



**El Colegio de la Frontera Sur**

**Diabetes *Mellitus* II: Autoatención y experiencias del  
padecimiento, San Cristóbal, Chiapas**

**TESIS**

**Presentada como requisito parcial para optar al grado de  
Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural**

**por**

**Guadalupe Cartas Fuentevilla**

**2011**

## INDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>7</b>
----------------------	----------

### **Capítulo I. Introducción**

1.1 Planteamiento de problema .....	9
1.2 Contexto del problema .....	12
1.3 Contexto de estudio .....	13
1.4 Objetivos	
1.4.1 General .....	21
1.4.2 Específicos .....	21

### **Capítulo II. Marco teórico conceptual**

2.1 Diabetes Mellitus .....	22
2.1.1 Factores asociados a la presencia de Diabetes Mellitus .....	23
2.1.2 Tipos de diabetes .....	24
2.1.3 Signos y síntomas .....	25
2.1.4 Epidemiología de la Diabetes Mellitus .....	26
2.2 Factores ambientales, económicos y culturales en la presencia de diabetes .....	29
2.3 El cuerpo, la enfermedad y el proceso salud enfermedad desde el enfoque antropológico .....	30
2.4 Definición de conceptos	
2.4.1 Procesos de autoatención, saberes, prácticas y experiencias de enfermedad .....	36
2.5 Formación de redes sociales: soporte al padecer	
2.5.1 La familia como red y apoyo al enfermo .....	41
2.5.2 Redes de apoyo mutuo .....	43

### **Capítulo III. Marco Metodológico**

3.1 La importancia de abordar a la diabetes desde una perspectiva cualitativa .....	49
3.2 El enfoque etnográfico como aproximación teórica y metodológica .....	51
3.2.1 Narrativas de la enfermedad .....	52
3.2.2 Grupo Focal .....	53
3.2.3 Entrevistas a profundidad .....	54
3.2.4 Categorías de análisis.....	55
3.2.5 Consideraciones éticas .....	55

### **Capítulo IV. Resultados y discusión**

4.1 Construcción Social de la diabetes	
4.1.1 Dilemas y actitudes frente al padecimiento .....	57
4.1.2 ¿Se puede estar sano teniendo diabetes?.....	60
4.1.3 Diabetes, azúcar y sangre.....	61
4.1.4 La mala alimentación es la causante de la diabetes .....	65
4.1.5 La diabetes agarra parejo, pero los hombres son más vulnerables .....	66
4.1.6 Diabetes y autocontrol .....	68
4.1.7 Cuerpo y padecimiento ¿ En dónde está la diabetes? .....	70
4.1.8 Susto, emociones, herencia o estrés. Causales indefinidas.....	72
4.1.9 Subjetividades y emociones que rodean a la enferma con diabetes .....	74
4.2 Autoatención, saberes y prácticas	
4.2.1 Soy diabética ¿Qué hago?.....	76
4.2.2 Procesos de autoatención .....	78
4.2.3 Con la cosa de ser diabética: hay que evitar tantas cosas que son sabrosas. Las prácticas alimentarias: un cambio radical .....	82

4.3 Ya la llevo por delante, ya me acostumbré; antes era una enfermedad mala, ahora es degenerativa. Interacciones colectivas

4.3.1 El club es un imán que nos jala y nos alarga la vida ..... 86

4.3.2 La familia como apoyo y obstáculo ..... 91

4.3.3 Amigos, vecinos y conocidos ..... 96

4.3.4 Dios se lleva las enfermedades ..... 97

4.3.5 La diabetes ya se hizo una amiga..... 98

**Conclusiones ..... 101**

**Recomendaciones ..... 105**

**Literatura citada ..... 107**

Anexos

7.1 Encuesta para seleccionar informantes clave ..... 119

7.2 Características personales de las informantes clave ..... 120

7.3 Matriz de datos ..... 131

7.4 Carta de Consentimiento Previo Informado (C.C.P.I)..... 141

7.5 Carta descriptiva de los grupos focales ..... 145

7.6 Categorías de análisis y unidades de explicación ..... 147

## **Agradecimientos**

- A CONACYT por la beca otorgada para realizar esta investigación.
- A mi familia: Mamá, Tito, Neto, Julia, Netito por ser mi mayor motivo para seguir adelante.
- A mi Director de Tesis: Mtro Rodolfo Mondragón, por su apoyo incondicional, comprensión y brindarme su amistad.
- A mis asesores Dra. Lupita Álvarez y Mtro. Rolando Tinoco por dedicarme su tiempo y tenerme paciencia.
- A los sinodales, Dr. Enrique Eroza y Mtro. Antonio Saldívar por darle el último empujón a la tesis.
- Al Doctor José María por abrirme las puertas del Club.
- A las mujeres que participaron en el estudio, y permitirme trabajar con ellas.
- A Robe por estar conmigo en este proceso tan difícil, por su paciencia, amor y compañía.
- A Yli, Rogelia, Irma, Lencha-Karla, Juan Carlos Puma, Danisboy, por ser amigos incondicionales.
- A mis compañeros, que fueron los que me inyectaron de su energía y cariño.
- A Cecy Limón por su apoyo en la redacción de la tesis.
- A Helda Kramsky, Paco Ramos, George Álvarez, Manuel Zepeda, Carlos Trujillo, Ray Mijangos por su apoyo y su amistad.
- A Hermilo Cruz García y Mario Zúñiga Trejo por su apoyo en la búsqueda de bibliografía para el sustento de esta tesis.

## Resumen

El presente trabajo de investigación se centró en el proceso de autoatención y las experiencias del padecimiento de las enfermas de Diabetes Mellitus II (DMII) en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas (SCLC), Chiapas, México.

El objetivo principal de esta investigación fue describir y analizar el proceso de autoatención en mujeres diabéticas que acuden al Centro de Salud y al Club de Diabéticos de SCLC. Así también, comprender su experiencia de enfermedad, además de analizar los principales saberes, prácticas y redes que las mujeres diabéticas construyen respecto a su padecimiento y la articulación de las distintas formas de atención que utilizan.

Los datos se obtuvieron a través del enfoque etnográfico utilizando técnicas como los grupos focales y las entrevistas a profundidad. Con ayuda del programa de análisis de datos cualitativos Nudist6, se construyeron categorías de análisis y unidades de explicación para el manejo de los datos.

Dentro de los resultados destacan que la mayoría de las mujeres enfermas adjudican el desarrollo de su enfermedad (DMII) al susto, emociones negativas y al estrés. Para evitar las posibles complicaciones existen tres pilares fundamentales, la alimentación, el ejercicio y los medicamentos. Dentro de las prácticas de autoatención sobresalen los servicios médicos del centro de salud y de los médicos privados, además de los médicos naturistas y los remedios caseros preparados con ayuda de sus familiares. Las redes de apoyo que destacan fueron las institucionales, las familiares y las de amigos; estas redes han sido un factor importante en su proceso de aceptación de la enfermedad y en la recuperación.

Por último, dentro de las experiencias del padecimiento sobresalen aspectos relacionados con la negación y aceptación del mismo; así también la alimentación ha sido considerada como el proceso más difícil de sobrellevar. En este sentido, el club de diabéticos es considerado como uno de los espacios más importantes para las participantes ya que ahí han aprendido a manejar su padecimiento, además de sentirse comprendidas e identificadas con las demás personas que asisten al club.

**Palabras clave:** diabetes, autoatención, experiencias, redes, saberes y prácticas.

## Capítulo I. Introducción

La Diabetes Mellitus tipo II (DM II), es una enfermedad caracterizada por hiperglicemia y desequilibrio en el metabolismo de las grasas, carbohidratos y proteínas. En el mundo hay 285 millones de personas con diabetes, y el 85% es del tipo 2 (Federación Internacional de Diabetes, 2010). En México, la trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, que empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país (Programa de Acción Específico-SSA, 2007). Actualmente la Federación Mexicana de Diabetes (2008) reporta que la población aproximada de personas con diabetes en México fluctúa entre 6.5 y 10 millones. Sin embargo, esta visión representa sólo una parte del problema de la DM.

Por lo anterior, el propósito de esta investigación consistió en describir, explicar y comprender cómo los diabéticos que asisten al Club de Ayuda Mutua de Diabéticos, Hipertensos y Obesos dentro del Centro de Salud de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, buscan diferentes formas de atención a su padecimiento, en este caso la DMII. Para ello, la orientación metodológica privilegió un acercamiento en profundidad a la vida de las personas con DM II a través de las experiencias de su padecimiento, permitiendo rescatar elementos que sirvan para mejorar la atención del enfermo diabético. Desde una perspectiva teórica, destaco la importancia de reconocer a las tres dimensiones de la enfermedad: “*disease*” (o enfermedad propiamente dicha), se refiere a la anomalía en la estructura y función del órgano o sistema de órganos.

Se trata de estados patológicos reconocidos en el campo de la biomedicina y que pueden o no ser culturalmente reconocidos (visión *etic*). La segunda dimensión “*illness*” (padecimiento) corresponde a las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad. La tercera y última dimensión es “*sickness*” la cual es utilizada para designar un término general que comprende las dos dimensiones anteriores, es decir, la enfermedad y el padecimiento. (Kleinman, 1980 y Young, 1982).

La metodología cualitativa utilizada en esta investigación fue la etnografía y se enfocó en la articulación de la experiencia, saberes y prácticas que las personas diabéticas llevan a cabo en torno a su padecimiento; cómo éstos negocian la atención de su enfermedad desde la esfera institucional hasta las prácticas que puedan llevar a cabo fuera del ámbito de la atención biomédica.

### **1.1 Planteamiento del problema y pertinencia de la investigación**

Si bien en los apartados subsecuentes ahondaremos en los distintos aspectos particulares desde los cuales abordamos el análisis de la DM II, nos interesa destacar desde ahora que la existencia y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas tanto en ciudades medias, entre las que se ubica San Cristóbal de Las Casas, y en comunidades indígenas en donde también se presentan casos de diabetes, constituye un reto importante en términos de salud pública.

Brindar el servicio de atención médica con calidad en el tratamiento, control y seguimiento a las personas diabéticas cuando no se cuenta con los recursos e infraestructura adecuada desde el Sector Salud, resulta evidente que tendría

implicaciones negativas para las y los enfermos. Incluso este mismo hecho se vuelve preocupante porque se genera en un contexto de crisis económicas, de reducción de los presupuestos para el ámbito de la salud, del desmantelamiento de la seguridad social y la tendencia a la privatización de los servicios de salud.

Cabe destacar que el enfoque empleado por la mayoría de los estudios llevados a cabo sobre la Diabetes Mellitus se ha basado en el modelo biomédico; además, se han limitado a describir los conceptos médicos, causas biológicas de la enfermedad, tratamientos y roles terapéuticos. Así también han analizado esta problemática a través del reduccionismo biológico, lo que empobrece los resultados de estas investigaciones y termina reduciendo la parte vivencial y de experiencia del enfermo.

Los estudios epidemiológicos aunque algunas veces incluyan aspectos socioeconómicos o culturales, los reducen a simples variables ignorando la complejidad de los procesos sociales en los cuales las personas se encuentran inmersas.

En consecuencia, se requiere el estudio, descripción y análisis de todo un proceso que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual (García et. al, 2007) para posicionar al enfermo diabético desde una perspectiva integral. Así, éste puede desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud y desarrollar aptitudes apropiadas y exitosas.

De conformidad con la búsqueda de bibliografía que se tuvo al alcance, se puede afirmar que en Chiapas se han realizado pocos estudios que analicen el tema de la DM II llevados a cabo a través de una metodología cualitativa.

Los estudios consultados para el estado de Chiapas han tenido otros enfoques (Nazar, Trujillo: 2008; Tamayo, Solís: 2009), como la diabetes y género o diabetes en un contexto de pobreza. Han sido investigaciones que privilegian el análisis epidemiológico sin tomar en cuenta el aspecto antropológico (centrado en la persona y en la comprensión de sus saberes y prácticas de atención a su padecer), procesos socioculturales, económicos y ambientales asociados al incremento de la diabetes, además de la escasa atención que se le presta a las redes que brindan soporte social y afectivo a su padecimiento.

Tomando en cuenta las premisas referidas a la necesidad de un abordaje que incluya la dimensión de la experiencia de la enfermedad, el proceso de autoatención a través de las acciones de los enfermos, así como la articulación de las diferentes formas de atención al padecer, consideramos que este estudio es relevante, ya que al analizar a la diabetes desde una perspectiva antropológica nos permitiría abordar diferentes objetos de estudio, tales como: los valores, sentidos y significados que los pacientes le dan, no solamente a su padecimiento únicamente a su padecimiento, sino a su salud.

Reconocemos que, mientras las instituciones de salud no le otorguen un lugar prioritario a la atención y a la búsqueda de ésta como parte del proceso salud/enfermedad /atención, las interpretaciones de los enfermos respecto a su padecimiento y mientras las instituciones de salud consideren al control glucémico de éstos como el aspecto principal para la adecuada atención y pronóstico (Shah, et al. 2005) serán incapaces de lograr las metas propuestas en cuanto a mayor adherencia al tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos.

## **1.2 Contexto del problema**

La intención de realizar esta investigación radica en una motivación personal que surgió de la convivencia con personas diabéticas cuando cursaba la Licenciatura en Nutrición. Las actividades que tenía con ellos no lograban un impacto positivo en la calidad de vida porque el abordaje no era integral, sino solamente desde el enfoque biomédico.

Lo anterior nos hizo reflexionar y formulamos preguntas de *qué* había detrás de la experiencia de vida de un diabético, que sentía, y a qué tipo de problemáticas se enfrentaba. Estas actividades me sensibilizaron respecto a cómo la persona con diabetes vive su propia experiencia de enfermedad.

Cabe destacar que en el proceso de salud-enfermedad-atención ocurren transacciones de las diferentes formas de atención. Es decir, el padecimiento no debe ser pensado solamente como procesos definidos a partir de profesiones o especialidades, sino como hechos sociales y culturales dentro de los cuales confluyen una serie de significados, representaciones, simbolismos y formas de atención (Menéndez, 1994).

Por lo anterior, esta investigación buscó incluir las experiencias particulares del enfermo diabético a partir de una perspectiva antropológica.

### **1.3 Contexto de estudio**

#### **1.3.1 Consideraciones generales del estado de Chiapas**

Chiapas se encuentra ubicado en la frontera Sur de México, se caracteriza por desigualdades sociales, acentuados rasgos de rezago tanto educativo como en salud. Además, comparte con otros estados del sureste del país importantes núcleos de población rural e indígenas que viven en condiciones de pobreza extrema.

Según datos del INEGI 2005, nuestro estado cuenta con 4.293.459 habitantes, de los cuales 2, 184,629 son mujeres, y 2, 108,830 hombres ocupando el séptimo lugar de las entidades estatales más pobladas del país.

Chiapas es un estado en el cual la tercera parte de la población es indígena; cuenta con 28 municipios en los que el porcentaje promedio de hablantes de lengua indígena (HLI) es de 90%; alrededor de 9 municipios cuentan con 50% de HLI y en 71 de los municipios el promedio es de 10%. El estado de Chiapas, como otros estados del sureste mexicano, tiene una composición pluriétnica y pluricultural. Según el INEGI (2005), 957.255 personas pertenecen a un pueblo indígena en Chiapas.

De acuerdo con el censo nacional de 2005, Chiapas tiene el nivel más alto en el país en cuanto a analfabetismo. El 9,6% de la población en el estado de 8 a 14 años no sabe leer ni escribir (promedio nacional: 3,3%). El 21,4% de la población general de 15 años o más no sabe leer ni escribir. El 39,2% de la población indígena que tiene 15

años o más es analfabeta. El 27,9% de todos los hombres de la población indígena son analfabetas y el 50,1% de todas las mujeres. En cuanto a los servicios de salud, en Chiapas, cuenta con menos de un médico por 1000 habitantes, lo cual es la cifra más baja de todo el país. Respecto a los nacimientos registrados hasta el 2008 en el estado fueron de 153,378 y las defunciones generales fueron de 19,570 (SSA, 2007).

Chiapas se encuentra organizado a través de una regionalización jurisdiccional sanitaria y estas jurisdicciones se encargan de la atención y servicios de salud a los municipios.

La jurisdicción sanitaria número II que se encarga de la Región Altos del Estado. Atiende a 18 municipios y entre ellos a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, lugar donde se enfocó esta investigación.

### **1.3.2 Caracterización del municipio de San Cristóbal de Las Casas**

#### **1.3.2.1 Medio físico**

San Cristóbal de Las Casas (SCLC) se encuentra ubicada en la Región Altos de Chiapas; la extensión territorial del municipio es de 375.19 km<sup>2</sup> y representa el 7.9% del territorio chiapaneco; su altitud promedio es de 2120 metros sobre el nivel del mar.

El municipio San Cristóbal de Las Casas, limita al norte con los municipios de Chamula y Tenejapa, al este con Huixtán, al sur con Teopisca, al suroeste con Totolapa, Chiapilla y San Lucas y al oeste con Zinacantán (Enciclopedia de los Municipios de Chiapas, 2000).

