecto a la experiencia de vivir con la enfermedad, los hallazgos se enfocaron en distintos ámbitos que la diabetes modifica o que son de mayor importancia para los mazatecos de Nuevo Ixcatlán, entre ellos se encuentra el trabajo, que se caracteriza por jornadas largas, bajo el sol, agotador, poco remunerado que “*apenas y alcanza para comer*”; y a esto se le añaden los malestares propios de su padecer como lo es: la pérdida de su energía, dolor de cabeza, cansancio excesivo y debilidad, que dificultan aún más la realización de sus actividades laborales. Al respecto, García y cols ⁵⁰ coinciden en que los malestares que la diabetes produce impiden realizar las actividades cotidianas de hombres y mujeres como lo menciona en su estudio en población wixárika. Mientras que Medina y cols ⁷⁷ encontraron que las actividades laborales se modifican, limitan o abandonan para evitar complicaciones con la enfermedad, así como prevenir accidentes que detonen complicaciones, lo que guarda similitud con los hallazgos de esta investigación pues algunos participantes han limitado e incluso abandonado algunas de sus actividades laborales, pero lo hacen de este modo porque los malestares se lo impiden. Por su parte Zenteno y cols ⁷⁵ mencionan que al padecer diabetes se observan cambios en la forma de ver a las actividades laborales, que pasa de ser el equilibrio físico, mental y psicológico a provocar insatisfacción, enojo e impotencia al no poder ejercerlo y desarrollarlo

satisfactoriamente, esto coincide con el testimonio de Jesús en el que en la satisfacción de realizar sus actividades laborales ha cambiado por causa de la DM2.

Los resultados dan muestra de la situación precaria en la que viven los mazatecos de Nuevo Ixcatlán, y que a pesar de que el cuerpo no responda como lo hacía antes de padecer diabetes no les “*queda de otra*” pues tienen aun así que trabajar para poder cubrir sus necesidades básicas y las de sus familias, inclusive, aunque cuenten con el apoyo económico de sus hijos no dejan de priorizar el trabajo, ni lo abandonan, ya que la ayuda económica que le proporcionan no es suficiente para dejar de hacerlo. Con relación a este aspecto, Mendoza y cols ⁷² en su estudio en población urbana de Nuevo León, y Pascual ⁷⁸ y cols en su estudio con población rural de Veracruz mencionan que se puede llegar a priorizar el trabajo por encima de la salud y recurrir a malos hábitos de vida que repercuten principalmente la alimentación, esto con el fin de tener la energía suficiente para poder soportar las largas actividades laborales. A pesar de lo anterior, la mitad de los participantes tienen otra perspectiva en torno al trabajo, lo ven como una ayuda para mejorar la salud, una forma de atender los malestares que el cuerpo presenta, así como una forma de olvidar que la diabetes existe, no hacer esas actividades representa dañar al cuerpo. Con respecto a lo anterior, Guillén-Cadena y col ⁷⁹ mencionan en su estudio que existe preferencia por ir a trabajar, estar en casa representa estar sin actividades y tener una vida sedentaria.

El cansancio es el malestar que más ha impactado la vida diaria de los mazatecos de Nuevo Ixcatlán, pues dificulta sus actividades laborales y también sus relaciones sociales, por lo tanto, prefieren descansar que hacer alguna otra actividad que agrave su padecer. Por su parte Guerrero y cols ⁸⁰ coinciden que la diabetes afecta el ámbito

social y laboral, y esto genera en las personas con DM2 tengan sensaciones de rechazo, baja autoestima y desvalorización ante el grupo social.

La alimentación es un tema que figura en los hallazgos, ya que principalmente es lo que se indica modificar al momento del diagnóstico médico de la DM2, pero los médicos del sistema de salud público o privado no toman en cuenta el arraigo cultural que los mazatecos de Nuevo Ixcatlán tienen sobre muchos de sus alimentos, por lo tanto existen discursos en los que se muestra un continuo conflicto interno por modificar, eliminar o disminuir la porción de los alimentos característicos de su cultura, y que incluso se les recomienda que integren alimentos que no van acorde a su historia y tradiciones, lo que también identificaron otros autores en población maya de Chiapas y Yucatán, así como en población urbana de Nuevo León ^{47, 49, 69, 72}. Al igual que en este estudio, Quiñonez y cols ⁸¹ en su estudio con población wixárika mencionan que los médicos alópatas restringen alimentos que forman parte la dieta regular indígena y que además les piden introducir alimentos basados en el plato del buen comer, lo que les genera un conflicto individual interno por querer comer lo prohibido, además de un conflicto social por no querer verse excluido de la participación social y familiar al compartir y consumir alimentos propios de su cultura. Juárez-Ramírez y cols ⁶⁷ en su estudio en población maya mencionan que las recomendaciones médicas con respecto a la alimentación no se siguen por el hábito y arraigo que existe sobre los alimentos de su costumbre, así como del valor simbólico que tienen sobre sus platillos típicos, y del uso que se les tiene en sus festividades culturales; limitar o prohibir los alimentos propios de su cultura trunca el sentido que le dan a la alimentación, además de que están dispuestos a “pagar el precio” por no

seguir la dieta restrictiva, incluso aunque presenten complicaciones derivadas de la diabetes.

Por otra parte a los mazatecos participantes de esta investigación se les recomienda disminuir alimentos básicos como la tortilla e introducir más verduras a sus comidas, pero los participantes mencionan que así no están acostumbrados, por lo que disminuir el consumo de tortillas significa sentirse o quedarse con hambre, y al contrario, sentirse llenos para ellos significa estar felices, por tal motivo no realizan las modificaciones a su alimentación recomendadas por el profesional de la salud, dos participantes expresan que la disminución de las porciones de sus alimentos contrarios a la enfermedad significa “*morirse de hambre*” lo que concuerda con los hallazgos encontrados por otros autores en población urbana de la Ciudad de México y Morelos, así como de población indígena de Yucatán y Tabasco ^{9, 67, 82, 83}.

