



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS  
DIAGNOSTICADAS CON DIABETES MELLITUS EN UNA  
COMUNIDAD ZAPOTECA EN UN CONTEXTO DE  
INTERCULTURALIDAD.

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRO EN ENFERMERÍA**  
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA:  
LUIS TOLEDO JIMÉNEZ.

TUTOR  
MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ GARCÍA  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad de México, Mayo 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
ESCOLAR, UNAM.  
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **06 de marzo del 2019**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) del alumno **Luis Toledo Jiménez** número de cuenta **411054153**, con la tesis titulada: **"LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS DIAGNÓSTICADAS CON DIABETES MELLITUS EN UNA COMUNIDAD ZAPOTECA EN UN CONTEXTO DE INTERCULTURALIDAD"**

bajo la dirección de la MSP. María Victoria Leonor Fernández García

Presidente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez  
Vocal : MSP. María Victoria Leonor Fernández García  
Secretario : Doctor Luis Alberto Regalado Ruíz  
Suplente : Doctora Rosa María Ostigüin Meléndez  
Suplente : Doctora Clara Juárez Ramírez

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
Cdad. Universitaria Cd, Mx. a 28 de marzo del 2019.

**DRA. GANDHI PONCE GÓMEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**



C.c.p. Expediente del interesado

**COORDINACIÓN DEL POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

JEG-F6

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 PROBLEMATIZACIÓN.....	11
1.2 PREGUNTA.....	14
1.3 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.1 Objetivos específicos:.....	14
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DIABETES Y POBLACIÓN INDÍGENA. ....	15
2.1 Prevalencia de diabetes mellitus a nivel internacional y nacional.....	15
2.2 Vulnerabilidad e inequidad en salud de los pueblos indígenas.....	16
3. APROXIMACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL.....	18
3.1 El padecimiento y el significado de enfermar.....	18
3.2 Diabetes mellitus tipo 2.....	20
3.3 Pueblos indígenas y pueblos originarios.....	21
3.4 Cultura, salud y enfermería.....	22
3.5 Interculturalidad y atención a la salud.....	25
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	28
5. METODOLOGÍA.....	31
5.1 Fundamentación metodológica.....	31
5.2 Tipo de estudio. ....	32
5.3 Escenario de la investigación. ....	32
5.3.1 Contextualización del Istmo de Tehuantepec y los zapotecas. ....	32
5.3.2 Zapotecos del Istmo de Tehuantepec. ....	35
5.3.3 Asunción Ixtaltepec. ....	36
5.4 Características de los informantes.....	44

5.5 Conformación y tamaño de la muestra. ....	44
5.6 Rigor metodológico. ....	45
5.7 Consideraciones éticas. ....	47
5.8 Desarrollo del proyecto. ....	48
5.9 Análisis de los datos. ....	50
6. HALLAZGOS. ....	51
6.1 Descripción de los informantes. ....	52
6.2 Categorías y subcategorías. ....	62
6.2.1 CATEGORÍA POR QUÉ ME ENFERMÉ-DXHIBI ....	64
6.2.2 CATEGORÍA VIVIR CON EL PADECIMIENTO. ....	67
6.2.3 CATEGORÍA SABERES. ....	74
6.4 CATEGORÍA INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD. ....	79
7. DISCUSIÓN. ....	81
8. CONCLUSIONES. ....	88
9. REFLEXIONES FINALES ....	90
10. ANEXOS. ....	93
10.1 Guía de entrevista. ....	93
10.2 Consentimiento informado. ....	94
10.3 Método de análisis. Graneheim y Ludman. ....	95
10.4 Alimentos típicos del istmo de Tehuantepec. ....	96
10.5 Plantas de uso medicinal utilizadas para la diabetes en la etnia zapoteca. ....	99
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....	105

## **DEDICATORIAS.**

A mis padres, por el apoyo incondicional que me han brindado, por escucharme cuando las cosas no marchaban bien, por enseñarme que no hay barrera que sea insuperable, por estar siempre atentos de mí aun a la distancia, por confiar en mí y cuidarme en los momentos donde la salud no estuvo de mi lado, porque simplemente sin ustedes este proyecto no habría sido posible, gracias por formar parte de cada uno de mis logros y tropiezos, por tener las palabras precisas para cada momento. A ti mamá, por estar siempre presente, por escucharme reír y llorar en el teléfono, porque siempre me dijiste que el no ser igual a veces implicaba un poco más de esfuerzo, por creer en mí y en mis capacidades a pesar de todo; a ti papá por ser ejemplo de perseverancia y tenacidad, de persistencia y de tantas virtudes que tienes, gracias por ser mis padres, en definitiva este trabajo se lo debo a ustedes, los amo y los amaré eternamente.

A mis hermanas y a mi hermano, porque nunca me dejaron solo, porque de diferentes maneras y a la distancia recibí su apoyo, gracias por hacer que el trayecto fuese más llevadero, por sus consejos, por creer en mí, por animarme en los momentos difíciles; ustedes fueron una parte fundamental para que yo pudiese llegar hasta aquí, por eso y más les dedico este trabajo, los amo.

A mis amigos, de los cuales aprendí mucho, no solo en lo académico sino como persona, a ti mi querida Karen, porque desde el primer día de este proyecto me alentaste y siempre creíste en mí, por tus palabras y tu compañía en mis días grises y por las inolvidables experiencias que tuvimos la oportunidad de compartir, llevo siempre conmigo tu alegría, tu buen humor y tu perseverancia, de sobra sabes que te quiero y te llevo siempre en mi corazón; gracias querida Lupita por hacerme ver que la vida siempre tiene una oportunidad más, por contagiarme de tu actitud tan positiva y sobre todo por la excelente persona que eres, te llevo siempre en mi corazón.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, de la que me siento sumamente orgulloso pertenecer a ella, por brindarme un espacio para desarrollarme académicamente y como persona, por las facilidades y recursos para concluir este proyecto.

A mi directora de tesis, la maestra Victoria Fernández, por guiarme en el camino en la investigación, desde mi primer semestre en la licenciatura en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por dedicarme tiempo y tenerme paciencia cuando parecía que no encontraba la salida, por orientarme y preocuparse por mí, por el gran ser humano que es y por su gran trayectoria académica, a usted maestra le expreso mi agradecimiento, por acompañarme desde el primer momento en que decidí optar por la maestría, sin su guía y sus conocimientos no sería lo mismo, gracias.

A la doctora Gandhi Ponce Gómez por darme la oportunidad de llevar a cabo este proyecto, por estar siempre al pendiente de mí y por el gran ser humano que es, gracias por todo doctora.

A la Lic. Gema Sticker y a Tere Garibay por estar siempre atentas y llevarnos de la mano en los procesos administrativos.

A mis profesores de la maestría, por compartir sus conocimientos y hacernos entender que la realidad y los fenómenos tienen diferentes apreciaciones. Gracias por todas las enseñanzas.

A todas las personas en Ixtaltepec que cálidamente me recibieron y me regalaron una parte de su tiempo para contarme su experiencia, a todos aquéllos que contribuyeron a mi proyecto y me brindaron facilidades para el mismo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por brindarme una beca para llevar a cabo los estudios de maestría.

## RESUMEN.

### **La experiencia de las personas diagnosticadas con diabetes mellitus en una comunidad zapoteca, en un contexto de interculturalidad.**

**Introducción:** De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes, en el 2013 se estimaban 381.8 millones de personas con diabetes en el mundo y se espera que este número incremente a 591.9 millones en el 2035. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, se reportó que el 9.4% de los adultos entrevistados contestaron haber recibido el diagnóstico de diabetes por parte de un médico, mayor a lo reportado en la ENSANUT 2012 (9.2%). Si bien se ha ampliado la cobertura de programas sociales a población indígena, la utilización de servicios ambulatorios de salud es menor comparada con la población no indígena. Al respecto se ha documentado que la medicina occidental asume que los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes.

**Objetivo:** Comprender la experiencia de padecer diabetes mellitus en una comunidad indígena zapoteca en un contexto de interculturalidad.

**Escenario:** la investigación se llevó a cabo en el municipio de Asunción Ixtaltepec, perteneciente al distrito de Juchitán en el Istmo de Tehuantepec Oaxaca, donde predomina la etnia zapoteca que cuenta con una variante lingüística, *el didxazá* (zapoteco)

**Método:** estudio cualitativo con enfoque etnográfico; la recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, entrevistas informales y diario de campo. Los participantes fueron diez adultos con dos o más años con el padecimiento y pertenecientes a la etnia zapoteca en A. Ixtaltepec Oaxaca.

**Resultados:** la experiencia de padecer DMT2 en zapotecas del Istmo de Tehuantepec se configura a través de cuatro categorías 1) ¿Por qué me enfermé?-DXIBI, 2) Vivir con el padecimiento (con cuatro subcategorías), 3) Saberes (con una subcategoría) e 4) Interacción con los servicios de salud que en conjunto detallan los conocimientos sobre la enfermedad, las acciones de cuidado que emprenden desde la medicina no occidental y la relación con los servicios de salud en la comunidad.

**Conclusiones:** La experiencia de personas que padecen diabetes en una comunidad indígena zapoteca, se da en un contexto donde la pobreza es una constante que junto con la enfermedad dificulta la vida de las personas; la mirada de las personas desde su mundo experiencial es necesaria para una atención oportuna y respetuosa por parte del sistema de salud.

**Palabras clave:** experiencia, diabetes mellitus, interculturalidad.



## **ABSTRACT.**

### **The experience of people diagnosed with diabetes mellitus in a Zapotec community, in a context of interculturality.**

**Introduction:** According to the International Diabetes Federation, in 2013, there were an estimated 381.8 million people with diabetes in the world and this number is expected to increase to 591.9 million by 2035. In Mexico, according to the National Health Survey and Nutrition (ENSANUT) 2016, it was reported that 9.4% of the adults interviewed answered having received the diagnosis of diabetes by a doctor, higher than that reported in the ENSANUT 2012 (9.2%). Although coverage of social programs has been extended to indigenous populations, the use of outpatient health services is lower compared to the non-indigenous population. In this regard, it has been documented that western medicine assumes that indigenous peoples have different health-disease concepts.

**Objective:** To understand the experience of suffering from diabetes mellitus in a Zapotec indigenous community in a context of interculturality.

**Scenario:** the investigation was carried out in the municipality of Asunción Ixtaltepec, belonging to the district of Juchitán in the Isthmus of Tehuantepec Oaxaca, where the Zapotec ethnicity predominates, which has a linguistic variant, the didxazá (Zapotec)

**Method:** qualitative study with ethnographic approach; data collection was carried out through semi-structured interviews, informal interviews and field diary. The participants were ten adults with two or more years with the disease and belonging to the Zapotec ethnic group in A. Ixtaltepec Oaxaca.

**Results:** the experience of suffering DMT2 in Zapotecs of the Isthmus of Tehuantepec is configured through four categories 1) Why did I get sick? -DXIBI, 2) Living with the condition (with four subcategories), 3) Knowledge (with a subcategory) ) e 4) Interaction with health services that together detail the knowledge about the disease, care actions undertaken by non-Western medicine and the relationship with health services in the community.

**Conclusions:** The experience of people suffering from diabetes in a Zapotec indigenous community occurs in a context where poverty is a constant that, together with the disease, makes life difficult for people; the look of people from their experiential world is necessary for a timely and respectful attention by the health system.

**Key words:** Experience, Diabetes Mellitus, Interculturality.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

En el presente trabajo se analiza la experiencia de las personas con diabetes mellitus en la comunidad zapoteca de Asunción Ixtaltepec. En el primer apartado se expone el problema y su relación y relevancia con la enfermería; se deriva el objetivo general y específico. El abordaje de los conceptos que se da desde el principio como es el caso de la interculturalidad, pueblos indígenas experiencia, entre otros, se detalla en el apartado de aproximación teórica y conceptual.

En el segundo apartado se aborda la contextualización de la diabetes, con respecto a su prevalencia a nivel nacional e internacional y al mismo tiempo se expone la vulnerabilidad e inequidad en salud que enfrentan los grupos indígenas.

En el tercer apartado se detalla la aproximación teórica bajo la cual se desarrolla la investigación, la propuesta de Arthur Kleinman sobre el disease (enfermedad), illness (padecimiento) y sickness (malestar), del cual solo se retoma el padecimiento para su estudio durante la investigación. De igual forma se dan a conocer los conceptos que dan forma al contenido central, como diabetes mellitus tipo 2, pueblos indígenas, cultura, interculturalidad, entre otros.

En el cuarto apartado se encuentra la revisión de la literatura, donde se dan a conocer estudios que guardan relación con el tema de investigación, cabe mencionar que no existe amplia literatura sobre diabetes en población indígena.

El quinto apartado pertenece a la metodología que se utilizó en el estudio, a través del paradigma cualitativo se llevó a cabo un trabajo un enfoque etnográfico, con diez participantes, que fueron entrevistados y junto con las notas de campo, se recabó información tomando en cuenta las consideraciones éticas y el rigor metodológico, para su posterior análisis.

En el sexto apartado se detallan los hallazgos, iniciando con la descripción de los diez participantes y su contexto, para posteriormente presentar las cuatro categorías que emergieron y subcategorías para algunos de los casos.

El séptimo apartado presenta la discusión, en el octavo aparecen las conclusiones y en el noveno algunas reflexiones finales sobre posibles propuestas y cuáles podrían ser algunas intervenciones de enfermería con la etnia zapoteca que radica en Asunción Ixtaltepec.

En el apartado de anexos aparecen la guía de entrevista, el consentimiento informado, un ejemplo del método de análisis, y fotografías de algunos alimentos y plantas de uso medicinal que se utilizan frecuentemente en la región del Istmo de Tehuantepec para el tratamiento de la diabetes.

## 1.1 PROBLEMATIZACIÓN

La diabetes es uno de los desórdenes metabólicos más comunes en el mundo, su prevalencia en adultos se ha incrementado en las últimas décadas. De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes, en el 2013 se estimaban 381.8 millones de personas con diabetes en el mundo y se espera que este número incremente a 591.9 millones en el 2035. México se sitúa en el lugar número 14 de los países con el mayor número de personas con diabetes en el mundo <sup>(1)</sup> y en el año 2013 se estimó que casi 5.1 millones de muertes fueron causadas por diabetes, lo que representa un 8.4% de la mortalidad en adultos entre 20-79 años<sup>(2)</sup>.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, se reportó que el 9.4% de los adultos entrevistados contestaron haber recibido el diagnóstico de diabetes por parte de un médico<sup>(3)</sup>. La prevalencia de diabetes por diagnóstico previo en la ENSANUT 2012 fue de 9.2% (6.4 millones), mayor a la observada en el 2006 (7.3%, 3.7 millones) y en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 (4.6%, 2.1 millones) <sup>(4)</sup>. Para el caso de México, no se han reportado cifras específicas sobre la prevalencia de diabetes en población indígena, en el Estado de Oaxaca, no existen datos exactos en la literatura sobre la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en población indígena.

A la luz de lo anterior, las poblaciones vulnerables son de particular importancia como es el caso de los grupos indígenas, algunos autores señalan que los genes que predisponen a padecer la enfermedad, están asociados con grupos étnicos particulares y juegan un papel importante en el inicio de la enfermedad<sup>(5)</sup>, sin embargo, su vulnerabilidad se atribuye principalmente a la marginación social y la inequidad en salud que persiste en los indígenas.

En el contexto nacional se calcula una población de 15.7 millones de indígenas, hablantes de 65 idiomas diferentes, de estos, el 79.3% vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, quedando críticamente expuesta la vulnerabilidad en salud de estas personas <sup>(6)</sup>. Se ha reportado de acuerdo a estadísticas de la ENSANUT 2012 que en el caso del Estado de Oaxaca de todos los encuestados, 7% fueron diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2<sup>(7)</sup>.

Aunado a esto, un estudio muestra, que si bien se ha ampliado la cobertura de programas sociales a población indígena, la utilización de servicios ambulatorios de salud es menor comparada con la población no indígena <sup>(8)</sup>. Al respecto Hansen plantea que la medicina occidental asume que los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes, no individualistas, frente al cual el sistema de salud oficial muchas veces no cuenta con los códigos necesarios para entender su etiología, ni su asociación a múltiples factores espirituales, comunitarios y ambientales <sup>(9)</sup>. Cuando las personas indígenas perciben que sus saberes no se comprenden por el personal de salud emprenden acciones frente a la enfermedad que la mayoría de las veces son congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social <sup>(10)</sup> pero incomprensibles para los profesionales de la salud y frecuentemente descalificadas. En México desde el año 2012 se establece por la Secretaría de Salud a través del libro escrito por Almaguer y cols. la interculturalidad como un aspecto fundamental en la salud, al respecto una de las definiciones propuestas la define como “un modelo de convivencia que establece al proceso en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido<sup>(11)</sup>”; tomando en cuenta lo anterior y desde una dimensión intercultural en servicios de salud, es necesario evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud, particularmente en padecimientos como la diabetes que puede llevar a complicaciones y discapacidad, profundizando la situación de vulnerabilidad en dichos grupos. Según Menéndez, el modelo médico hegemónico se caracteriza por su biologicismo, una relación asimétrica médico-paciente y la concepción del paciente como ignorante o portador de un saber equivocado <sup>(12)</sup>, lo que dificulta el diálogo entre saberes diferentes, necesario para proporcionar atención a la salud y cuidados de enfermería culturalmente apropiados, en una perspectiva disciplinar que reconoce la dimensión social y cultural de los cuidados a la salud.

Por lo anterior, es fundamental estudiar la experiencia de padecer diabetes mellitus, en un grupo originario y en un contexto intercultural de atención a la salud para dar cuenta de las características de la interacción con los servicios de salud, desde la perspectiva de las personas que padecen diabetes y así construir conocimiento sobre su cosmovisión de la salud-enfermedad-atención y sus prácticas como insumo para el cuidado de enfermería. En este sentido se propone realizar el estudio en una comunidad indígena zapoteca de Asunción Ixtaltepec Oaxaca.

## **1.2 PREGUNTA**

¿Cuál es la experiencia de padecer diabetes mellitus en una comunidad indígena zapoteca en un contexto de interculturalidad en salud?

## **1.3 OBJETIVO GENERAL.**

- Comprender la experiencia de padecer diabetes mellitus en una comunidad indígena zapoteca en un contexto de interculturalidad

### **1.3.1 Objetivos específicos:**

Describir:

- Las experiencias de padecer diabetes mellitus en una comunidad indígena zapoteca.
- Las causas de la enfermedad y su curación desde la cosmovisión zapoteca.
- Los saberes y prácticas tradicionales en la atención a su salud con respecto a la diabetes.
- La interacción de los zapotecas con los servicios de salud en una dimensión intercultural.

## **2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DIABETES Y POBLACIÓN INDÍGENA.**

### **2.1 Prevalencia de diabetes mellitus a nivel internacional y nacional**

La diabetes es uno de los desórdenes metabólicos más comunes en el mundo y la prevalencia de diabetes en adultos ha ido incrementado en las últimas décadas. En un estudio realizado por la Federación Internacional de diabetes que tomó en cuenta a 130 países, se estimaron 382 millones de personas con diabetes en el 2013; y se espera que este número incremente a 592 millones para el año 2035 (55%). La gran mayoría de personas con diabetes viven en países con ingresos bajos y medios. El mayor número de personas con diabetes se encuentra entre los 40-59 años de edad (184 millones). El incremento en la prevalencia de diabetes se debe al rápido desarrollo y los subsecuentes cambios en el estilo de vida <sup>(1)</sup>.

En el 2013 a nivel mundial, 8.4 de todas las causas de muerte se atribuyeron a la diabetes en adultos entre 20-79 años, casi 5.1 millones de muertes. La población mundial de adultos incrementó 4.5% entre el 2011 y el 2013, en tanto que el número de muertes causadas por diabetes incrementó 10.8% en el mismo periodo. La diabetes contribuye sustancialmente a la mortalidad prematura en adultos y casi la mitad de todas las muertes ocurren en personas menores de 60 años <sup>(2)</sup>.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 9.4% de los adultos entrevistados contestaron haber recibido el diagnóstico de diabetes por parte de un médico. Se observó un ligero aumento en la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012, particularmente entre los hombres de 60 a 69 años de edad y entre las mujeres con 60 o más años de edad. En esta encuesta, la mayoría de los diabéticos con diagnóstico médico previo tiene entre 60 y 79 años de edad <sup>(3)</sup>.

La prevalencia fue mayor en los grupos de mayor edad; no obstante, en el grupo de 40-49 años se observó un incremento de 50% de 2000 a 2006 y 2012. Para el control de la hiperglucemia, 85.5% de las personas recibían tratamiento médico, de las cuales, 72.4% recibían hipoglucemiantes orales y 13% recibían insulina sola o



combinada con hipoglucemiantes orales. Se observó un incremento en la prevalencia de diabetes antes de los 40 años (24.2%), lo cual da cuenta del efecto de la adopción de cambios desfavorables en el estilo de vida, como sedentarismo, obesidad y dieta inadecuada, mismos que están estrechamente relacionados con la epidemia actual de la diabetes tipo 2 en el mundo.

Entre las complicaciones reportadas asociadas con diabetes, 13.9% refirieron un daño en la retina, 6.6% pérdida de la vista y 2% amputaciones<sup>(4)</sup>. Se ha identificado que poblaciones con baja educación para la salud (generalmente grupos étnicos minoritarios) utilizan menos los servicios preventivos y presentan un control glucémico más pobre, lo que los lleva a desarrollar complicaciones como infartos fulminantes y retinopatía<sup>(13)</sup>.