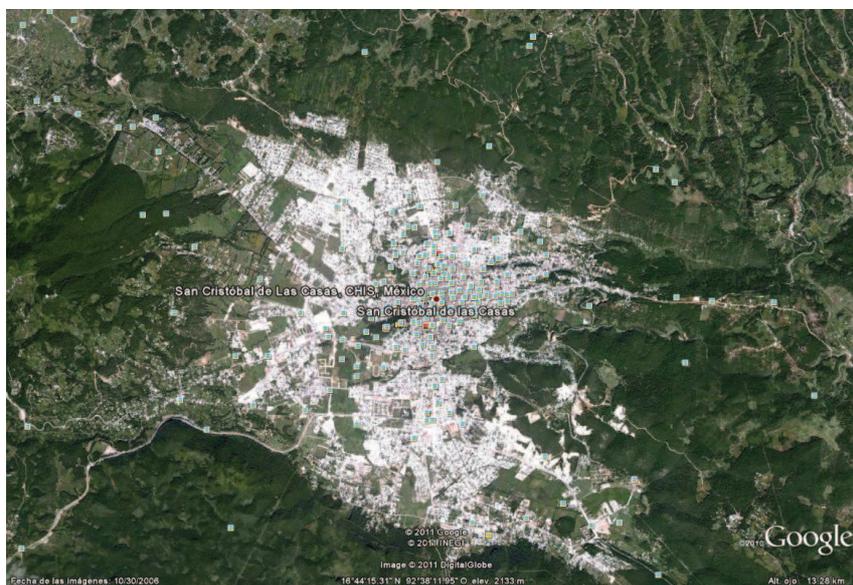
### **1.3.2.2 Características sociodemográficas**

El municipio de San Cristóbal de Las Casas cuenta con 166,460 habitantes, de los cuales 80,335 son hombres y 86,125 mujeres. En el área rural existen 24,096 habitantes y en el área urbana 142,364 (INEGI, 2005). La ciudad de San Cristóbal de las Casas es la ciudad más importante de la Región Altos debido a que en ella se desarrollan diversas actividades comerciales y turísticas vinculadas con comunidades indígenas y poblados circundantes. Según COESPO (Consejo Estatal de Población), para el 2008 habían 180,971 habitantes en 92 localidades, mientras que en la cabecera municipal se estimó en 142,304 respectivamente.

Las principales localidades del municipio son: San Antonio del Monte, La Candelaria, Mitzitón, San José Yashitinín, El Pinar, Buenavista, Pedernal, Corazón de María y Zacualpa.

La cantidad de la población del municipio constituye el 3.88% de la población total de la entidad. La tasa de crecimiento media anual de la población (TCMA) de SCLC es de 4.1%, cifra superior a la del estado (1.6%). De acuerdo a la pirámide poblacional se observa que la población sancristobalense es joven, el promedio de edad es de 21 años, mayor que la estatal que es de 20 años.

Figura 1. Mapa de San Cristóbal de las Casas



Fuente: Google Earth, V6. 2011

### 1.3.2.3 Educación

Respecto a la educación en San Cristóbal de Las Casas, el 15.5% de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, mientras que a nivel estatal la proporción es de 21.4%. El total de escuelas en el municipio de San Cristóbal de Las Casas es de 347, de las cuales del nivel preescolar son 124, primarias 165, secundarias 38, profesional técnico 2 y bachillerato 2 (INEGI, 2008). El grado de escolaridad promedio de la población de 15 años y más es de ocho años, y se sigue presentando deserción escolar antes de terminar la secundaria.

#### **1.3.2.4 Vivienda**

Siguiendo los datos del INEGI, en el 2005 había 35,302 viviendas particulares de las cuales 27,264 cuentan con agua de la red pública, 31,963 con energía eléctrica, 28,173 con drenaje y 31,508 con excusado o sanitario. Cabe mencionar que aquellas con piso diferente al de tierra es de 25,002, esto quiere decir que el resto (10,000) cuentan aún con piso de tierra. El promedio de las viviendas sin agua entubada es de 13.3 y el promedio estatal es de 25.9. Por otra parte, el porcentaje de nivel de hacinamiento en los hogares es de 45.1, es decir, existen familias que siguen viviendo en un mismo cuarto.

#### **1.3.2.5 Servicios e indicadores de salud**

En el año 2000 el régimen de los servicios de salud en SCLC atendió a 436,675 personas, 11.80% de los usuarios fueron beneficiados por instituciones de seguridad social y 88.20% por el régimen de población abierta (INEGI, 2000).

Como mencionamos, la población sancristobalense beneficiada por los servicios de salud está a cargo de la Jurisdicción Sanitaria II y ésta cubre la Región Altos con un total de 598,789 personas, de los cuales el 50.6% son mujeres y 49.3% hombres (SSA, 2008). En la cobertura de la Jurisdicción Sanitaria II se encuentra el Centro de Salud de SCLC "Los Pinos" el cual abarca la zona sur del municipio con una mayor población mestiza mientras que el Hospital General y el IMSS-Oportunidades atienden en su mayoría a población indígena.

Para el 2005 la población derechohabiente de San Cristóbal de Las Casas representó el 30.7%, acudiendo a instituciones tales como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) ó Secretaría de Marina (SEMAR), Seguro Popular e Instituciones Privadas (COESPO-INEGI, 2005). Para el 2008 la población derechohabiente fue de 71,877 y la población usuaria de los servicios médicos fue de 399,448.

La tasa promedio de mortalidad infantil en el Estado es de 23.9 y en San Cristóbal de Las Casas es de 15.8 por cada mil habitantes; lo anterior puede deberse a que no todos los fallecimientos se registran.

La tasa de mortalidad general para el municipio de San Cristóbal de Las Casas en el 2005 fue de 4.43 por 100,000 habitantes y la primera causa de estos fallecimientos figura la *Diabetes Mellitus*.

Por lo anterior, se eligió trabajar con el Centro de Salud “Los Pinos”, en donde se atienden la mayoría de los enfermos diabéticos, hipertensos y obesos y opera el Club de Ayuda Mutua.

#### **1.3.2.6 Club de ayuda mutua de diabéticos, hipertensos y obesos**

En nuestro país, los GAM (Grupos de Ayuda Mutua) para diabéticos tienen como objetivo principal garantizar que cada uno de los enfermos reciba la capacitación indispensable para el buen control de su enfermedad. El programa contempla que a estos grupos asistan personas con diabetes, hipertensión y obesidad (Lara et al. 2004).

Estos grupos se reúnen periódicamente en diferentes pláticas donde se habla de esos tres padecimientos. Aquí los pacientes intercambian experiencias y van aprendiendo qué es lo que tienen que hacer para llevar a cabo un buen control de la enfermedad.

En el aspecto teórico se plantea que en el grupo los pacientes deben ser escuchados, compartir sus sentimientos, experiencias, aprender a afrontar un problema en común y buscar apoyarse en familiares, amigos y personal de salud para mejorar su calidad de vida.

Los clubes se encuentran en constantes evaluaciones grupales de peso, presión arterial, glucosa en sangre, índice de cintura-cadera y colesterol en sangre. Los clubes son acreditados, reacreditados o acreditados por excelencia. Éste último, es el objetivo de todos los Clubes de Ayuda Mutua en México, sin embargo solo El Club de Ayuda Mutua de Guanajuato es el que tiene este logro. Las acreditaciones las otorga el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los Grupos de Ayuda Mutua.

El Club de Ayuda Mutua en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas se encuentra dentro del Centro de Salud operando desde septiembre del año 2000 no es el único en el Estado de Chiapas, pero si el único en San Cristóbal de las Casas; se encuentran inscritos 141 personas. Sin embargo a las reuniones semanales asisten alrededor de 70 constituido en su mayoría por diabéticos, y en menor proporción obesos e hipertensos. Actualmente, este Club, el cual se encuentra en el proceso de acreditación por excelencia a nivel nacional, según la información proporcionada por el médico encargado. Las actividades en el Club se realizan dos veces por semana con duración de dos horas.

Los temas que abordan son sobre alimentación, nutrición, cuidados en los diabéticos, además realizan ejercicio físico con la participación del médico, nutriólogo, instructor físico y psicólogo. El médico encargado del Club les realiza constantes mediciones en cuanto a peso, Índice de Masa Corporal y glucosa. Se puede afirmar que son diabéticos controlados.

## 1.4 Objetivos

### Generales

- Describir y analizar el proceso de autoatención en mujeres diabéticas que acuden al Centro de Salud de SCLC, a partir de su experiencia de enfermedad.
- Describir y analizar los principales saberes y prácticas que las mujeres diabéticas construyen respecto a su padecimiento.

### Específicos

1. Comprender cuáles son los distintos recursos médicos que las enfermas diabéticas utilizan para aliviar su padecimiento.
2. Explicar la importancia que tiene para las mujeres diabéticas la formación de redes familiares, institucionales y de amigos.
3. Describir y analizar de qué manera las enfermas diabéticas combinan información de su propio sentido común con aquella que proviene del discurso biomédico para incorporarlo a sus saberes y acciones.

## **Capítulo II. Marco teórico conceptual**

### **2.1 Diabetes *Mellitus***

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad, su emergencia como problema de salud pública; lo que ha sido resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población (OMS, 2005). Las ECNT son un grupo heterogéneo de padecimientos entre los que se encuentra la diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral.

Para los propósitos de la siguiente investigación se entenderá que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas produce insuficiente cantidad de insulina o bien cuando las células no pueden utilizar de manera eficiente la insulina producida. La insulina es una hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre. La hiperglucemia o incremento de los niveles de glucosa en la sangre es un efecto de la falta de control de la diabetes que puede ocasionar serios daños al sistema nervioso y los sistemas micro y macrovascular, produciendo ceguera, insuficiencia renal y problemas de circulación periféricos (Vázquez, 2006 y OMS, 2008). Ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina para cubrir sus necesidades o cuando la que se produce no se metaboliza efectivamente (Federación Mexicana de Diabetes, FMD, 2008).

### 2.1.1 Factores asociados a la presencia de DM II

Según la perspectiva biomédica la Diabetes *Mellitus* es la consecuencia de la interacción entre factores genéticos (se ha encontrado en diversos estudios que más de 80 por ciento de las personas que la padecen tienen “antecedentes familiares” de esta enfermedad) y ambientales; en donde el estilo de vida (cambio de hábitos alimenticios) juega un papel muy importante.

Algunos de los componentes ambientales son los cambios en los patrones alimentarios que dejan a un lado los alimentos tradicionales, como son el maíz, frijol, pozol, tortilla y vegetales, los cuales son sustituidos por alimentos de “poco valor nutritivo”, aunado a la poca o nula actividad física, presencia de obesidad, el consumo de alcohol y tabaco (Pérez, 2005). La obesidad es el factor de riesgo de mayor relevancia en el desarrollo de DM tipo II. Diversos estudios epidemiológicos demuestran que aproximadamente un 80% de los diabéticos tipo II son obesos en el momento del diagnóstico.

La incidencia de DM en los individuos obesos es de 3 a 4 veces mayor que en los individuos delgados. En personas obesas existe un riesgo progresivo de desarrollar diabetes a medida que aumenta el Índice de Masa Corporal<sup>1</sup> (IMC), ya que la obesidad produce que las células se vuelvan insulinoresistentes y el organismo lo compensa produciendo más insulina. Esta insulina-resistencia se encuentra ligada al desarrollo de altos niveles de triglicéridos y colesterol. Las personas con un IMC > 27,9 tienen un riesgo siete veces superior de llegar a ser diabéticos en algún momento (Asociación Americana de Diabetes, 2005). En adición pueden desarrollar altos niveles de presión

---

<sup>1</sup> El índice de masa corporal (IMC) sirve para identificar el riesgo de los individuos por ataques cardíacos, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

arterial y con el tiempo la insulinoresistencia puede llevar a la aparición de DM II (Asociación Americana de Obesidad, 2006).

La existencia de un mercado altamente rentable de productos “chatarra” o de “bajo valor nutritivo” y el papel de los medios en la propaganda de estos productos también han incidido en el deterioro de la calidad alimenticia, sobre todo en la población infantil.

### **2.1.2 Tipos de diabetes**

Existen varios tipos de diabetes. La diabetes tipo I o insulino dependiente se caracteriza por la destrucción de las células beta del páncreas y la nula producción de insulina. La diabetes tipo II se debe a una resistencia a la acción de la insulina, por lo tanto, en fases iniciales se produce una situación de hiperinsulinismo e hiperglucemia. Por otro lado, existe la llamada diabetes gestacional la cual se manifiesta por primera vez en el embarazo. La más frecuente es la DM II, y suele aparecer en la edad adulta, debido a un cambio hormonal generalizado que afecta la secreción de insulina, además de otros elementos como el sobrepeso u obesidad y antecedentes familiares de la enfermedad. No obstante, ésta puede controlarse con el seguimiento de una dieta adecuada (baja en calorías, azúcares y grasas), ejercicio y fármacos. En este estudio, nos hemos enfocado en mujeres diagnosticadas con diabetes tipo II.

### **2.1.3 Signos y síntomas de la diabetes**

Siguiendo con la óptica de la biomedicina, los síntomas más evidentes que alertan sobre la presencia de la diabetes son la eliminación de glucosa en grandes cantidades de orina (poliuria), lo que provoca una sensación permanente de sed (polidipsia), polifagia (hambre incontrolable), adelgazamiento y astenia (debilidad).

También se manifiestan problemas frecuentes en la piel y difícil cicatrización de heridas, además de una sensación constante de “hormigueo”, adormecimiento o entumecimiento en manos y pies. De no tomar las debidas precauciones y cuidados, la diabetes a mediano y largo plazo daña diferentes órganos, sobre todo los directamente relacionados con los sistemas nervioso y circulatorio, incrementando la posibilidad de sufrir un infarto o accidente cerebrovascular, problemas de visión (retinopatía diabética) y disfunción hepática.

La diabetes sin control adecuado tendrá serias consecuencias en el individuo, como amputación de alguna o varias de sus extremidades (manos o pies) debido al daño interno que tienen los capilares sanguíneos más pequeños o por infecciones y hongos.

#### **2.1.4 Epidemiología de la diabetes *mellitus* II**

La DM II es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones. La diabetes afecta actualmente a más de 285 millones de personas en el mundo y se espera que alcance los 438 millones en el año 2030. La mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo (Federación Internacional de Diabetes, 2010 y OMS, 2005). Según registros oficiales recientes, la Diabetes *Mellitus* ocasiona 100 mil muertes anuales en América Latina, por lo que se ha lanzado una alerta regional frente a este padecimiento que no hace distinción entre niveles socioeconómicos (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2008).

De acuerdo con la Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2001) realizada en siete países de América Latina, la tasa bruta más alta fue para México con un 21.7%, seguida de Barbados con 21.6%, mientras que las tasas más bajas de diabetes diagnosticada fueron para Chile y Argentina con 13 y 12.1% respectivamente. Finalmente, se diagnosticaron más casos de diabetes en mujeres (21.5%) que en hombres (20.9%) (SABE, 2001). No se cuentan con datos más actualizados respecto a la situación epidemiológica de la diabetes en América Latina.

Desde 1940, la diabetes no formaba parte de las principales causas de mortalidad en México, al registrar una tasa de 4.2 defunciones por cada 100,000 habitantes. El padecimiento era considerado como una patología de baja frecuencia, ya que sólo afectaba a una de cada cien personas adultas. Su importancia se reflejaba en la población de más de 20 años.

**Cuadro 1. Mortalidad por diabetes en México**

<b>Año</b>	<b>Tasa</b>	<b>Lugar dentro de las principales causas</b>
1940	4.2	-
1960	7.9	19
1970	16.9	15
1980	21.8	9
1990	31.7	4
2000	46.8	3
2005	63	1
2006	65.2	2
2007	62	2

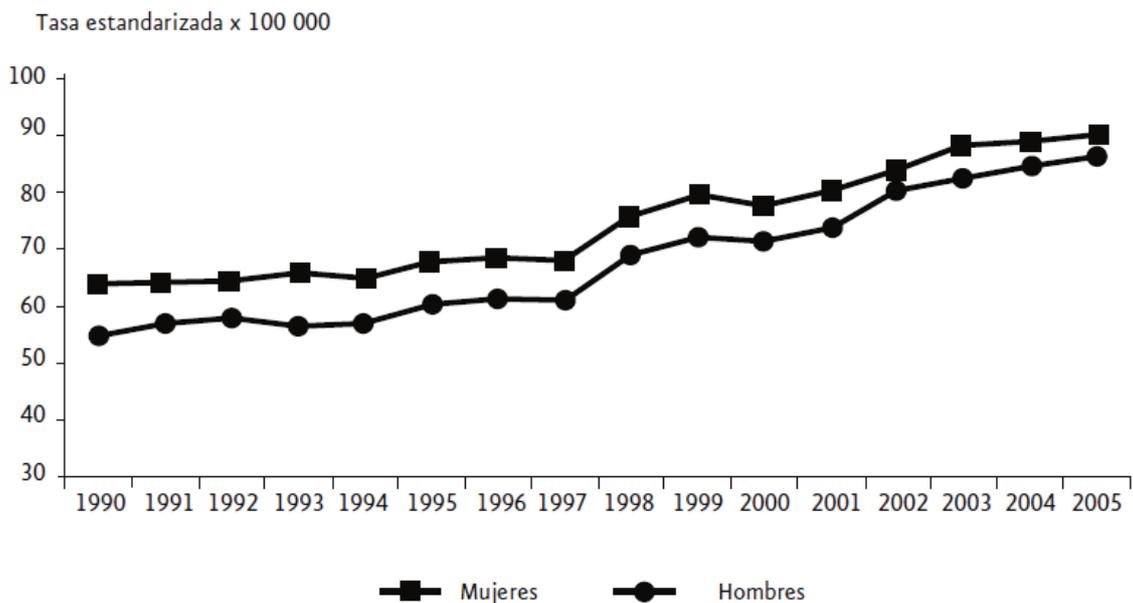
Fuente: Base de datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones (SEED) 2007.