Dentro de los alimentos que forman parte de su cotidianidad, y también ahora de su cultura se encuentra el pan y el refresco, alimentos que se caracterizan por un contenido elevado de azúcares y que están contraindicados con la DM2. El consumo del refresco se ha hecho tan habitual que incluso los participantes lo prefieren como bebida sobre otras, su consumo se da porque es un gusto del cuerpo, un antojo, para calmar la sed y refrescarse después de un día de trabajo, el uso de este tipo de bebida coincide en los hallazgos encontrados por otros autores en población chontal de Tabasco, y población urbana de la Ciudad de México y Nuevo León ^{84, 82, 85, 72}.

Al respecto, Montesí ⁴⁸ ha documentado que el consumo del refresco en los Ikojts se da para sentir tranquilidad; mientras que Yañes ⁵¹ encuentra que el bombardeo constante de comerciales de refrescos, así como la facilidad de poder conseguirlos en

los pueblos han hecho que estas bebidas sean elegidas por los Comcaac en Sonora. Por su parte, Page ⁴⁹, y Theodore y cols ⁸⁶ reconocen y concuerdan que el refresco ha sido impuesto en el escenario de vida de la población mexicana a través de las fuerzas económicas, políticas y religiosas que han permitido el acceso de esta bebida a todos los rincones del país, y que incluso han cambiado las ritualidades y las costumbres sociales de los pueblos indígenas que ahora ocupan el refresco en lugar de sus bebidas prehispánicas.

También se encuentra en los hallazgos de esta investigación que el uso del refresco es usado para calmar malestares en donde el cuerpo tiembla, esto lo interpretan a que el cuerpo avisa que hay una bajada del azúcar y que se tiene que reponer inmediatamente con los alimentos o con el refresco para poder calmar a la enfermedad. Con respecto a esto, Yañes ⁵¹ menciona que las manifestaciones de los comcaac en Sonora por la subida del azúcar son: dolor en la sien, visión borrosa y baba amarga. Por otro lado, Herrera ⁸⁵ encuentra que la subida y bajada del azúcar provocan síntomas como: sudar frío y calambres.

Pese a que no existe la disposición de dejar los alimentos que están contraindicados por la diabetes por el arraigo cultural que existe sobre ellos, se observa que alguno de los participantes han limitado ciertos alimentos con el fin de evitar dañar el cuerpo; existe el conocimiento de que el consumo desmedido de alimentos altos en grasas y altos en azúcares como el refresco resulta perjudicial para el cuerpo y la salud, y pese a que el antojo por ellos está presente toman en cuenta su salud para disminuir su porción, cambiarlos o alternarlos, esto coincide con los hallazgos presentados por Montesí ⁴⁸ con los ikojts de Oaxaca, Juárez-Ramírez y cols ⁶⁷, y Medina y cols ⁶⁹ en población maya, así como de Arcos y col ⁸³ en población urbana de Morelos.

Con relación a lo anterior, Guerrero y cols ⁸⁰ reconocen que la limitación de la alimentación se realiza al presentar malestares que indican que la diabetes se encuentra muy por encima de los niveles glucémicos. Mientras que Guillén-Cadena y col ⁷⁹ encuentran en sus hallazgos que persiste el consumo de alimentos contraindicados por la enfermedad de una manera limitada en su porción para evitar sentirse rechazados de su círculo social lo que no coincide con los hallazgos de este estudio pues los participantes mencionan que limitan sus alimentos para no dañar el cuerpo. Por su parte, los hallazgos de Castillo y col ⁷¹ coinciden en que para controlar la diabetes y cuidar la salud hay que disminuir la porción de los alimentos calóricos como los productos de harina de trigo y el refresco.

Los hallazgos de esta investigación también abarcan las redes de apoyo con las que cuentan las personas con DM2, en especial la familia, ya que sus integrantes cumplen diversos roles, como lo son: rol de cuidador cuando se presentan los malestares del cuerpo, como consejero y motivador por las recomendaciones que hacen para mejorar el estado de salud y bienestar, además del apoyo económico que sirve para tratar la enfermedad, del apoyo en las tareas diarias, así como de puente que mantiene las relaciones sociales con la comunidad, las muestras de apoyo por parte de la familia y amigos coinciden con los hallazgos presentados en los estudios de Yañes ⁵¹ con los comcaac, Medina y cols ⁶⁹ con población maya, Herrera ⁸⁵ con población urbana, Vanegas y cols ⁷⁴ con población urbana de Colombia, Cartas y cols ⁷⁶ con población urbana de Chiapas, Arcos ⁸³ y col con población urbana de Morelos, Rodríguez y cols con población de España ⁸⁷, y Juárez y cols con población maya ⁸⁸. Pero a diferencia de los hallazgos de esta investigación, Medina ⁷⁷ y cols encuentran en su estudio con

un adulto mayor que en ocasiones las familias pueden ser sobreprotectoras y limitar la interacción social y las actividades cotidianas.

Mientras que Guillén y col ⁷⁹ muestran que se exige a la familia un trato especial por padecer diabetes, esto es algo que no se encuentra en los hallazgos de este estudio. Por otra parte, Zenteno y cols ⁷⁵ observaron que involucrar a la familia en el cuidado de la enfermedad crea fortaleza emocional, así también, sentir el apoyo familiar incrementa la motivación y las conductas positivas para el cuidado de la salud. Por el contrario, Mendoza y cols ⁷² encuentran que se trunca en ocasiones el apoyo de la familia por ideas machistas de que al padre no se le puede decir qué hacer cuando es él el que padece diabetes, y que su sufrimiento debe de ser silenciosa, este hallazgo no coincide con lo encontrado en esta investigación. Por su parte, el estudio de Juárez y cols ⁸⁸ encuentran que el regaño de los familiares es una muestra de afecto, ya que con ello se motiva a mejorar el estado de salud, que en comparación con esta investigación no son regaños sino consejos.