## **2.2 Vulnerabilidad e inequidad en salud de los pueblos indígenas.**

En países de todo el mundo, los pueblos indígenas enfrentan grandes desventajas sociales y mala salud comparado con la población general, además, muchas poblaciones indígenas viven en la pobreza en las regiones del mundo con poca infraestructura y sus problemas de salud podrían razonablemente ser atribuidos a la ausencia de recursos locales. No todas las poblaciones indígenas en el mundo han enfrentado precisamente las mismas formas de violencia, entendida esta última como la pobreza, la desigualdad en el acceso a la educación, el idioma como barrera, la inaccesibilidad a los servicios de salud, entre otros; pero un factor común ha sido la experiencia de desplazamiento por parte del Estado que ignoran, marginan, denigran o suprimen activamente las comunidades indígenas y a pesar de la mejora del acceso a los servicios de salud para los pueblos indígenas, las desigualdades en salud persisten<sup>(14)</sup>.

La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales<sup>(6)</sup>.

México es la onceava nación más poblada del mundo, con 112,3 millones de habitantes —77% de los cuales vive en zonas urbanas— y una amplia diversidad

poblacional que incluye a 15,7 millones de indígenas (hablantes y autoadscritos) que hablan 65 idiomas diferentes <sup>(6)</sup>.

El 79,3% de la población de habla indígena en México vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Más de 80% de este grupo poblacional no cuenta con seguridad social. La población indígena, por ejemplo, enfrenta distintos obstáculos —entre ellos, las barreras culturales y el idioma— para acceder a los servicios de salud, además de los muchos prejuicios sociales de que son objeto y que restringen gravemente el entendimiento en la relación médico-paciente, lo que también ha sido reportado en otros países <sup>(6)</sup>. En otro de los estudios se reporta que persisten las condiciones sociales y económicas que determinan la vulnerabilidad y la inequidad social de este grupo <sup>(8)</sup>.

### **3. APROXIMACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL.**

#### **3.1 El padecimiento y el significado de enfermar.**

Kleinman señala que la enfermedad (disease) es percibida como el mal funcionamiento o la desadaptación de los procesos biológicos; en tanto que el padecimiento (illness) representa reacciones personales, interpersonales y culturales hacia la enfermedad, de esta manera, el padecimiento está determinado por factores culturales que rigen la percepción, la explicación y valoración de la experiencia de enfermar, la cual según Kleinman es “la percepción por parte de los sujetos, del progreso de su aflicción a través del tiempo y de las acciones emprendidas para enfrentarse a ellas<sup>(15)</sup>”, es así que desde la perspectiva antropológica del mismo autor, la experiencia del padecimiento es una parte íntima de los sistemas sociales de significado y reglas de comportamiento, que está fuertemente influenciada por la cultura, es construido y comprendido culturalmente en el sentido en que percibimos, experimentamos y hacemos frente a la enfermedad, basados en nuestras explicaciones de enfermar<sup>(16)</sup>.

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización, los seres humanos han elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud. Desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica contemporánea se han realizado numerosos esfuerzos en este sentido, como el desarrollado para integrar las dimensiones de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y malestar (sickness). Kleinman(citado por Moreno)<sup>(17)</sup> ha integrado los conceptos de enfermedad (disease), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas, padecer (illness), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, y malestar (sickness), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. Kleinman (citado por Moreno) afirma que ambas, enfermedad y padecimiento, son socialmente construidas.

El padecimiento es la vía por la que las personas enfermas perciben, expresan y contienden con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar<sup>(17)</sup>

En nuestra cultura, se configuran formas de subjetividades dominantes y dominadas en un contexto de relaciones, creando modelos de enfermar o sanar. Es importante reflexionar sobre la construcción cultural de la enfermedad y el significado de enfermar, desde una perspectiva socioantropológica que permita dar a conocer los saberes diferentes, al respecto Arthur Kleinman (citado por Rivero)<sup>(18)</sup>, propone establecer la noción de enfermedad a partir de los actores involucrados y a través de modelos explicativos; siguiendo la misma línea, Byron Good (citado por Rivero)<sup>(18)</sup> plantea la necesidad de establecer una comprensión de las enfermedades desde otra dimensión donde se contemple la interpretación de las personas hacia el padecimiento y se tenga en cuenta la cultura a la que pertenecen las personas que padecen; de esta manera se puede reconocer que el paciente puede manejar un saber sobre su padecimiento, incluso un saber que tiene relación con su padecer y que además tiene bases históricas socioculturales, ofrece una perspectiva diferenciada para la conformación del padecer mismo<sup>(18)</sup>.

El padecer es lo vivido, lo sentido por las personas, que trasciende las fronteras del cuerpo individual hacia la familia y la sociedad. Esa resignificación de la enfermedad en el padecimiento es la que interesa en una aproximación sociocultural. Entender las formas como las personas perciben la diabetes y su manera de vivir con ella, puede permitir conductas de cambios o de permanencia en la atención, ya que dichos modelos reflejan hábitos profundamente arraigados que pueden o no conducir a un adecuado control y a prevenir o no complicaciones a órganos blanco, en un proceso de largo plazo. Esto implica la necesidad de que el equipo de salud construya junto con el paciente, significados compartidos a manera de modelos explicativos basados en el consenso cultural de ambos<sup>(19)</sup>.

Para fines de esta investigación, se parte de una aproximación conceptual, que comprende las ideas centrales que guían y contextualizan el desarrollo del proyecto y se presentan a continuación:

### **3.2 Diabetes mellitus tipo 2.**

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina <sup>(20)</sup>.

Hay tres tipos principales de diabetes: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes tipo 2 es la más común, y representa aproximadamente del 85% a 90% de todos los casos. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional <sup>(20)</sup>.

Los tres principales tipos de diabetes –diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional– ocurren cuando el cuerpo no puede producir suficiente cantidad de la hormona insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina actúa como una llave que permite a las células del cuerpo absorber la glucosa y utilizarla como energía. Las personas con diabetes tipo 1, que es el resultado de un proceso autoinmune con un inicio muy repentino, necesitan terapia de insulina para sobrevivir. La diabetes tipo 2, por su parte, puede pasar inadvertida y sin diagnosticar durante años. En tales casos, los afectados no son conscientes del daño a largo plazo causado por su enfermedad. La diabetes gestacional, que aparece durante el embarazo, puede conducir a graves riesgos para la salud de la madre y su bebé y aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 más tarde en la vida <sup>(21)</sup>.

### **3.3 Pueblos indígenas y pueblos originarios.**

Los pueblos indígenas representan una rica variedad de culturas, religiones, tradiciones, lenguas e historias, pero siguen estando entre los grupos de población más marginados. Además, el estado de salud de los pueblos indígenas es muy diferente del de las poblaciones no indígenas ya que generalmente se encuentran en desventaja económica, en el acceso a los servicios de salud, educación y el rezago general en que viven.

Existen diversos conceptos de indígena, según el ámbito y objetivo de los mismos, el sistema de Naciones Unidas define indígena, a través del trabajo realizado por Martínez Cobo (publicado por la ONU) y que versa como a continuación se presenta “El consejo Mundial para los Pueblos Indígenas, los define como grupos de población, que desde tiempos ancestrales han habitado los territorios donde viven y que son conscientes de tener un carácter como el nuestro con tradiciones y significados de expresión que están vinculados al país heredado a sus antecesores, con un lenguaje propio y conservando ciertas características únicas y esenciales que les confieren la firme convicción de pertenecer a personas que tienen una identidad y por lo tanto deben ser considerados por otros”, de igual forma, la ONU da a conocer un concepto inclusivo de indígenas, mencionando que “son los pueblos que se identifican a sí mismos y son reconocidos y aceptados por su comunidad como indígenas; además de tener una continuidad histórica demostrada con sociedades precoloniales”. Este concepto también considera indígenas aquéllas personas que conservan lenguas, culturas y creencias distintas, forman grupos no dominantes de la sociedad y reproducen sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades diferenciados<sup>(22)</sup>

En el contexto nacional, también existen diferencias de para definir indígena; por un lado la Comisión Nacional Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México (CDI) considera población indígena (PI) 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 (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a),

tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena. Además, también incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares <sup>(23)</sup>. En contraste, el INEGI define como indígena a la población hablante de lengua indígena de 5 años o más, y representa a 6.6 millones de personas (aproximadamente 5.8% de la población mexicana) de acuerdo al Censo de Población y Vivienda (2015) <sup>(24)</sup>; éste último concepto es el más adecuado para la investigación, porque en el caso de las personas entrevistadas, todas sin excepción cubrían el dominio de la lengua zapoteca.

Es importante mencionar que generalmente el término pueblo indígena y pueblo originario se llegan a utilizar indiscriminadamente para referirse a grupos indígenas, sin embargo, es preciso recalcar que los pueblos indígenas pueden ser considerados pueblos originarios pero un pueblo originario no necesariamente es una población indígena. De ahí que “un pueblo originario presupone una comunidad o una región, una territorialidad, una colectividad que en relación con el patrimonio cultural común, afirma su derecho exclusivo de decisión; un grupo que en conjunto desarrolla una fuerte solidaridad o identidad social a partir de los componentes étnicos compartidos y, finalmente, una conciencia de origen”<sup>(25)</sup>.

Los pueblos originarios responden a patrones comunes de formación histórica, condensan sus propias identidades culturales de manera consciente, se transmiten –vía generacional– los componentes étnicos que en este proceso se reelaboran y definen a partir de sus condiciones históricas<sup>(25)</sup>.

### **3.4 Cultura, salud y enfermería.**

En esta investigación se detallan las diferentes concepciones que se tienen acerca de la cultura y su relación con la salud, pues es a través de esta interacción cultura-salud que las personas forman sus ideas sobre el concepto de enfermar.

De esta manera, encontramos que el término cultura ha evolucionado y se ha definido desde diferentes perspectivas. En un enfoque general la cultura, puede ser pensada como un conjunto de prácticas y comportamientos definido por las costumbres, hábitos, lenguaje y geografía compartido por grupos de individuos

determinados<sup>(26)</sup>. De igual forma, la cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas que organizan el mundo de cada grupo social, según su lógica propia. Se trata de una experiencia <sup>(27)</sup>.

Otra conceptualización de cultura se hace referencia a un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad; entendida como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización <sup>(10)</sup>.

Al ser la cultura una prerrogativa fundamentalmente humana, esta se entroniza en cualquier análisis posible para generar teorías, métodos y prácticas culturalmente competentes. De ahí la importancia de considerar a la salud como un espacio antropológico.

Los conocimientos y perspectivas antropológicas dotan de habilidades necesarias para la práctica profesional, involucrando los sistemas de salud, donde asisten personas diferentes, cuyas alteridades requieren ser comprendidas, partiendo primero de su reconocimiento, inmersas en los espacios de actuación común donde confluyen los símbolos, los significados, las creencias, en fin las representaciones socio-culturales<sup>(28)</sup>.

Al encontrarnos con las costumbres presentes en otras culturas, debemos tratar de entender el por qué. De esta forma, evitamos una comprensión etnocéntrica de las mismas. La perspectiva antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes, no hagamos juicios de valor con base en nuestro propio sistema cultural y pasemos a percibir a las otras culturas según sus propios valores y conocimientos a través de los cuales expresan una visión de mundo propia, que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes. A esto lo denominamos relativismo cultural <sup>(27)</sup>.

La cultura ofrece teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales, frecuentemente, apuntan causas múltiples para las enfermedades.



Las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias <sup>(27)</sup>.

Cuando estamos frente a una determinada cultura, nos encontramos frente a diversas creencias, conocimientos, percepciones y prácticas terapéuticas, validadas socialmente por quienes la sustentan. Todas las culturas han desarrollado, y desarrollan, modelos médicos a partir de los cuales entender y enfrentar la enfermedad y de ser posible recuperar la salud <sup>(9)</sup>.

En un estudio realizado por Williamson y Harrison se identifican dos enfoques para definir cultura en la práctica de enfermería y proveer cuidados apropiados: el primero, se enfoca en los aspectos cognitivos de la cultura, señala que las tradiciones, valores y creencias son compartidas por todos aquéllos con los mismos antecedentes culturales. Los que trabajan bajo esta perspectiva, señalan que es necesario aprender sobre grupos culturales específicos, en particular sobre sus creencias en salud y su comportamiento tradicional, lo que sensibilizará a la enfermera y le permitirá brindar cuidados apropiados a personas con diversidad étnica. La otra perspectiva incorpora a la cultura dentro de un marco más amplio, enfocado en la posición social, educación y estatus socioeconómico para explicar el estado de salud, más que solo las conductas y las creencias individuales <sup>(29)</sup>.

Al respecto, resulta oportuno definir la competencia cultural, la cual se da cuando los profesionales de la salud se esfuerzan por trabajar con eficacia dentro del contexto cultural de un individuo, la familia o comunidad. Es el uso explícito de cuidados culturales y el conocimiento de la salud de manera sensible, creativa y significativa para adaptarse a la forma general de la vida y responder a las necesidades de individuos o grupos diferentes en su atención a la salud <sup>(30)</sup>.

La cultura influye en la percepción de salud de los pacientes y los métodos que siguen para mantener y restaurar su salud. Además de lo anterior cabe señalar que los comportamientos, prejuicios y actitudes de los profesionales de la salud contribuyen a las disparidades en salud predominantes en grupos minoritarios y las

comunidades más pobres por lo que el objetivo de la aplicación de la atención culturalmente competente y reconocimiento de la diversidad es reducir las disparidades de salud y eliminar las barreras que evitan que los pacientes mejoren, así pues, es esencial respetar la diversidad cultural en el cuidado, recalcando la importancia de los profesionales de la salud para comprender las necesidades culturales del paciente y poder remover cualquier barrera que impida una atención adecuada a la persona <sup>(30)</sup>, para el caso del trabajo que se realizó, la definición de Williamson sobre la necesidad de aprender sobre grupos culturales específicos, en particular sobre sus creencias en salud y su comportamiento tradicional, es la que más se aproximó a la manera en que se abordó el estudio, pues fue necesario aprender sobre lo mencionado anteriormente para tener una perspectiva más amplia del contexto de la investigación.

### **3.5 Interculturalidad y atención a la salud.**

La interculturalidad es un término que significa "entre culturas", pero no se refiere al hecho de que convivan sin relación como en caso de la pluriculturalidad o que se presenten interacciones hegemónicas como ocurre en la multiculturalidad. La pretensión de la interculturalidad es el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, la complementariedad, el diálogo, la comunicación y el aprendizaje constantes, y la primacía del sujeto sobre las diferencias culturales y sociales <sup>(31)</sup>.

La interculturalidad se define como la interacción entre distintas culturas, en tanto que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia de la determinación de los pueblos indígenas, lo cual a su vez implica el reconocer un grupo humano diferenciado de los demás y luego acceder a su identidad <sup>(32)</sup>.

El enfoque intercultural o interculturalidad, constituye una orientación que apunta a incorporar la diversidad cultural en la organización y provisión de los servicios a través de la complementariedad entre el sistema de salud tradicional y el biomédico, con el fin de prestar una atención adecuada a las particularidades, necesidades y expectativas de los usuarios. Un ideal de complementación hace referencia a la

valoración de los diversos modelos de atención y al diálogo equitativo entre sus agentes de salud <sup>(33)</sup>.

Interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud <sup>(10)</sup>.

Las brechas en salud expresadas en inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones culturales, muchas veces producto de desconocimiento o subestimación de la cosmovisión indígena de la salud <sup>(9)</sup>.

Asumiendo la inter-culturalización como un proceso constante, los espacios de reflexión son importantes para que los pueblos defiendan y reconstruyan sus propios modos de vida; a decir de Mejía y Awad (citado por Comboni)<sup>(34)</sup> es necesario reconocer los saberes 'tradicionales' de las comunidades ya que esto significa "reconocer al 'otro' en todas sus dimensiones permitiendo su participación en los logros humanos conseguidos. En México, dichos saberes se han denominado sabiduría popular, saber local, folklore, ciencia indígena, ciencias nativas, conocimiento campesino, sistemas de conocimiento tradicional o sistemas de saberes indígenas, por lo que es necesario el diálogo de saberes ya que ofrece la oportunidad de profundizar en el conocimiento y la comprensión del otro. Desde las prácticas comunitarias, al menos en estos casos, la interculturalidad se entiende como un proceso vigente y dinámico. El reto está en cómo construir un diálogo de saberes y de formas de ser diferentes en matrices culturales derivadas de mundos de vida distintos y, sobre todo, de construcciones dominantes/ dominadas a través de las cuáles se construye la cotidianeidad <sup>(34)</sup>.

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este "escenario". El sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas

para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable <sup>(27)</sup>.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos por incorporar la interculturalidad en salud en los programas internacionales, Espinosa refiere que sigue imperando en la mayoría de los países, el modelo médico hegemónico, que ahora se ha "globalizado" más y que se ha definido como "el conjunto de saberes desde fines del siglo XVIII, hasta ahora logra identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos <sup>(12)</sup>".

Para el caso de esta investigación, el estudio de la interculturalidad fue clave, pues incorporó los aspectos antes mencionados en las definiciones como la cultura, las tradiciones, las formas de pensar de las personas, las acciones que emprenden cuando se enferman, pero sobre todo la relación entre las personas y los servicios de salud, si bien no se llevaron entrevistas con el personal sanitario, la mayoría de los testimonios refirió una relación vertical entre los encargados de ofrecer servicios de salud y las personas.

#### 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

El tema de las personas que padecen diabetes ha sido abordado con distintas vertientes periféricas, en este caso, se habla de la construcción social de la enfermedad, el factor genético-hereditario, la etiología de la enfermedad desde la cosmovisión de los pueblos indígenas. También se ha abordado la concepción cultural de la diabetes cuando la enfermedad no existe en el lenguaje de las personas indígenas. Además, se hace mención en los estudios, sobre la falta de adhesión a las prácticas occidentales y el conflicto entre los sistemas biomédicos y otros sistemas culturales, dejando expuesto claramente, la importancia de la intervención del personal de salud, desde una perspectiva de interculturalidad.

En el presente estudio, se aborda cómo es la experiencia de personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo dos, desde un enfoque cultural, es decir, tomando en cuenta su manera de pensar, la cotidianidad desde su contexto y las especificaciones que poseen como etnia, como sus tradiciones, creencias, lenguaje, y modo de entender la salud y la enfermedad.

El estudio de la diabetes con una connotación social es abordado en la literatura, señalando la importancia de los factores sociales en la causalidad de la enfermedad. En la representación social de la diabetes y su control, existe una multiplicidad de factores los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento donde confluyen elementos de tipo social, cultural, físico, emocional, y espiritual. Desde el punto de vista de los enfermos, se presenta al padecimiento como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, sociales y laborales <sup>(35)</sup>.

Otro aspecto importante que se aborda en los hallazgos es la relación entre la genética de ciertos grupos originarios y el desarrollo de enfermedades. En el caso de las poblaciones indígenas, investigaciones sobre la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 alrededor del mundo, señalan que los genes que predisponen a padecer la enfermedad, están asociados con grupos étnicos particulares y juegan un papel importante en el inicio de la enfermedad <sup>(5)</sup>.

Dentro de la literatura, diversos autores, hacen mención en repetidas ocasiones sobre la percepción de la etiología de la diabetes en comunidades indígenas, los hallazgos en diversos estudios son similares, los participantes atribuyen el inicio de su enfermedad a emociones fuertes, eventos traumáticos, el hacer o pasar por un “coraje” fuerte, el tener un mal “shock” o “susto” fuerte puede causar la diabetes<sup>(5, 36-38)</sup>, otros describieron que las situaciones de conflicto familiar y la violencia, generaban un estrés en el cuerpo que podía provocar diabetes<sup>(38)</sup>.

Los estudios anteriores coinciden en la percepción de los indígenas sobre la etiología de la diabetes al mencionar el “susto”, o un momento estresante o traumático en sus vidas como factor desencadenante de la enfermedad, sin embargo la idea del susto como factor desencadenante de la diabetes también es compartida por población latina no indígena a nivel nacional e internacional<sup>(39)</sup>.

Por otro lado, en un estudio realizado por Everett la herencia genética y la historia familiar, figuraron como la etiología de la diabetes mellitus tipo 2 principalmente en discursos gubernamentales de salud pública<sup>(5)</sup>.

En los estudios realizados por Page Pliego en Chispas con mayas y tseltales, Tanto médicos como algunos participantes, coincidieron que otro factor determinante de la diabetes era el tipo de alimentación, alto en carbohidratos refinados y el consumo de bebidas azucaradas, específicamente la Coca-Cola, los participantes señalaron una relación directa entre el consumo de bebidas carbonatadas y el inicio de su enfermedad<sup>(37, 40, 41)</sup>.

Chary y cols. encontraron en un estudio realizado en Guatemala con población indígena que pocos participantes atribuyeron el inicio de la diabetes a un factor hereditario. La mayoría de los informantes creían que la diabetes no podía curarse. Algunos participantes reportaron haber seguido una dieta o tomar medicamentos por algunos meses, pero abandonaron el tratamiento una vez que se sintieron mejor. La mayoría de los informantes señalaron haber combinado los fármacos con plantas medicinales, dieta y oraciones para tratar su diabetes<sup>(38)</sup>.