La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, en que empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país. En 1980 y en 1990 las tasas de mortalidad por diabetes se incrementaron significativamente a 21.8 y 31.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar respectivamente.

En el año 2000 la tasa aumentó a 46.8 y para el 2007 se estima en 62.0 por cada 100,000 habitantes (Base de datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), 2007). En el 2007 las cifras preliminares indican que se presentaron más de 406,000 casos (SSA, 2006).

La mortalidad por Diabetes *Mellitus* estimada por cada 100,000 habitantes para el 2007 fue de 374.9, en hombres 300.8 y en mujeres 446.7, mientras que en Chiapas la tasa de mortalidad general fue de 284.4, en hombres 211.4 y 355.6 en mujeres, siendo éstas las que presentan más casos de diabetes. Para el 2008 la DM II se encuentra entre las principales causas de morbilidad en Chiapas, sobretodo en el grupo de edad de 50 años en adelante con 2,398 casos (SUIVE-SSA, 2008). Como se observa, las tasas de mortalidad en mujeres es mayor, esto puede deberse a que las mujeres son las que más acuden a los servicios de salud que ofrecen las instituciones como lo es el Seguro Social y la Secretaría de Salud.

**Figura 2. Mortalidad por Diabetes *Mellitus* por sexo, México 1990-2005**



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2005

Si bien partimos del conocimiento, prácticas y orígenes causales así como la sintomatología de la DM desde el enfoque biomédico, nuestro interés básico estuvo situado en las racionalidades de las mujeres diabéticas, teniendo en cuenta sus experiencias del padecer. Por lo anterior, en el apartado de resultados se explicará con detenimiento este fenómeno.

## **2.2 Factores ambientales, económicos y culturales en la presencia de diabetes**

Es importante destacar que, si bien la epidemiología ha contribuido al estudio de la diabetes, y en el apartado anterior se observan las cifras alarmantes de esta enfermedad, los procesos de morbilidad y mortalidad por esta misma causa no podrían comprenderse en toda su extensión sin tener en cuenta los factores culturales, económicos, ambientales y las relaciones sociales que inciden en su manifestación. Estos factores se encuentran en interacción y permiten explicar la presencia de la diabetes incluso en zonas rurales (Olaiz, 2007 y Sánchez, 2001).

Factores como las representaciones culturales, las formas de vida los hábitos dietéticos, las percepciones sociales, los estigmas o etiquetamientos, las redes sociales, la pobreza, las migraciones, el desarrollo del capitalismo, las conductas sexuales o las condiciones sociales de existencia son variables que se asocian a los procesos de morbimortalidad en todas las sociedades y que definen el acceso a los tratamientos médicos o no y la resolución de enfermedades (Martínez, 2008a).

En nuestro medio existen desiguales oportunidades relacionadas con la disponibilidad de recursos económicos y accesibilidad al tipo de alimentos. En definitiva a lo largo de los años se ha ignorado el contexto socioeconómico que determina las conductas

individuales. La existencia de desigualdades sociales en la diabetes *mellitus* II ha sido ampliamente documentada y se ha demostrado que en cuanto más baja es la posición económica mayor es la prevalencia y riesgo de diabetes sobretodo en mujeres (Lagarraña, 2005 y Connolly ,2000).

Los estudios se han enfocado a utilizar indicadores de contexto y posición económica como los ingresos económicos o la clase social basada en la ocupación, entre otros (Krieger, 1997 y Galobardes, 2006).

Tomando en cuenta los planteamientos arriba expuestos, esta investigación pretende rescatar elementos a partir de las experiencias del padecimiento, que nos sirvan para comprender a la diabetes desde el enfoque antropológico el cual incluye las dimensiones subjetivas del enfermo. En el siguiente subtema se aborda más ampliamente este enfoque.

### **2.3 El cuerpo, la enfermedad y el proceso salud-enfermedad desde el enfoque antropológico**

Las investigaciones en Diabetes *Mellitus* se han llevado a cabo principalmente con un enfoque biomédico, considerándola a ésta y a otras enfermedades como consecuencia de la alteración de moléculas, órganos, sistemas de un organismo humano, que tiene una causa objetiva y se manifiesta por síntomas y por signos científicamente comprobados. De acuerdo con Menéndez, el ignorar las series históricas largas y otros niveles explicativos posibles de la salud/ enfermedad, impide encontrar soluciones a las problemáticas (Menéndez, 1982-1988).

Los procesos sociales, culturales y psicológicos son meramente de tipo anecdóticos, es decir episodios significativos en la vida de una persona, por lo tanto, se considera histórica, a-cultural, e individualista, instituyendo además una relación médico-paciente asimétrica que establece una comunicación como un proceso lineal y mecánico, y que además excluye el saber del enfermo (Menéndez, 2005).

Los fenómenos de morbilidad y mortalidad no se podrán entender por completo sin tener en cuenta el papel que juega la cultura y las relaciones sociales entre los diferentes grupos. Es la *perspectiva antropológica* de los procesos salud-enfermedad-atención que ve al cuerpo como capaz de sentir, vivir y experimentar en un contexto social.

Es decir, la Antropología Médica no está de acuerdo que al cuerpo se le estudie en términos médicos conducentes a herramientas diagnósticas y terapéuticas, ya que ésta refiere que “el cuerpo se encuentra en un mundo de vivencias” que le dan significado al cuerpo vivo en relación e interacción con el mundo que lo rodea.

Es con el cuerpo con el que nos relacionamos en nuestro entorno natural a través de significaciones. El cuerpo vivo es motivo mismo para la exploración a través de narrativas. Por un lado, el médico se apropia del cuerpo para diagnosticarlo, medicarlo y operarlo, analizarlo como cuerpo-objeto y, por el otro lado, la Antropología Médica estudia al cuerpo-vivencia-enfermo. En este sentido, se toma en cuenta la cotidianeidad, los determinantes asociados al orden social, cultural, económico y político que configuran una manera de vivir el cuerpo y asumir la relación salud-enfermedad (Castro, 2007).

Las vivencias del cuerpo, se vuelven más complejas cuando el cuerpo se enferma (Kottow, 2005); y este proceso de salud-enfermedad para la Antropología Médica se encuentra relacionada a la cultura y a la vida social; es decir, la enfermedad no se encuentra vinculada o relacionada a un rol terapéutico, los seres humanos nacemos en contextos sociales en los cuales impera un cierto orden, ciertas creencias y un conjunto de conocimientos que compartimos con nuestros semejantes en las rutinas normales de la vida cotidiana (Berger y Luckman, 1995; Martínez, 2008b).

Desde hace tiempo, la Antropología ha estudiado la medicina tradicional o popular, pero en las últimas décadas ha incursionado en el ámbito de la medicina moderna, y en este momento no se ha limitado única y exclusivamente a abordar padecimientos como el “empacho” o “mal de ojo” sino que enfoca su atención a enfermedades biomédicas como el padecimiento que nos ocupa en esta investigación, la DM II. Puede estudiar sistemas médicos globales o problemas específicos que pueden ir desde las prácticas curativas populares, médicas o chamánicas, pasando por problemas de enfermedad laboral, nosologías médicas étnicas, “susto”, alcoholismo (Barragán, 2005).

A través de los años, la conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX entendía a la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite ver a la salud no solo biológicamente sino también como un sistema de valores ubicado en un marco cultural. Sin embargo, en los últimos años este concepto ha ido cambiando hasta transformarse en “un recurso para la vida”.

Pero el conocer el estado de salud de los individuos conlleva a estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con

el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura (Vergara,2007).

Del lado contrario, la enfermedad entonces se traduce como experiencias típicas, conjuntos de palabras, sentimientos, emociones, vivencias, articuladas a un determinado contexto local y a la vida cotidiana de las personas, parte que la biomedicina no aborda. Sin embargo, Susser fue quien trató de aclarar la diferencia entre enfermedad (*disease*) como proceso fisiopatológico y padecer (*illness*) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo (Susser, 1973).

Siguiendo el análisis de los planteamientos arriba expuestos en términos de modelos para comprender el fenómeno de la enfermedad, no sólo en su dimensión biológica, sino también social y cultural, los términos utilizados por los distintos autores referidos nos ayudan a interpretarla desde una visión más heurística.

Aparte de *illness* y *disease*, también se propone el de “*sickness*” (que incluye a la enfermedad y padecer) considerándolo como el proceso por el cual a los signos conductuales y biológicos originados por la enfermedad, se les dan significados socialmente reconocidos y permite dar cuenta de las condiciones sociales e históricas de la elaboración de las representaciones sociales del enfermo y de las del médico, cualquiera que sea la sociedad involucrada (Laplantine, 1999).

En el marco del debate teórico que se suscitó de la Antropología Médica para distinguir con mayor claridad ambas racionalidades, en 1980 Kleinman, integró el concepto de *enfermedad* al modelo biológico refiriéndolo a la alteración o disfunción de órganos o sistemas; en tanto que el *padecer* lo identificó como una categoría que incorpora la

experiencia y la percepción. Incluso este autor incorpora otro concepto, el de *malestar* como el producto de la relación de los anteriores (Kleinman, 1980).

La enfermedad que se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y el padecimiento o padecer que incluye *procesos de atención*, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones.

De acuerdo con Torres, los estudios sobre la salud y la enfermedad pueden ser abordados de diversas formas. Una de éstas, puede ser a la luz de la visión emic o *etic*. La visión émica permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que se pueden observar en las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. Por contraste, el término *etic* designa la visión médica o desde afuera (Torres, 2004). Esta investigación intentó privilegiar la visión *emic* (enfermo con diabetes) y se utilizaron los términos de enfermedad y padecer; de acuerdo a la distinción establecida por los autores citados.

En la salud y en la enfermedad están implicadas emociones varias como lo son risa, llanto, cansancio, dolor, euforia o miedo, que se alimentan de la experiencia, la vivencia, las acciones y prácticas que mantenemos individual y socialmente. Son las experiencias las que nos conducen a comportarnos de cierta manera ante una situación que nos produce malestar, sufrimiento, dolor, preocupación o aflicciones.

Los diferentes hallazgos sobre el proceso de salud-enfermedad, sugieren que en la experiencia del padecer influye una variedad de comportamientos como los estilos de

vida, las formas de afrontar la enfermedad, las formas de controlarla, experimentarla, juzgarla, comprenderla y explicarla. Así también, su influencia se manifiesta en comportamientos tales como: la búsqueda de ayuda y atención, la actitud para asumirla o prevenirla, la interacción con otros enfermos, la selección y adherencia de un tipo de tratamiento médico.

La Antropología Médica<sup>2</sup>, aborda a los procesos de salud enfermedad desde un enfoque sistémico, pero además analiza una gran parte de los procesos simbólicos, narrativas, orientaciones interpretativas y experiencias. Esto quiere decir que a la enfermedad le da un sentido, un giro en el cual se destaquen las experiencias y vivencias del enfermo. El modelo antropológico plantea entonces el abordaje de un problema-enfermedad de forma multidimensional, sistémica, biológica, social y cultural, de tal manera que permita tener una comprensión más amplia e integral orientando sus alternativas y respuestas en el mismo sentido heurístico, para tener una solución y repuestas más amplias al problema.

Corin señala que la complejidad del proceso salud-enfermedad resulta de las experiencias subjetivas de enfermarse y reafirman la necesidad de contar con una aproximación para comprender el contexto local. Y es desde la Antropología Médica que se puede explorar la relación que existe entre los significados, las condiciones externas que producen la enfermedad, y la experiencia misma de enfermarse (Corin, 2001).

---

<sup>2</sup>La Antropología Médica intenta interpretar, en el área de la salud-enfermedad, tanto las dimensiones objetivas como subjetivas de los actores sociales dentro de la sociedad.

El enfoque de la Antropología Médica permite al investigador ser más receptivo ante factores en apariencia desvinculados, pero que de hecho pueden ser muy significativos para comprender los problemas de salud, enfermedad y atención. Algunas herramientas utilizadas en la investigación antropológica para la obtención de datos de campo pueden aplicarse en forma adecuada para tales propósitos, incluyendo: la observación participativa, la entrevista a profundidad con informantes clave, el uso de cuestionarios abiertos y de guías de entrevista, y las discusiones en grupos focales (Nigenda y Langer, 1995). En esta investigación se utilizaron herramientas tales como los grupos focales y las entrevistas a profundidad con las enfermas diabéticas.

Estas herramientas permiten que la voz de los informantes (enfermos) adquiera sentido, significado y valor, ya que éste es el principal actor en el proceso de investigación. Con dichas herramientas, comprendemos, describimos e interpretamos los significados que los enfermos de DM le dan a su padecimiento a través de su propia experiencia dentro de un determinado contexto.

## **2.4 Definición de conceptos**

### **2.4.1 Procesos de autoatención, saberes, prácticas, y experiencias de la enfermedad**

Los padecimientos, la enfermedad y los daños a la salud constituyen los hechos más frecuentes, continuos e inevitables afectando la vida cotidiana y a los conjuntos sociales. De igual modo, la respuesta a una enfermedad es un hecho cotidiano, recurrente. Enfermar, atenderse o morir son procesos que no solamente deben ser

pensados desde profesiones o instituciones, sino como procesos a partir de los cuales los individuos o grupos sociales ejercen acciones y prácticas.

*Los padecimientos constituyen uno de los principales ejes en donde se construyen gran variedad de significados* (Menéndez, 1994:71).

En este estudio analizamos las diferentes formas de atención de la diabetes a través de los conceptos propuestos por Eduardo Menéndez.<sup>3</sup> Comúnmente la población utiliza las diferentes formas de atención para una misma enfermedad debido a que la relación médico/paciente cada vez es más excluyente negando la palabra del enfermo. La forma en que se identifica, comprende o describe las formas de atención es a través de lo que hacen y usan los enfermos (en nuestro caso las diabéticas) no sólo a partir de los curadores profesionales (biomédicos, tradicionales o alternativos).

Es decir, a través de la carrera o trayectoria del enfermo (proceso que abarca desde los primeros síntomas y las acciones que el enfermo lleva a cabo para alivio de su padecimiento incluyendo recursos médicos populares y alopáticos) podemos identificar la mayoría o todas las formas de atención utilizadas y entre ellas las diversas articulaciones que se generan por los saberes y prácticas de los sujetos a partir de su experiencia de padecer.

---

<sup>3</sup>Eduardo Luis Menéndez Espino nació en Argentina. Es uno de los teóricos e investigadores pioneros en Latinoamérica en el área de la Antropología Médica. A lo largo de su carrera ha desarrollado una visión crítica sobre el sistema de salud, cuestionando lo que llamó el Modelo Médico Hegemónico. Ha participado en proyectos de investigación y todos dieron lugar a productos publicados. Entre estos se encuentra, Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas en 2003.

A continuación mencionamos algunas de las diferentes formas de atención a la enfermedad:

- Biomédica: referidas a los médicos en el primer nivel de atención y de especialidades.
- Popular y tradicional: curadores como hueseros y chamanes.
- Alternativas: paralelas, sanadores, religiones curativas.
- Devenidos de otras tradiciones médicas: acupuntura, ayurvédica, mandarina.
- Centradas en la autoayuda: clubes de diabéticos

Las diferentes formas de atención señaladas, no son estáticas, sino que se encuentran en un proceso dinámico dadas por las diferentes actividades que realizan los sujetos en torno a su padecimiento; es decir, a través de *dinámicas transaccionales* donde los enfermos negocian su padecimiento; aunque de una u otra manera funcionan como antagónicas, se articulan una con otra, u otras. Esta dinámica transaccional, se lleva a cabo en dos niveles. El primero se refiere a las relaciones que existen entre las diversas formas de atención a través de los operadores de las mismas. Así vemos como la biomedicina se apropia de la acupuntura o retoma a la herbolaria.

El otro nivel se refiere a la integración de dos o más formas de atención por sujetos o grupos con algún padecimiento -como la Diabetes *Mellitus*- la cual- debe ser analizada e interpretada a través de la carrera del enfermo. Desde nuestro punto de vista y de acuerdo con Eduardo Menéndez “*Son las actividades que realizan los sujetos y grupos que crean la mayoría de las articulaciones entre las diferentes formas de atención a*

*través de sus usos y superando la supuesta o real diferencia que existe entre las mismas dado que dichas incompatibilidades y diferencias se vuelven secundarias para los sujetos y grupos que buscan una solución a sus problemas” (Menéndez, 2005a:40). Es a partir de lo que acontece en este primer nivel de atención y en la evolución de los padecimientos, así como en función de las condiciones sociales y culturales, que el sujeto y microgrupo deciden o no consultar a los curadores profesionales” (Menéndez, 2003:201).*

La búsqueda de atención del enfermo dependerá en gran medida de su experiencia, de lo que él entienda por salud y, en ese sentido, no siempre son semejantes los significados de enfermedad-salud para profesionales y enfermos con diabetes atendidos en los servicios de salud. Señala Good (1994) que nosotros, actuamos en el mundo a través de nuestro cuerpo y experiencia; nuestro cuerpo es sujeto de nuestras acciones a través de las cuales experimentamos, comprendemos el mundo y actuamos en él.