Se observa en los hallazgos de esta investigación que hay casos en los que los integrantes de la familia entienden y apoyan a la persona con DM2, pero también en situaciones distintas los familiares tienen desconocimiento del estado físico y emocional por el que atraviesa la persona con DM2, y descuidan la alimentación de su familiar, lo que coincide con los hallazgos de García y cols ⁷³. Por otra parte, los hallazgos de Arganis ⁹ y Page ^{26, 52} indican que no existe el apoyo económico de la familia. Page ⁵² y Arias ⁸⁴ encuentran, que las familias no realizan el acompañamiento en las citas médicas y tampoco ayudan a identificar el nombre del medicamento, dosis y horarios en personas analfabetas.

La preocupación no sólo es en un sentido, ya que también existe preocupación por parte de la persona con DM2 hacia sus familiares, especialmente de las mujeres, existe preocupación y miedo por dejar en la orfandad a sus hijos por una posible muerte a causa de la diabetes, por tal motivo realizan plegarias a Dios para que les dé más vida y puedan ver crecer a sus hijos, esto concuerda con los hallazgos presentados en el estudio de Arias ⁸⁴ con indígenas chontales.

Respecto a la atención médica que se realiza para bajar el azúcar o controlar la enfermedad, se inicia con una autoatención con plantas medicinales, y depende del uso continuo de tés o licuados es como se obtendrán los beneficios de la planta, el beneficio es comprobado por una sensación de bienestar y posterior de una medición de los niveles glucémicos en el centro de salud, estos saberes son compartidos de boca en boca por familiares y por personas de la propia comunidad que también padecen de diabetes. Arganis ⁹, Lerin y cols ⁴⁷, y Cruz y col ⁸² coinciden en que los saberes son compartidos de boca en boca por familiares y amigos. Mientras que Medina y cols ⁸⁹ en un estudio en comunidad maya mencionan que los saberes sobre la eficacia de las plantas medicinales se dan de manera intergeneracional por las mujeres, además de que este método de atención sustituye a la medicina occidental. Mientras que Cartas y cols ⁷⁶ encuentran que combinar la medicina popular con el tratamiento biomédico genera un alivio al padecimiento de la diabetes.

El uso de la atención médica tradicional ha disminuido en los mazatecos de Nuevo Ixcatlán, ya que los pocos curanderos que aún existen son ancianos que han perdido su práctica debido a la ceguera o a enfermedades crónicas, y por otra parte por el desprestigio que se les hizo en el proceso de desplazamiento y reubicación como lo documenta Luna ⁴⁴, por lo que al menos en esta comunidad no se conservan las

prácticas médicas prehispánicas como si lo documenta Page ²⁶ y Lerin ⁴⁷ con los pueblos indígenas de Chiapas, sólo se menciona en una ocasión el uso de la medicina tradicional por medio de los rezanderos, estos realizan su participación médica a través de visiones presentadas por Dios en el que les indican qué remedio tomar, y del cual se obtiene un resultado satisfactorio en el control de los malestares de la enfermedad. Cruz y cols ⁸² mencionan que el uso de la medicina tradicional se realiza siempre y cuando no se dé a conocer al médico alópata, porque este reprende su uso, esto coincide con Lerin y cols ⁴⁷ que muestran en su estudio que los médicos alópatas descalifican sus saberes culturales respecto a la salud; mientras que Medina y cols ⁶⁹ mencionan que el uso de la medicina tradicional complementa el tratamiento farmacológico.

El uso de la medicina occidental o biomedicina es dado por los resultados positivos que tiene el tratamiento farmacológico, los participantes observan que los medicamentos disminuyen sus malestares, lo que permite que realicen sus actividades cotidianas, además de sentirse en calma; pero también refieren que el consumo de medicamentos provoca diversos malestares como el sueño, el cansancio y dolor de estómago, pero no es abandonado porque “en parte sirve” como lo menciona una participante. Page ²⁶ menciona en sus hallazgos que los medicamentos para la diabetes producen dolor de estómago y ardor, mientras que en los hallazgos de Medina y cols ⁸⁹ se menciona el ardor estomacal como malestar producido por el tratamiento farmacológico.

Se encuentra también en los hallazgos de esta investigación que el tratamiento farmacológico tiene consecuencias más graves como lo es la ceguera, problemas con los riñones e incluso la muerte, este conocimiento es compartido por personas que

han experimentado esas consecuencias y lo que hacen es avisarle a los demás que los medicamentos son malos para el cuerpo. Page ⁵² y Cruz y col ⁸² con estudios en población indígena maya y chontal respectivamente coinciden en sus hallazgos que el tratamiento farmacológico con insulina provoca ceguera y que por tal motivo suelen elegir otro tipo de atención médica.

El desabasto de medicamentos está presente en el único centro de salud de Nuevo Ixcatlán ya que no recibe los recursos suficientes para abastecer a toda la población, por tal motivo las personas con DM2 tienen que buscar la atención médica en otras comunidades lo que se traduce en realizar un gasto extra en transporte, en la compra de medicamentos y en la consulta médica, además de reducir el poco dinero destinado a sus necesidades básicas, esto en ocasiones posterga o evita poder acudir a la atención médica, lo que concuerda con los hallazgos de Montesí ⁴⁸ y Arias ⁸⁴. Al respecto, Montesí ⁴⁸ agrega que la enfermedad acaba con todo, ya que acaba con la salud y con los bienes materiales de poco a poco. Así también, Juárez y cols ⁸⁸ encuentran que obtener dinero para el tratamiento médico genera estrés en las personas y más aún en las personas en condiciones de pobreza, pues ese gasto económico representa un esfuerzo excesivo. Por su parte, Juárez y cols ⁶⁷ en otro estudio con comunidades mayas encuentran que el personal médico carece de competencia cultural, pues no toman en cuenta las limitaciones económicas extremas en el que se encuentra la población indígena con diabetes.