En algunas comunidades como es el caso de los mapuches- williches en Chile, su sistema cultural de salud no reconoce la denominación de diabetes mellitus como parte de la matriz cultural por lo que al no haber identidad cultural con este tipo de enfermedades optan por no dar continuidad a los tratamientos prolongados y los sustituyen por sus prácticas tradicionales de atención a la salud<sup>(42)</sup>.

De igual forma se encontró en uno de los estudios realizados que situaciones como rechazo, falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena <sup>(43)</sup>.

En relación a la visión que del proceso salud-enfermedad- atención tienen los profesionales y las familias de comunidades indígenas, se ponen de manifiesto en este contexto las disputas y contradicciones que se generan entre el modelo médico hegemónico y otras formas alternativas de curación y de entender el cuerpo, la vida, la muerte, la salud y su cuidado. Esto genera en el equipo de salud incertidumbre y desconocimiento al momento de afrontar su tarea cotidiana, así como también cuestionamientos y resistencias por parte de las familias a las modalidades de tratamiento indicadas <sup>(44)</sup>.

La visión de la enfermedad reconoce los desafíos que enfrenta el profesional de enfermería cuando la persona que vive esta experiencia solicita un cuidado en los escenarios de su contexto cultural; es indispensable descubrir y documentar el mundo del paciente, desde donde se centra la experiencia de vivir con la enfermedad, es decir, su cosmovisión se construye con la experiencia cotidiana de su entorno social <sup>(45)</sup>.

## 5. METODOLOGÍA.

### 5.1 Fundamentación metodológica.

Al tratarse de un estudio, donde la cultura subyace como un factor elemental para la interpretación del padecimiento y la experiencia desde los actores sociales, es imprescindible recurrir al **enfoque etnográfico**; definido como una concepción y práctica de conocimientos que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como “actores”, “agentes” o “sujetos sociales” y tiene como elemento distintivo, la descripción<sup>(46)</sup>, así pues, para estudiar la experiencia del padecimiento en zapotecas de Asunción Ixtaltepec, fue necesaria la convivencia con las personas, la realización de entrevistas y lo documentado en el diario de campo para tener una visión más amplia del contexto y las personas.

Además, a través de este método se obtienen los datos en un contexto natural, observando lo que la gente hace y no solamente lo que dice, creando un panorama vívido de la experiencia y de esta manera se analiza el fenómeno desde su contexto social y cultural<sup>(47)</sup>.

Tomando en cuenta que en la investigación se analizó la experiencia del padecimiento de personas de un pueblo originario específico, conviene resaltar la importancia etnográfica en el estudio, pues a través de ella se da un contacto social directo, desde el investigador hacia la persona, así como las narraciones de la experiencia humana<sup>(48)</sup>.

Al llevar a cabo la fase etnográfica del estudio fue necesario describir el contexto social de los zapotecas con diabetes mellitus tipo 2, al mismo tiempo que se profundizó en la experiencia del padecimiento en estas personas y sus prácticas de cuidado en relación a esta.



## **5.2 Tipo de estudio.**

Es un estudio cualitativo con enfoque etnográfico.

La elección del pueblo originario zapoteca de Asunción Ixtaltepec en el Istmo de Tehuantepec, fue porque además de pertenecer a él, de acuerdo a experiencia personal, se observaron varios casos de diabetes y de complicaciones causadas por la misma en pobladores.

Las técnicas de recolección de datos para éste estudio fueron:

1. Entrevistas no estructuradas (informales).
2. Entrevistas semiestructuradas.
3. Diario de campo.

Cabe mencionar que las entrevistas semiestructuradas se realizaron con apoyo de una guía de entrevista (ver anexo p.93), derivada de los aspectos a explorar según objetivos planteados y revisión de la literatura, ya que de acuerdo a lo que arrojaban estudios similares fue posible construir ideas y ejes temáticos que se deseaban estudiar.

## **5.3 Escenario de la investigación.**

### **5.3.1 Contextualización del Istmo de Tehuantepec y los zapotecas.**

El Istmo de Tehuantepec es el territorio comprendido entre 33 municipios del sur de Veracruz, 5 de Tabasco, 10 del norponiente de Chiapas y 40 del sureste de Oaxaca. De estos 88 municipios, 73 se encuentran entre Oaxaca y Veracruz, y tan sólo 15 entre Tabasco y Chiapas, el área de influencia de Juchitán y Tehuantepec, son las actuales capitales culturales del Istmo<sup>(49)</sup>. Se trata de la zona más angosta entre los océanos Pacífico y Atlántico, razón por la cual se ha convertido en un punto estratégico entre Norteamérica y Centroamérica <sup>(50)</sup>.

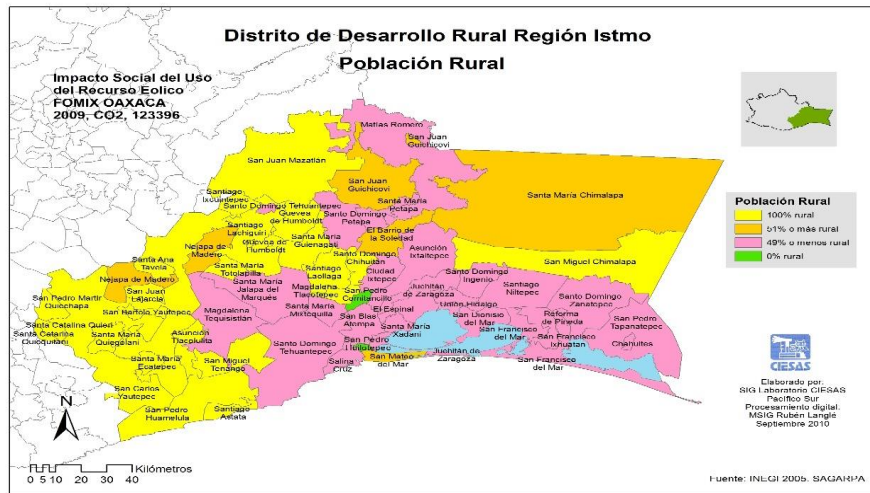


Figura 1 Istmo de Tehuantepec.

La región está conformada por el distrito de Juchitán y el de Tehuantepec, el primero con 22 municipios y el segundo con 19. Ambos presentan tres zonas geográficas y económicas diferenciadas: la de la planicie, donde se concentra la población zapoteca, orientada al comercio y a la producción agrícola y ganadera; área beneficiada por la infraestructura y las vías de comunicación. Después está la zona montañosa, donde coexisten zapotecos, chontales, mixes y zoques; se distingue por la producción de café y maderas, así como por la falta de caminos y servicios. Por último, está la zona de las lagunas interiores (lugar habitado por los huaves, pueblo dedicado predominantemente a la pesca), y que presenta los mayores niveles de marginación del Istmo. Los zapotecos se encuentran prácticamente en la mayoría de los municipios (en 36 de 41), y en 29 constituyen el mayor número de población indígena. Más de 70 por ciento se concentra en siete municipios: Juchitán, San Blas Atempa, Unión Hidalgo, Asunción Ixtaltepec, Ciudad Ixtepec, Santa María Xadani y Santo Domingo Tehuantepec. Sólo en Juchitán se ubica más de 40 por ciento de la población, y, junto con Tehuantepec y Ciudad Ixtepec, históricamente ha dado forma a los centros económicos de los *binnizá*<sup>(51)</sup>.

En el marco de la diversidad de los pueblos indígenas del país, los asentamientos zapotecos se distinguen porque, en su mayoría, no están compuestos por áreas rurales; de hecho, 60 por ciento de la población se localiza en zonas urbanas y ha conformado ciudades indígenas con un notable poder político y económico.

Los istmeños son un subgrupo de los cuatro que constituyen una de las principales macroetnias de México, junto con los zapotecos originarios de los Valles Centrales, la Sierra Norte y la Sierra Sur. En el Istmo, donde la población total se calcula en 546 288 y más de 50 por ciento se cataloga como población originaria, 7 de cada 10 hablantes de una lengua indígena se desenvuelven en zapoteco. Si bien desde la etnografía y la historia es posible concebir a los zapotecos como un grupo etnolingüístico, los *binnizá* integran una entidad diferenciada, configurada por la región del Istmo; además tienen una historia, una tradición y un estilo cultural propios. Se distinguen de los zapotecos de otras regiones y cuentan con una variante lingüística: el *didxazá*, término que alude a su origen mítico y que se traduce como “palabra de las nubes”. Así, en el Istmo de Tehuantepec cerca de 114 633 son representantes de la “gente de la palabra verdadera”, como también se designa a los zapotecos <sup>(51)</sup>.

### 5.3.2 Zapotecos del Istmo de Tehuantepec.

El término zapoteco proviene de la palabra náhuatl *zapotecatl*, que se traduce como “pueblo del zapote”. Este término, usado por los mexicas para referirse a la “gente de la palabra verdadera”, fue retomado por los españoles, se castellanizó en zapoteco o zapoteca, y se generalizó como denominación propia de este grupo.

Los “padres de la raza”, como también se les conoce, fueron elegidos por los dioses y eran unos hombres gigantes: nacieron de las nubes o descendieron de las raíces de los árboles, y además de ser guerreros y sabios, tenían la capacidad de convertirse en animales. Se dice que los *binnigulaza* no fueron derrotados por los españoles, pues, al son de la música y al ritmo de la danza, se dispersaron y llevaron con ellos la tradición<sup>(51)</sup>.



Figura 2 Traje regional zapoteca.

### 5.3.3 Asunción Ixtaltepec.

Ixtaltepec significa “Cerro Blanco”, donde se origina o surge el pozol que es el alimento precioso o sagrado para su gente. Por la asociación que existe con el “Cerro Blanco” y el sitio sagrado, los Ixtaltepecanos se encargan de depositar la flor de cempasúchil en el lugar sagrado de *Bá cuana*, donde surge el mantenimiento y son ellos quienes llevan el control del tiempo a través de un calendario. Otro de los significados de Ixtaltepec lo da Bradomin, quien dice que en náhuatl significa en el Cerro Blanco ó en el cerro de la sal, compuesto de ixtal, que quiere decir “blanco”, o iztal que quiere decir “sal”, y tépetl que quiere decir “cerro”. En la lengua zapoteca local se le conoce con el nombre de *yaati*, que significa pueblo que está arriba, hacia el norte<sup>(52)</sup>.



Figura 3 Centro de Asunción Ixtaltepec.

### **Generalidades.**

Se localiza en la región del Istmo de Tehuantepec en el distrito de Juchitán al sureste del estado de Oaxaca.

Ixtaltepec significa "Cerro Blanco" y en la lengua zapoteca local se le conoce con el nombre de *yaati*, que significa pueblo que está arriba, hacia el norte. Es una comunidad cuya población total se estima en 14,751 de los cuales 7296 son hombres y 7455 mujeres, de éstos, 5,676 hablan zapoteco de acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2010 reportado por el INEGI<sup>(53)</sup>.

La actividad económica está, orientada principalmente al comercio, la producción agrícola, ganadera y la alfarería. De acuerdo a datos del CONEVAL<sup>(54)</sup>, más del 40 por ciento de la población se encuentra en condiciones de pobreza moderada y 10 por ciento se encuentra en condiciones de pobreza extrema.

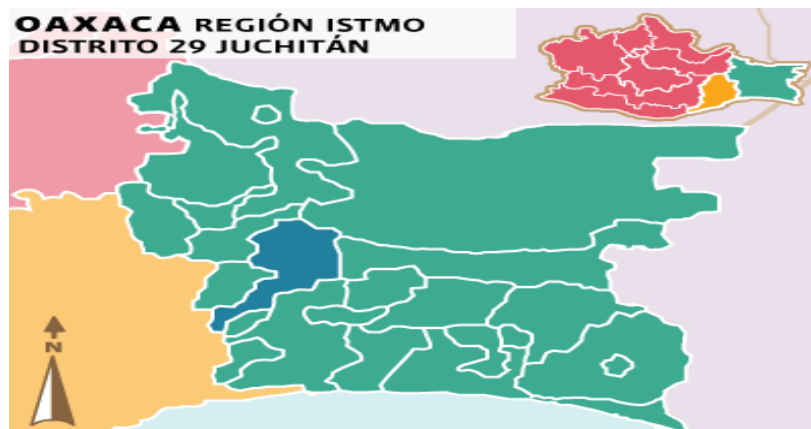
La cabecera municipal cuenta con los servicios básicos, como agua potable, luz, teléfono, un centro de salud, una clínica privada y algunos consultorios particulares. Además cuenta con escuelas desde nivel preescolar hasta bachillerato.

De acuerdo a los indicadores sociodemográficos del CDI, Asunción Ixtaltepec está catalogado como un municipio con grado de marginación media.

### **Localización.**

Se localiza en la región del Istmo de Tehuantepec al sureste del estado de Oaxaca, en las coordenadas 95°03' longitud oeste y 16°30' latitud norte, a una altura de 30 metros sobre el nivel del mar.

Limita al norte con los municipios de El Barrio de la Soledad y Santa María Chimalapa; al sur con San Pedro Comitancillo, El Espinal y Juchitán de Zaragoza; al oeste con El Barrio de la Soledad y Ciudad Ixtepec; al este con San Miguel Chimalapa y Juchitán de Zaragoza<sup>(53)</sup>.



*Figura 4 Ubicación de Asunción Ixtaltepec.*

#### **Infraestructura:**

El municipio se encuentra a unos 297 kilómetros de la ciudad de Oaxaca y a 9 kilómetros, de la ciudad de Juchitán de Zaragoza, se comunica con la carretera panamericana a través de un ramal que parte de la ciudad de Juchitán. En cuanto a los medios de comunicación reciben señal de las estaciones de radio, hay señal de los canales de televisión. Se reciben los diarios estatales y locales, servicio de telefonía, oficina de correos y telégrafos. Cuenta con 1 mercado municipal; los días miércoles se instala un tianguis, cuenta con 101 misceláneas de diferentes giros comerciales para el abastecimiento de la comunidad y 4 tiendas DICONSA de abasto rural comunitario.



Es necesario mencionar que durante la realización de la investigación, la comunidad fue severamente afectada por el terremoto de 8.2 grados del 7 de septiembre del 2017 por lo que estructuras importantes como el palacio municipal, la casa de cultura, fueron demolidos, de igual manera el mercado municipal, la iglesia central y una buena parte de las escuelas sufrieron daños, oras más fueron demolidas para ser reconstruidas.



*Figura 5 Casa de la cultura.*

En cuanto al deporte cuenta con 1 estadio de béisbol que es también usado como cancha de futbol. En los servicios públicos se cuenta con una cobertura de 3% del mantenimiento del drenaje urbano, el 60% de la recolección de basura y limpieza de las vías públicas, el 68 % de viviendas cuentan con agua potable ya sea dentro o fuera de la vivienda, cuentan con un 30% en seguridad pública, el alumbrado público cubre un total del 94 %, y cuentan con un 70% en pavimentación según apreciación del ayuntamiento<sup>(52)</sup>.

### **Sistema político.**

El municipio cuenta un sistema de gobierno, que se rige por el sistema de partidos políticos. El Ayuntamiento se compone por la Presidencia Municipal, la sindicatura, las regidurías de: Obras Públicas, Hacienda, Educación, Salud, Panteones,



Ecología, Transporte y Vialidad, Agropecuario. Además del comandante de policía, el secretario y el tesorero municipal. Existe también una Agente Municipal en cada localidad. El municipio pertenece al Distrito Electoral Federal número 7 y al distrito electoral local número 5<sup>(52)</sup>.



*Figura 6 Palacio municipal de A. Ixtaltepec (antes del sismo, 2017)*

Después del sismo de septiembre del 2017, el palacio municipal quedó severamente dañado y tuvo que ser demolido, continúa en proceso de reconstrucción.



*Figura 7 Espacio que ocupaba el palacio municipal.*

### **Situación de Educación.**

En el aspecto educativo 5,166 personas de más de 5 años cuentan con la educación primaria, de la población a partir de los 15 años y más 1,835 no tienen ninguna escolaridad, de las cuales 716 son hombres y 1,119 son mujeres. Y 1,479 personas de más de 18 años cuentan con un nivel profesional y de éstas solo 57 cuentan con un posgrado. El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años en adelante es de 7.3 % en comparación con un 6.9 % con el que cuenta el Estado de Oaxaca.

Las escuelas de educación básica que existen en este municipio incluyendo a sus agencias son: 18 escuelas de preescolar, 20 Primarias, 1 primaria indígena, 9 Secundarias, 1 Secundaria Particular, 3 Telesecundarias, y 5 Bachilleratos<sup>(52)</sup>.



*Figura 8 Escuela primaria "Margarita maza de Juárez" (antes del sismo).*





*Figura 9 Escuela "Margarita Maza de Juárez" (después del sismo).*

### **Sistema de salud.**

En la población se encuentran unidades de salud tanto del sector público como privadas. Dentro del sector público se encuentran el Centro de Salud, perteneciente a la Secretaría de Salud y la Unidad Básica de Rehabilitación, ésta última, dependencia del DIF estatal.



*Figura 10 Unidad Básica de Rehabilitación UBR*

Son dos las clínicas privadas con las que cuenta la comunidad. Mexfam y una clínica llamada “RA RIALE BIAANI”.



Figura 11 Clínica Mexfam.

### Centro de salud.

Se ubica en la cuarta sección de la comunidad. Es un espacio físico que cuenta con dos consultorios, un cuarto de curaciones, una sala de expulsión, farmacia y un control de enfermería.

De acuerdo a lo referido por e personal, la atención a las personas con diabetes se ofrece todos los días a partir de las ocho de la mañana, donde se pueden tomar el nivel de glucosa en sangre.

Fue demolido después del terremoto y funciona con instalaciones provisionales.



Ilustración 1 Centro de Salud.

#### **5.4 Características de los informantes.**

Curtis (citado por Cleary)<sup>(55)</sup> señala que para elegir a los participantes hay que tener en cuenta algunos principios como: los participantes son elegidos de manera específica, la selección se basa conceptualmente en el marco teórico, y se necesita una justificación para la selección.

Para este estudio, los participantes fueron personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, que pertenecen a la etnia zapoteca. Los participantes fueron personas que generaron una riqueza densa de información sobre la pregunta de investigación. Por lo tanto, fue pertinente considerar a personas que por lo menos tenían dos o más años con el padecimiento, el tiempo con el padecimiento entre los participantes fue de 2 a 20 años, obteniendo mayor información sobre el fenómeno estudiado además de argumentos que detallaron la experiencia de personas zapotecas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2.

Otros criterios de inclusión fueron: personas adultas o adultas mayores, que preferentemente hablaran zapoteco y español, originarias de Asunción Ixtaltepec y que estuvieron de acuerdo participar en el estudio.

#### **5.5 Conformación y tamaño de la muestra.**

La conformación de la muestra se realizó por medio de la propuesta de Martínez<sup>(56)</sup> del diseño de bola de nieve o cadena (en donde se identificaron los casos de interés a partir de alguien que conocía a alguien que pudo resultar un buen candidato para participar). En este estudio, para la conformación de la muestra, se identificó a personas que padecen diabetes, por medio de referencias de amistades y conocidos. Al mismo tiempo estas personas refirieron a otras personas que ellas conocían (que padecen DM) y así sucesivamente.

Además de esto, se estableció contacto con un informante clave, “portero”, que permitió contactar a las personas con DM2 en Ixtaltepec, que se ubicaban en colonias donde el investigador no conocía a dichas personas.

De acuerdo a Patton (citado por Cleary)<sup>(55)</sup>, quién y cuántos participantes dependerán de lo que se quiere saber, el propósito de la investigación, lo que está en juego, lo que será útil, lo que tendrá credibilidad.

En este estudio para el tamaño de la muestra, se tomó en cuenta la información que fue emergiendo, haciendo un análisis al mismo tiempo y de acuerdo a objetivos, información y tiempo, se obtuvo más información con los participantes hasta alcanzar una mejor comprensión del fenómeno. Hasta que quedó de la manera más clara, cómo viven, qué sienten y cuál es la experiencia de los zapotecas diagnosticados con DM.

### **5.6 Rigor metodológico.**

El establecimiento de la credibilidad, transferibilidad, auditabilidad y el valor de la verdad que culmina en la confirmabilidad son estrategias para lograr el rigor en la investigación cualitativa<sup>(57)</sup>. En el presente estudio, se retomaron dichos criterios de rigor y a continuación se menciona cómo se alcanzó cada uno de ellos:

- Credibilidad: para lograrlo fue necesario describir el contexto y escenario donde se realizó la investigación, además de confirmar que lo que se interpretaba durante las entrevistas era realmente lo que quiso decir el participante mediante preguntas importante regresar con los participantes para reconocer sus experiencias en los resultados.
- Transferibilidad: se buscó la pertinencia de trasladar los resultados obtenidos a contextos similares o utilizarlos de referente en futuras investigaciones.
- Auditabilidad: se alcanzó describiendo los métodos de recolección de datos, justificando el análisis de datos, interpretando y presentando procesos, explicando cómo los componentes particulares de la información fueron sopesados, justificando la naturaleza exclusiva e inclusiva de categorías particulares elegidas para la asignación de información.
- Confirmabilidad: para lograr la confirmabilidad fue necesario describir los propósitos del estudio, las técnicas de recolección de datos, el tipo de evidencia utilizada y el análisis de las técnicas utilizadas.