Es importante mencionar que la autoatención, incluye acciones que integran alimentación, higiene, curación, prevención y la automedicación que comprende el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento o administración del mismo, también se incluyen hábitos y conductas cotidianos que se orientan al mantenimiento y cuidado de la salud.

Para los propósitos de la presente investigación, los saberes y prácticas serán entendidas como aquellas que la población utiliza a nivel sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios sin la intervención

central directa o intencional de curadores profesionales y constituye una actividad constante (Menéndez, 2003). Los enfermos con diabetes poseen saberes y prácticas populares de la salud, las que muchas veces, son intercambiadas entre ellos durante la convivencia diaria, y es común que el equipo de salud ignore esos conocimientos populares que circulan en lo cotidiano, considerando el conocimiento técnico y científico como el único que tiene validez y está correcto (Torres, et. al, 2005). Por ello, el proceso de salud-enfermedad-atención debe estudiarse no de forma individual sino situando al individuo dentro de sus interacciones en una sociedad y son construidas socialmente y moldeadas por el contexto social.

Por otro lado, la experiencia<sup>4</sup> del padecimiento, se entiende *como aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean* (Mercado, et al. 1999). Por lo tanto, las diversas formas de atención que busca el enfermo diabético sólo podríamos comprenderla en su integralidad a través de las “experiencias del enfermo”. Este fue el conjunto de ideas que guiaron el proceso de la investigación.

---

<sup>4</sup> Como concepto, *la experiencia* coloca el acento en la fluidez de la vida y en el carácter abierto de la continuidad de las acciones, asimismo, nos impulsa a ver a las acciones como unidades de comportamiento que pueden ser separadas del resto del curso de la acción y constituirse en tema de conversación luego. Es un término de conexión ya que fomenta a que discutamos acerca de la vida en los términos en los que las actividades presentes o, incluso, las más amenazantes, pueden ser aprovechadas y reactualizadas de alguna forma en el futuro: “La experiencia es el mejor maestro”, “Vive y aprende”, y todo eso. La experiencia contiene actos ordinarios que van desde el más casual hasta el acontecimiento más memorable. Encarna tanto significados como sentimientos (Argentina, 2010). Si bien reconocemos la complejidad y la amplitud de esta misma categoría y su campo de análisis en donde diversos autores han hecho aportes importantes, no es de nuestro interés profundizar en este tema. Para su mejor comprensión ver (Jodelet y Moscovici).

## **2.5 Formación de redes sociales: soporte al padecer**

### **2.5.1 La familia como red y apoyo al enfermo**

Uno de nuestros principales puntos de partida es que la presencia de diabetes es un reto no sólo para el enfermo sino también para los familiares. Durante el curso de la enfermedad existen interacciones adversas que pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia y esto puede tener un efecto significativo sobre el rumbo y/o desenlace de la enfermedad.

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa, y a través de la red familiar y amigos es posible encontrar apoyo emocional y soporte (Martínez-Torres, 2007); si la familia refuerza los lazos emocionales con la persona que padece diabetes se obtendrá un impacto positivo en su salud y sobretodo en su calidad de vida.

La familia es la instancia que provee al sujeto los recursos necesarios para cualquier momento de su vida, además de sus primeras habilidades sociales, éstas le darán seguridad para relacionarse y enfrentarse a nuevas situaciones y el vínculo entre el enfermo y la familia le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en dicho ambiente y da sentido a cada una de sus relaciones, es por ello que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez son influidas por ellos (Cano, 2002).

Dentro de los resultados de nuestra investigación (ver capítulo IV subtema 4.3.1) fue posible confirmar estos mismos planteamientos, aunque también en algunos casos la familia puede llegar a representar un importante obstáculo en la experiencia del

padecer y en las estrategias de recuperación/autoatención por parte del enfermo diabético.

Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del enfermo a sus síntomas o complicaciones (Cifuentes y Yefi, 2005). Sin embargo, la moral familiar que rige las nociones de obligatoriedad de cuidado y manutención por parte de los familiares (esposo, esposa, hijos, hermanos, entre otros) al enfermo o enferma, varía de acuerdo a la estructura y condición económica del grupo doméstico (Solís, 2009).

Una red social personal es aquella que está constituida por los vínculos que conectan a una persona con su entorno y le facilitan la satisfacción de sus necesidades materiales y emocionales. Tanto el tamaño, la composición, como la densidad de la red resultan elementos relevantes que caracterizan su estructura. Esta red social cumple diferentes funciones que inciden en el apoyo social percibido. Se trata de un proceso recíproco, que genera efectos positivos para el sujeto que los recibe, así como para quien ofrece el apoyo, permitiendo que ambos tengan más control sobre su vida (Da Silva et al. 2008).

Esta última deriva de las interacciones sociales o de las relaciones que proveen asistencia o un sentimiento de apego a la persona cuidada. Es una experiencia de *subjetivización* de los recursos de cuidado que brinda la red e implica conexión social e interacciones de apoyo que contribuyen a atemperar los efectos nocivos producidos por la enfermedad. (Hofboll y Vaux, 1993). Las redes sociales son sistemas no visibles que configuran la vida de los seres humanos, las redes se van fortaleciendo por esas

intersubjetividades y vivencias de las personas y se encuentra en transformación constantemente.

Como mencionamos, en párrafos anteriores, otro tipo de redes sociales son las institucionales (por ejemplo redes creadas en los Clubes de Ayuda Mutua) que el enfermo crea y mantiene mediante intercambios con los demás enfermos.

### **2.5.2 Redes de apoyo mutuo**

Las redes de apoyo mutuo constituyen redes secundarias que el enfermo crea como soporte y alivio a su padecimiento; generalmente esta creación de redes se genera en un grupo de autoayuda. A la vez, un grupo de autoayuda posibilita crear y ampliar una red social que proporcione el apoyo necesario a las personas que formen parte del grupo. En los grupos de autoayuda se busca que a través de las dinámicas que realiza el moderador, casi siempre un miembro del personal de salud, se establezca la cohesión del grupo, por tanto, se busca implementar un sentimiento incluyente y plural que cambie la idea individual por la del colectivo.

De esta manera se pueden construir y fortalecer los lazos de amistad y compañerismo entre los participantes, para llegar a tener un espíritu de grupo (Raggio, et al. 2007) que motive a todos a participar en el cuidado de sí mismos y de los otros, apoyando su esfuerzo por comer mejor y realizar ejercicio permanente, además de servir de sostén emocional para el abandono de prácticas que van en contra de su salud.

Tomando en consideración los aspectos señalados en los párrafos anteriores, esta investigación tiene como objetivo comprender las diferentes formas de atención que

buscan los diabéticos para el alivio de su padecimiento desde la esfera institucional hasta las prácticas en la vida cotidiana que incluyen automedicación y otras actividades fuera del Club. El Club de Ayuda Mutua es un espacio en el que se articulan diversos saberes, prácticas y transacciones de las distintas formas de atención.

Al Club de Ayuda Mutua de San Cristóbal de las Casas, asisten mayoritariamente mujeres, por lo que los roles de género podrían estar incidiendo en ellas y seguramente el estudiar este aspecto desde una perspectiva de género aportaría otros elementos de análisis, sin embargo no fueron los objetivos de esta investigación.

En un apartado específico del siguiente capítulo describimos cómo funciona un Club de Ayuda Mutua de Diabéticos, Hipertensos y Obesos que se encuentra bajo la dirección de la Secretaría de Salud. Desde 1995 el Centro de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano, promocionó los GAM, con el objetivo primordial de garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de la enfermedad. Los GAM se han formado principalmente en las unidades de salud del primer nivel de atención, y de manera paulatina se han ido implementando estos grupos.

Para diciembre de 2004 todos los estados de la República Mexicana (31 más el Distrito Federal) estaban participando en esta estrategia, con un total de 7,416 GAM y 264,392 integrantes. Actualmente los GAM son coordinados por personal de salud. Los integrantes de los GAM se reúnen de manera mensual. En las sesiones educativas que se realizan intercambios de experiencias y esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad.

### **Capítulo III. Marco metodológico**

La presente investigación se realizó en la cabecera municipal de San Cristóbal de Las Casas debido a que esta ciudad cuenta con una población heterogénea en cuanto a etnias, sexo, nivel socioeconómico y acceso a diferentes tipos de atención médica. Pero sobre todo, el criterio básico fue que en esta ciudad existe un único Club de diabéticos, hipertensos y obesos que constituyó en su fase inicial el espacio propicio para abordar la problemática de la diabetes desde la experiencia del padecimiento en contextos individuales y colectivos, los saberes y prácticas, la autoatención y transacciones articuladas al proceso de salud, enfermedad y atención.

Tomando en consideración la heterogeneidad -en cuanto a la composición social- del grupo que asiste al Club y, por supuesto, de la disposición que algunas personas diabéticas tuvieron para participar en esta investigación; para ello definimos algunos criterios de elección basados en su trayectoria terapéutica, historia personal desde su experiencia del padecimiento, el ámbito familiar, tiempo de vivir con ese padecer, tiempo de asistencia al Club, entre otros criterios sociodemográficos (grado de escolaridad, estado civil, edad, religión y apoyo económico de los familiares). Posteriormente diseñamos y aplicamos una encuesta (ver anexo 7.1) y como resultado de esto escogimos a cuatro mujeres.

Para aquellos estudios que privilegian un enfoque de tipo cuantitativo o una perspectiva epidemiológica, el dato estadístico, el tamaño de la muestra y la representatividad, etcétera, constituyen aspectos determinantes para el estudio que llevan a cabo. Sin embargo, a partir de los propósitos de esta investigación y del enfoque cualitativo que

se trabajó, centrándolo en el sujeto enfermo, se decidió abordarlo en profundidad como estudios de caso, por lo que una parte del trabajo de campo estuvo enfocado en las cuatro informantes (características personales, ver anexo 7.2 ) que durante el estudio estuvieron participando activamente en el Club de Diabéticos del Centro de Salud de San Cristóbal de Las Casas, aclarándonos ellas mismas que lo hacían desde su propia persona y no como representantes o portadoras del sentir de sus compañeras y compañeros.

Este club lo consideramos no solamente como un espacio institucional donde las personas asisten regularmente para el control de su enfermedad (DM), sino como un espacio donde se crean y reproducen redes sociales y afectivas las cuales han tenido una importancia fundamental para las enfermas en el tratamiento, control y, sobretodo, en el mejoramiento de su calidad de vida.

La DM II situado desde el punto de vista de la persona enferma, supone considerar a dicho padecimiento dentro de un conjunto de relaciones que van de lo individual, familiar, institucional (Centro de Salud y Jurisdicción Sanitaria II), y social (Club de Diabéticos), a través de las consultas con el médico del Centro de Salud. Asumimos que esta red de relaciones va más allá de constituir un soporte fundamental para la recuperación, alivio y bienestar de las personas diabéticas y que genera situaciones de conflicto debido al carácter asimétrico, de poder y control (aunque también de complementariedad, por supuesto) inherentes a dichas relaciones.

Por tales razones, planteamos que el problema de la DM II en una persona no se reduce a que si toma o no sus medicamentos o si hace los ejercicios recomendados o sigue la dieta prescrita, más bien tiene mucho que ver el papel que desempeña en esa misma relación, su capacidad de decisión, de las estrategias de autoatención que pone en marcha, entre otras.

Algunas de las preguntas centrales que orientaron esta investigación fueron las siguientes: ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de autoatención en personas diabéticas que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal de Las Casas, a partir de su experiencia de enfermedad? ¿Cuáles son los principales saberes y prácticas que las mujeres diabéticas tienen o llevan a cabo respecto a su padecimiento? El resto de las interrogantes formaron parte de nuestra matriz básica de información (ver anexo 7.3) y sirvieron de guía para las entrevistas grupales y a profundidad que incluyó saberes, prácticas, experiencias y redes entorno a la DM II.

Con la finalidad de lograr una mejor comprensión y análisis de los resultados obtenidos, organizamos la información en tres apartados generales: el primero, referido a la construcción social de la diabetes, el segundo a los saberes y prácticas, y el tercero a la dimensión colectiva, es decir las redes familiares e institucionales.

### **3.1 La importancia de abordar a la diabetes desde una perspectiva cualitativa**

Hemos señalado anteriormente que a lo largo de los años el enfoque empleado en la mayoría de las investigaciones en salud es el biomédico; aunque también los estudios cualitativos han venido ganando un terreno cada vez más importante. Hoy en día las investigaciones médicas requieren perspectivas más comprensivas e interpretativas que están más allá del reduccionismo biológico y es aquí donde la investigación cualitativa asume un lugar preponderante.

Por consiguiente es importante explicar y describir algunas de las cualidades e importancia que tuvo este enfoque para nuestro estudio.

La investigación cualitativa (IC) ha dejado de ser una metodología exclusiva de la Sociología y Antropología. En los últimos años ha cobrado relevancia en investigaciones en salud ya que desde la IC los fenómenos son estudiados en su contexto, intentando encontrar el sentido o significado de los mismos a partir de lo que las personas le otorgan. Entonces, la atención se dirige a la multidimensionalidad de la realidad social asumiendo el carácter dinámico e histórico de la realidad, donde intervienen los fenómenos, el investigador y el sujeto de estudio (Calderón, 2002).

La investigación cualitativa recoge datos descriptivos, es decir, las palabras y conductas de las personas sometidas a la investigación (Taylor y Bogdan, 1987). Permite internarse en el “mundo de las personas”, en las subjetividades y significados.

Es decir, se orienta en analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales, la concentración en los puntos de vista de los sujetos y el significado que ellos le atribuyen a las experiencias y los acontecimientos, así como la orientación hacia el significado de los objetos, las actividades y los acontecimientos inspira gran parte de la IC. (Flick, 2007).

La investigación cualitativa en salud (ICS) presenta, entre otras de sus características esenciales, las siguientes: se trata de un campo de conocimientos y prácticas en el cual confluye un conjunto de tradiciones, disciplinas, temáticas, interrogantes y metodologías diferentes, pero bajo uno o varios ejes aglutinadores. Uno de éstos remite a preocupaciones teórico conceptuales, metodológicas o técnicas, relacionadas con ciertos datos de naturaleza cualitativa (Álvarez y Gayou, 2005).

Se trata de un campo de conocimientos y prácticas en donde se aglutinan tradiciones científicas diferentes y se intenta hacer ciencia en torno a la salud, la enfermedad y la atención de un modo diferente al modelo convencional que, entre otras cosas, silencia las voces de demasiados actores (Mercado, et al. 2000).

Entonces, si la ICS posee estas cualidades y permite comprender los significados que le atribuyen las personas a su entorno, los enfermos a su padecimiento ¿Por qué seguimos haciendo investigaciones que nos hablan de la magnitud del problema (DM), si ya sabemos de antemano que las cifras van en aumento?, ¿Por qué no aprendemos de los mismos enfermos cuestiones que hemos ignorado por años, como la experiencia de vivir con la enfermedad?

### **3.2 El enfoque etnográfico como aproximación teórica y metodológica**

El enfoque etnográfico es una de las vías a través de las cuales es posible introducir las aproximaciones teórico-metodológicas de las ciencias sociales en el campo de la salud. La etnografía es un proceso metodológico global que no sólo incluye una descripción, sino que implica un estudio intensivo y un análisis a profundidad del objeto de investigación, lo cual lleva en sí un acercamiento y una interacción directa del investigador con los informantes, los enfermos de diabetes mellitus que nos dieron los elementos necesarios para alcanzar los objetivos planteados y responder las preguntas de investigación.

Se obtienen datos justamente al participar de la experiencia o situación que se observa en la vida cotidiana de las personas; por lo cual comprender qué hacen, qué observan, cómo perciben al mundo que los rodea, qué saberes y prácticas ejercen en torno a un padecimiento y cómo viven y experimentan su enfermedad día a día constituye una parte medular de la investigación antropológica respecto a los procesos de salud/enfermedad /atención.

La etnografía se vale de las experiencias de vida, narrativas de la enfermedad observación participante y no, entrevistas en profundidad, entrevistas grupales o grupos focales a informantes, los cuales nos proporcionan datos para construir una descripción holística de la cultura humana y proveer información detallada acerca de la salud, relaciones sociales, creencias y redes (Peñarrieta, 2005).

Los resultados que se obtienen a través de las herramientas mencionadas (historias de vida, entrevistas, etc.) nos ayudan a proponer algunas alternativas frente a problemáticas que son el objeto de nuestra investigación, como por ejemplo: desarrollar mejores mensajes de educación en salud, cambiar la forma de utilizar los servicios, mejorar la habilidad de los profesionales de salud en relación a la atención de los enfermos.

El interés fundamental fue hacer una reflexión desde mi formación de Nutrióloga y enriquecer mi experiencia formativa en investigación a partir de problemas que pueden ser abordados desde la etnografía.

En este sentido, la presente investigación se basó en esta aproximación metodológica ya que nos permitió explorar temas clave y conceptos de salud y enfermedad desde el punto de vista de la población y no desde el punto de vista médico.