Por otra parte, la persona con DM2 espera que la relación que se establece con el personal de salud sea con respeto, que los motive a mejorar la salud, con “amor hacia los enfermos”, pero lo que reciben muchas veces son regaños, enojo, apatía, comunicación en un solo sentido, descalificación de los saberes y sus prácticas de

autocuidado, se espera sumisión por parte de la persona que acude a este tipo de atención médica y no se toma en cuenta la situación de pobreza del pueblo indígena mazateco ni su contexto cultural, esto coincide con los hallazgos de Medina y cols ⁸⁹ en el que se describe la relación con el personal médico como asimétrico, además de que otorgan un mal trato a los enfermos y muestran el rechazo del uso de plantas medicinales.

Arcos y col ⁸³ muestran en sus hallazgos que se describe a los médicos como poco empáticos. Por su parte Arias ⁸⁴, encontró que la situación de desigualdad en la atención hospitalaria y el regaño como medio de comunicación genera frustración, y que en consecuencia se puede interrumpir el tratamiento médico. Mientras que Rodríguez ⁸⁷, y López y cols ⁹⁰ concuerdan que la atención del profesional médico es estandarizada y superficial, y con enfoque sólo de la enfermedad, lo que se compara con la atención y el trato que recibe la población mazateca de Nuevo Ixcatlán por parte del personal médico, que por falta de una economía que cubra adecuadamente sus necesidades básicas no pueden acudir con otros profesionales médicos que los trate con respeto, con competencia cultural y que les otorgue una buena educación para la salud, se quedan con la atención médica que tienen a su alcance.

8. Conclusiones

- Las ideas acerca del origen de la enfermedad dependerán de las experiencias particulares de cada persona y del contexto en el que se encuentren. Esta investigación aporta aspectos que no se han abordado de esta cultura en particular.
- Los malestares que resultan de padecer DM2 interfieren con el bienestar físico y emocional de los participantes en su cotidianidad.
- Dentro de la propia cotidianidad, las actividades laborales otorgan a los mazatecos un efecto positivo ante la enfermedad y sus malestares.
- Para hablar de la experiencia de padecer DM2 no se debe olvidar el contexto de pobreza de la población mazateca, ya que repercute directamente para iniciar o acercarse a una atención biomédica pues esto conlleva un costo. Así también el apego al tratamiento médico farmacológico y no farmacológico complica aún más el contexto de pobreza de esta población.
- El personal de salud (público y privado) intenta establecer una relación vertical, de sometimiento, con los mazatecos de Nuevo Ixcatlán, en el que no se toma en cuenta ni se respeta la cultura, lo que aleja a la población de un tratamiento oportuno y adecuado para su enfermedad.
- Las ideas que se transmiten en la comunidad acerca del tratamiento farmacológico de la DM2 podrían interrumpir o influir para que no se elija este tipo de atención médica.

9. Propuestas

Las siguientes propuestas resultaron de los hallazgos presentes en esta investigación, y de acuerdo con ellos se observa que la alimentación es parte fundamental de la cultura mazateca, pues los alimentos, además del valor culinario, tienen valor histórico y simbólico, aunado de que es parte importante para el control de la DM2. En primer lugar, considero que se pueden implementar estrategias progresivas para disminuir el consumo de alimentos con altas cantidades de carbohidratos, pues se observa que se ha buscado disminuir considerablemente la tortilla y eliminar el refresco de la alimentación mazateca casi de forma inmediata sin tomar en cuenta que ciertos alimentos y bebidas tienen un fuerte arraigo dentro de esta población. En segundo lugar, se pueden retomar los recetarios que se han elaborado de la comida tradicional indígena y elegir los que van acorde con la enfermedad, o elaborar uno de acuerdo con los gustos, al contexto y a la situación de pobreza de la población mazateca, tomando en cuenta lo que se cosecha en la comunidad y sus alrededores, pues no se observa en los testimonios que el profesional de la salud considere el contexto de pobreza de la población mazateca porque se intenta incorporar alimentos que, aparte de que no son del gusto de la población, no son producidos en la región, lo que incrementa su costo.

Es necesario e indispensable que se motive a la familia para que se involucre participativamente en los cuidados que requiere la enfermedad pues también se ha observado que existen situaciones en las que, por ejemplo, existe analfabetismo y que podría complicar el seguimiento del tratamiento farmacológico, también se observa falta de empatía por lo que es necesario que se sensibilicen con el padecer del familiar con DM2, así como también existe desconocimiento del cuidado de la alimentación

por lo que se puede utilizar en conjunto la propuesta mencionada en el párrafo anterior.

En este trabajo no se abordaron en profundidad los conocimientos locales de la DM2, pero considero que se puede realizar una nueva investigación que desarrolle este tema y que complemente este trabajo, pues en conjunto pueden elaborarse mejores estrategias de educación para la salud que incidan correctamente en el control de la enfermedad.

Por último quisiera agregar que la participación activa del profesional de enfermería puede contribuir a un cambio de dirección de los cuidados que ofrece en el área de la salud comunitaria para que sea efectiva y que se otorgue con respeto hacia los pueblos originarios en el que exista el diálogo respetuoso de ambas partes como lo describe la interculturalidad; que se observe a las personas como un conjunto de conocimientos, costumbres y experiencias que luchan por conseguir la salud y preservar sus tradiciones. Espero que esta investigación sirva para modificar los planes de educación para la salud que tienen los centros de salud de las comunidades rurales e indígenas, pero sobre todo sirva para los mazatecos de Nuevo Ixcatlán.