## **Reflexividad.**

Otro de los criterios de rigor, es el de la reflexividad, entendida, de acuerdo a Guber<sup>(46)</sup>, como la conciencia del investigador sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos (género, edad, pertenencia étnica, clase social y afiliación política), que suelen reconocerse como parte del proceso de conocimiento de los pobladores o informantes.

De primera instancia el tema de diabetes mellitus me parece muy estudiado ya, sin embargo, a pesar de toda la literatura que existe, me inquietaron las razones por las que cada vez es mayor la prevalencia de dicha enfermedad y aunque muchos tenemos respuestas inmediatas a tal pregunta, considero que la mejor manera de saberlo es ir hacia las personas que lo padecen y tener la perspectiva de las personas.

Mi interés de enfocar mi investigación en la comunidad zapoteca, fue por muchas razones, la primera, porque he tenido familiares diabéticos que se han visto afectados por la enfermedad severamente y aunque se les ha explicado sobre los efectos de la diabetes a largo plazo, no modifican muchos de sus hábitos bajo el pensamiento de que de cualquier forma “se van a morir”, pues me han dicho que aunque sigan dietas, eliminen o consuman menor cantidad de ciertos alimentos y hagan actividad física, no se van a curar y pues en ese caso, no consideran pertinente seguir las recomendaciones que se les da.

Otra de las razones porque decidí realizar este estudio es porque en las comunidades indígenas, son pocos los estudios realizados en México, hablando desde nuestra disciplina. Creo que es necesario hacer este tipo de estudios pues los grupos indígenas no son ajenos a nosotros, forman parte de nuestra identidad nacional, de nuestros orígenes y la gran mayoría se encuentra en situaciones de desventajas de todo tipo, económicas, educativas, de salud, etc. Así que al realizar este estudio, se conocería lo que significa tener diabetes en una comunidad indígena, y a partir de esto generar propuestas para dar una mejor atención, para sensibilizarnos a nosotros mismos como parte del personal de salud, para entender



los motivos de cuidarse o no al tener diabetes. Todo lo anterior en un ambiente de respeto, de diálogo, de comprensión mutua, de espacios de reflexión.

Otra de las razones que me impulsaron a llevar a cabo esta investigación es porque quise ayudar de alguna manera (aunque fuese de manera mínima) a dar a conocer otra perspectiva sobre la diabetes, desde la mirada de los zapotecas, desde su experiencia, pues de esta manera se podría intervenir de diferentes maneras y con diferentes estrategias en el mejoramiento de estas personas y muy probablemente se podrían hacer propuestas más dirigidas hacia grupos indígenas. Es decir, a través de esta investigación fue posible dar a conocer otra realidad de la enfermedad.

Finalmente, este trabajo representa una experiencia académica, aunque va más allá del solo realizar una investigación; al ser originario de Asunción Ixtaltepec, hablar zapoteco y compartir la cultura de las personas que estudié, resulta importante el conocer una perspectiva diferente de padecer diabetes, pues solo así podría ayudar y ayudarme a mí mismo a tener una mejor visión de la enfermedad.

### **5.7 Consideraciones éticas.**

La presente investigación se realizó de acuerdo a los lineamientos estipulados en los Principios para la Investigación en la ENEO<sup>(58)</sup>.

Los principios o guías éticas generales de acción son el principio de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia que se describen a continuación:

- El principio de autonomía establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio. Su aplicación es en el COI donde se le ofrece a los sujetos la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.
- El principio de no maleficencia obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas terapéuticas que implica el cuidado a la salud.



- El principio de beneficencia se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.
- El principio de justicia exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere.

Con la finalidad de darle a conocer a las personas que esta investigación no representaba ningún riesgo para ellas, el desarrollo de dicha investigación fue bajo una relación profesional con las personas, basado en el respeto y la dignidad humana, en un esquema holístico, destacando el bienestar social, por lo que para respetar lo anteriormente dicho, se atendió lo siguiente:

- Consentimiento informado (Ver anexo p.94)
- Confidencialidad
- Protección de datos
- Derecho a retirarse
- Beneficios potenciales
- Riesgos potenciales

### **5.8 Desarrollo del proyecto.**

El trabajo de campo lo desarrollé de la siguiente manera, en una primera fase, realicé el primer acercamiento a la comunidad en estudio, donde a través de las personas que conocen de la comunidad, obtuve información sobre quiénes padecían diabetes. Con ello se localizó a una persona de la comunidad con conocimientos sobre posibles informantes y una buena relación con ellos, que lo constituyó en portero. A través de su intervención, conocí e interactué con las personas de la localidad que padecen diabetes mellitus tipo 2, con las que más tarde se concretaron citas para las entrevistas.

Realicé 2 entrevistas semiestructuradas, cabe mencionar que una de estas entrevistas fue desechada porque la participante tenía diabetes juvenil, además de algunas entrevistas informales, en esta ocasión solo con personas que padecían diabetes cuyos datos se plasmaron en el diario de campo. Las primeras dos entrevistas las realicé en el domicilio de las personas en cuestión; les proporcioné el consentimiento informado y estuvieron de acuerdo con los términos del documento, sin embargo, una de las personas se abstuvo de firmarlo. Lo anterior se llevó a cabo del 11 al 18 de noviembre del 2017.

Entre los meses de febrero a septiembre del 2018 realicé cuatro visitas a la comunidad para realizar las nueve entrevistas restantes, dos visitas en el mes de febrero, una visita en agosto y una más en septiembre. Pasé tres periodos de más de treinta días cada uno en la comunidad en donde tuve contacto con personas que padecen diabetes, a las cuales entrevisté de manera informal, al mismo tiempo que reporté sus ideas en el diario de campo y se complementaron con la opinión de las personas de la comunidad que no padecían diabetes, ya que de esta forma se tuvo un mejor entendimiento de los saberes culturales en sus diferentes tipos que existen en el grupo étnico.

A la luz de lo anterior, realicé diez entrevistas, seis de los participantes fueron hombres y cuatro mujeres. El período de recolección de datos del proyecto fue de noviembre del 2017 a septiembre del 2018. Además de más de 90 días que pasé en la comunidad donde realicé entrevistas informales tanto con personas con diabetes como aquéllas que no tenían el padecimiento y las ideas principales quedaron registradas en el diario de campo.

## **5.9 Análisis de los datos.**

Las entrevistas tuvieron una duración de 60 a 65 minutos y se realizaron de acuerdo a la elección de los participantes en español o zapoteco, fueron transcritas al español.

El análisis de la entrevista y diario de campo se hizo a partir de la propuesta de Graneheim, y Lundman<sup>(59)</sup> (Ver anexo p.95), la cual marca una estrategia analítica e interpretativa mediante cinco etapas:

- 1) Identificación de la unidad de análisis. Siguiendo la propuesta del autor la unidad de análisis para este proyecto fueron las entrevistas y notas del diario de campo correspondientes.
- 2) Identificación de las unidades de significado. Una vez preparadas las entrevistas, es decir, después de darles un mismo formato, eliminar las muletillas y numerar los renglones, se llevó a cabo un análisis de contenido para identificar los datos relevantes y que guardaban relación con la aproximación teórica, buscando que las unidades obtenidas emergieran de lo que los datos de la entrevista y no bajo etiquetas preestablecidas.
- 3) Condensación de unidades de significado. A partir de la identificación de la unidad de análisis, fue necesario, volver a leer cada una para darle sentido al significado y nombrar de manera consistente la unidad de significado condensada, siempre tomando en cuenta lo que expresó el informante.
- 4) Llevar a cabo la codificación. Para esta etapa, fue necesario tener muy clara la unidad de significado condensada y se asignó un código específico que representara en forma sintética las expresiones de los informantes, con ello se disminuyó el tamaño de la unidad pero se conservó en todo momento la idea central.
- 5) Creación de categorías. Las categorías se propusieron a partir de los códigos que guardaban similitud o expresaban las formas en que los informantes configuran la experiencia de padecer diabetes.

## 6. HALLAZGOS.

El grupo de participantes quedó constituido de la siguiente manera, seis de los participantes fueron hombres y cuatro mujeres. Los años con el padecimiento fueron de 2 a 20, el promedio de la escolaridad fue educación básica y todas las personas entrevistadas eran bilingües.

Características de los informantes:

Pseudónimo	Edad	Sexo	Años con DM2	Seguro médico	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Religión	Lengua
<b>Guie'-Flor</b>	65	F	2	Ninguno	Casada	Ama de casa	Primaria	Católica	Zapoteco, español
<b>Guie' quichi-Flor blanca</b>	52	F	2	Seguro popular	Casada	Ama de casa	Primaria trunca	Adventista	Zapoteco, español
<b>Bi'cu- Perro</b>	74	M	5	Seguro popular	Viudo	Desempleado	Secundaria trunca	Adventista	Zapoteco, español
<b>Guie'nashi-Flor con aroma.</b>	70	F	12	Seguro popular	Viuda	Panadera	Analfabeta	Adventista	Zapoteco, español
<b>Bedxe-Tigre</b>	61	M	5	ISSSTE	Casado	Profesor	Licenciatura	Católico	Español, zapoteco
<b>Mixtu-Gato</b>	73	M	10	Ninguno	Casado	Campesino	Analfabeta	Católico	Zapoteco, español
<b>Lexu-Conejo</b>	55	M	3	Seguro popular	Casado	Campesino/comerciante	Secundaria	Católico	Zapoteco, español
<b>Gueu-Coyote</b>	57	M	20	Seguro popular	Casado	Campesino/comerciante	Primaria	Católico	Zapoteco, español
<b>Máni'-Caballo</b>	39	M	7	Ninguno	Divorciado	Obrero/PEMEX	Secundaria	Católico	Español, zapoteco
<b>Guie'nisa-Flor de agua</b>	62	F	3	Seguro popular	Casada	Ama de casa	Primaria	Católica	Zapoteco, español

## **6.1 Descripción de los informantes.**

### **Informante 1, Guie'-Flor.**

Guie' es una señora de 65 años que vive en la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec, está casada y habita con su esposo una vivienda en la quinta sección de la comunidad. Tiene tres hijos, dos varones y una mujer, aunque dos de sus hijos viven en otros estados de la república y una hija es la que vive en la misma comunidad, a unas cuabras de su casa.

Realizó estudios básicos hasta nivel primaria además de ser bilingüe, cabe mencionar que aunque entiende todo el español y lo habla, se desenvuelve mucho mejor en zapoteco.

Profesa la religión católica, aunque no asiste a misa pero señala que en el curso de su enfermedad, estar cercana a Dios le ha ayudado a sobrellevar su padecimiento en los momentos difíciles.

Es ama de casa y se dedica a hacer sus quehaceres en el hogar. Su esposo es campesino y posee algunos ganados en una milpa. Su fuente de ingreso es el sueldo de su esposo al día, además de recibir apoyo económico de sus hijos que se encuentran fuera, aunque esto sólo sucede en los casos en que necesita ir al médico o en alguna emergencia. Además, su esposo recibe cada mes un apoyo para personas adultas mayores (70 y más), que se cobra cada dos meses.

Guie' fue diagnosticada con diabetes mellitus tipo dos hace dos años y desde entonces la atención en salud ha sido variada, desde clínicas particulares para consultas con médicos internistas hasta el centro de salud, la unidad básica de rehabilitación del DIF municipal y en algunas ocasiones en la clínica privada Mexfam de la comunidad. Señala que no le gusta ir a atenderse al centro de salud, porque en la mayoría de las veces no cuentan con material, ni medicamentos.

## **Informante 2, Guie' quichi-Flor blanca.**

Guie' quichi es una señora de 52 años de edad que vive en la sexta sección de la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Está casada y vive junto con su esposo y una de sus hijas en la misma casa. Cabe precisar que la vivienda se comparte por dos familias, la señora y su esposo por un lado y su hija, esposo y cuatro hijas por otro lado. Además, la señora tiene un hijo que vive con su familia en la misma comunidad y dos más que viven en el norte del país.

Estudió hasta el cuarto año de primaria, entiende y habla el español, pero se desenvuelve mejor en zapoteco.

Es devota de la religión Adventista del Séptimo Día. Cree fervientemente en Dios y se congrega todos los sábados en una de las iglesias adventistas locales. Marcadamente reitera que su comunión con Dios es lo que le ha permitido estar bien desde que le diagnosticaron diabetes.

Es ama de casa, pero para su sustento diario se dedica a vender alimentos tradicionales como chiles rellenos, tamales y queso fresco. Además le ayuda a su esposo a cocinar la botana de una cantina que se encuentra en el mismo predio donde viven. Su esposo, aparte de atender el negocio, se dedica al campo en su propia milpa y posee unas vacas. Guie' quichi recibe mensualmente un apoyo económico "PROSPERA", que cobra cada mes o retroactivamente cada dos meses.

Guie' quichi fue diagnosticada con diabetes mellitus tipo dos hace dos años, desde entonces ha recibido atención en el centro de salud de la comunidad, además de la unidad básica de rehabilitación y en muy pocas ocasiones en clínicas privadas. Cuando es necesario, la referencian al hospital general de Ixtaltepec, ya que cuenta con el seguro popular y los estudios de laboratorio generalmente se los realiza ahí de manera gratuita. Además, se reúne los días 27 de cada mes como parte del programa PROSPERA en el centro de salud, para recibir orientación sobre la diabetes y llevar el control de su glicemia.

### **Informante 3, Bi'cu-Perro.**

Bi'cu es un señor de 74 años que vive en la sexta sección de la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Es viudo desde hace 3 años y con él vive su hija y un nieto. Tiene seis hijos, cinco varones y una mujer, de éstos solo su hija vive con él y los restantes, viven en otros estados de la república.

Estudió hasta la secundaria pero no la concluyó, por lo que sabe leer y escribir, además, entiende bien el español aunque prefiere expresarse en zapoteco.

Desde hace un par de años, un tiempo después de que falleció su esposa, aceptó bautizarse y unirse como miembro de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, que se encuentra a unas cuadras de su casa. Cree en Dios firmemente y los sábados que le es posible, acude al culto matutino.

Actualmente, no cuenta con un trabajo, tampoco recibe una pensión porque siempre trabajó por cuenta propia. Se apoya económicamente del programa para adultos mayores (70 y más) que recibe mensualmente y cobra de manera bimestral, además del apoyo que recibe de sus hijos cuando les es posible enviarle dinero. Generalmente él debe encargarse de comprar y hacerse su comida, por lo que menciona que se le dificulta mucho.

Bi'cu fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 5 años en la clínica privada Mexfam en la comunidad. Sin embargo, actualmente se trata en la unidad básica de rehabilitación (UBR) del DIF municipal o en un consultorio particular, con un médico de confianza ubicado en el centro de la comunidad. Porque la consulta es barata y también los medicamentos. Señala que aunque cuenta con el Seguro Popular, no hace uso del centro de salud porque la mayoría de las veces no cuentan con material para medirle la glucosa, ni con medicamentos, además que le queda retirado de su domicilio y considera que pierde el tiempo cuando va.

#### **Informante 4 Guie' nashi-Flor con aroma.**

Guie' nashi es una señora de 70 años de edad que vive la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Desde hace muchos años es viuda, por lo que siempre había vivido con sus dos hijos, sin embargo actualmente vive con su nuera y dos nietas porque sus hijos trabajan en otros poblados del mismo estado de Oaxaca.

Nunca asistió a la escuela, pues menciona que por tradición a las mujeres no se les mandaba a la escuela en su familia, por lo tanto no sabe leer ni escribir, sin embargo entiende bien el español y también lo habla, pero en la mayoría de las veces se siente más cómoda expresándose en zapoteco.

Es miembro de la iglesia Adventista del Séptimo Día de la sexta sección, a donde acudía hasta hace unos meses que sufrió una caída con fractura de cadera, por lo que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente, sin embargo, al poco tiempo se le formó un absceso en la herida y hasta ahorita no ha cicatrizado, además que señala que le duele mucho aun cuando está medicada y ha recibido valoraciones médicas al respecto.

Siempre se ha dedicado al hogar, pero desde que enviudó, comenzó a hacer panes para vender, y a través de esto se mantenía, sin embargo, después de la cirugía ha estado en cama por casi ya un año, por lo que su hijo el mayor es quien la apoya económicamente tanto para manutención como para su tratamiento.

Guie' nashi, fue diagnosticada hace 12 años con diabetes mellitus tipo dos, en el centro de salud de la comunidad, sin embargo no prestó tanta atención a la enfermedad y hace apenas unos años que lleva un tratamiento. Cuenta con Seguro Popular por lo que se atiende en el centro de salud, además de asistir mensualmente a una consulta con un médico internista cada mes en el hospital general de Ixtepec. Refiere que le es difícil llevar su tratamiento actual, porque la mayoría de las veces no le proporcionan la insulina en el hospital y se ve en la necesidad de comprarlo.



### **Informante 5 Bedxe-Tigre.**

Bedxe es un señor de 61 años que vive con su esposa en la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Tiene una hija, que está ya casada y vive en uno de los municipios aledaños a la comunidad.

Tiene formación como profesor de educación secundaria, sin embargo, su vida laboral ha estado muy ligada a cuestiones políticas, donde desempeñó cargos locales y estatales durante el sexenio de uno de los gobernadores del estado de Oaxaca.

No tiene problema alguno para expresarse en español y zapoteco, es bilingüe y le es indistinto el hablar en uno u otro idioma. Profesa la religión católica y cree en Dios, pero no es muy enfático en la cuestión espiritual.

Actualmente es parte de un grupo que se dedica a la venta de un suplemento alimenticio denominado “Immunocal”, producto en el que cree firmemente como un coadyuvante el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas y las de difícil manejo, por lo que acude a las personas que conoce con algún padecimiento, para ofrecer el producto, y es a partir de sus ventas donde obtiene los ingresos para su manutención.

Bedxe fue diagnosticado hace cinco años con diabetes mellitus tipo 2, sin embargo fue la neuropatía generalizada la que refiere como la peor complicación que sufrió, por lo que para tratarse acudió a una serie de médicos particulares con diferentes especialidades, pero fue hasta que un médico lo operó para colocarle una glándula porcina en el hombro cuando remitieron los síntomas de la neuropatía. Actualmente se trata con un médico privado en una clínica de la comunidad, aunque cuenta con el Seguro Popular y cuando ha requerido internamiento, ha acudido al hospital general de Ixtepec.

### **Informante 6, Mixtu-Gato.**

Mixtu es un señor de 73 años que vive junto con su esposa, su hija y dos nietos en la población de El Mezquite, Ixtaltepec, una de las 15 agencias municipales de Asunción Ixtaltepec, que se ubica a 37.3 kilómetros de la cabecera municipal. Es un poblado con escaso acceso a servicios en general, entre ellos a los servicios de salud.

Es campesino, toda su vida se ha dedicado al campo, aunque actualmente no trabaja más por su condición de salud. En su casa su esposa cuenta con una tienda de abarrotes y verduras, y dos veces por semana se dedican a sacrificar una res, para la venta de carne en la comunidad. En la medida que le es posible, Mixtu ayuda con las labores los días en que venden carne en la comunidad.

No sabe leer ni escribir, nunca asistió a la escuela y es capaz de tener una conversación en español, sin embargo es mucho más fluido cuando platica en zapoteco. Mixtu es católico, pero no expresa mucha relevancia a la cuestión de espiritualidad.

Fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo dos desde hace dos años, sin embargo, actualmente desde hace seis meses sufrió una parálisis facial del lado izquierdo, por lo que ha sido tratado con diferentes médicos internistas en las ciudades de Juchitán y Tehuantepec. Cabe mencionar que la distancia es de 35 y 72 kilómetros respectivamente, por lo que acudir a esas ciudades resulta costoso. Respecto a su diabetes, recibe tratamiento en la clínica comunitaria y para su control asiste con un médico internista en Tehuantepec, de forma particular. Del mismo modo los medicamentos los tienen que comprar pues en el centro comunitario de salud, no tienen medicamentos y no cuenta con seguro popular para recibirlos de manera gratuita.

### **Informante 7, Lexu-Conejo.**

Lexu es un señor de 55 años de edad que vive con su esposa en la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Tiene cuatro hijos, dos de ellos viven en otros estados de la república y los otros dos viven en la misma comunidad, cabe mencionar que una de sus hijas, junto con esposo e hijas, viven en el mismo lugar que él.

Se dedica al campo, es campesino y cuida sus propios ganados en un terreno que también es de él. Además, tiene un local donde vende alcohol, por las tardes entre semana y todo el día, los fines de semana. Es importante mencionar que el negocio se encuentra ubicado en el mismo predio.

Cuenta con estudios básicos, cursó la secundaria, pero no la concluyó, por lo que sabe leer y escribir, además de ser bilingüe, con un buen dominio del español y del zapoteco como su lengua natal. Profesa la religión católica, cree en Dios y aunque no asiste a la iglesia, señala que Dios ha sido un aliciente en el control de su enfermedad.

Sus ingresos económicos provienen del trabajo en el campo, el negocio que tiene en su domicilio, del cual él mismo se encarga y en algunas ocasiones en la comunidad lo solicitan para hacer trabajos de fontanería. En otras ocasiones, cuando se hacen fiestas, es contratado para tocar la guitarra y cantar durante el festejo.

Lexu fue diagnosticado hace tres años con diabetes mellitus tipo dos cuando acudió al centro de salud. Cuenta con Seguro Popular, por lo que acude a un grupo de personas que padecen diabetes al centro de salud de la comunidad, donde se les brinda orientación sobre cómo cuidarse y se les hace la medición de la glicemia. De igual forma pasan a consulta con el médico y en las ocasiones en que el centro de salud cuente con los medicamentos, se le proporcionan de manera gratuita. Señala que cuando le toca hacerse exámenes de laboratorio, la mayoría de las veces, prefiere acudir a un laboratorio particular, ya que en el hospital general de Ixtaltepec se los podrían hacer gratuitos, pero queda retirado y gasta más en transporte.