### **3.2.1 Narrativas de la enfermedad**

Las experiencias del padecer pueden ser expresadas a través de narraciones; la narración permite analizar, describir y comprender cómo el enfermo construye sus saberes, representaciones, ideas acerca de la enfermedad; en este caso cómo los enfermos diabéticos construyen su mundo y además las estrategias que utilizan para atender su padecer.

Partimos del supuesto de que las narrativas son una vía de acceso a la experiencia, ya que a través de los relatos sobre eventos vividos, las personas representan, comunican y (re)cuentan esa experiencia. Requiere reconocer que el narrar, el “contar una historia”, es una dimensión fundamental de la vida misma de los sujetos y constituye el

significado de la experiencia (Good, 1994). Es entonces que con las narrativas<sup>5</sup> podemos descubrir las diferentes acciones llevadas a cabo por los enfermos para aliviar, controlar o curar la enfermedad y las prácticas que llevan a cabo de manera cotidiana; las narrativas fueron utilizadas en este estudio para comprender la articulación de las distintas formas de atención que busca el enfermo de manera institucional, familiar y personal.

### **3.2.2 Grupo focal**

Dentro de la metodología cualitativa coincidimos con la definición de que un grupo focal es donde se reúnen grupos de personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas.

Consiste en usar la interacción del grupo para generar datos e interpretaciones que serían menos accesibles sin la interacción encontrada en un grupo (Ullin, 2005). Un grupo focal es diseñado para investigar los lugares comunes que recorren la subjetividad, la dinámica articulada a un grupo (Álvarez y Jurgenson, 2005). La conformación del grupo focal (ver carta descriptiva, anexo 7.5) fue a principios de agosto de 2010, y se realizaron tres sesiones con temas distintos. Las sesiones fueron grabadas y algunas observaciones escritas en el diario de campo.

---

<sup>5</sup> La narrativa de enfermedad permite comprender como se articulan los diversos saberes, es decir la experiencia del padecimiento, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención de la enfermedad (Cortés, 2007).

En la primera sesión se abordó el tema de los saberes que las mujeres tenían de la diabetes *mellitus*, sus causas, así como los cambios en su cuerpo. La segunda estuvo enfocada en las experiencias de la enfermedad tanto del enfermo, como con su familia, y con los miembros del club además de los cambios en su vida diaria. Comentaron que nunca pensaron que sus testimonios “sirvieran para una tesis” pero que a ellas les ayudaba mucho a conocerse, desahogarse y que al salir de las reuniones se sentían “alegres”.

La última sesión estuvo orientada a las acciones que ellas llevaban a cabo dentro y fuera de la esfera institucional como una forma de encontrar alivio. Los temas abordados estuvieron relacionados con los aspectos colectivos, redes institucionales y familiares.

### **3.2.3 Entrevistas a profundidad**

En esta investigación se indagaron las diferentes formas de atención que busca el enfermo, redes familiares e institucionales así como la experiencia que ha tenido el vivir con diabetes; mediante la entrevista a profundidad se obtuvieron datos respecto a lo anterior.

La entrevista a profundidad es un reiterado encuentro cara a cara entre el investigador y los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras, además de desmenuzar los significados de sus experiencias (Taylor y Bogdan, 1987, Álvarez y Jurgenson, 2005).

Las entrevistas a profundidad se llevaron a cabo a finales del mes de agosto y principios de septiembre de 2010, siguiendo el orden temático del grupo focal. Establecimos un calendario de entrevistas junto con ellas, de tal forma que los días y horarios acordados no interfirieran con sus actividades cotidianas.

### **3.3 Categorías y proceso de análisis**

La información que se obtuvo de los grupos focales y de las entrevistas a profundidad, se transcribió en Word y posteriormente convertimos los archivos a formato de texto para analizarlos en el programa Nudist6 para datos cualitativos. Con base en los objetivos y la pregunta de investigación planteados construimos categorías de análisis que ayudaron a procesar los datos más fácilmente y a partir de éstas se desprendieron las unidades de explicación (ver anexo 7.5).

Posteriormente, los datos producidos tanto de las entrevistas grupales como de las individuales a profundidad se organizaron dentro de las unidades de análisis construidas en el Programa Nudist6.

### **3.4 Consideraciones éticas**

Desde nuestro punto de vista, las valoraciones éticas en el quehacer científico constituyen un campo que cada vez cobra mayor interés y, a la vez, representa un desafío importante para la ciencia en general. En los estudios realizados desde una perspectiva cualitativa en donde el modo de concebir las problemáticas abordadas y la relación interpersonal o intersubjetiva que se establece con las y los sujetos de la

investigación nos sitúa en la necesidad de avanzar en la definición de los dilemas, obligaciones y responsabilidades.

En el caso de la presente investigación, al menos, se consideró necesario tener en cuenta que el proceso mismo de la producción e interpretación de los resultados obtenidos de las entrevistas y demás encuentros con las informantes fueran respetuosos de su palabra, de su identidad e integridad.

Por tal razón, se formuló una Carta de Consentimiento Previo Informado (C.C.P.I), en la cual se explicó a detalle cuales eran los objetivos del estudio, el procedimiento, los posibles beneficios y la confidencialidad de los datos (Ver anexo 7.4).

Los nombres que aparecen en los testimonios son ficticios, además de que cada encuentro con las participantes fue transcrito por la investigadora principal, con lo cual se logró mantener el anonimato de las informantes.

## **Capítulo IV: Resultados y discusión**

Este capítulo está conformado por tres dimensiones de análisis las cuales son: a) la construcción social de la diabetes, b) autoatención, saberes y prácticas, y c) el ámbito de las interacciones colectivas del padecer.

### **4.1 Construcción social de la diabetes**

#### **4.1.1 Dilemas y actitudes frente al padecimiento**

Al pasar de las conjeturas y del desconocimiento de aquello que provocaba determinados signos y síntomas en las personas entrevistadas, a las evidencias del diagnóstico de haber desarrollado la diabetes, esto trajo consigo una serie de emociones y actitudes. Algunas de las primeras reacciones que se presentaron en determinados periodos del proceso de salud, enfermedad, atención de la diabetes fueron: la negación del padecimiento, la necesidad de encontrar culpables; o bien, atribuirlo a un hecho especial. Aun cuando existen elementos comunes en los casos estudiados, cada una de las señoras entrevistadas lo vivió (el padecimiento) de manera particular en función de su propia historia personal.

El caso de Doña Mercedes nos refiere algunas experiencias relacionadas a la no aceptación de la enfermedad y el rencor que siente hacia la persona que ella menciona como el causante de su diabetes. Cabe mencionar que este caso tiene una connotación particular por de atentar contra su vida en varias ocasiones, lo cual nos hace suponer una baja autoestima de la informante. En su testimonio señala:

*Cuando me dijo el doctor que era diabética sentí la muerte y estaba sola y fue cuando recién me dejé de un hombre y ya quedé diabética y cuando yo tomaba las pastillas y se me quedaban en la garganta maldecía yo a la persona que me lo provocó. Pero la diabetes en un principio si me acabo, moral y espiritualmente y económicamente.. Quería morirme, matarme, ya no quería vivir era un dolor grandísimo que no lo podía sacar, lo que quería era que me diera un coma diabético (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

Por otro lado, en el caso de Doña Lucy, se observa que ella aún sufre de *depressiones*, y se siente sola, ya que su hijo la mayor parte del día se encuentra fuera de la casa. Sin embargo, trata de ocuparse en labores que le ayuden a mantenerse ocupada.

*Fue un tormento y me dio tristeza desde que me dijeron que me cuidara y cuando me dijo el doctor que ya iba a tomar pastillas sentí muy feo. Tengo quince años con diabetes y es triste; yo bendigo a Dios, yo canto, yo bailo, yo tengo mi chismosa todo el día (la radio), si me voy a poner a planchar pongo mi disco y ahí estoy cantando y llorando y bueno. El por qué, lo dije miles de veces, con coraje y rabia culpé a Dios. Porque no vamos a curarnos nunca (Doña Lucy, Septiembre de 2010).*

En contraste con los dos casos anteriores, Doña Silvia y Doña Elena son mujeres emocionalmente *fuertes* y consideramos que esta actitud frente a su padecimiento les ha permitido afrontarlo con mayor entereza, lo cual puede traducirse en una ventaja para quienes no cuentan con estos mismos recursos. Al respecto mencionan lo siguiente:

*La señora con la que trabajaba me lleva con un doctor amigo de ella y me dice: tienes azúcar si, y cuál es el problema? No te vas a curar pero si puedes hacer tu vida normal, sin que te sientas enfermas y él me pregunto, te quieres curar? Mi diabetes es desde hace veintiséis años, pero le digo que en sí cuando yo acepto al señor Jesucristo que ya tengo azúcar, así que en su perfecta voluntad está el que yo sane, y si no que me fortalezca para seguir adelante el tiempo que tenga que vivir con ella y gracias a Dios yo viví sin medicamentos por espacio de diez años (Doña Elena, Septiembre de 2010).*

*No hubo una orientación, el doctor no dijo que cuidados solo: a partir de hoy no va usted a comer nada y que voy a comer doctor? Pollo hervido o asado una tortilla algunas frutas y algunas verduras me salí más triste de lo que había llegado porque si no me mata la diabetes me matara la dieta. Mi diabetes es desde hace nueve años, todavía eché cubas y ponche y ya me preocupe cuando empecé a ver doble y me senté un día y me puse a llorar porque ya no pude ensartar el hoyito de la aguja. Me sentía siempre culpando a mi esposo, y he aprendido de que como tengo la diabetes no me moriré mañana y con decirle ya no voy a retroceder el tiempo, hasta yo tuve cierta culpa por aguantarme por estar ahí porque cuando uno no se valora a uno misma no pueden poner límites. Me tardé como dos años en aceptar mi diabetes (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

Con base en las narrativas presentadas, consideramos que el diagnóstico de la diabetes es un hecho que genera reacciones de negación de la misma enfermedad, o bien que el enfermo puede tener un choque emocional ya que no se encuentra preparado para vivir con esta enfermedad crónica, lo cual provoca una situación estresante, donde el enfermo se enfrenta a circunstancias que implican cambios, demandas conductuales que le son difíciles de poner en práctica o satisfacer.

Cada persona enferma tiene una manera particular de responder frente a la diabetes, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo; los enfermos utilizan cualquier recurso para afrontar su enfermedad, sobre todo enfrentar los estados de ansiedad que les genera vivir con esta enfermedad crónica respecto a esto se encuentra el grado de fortaleza que poseen (Pollok, 1990).

El afrontar la enfermedad dependerá de la misma experiencia de la enferma diabética y de los medios con los que cuente para controlar el estrés, los cuales incluyen factores que tienen que ver con la persona como los valores, creencias, capacidades individuales o factores del medioambiente como son las redes sociales, recursos económicos e institucionales (Rodríguez y Whetsell, 2007).

#### 4.1.2 ¿Se puede estar sano teniendo diabetes?

Las mujeres participantes en el estudio refirieron estar sanas cuando ellas pueden comer todo tipo de alimentos, “no tener que cuidarse de nada”, “reírse de la vida”, “la maravilla que puede tener la vida”, “no hay dolencias” y “no existe cansancio”. Por el contrario el hecho de enfermarse o “sentirse enfermas” lo refieren en términos de *tristeza* y tener limitaciones con la alimentación. Mencionaron que antes de enfermarse comían de todo, pasteles, galletas, tortillas, refrescos, muéganos, pan y dulces; por lo tanto, según su opinión fue el consumo desmedido de estos alimentos lo que les provocó diabetes.

Las mujeres mencionan que la diabetes es una enfermedad que las ha hecho entender la forma en cómo se deben alimentar sanamente. En el club, las participantes han aprendido que la diabetes es una enfermedad crónica y degenerativa y si no cuidan su alimentación las complicaciones aparecerán más rápido así como las amputaciones.

Sin embargo, los procesos de salud enfermedad entre los diabéticos tienen una connotación social que se refleja a través de las concepciones cotidianas, en ese sentido, el siguiente testimonio afirma que:

*La enfermedad se “controla” y así puedo seguir otros tres años, o cuatro años, eso no quiere decir que ya estoy sana, como muchos dicen “se curó” pero sabemos hasta ahorita que no se cura hay “control” y eso lo venimos logrando con las pláticas aprendiendo a comer el ejercicio y el medicamento (Doña Silvia, Agosto, 2010).*

*Si...malas pero buenas, nosotras somos “enfermas sanas” (Doña Mercedes, Agosto 2010).*

*Lo vamos a tener hasta el último día de nuestra vida y que se va alargar, conforme a la alimentación, la dieta que llevemos... (Doña Lucy, Agosto de 2010).*

Cada individuo vive de manera diferente su padecimiento, éste es construido social y culturalmente y es así como el enfermo toma comportamientos distintos ante su cuidado o recuperación de su salud.

Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso en satisfacciones personales (Sacchi, et al. 2007), la aseveración que sostiene el autor nos conlleva a pensar que actualmente en los asuntos de la salud y la enfermedad gravitan percepciones culturales sobre la misma.

Las participantes refieren que ellas se encuentran controladas respecto a su padecimiento pero eso no significa estar sanas; aceptan que siguen siendo enfermas pero controladas, con medicamentos y limitaciones en el tipo y cantidad de alimentos que consumen. Incluso, la mayoría refiere que la alimentación ha sido lo más difícil de controlar en el curso de la enfermedad y algunas se ven en la necesidad de preparar dos tipos de alimentos, uno para ellas y otro para los demás miembros de su familia.

#### **4.1.3 Diabetes, azúcar y sangre**

La diabetes es definida, en términos médicos, como las concentraciones anormales de glucosa en la sangre, y es de esta misma manera que la entienden las mujeres participantes, ya que sus opiniones remiten a este mismo discurso biomédico, aunque constantemente lo resignifican, incluyendo otros elementos de su cotidianidad; es decir, establecen una diferencia entre los distintos tipos de diabetes como patología,

pero consideran que el “azúcar” es algo normal “escondida en nuestro cuerpo”, tal como lo explicaremos más adelante.

Para algunas enfermas, la diabetes es una enfermedad que se las “envió Dios” y que “será su acompañante para el resto de su vida”; para otras “un acompañante para no estar solas”. Por otra parte, ellas piensan que *la diabetes la llevamos todos los seres humanos escondida en nuestras células, pero que no a todos se les desarrolla.*

Su condición de creyentes, sean católicas o no, les permite tener un recurso de tipo explicativo frente al origen causal de su padecimiento y asumen que Dios se las envió para que se cuidaran un poco más, pensarán en su salud y en ellas mismas. Estos testimonios así lo indican:

*Pues es una enfermedad, va a vivir con nosotros y que vino a acompañarnos y que gracias a Dios, abrimos los ojos que tenemos que aprender a vivir, a comer, a querernos un poquito, porque tal vez antes no nos queríamos por eso vivíamos desordenadamente, pero ahorita nos va dar un tiempo de cuidarnos, para que podamos vivir un poquito más con la diabetes. Pues ya ¡bienvenida! (Doña Silvia, Agosto de 2010).*

*Para mí sí, todas las enfermedades las tenemos, las tenemos de nuestras células escondidas debajo de otra piel que tengamos pero solo es un pretexto para que se muestren y se reflejen los males. El azúcar, es algo que tenía escondido dentro de mí y salió a relucir para que viva conmigo el resto que me quede de vida. Eso es para mí (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

*El doctor dice que todos estamos predispuestos porque todos tenemos las enfermedades dentro, sólo busca un momento para que salga y hasta que el organismo dice aquí nada más, muchos salimos con diabetes, otros con cáncer que también es algo emocional del cuerpo, pero yo así lo creo (Doña Silvia, septiembre de 2010).*

En las entrevistas a profundidad también se abordó más a fondo lo que para ellas significa la diabetes y el “azúcar”, éste último término también utilizado frecuentemente; tres de las participantes en el estudio coincidieron en que la diabetes es la enfermedad ya desarrollada y diagnosticada; en tanto que “el azúcar” todas las personas la tenemos en la sangre o escondida, nada más que a algunas personas se les desarrolla y a otros no”. Los siguientes relatos ejemplifican lo anterior:

*El azúcar y la diabetes es lo mismo, la diabetes es el nombre de la enfermedad (Doña Lucy, Septiembre 2010).*

*Todos normalmente dicen “azúcar” y en el club “diabetes”, son diferentes todos tenemos azúcar mas no desarrollada; ahora la enfermedad ya es la diabetes. Aunque a veces tengamos años de tener la enfermedad uno no lo sabe que la tiene, como yo que tardé muchos años (Doña Elena, Septiembre 2010).*

*Lo ideal es diabetes, pero ya por ignorancia o lo que sea le decimos azúcar (Doña Mercedes, septiembre 2010).*

La reflexión que hacemos sobre lo antes dicho es que, la manera de entender a este padecimiento es una combinación de saberes que provienen de lo aprendido en el Club y, por otro lado, de su entorno familiar.

En este sentido, la sangre de un diabético es considerada de distintas formas, por ejemplo, puede ser “dulce o no”, tomando en consideración el supuesto de que la sangre de la persona diabética es *dulce*.