10. Referencias bibliográficas

1. Kleinman A. The illness narratives: Suffering, healing and the human condition New York: Basic Books; 1988: p. 3-6.
2. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de diabetes de la FID, 10a Ed. [Online].; 2021. Acceso 15 de 04 de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3LBQBUU>.
3. Fundación Mídete. Asumiendo el control de la diabetes. [Online].; 2016. P. 8, 20. Acceso 20 de 03 de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3LA6fHc>.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. [Online].; 2021. Acceso 15 de 04 de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3xL8XnJ>.
5. Consejo Nacional de Población. Infografía de la población indígenas. [Online].; 2016. Acceso 26 de 09 de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3BEaWvd>.
6. Islas AS , Revillas MC. Diabetes mellitus, concepto y clasificación. En Cruz CF. Diabetes mellitus: actualizaciones. México: Alfil; 2013. p. 3.
7. Gobierno del Estado de Veracruz. Sistema de información municipal. [Online]; 2019. Acceso 15 de 04de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3StQPX4>.
8. Gobierno del Estado de Veracruz. Plan municipal de desarrollo. [Online]; 2016. Acceso 27 de 09de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3fhEhEg>.
9. Arganis JE. El padecer de los adultos mayores con diabetes. Bol Mex His Fil Mex [Internet]. 2001 [Acceso 05/10/2017]; 4(1): p. 10-14. Disponible en: <https://bit.ly/3LDY0db>.
10. Moreno AL. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. Rev Salud Pub [Internet]. 2007 [Acceso 04/10/2017]; 49(1): p. 63-70. Disponible en: <https://bit.ly/3C57YkS>.
11. Campos NR , Torrez D , Arganis JE. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Cad Saúde Pub [Internet]. 2002 [Acceso 06/10/2017]; 18(5): p. 1271-1279. Disponible en: <https://bit.ly/3BHakLo>.
12. Hueso MC. El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. Index Enferm [Internet]. 2006 [Acceso 04/10/2017]; 15(55): p. 49-53. Disponible en: <https://bit.ly/3BZWiQe>.
13. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. [Online]; 2017. Acceso 26 de 11de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3BDNYUR>.

14. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. [Online]; 2017. Acceso 02 de 04de 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3xMwB38>.
15. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención [Internet]. 2013 [Acceso 14/11/2017]; p. 11. Disponible en: <https://bit.ly/3dBG46t>.
16. Comisión Nacional para el Desarrollo de los PI. Indicadores de la población indígena [Internet]. [Online], México: CDI; 2015. Acceso 07 de 08de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3BFVmiE>.
17. Rodríguez N , Soubié EA. La población indígena actual en América Latina. Nueva antropología [Internet]. 1978 [Acceso 07/08/2017]; 3(9): p. 49-66. Disponible en: <https://bit.ly/3dE7Vmy>.
18. Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Pueblos indígenas y originarios y sus integrantes [Internet]. [Online]; 2014. Acceso 07 de 08de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3DJQGuz>.
19. Secretaría de Salud. Servicios y unidades de salud culturalmente competentes [Internet]. [Online]; 2008. Acceso 16 de 11de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3DIFoXD>.
20. Biblioteca virtual de los pueblos indígenas. Intra e interculturalidad: un acercamiento a la problemática para la educación [Internet]. [Online]; 2017. Acceso 16 de 11de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3C0OGgg>.
21. Bernabé VM. Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad. Ekademos [Internet]. 2012 [Acceso 16/11/2017]; 5(11): p. 67-76. Disponible en: <https://bit.ly/3DPb2CY>.
22. Fabila MA. El debate de la interculturalida en la era global. Una lectura crítica de los derroteros de la revolución ciudadana del ecuador [Tesis de licenciatura] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
23. Tirzo GJ , Hernández J. Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. Cuicuilco [Internet]. 2013; 11(48): p. 11-34. Disponible en: <https://bit.ly/3UvJSa2>.
24. Salaverry O. Simposio, interculturalidad en salud. Rev Peruana de Med Exp y Salud Pub [Internet]. 2010 [Acceso 20/11/2017]; 27(1): p. 80-93. Disponible en: <https://bit.ly/3y8Yv9R>.

25. Duque-Páramo MC. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Inv en Enfermería: Imagen y desarrollo* [Internet]. 2007 [Acceso 17/10/2017]; 9(2): p. 127-142. Disponible en: <https://bit.ly/3StQnIm>.
26. Page PJ. Sufrir de azúcar por ak´chamel "mal echado" en el marco de un horizonte cosmológico amplio. *Pueblos y fronteras* [Internet]. 2017 [Acceso 13/09/2017]; 12(23): p. 99-125. Disponible en: <https://bit.ly/3BD8DbM>.
27. Cardoso GM. La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes [Internet]. Cuicuilco. 2006 [Acceso 17/10/2017]; 13(37): p. 129-142. Disponible en: <https://bit.ly/3C5qyJG>.
28. Hasen NF. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2012 [Acceso 19-11-2017]; XVIII(3): p. 17-24. Disponible en: <https://bit.ly/3Ux7hYE>.
29. Mocellín RM , Viesca TC , Gutiérrez MD. Bioética y salud intercultural: apuntes para una conexión necesaria y posible. *Rev Med del Inst Mex del Seg Soc* [Internet]. 2011 [Acceso 19/11/2017]; 49(3): p. 325-330. Disponible en: <https://bit.ly/3Uy58vJ>.
30. Pérez LJ. Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular. *Rev de ciencias soc* [Internet]. 2009 [Acceso 18/11/2017]; XV(4): p. 708-715. Disponible en: <https://bit.ly/3R5VJIX>.
31. Baeta SM. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso salud-enfermedad. *Comunidad y salud* [Internet]. 2015 [Acceso 19/11/2017]; 12(2): p. 81-83. Disponible en: <https://bit.ly/3UsweVf>.
32. Bouché H. La salud en las culturas. *Educación XX1* [Internet]. 2001 [Acceso 18/11/2017];(4): p. 61-90. Disponible en: <https://bit.ly/3R0gcik>.
33. Tarrés CS. El cuidado del "otro". *Diversidad cultural y enfermería transcultural* [Internet]. *Gazeta de antropología*. 201 [Acceso 18/11/2017]; 17(15): p. 2-6. Disponible en: <https://bit.ly/3xMeev1>.
34. Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional? *Alteridades* [Internet]. 1994 [Acceso 19/11/2017]; 4(7): p. 71-83. Disponible en: <https://bit.ly/3R6lxU0>.
35. Espinoza RA , Ake S. Mazatecos. *Repositorio Universitario Digital: UNAM* [Internet]. 2013 [Acceso 16/08/2017];: p. Disponible en: <https://bit.ly/3S9PPHW>.