### **Informante 8, Gueu-Coyote.**

Gueu es un señor de 57 años que vive con su esposa en la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Tiene tres hijas que están ya casadas y viven en municipios aledaños.

Se dedica al campo, es propietario de un terreno donde tiene a sus vacas, y dos veces entre semana sacrifica dos reses para vender la carne en la comunidad y en otros municipios cercanos, solamente le vende a las carnicerías o a personas que compren una gran cantidad de carne, porque es la única manera en la que asegura que todo será vendido.

Cuenta solamente con estudios básicos de primaria, por lo que sabe leer y escribir, al mismo tiempo que es bilingüe, entiende y habla español pero se siente más cómodo expresándose en zapoteco. Es católico y aunque no asiste a una congregación participa activamente en la iglesia de San Crispín, cuando se realizan las festividades patronales y ha sido mayordomo de dicha fiesta. Tiene un gran respeto y devoción hacia el santo.

Sus ingresos económicos provienen de las ganancias que obtiene en el sacrificio de las reses, no cuenta con un ingreso extra y su esposa depende económicamente de él. Refiere que en algunas ocasiones cuando ha estado enfermo, su hija lo ha apoyado económicamente y su esposa continúa con el negocio aunque tenga que hacer todo sola.

Gueu fue diagnosticado hace 20 años con diabetes mellitus tipo 2; cuenta con Seguro Popular y recibe atención médica en el centro de salud, acude una vez al mes a un grupo de diabéticos en el centro de salud, donde recibe orientación sobre los cuidados que deben de tener y la consulta médica. En los casos donde se ha puesto grave, ha estado internado en una clínica particular de la comunidad "Ra Riaale Biani", donde se le practicó la amputación de un dedo y de una parte del pie. Actualmente se trata con insulina de acuerdo a las indicaciones de un médico internista del hospital general de Ixtepec, dicha insulina la ha tenido que comprar porque en el hospital solo se la han proporcionado una vez.

### **Informante 9, Máni'-Caballo.**

Máni' es un señor de 39 años de edad. Vive con sus padres y con su hermano gemelo en la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Es divorciado desde hace unos años y actualmente tiene una novia que vive en una de las comunidades cercanas.

Se dedica al campo, aunque cuenta con una ficha en la refinería de Pemex que se ubica en Salina Cruz, por lo que cuando se le ha requerido, ha trabajado por contrato como obrero en la refinería. Actualmente, no está laborando porque su salud se ha ido deteriorando, específicamente la vista, y hace tres meses que le practicaron una amputación de uno de los dedos del pie derecho.

Cuenta con estudios básicos, concluyó la secundaria, además de ser bilingüe teniendo buen dominio del español y el zapoteco como lengua natal. Cree en Dios y se considera católico aunque no asiste a alguna de las iglesias de la comunidad, sin embargo, manifiesta que en el tratamiento de su enfermedad le ha pedido mucho a Dios para su recuperación y la de su mamá que también es diabética y cursa una fase crónica de cirrosis hepática.

Sus ingresos provienen de su trabajo en Pemex, cuando lo llaman y de su trabajo en la milpa de su papá. Actualmente, depende económicamente de su padre y su hermano, pues tanto él como su mamá no están en condiciones de trabajar.

Máni' Fue diagnosticado hace 7 años con diabetes mellitus tipo dos, sin embargo, refiere que nunca se cuidó de ninguna manera después de haber recibido el diagnóstico porque era escéptico y no conocía las consecuencias de la enfermedad. No cuenta con seguro médico, pues los servicios de salud de Pemex solamente están a su disposición cuando cuenta con un contrato vigente. Nunca ha asistido al centro de salud u otro lugar para su tratamiento, cuando le ha sido necesario ha sido internado en la clínica particular "Ra Riaale Biani", y el dueño de dicha clínica es quien le lleva su control y lo ha operado. Los medicamentos siempre los ha tenido que comprar.

### **Informante 10, Guie' nisa-Flor de agua.**

Guie' nisa es una señora de 62 años que vive junto con su esposo y sus dos hijos en la cabecera municipal de Asunción Ixtaltepec. Uno de sus hijos está divorciado y tiene una hija, de la cual ella se hace cargo. Su vivienda se derrumbó en el sismo de septiembre del 2017, por lo que viven en una casa provisional hecha de lámina que les construyeron un grupo de menonitas.

Se dedica al hogar, y señala que le es muy difícil porque aparte de sus labores domésticas y cuidar a su nieta de 9 años, tiene que cuidar a su papá de 84 años que se niega a irse a vivir con ella y acude todos los días a prepararle la comida y lavarle la ropa en otra colonia de la comunidad.

Cuenta con estudios básicos de primaria, por lo que sabe leer y escribir, se desenvuelve bien es español, lo habla y lo entiende, pero prefiere expresarse en zapoteco.

Económicamente depende de su esposo, que es campesino y todos los días va ordeñar la leche, de la cual ella prepara queso y extrae mantequilla para venderlos. Además sus hijos aportan económicamente para la comida y los gastos. También pertenece al programa PROSPERA el cual le proporciona un apoyo económico mensual, pero generalmente lo cobra cada dos meses, porque los pagos son muy irregulares.

Fue diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 hace tres años. Donde fue necesario que la internaran porque se puso grave y lo adjudicó a que ella solo tiene un riñón, sin embargo el médico le indicó que era diabetes. Fue atendida en una clínica particular de la misma comunidad "Ra Rialeé Biani", pero una vez recuperada acudió al centro de salud donde le llevan el control de su glicemia una vez al mes y una consulta médica para que le proporcionen sus medicamentos de manera gratuita por contar con el Seguro Popular.

## **6.2 Categorías y subcategorías.**

Sobre la obtención de los resultados y la asociación de ideas, a través de la propuesta de Granheim y Lundman, y del análisis de contenido realizado por el autor. Emergió la experiencia del padecimiento como tema principal, compuesto a su vez por tres categorías: 1) por qué me enfermé-Dxibi, 2) Vivir con el padecimiento, con cuatro subcategorías, que en su conjunto muestran la experiencia de las personas que viven con diabetes, las dimensiones de la vida cotidiana, cómo enfrentan la enfermedad y la manera de aceptarla y convivir con ella. 3) Saberes, corresponde a la tercera categoría con una subcategoría y da cuenta de las formas de enfermar y los tipos de “azúcar” que existen de acuerdo a los participantes zapotecas. Estas tres categorías se enmarcan como la experiencia de padecer DMT2 en zapotecas del Istmo de Tehuantepec. La cuarta categoría da a conocer cómo es la interacción de las personas con los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario, ya que no se entrevistó a personal de salud. Subyacen los aspectos negativos como la falta de explicación sobre la enfermedad, el trato irrespetuoso y el gasto que les implica el problema de salud, ésta categoría se enmarca en la interculturalidad en salud.

En el esquema que se presenta en la siguiente página, se esquematiza el resultado de acuerdo a la asociación de ideas del autor, tomando en cuenta la propuesta de análisis.

## Categorías Y Subcategorías.

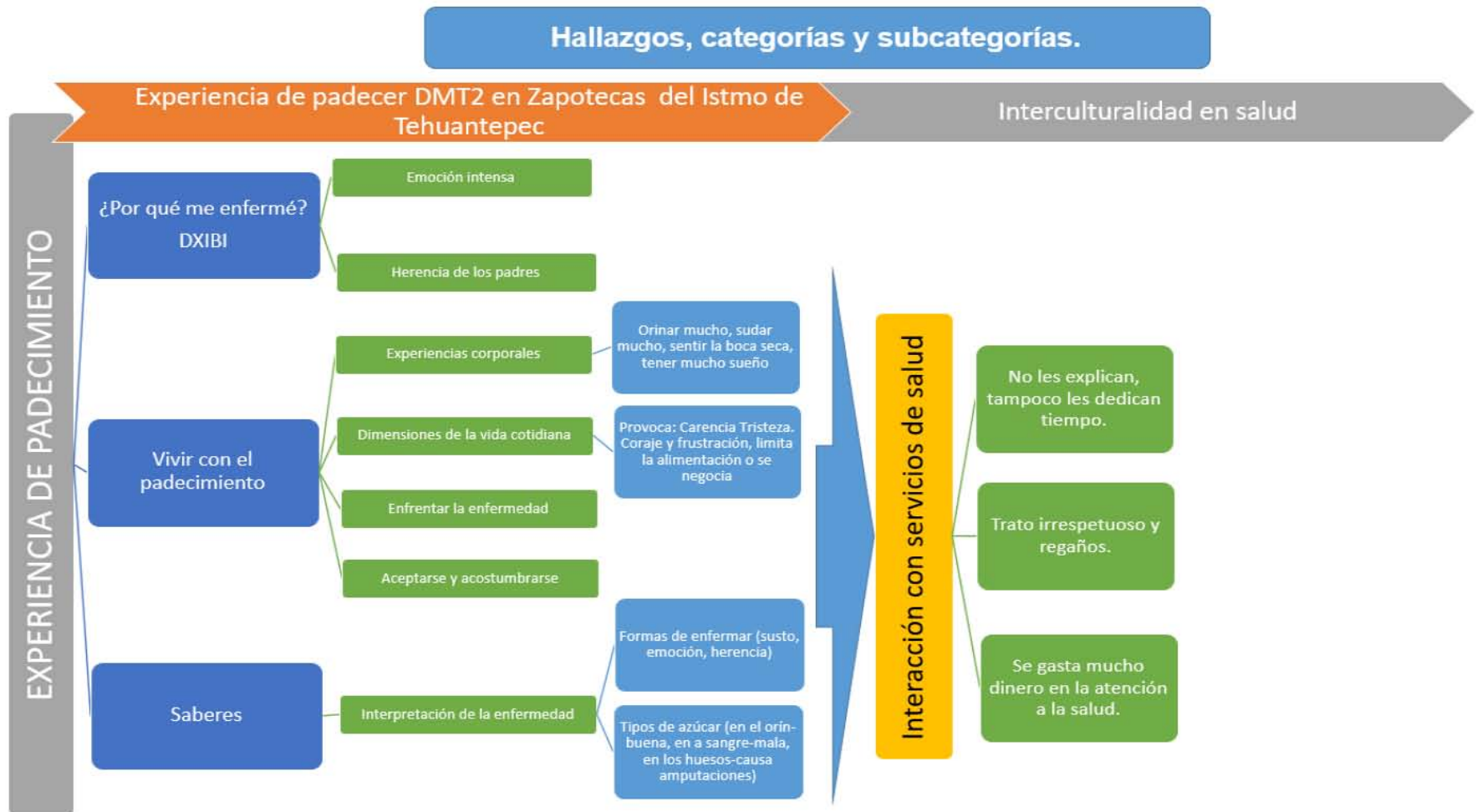


Figura 12. Categorías y subcategorías.



### 6.2.1 CATEGORÍA POR QUÉ ME ENFERMÉ-DXHIBI<sup>1</sup>

Las razones que argumentaron los participantes del por qué enfermaron fueron variadas. Sin embargo en la mayoría de los discursos la experiencia de una emoción intensa como el miedo aunque se mencionaron otros tipos de emociones (susto o espanto) el miedo aparece como el desencadenante de la enfermedad; siendo muy específicos al recordar la situación exacta que les provocó un miedo exacerbado y los llevó a padecer diabetes, como se muestra a continuación.

*E2 (F): ...pues yo me imagino que lo tuve, tuve una enramada<sup>2</sup> aquí en el patio que se quemó, desde ese entonces, ese día me espanté pero...pero me espanté no tienes idea porque vi la lumbre grande, pues dije vaya a quemar todo, eso es lo que me vino al pensamiento, me espanté y fue que yo digo que en ese entonces yo, este, lo tuve.*

*E3 (M): antes tuve un carro para andarme, y me llevé muchos fracasos con él, en una ocasión casi me caigo en el río, y yo pienso que de ahí me espanté mucho que el carro se cayera en el río, porque caímos, rodó y se quedó sobre el bordo, porque por donde andaba como estaba muy resbaloso...a veces no agarra el freno, por eso me quedé ahí a un lado del río ahí había una parte alta y no se cayó al río, porque si no, mira desde cuando hubiera quedado en el olvido, me espanté y pues de ahí es de donde vino el azúcar, del miedo, del miedo.*

Según los participantes la enfermedad no se manifiesta de inmediato después del miedo, incluso pueden pasar meses o años para que se manifieste, pero el miedo se vive con mayor intensidad y deja marcada la vida de la persona, como en los casos donde la vida se ve comprometida o ante la posible pérdida de un patrimonio muy valioso.

---

<sup>1</sup> La palabra zapoteca Dxibi en español hace referencia a los términos susto, miedo o espanto de manera indistinta.

<sup>2</sup> Techo hecho a base de palma que por lo general cubre una parte del patio.

Es diferente de otros tipos de miedo que han experimentado, de tal manera que les es fácil identificar el suceso específico que lo provocó y después del cual desarrollaron la enfermedad.

*E6 (M): solamente por algo que me pasó, y de eso ya hace mucho, llevé a los bueyes y cayó un aguacero y se llenó el arroyo, y como diario yo los llevaba, me confié del arroyo y pensé que ya había bajado y pues sí había bajado un poco pero la corriente todavía estaba muy fuerte, y pues vi que tenía agua y me bajé, tenía bastante agua, y aún, así, metí a los bueyes, antes tenía otros bueyes que nadaban muy bien y así como iba yo en la carreta, así pasábamos, sin problema, pero esta otra yunta que tuve, se puso tonto el buey y se le dobló la pierna cuando se metió al agua, además que justo ahí había una vuelta y pues traían la carreta encima de ellos, las argollas estaban en su nariz y se estaban ahogando. Pero antes de cruzar el agua, me había colgado el machete en la espalda, y como vi que los bueyes ya no podían respirar porque los estaba aplastando la carreta, agarré el machete y corté el balsón de la carreta, le daba una y otra vez pero no podía cortarlo, y estaba ya lloviendo, hasta que por fin pude cortarlo y les grité, agarré la cola de uno de ellos, pero como ya no tenían la carreta encima, ya pudieron nadar y salieron hasta la punta del arroyo, y yo creo que ahí fue cuando me asusté y me vino, eso nada más, yo digo que eso es lo que me lo causó.*

Para algunos de los participantes, el coraje y el dolor emocional fueron los que provocaron el inicio de la enfermedad. Estas emociones juntas y experimentadas con una gran intensidad causan diabetes de acuerdo a lo referido, como se muestra a continuación:

*E1 (F): Me da mucho coraje, de gritar, de hacer algo pues... que por qué mi hija me hizo eso. Eso es grande hijo, eso es grande, eso es grande para mí, doloroso, o es doloroso más bien, doloroso porque nosotros somos pobres, no somos ricos, pero mis papás me dieron unas alhajitas ¿no? Tenía yo mis alhajas de mis papás, y mi hija los vendió por... los vendió para... no sé para qué, (llora mucho), no supe, cuando yo supe y es que me dolió muchísimo y yo digo que por eso es que me dio [diabetes]...*

*E8 (M) Coraje, yo pues no sé, me dijo el doctor que a lo mejor por la gordura, a lo mejor por el coraje, o no sé. Hice un coraje bastante, vinieron unos señores a la casa de mi hermana Sara, y se metieron a su casa; estaba mi sobrina y esa muchacha cayó en coma pues, yo creo que eso mismo...y no me desquité de lo que me enojé pues, cuando venía yo para sacar a los señores, ya me detuvieron, fui con Antonio [el médico], estaba con Antonio ella.*

*E10 (F) Yo digo por un enojo creo, de tanto que me enojé y todos se fueron encima de mí, porque dicen que sí es cierto que hablé algunas cosas, por eso es que me enojé tanto y me entristecí, lloré, y a esa hora no sentí, iba yo a dejar limón porque nosotros acostumbramos ir a dejar limón ¿no?, me bañé, no me sentía yo...más mejor no me hubiera bañado, me bañé, lavé la ropa y me fui a dejar el limón, pero para mí como que si no fuera nada... por una nuera, por el coraje que trajo el chisme y esto, esto que estaba hablando la gente.*

Hubo otros aspectos como la herencia que fue referida por un participante como uno de los motivos por los cuales pudo haber enfermado de diabetes. Mencionó que su madre tuvo la enfermedad y que tal vez por eso él también lo desarrolló.

*E3 (M): Lo tuvo pues, y pues ella fue quien me tuvo, entonces yo digo que desde la sangre es que viene, porque casi todos nosotros tenemos azúcar, pues mis hermanas, mis hermanas tienen azúcar, dos, tres de mis hermanas lo tienen, entonces yo digo que también por ese lado vino, y he escuchado que dicen que si tu mamá o tu papá tienen azúcar, también vas a salir con azúcar, porque viene en la sangre.*

Cuando el cuerpo está débil por alguna situación de salud, y además existe una gran carga emocional de tristeza y preocupación, por algún evento que ha sucedido, la persona está susceptible a padecer diabetes,

*E5 (F) Pues lo que me lo causó, fue que me operaron de la matriz, y estaba mi mamá y estaban mis hijos y me vino a decir una señora y me decía, no te pongas a pensar en otras cosas porque pues yo soy pobre y eso es lo que me va a matar (Llora)... me dio mucha tristeza, me preocupaba mucho [por situación económica] y sangraba, hasta que quedé débil y todo eso fue que me causó azúcar*

### **6.2.2 CATEGORÍA VIVIR CON EL PADECIMIENTO.**

A decir de los informantes el vivir con diabetes tiene distintas dimensiones en su vida cotidiana que se manifiestan en situaciones problemáticas como la alimentación, reconocida como importante en el tratamiento, pero complicado de cambiar, y deriva en adecuaciones en el consumo de alimentos negociando el período o la cantidad que pueden comer, como se muestra en los siguientes testimonios.

*E3 (M)...pues como no puedo comer cualquier cosa, siempre estoy seleccionando lo que puedo comer, por ejemplo, yo ahora para comer un pan dulce, uh ya muy de repente, tantas veces que comí pan, porque mi mamá hacía pan, comía mucho pan, la quesadilla (ver anexo p. 96), eso sí lo he comido, hace unos días me regalaron una eso sí me lo comí.*

*E5 (H) cuando me dan ganas no me quito la idea de comerme un pedazo de pan o un pan, pero ese pan no lo voy a comer hasta dentro de una semana o diez días, igual cuando tengo ganas de un refresco, no me quito las ganas de refresco, nada más que agarro la mitad de un vaso de agua, le echo un poco de refresco, le echo hielo y me quité las ganas ya, ésas son las ganas de cuidarme.*

*E8 (M) pues la comida, cuando se te antoja comer la comida de acá, tradicional, como el estofado<sup>3</sup> (ver anexo p. 98), como está muy dulce pues no puedes comer nada de eso, y eso es lo que le apetece al cuerpo porque aquí hacen todo eso, pero casi ya no lo como, pero cuando está bajo, así normal como un poco de eso.*

La restricción de los alimentos genera sufrimiento en las personas, pues los alimentos tradicionales son irremplazables para los zapotecas.

*E1 (F) No me gusta [comer verduras] en vez de...de sentirme bien, tengo que llorar para comer... lloro, como niño chiquito que no quiere comerlo.*

La enfermedad es percibida como costosa, para gente rica, pues el tipo de alimentación que amerita dista de las posibilidades de las personas para adquirirlos, además que el tratamiento y las posibles complicaciones que se llegan a desarrollar, generan un gasto que les resulta costoso.

*E1 (F) Fíjate que es enfermedad de rico porque te están diciendo que tienes que comprar pollo, tienes que comprar pescado, que tienes que comprar carne, óyeme ¡cómo! Si somos pobres, no podemos comerlo, eso son de rico, ¡eh!, Eso son de rico.*

*E2 (F) Esas enfermedades son caras porque sus medicinas, dice el médico que cuando uno ya, ya está grave de alguna parte por la azúcar, este, cuestan las medicinas pues, por decir, si te afecta el riñón, el diálisis está caro, si no lo tiene el centro de salud y lo compras, está caro. Entonces, este, o si no te hace bien las medicinas del hospital general, te va decir claramente, compra particular de patente, es caro, por eso te explica, pues, mira, como si te dijera “compórtate tu enfermedad, llévatela bien porque si no, cuesta caro”, o que triste cuando ya te están poniendo insulina, ese si es triste.*

---

<sup>3</sup> El estofado es un platillo típico que se prepara en bodas y celebraciones del pueblo. Está hecho a base de manzana, piña, plátano, azúcar y otros condimentos que se me mezclan a la carne de una res entera y su sabor es muy dulce.

*E8 (F) [esposa del participante] sí, por el azúcar pues, a veces estamos ahorrando para cualquier cosa y me pongo mal, como antes no teníamos seguro, íbamos con Antonio [el médico] como cuatro o cinco veces, a veces nos cobraba de 15 a 20 mil pesos por estar internado ahí, y el dinero que tenías, se fue ahí pues, y ya vuelves a ahorrar para lo mismo. Esa enfermedad es muy cara, todo el tiempo está chingando pues.*

El dinero es percibido como algo indispensable para el tratamiento del azúcar y también como una de las principales limitantes para las personas pues al tratarse de un padecimiento crónico, el gasto es persistente y la adquisición de los medicamentos no les resulta sencillo.