También mencionaron que cuando se realizan la prueba para conocer los niveles de glucosa en la sangre, ésta tiene un color y olor “más fuerte” de lo que se considera normal. En nuestra opinión, el color, olor y sabor de la sangre y la orina constituye un ámbito en donde se construyen múltiples significados en los enfermos diabéticos, ya

que el considerarla una “enfermedad escondida” en el cuerpo es en dichos fluidos donde adquieren certezas y/o visibilizan la presencia del padecimiento.

*Pues yo creo que sí tenemos la sangre dulce, porque hasta los orines son diferentes además sí creo que algún diabético tiene la sangre dulce porque ahí tenemos el azúcar; pero mi sangre apesta (Doña Lucy, Septiembre 2010).*

*Y cuando me pincho el dedo y es color bajito es cuando la tengo baja. Pero no he observado la sangre de otro diabético, sé que la sangre es roja, pero la mía es morada (Doña Mercedes, septiembre 2010).*

*Mi sangre no es dulce porque ya la probé referente a lo que dicen que “ay tienes la sangre dulce” yo agarré la sangre y la probé, y le voy a decir que cuando tiene usted la diabetes en la orina todo lo que usted respira está dulce si se prueba (la piel) está dulce su sudor (Doña Elena, Septiembre 2010).*

Dentro del concepto de diabetes *mellitus* o “azúcar” confluyen una serie de elementos que provienen del marco sociocultural de las personas así como información de carácter biomédico, ambas se consideran parte del sentido común (Torres, 2005). Estos aspectos son aquellos que nos muestran cómo los enfermos crónicos imaginan, piensan o conocen la manera “correcta” de nombrar a la enfermedad. Respecto a la creencia en Dios y que les mandó la enfermedad, nos hace pensar que las personas enfermas crónicas más allegadas a una religión -ya sea católica o evangélica- *aceptan* más fácilmente su padecimiento.

Las personas que asisten regularmente a actividades religiosas tienen menos depresión, mejor función del sistema inmunológico, presión arterial más baja, menos enfermedades cardíacas, y tienen más probabilidades de hacer ejercicio y de vivir más tiempo (Koenig, 2005).

#### **4.1.4 La mala alimentación es la causante de la diabetes**

Otro de los aspectos importantes que están presentes en la construcción colectiva de la diabetes, sobre todo en los aspectos que las informantes consideran como causales, es la alimentación. Al respecto, según su opinión, algunas mencionan que “en estos días es mala, y por esto tanto hombres como mujeres estamos en riesgo de desarrollar la diabetes”. Otras participantes del estudio coinciden en que el sedentarismo, las actitudes ante los alimentos y el modo de vida están ligados al desarrollo de la diabetes.

Señalan:

*Si, unas por gordas, otras por herencia, y tantas porque no se cuidan... Por la comida, comen tantas porquerías en la calle como empanadas, quesadillas, gorditas saliendo del aceite; porque digamos en la casa comemos pescado en papel aluminio pero de repente me la como frita, pero la escurro (Doña Lucy, Septiembre 2010).*

*Si, por el sedentarismo y el modo de vida, el modo de comer, las actitudes, no nos cuidamos ni protegemos de nada porque igual cuando está uno sano come uno de todo, si me voy a morir lo como (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

Otra de las participantes también refiere que la alimentación fue la causante de la diabetes porque los alimentos ya no son sanos como antes, sino que tienen demasiados fertilizantes y los de origen animal contienen mucha grasa. Esta idea nos hace pensar que ellas, antes de ir al club compartían una información más o menos generalizada de que algunos alimentos son dañinos debido a los agroquímicos que utilizan para su producción, sea en los de origen animal o vegetal.

*Yo creo que es por tanto fertilizante, antes usted se comía una zanahoria y en primera sabía diferente porque si usted siembra unas acelgas en cuestión verde, sin fertilizante, los rabanitos salen chiquitos pero están tan ricos... una zanahoria sembrada donde no hay fertilizante es diferente. Antes era mucho mejor, se comía usted un pollo; ahorita dentro de los muslos están llenos de grasa le quito bien la grasa del muslo lo abro como*

*milanesa y lo pongo a la plancha y es como si lo estuviera friendo. Y es así con todo lo que come. Y yo pienso que esto tiene que ver con las enfermedades de hoy (Doña Elena, septiembre 2010).*

*En primer lugar porque hay mucha gente obesa y mucha comida chatarra, ya no les enseñamos a los hijos a comer sano, ahorita puro sándwich, sabritas y juguitos; más que alimentarlos sólo los llenamos. Si ha cambiado mucho la alimentación ya ahorita ni lo que se compra en el mercado es sano. Ya el pollo de rancho ya es caro quién lo va a pagar (Doña Silvia, Septiembre 2010).*

#### **4.1.5 La diabetes agarra parejo, pero los hombres son más vulnerables**

Respecto a la posibilidad de desarrollar diabetes o no, para la mayoría de las entrevistadas es igual en hombres que en mujeres. Desde sus percepciones, refieren que los hombres son “un tanto cobardes” en su actitud frente al padecimiento y en la búsqueda de atención debido al “machismo” existente; por lo tanto se presentan mayores complicaciones en el hombre.

*Yo creo que igual le digo porque a mi hermano le afectó en los dientes, quedó sin ellos, pero a mi prima igual, en cambio el otro con dieta se echó abajo el azúcar, era prediabetes. No, yo creo que por igual. Yo digo que los hombres no quieren que la gente se dé cuenta de que son diabéticos y a veces es demasiado tarde. Aquí en la cuadra somos como veinte diabéticos y los hemos invitado al club y no quieren. También los hombres toman, no se quieren, pero si la vida es bonita. Yo digo que porque no hay apoyo en el hogar, porque por ejemplo, mi vecino tiene que venir a desayunar con la mamá para que le dé sus verduras porque su esposa no se las hace, pero si uno tiene un compañero va usted a cuidarlo; eso pienso, y es ahí donde empieza el problema, y también en el sentido sexual ya los hombres no necesitan mujer (Doña Elena, Septiembre 2010).*

*Hay más posibilidad en la mujer si es por emociones. Por igual niños también. Parejo. Por sedentarismo (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

En nuestra opinión, parte de este mismo razonamiento puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría de los asistentes al Club de Diabéticos son mujeres, mientras que los hombres son un grupo reducido, quizás por ser renuentes a recibir atención médica.

Las mujeres entrevistadas también mencionaron que el hombre y la mujer viven de manera diferente la enfermedad, los hombres son más dependientes de una familia o de su esposa, mientras que la mujer se hace cargo de su alimentación, se cuida más y es menos dependiente. Algunas de ellas afirmaron que además las relaciones íntimas se ven afectadas por la diabetes. En el control de la diabetes, las mujeres entrevistadas refieren que en el hombre es más difícil el control sobre su alimentación, su cuidado y su tratamiento, lo anterior relacionado al poco apoyo familiar que pueden recibir y la forma en que el hombre se ve ante la sociedad, como “el fuerte”.

*Sí, en degeneración sí, se van acabando igual, nada más que la mujer es más cuidadosa que el hombre, por eso la mujer dura más (Doña Mercedes, septiembre 2010).*

*Pienso yo que sí hay más mujeres diabéticas... pero en los hombres sí es más difícil porque entre nuestros compañeros está don Ernesto, es muy delgado y lo fuimos a buscar y lo encontramos y ya había pasado a la gravedad, la mujer no lo apoya; si sus parejas los apoyaran sería otra cosa porque nosotros de mujeres buscamos algo que no nos haga tanto mal; porque la mujer hace su comida pensando en sus hijos y en la comida le mete verduras, y el hombre por lo servidos, inútiles e ingratos no aprenden nada por más que se les enseñe, aparte de flojos y haraganes. En cambio uno de mujer no nos pesa, los hombres dependen de alguien (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

Resulta un dato interesante el contraste acerca de cómo nuestras informantes perciben a los hombres que están en la misma condición de enfermedad que ellas, ya que frente al estereotipo machista del hombre “fuerte”, “dominante”, “independiente”, etc; por el contrario, coinciden en señalar su condición de mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad.

#### **4.1.6 Diabetes y autocontrol**

Las mujeres entrevistadas mencionan que la diabetes es una enfermedad que “se controla”, no se cura, es progresiva y mortal. Cabe mencionar que todo depende de los cuidados que tengan para evitar las complicaciones que a la larga éstas son las causantes de muerte. Al respecto señalan lo siguiente:

*Ya no hay cura para ese mal, hay control y prevención pero no cura. O que nos digan aquí esta vacuna y se te quita, pues no. Ni con transfusión de sangre ni con trasplante de otro páncreas; nuestra enfermedad es como la HTA silenciosa si nosotros no tratamos de llevar una vida adecuada (...). Pues primeramente hay que aceptar que uno es diabética, en segunda controlarlo; es difícil, porque se olvida que es una enferma y hay que empacarle de todo, si uno tiene diabetes tienes que meterle freno. Entonces tiene uno que ser estricta en los alimentos en la vida diaria. La diabetes es progresiva y mortal, si no lleva uno un control pues acaba uno mutilado, sin dedos, sin pies. Y yo no quiero acabar así mutilada; diabética, azucarada pero no mutilada, así como estoy así quiero morirme. (Doña Mercedes, septiembre 2010).*

*Es difícil porque ya se controla, cuando ya se acopla uno a ella a andar siempre con la bendita enfermedad y nos va acompañar hasta el último día de nuestra vida, no vamos a dejar de ser diabéticas nunca. Pues se viene haciendo fácil cuando uno aprende a comer desde el principio; tú no puedes comer chocolate, dulce o pastel, todo lo más rico de la vida te lo quitan, y está uno acostumbrada a comer de todo, sin exageraciones, pero eso es lo que más nos cuesta; si se come dos tamales ya sabe que le va hacer mal. Sí es peligrosa, porque si no nos cuidamos se sube la glucosa y nos da un infarto y si nos morimos de una vez está bien, pero ¿si quedamos todas chuecas? (Doña Lucy septiembre de 2010).*

*La diabetes sí es controlable, es una de las enfermedades que no se cura se controla, como la hipertensión se controla pero no se cura (Doña Elena, septiembre de 2010).*

*El cuidarnos cuenta mucho pero de que nos va a llegar las complicaciones nos va a llegar. Bueno no han encontrado la cura todavía aunque mucha gente dice que ya está curada con la hierbita tal, pero está controlada, no curada; según los médicos no hay cura todavía (Doña Silvia, septiembre de 2010).*

Con base en los testimonios arriba planteados, consideramos relevante el hecho de que las enfermas diabéticas consideren tener una parte significativa del control del padecimiento en sus manos. Tienen plena conciencia de que la diabetes no es curable y que poco a poco sus cuerpos y vidas en general se deterioran y sufren de otras complicaciones. Sin embargo, con la atención y cuidados necesarios adquieren un papel más activo en donde tienen un amplio margen de decisiones acerca de qué hacer o no hacer para buscar alivio.

Sin duda todas las participantes reconocen que la buena alimentación, el ejercicio y los medicamentos son los pilares fundamentales en el control de la diabetes mellitus II. Con la dieta restrictiva y prohibitiva se evitarán las posibles complicaciones y amputaciones en el diabético. Manifiestan tener miedo a padecer las amputaciones porque las han visto en vecinos, familiares y amigos.

Cabe mencionar que todas las enfermas diabéticas a quienes entrevistamos tienen un control de glucosa encontrándose en los niveles considerados como *normales*, situación importante para ellas además de tener clara conciencia en la transgresión en la alimentación y en ocasiones el desapego de las indicaciones del médico después de que les hace los análisis de sangre mensualmente.

Podemos decir que las mujeres tienen mayor conocimiento de las causas y de las complicaciones a largo plazo; asisten con más frecuencia a los servicios de salud y al club de diabéticos. Dentro de las complicaciones señalan las de tipo orgánico, ojos, pantorrillas, piel, y sistema digestivo.

#### **4.1.7 Cuerpo y padecimiento. ¿En dónde está la diabetes?**

El cuerpo, ya sea sano o enfermo, se encuentra lleno de experiencias y significados. Para las informantes, su cuerpo ha cambiado a raíz de la diabetes; algunas refieren sentirse deterioradas en comparación con otras personas y han experimentado cambios en su peso y en sensaciones de agotamiento.

*Siempre he sido flaca, nada más que hubo una época en que sí me engordé, pero cuando se murió mi mamá bajé de peso y de ahí ya no volví a recuperar mi peso y luego me puse diabética y menos. Yo creo que la diabetes está en el alma, y en el páncreas... Si, ya no funciona el páncreas (...) hay ratos que hasta la cabeza está tranquila pero cuando se nos sube el azúcar la cabeza está sonsa y la aguadencia de las piernas. Yo imagino mi cuerpo todo cansado (se ríe), porque cuando yo camino no me duelen las piernas sino mis brazos, como si fuera caminando de manos, pero porque ya me estoy envejeciendo y acabando. Siento mi cuerpo cansado, acabado, como un estropajo que lava trastes y se gasta (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*Está en el páncreas la diabetes es de ahí... Sí, por fuera es triste, cuando te lastimas te rayas o te quemas y ya te quedan las cicatrices por donde sea, ya es difícil que tu cuerpo tu piel se regenere; supongo que el cuerpo está más deteriorado porque lo que está cargando nuestro cuerpo y teniendo diabetes se nos está deteriorando cada parte del cuerpo (...). La parte más deteriorada de mí, pues mis tripas por tanta pastilla, mi estómago y mi garganta que recibe medicamentos, y es más fácil porque me puedo encancerar por tanto almacenamiento de pastillas, mi cuerpo es una farmacia andando. Para mí, mi cuerpo si es totalmente diferente en reacciones y en todo, yo en el club estoy más activa, pero las personas sanas reaccionan más rápido a quemaduras, heridas y golpes pero yo cuando me golpeo me dan ganas hasta de orinar, ya no es la misma reacción de un cuerpo enfermo a uno sano (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

La manera en cómo las informantes nos han expresado la forma en que se presenta la diabetes en su cuerpo evidencia la condición de cronicidad de este padecimiento, sobre todo si tomamos en cuenta que algunas de ellas llevan entre 8 y 20 años con ella.

Es interesante que dentro de los saberes que las informantes han construido en torno a su padecimiento lo ubiquen en distintas partes de su anatomía, tal como lo expresan en los siguientes testimonios:

*Yo creo que en sí la azúcar daña todo nuestro cuerpo, no me gustaría ponerla en ningún lado (ríe)... Pues en mis piernas porque es ahí donde me ha molestado; el azúcar es ahí en mis piernas, pantorrilla. Pero es el páncreas que ya no funciona porque hay una célula que se despierta cuando hay azúcar y empieza a trabajar; esa célula ya no funciona, entonces la medicina hace que despierte para que mande el poquito de insulina que hay para que trabaje, entonces el páncreas es el que se daña. Mi cuerpo es un desastre, no tiene una defensas, le ataca uno el estómago, riñón, articulaciones, los ojos; cuando está alta la azúcar se ve borroso, a mí me pasa eso, veo borroso, como si hubiera niebla y es una molestia en los ojos.*

*Pues, yo siento que dentro del cuerpo hay mucho calor, mi cuerpo no es débil pero vulnerable sí, ya no estoy igual que antes, porque mi cuerpo aguantaba más antes, hoy ya no. Muchas de las neuronas se me murieron porque se me olvidan las cosas (Doña Elena, septiembre de 2010).*

*Para mí la diabetes está en todo el cuerpo, en los órganos... yo la pondría en la palma de mis manos (ríe); pero está en todo el cuerpo en la sangre, es una carga de glucosa que se va quedando en nuestra sangre porque ya no la podemos sacar fácilmente, la insulina ni es de calidad ni suficiente para sacar toda esa grasa, ya que finalmente todo lo que comemos se convierte en grasa, por eso la glucosa se va cargando porque ya no tenemos la misma facilidad para metabolizar. En mis pies siento piquetes y muy acalorado en las noches (Doña Silvia, septiembre de 2010).*

Tal como puede observarse en los testimonios presentados, la síntesis y apropiación de elementos que son integrados al cúmulo de saberes y prácticas por parte de las propias personas enfermas constituyen un proceso permanente. Su conocimiento acerca del funcionamiento de algunos órganos de su cuerpo, los posibles daños y los efectos que terminan por producir un trastorno metabólico están ligados también a otros saberes; atribuirles una condición de *frío* o *calor* nos remite a la dualidad que en muchos lugares, sobre todo en regiones rurales e indígenas, les asignan a las enfermedades y, por lo tanto, para nuestras informantes la diabetes es “caliente”. Aunque este mismo tema resulta interesante de indagar, no fue nuestro interés en este momento abundar en ello.

Como menciona Kottow, el cuerpo no sólo es un estado médico sino una realidad propia en la cual las vivencias y ocurrencias interaccionan de modo que el ser humano sano o enfermo vive su cuerpo con significaciones propias y creativas; el cuerpo es motivo de exploración a través de narrativas (Kottow,2005).