36. Luna RX. Mazatecos: Pueblos indígenas del México contemporáneo [Internet]. 1st ed. Ciudad de México: CDI; 2007 [Acceso 16/08/2017]. Disponible en: <https://bit.ly/3Su67eL>.
37. Comisión Nacional para el Desarrollo de los PI. Atlas de los pueblos indígenas de México [Internet]. [Online]; 2015. Acceso 17 de 08de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3fdOdhI>.
38. Biblioteca digital de la medicina tradicional m. Mazatecos [Internet]. [Online]; 2009. Acceso 17 de 08de 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3DN9Hw7>.
39. Incháustegui C. Relatos del mundo mágico mazateco. 1st ed. México: INAH; 1977.
40. Villa RA. Los mazatecos y el problema indígena de la cuenca del Papaloapan. 2nd ed. México: INI; 1955.
41. McMahon D. Antropología de una presa. 1st ed. México: INI; 1973.
42. González RE. La magia de los curanderos mazatecos. 1st ed. México: Publicaciones Cruz O; 2001.
43. Jacorzynski W , Rodríguez M. El encanto discreto de la modernidad: Los mazatecos de ayer y hoy. 1st ed. México: CIESAS; 2015.
44. Luna RX. De la cuenca a la selva, política pública y reubicación en una comunidad indígena: San Felipe Zihualtepec, Oaxaca [Tesis de licenciatura] México: ENAH; 2004.
45. Heredia AF. Cambio y continuidad sociocultural en la región de la presa "Miguel Alemán": los mazatecos de la isla Malzaga, Tuxtepec, Oaxaca [Tesis de licenciatura] México: ENAH; 2001.
46. Agüero RJ. Desarrollo y transformación étnica y social entre los mazatecos de la presa Miguel Alemán: Los mazatecos de Playa Vicente, Veracruz [Tesis de licenciatura] Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana; 1998.
47. Lerin PS , Juárez C , Reartes D. Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. Salud problema [Internet]. 2015 [Acceso 12/09/2017]; 9(17): p. 27-41. Disponible en: <https://bit.ly/3xNtk3D>.
48. Montesí L. La diabetes como metáfora de vulnerabilidad: el caso de los Ikojts de Oaxaca. Rev pueblos y fronteras [Internet]. 2017 [Acceso 14/09/2017]; 12(23): p. 46-76. Disponible en: <https://bit.ly/3qZcgUe>.
49. Page PJ. Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de las Casas y Chamula, Chiapas. LiminaR estudios sociales y humanísticos

- [Internet]. 2013 [Acceso 18/09/2017]; 11(1): p. 118-133. Disponible en: <https://bit.ly/3UvJcS2>.
50. García SV , Crocker SR , García J. Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia Wixarika del occidente de México. Rev chilena de antropología [Internet]. 2017 [Acceso 13/09/2017]; 0(35): p. 113-130. Disponible en: <https://bit.ly/3R0zt36>.
 51. Yáñez MP. La diabetes mellitus entre los comcaac de Socoaix, Sonora: significados, usos y razones para una epidemiología sociocultural. Estudios de antropología biológica [Internet]. 2013 [Acceso 18/10/2017]; 16(0): p. 811-846. Disponible en: <https://bit.ly/3UqrH5s>.
 52. Page PJ. Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. LiminaR [Internet]. 2007 [Acceso 18/10/2017]; XIII(2): p. 84-95. Disponible en: <https://bit.ly/3DLkUNM>.
 53. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras. [Online]; 2020. Acceso 29 de 09de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3dR32Xi>.
 54. Pérez AC. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp de Salud Pub [Internet]. 2002 [Acceso 13/04/2018]; 76(5): p. 373-380. Disponible en: <https://bit.ly/3SnVaLy>.
 55. Peláez BI , Burgos VR. La aproximación cualitativa en salud: una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas. Reumatología Clínica [Internet]. 2005 [Acceso13/04/2018]; 1(3): p. 66-74. Disponible en: <https://bit.ly/3C4R4T6>.
 56. Landeros OE , Morales RM , Martínez RM. Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico. Index Enferm [Internet]. 2010 [Acceso 12/04/2018]; 19(2-3): p. 187-190. Disponible en: <https://bit.ly/3xNfbTQ>.
 57. Pérez GA. La etnografía como método integrativo. Rev Colomb de Psiquiatria [Internet]. 2012 [Acceso 12/04/2018]; 41(2): p. 421-428. Disponible en: <https://bit.ly/3UBxQf9>.
 58. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. IndexEnferm [Internet]. 2000 [Acceso 12/04/2018]; IX(30): p. 30-35. Disponible en: <https://bit.ly/3S7NayF>.
 59. Martínez SC. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [Acceso 20/06/2018]; 17(3): p. 613-619. Disponible en: <https://bit.ly/3R8J9sp>.