*E6 (H) Pues el dinero la verdad, el dinero, cuando se me acaba, a buscarlo, antes de que se acabe ya voy a buscarlo, para que a la hora que sea que me toque ir ya lo tenga. Porque eso es lo primero, el dinero, después de que ya fuiste te va decir que compres más medicinas o si te quita una pues qué bueno, porque ya se va aminorando, pero si no te quita pues sigues igual.*

*E8 (M) con Antonio, de ahí al último, cuando él se sintió mal es cuando lo llevamos con el cardiólogo y mucho dinero pues, le dije, si no te enfermaras a lo mejor ya fuéramos ricos le digo, dice por qué, porque es mucho dinero pues.*

#### **6.2.2.1 Subcategoría Experiencia corporal.**

La enfermedad tiene una forma de hacerlos sentir físicamente, sin ganas, con falta de energía incluso para realizar las actividades básicas como el baño o alimentarse. También les llega a provocar sueño pero de manera muy intensa durante sus actividades cotidianas durante el día.

*E5 (M)...habían días en los que iba a trabajar y habían en los que no, no tanto porque no quisiera, porque definitivamente no permitía la enfermedad en un momento dado tener las ganas de ir, ¡a veces ni para bañarte!, te quedas completamente tirado y...yo los momentos que me decía mi esposa: “vente a desayunar” y yo: “no, no tengo hambre” así.*

*E4 (F) Cuando no tengo ganas ni siquiera me baño, porque no tengo ganas y a veces si me baño pero otras veces no tengo nada de ganas y no tengo ganas, y así...pero ahora desde que me estoy poniendo la insulina me siento un poco más activa*

*E7 (M) Porque a veces hay tiempo que a las doce del día cabrón [el investigador] me agarra un sueño, ¡pero sueño, vaya!, digo, este sueño no es de...ahora si me duermo, qué tal si me da un infarto, me muero porque me está dando sueño pues, ya estoy pensando eso, de que por qué, a las doce del día nada más, llegando el otro día a las doce del día ya está la...y ya empiezo a sentir cansancio y sueño, sueño.*

*E8 (M) sí, no he ido a veces, yo tengo que ir diario a sacar agua para los ganados. Llegué una vez, pero no podía ni mover los pies, fui para ver a los animales, y cuando llegué para sacar agua, me decía el cuerpo que no, no quería hacer nada; lo bueno que tenían un poco de agua los animales, me vine y ya no hice nada, llegando le dije a Magda, mira no pude sacar agua, no pude hacer nada.*

Las señales corporales como sudor abundante, sentir la boca seca o tener mucho sueño durante el día son reconocidas por las personas como indicativos de alguna alteración generada por la enfermedad, como traer la *azúcar alta*. El coraje que la persona llega a experimentar, puede ser indicativo que la *azúcar* está elevada.

*E2 (F) Lo siento pues, porque siento, siento sudor, siento pero ¡estoy sudando! bastante, pero así, cayendo agua; o a veces siento la boca seca, seca, seca, como que me falta agua y este, la saliva está espeso, y le pregunté al médico y dice que cuando está alta, sientes la boca así, cuando se te está bajando, sientes el sudor y baja la presión, baja todo.*

*E4 (F) Pero lo que si me pasa es que a cada rato voy al baño cuando tengo alta el azúcar, a cada rato y voy y todo el día voy a estar orinando , cada rato, cada rato y ahí es cuando ya me doy cuenta que es el azúcar y ya me tomo las pastillas*

*E7 (M) sí pues, si siento. Me siento furioso, me siento mal, coraje, puro coraje. En cuanto tome yo algo para que lo baje, ya estoy normal y ya cualquier cosa que me dijeran ni caso le hago. Pero cuando está subido esa cosa y me dicen algo, me reviento pues.*

*E10 (M) S: cuando se sube (azúcar) uno se siente mal, puro dormir, puro tiene cansancio, anda muy deprimida, y cuando se baja me da un sudor, sudor, sudo y si no me paro a comer algo, yo creo que a esa hora me mata.*

#### **6.2.2.2 Subcategoría Tristeza y coraje.**

Los sentimientos que la enfermedad provoca en las personas son en su mayoría de tristeza, por diferentes situaciones como los cambios que tienen que hacer en su alimentación, también experimentan tristeza por saber que se trata de una enfermedad incurable cuyas consecuencias son incapacitantes.

*E2 (M) Pues a veces, se siente triste, por qué, porque no sabes pues, tienes una enfermedad que no tiene cura...*

*E5 (H)...el estar enfermo es lo más triste, lo más duro; tanto para ti como para la familia, la familia también no soporta verte deprimido, estresado, tirado, dolido por todo el cuerpo y con una neuropatía*

*E7 (H)...esa enfermedad es incurable y yo sé que es incurable pues, me sentí mal, mal, triste y ahora sí que ya me llevó dije, porque esta enfermedad, es poquito a poco pues. Yo he visto a muchos diabéticos que le amputaron la pierna, o si no un dedo, pero siempre pues, este, al ver a esas gentes sentados a veces en la silla de ruedas mochados las dos piernas, imagínate, digo, en ese mismo camino voy y malo, malo, triste.*



### 6.2.2.3 Subcategoría No me corto (enfrentar la enfermedad).

Sin embargo a pesar del malestar, algunos participantes mencionaron que no tienen opción y que aun cuando la enfermedad les trae mucho malestar, falta de energía, sueño o dolor físico, no se limitan y enfrentan la enfermedad con el trabajo.

*E2 (F) como tienes que pedalearle para comer, hay que levantarse aunque tú no quieras. Porque ese día nada más que tú te sientes mal te acuestas, al otro ya, levántate, porque aquí no es una herida, y no te quebraste el pie o la mano, no es cosa de que digas no “ya aquí acabó todo”, no, tienes que levantar porque te levantas.*

*E4 (F) Yo la verdad “no me corto”, o sea a veces si un rato no tengo ganas, pero después me baño y ya me dan ganas, no me siento sola, o de que llegaran mis hijos y me vieran que estoy acostada, y por qué, porque tengo la azúcar alta, no, la verdad que no, yo aunque no tengo ganas, ahorita ya agarro y mezclo toda la masa del pan, hago el dulce que va llevar, y lo cocino y todavía salgo a venderlo. Así, que nunca, nunca, nunca, nunca dejé que la azúcar me limitara y hasta ahorita eh, hasta ahorita...*

*E8 [esposa de participante] sí pues, sí porque no es igual cuando él fue sano pues, como él dice, “aunque yo no quisiera trabajar yo hago, trabajo, porque hay necesidad de comer pues”, debemos de trabajar para, pues hay gastos de luz de todo ¿no?, “pero si fuera posible, no fuera porque mi cuerpo no tiene ganas, voy porque yo me esfuerzo, no porque tengo ganas”, pues para él difícil, porque tiene que levantarse, aunque arrastrando los pies pero tiene que ir.*

#### **6.2.2.4 Subcategoría Aceptar y acostumbrarse.**

Ante la enfermedad aceptan la situación y con la conciencia de que es incurable, se percibe como algo a lo que hay que acostumbrarse o de lo contrario podría empeorar.

*E1 (F) es mucho esta enfermedad, pues el que lo tiene, triste porque no se va a quitar como, como si un diente ¿no?, órale a quitarlo, ve al doctor que se lo quite y ya, que le ponga otro nuevo, este ya no, este ya no se puede poner uno nuevo, pues sí, ya no va ser lo mismo, ni cualquier enfermedad, no va ser lo mismo, tiene uno que acostumbrarse, acostumbrarse a esta enfermedad...*

*E3 (M) Pues ya, porque qué más voy hacer, tengo que acostumbrarme porque si no, me voy a poner más malo si no me acostumbro, y baja la vista, pues dicen que te baja la vista...*

*E10 (F) me siento tranquila, porque qué voy hacer, si yo lloro, no se me va salir, si tengo que estar riéndome a cada rato, tampoco me va a salir, mejor normal.*

*El azúcar es percibida como una enfermedad que en determinado momento causa la muerte, que si bien no se toma como una sentencia, las personas la interpretan con un grado de fatalidad al mismo tiempo que orienta sus conductas que le permite no llevar a cabo las acciones que debiera, bajo la premisa que aunque llevara un cuidado adecuado, de igual manera el desenlace es la muerte.*

*E1 (F) pues pensaba que por qué Dios me dio esa enfermedad, y este...que mejor me muriera, así pensé, que mejor me muriera yo, ¿para qué estoy aquí?, nada más llena de enfermedad, llena de, de quejas que aquí dicen ¿no?, es pura queja, ¡ay! mejor llévame Señor.*

*E8 (M) ya pues, qué voy hacer yo ya no tengo ni para echarse para atrás pues, yo ya estoy en eso, esperando nada más la hora que llegue (la muerte) para entregar el equipo.*

*E10 (F) ...o que ya están a dieta de eso, ay no, me vale, como decía mi mamá que lo tuvo, “si como me voy a morir, si no como también me muero, mejor me lo echo”, decía, y ahí estuvo mi mamá, lo tuvo como 20 años.*

Algunos participantes señalaron que el tener azúcar, provoca un malestar por el constante pensamiento sobre la enfermedad y trae consigo un sentimiento de molestia e irritabilidad hacia las personas que se encuentran a su alrededor. Ante la incomprensión que puede llegar a experimentar la persona, es percibido como una persona que constantemente se enoja y puede perder el control.

*E7 (H) El azúcar es que hace, hace todo eso pues, el malestar de uno y estar pensando de que es diabético y luego tiene que estar haciendo sus...y ¡molesta pues, molesta!, no te pueden decir cualquier cosa porque ahorita ya está enojado, así somos los diabéticos.*

*E5 (H)...porque el diabético al final es una persona que pierde al final el control, el diabético no sabes en qué momento está enojado, no sabes... no sabes que está pasando una situación crítica.*

### **6.2.3 CATEGORÍA SABERES**

Los saberes en la comunidad zapoteca sobre la diabetes son variados y diferentes a los contextos urbanos, pues existen explicaciones propias del origen de la enfermedad, de cómo lo pueden identificar, las formas de cuidarse y la clasificación que hacen de los tipos de diabetes. Además de cómo perciben la enfermedad.

#### **6.2.3.1 Subcategoría Interpretación de la enfermedad.**

La enfermedad es referida como algo que todos tenemos pero que sólo algunos desarrollan, es nombrada como algo normal, similar a un cáncer pero no tan grave porque no lleva a una muerte inmediata.

*E1(M): veo a una señora que acá es diabética también, ya tiene uh, años, que, es la pobre le dio embolia, triste hijo, triste porque le dio embolia y se quedó mal un pie*

*y una mano, y es diabética, pues triste digo yo, es como si también tuviera un cáncer.*

*E2 (M)...pues como te digo, ya es una enfermedad normal que todo mundo lo tiene, ¿es como el cáncer no?, como todas esas enfermedades, muchos lo tienen, sino que el cáncer más triste, porque el cáncer rápido te lleva, rápido te carcome.*

Algunas personas refirieron que la edad es un elemento que determina la severidad con la que el azúcar se desarrolla en ellos, de tal manera que las personas mayores tenían menos posibilidades de presentar complicaciones porque les dio ya a una edad avanzada.

*E2 (M) En cambio cuando la azúcar empieza en los jóvenes ¿no?, o niño, entonces dice que más rápido afecta los órganos, afecta los ojos, afecta pues...pero cuando uno de 50 para arriba dice, tarda.*

*E3 (H) Me dijeron que ya no me preocupe tanto, porque ya me agarró de grande, o sea que ahí no afectaría tanto mi vida porque ya estoy grande pues.*

Los saberes que se tienen en la comunidad sobre las formas en que una persona se enferma de *azúcar* son un pensamiento compartido por varios de los informantes, que hacen referencia nuevamente del miedo, espanto o susto como una de las principales causas. Estas creencias sobre la forma de enfermar son construidas desde los habitantes y van cobrando sentido de voz en voz, de generación en generación.

*E2 (F) Ajá, que se quemó, me dio miedo, me dio miedo pero miedo pues, y la azúcar dicen que viene de esa manera, miedo también, ahí viene por familia, viene de muchas cosas pues, entonces...*

*E3 (M) A veces dicen que cuando te espantan, como que te apunten con una pistola en la cara o que te quieran matar...viene el azúcar...o como cuando te amenazan*

En el discurso de uno de los participantes resulta interesante lo que identifica como la causa del *azúcar*; se la atribuye de acuerdo a lo que le dijo un curandero a una emoción fuerte que tuvo, tristeza, tras un problema familiar que le aconteció pero además, la tristeza se situó en el intestino y de esta manera enfermó de *azúcar*.

*E7(M) ...según un curandero me vio y me dijo que fue en el tiempo de que anduve con José en la política y toda la familia se fue en contra mía, ¡toda!, toda la familia vaya, se fue en contra mía y me sentí triste, mal, mal, mal, digo, ¿por qué me hicieron eso si de ahí iba a salir para que comieran estas niñas pues, y sí me puse triste, triste, [llora], que cayó en el intestino la tristeza, dice la señora esa, y de ahí provino el azúcar... la tristeza, coraje, el mal que te hicieron, todo cayó en tu intestino, irritó tu intestino y por eso, estás muy mal dice, que de ahí provino el azúcar,*

Con respecto a los tipos de padecimiento que se reconocen por los participantes, una buena parte de ellos refirieron que el *azúcar* puede situarse en el orín o en la sangre y la severidad de la enfermedad depende del lugar en donde esté, cuando la persona lo tiene en el orín no es tan severo y existen menos complicaciones, sin embargo, cuando el *azúcar* es en la sangre, la enfermedad es más severa y las heridas que pudieran presentar, son difíciles de sanar.

*E6 (H) Dicen, la verdad no sé si sea cierto, es solo lo que escucho que dice la gente pero no sé si es cierto, pero algunos dicen de que yo lo tengo pero en el orín, no en la sangre. Porque en la sangre de una vez te consume, de una vez te vas, de inmediato te hace amarillo, es como si te absorbiera toda la sangre y pues ese es el azúcar malo. No, el azúcar malo, en cuanto te cortas pues ya no te curas.*

*E2 (M) Porque aquí la gente dice: “si lo tienes en el orín no es malo”, así dice la gente y si lo tienes en la sangre, ese ya es malo, pero yo lo tengo en la sangre y no...*

Algunas participantes además de hacer mención de los tipos de azúcar (en el orín y en la sangre), refirieron que el *azúcar* puede caer en diferentes partes del cuerpo u órganos y dependiendo del lugar donde se sitúe la enfermedad, ese órgano se verá dañado o la enfermedad será más severa.

*E4 (F) Yo digo que en la sangre, en la sangre, cualquier herida que tengas no se cura fácilmente, porque dicen que como cuando el azúcar te da y cae en tu diente, todos los dientes se te caen, y a veces el azúcar cae en el ojo, y pues rápido te vuelves ciego, muchos son los tipos de azúcar que hay dicen, dice el doctor...entonces pues en mi caso, seguro que yo lo tengo en el orín pienso yo.*

*E10 (F) Dicen que hay una diabetes suave y uno que es muy fuerte, la fuerte dicen...son tres me decían pero quien sabe, unos dicen que lo tienen en el hueso mero, pero no sé si era cierto, esa es la que acaba mucho a la gente porque le está comiendo mucho los huesos dice, esa es una de las diabetes malas.*

Según refirieron algunos participantes, una forma de darse cuenta que ya tenían azúcar es probando su orín, si este último es dulce, probablemente la persona ya tiene azúcar. De igual manera, una participante refirió que una de las formas tradicionales en que se daban cuenta de que la persona había enfermado era cuando orinaban en la tierra y las hormigas se acercaban al orín.

*E2 (F)... cuando oriné, vio que se llenó de hormiga y le dijo “Tienes, este, azúcar Claudio, vete al médico”, no y no, y no, y no.*

*E9 (M)...una vez tomé agua de sandía, empecé a orinar, a orinar, a orinar, hasta que una vez en el trabajo oriné y me dijo un compañero “pues yo creo que tú tienes azúcar porque estás a cada rato orinando” me dice, y ya fue cuando “chupa tu orín”, me dice y cuando lo chupé sí estaba dulce pues, ahí fue cuando yo creo me dio la diabetes.*

En cuanto a los saberes que se tienen en la comunidad acerca de las formas de tratarse son muy variados. Todos los participantes refirieron haber escuchado de ciertas plantas que ayudan a controlar el azúcar. En la mayoría de los casos, los participantes señalaron que hacían uso conjunto de dichas plantas, sin dejar de consumir el medicamento o en algunos casos reemplazando el medicamento por los tratamientos tradicionales.

*E4 (F) Me pongo de mala gana, no me da ganas y cuando estoy así es porque está alta, y cuando me siento así pues ya voy al médico y llego ahí y me checan y sí, me dicen que mi azúcar está alta, y pues a veces hasta 200 hójole ahí es cuando ya me da la pastilla y pues aparte tomo el nim<sup>4</sup>, tomo el nim, tomo el nim.*

*E6 (M) ¡La moringa<sup>5</sup>! Exacto, dicen que es muy bueno, y pues ahí está, lo tengo, tengo sus semillas, entonces me dijeron que masticara las semillas, una señora me dijo que solo las semillas masticaba, solo un par de semillas y tomar un poco de agua y ya no se sube el azúcar dice, y que con eso se controla.*

*E7 (M) la Llana, cinco, cinco bolitas en dos litros de agua efectivo dice el señor, Juan y Mario, quien sabe quién se lo dijo también. Tenlo como agua de tiempo pues, en cuanto se acabe dice, agarra otra y así, nunca se te va a subir la azúcar, es como si te metieran insulina en el cuerpo dice, esa cosa,*

Los métodos tradicionales de tratamiento en su mayoría son infusiones de diferentes plantas como la moringa, el nim, la llana, la semilla de aguacate, la hoja y semilla de almendra, la hoja de guanábana, entre los tés. En cuanto a los licuados, dos hicieron mención del nopal con piña. De todos los anteriores las plantas que todos los participantes señalaron conocerlas o consumirlas fueron la moringa y el nim.

---

<sup>4</sup> Planta tradicional que se utiliza en forma de té para el control del azúcar. Se caracteriza por presentar un sabor sumamente amargo.

<sup>5</sup> Árbol con vainas que se encuentra en las casas y en las calles de la población. Las semillas de las vainas, al igual que las hojas son de uso común en el tratamiento de la diabetes.

#### **6.4 CATEGORÍA INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD.**

En cuanto a la atención que reciben las personas. Una buena parte de ellos refirieron que ya sea en la atención pública o privada, generalmente los médicos no les dan la información suficiente, no les explican acerca de la enfermedad, tampoco les dedican tiempo para ser escuchados; se limitan a prescribir los medicamentos y hacen énfasis en el seguimiento del tratamiento sin considerar el contexto.

*E1 (M) y lo que a mí me dio coraje cuando yo fui el última vez ahí. Le enseñé mi estudio pues, porque dice, hay que traer el estudio, le enseñé, “ah sí, ajá, sigue lo mismo que las pastillas” (médico). No me explicó o no me dijo, “mira señora, usted, así, así así vino tu diabetes, ¿sí?, ¿no?, yo digo, que así, tiene [que ser] un doctor.*

*E4 (M) No pues no, así como estamos platicando la verdad no, me dice que tengo y pues rápido, rápido me revisa y eso es todo porque pues como él es doctor pues según que hay gente esperándolo. No es como ahorita que estamos platicando, ellos no van a querer hacer eso, porque el doctor que me revisa mi pierna, ese sí para nada me dice algo, no habla conmigo.*

La atención que reciben las personas de parte de médicos y enfermeras en algunos casos es irrespetuosa para “hacerle entender” que su comportamiento con respecto a la enfermedad no es correcto. Descalifican a la persona y utilizan calificativos despectivos aunados a regaños.

*E2 (M) Como a mí me dicen que el médico, “mira, señora, no entiende usted, mira, tiene sobrepeso, ah, acuérdate que el sobrepeso es malo. Si no es, no es por la azúcar, sino porque tú tienes la presión alta y no debes de ser gorda porque te afecta el corazón, no puedes caminar un pedazo porque te falta el aire, no puedes hacer un trabajo porque ya estás cansada, por qué, porque estás gorda, ahora con el calor que sale ahorita, asú mecha, bastante, y ahí, la gordura y la presión, ¿Qué te va hacer?”*



*E7 (M)... de repente, te regañan “¡oye, por qué [apenas] vienes a checarte, por qué no...necesito que vengas y si no quieres pues ve a otro lado!”, no, no le digo, si para eso están ustedes, ustedes es que si me quieren atender, si no ahorita voy allá le digo y le voy a decir al presidente que los saquen de aquí vaya.*

El centro de salud fue mencionado como el más concurrido para llevar el tratamiento, sin embargo varios de los participantes señalaron que la mayoría de las veces no cuentan con el material suficiente ni los medicamentos por lo que optan por acudir a otros servicios de salud que ya les representa un gasto.