#### **4.1.8 Susto, emociones, herencia o estrés. Causales indefinidas.**

Retomando los aspectos biomédicos, hemos señalado que los factores de riesgo para la diabetes son varios, algunas de ellas como la herencia, el sedentarismo aunado a la mala alimentación, el sobrepeso y la obesidad. No obstante, para las participantes el “susto”, las emociones negativas y positivas, *estrés* y algunos problemas familiares son también algunas de las causas de que ésta se les haya desarrollado. Los siguientes testimonios dan cuenta de lo anterior:

*Yo no sé si serán las emociones pero la gente dice que las emociones fuertes o de susto y yo a lo mejor de susto en el camión, que me arrastró en el DF y me cosieron la cabeza a lo mejor eso fue, pero no me di cuenta, pero yo ya estaba gorda y pues tenemos el riesgo de tener azúcar; por estar contento o feliz no lo creo (Doña Elena septiembre de 2010).*

*En mi caso por herencia, mi mamá fue diabética; y considero que las emociones fuertes como susto, o gusto también es malo, positivas y negativas (...) Bueno por el problema de mis hijas, el doctor me dijo que yo ya era diabética antes que mi mamá lo fuera, pero no me cuidé, yo seguí mi vida normal (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*Pues esta enfermedad es emocional ¿no? todo lo emocional nos afecta y nos afecta tanto pues que sale a flote y que aquí ya te estás manifestando por todo lo que has venido arrastrando. No es de un día para otro ni de la noche a la mañana, esto se arrastra de años. En mi caso, yo no tenía familiares diabéticos, ahorita tengo nueve años con diabetes; he aprendido que la diabetes da por muchos factores, puede ser genética, la herencia, el estrés, la mala alimentación, sedentarismo. Pero en mi caso considero que me llegó la diabetes por estrés, por la vida que llevaba, una vida de mucho estrés y un poquito la mala alimentación. No fue un estrés nada más porque iba a venir enojado mi marido sino porque mi marido era borracho y golpeador (Doña Silvia agosto de 2010).*

*Estoy dentro de ese mito o realidad pero yo sí creo en las cosas de antes, de por un susto o un cólico; lo mío fue por un cólico, ya era prediabética antes, pero el pretexto fue que por un cólico y ya quede diabética, y cuando yo tomaba las pastillas y se me quedaban en la garganta maldecía yo a la persona que me lo provocó (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

Las creencias de las mujeres entrevistadas en que la diabetes se desarrolla por un “susto” o un “coraje” aún siguen presentes a pesar de que asistan con frecuencia al club y ahí aprendan otras cuestiones relacionadas a la *herencia* y la *mala alimentación* como causas principales. La representación etiológica de la diabetes de tipo popular como el “susto” o “coraje” se acompañó de causales del modelo médico lo cual muestra el sincretismo de ambas representaciones.

#### 4.1.9 Subjetividades y emociones que rodean a la enferma con diabetes

En los hallazgos producidos en las entrevistas grupales y en las entrevistas a profundidad se encontró un abanico de emociones de la enferma diabética; destacan el miedo, la tristeza, la angustia, alegría, amor, ilusiones y sueños.

En esta investigación se entiende por emociones aquellos procesos ligados a sentimientos, pensamientos y acciones que generan reacciones ya sean agradables o no en la persona diabética. La tristeza, la duda, la preocupación, coraje, alegría, ansiedad, miedo, son estados de ánimo que forman parte de los sentires como resultado de sus relaciones intersubjetivas con otros actores sociales.

Las narraciones siguientes reflejan las emociones arriba mencionadas:

*Es un tormento y da tristeza desde que me dijeron que me cuidara y cuando me dijo el doctor que ya iba a tomar pastillas sentí muy feo. Siento desesperación cuando me agarra la lloradera, hay veces que me pongo a gritarle a Dios (...) Mi miedo es llegar a un hospital y ya no levantarme. Mi esperanza, ya no tengo... (Doña Lucy, Septiembre 2010).*

*Sí, está mi cuerpo como chiquito y cuando quiero reventar, de que quiero llorar, y yo misma me bloqueo de que no y no, porque yo misma me siento muy mal; me encierro, no quiero bulla ni nada. Hay personas que nos da la depresión de otra manera, en mi caso me da mucho por llorar, me pongo más romántica cuando estoy en mis días que quiero estar llorando, y recordando cosas, y digo mejor vámonos a donde sea pero no llorar. Para mí fue una emoción insuperable que me provocó la diabetes aunque el doctor diga que no, claro que todos tenemos alguna enfermedad oculta, y hubo un pretextito que fue fatal, y las emociones sí, pero ya no se me sube la diabetes y sí. En mi pasado lo que yo deseaba era morirme porque no tenía ganas de vivir, todo era diferente. Tengo emociones fuertes, ya sean buenas o malas siento yo que si me afecta, o algún problema o alegría se me altera la glucosa (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

*Me siento bien porque Dios es mi fortaleza pero si yo reniego de mi enfermedad ¿qué gano? Ya sé que es una enfermedad y le digo que cuando lo acepta usted es normal. Sigo siendo la misma persona(...) Miedo es quedarme ciega y le pido a Dios que no y mi esperanza que toda la gente que tiene diabetes acuda al Club, que se sientan queridas, comprendidas, apoyo, y en su casa a lo mejor no la tienen (Doña Elena, septiembre de 2010).*

*Me sentía yo como los enfermos de cáncer y que me iba a morir en tal tiempo, y ahorita tengo diabetes pero ya no me preocupa, voy aprender a vivir con ella, cuidarme un poco y hasta que Dios diga (...) Me siento mal conmigo misma porque aguanté tanto, esperé llegar hasta acá, no puse límites y tal vez por eso no se me hubiera desarrollado, pero él hubiera no existe. Bienvenida la diabetes. Mi miedo es que llegue a perder algo de mi cuerpo, mi vista o mi pie, en cama con diálisis (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

Como se puede observar, sus emociones representan para ellas una parte importante de su estado de salud y su vivencia con la enfermedad. Al inicio del padecimiento el enfermo manifiesta la negación, el enojo, la depresión la angustia o la hostilidad antes de aceptar el reto que significa llevar el tratamiento.

Por otra parte, la depresión y la ansiedad se han asociado a un mayor incremento de la sintomatología de la diabetes e impacta significativamente en la adherencia al tratamiento, y cuando el enfermo recibe mayor apoyo de familiares y amigos los niveles de depresión y ansiedad son menores (Aguilera, et al. 2003).

Consideramos que el conjunto de estas subjetividades están mediadas por los procesos sociales y culturales en la historia de cada una de las informantes, las cuales definen los modos en que cada una construye la visión de su padecer y, en cierto modo, orienta sus acciones posteriores con miras a la búsqueda de alivio.

## **4.2 Autoatención, saberes y prácticas**

En este estudio, definimos a los saberes como aquellos conocimientos que tiene la persona diabética acerca de su padecimiento y que son construidos a partir de su interacción con otras personas diabéticas, el personal de salud (médico, psicóloga, nutrióloga e instructor de actividad física), curadores populares, familiares y amistades. Las prácticas son aquellas acciones que el individuo enfermo(a) lleva a cabo dentro y fuera de la esfera institucional para encontrar alivio a su padecimiento, y pueden ser individuales y/o colectivas. Así también incluye las domésticas y religiosas.

Los saberes y prácticas se producen y reproducen en un proceso constante de intercambios, préstamos y síntesis de elementos que proceden tanto del discurso técnico biomédico, como del sentido común de las y los enfermos diabéticos. Es decir, se construyen en una dinámica de transacciones en donde las acciones que se hacen o dejan de hacer -por parte del sujeto enfermo- están orientadas a la cura o control del padecimiento y adquieren sentido para ella o él dentro de ese marco de interacciones.

### **4.2.1 Soy diabética ¿qué hago?**

Frente a los signos y síntomas que generaban la sospecha de tener diabetes algunas tomaron la decisión de acudir a los servicios médicos; sin embargo, hubieron otras mujeres que decidieron esperar para tener la certeza de que en realidad fuese ésta o bien otra enfermedad. Al respecto señalaron:

*Tenía cansancio, tomaba mucha agua, tenía sed, sueño, me desgané de todo y las cosas de todos modos las tenía que hacer. Pues yo fui al médico, pero me cayó mal, no me gustó su trato. No volví a llegar con él y de ahí fui con otro, pero siempre con doctor, no con curanderos ni naturistas (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*Me metí al baño, probé mi orina y era una miel, ahí supe que era diabética. Fui directo con el doctor; cuando me desarrolló la mera azúcar, pedía mucha agua y no tomaba ningún medicamento ni hierbas, sólo agua y coca cola también (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

*Tenía sed y saliva espesa. Yo fui al Centro de Salud, incluso el primer resultado me salió negativo; ya el doctor me dijo: no me convence por sus síntomas, váyase a hacérselo en un particular; me fui a otro y ahí sí ya salió en 280 mi azúcar y ya me quede ahí, y sólo iba a mis consultas, pero no al club. Me puse a caminar, le bajé a tortillas, pan, harinas. Y de ahí el doctor me fue bajando las pastillas (Doña Silvia, septiembre de 2010).*

*Mis síntomas eran el dolor de cabeza y en pantorrillas. Fui al médico; mi patrona me llevó a la Clínica Mayo en el DF; él médico me dijo: vas a estar bien siempre y cuando hagas las cosas como es debido; ya me empecé a tomar el medicamento y fui con un médico naturista y me dio el nopal, xoconostle, espinacas, un licuado que me lo tomaba por las mañanas para que se me bajara la azúcar. Cuando fui a los 15 días ya tenía yo 100 de azúcar y me dijo el doctor: si te mantienes así sólo tomarás una pastilla para el azúcar y de la presión dos pastillas (Doña Elena, septiembre de 2010).*

Como se observa en los testimonios, las informantes coinciden en que las primeras acciones que ellas realizaron cuando presentaron los síntomas iniciales fue recurrir a los servicios médicos; unas acudieron con doctores particulares y otras al centro de salud, y una mujer combinó dos formas de atención: la de un médico privado y otro naturista. De acuerdo con nuestras informantes, el recorrido terapéutico inicial estuvo dirigido al personal médico y la combinación de otros recursos médicos es un proceso que se fue generando en el desarrollo de su padecer. De acuerdo con Menéndez (Menéndez, 1984), las posibilidades de atención y acceso estarán determinadas por las condiciones socioeconómicas e ideológicas de los individuos enfermos.

#### 4.2.2 Procesos de autoatención

En esta investigación hemos venido planteando que la autoatención incluye aquellas actividades que los enfermos y sus familiares más cercanos llevan a cabo para encontrar alivio a su padecer, las cuales suponen acudir a los servicios médicos combinando otros recursos terapéuticos a partir de la evolución del padecimiento y de sus condiciones sociales y culturales (Menéndez, 2003). Dentro de los hallazgos producidos encontramos que las mujeres participantes utilizaron algunos elementos de los diferentes modelos de atención a la salud como son el biomédico, naturista, y herbolario. Algunas de ellas pensaron en mejorar su salud sólo con el hecho de tomar dichos *remedios*, dejando a un lado los medicamentos; otras lo han tomado combinando ambos. Sin embargo, una de ellas refirió tener la glucosa más alta de lo normal por ingerirlos.

Los siguientes testimonios muestran los diferentes procesos de autoatención llevados a cabo por las mujeres diabéticas:

*Las hierbas para mí no sirven, porque me confío. Por ejemplo, el noni que salió; que salió tal hierbita, lo tomamos, lo tomamos... me han dicho de un montón; el nim, una hierba, la hoja de almendra, que la hoja de no sé qué. Y ¿qué pasó? Mi azúcar se disparaba, se disparaba y disparaba. Sí y hasta la fecha lo he tomado, me confío y pienso que me va a hacer efecto y le empaco; bueno, si lo que me debo de controlar es la boca no el remedio y lo que no me gusta es que me confío, y ahí es donde le meto galán. Le tengo más fe a mis pastillas. Sí, antes de ir al club tomaba palo de uva, raíz de uva, y últimamente el noni y la hoja de papaya y nim, todo antes de ir al club y no me hizo efecto; yo no sabía que la diabetes era degenerativa y crónica, que tenía "azuquítar" en todo mi cuerpo (se ríe) (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

*Las otras cosas como hierbas o medicamentos naturistas y que son buenos, yo creo que son buenos, pero los debo de tomar por mucho tiempo; de igual forma con mi ejercicio y mi alimentación sana, porque si no ningún medicamento le funciona; lo acompañamos con ejercicio y la buena alimentación. Todavía hace dos años lo seguía tomando. También la hoja del perro que te sale el sabor por la nariz, hoja de diabetina y era también amarga; la tomé por mucho tiempo, me traían las cajas de cáscara y hojas de marañón de Tapachula, hoja del perro, hoja de almendra... Lo que sí no tomé es la hiel del pollo, que se congela y se toma. Todo lo que fue té sí, la linaza también. Ahorita ya no, sólo mi pastilla y cuidando mi alimento y el ejercicio, o tal vez los tés sin medicamentos para hacer de cuenta que el té es tu pastilla, eso es básico (Doña Silvia, septiembre de 2010).*

*En el DF, el médico naturista me dio un licuado de nopal, xoconostle, espinacas y la zábila, me ayudó mucho, ahora sólo me tomo un nopal o me lo como y se baja mi azúcar, mientras no tenga una preocupación o algo, eso es lo que hago. Un nopal como quiera, licuado, frito con cebolla o asado pero lo como y siento que se me baja. Y ahorita que tengo baja mi azúcar no lo puedo comer porque se me baja más. Tengo mi nopal ahí en el refrigerador de reserva y me gusta, me fascina el nopal. Una prima me dio un té que se llama nim, y a mí me cayó mal, me dolió el estómago. Como lo blanco de la naranja, porque ahí está la vitamina K, y es para la cicatrización, es lo que tiene pegado la cáscara. Además en las mañanas agarro un tambo de agua fría y en el baño con una jerga la mojo, me doy una trapeada lo exprimo y me lo vuelvo a pasar en todo el cuerpo y con eso también se me quita el calor dentro; y en el estómago es cuando pasa usted la jerga ahí sube hacia el cuello. Sí se siente...el agua helada sale tibia. A mí me ha ayudado... Hace años que lo hago y solo por las mañanas para sentirme bien porque todo el calor que tenía usted dentro se salió afuera. En un libro que mi papá me dio ahí viene como baño de toalla...libro de medicina natural. Haga usted la prueba (Doña Elena, septiembre de 2010).*

*Cuando estaba en México sí me las tomaba, por ejemplo, “mar rubio” es amarga. La tomé por temporada larga, iba al mercado sobre ruedas y ahí lo compraba. Ajenjo, era amargo también. Otra que compré es la zucarina y son cáscaras pero seguía tomando mi pastilla y el té, pero como era amargo, lo dejé, todas las hojas contra la diabetes son amargas. Tengo ahí mi ruda cimarrona que traigo de casa de mis hermanos, allá es donde lo tomo más, aquí lo tengo guardado. Además tomo fibra, linaza tzotzil todas las noches y mi diavión además de mi aspirina protex. Vitaminas, el omega tres todos los días, vitamina e -400, vitamina b, y lo poco que nos da el doctor. Me como el nopal. En la noche me pongo mis pomadas calientes si me duelen los brazos (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

De conformidad con lo expresado por parte de nuestras informantes, cabe destacar que estos recursos herbolarios fueron utilizados antes y durante su asistencia al club. Algunas de ellas suprimieron los remedios caseros por los medicamentos y se insertaron en un proceso de medicalización. La biomedicina tiende a ser hegemónica, en la cotidianeidad medicaliza a los enfermos y, a la vez, éstos se apropian, transforman o sintetizan otros sistemas médicos que son complementarios y subordinados al sistema dominante (Menéndez, 1984). Lo anterior resulta en el “control” de la enfermedad y como consecuencia en el control relativo del enfermo.

El planteamiento del citado autor nos permite constatar un hecho relevante: que en la búsqueda intencionada de atención y alivio en la esfera institucional de salud, las enfermas diabéticas se han apropiado de ese mismo discurso biomédico, asumiendo que el mejor tratamiento para la diabetes son los medicamentos y prescripciones por parte del personal médico del Centro de Salud.

Los siguientes relatos expresan lo anterior:

*A mí me dijo un doctor que cuando me detectaron la diabetes, no debieron darme medicamento, si no debí haber ido con un naturista, y así quizá no me hubiera puesto mal; pero de momento yo fui con la doctora, doctora de cabecera, me dio medicamentos y aparte que ya estaba intoxicada con la diabetes, me empecé a intoxicar con las medicinas (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

*Pienso que la medicina está hecho a base de puras hierbas. Sabiéndolo llevar serían mejor las hierbas, pero no sabemos qué cantidad vamos a tomar. La medicina es directa pero necesitamos que alguien nos diga cómo se toma y en qué cantidad. Pero ya no me las tomo porque no me quiero descontrolar, tengo miedo (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*Mucha gente dice estar controlada con cierto té, pero quizá ellos tengan más fe en esos remedios. La medicina es necesaria para despertar al páncreas. Yo digo que no hay que combinarlas porque me da miedo de que haya un choque (Doña Elena, septiembre de 2010).*

*Por ignorancia no van a alguna institución de salud. Conozco a personas que no ven y piensan que les están haciendo daño, no culpan a la diabetes, van a limpias y curanderos, pero no van al médico (Doña Silvia, septiembre de 2010).*

La mayoría de las participantes asumen que visitar a un curandero o asistir a “limpias” no mejora la calidad de vida del enfermo sino al contrario, puede “empeorar su salud”. También mencionan que el efecto que puedan tener las medicinas naturales dependerá en gran medida de la “fe” que tengan en ellas. Tal es el caso de una de las entrevistadas que, cuando le fue diagnosticada la diabetes, dijo: mejor “hubiese sido medicada con medicamentos naturistas” y así no estaría intoxicada como hasta ahora con los otorgados por el Centro de Salud.