60. Graneheim UH , Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today [Internet]. 2004 [Acceso 18/06/2018]; 24(2): p. 105-112. Disponible en: <https://bit.ly/3xMbhdV>.
61. Cornejo M , Salas N. Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. Psicoperspectivas [Internet]. 2011 [Acceso 20/06/2018]; 10(2): p. 12-34. Disponible en: <https://bit.ly/3SsfefW>.
62. Noreña A , Alcaraz N , Rojas J , Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [Acceso 20/06/2018]; 12(3): p. 263-274. Disponible en: <https://bit.ly/3DV7eQi>.
63. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabir [Internet]. 2007 [Acceso 20/06/2018]; 13(0): p. 71-78. Disponible en: <https://bit.ly/3fdoTsq>.
64. Jootun D , McGhee G , Marland GR. Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. Nurs Stand [Internet]. 2009 [Acceso 16/04/2022]; 23(23): p. 11-17. Disponible en: 10.7748/ns2009.02.23.23.42.c6800.
65. Bermúdez A , Cárdenas M , Fernández V , et al. Principios éticos para la investigación en la ENEO. [Online]; 2013. Acceso 20 de 06de 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3BynkN8>.
66. Marmolejo CG , Franco CB. Significado de vivir con diabetes mellitus en la cotidianidad del adulto. Jóvenes en la ciencia [Internet]. 2017 [Acceso 20/04/2022]; 2(1): p. 99-103. Disponible en: <https://bit.ly/3BCkhn6>.
67. Juárez-Ramírez C , Théodore FL , Villalobos A , Allen-Leigh B , Jiménez-Corona A , Nigenda G , et al. The importance of the cultural dimension of food in understanding the lack of adherence to diet regimens among Mayan people with diabetes. Public Health Nutrition. 2019 [Acceso 25/04/2022]; 22(17): p. 3238-3249. Disponible en: <https://bit.ly/3xNsTq1>.
68. Quiñonez-Tapia F , Vargas-Garduño M , Soltero-Avelar E. Los wixáritari con diabetes mellitus y sus vínculos con la enfermedad: desde la aparición del síntoma hasta una primera explicación. Salud Colect [Internet]. 2019 [Acceso 22/04/2022]; 15(-): p. Disponible en: <https://bit.ly/3Sor76u>.
69. Medina FI , Medina FJ , Candila CJ , Yam SA , Ceballos TJ , Zavala PD. Mi vida antes y después del diagnóstico de la diabetes tipo 2. Rev Salud y Bienestar Soc. 2017; 1(1): p. 94-114. Disponible en: <https://bit.ly/3LFNWAAn>.
70. Loza-Taylor T , Hernández-Carlsen J. La percepción del padecer en personas con complicaciones crónicas por diabetes mellitus. Rev Med Ins Mex Seguro

- Soc [Internet]. 2021 [Acceso 21/04/2021]; 59(3): p. 197-204. Disponible en: <https://bit.ly/3CcWqfv>.
71. Castillo-Villegas DE , Ostiguín-Melendez RM. Experiencia de un hombre mexicano con diabetes mellitus tipo 2. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2021 [Acceso 25/04/2022]; 23(3): p. 160-165. Disponible en: <https://bit.ly/3R0yY9e>.
 72. Mendoza-Catalá G , Gallegos-Cabriles EC , Figueroa-Perea JG. Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. Rev Cuid [Internet]. 2017 [Acceso 21/04/2022]; 8(3): p. 1786-1798. Disponible en: <https://bit.ly/3C47Ily>.
 73. García-Reza C , Cruz CE , Gómez TD , Toxqui TM , Sosa GB. La percepción de un grupo de hombres sobre la diabetes mellitus: contribuciones a la enfermería. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [Acceso 22/04/2022]; 18(4): p. 562-569. Disponible en: <https://bit.ly/3LFwts2>.
 74. Vanegas G , Barbosa A , Zamora A. Significados atribuidos por un grupo de hombres adultos a la experiencia de tener diabetes mellitus tipo 2. Interacciones [Internet]. 2020 [Acceso 20/04/2022]; -(2): p. Disponible en: <https://bit.ly/3f1RDUK>.
 75. Zenteno MA , Carreón T , Martínez C , García B , García G. Proceso de vivir con diabetes tipo 2 de la persona y la familia: una teoría fundamentada. Cuidarte [Internet]. 2018 [Acceso 22/04/2022]; 7(14): p. 6-17. Disponible en: <https://bit.ly/3LA3tBV>.
 76. Cartas-Fuentevilla G , Mondragón-Ríos R , Álvarez-Gordillo G. Diabetes mellitus II: La importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento. Pob y Salud en Mesoamérica [Internet]. 2011 [Acceso 25/04/2022]; 9(1): p. Disponible en: <https://bit.ly/3r33bK8>.
 77. Medina FJ , Navarro OE , Sifuentes LD , Chi UA , Pech GM , Escalante PA. Sentido de vida de un adulto mayor con diabetes tipo 2 de una zona de Yucatán, México. RqR Enfermería comunitaria [Internet]. 2020 [Acceso 20/04/2022]; 8(4): p. 30-39. Disponible en: <https://bit.ly/3fgMpEE>.
 78. Pascual-Ayala R , Cardoso-Gómez MA , Serrano-Sánchez C. Entre la zafra y el tratamiento de la diabetes: cuando lo fácil se torna complicado. An Antrop [Internet]. 2009 [Acceso 24/04/2022]; 43(2009): p. 143-163. Disponible en: <https://bit.ly/3S8nzpi>.
 79. Guillén-Cadena DM , Flores-Atilano B. Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo. Rev CONAMED [Internet]. 2018 [Acceso 22/04/2022]; 23(4): p. 182-189. Disponible en: <https://bit.ly/3LB16hY>.