*E3 (M) Ahorita, pues cuando iba al centro de salud, estaba pobre porque no tenía pastillas y pues por eso no iba, hoy tenía pensado ir, pero tuve que ir a otro lado, porque por las pastillas, tal vez no lo tengan y nada más voy en vano, entonces por eso...*

*E10 (F) sí, aquí como si tiene seguro popular, te mandan al hospital general, pero ahí ahorita ya es muy difícil, te mandan mañana y te dicen “mira sabes qué, te vamos a dar [cita] pero dentro de dos o tres días”, o ve a particular, para que te atiendan, mejor ve a particular*

## 7. DISCUSIÓN.

En esta investigación se exploró la experiencia de personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad zapoteca en un contexto de interculturalidad. De ahí que la experiencia del padecimiento entre los zapotecas, integra dimensiones que parten desde la cosmovisión sobre cómo enfermaron, el diario vivir con la enfermedad, los saberes que tienen sobre la misma y acciones de cuidado que emprenden ya sea con conocimientos y prácticas desde un modelo cultural o con un modelo biomédico.

A la luz de lo anterior, resulta importante resaltar que en este estudio la causalidad de la enfermedad proviene según reportaron la mayor parte de los participantes, de una situación que genera una emoción exacerbada (dxibi/susto principalmente), que desencadena el inicio de la enfermedad, otras emociones mencionadas fueron el coraje y la tristeza. Al respecto, varios autores han documentado el susto como la principal emoción que da origen a la enfermedad como una idea compartida en población indígena y no indígena. De acuerdo a los hallazgos de García<sup>(60)</sup>, en el dominio cultural de personas con DMT2, plantean un modelo de causas, constituidos principalmente por emociones negativas de tipo agudo o crónico como son el susto, los corajes y las preocupaciones. Bajo la misma premisa, Mendenhall<sup>(61)</sup> en Estados Unidos encontró en un estudio con población mexicana inmigrante que el coraje y el susto, son dos padecimientos culturales reconocidos como los causantes de diabetes, siendo el coraje la principal causa de diabetes; el susto por otra parte, fue descrito como una respuesta temerosa tras experimentar o ser testigo de un evento traumático. En el mismo sentido, Montesi<sup>(61)</sup> reportó que en la comunidad Ikojts en Oaxaca, la conexión entre diabetes y emociones fuertes y negativas, (sobre todo susto, coraje y muina, pero también pensar mucho), y es descrito como una dimensión central en el padecer de los Ikojts con diabetes.

Poss<sup>(62)</sup>, en Estados Unidos encontró en un estudio realizado en población mexicana inmigrante que el susto desde los modelos explicativos planteados por Kleinman, es la principal causa de diabetes y es concebido como un padecimiento cultural creado por reacciones personales, sociales y culturales que provoca un mal funcionamiento biológico o procesos psicológicos, y es entendido solo dentro de un contexto definido.

Uno de los participantes menciona que el inicio de su enfermedad se debió a un conflicto familiar y guarda similitud con lo reportado por Chary y cols. quien menciona que las situaciones de conflicto en la familia y la violencia han sido reportadas en otros grupos originarios como la causa de diabetes<sup>(38)</sup>.

La herencia fue mencionada por un par de participantes como la causa de la enfermedad, sin embargo no figuró en la mayoría de las entrevistas, al respecto Everett<sup>(5)</sup> ha documentado que la herencia en contextos indígenas es una causa solo referido por el personal de salud.

Con respecto a la experiencia de padecer diabetes, los zapotecas reportan varios aspectos, uno de los más importantes referidos en la mayoría de los discursos fue la alimentación, la cual se ve modificada una vez que la persona es detectada con diabetes, pero al mismo tiempo se vuelve permisiva con el tipo y cantidad de alimentos que pueden consumir. Aunque no se hizo mención en la mayoría de los discursos la alimentación como una de las causas de diabetes, sí se nombró como un aspecto determinante en la vida diaria, lo anterior coincide con lo reportado por Durden<sup>(37)</sup> sobre las construcciones culturales de la diabetes en una comunidad indígena de México, encontró que la alimentación es un factor determinante para presentar diabetes y para el control del mismo.

Meeto<sup>(63)</sup> en un estudio en una población asiática caucásica identificó que los participantes hablaban sobre algunas indulgencias cuando se otorgaban ellos mismos permiso de comer lo que quisieran sin sentir culpa. También describieron un patrón más liberal sin tener que arruinar con la culpa el placer de comer. Describen un ajuste en el uso de la insulina dependiendo de los alimentos que

habían ingerido y a pesar de no comprometer su salud excesivamente, rechazaban el hecho de seguir una dieta; para el caso de los zapotecas la negociación con la alimentación es una manera de sobrellevar la diabetes sin comprometer excesivamente su salud. En un estudio sobre la influencia de las creencias culturales sobre la diabetes tipo dos en mujeres afro-caribeñas angloparlantes, las mujeres refirieron dificultades para modificar su alimentación tradicional del Caribe, sin que lograran llevar un control estricto en la dieta; en la etnia zapoteca se hizo mención de varios alimentos y bebidas que los participantes seguían consumiendo a pesar de saber que el alimento no era el más adecuado por su padecimiento y esto nos deja ver cómo en contextos específicos la alimentación juega un papel importante en la manera de vivir con la enfermedad. La importancia cultural de la alimentación es un punto clave en contextos diferentes como el de los grupos originarios, pues como lo señalaron los participantes resulta complicado abandonar alimentos tradicionales como la quesadilla, el marquesote, el estofado, por mencionar algunos de ellos.

Todos los informantes mencionaron que la diabetes es una enfermedad que no tiene cura, únicamente control, tal información es compartida por Chary<sup>(38)</sup>, quien encontró en un estudio realizado en población indígena que la diabetes era percibida como una enfermedad incurable, esta idea además predominaba en la población mestiza, sin embargo, entre los participantes la idea de que se trata de una enfermedad incurable fue generalizada.

De igual manera, la mayoría de los participantes no reconoce el término “diabetes mellitus” dentro de su matriz cultural, la mayoría de ellos la reconoce como “azúcar”, y difiere en la comprensión de la enfermedad desde una mirada occidental, al respecto Bermedo<sup>(42)</sup> menciona que existen comunidades o pueblos originarios en las que la palabra diabetes no forma parte de su matriz cultural, por lo tanto la concepción que tiene la enfermedad es muy distinta de lo que se reporta en los modelos tradicionales de salud, donde es percibida con un enfoque biomédico sin considerar las atribuciones culturales que puedan llegar a tener.

En este estudio se aborda la visión de la experiencia de personas que padecen diabetes en una población indígena, desde un escenario con un marcado contexto cultural. Para poder reportar lo que los participantes informaron al respecto, es indispensable descubrir y documentar el mundo de las personas, desde donde se centra la experiencia de vivir con la enfermedad, tal como argumenta García-Reza<sup>(45)</sup>, la necesidad de incluir la cosmovisión con la que se construye la experiencia cotidiana del entorno social de las personas. Al respecto, en este estudio, se encontró que el vivir con el padecimiento tiene distintas dimensiones que configuran la manera en que se presenta la enfermedad, como las experiencias corporales relacionadas a estados anormales en la glicemia y que son muy característicos de la cosmovisión zapoteca como los estados de ánimo cambiantes, generalmente experimentar coraje sin motivo alguno, el sentir la saliva espesa o ir muchas veces al baño; todo lo anterior le da señales a la persona para saber que tiene una alteración de la glucosa.

Respetar las creencias de las personas con respecto a su manera de enfermar, modos de tratarse y concepción de la enfermedad, son elementos necesarios para poder tener un diálogo de saberes desde la interculturalidad. Es indispensable que el personal de salud cuente con los elementos necesarios para brindar un cuidado de calidad en contextos donde no se comparte la misma manera de visualizar la salud y la enfermedad, como es el caso de los zapotecas que tienen su propia configuración de lo que es la diabetes (azúcar) y que entre mayor sea el conocimiento que se tenga al respecto por parte del personal de salud, mayores serán las posibilidades de tener una interacción con las personas que impacte en su tratamiento y en el manejo de la enfermedad en su vida diaria.

La aceptación de la enfermedad forma parte de la experiencia de padecer diabetes entre los participantes, más como una forma de resignación para evitar el progreso de la enfermedad, sin embargo se ha documentado en población general que la "adaptación" o "aceptación" de la enfermedad puede implicar un largo durante el cual se han reportado numerosas reacciones psicológicas, como, el shock inicial ante el diagnóstico, la negación, la irritación, el regateo, la tristeza y la aceptación<sup>(64)</sup>.

Desde la perspectiva del actor la diabetes tiene una forma particular de hacerlos sentir física y emocionalmente, reportan cansancio, sueño, apatía e irritabilidad, que se presentan en el día a día sin que se determine una frecuencia o algún motivo en específico; técnicamente se caracteriza por tener mucha sed y mucha hambre aunque esto socioculturalmente no siempre se percibe así por las personas. Por lo cual el diagnóstico es complicado en las comunidades indígenas; hallazgos similares se encontraron en una comunidad de Chiapas, donde los participantes referían dolor de cabeza, tristeza, irritabilidad, lo que los llevaba a pensar en la posibilidad de padecer ya de diabetes<sup>(65)</sup>. Estar cansados, con mucho sueño, dolores en la espalda, orinar demasiado y sentirse irritables fueron síntomas o maneras que la diabetes les hacía sentir a Wixarikas del Occidente de México que participaron en un estudio para conocer sus creencias con respecto a la diabetes, semejante a lo que reportaron los participantes zapotecas<sup>(66)</sup>.

En algunas de las personas entrevistadas, la idea de la enfermedad como un padecimiento que los lleva a la muerte inminente en un tiempo determinado, los condicionaba a pensamientos fatalistas, y de ahí derivaba la falta de cuidado para con ellos mismos. Algunos más tomaban la enfermedad como un designio divino del que no se podían librar; un estudio revela que desde el concepto de fatalismo (creencia de que las cosas suceden por el destino) se han encontrado dos perspectivas, los investigadores han visto predominantemente creencias religiosas relacionadas al fatalismo (como una forma de castigo a los pecados), al mismo tiempo, varios hispanos usan la religión como una forma de apoyo que los asiste para enfrentar la enfermedad. Esto puede ser no solo una creencia cultural sino parte de las circunstancias de la vida, donde las barreras que sufren los más desprotegidos (falta de seguridad en salud, problemas económicos para tratar la diabetes) los dejan con el pensamiento que no hay mucho que puedan hacer, incluso cuando no creen que sus vidas estén condicionadas por el destino<sup>(67)</sup>.

Con respecto a los saberes que se tienen de la enfermedad en la etnia zapoteca, la interpretación cultural que le dan a los tipos y sintomatología que se asocia a la diabetes es importante, pues del reconocimiento de las mismas son los cuidados que emprenden al respecto. Por ejemplo, una de las interpretaciones hacia la enfermedad era la concepción de la diabetes semejante a, o como un cáncer, en tanto que los Wixaritari en el occidente de México consideran que la diabetes y el cáncer son enfermedades traídas por los mestizos<sup>(66)</sup>.

Existen saberes muy específicos sobre la diabetes en la etnia zapoteca, resalta la clasificación o los tipos de diabetes que existen desde su cosmovisión, en donde la *diabetes mala* se encuentra en la sangre, *la diabetes buena* en la orina y una diabetes que dependiendo del lugar donde “caiga”, daña articulaciones, huesos y dentadura. Se ha encontrado que la concepción de los pueblos originarios y de los representantes de la biomedicina radica en el hecho de que mientras estos últimos definen algunos padecimientos en términos de un complejo de síntomas y dolencias, para los primeros cada uno de ellos representa un problema específico a ser tratado<sup>(68)</sup>. En el caso de los zapotecas, ubican la enfermedad por órganos y la afección del mismo y del cuerpo en general con un grado de severidad propio de cada tipo de diabetes.

En lo que respecta a los saberes de cuidado, se observó que los zapotecas llevaban en su conjunto un tratamiento biomédico y un tratamiento tradicional a base de tés en su mayoría, como el té de moringa, el de nim, té de hoja de guanábana, de llana, y otros tratamientos para complicaciones como neuropatía donde empleaban las hojas de almendra en agua fría y el té de almendra; la moringa y el nim fueron mencionados por todos los participantes como un medio natural de control de la diabetes y se empleaba de diferentes maneras. El uso de la moringa no solo ha sido utilizado nacional e internacionalmente en población indígena y no indígena, sus fines terapéuticos son variados de acuerdo a la región, pero se ha documentado su uso medicinal como antidiabético<sup>(69)</sup>.

En el proceso de atención a la salud, se ha reportado que en grupos originarios existe el horizonte biomédico y el tradicional, con el uso combinado de terapéuticas y la mayoría de las personas que padecen diabetes han transitado de ida y vuelta entre un ámbito y otro dependiendo de condiciones de vida particulares así como de la influencia que en enfermos y familiares ejercen así como los agentes de los diferentes sistemas médicos, inclinándose por el que perciben les causa menos daño y mejora su estado de salud<sup>(70)</sup>.

La interculturalidad interpretada como el diálogo respetuoso entre los sistemas de atención a la salud, queda como parte de la literatura pues la mayoría de los participantes reportaron situaciones de falta de información en la consulta, regaños y falta de respeto por parte del personal de salud y desacreditación de las terapias naturales para el tratamiento de la diabetes. Otros estudios han reportado que en comunidades indígenas es frecuente la falta de sensibilidad hacia las personas y la descalificación de sus saberes<sup>(43, 44)</sup>. Sin embargo es necesario recalcar que en la interacción con los servicios de salud, solo se ha tomado la perspectiva del usuario, por lo que al hablar de interculturalidad en un contexto más amplio, sería conveniente conocer la experiencia del personal de salud para dar mejor sentido a la conceptualización.



## 8. CONCLUSIONES.

La experiencia de personas que padecen diabetes en una comunidad indígena zapoteca, se da en un contexto donde la pobreza es una constante que junto con la enfermedad dificulta la vida de las personas; la mirada de las personas desde su mundo experiencial es necesaria para una atención oportuna y respetuosa por parte del sistema de salud. Los testimonios presentados continuamente hablan de personas vulneradas por sus condiciones de vida y las situaciones de desventaja en la que se encuentran. En la forma de pensar de los participantes zapotecas la interpretación de la enfermedad como algo que al final causa la muerte y no se cura los lleva a un cuidado que hasta cierto punto es indulgente, sobre todo cuando se trata de los alimentos, en los tipos de diabetes desde su concepción son importantes para generar tratamiento que sean compatibles con su cultura.

La experiencia del padecimiento en los entrevistados tiene lugar en un contexto donde los saberes con respecto a la diabetes son distintos, de tal manera que las acciones que se emprenden para el cuidado y tratamiento son frecuentemente desde un sistema tradicional, sin dejar de lado en su totalidad las prescripciones del personal de salud, pero tampoco considerándola como la única alternativa o la más importante.

La investigación realizada aportó mayor conocimiento sobre las ideas que subyacen al por qué se enfermaron de diabetes los zapotecas, la manera como identifican la enfermedad, cómo la interpretan, el cómo atenderla y la interacción con los servicios de salud.

-El padecer diabetes entre los zapotecas es percibido como algo normal, dañino como un cáncer ya que no se cura pero mucho menos agresivo porque se contempla como una enfermedad con posibilidades de vivir más tiempo.

-*El azúcar* como denominan a la diabetes, es una enfermedad que proviene de diferentes formas, la más mencionada es el susto (Dxibi), pero también se hizo mención del coraje y la tristeza, por lo que es claro que, las emociones son centrales como causante de diabetes.

-Para el caso de Asunción Ixtaltepec, es notorio que los servicios de salud son verticales y en la mayoría de las veces no respetan las diferencias culturales y mucho menos se desarrolla una estrategia para el intercambio de saberes.

-Dentro de la cultura culinaria no figuran las verduras como un componente de los platillos por lo que el enfermar de diabetes para los zapotecas es padecer restricciones en la alimentación que los conduce a un sufrimiento cotidiano porque es inconcebible abandonar el consumo de alimentos tradicionales, que se caracterizan por una alta densidad energética.

En este contexto, en las consultas médicas se les prohíbe totalmente ciertos alimentos, lo que resulta abrumador y ante la imposibilidad de abandonarlos, ven muy problemático incluir cambios en su alimentación.

-Vivir con diabetes de acuerdo a las narrativas, genera tristeza y en muchas ocasiones pensamientos fatalistas, que repercuten en la forma del cuidado, ya que en su situación de pobreza y marginación una vez que asumen que solo les espera la muerte no necesariamente el cuidado y el tratamiento pierde sentido.

-Los saberes de los zapotecas respecto a la importancia de tomar los medicamentos, se complementaban con el consumo de tés, licuados, o masticando las hojas de algunas de las plantas comunes en el conocimiento local.

-La interculturalidad en salud expresada como el intercambio respetuoso de saberes no es algo que suceda de acuerdo a lo narrado por los participantes, el pensamiento hegemónico-biomédico con el que el personal de salud trata a las personas solo propicia la exclusión, la descalificación, el maltrato y exhibe su vulnerabilidad, aunque en una perspectiva más justa, escuchar las voces del personal de salud, podría dar a conocer otros aspectos que seguramente ampliarían la perspectiva sobre la atención a la salud en pueblos indígenas.

## 9. REFLEXIONES FINALES

El presente estudio da cuenta de una parte de la situación en salud con respecto a la diabetes con algunos entrevistados en la etnia zapoteca específicamente y deja ver las desigualdades y segregación en salud que enfrentan los pueblos indígenas de México; misma situación que debe tomarse en cuenta al momento de crear planes y estrategias que puedan tener impacto en el manejo de la enfermedad y en el mejoramiento de salud-calidad de vida en salud en los pueblos indígenas. Estos pueblos en México, han tenido una trayectoria de marginación y deficiencia en cuestiones de salud, no es posible actuar en consecuencia si no se cuenta con un contexto amplio de las personas, preparados para comprender su forma de pensar, sus conocimientos, sus prácticas en salud y el propio sentir de las personas al entrar en contacto con la medicina biomédica; pues al descontextualizar o generalizar su situación de vida para implementar programas de salud, en las más de las veces no se logra un buen resultado.

Se encuentra en el olvido la posibilidad de ajustar los programas de salud a la cultura local, para el caso de los zapotecas en la mayoría de las veces no se comprendía la diabetes, de tal forma que las personas no tienen bases claras para cuidar de su salud. Se identificó que en pocas ocasiones el equipo de salud dedicó tiempo para explicarles a las personas y solamente prescribieron medicamentos e recomendaciones que no podían seguir porque estaban fuera de sus posibilidades económicas. Esto deja ver la importancia de la sensibilización de quienes forman parte del sistema de salud para tener impacto en contextos donde la cultura representa un elemento clave en la interpretación y manejo de la enfermedad.

El aporte de esta investigación se centra en la forma de vida de las personas con diabetes, la manera en que la interpretan y las acciones de cuidado que emprenden al mismo tiempo que muestra cómo es la interacción con los diversos servicios de salud.

El aporte para la práctica consistiría en que ofrece las bases para desarrollar intervenciones enfermería que puedan ser efectivas en la población zapoteca, precisa de intervenciones que comulgue y sea mediadora entre los dos tipos de conocimiento, a través de la identificación de las necesidades en salud de las personas, pero sin desarticular o descalificar sus saberes. El reto está en conocer cómo hacer lo que se plantea, pues en términos de la interculturalidad, se propone una interacción donde ambos saberes se respetan e interactúan para una mejor atención en salud. Sin embargo, de acuerdo a los testimonios, se trata de una relación desigual, irrespetuosa y vertical.

A través de la realización del presente trabajo, me fue posible comprender de mejor manera la experiencia de personas zapotecas con diabetes mellitus, lo que me lleva a reflexionar sobre los alcances que la enfermería podría tener para mejorar la calidad de vida en lo que respecta a salud de estas personas.

Específicamente en la comunidad en estudio (Asunción Ixtaltepec), sería conveniente interactuar con las personas a través de consultorías donde pudieran expresar dudas sobre el manejo de la enfermedad, además de respetar sus creencias y compartir con ellos lo importante que es seguir el tratamiento pero sin descalificar los saberes locales que se tienen. Dichas consultorías podrían darse en diferentes momentos y lugares. En el centro de salud, sería pertinente coordinarse con las autoridades para implementar la consultoría por lo menos el día que citan a todas las personas con diabetes como parte del programa PROSPERA y resolver sus dudas sobre el manejo de la diabetes o brindar orientación en cuanto a los alimentos que pueden consumir y cuáles deberían disminuir su consumo, pero siempre tomando en cuenta que el contexto de estas personas en su mayoría es de pobreza y el plan debería incluir sus alimentos regionales de forma racionada ya que es imposible que sigan un plan alimenticio y farmacológico estrictamente como se marca en guías clínicas, por la brecha económica que se presenta.

Al mismo tiempo, la gestión con la alcaldía municipal para obtener al menos de forma temporal e intermitente un espacio en la Unidad Básica de Rehabilitación (UBR) para llevar a cabo consultorías, la manera de acercarse a las personas sería de forma personal para invitarlas y a través del perifoneo que habitualmente se utiliza en la población para comunicados en general. Resolver sus dudas en cuanto a la importancia de llevar un tratamiento tradicional, sin descuidar su tratamiento farmacológico, explicar el por qué se necesita un consumo diario de los medicamentos.

De acuerdo a Lucas Breda, la humildad cultural es un elemento que debe estar presente en todo momento y sobre todo cuando se trata de la interacción con población indígena, ya que a través de la humildad cultural existe un cambio de la perspectiva general y del modo de vida. De esta manera es posible también tener un pensamiento crítico hacia las situaciones de vida de los pueblos originarios y específicamente hacia sus necesidades en salud<sup>(71)</sup>.