80. Guerrero Az , Oviedo ZA , Vargas SM , Rodríguez GC. Evaluación de la percepción de la diabetes tipo 2 bajo el modelo de creencias de salud. *Desarrollo científ enferm* [Internet]. 2010 [Acceso 20/04/2022]; 18(3): p. 100-105. Disponible en: <https://bit.ly/3DN7e4V>.
81. Quiñonez TF , Vargar GM , Soltero AR. El wixárika con diabetes mellitus y sus vínculos con los alimentos. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2019 [Acceso 20/04/2022]; 25(1): p. Disponible en: <https://bit.ly/3Sej50w>.
82. Cruz-Sánchez M , Cruz-Arceo M. El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2020 [Acceso 22/04/2022]; 18(1): p. 1469-1475. Disponible en: <https://bit.ly/3C0HxN6>.
83. Arcos GM , Peña MK. Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensam Psicol* [Internet]. 2019 [Acceso 20/04/2022]; 17(2): p. 121-134. Disponible en: <https://bit.ly/3UxgXSZ>.
84. Arias HI. Percepción de la diabetes y calidad de su control en indígenas chontales, un estudio cualitativo. *Horizonte sanitario* [Internet]. 2020 [Acceso 20/04/2022]; 19(2): p. 291-299. Disponible en: <https://bit.ly/3xKUQyO>.
85. Herrera RA. Afrontando la diabetes: experiencias del paciente adulto con diagnóstico de diabetes en la cotidianidad. *Cuidarte* [Internet]. 2021 [Acceso 21/04/2022]; 10(20): p. 44-66. Disponible en: <https://bit.ly/3UBDhLo>.
86. Théodore LF , Blanco-García I , Juárez-Ramírez C. ¿Por qué tomamos tanto refresco en México? una aproximación desde la interdisciplina. *Inter Disciplina* [Internet]. 2019; 7(19): p. 19-45. Disponible en: <https://bit.ly/3SJ4IkH>.
87. Rodríguez G , Córdoba-Doña J , Escobar-Pujolar A , Aguilar-Diosdado M , Goicolea I. Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores: Estudio cualitativo en Andalucía. *Atención primaria* [Internet]. 2018 [21/04/2022]; 50(10): p. 611-620. Disponible en: <https://bit.ly/3Ux9wew>.
88. Juárez-Ramírez C , Théodore FL , Villalobos A , Jiménez-Corona A , Lerin S , Nigenda G , et al. Social support of patients with Type 2 Diabetes in Marginalized Context in México and Its Relation to Compliance with Treatment A Sociocultural Approach. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [Acceso 25/04/2022]; 10(11): p. Disponible en: <https://bit.ly/3BBoYgV>.
89. Medina-Fernández J , Medina-Fernández I , Candila-Celis J , Yam-Sosa A. Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales. *RqR Enfermería comunitaria* [Internet]. 2018 [Acceso 24/04/2022]; 6(2): p. 76-91. Disponible en: <https://bit.ly/3S65IEJ>.

90. López-Ramón C , Ávalos-García M , Morales-García M , Prieto-Álvarez H. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. Salud en Tabasco[Internet]. 2013 [Acceso 21/04/2022]; 19(3): p. 77-84. Disponible en: <https://bit.ly/3xHuwFp>.

11. Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA		
Tema	Hacia qué va enfocado	Posibles preguntas
Ideas acerca del origen de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la enfermedad • Causas de las cuales se cree que se produjo la enfermedad 	<p>¿Desde hace cuánto tiempo se enteró que tiene diabetes?</p> <p>¿Cómo fue que se enteró?</p> <p>¿Por qué cree usted que se enfermó?</p>
Experiencia de vivir con la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Malestares que la enfermedad les produce • Forma en que se produce tales malestares 	<p>¿La diabetes le ha provocado malestares?</p> <p>¿Cómo se da cuenta usted cuando el azúcar está alta o baja?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades laborales 	<p>¿La diabetes le ha impedido realizar su trabajo?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar 	<p>¿De qué forma su familia lo apoya?</p> <p>Cuando se siente muy mal, ¿su familia esta con usted o lo(a) dejan solo(a)?</p>
Atención médica recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica popular, tradicional y biomédica 	<p>¿Qué hace usted para sentirme mejor?</p> <p>¿Con quién ha acudido para tratar la diabetes?,</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con los médicos profesionales y tradicionales 	<p>¿Cómo es el trato que le dan los médicos?</p>

Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nuevo Ixcatlán, Ver., a ____ de _____ del 2018

Mediante la presente, me declaro libre y conforme de participar en una entrevista con el objetivo de ofrecer información que será de utilidad para la investigación: **“CÓMO ES EL PADECER DE LA DIABETES MELLITUS EN INDIGENAS MAZATECOS DE NUEVO IXCATLÁN, VERACRUZ”**, con ello acepto responder las preguntas que mi entrevistador considere necesarias y es de mi conocimiento que soy libre de retirar mi consentimiento en este trabajo en el momento que así lo desee. Así mismo acepto que dicha entrevista sea grabada con el fin de no perder detalles en las respuestas.

Entiendo que el responsable de la investigación utilizará en todo momento y lugar, la confidencialidad, el derecho y defensa a la intimidad, el respeto a la dignidad humana y será responsable sobre el uso de la información que le proporcione.

Nombre y firma del/la entrevistado/a

Nombre y firma del entrevistador

Figura 1. Tamal de frijol



Figura 2. Pilte de pollo



Figura 6. Bollitos



Figura 7. Adulta joven acompañando a adulta mayor



Figura 8. Adulta mayor cocinando tortillas hechas a mano



Figura 9. Mujer cocinando en fogón



Figura 10. Caldo de pollo y arroz con refresco como bebida



Figura 11 Iglesia del pueblo



Figura 12. Parque del pueblo



Figura 13. Camino en mal estado