Se debe tener conciencia que las propuestas llevan un proceso y no ocurrirán de inmediato, sin embargo, a través de la educación, la capacitación, la reflexión crítica y sobre todo de la disposición de hacer el cambio, se pueden llegar a generar avances significativos en la atención intercultural en salud.

## 10. ANEXOS.

### 10.1 Guía de entrevista.

DOMINIO	CATEGORÍAS	ÍTEMS
La experiencia de padecer diabetes.	-Construcción social de la enfermedad.	¿Cómo se enteró que tenía diabetes? PP*: ¿Cómo afecta en su vida diaria la enfermedad?
	-El significado de padecer diabetes.	Cuénteme como es un día normal para usted. PP ¿Cómo es vivir con diabetes?
El factor cultural como elemento en el desarrollo de una enfermedad	-Factores causales de la diabetes desde la perspectiva zapoteca.	Usted ¿por qué piensa que se enfermó? ¿Qué fue lo que le causó la enfermedad?
Atención intercultural de la salud en zapotecas con diabetes.	-Prácticas de cuidado-curación con respecto a la diabetes.	Y dígame ¿cómo se atiende su diabetes? PP ¿Con quién va para tratar su diabetes?
	-Atención en salud en personas diagnosticadas con diabetes.	¿Alguna vez se ha puesto mal? PP ¿A dónde ha ido cuando se pone mal?

\*PP. Pregunta de prueba (enfocada)

## 10.2 Consentimiento informado.



### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

**Investigador principal: Luis Toledo Jiménez.**

**Sede donde se realiza el estudio: Programa de Maestría en Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México.**

Este consentimiento informado está dirigido a personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 en la comunidad zapoteca de Asunción Ixtaltepec, Oaxaca y que se le invita a participar voluntariamente en la investigación titulada “La experiencia de personas diagnosticadas con diabetes mellitus en una comunidad zapoteca en un contexto de interculturalidad” que tiene como objetivo comprender la experiencia de las personas con diabetes para propiciar cuidados que respeten culturalmente su atención a la salud.

Usted puede elegir participar o no hacerlo. Siéntase con la libertad de preguntar cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que le haya quedado claro en qué consiste el estudio, si usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado.

**Procedimiento de estudio:** Se le realizará una entrevista, la cual será grabada, se realizarán notas que el investigador considere pertinentes, la información recabada solo se utilizará con fines de investigación y se mantendrá la confidencialidad de la misma y del informante. En caso de que la investigación sea publicada, la identidad se manejará a través de seudónimos.

**Riesgos y beneficios:** La investigación carece de riesgo alguno y con la presente investigación se pretende contribuir al conocimiento de la disciplina de enfermería.

He leído o me han leído la información proporcionada sobre el presente estudio y otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para participar en el estudio. Los datos de mi identidad permanecerán con carácter estrictamente confidencial y estoy enterado de que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_.

Para dudas y aclaraciones, puede contactar al investigador principal: Luis Toledo Jiménez.  
Cel. 5525137383. Correo electrónico: [tjluis21@hotmail.com](mailto:tjluis21@hotmail.com)

### 10.3 Método de análisis. Graneheim y Ludman.

UNIDAD DE SIGNIFICADO.	UNIDAD DE SIGNIFICADO CONDENSADA.	CÓDIGO.
<p>Pues yo me imagino que lo tuve, tuve una enramada aquí en el patio que se quemó, desde ese entonces, ese día me espanté pero... (Hace un tono de voz con mucho énfasis), pero me espanté no tienes idea porque vi la lumbre grande, pues dije vaya a quemar todo, eso es lo que me vino al pensamiento, me espanté y fue que yo digo que en ese entonces yo lo tuve.</p>	<p>Espanto-impresión como desencadenante de la enfermedad</p>	<p>Causas de la enfermedad.</p>
<p>Lo siento pues, porque siento sudor, pero ¡estoy sudando bastante!, pero así, cayendo agua; o a veces siento la boca seca, seca, seca, como que me falta agua y este, la saliva está espeso, y le pregunté al médico y dice que cuando está alta, sientes la boca así, cuando se te está bajando, sientes el sudor, y baja la presión, baja todo,</p> <p>Vivir con la enfermedad</p> <p>Sensaciones de la enfermedad</p>	<p>Sensaciones por la enfermedad.</p>	<p>Experiencias corporales.</p>



#### 10.4 Alimentos típicos del istmo de Tehuantepec.

##### **Quesadilla.**

Pan hecho a base de arroz, canela, azúcar y mantequilla.



*Figura 13 Quesadilla de arroz.*

## **Marquesote.**

Pan hecho a base de claras de huevo y azúcar, horneado y adornado con merengue. Es común que se consuma en mayor medida en fiestas como bodas y en día de muertos



*Figura 14 Marquesote.*



## **Estofado.**

Platillo que se cocina casi exclusivamente en celebraciones del pueblo y en casamientos, su preparación consta de una res entera, latas de aceite, cajas de manzana, plátano, piña, además de especias, guajillo, achiote, manteca, azúcar, entre otros. La preparación se lleva a cabo por una cocinera especial y toma una noche entera para su cocción.



*Figura 15 Estofado.*

## 10.5 Plantas de uso medicinal utilizadas para la diabetes en la etnia zapoteca.

### **Moringa.**

Se utiliza principalmente en forma de té, con dos o tres ramas en un litro de agua, se pone a hervir y se consume a cualquier hora del día, algunas personas lo utilizan como sustituto del agua simple.

Otra manera de consumirlo es masticando dos o tres hojas, solamente se lava y se mastica.

Otras personas comentaron utilizar las semillas que se encuentran en sus vainas, extraerlas y comer de dos a tres semillas antes de cada alimento.

Algunas personas también ponen las hojas a secar, para posteriormente desmoronarlas y utilizarla como sazonador en sus alimentos.



*Figura 16 Moringa.*



## Nim.

Se trata de una planta que se encuentra frecuentemente en las casas o en la calle, por lo que es muy fácil de conseguir. Su modo de consumo al igual que la moringa es en su mayoría en forma de té, aunque hay personas que utilizan dos o tres hojas para masticar, sin embargo, el sabor de las hojas es muy amargo por lo que se prefiere utilizarlo como té. En una olla sirven agua (la que vayan a tomar durante el día) y agregan de dos a tres ramas de Nim.

Las personas refirieron que en ocasiones era necesario suspender el consumo de Nim pues les atemorizaba que *el azúcar* les fuera a bajar demasiado.



Figura 17 Nim.



## **Llana.**

Es una planta silvestre que se encuentra en las milpas, tiene semillas y son estas últimas las que se utilizan en forma de té (un puñado de semillas) en agua, generalmente un litro, se pone a hervir y se toma por lo general durante todo el día, pero de preferencia en las mañanas y antes de los alimentos.



*Figura 18 Llana.*



### **Almendra.**

Es un árbol que generalmente se encuentra en las casas de las personas, de la almendra se utilizan tanto su fruto como las hojas, el fruto es semi-amargo y lo consumen a cualquier hora del día. Las hojas refirieron utilizarla para darse un baño con agua fría, que previamente había quedado toda la noche en el ambiente junto con las hojas; tal baño estaba recomendado para las molestias que causaba la neuropatía.



*Figura 19 Almendra.*



### **Guanábana.**

Las hojas del árbol de guanábana de igual forma se emplean como té. Se hierven en medio litro de agua y se toma por las mañanas antes de desayunar, esto debe ser todos los días pues de esta forma puede hasta llegar a sustituir en algún momento el tratamiento farmacológico.



*Figura 20 Guanábana.*



### **Nopal.**

El nopal fue mencionado para utilizarlo como licuado junto con un pedazo de piña por las mañanas. El nopal es conocido como “criollo” porque es el que se cultiva en la región y es el recomendado para disminuir los niveles de glucosa, otro tipo de nopal tendría menos efectividad de acuerdo a lo que refirieron.



*Figura 21 Nopal criollo*

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pr* [Internet]. 2014 [Acceso 12 Abr 2017]; 103:[137-49 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2nSo50u>.
2. IDF. Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: Estimates for the year 2013. *Diabetes Res Clin Pr* [Internet]. 2015 acceso 12 Abr 2017; 109:[461-5 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2okuM71>.
3. Ávila MH, Dommarco JR, Levy TS, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016. ENSANUT 2016 [Internet]. 2016 [Acceso 14 Mar 2017]:[48-54 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2kKgLmb>.
4. Jiménez-Corona A, Aguilar-Salinas CA, Rojas-Martínez R, et al. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2013 [Acceso 11 Mar 2017]; 72 (11):[1776-83 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2ntgzVf>
5. Everett M. They say it runs in the family: Diabetes and inheritance in Oaxaca, Mexico. *Soc Sci Med* [Internet]. 2011 [Acceso 11 Mar 2017]; 72 (11 ):[1776-83 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2ntgzVf>
6. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Snyder NS, et al. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2014 [Acceso 12 Abr 2017]; 35(4):[284–90 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2pGERfE>.
7. Gutiérrez J, Hernández M, Baladrán D. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, resultados por entidad federativa, Oaxaca. 2012. p. 59-61.
8. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, et al. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud pública Méx* [Internet]. 2013 [Acceso 18 Abr 2017]; 55(2):[123-8 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2pfi7XS>.
9. Hasen FN. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Cienc enferm* [Internet]. 2012 [Acceso 12 abril 2017]; 18 (3):[17-24 pp.]. Available from: <http://bit.ly/1I49QQe>.
10. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2003 [Acceso 13 Abr 2017]; 131(9):[1061-5 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2oFOMov>.
11. Almaguer J, Vargas V, García H. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Ciudad de México.2012. Available from: <https://bit.ly/2FAai3e>.
12. Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. . *Rev cub salud pública* [Internet]. 2013 [Acceso 13 Abr 2017]; 39(1):[1-3 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2oP9nql>.
13. Lynch CP, Egede LE. Optimizing Diabetes Self-care in Low Literacy and Minority Populations- Problem-solving, Empowerment, Peer Support and Technology-based Approaches. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2011 [Acceso 26 Mar 2017]; 26(9):[953–5 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2npSFwM>.
14. Kirmayer L, Brass G. Addressing global health disparities among Indigenous peoples *The Lancet* [Internet]. 2016 [Acceso 18 May 2017]; 388(10040):[105-6 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2q6c8l6>.
15. Kleinman A. *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York.1988. Available from: <https://bit.ly/2W4awYQ>.

16. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med* [Internet]. 1978 [Acceso 02 May 2017]; 88(2):[251-8 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2pZHDRx>.
17. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2007 [Acceso 18 May 2017]; 49(sin dato):[63-70. pp.]. Available from: <http://bit.ly/2rCL9OU>.
18. Rivero T. El paciente y la narración del padecer: la experiencia de la atención. *CONAMED* [Internet]. 2016 [Acceso 18 May 2017]; 21(2):[94-8 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2q56klq>.
19. Gaytán-Hernández A, Alba-García JGd. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2006 [Acceso 17 May 2017]; 44(2):[113-20 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2q6xDSM>.
20. phao.org. Pan American Health Organization-Diabetes [sede web] Washington, D.C: phao.org; Sin dato [updated Sin dato; Acceso 17 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/2q7GblS>.
21. idf.org. International Diabetes Federation [sede web] Brussels, Belgium: idf.org; 2013 [updated Sin dato; Acceso 17 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/1NKfldG>.
22. who.int. World Health Organization-La salud de los pueblos indígenas [sede web] sin dato: who.int; 2007 [updated Octubre 2007; Acceso 17 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/1hzYfE5>.
23. gob.mx/CDI. Indicadores de la Población Indígena gob.mx/CDI [sede web] México: gob.mx/CDI; 2015 [updated Diciembre 2015; Acceso 17 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/2q0AjFk>.
24. inegi.org.mx. Banco de indicadores-inegi.org.mx [sede web] México: inegi.org.mx Sin dato [updated Sin dato; Acceso 17 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/2rsh8nM>.
25. pa.gob.mx. [http://www.pa.gob.mx/publica/rev\\_47/an%C3%A1lisis/los\\_pueblos\\_originarios.pdf](http://www.pa.gob.mx/publica/rev_47/an%C3%A1lisis/los_pueblos_originarios.pdf) [sede web] México: pa.gob.mx; 2006 [updated Abril 2006; Acceso 23 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/2qTlSNJ>.
26. Napier D, Ancarno C, Butler B, al e. Culture and health. *The Lancet* [Internet]. 2014 [Acceso 17 May 2017]; 384(9954):[1607-39 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2rHZY1Y>.
27. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [Acceso 14 Abr 2017]; 18(3):[177-85 pp.]. Available from: <http://bit.ly/180pqWJ>.
28. Díaz Z, Aguilar T, Linares X. La antropología médica aplicada a la salud pública. *Rev cub salud pública* [Internet]. 2015 [Acceso 18 May 2017]; 41(4):[655-65 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2q6ZtNU>.
29. Williamson M, Harrison L. Providing culturally appropriate care: A literature review. *Int j nurs stud* [Internet]. 2010 [Acceso 06 de Mar del 2017]; 47 (6):[761-9 pp.]. Available from: <http://bit.ly/1MzvGaA>.
30. Darnell L, Hickson S. Cultural competent patient-centered nursing care *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2015 [Acceso 17 May 2017]; 50(1):[99-108 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2q7f3sE>.
31. Cardona-Arias J, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonsecall J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2015 [Acceso 17 May 2017]; 41(1):[77-93 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2r7VyoO>.
32. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev perú med exp salud publica* [Internet]. 2010 [Acceso 17 May 2017]; 27(1):[80-93 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2rGPuAW>.

33. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2016 [Acceso 17 May 2017]; 39(2):[122-7 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2rsjMdc>.
34. Comboni S, Juárez J. Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes. Reencuentro [Internet]. 2013 [Acceso 14 Mar 2017]; Sin dato(66):[10-23 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2mG7wkM>.
35. López C, Ávalos M. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2013 [Acceso 11 Mar 2017]; 39(2):[331-45 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2mydKEV>.
36. Giacinto RE, Castañeda SF, Perez RL, al e. Diabetes Cultural Beliefs and Traditional Medicine Use Among Health Center Patients in Oaxaca, Mexico. J Immigr Minor Health [Internet]. 2016 [Acceso 22 Abr 2017]; 20(4):[301-6 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2pfVVKm>.
37. Frank SM, Durden TE. Two approaches, one problem: Cultural constructions of type II diabetes in an indigenous community in Yucatán, México. Soc Sci Med [Internet]. 2016 [Acceso 24 Mar 2017]; 172 (sin dato):[64-71 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2o1uuTu>.
38. Chary A, Greiner M, Bowers C, et a. Determining adult type 2 diabetes-related health care needs in an indigenous population from rural Guatemala: a mixed-methods preliminary study. BMC health serv res [Internet]. 2012 [Acceso 25 Mar 2017]; 12 (476):[1-11 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2nnSzFD>.
39. Concha JB, Mayer SD, Mezuk BR, al e. Diabetes Causation Beliefs Among Spanish-Speaking Patients. Diabetes Educ [Internet]. 2016 [Acceso 22 Abr 2017]; 42(1):[ 116–25 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2piS7u0>.
40. Page-Pliego J. Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. LiminaR [Internet]. 2015 [Acceso 12 May 2017]; 13(2):[84-95 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2r4AOyk>.
41. Page-Pliego J. Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula, Chiapas. Revista LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos [Internet]. 2013 [21 Jun 2017]; 11(1):[118-33 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2v68Unl>.
42. Bermedo S. Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2015 [Acceso 25 Jun 2017]; 19(1):[47-52 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2uWOSxe>.
43. Goicochea E. Interculturalidad en salud. UCV-Scientia [Internet]. 2012 [Acceso 14 Abr 2017]; 4(1):[52-5 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2oq2d81>.
44. Aldana P, Berenice B, Nazarena M, al e. Interculturalidad en salud. Una aproximación a la intervención del equipo de salud con familias de comunidades indígenas. Med infant [Internet]. 2014 [Acceso 22 Abr 2017]; 20(4):[301-6 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2pwEHLc>.
45. García-Reza C, Alvirde-Vara R, Landeros-López M. Resistencia frente a la enfermedad: relato de un cuerpo dañado por la diabetes. Aquichan [Internet]. 2014 [Acceso 22 Abr 2017]; 14 (4):[485-95 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2p1vF7O>.
46. Guber R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá2001.
47. Lambert V, Glacken M, McCarron M. Employing an ethnographic approach: key characteristics. Nurse Res [Internet]. 2011 [Acceso 09 Oct 2017]; 19(1):[17-24 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2ygu3w2>.
48. Willis P, Trondman M. Manifesto for Ethnography. Ethnography [Internet]. 2000 [Acceso 26 Nov 2017]; 1(1):[5-16 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2j1Hesg>.

49. Gómez E. Diagnóstico Regional del Istmo de Tehuantepec. In: CIESAS, editor. Oaxaca2005. p. 1-98.
50. Rea P. Educación superior, etnicidad y género. Zapotecas universitarios, profesionistas e intelectuales del Istmo de Tehuantepec en las ciudades de Oaxaca y México. [Tesis doctoral]. Ciudad de México: CIESAS; 2013.
51. cdi.gob.mx. Zapotecos del Istmo de Tehuantepec-cdi.gob.mx [sede web] México: cdi.gob.mx; 2007 [updated Diciembre 2007; Acceso 17 May 2017]. Available from: <http://bit.ly/2IO30zT>.
52. Valencia N. Diagnóstico Regional Del Istmo De Tehuantepec. In: INMUJERES, editor. México2011. p. 1-83.
53. INFAED. Asunción Ixtaltepec: Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Sin dato [Consultado 25 Jun 2017]. Available from: <http://bit.ly/2uUPoKk>.
54. CONEVAL. Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social: Asunción Ixtaltepec, Oaxaca. 2010 [25 Jun 2017]. Available from: <http://bit.ly/2uuFqy5>.
55. Cleary M, Horsfall J, Hayter M. Data collection and sampling in qualitative research: does size matter? J adv nurs [Internet]. 2014 [Acceso 09 Oct 2017]; 70 (3):[473-5 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2wOwy5d>.
56. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [Acceso 09 Oct 2017]; 17(3):[613-9 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2ydxT7a>.
57. Ryan-Nicholls K, Will C. Rigour in qualitative research: mechanisms for control. Nurse Res [Internet]. 2006 [Acceso 02 Abril 2017]; 16(3):[70-85 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2n7DKZi>.
58. Bermúdez A, Cárdenas M, Fernández V. Principios éticos para la investigación en la ENEO. 2013. p. 1-25.
59. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today [Internet]. 2004 [Acceso 18 Dic 2017]; 24(2):[105-12 pp.]. Available from: <http://bit.ly/2CWp57l>.
60. García J, Salcedo A, López B. Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. Desacatos [Internet]. 2006 [Consultado 28 Ene 2019]; (21):[97-108 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2HlkXyC>.
61. Mendenhall E, Fernández A, Adler N, Jacobs E. Susto, Coraje and Abuse: Depression and Beliefs About Diabetes. Cult Med Psychiatry [Internet]. 2012 [Consultado 28 Ene 2019]; 36:[480-92 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2UrUO8D>.
62. Poss J, Jezewski M. The role and meaning of susto in Mexican Americans' explanatory models of type 2 diabetes. Med Anthropol Q [Internet]. 2002 [Consultado 28 Ene 2019]; 16(3):[360-77 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2TMfs3j>.
63. Meetoo D. Dietary pattern of self-care among Asian and Caucasian diabetic patients Br J Nurs [Internet]. 2004 [Consultado 13 Feb 2019]; 13 (18):[1074-8 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2UZBRum>
64. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2012 [Consultado 23 Feb 2019]; 23(1):[76-97 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2U5YTjf>.
65. Lerin S, Juárez C, Reartes D. Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. Salud problema [Internet]. 2015 [Consultado 26 Feb 2019]; 9(17):[27-41 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2NrVp80>.
66. García-Serrano V, Crocker-Sagastume R, García J. Creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2 de la etnia Wixarika del occidente de México. Rev Chil Antropol [Internet]. 2017 [Consultado 26 Feb 2019]; 35:[113-30 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2Ti5mdH>.



67. Moreira T, Hernande D, Scott C, Et a. Susto, Coraje, y Fatalismo: Cultural-Bound Beliefs and the Treatment of Diabetes Among Socioeconomically Disadvantaged Hispanics. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2018 [Consultado 26 Feb 2019]; 12(1):[30-3 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2H4pA3X>.
68. Eroza E. Las dimensiones visibles e invisibles de la vida social. Narrativas del padecimiento entre los Chamulas. *Pueblos y fronteras digital* [Internet]. 2010 [Consultado 27 Feb 2019]; 6(10):[58-122 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2EBnw1K>.
69. Bonal R, Rivera R, Bolívar M. Moringa oleifera: una opción saludable para el bienestar. *MEDISAN* [Internet]. 2012 [Consultado 27 Feb 2019]; 16(10):[1-13 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2H5Z3Dz>.
70. Page J. Sufrir de azúcar por ak'chamel 'mal echado' en el marco de un horizonte cosmológico amplio: dos casos en Tenejapa, Chiapas *Pueblos y fronteras digital* [Internet]. 2017 [Consultado 27 Feb 2019]; 12(23):[99-125 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2T2Nwfk>.
71. Lucas K, Groot K, Towle A. El desarrollo de humildad cultural mediante el aprendizaje servicio crítico. *Cienc enferm* [Internet]. 2013 [Acceso 25 Abr 2019]; 19(2):[35-46 pp.]. Available from: <https://bit.ly/2IXeQp2>.