Se comparte la opinión de que existen diversos factores que influyen en el comportamiento ante el padecimiento, como por ejemplo las creencias, tabúes y prohibiciones con respecto al uso o consumo de ciertos productos (Zannetti, et al. 2006).

Sin embargo, el hecho de que las informantes afirmen una mejor eficacia de los medicamentos frente a otras formas de atención nos da una idea de cómo el discurso médico ha sido incorporado a sus saberes y prácticas y por consiguiente, se genera una subordinación no sólo de tipo ideológica, sino también de dichas prácticas. Con este hecho queremos resaltar que el discurso biomédico incide de manera significativa en el ámbito psicosocial y cultural.

#### **4.2.3 Con la cosa de ser diabética: hay que evitar tantas cosas que son sabrosas.**

##### **Las prácticas alimenticias: un cambio radical.**

Los alimentos que las mujeres consumían antes de ser diagnosticadas con *diabetes* tenían gran cantidad de azúcares, entre éstos destacan los siguientes: tortillas, pan, dulces y refrescos embotellados además de aquellos con gran contenido de grasa. La alimentación -como se observa en los siguientes testimonios-, ha traído consigo una serie de acontecimientos en torno a la familia que les ha generado dificultades

*He aprendido a comer un poquito mejor, no manjares, ni carnes, si no en comidas nutritivas; la hamburguesa no es nutritiva, ni hot dog, ni carnes refrigeradas. Más verduras. Pues dificultad con la familia en la comida, verduras, dieta balanceada y ellos no, para ellos bueno es sopa nissin, hamburguesa, torta, etc. Hay veces que se tiene que hacer dos comidas (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

*Con la cosa de ser diabética, entra la tristeza al cien por ciento (se llenaron sus ojos de lágrimas) porque se tiene uno que evitar de tantas cosas sabrosas y ricas; sólo con verlo se te hace agua la boca; a mí me encantaban los chimbos, los nuégados y las hojuelas. Es triste, causa angustia, se cría una comiendo cuanta chuchería exista y ahorita pues no se puede (Doña Lucy, Septiembre de 2010).*

*Te desmoraliza la dieta. Ni modo, es duro, enfermedad de ricos porque el doctor dice que compremos fruta, pero no podemos porque no hay dinero. Tamos mal acostumbrados a nuestro poco de guisado, un bonche de tortilla para llenarnos (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

Una de las complicaciones que observamos en el cambio de su alimentación, es que existe una transformación radical en los patrones del tipo de alimentos a consumir y también en que la dieta sugerida por el doctor del club es bastante “costosa”. La combinación de ambos aspectos hace que las mujeres refieran que es difícil de llevar, ya que la dieta sugerida incluye alimentos *light* como la leche, el queso y sustitutos de azúcar.

La dieta prescrita por los médicos es generalizada, ya que a pesar que en el Club les enseñan a preparar algunos platillos, algunos de éstos son poco accesibles (alimentos *light*, y sustitutos de azúcar). La dieta generalizada no toma en cuenta el contexto en el que las enfermas se desenvuelven, aspectos familiares y cotidianos entre otros, es por esto que la mayoría de las veces las dietas en los enfermos son un fracaso. El siguiente relato ejemplifica lo anterior:

*De todo como. La dieta que me dio el doctor, de lunes a sábado son cosas caras, y gasto a la semana trescientos pesos, es mucho. Uva, durazno, manzanas, piña, jamón de pavo, queso panela, leche light, eso viene en la lista. La diabetes es enfermedad de rico, si tuviera yo dinero lo llevaría a cabo pero no puedo (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

El cambio, en la alimentación es un proceso lento y difícil. En este sentido las visitas frecuentes al club les ha ayudado a saber cómo manejar su alimentación; sin embargo, ha sido complicado tanto para ellas como para su familia tener una misma dieta, hay casos donde se hacen dos comidas al día y en otras situaciones la comida es la misma para toda la familia, pero depende de la cantidad que ellas consuman.

Las informantes coinciden en que se puede comer de todo, pero respetando las porciones de los alimentos y haciendo un poco de ejercicio. Desde nuestro punto de vista, la alimentación constituye uno de los ámbitos importantes donde las mujeres diabéticas entrevistadas ejercen un papel activo en cuanto a la autoatención de su salud.

En nuestra opinión, lo que se debe hacer es enseñar a los enfermos a consumir los alimentos que tienen en su localidad preparando comidas nutritivas, y que no se imponga una dieta que aparte de tener un costo elevado no es culturalmente accesible; los hábitos dietéticos se basan en costumbres que aprenden y transmiten generacionalmente y tienen que ver con aspectos culturales así como en creencias que se tienen sobre salud y enfermedad (Bonfil y Fitzpatrick, 1996).

El conocimiento de los aspectos culturales presentes en las prácticas alimentarias de los enfermos diabéticos puede permitir la identificación de costumbres que no necesariamente son equivocadas como algunas veces lo suponen los médicos, sino que en ocasiones los enfermos no comunican a aquellos sus costumbres en la vida cotidiana, como lo es la alimentación (Basalto, et al. 2007).

Cabe mencionar que mensualmente, el médico encargado del club les realiza pruebas de glucosa en sangre, ellas mencionan que después de la realización de la medición de glucosa, “comen de todo”, incluso “dulces y antojitos” en cantidades de más.

Este dato nos refiere que tampoco existe un control total por parte del personal médico del centro de salud en las prescripciones que deben seguir las diabéticas y es precisamente en estos márgenes en donde ellas asumen sus propias decisiones y acciones.

*Me salgo de los límites. A veces aunque me coma un platote de mole, me voy hacer ejercicio. Solo me como cuatro tortillas. Y me desmando cuando hayan pasado los estudios, ese día como lo que quiera. Como chocolate, pastel y pan. Me desmando pero solo un día (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*Yo no soy una persona que como carne, yo como mucha carne y me enfermo; con dos o tres días que coma carne me fastidia. Yo los fines de semana como carne, pero el resto de la semana trato de comer verdura. Ayer me dañé porque se me antojo comer huevos estrellados con tortilla frita y me los comí y me salía lumbre del estómago por la grasa (Doña Elena, septiembre de 2010).*

Las costumbres y hábitos alimentarios se heredan de generación en generación y son difíciles de que el enfermo crónico las modifique. Es decir, la cultura alimentaria de pertenencia se ve modificada por la llamada cultura de la nutrición que ofrecen las instituciones de salud, teniendo un fuerte impacto en la estructura de las relaciones sociales y en la identidad de los enfermos crónicos que padecen diabetes (Castro, 2007). Actualmente las mujeres consumen alimentos ricos en vitaminas y minerales, y bajos en azúcares como: calabacita, ejotes, nopales, éstos combinados con una pequeña porción de carne y cocinados con poca grasa.

### **4.3 *Ya la llevo por delante, ya me acostumbré: antes era una enfermedad mala, ahora es degenerativa. Interacciones colectivas***

Las prácticas colectivas que llevan a cabo los enfermos diabéticos se encuentran dentro del Club de diabéticos y fuera de éste. Llevar a cabo visitas regulares a iglesias o espacios donde el enfermo establece constantes redes de apoyo que le permitan mejorar su calidad de vida. Para esta investigación, definimos como redes aquellas relaciones que sirven como soporte para que las mujeres diabéticas encuentren alivio a su padecimiento; dichas redes propician mecanismos de identidad, solidaridad y ayuda mutua.

En este apartado, se analizaron las redes más cercanas a las mujeres entrevistadas, las que forman con los miembros del club, las familiares y otros allegados. Las redes de apoyo son conceptualizadas como la práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional (Huenchuan y Sosa, 2003).

#### **4.3.1 *El club es un imán que nos jala y nos alarga la vida.***

Las redes de apoyo mutuo creadas con el personal de salud, (médico, psicóloga, instructor de actividad física y nutrióloga), así también con las demás personas diabéticas, hipertensas y obesas, constituye la principal estrategia de atención, control y búsqueda de alivio por parte de nuestras informantes.

Básicamente esta red está constituida como un espacio donde se realizan actividades de capacitación, orientación y actividad física; además, los enfermos comparten distintos saberes y sus experiencias de enfermedad, estableciendo un lazo de identidad entre ellos.

Los hallazgos producidos en las entrevistas individuales correspondientes a las redes de apoyo mutuo nos describen que éstas han sido de suma importancia, ya que el hecho de asistir constantemente al club les ha motivado, tanto para aceptar la enfermedad como para enfrentarse a los retos que en la vida cotidiana encuentra el diabético.

El médico encargado ha desempeñado un papel importante en el acompañamiento y atención de las enfermas diabéticas, generando con ellas una relación de confianza que les aporta fortaleza emocional, además de la atención médica. Ha sido considerado por las mujeres como un “amigo” y una “buena persona”, ya que no solamente les ha ayudado con su alimentación y medicamentos, sino que también les ha enseñado a valorarse y a sentirse escuchadas y orientarlas al cuidado de su salud.

Un aspecto significativo dentro de las relaciones creadas entre el personal de salud y las enfermas consiste en haber logrado un cambio de percepción en ellas, ya que el médico no solamente es visto como el representante de una institución de salud sino como una persona cercana en quien depositan sus emociones.

Las mujeres encuentran en el club el apoyo lo que a veces no tienen con sus familiares, sobre todo con sus esposos, como la comprensión y el afecto. En ocasiones, la familia puede llegar a convertirse en un soporte importante, o bien, por el contrario en un

obstáculo que limite o impida que el enfermo busque la atención necesaria. En el club, ellas manifiestan “sentirse muy bien, felices, apoyadas y comprendidas”. Los siguientes testimonios refieren lo anterior:

*Lo bueno del club, fue que conocí a un mundo de gente que no conocía a mi alrededor. Hay veces que en la casa con la misma familia necesitamos de un abrazo, de un apapacho, no nos los dan porque nos vemos diario, y llegamos al club y hay personas que si sentimos, nos abrazamos, nos besamos sinceramente, nos reímos de todas, una risa sana, no con la intención de agredir a nadie pero es otro ambiente; para mí no son unas viejitas, sino unas jóvenes y pueden estar ellas mejor que yo en el aspecto de que juegan, brincan, todo muy alegre, y es lo que nos motiva. Hay un apoyo moral. El doctor nos está inculcando a valorarnos, a querernos un poquito (...) no he visto una mala cara del doctor o un mal trato. El club forma parte de mi vida. Yo de lo que sí me arrepiento, es de que sí supe del club pero nadie me dijo que iba a llevar, o que necesitara ir, eso sí me duele haber perdido tantos años de mi vida y no ir al club, ahí siento mucha energía, y si llego decaída me inyectan ellas la energía. Cuando voy al club me gusta porque se sueltan todas y me abrazan, nos abrazamos. La diabetes tiene lo bueno y malo, lo malo es que soy diabética lo bueno es que conocí a toda esa gente. El club es para alargarnos un poco la vida pero depende de uno mismo. Y el doctor es algo muy especial (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

*Me motiva, me siento bien, hay veces mi esposo me dice que me río mucho ahí y le digo que allá me contestan y tratan bien. Yo pienso que los demás diabéticos que no van al club, deberían quererse un poco más, de buscar ayuda porque conozco a muchas personas diabéticas que ya no pueden salir de sus casas, no hacen nada, hay personas que han llegado un tiempo al club pero se retiran. Pero en las casas no nos ayudamos en nada, y yo quisiera tener poder humano para llevarlas al club y estén bien y se ayuden. El doctor es nuestro médico, nuestro amigo, consejero, nutriólogo, psicólogo, él es todo para nosotros y él nos dice: es que ustedes no deben de depender de mí, deben de ser autosuficientes para que el día de mañana que yo no esté ustedes sigan (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

*El club es un imán que nos jala, nos da risas, vuelve uno a ser niño, sin importar quién nos está viendo atrás, no nos importa las críticas, no nos importa nada, saltamos y corremos, nos tiramos al piso sin ningún prejuicio. Eso no lo podemos hacer en casa. En el club río, en mi casa no... En mi casa tengo que andar seria o en mi trabajo o a la defensiva. El club me ha dado muchas satisfacciones (Doña Elidia, participante de los grupos focales, Agosto de 2010).*

*Es un apoyo moral, espiritual, todo se siente uno bien, el doctor es muy buena gente. Ahí encontramos todo, nos llevamos como hermanas, compañeras (Doña Lucy, Septiembre de 2010).*

*El club es algo para mí muy bonito y muy bueno, ya que el club es parte de mi vida porque ahí me siento como en casa, mis compañeras, hermanas y amigas; han sido personas muy buenas que le ayudan a salir de donde está, y gracias a Dios me siento bien. Y en las terapias bendito sea Dios y benditas las personas que tienen eso, que pueden ayudar a las personas que lo necesitan, y como siempre he dicho que Dios las bendiga y que les dé más sabiduría para seguir ayudando. Ahora, me gustaría que toda la gente asistiera al club. Porque yo le doy gracias a Dios y al aceptarlo como mi salvador mi vida cambió en todos los sentidos. Y muchas de mis compañeras del club las puedo ver cómo están ahorita. Somos el mismo grupo, enlazados. Aunque esté lloviendo me gusta ir, hay buena convivencia porque todas somos positivas (Doña Elena, Septiembre de 2010).*

Existen coincidencias en la manera en cómo las mujeres diabéticas se sienten en el club, donde sus interacciones se vuelven más significativas que aquellas que se generan dentro de la familia. En los grupos de autoayuda identificamos tres formas de apoyo social: el primero, cuando las personas comparten sus experiencias y se sienten identificadas y aceptadas por las demás; El segundo, cuando los enfermos diabéticos intercambian consejos que sirven para resolver problemas prácticos y cotidianos; y el tercero, cuando reciben información sobre su padecimiento (Aznar, 1995).

Cabe destacar que, el Club constituye una de las instancias fundamentales en la articulación entre una institución de salud y un colectivo de personas que se encuentran en tratamiento y control médico. Llama la atención que en el ámbito de la medicina institucionalizada, tradicionalmente la relación médico-paciente es despersonalizada y distante (Menéndez, 2005b); sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio apuntan en un sentido inverso, en donde un determinado tipo de práctica médica genera confianza, calidez y reciprocidad. Este hecho demuestra, algo que desafortunadamente se ha venido invisibilizando, por las instituciones de salud, que las prácticas sanitarias son llevadas a cabo por personas capaces de construir otro tipo de interacciones basadas en la confianza. Desde luego, este hecho particular tampoco invalida las características estructurales del modelo dominante en la biomedicina, pero abre la posibilidad de transformarlo.

Los miembros del Club se refuerzan mutuamente acerca de su valía personal. Esto se manifiesta en la comprensión y aceptación de todos los miembros del grupo. Cuando un integrante describe sus acciones o emociones como “raras o anormales”, los otros participantes generan mecanismos para no hacer notar estas formas de autopercepción y puedan ser entendidas como “normales”.

Queremos destacar que cuando a las participantes les fue diagnosticada la diabetes la veían como una enfermedad “mala”; algunas le llamaban “enfermedad maldita” y no la aceptaban; no obstante, después de asistir permanentemente al Club y el estar en constantes interacciones, propiciando un proceso interactivo del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica por parte de la red social en que se

encuentra inmerso (Barrón, 1996), las apreciaciones sobre la enfermedad cambiaron radicalmente.

Las informantes coinciden en opiniones respecto a que todos los enfermos de diabetes (sobre todo los hombres) deberían de asistir a un club o a una institución de salud para evitar las complicaciones tempranamente. Al respecto señalan:

*Lo que sabía de la diabetes antes de ir al club es que era una enfermedad mala, porque te quita todo el gusto, el sabor y la chuchería, y que debemos cuidarnos los pies. A mi mamá le quitaron los dedos, se raspó con un block y en lugar de sanar era más grave y más grave hasta que le tuvieron que cortar el dedo y el otro dedo solito cayó. Sería más fácil ir al club porque ahí están controladas y si no la vida es corta y difícil, porque se agrava pero la gente es muy terca y en el grupo invitamos pero no llegan. No tienen valor de llegar o no sé. Les da miedo (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*Para mí era una enfermedad maldita, porque yo le decía a mi mamá: maldita azúcar y maldito medicamento (Doña Mercedes, septiembre de 2010).*

Las mujeres entrevistadas construyen y reconstruyen nuevos saberes respecto a su padecimiento con personas que tienen o no la misma condición de enfermos crónicos; se identifican y realizan “transacciones” otorgándole nuevos significados.

#### **4.3.2 La familia como apoyo y obstáculo**

Las redes de apoyo familiares son aquellas que se establecen con las personas más cercanas, en este caso: el esposo, esposa, padres, hermanos e hijos. En este estudio, encontramos que algunas de las mujeres entrevistadas no tienen ese apoyo que tanto necesitan en su familia (esposo) como es el caso de Doña Silvia; contrariamente a lo que sucede con el resto de las informantes.

*En mi familia vi tristeza en mis hijas, y en mi marido pues él me dijo: cuídate, es que tú no tolera, es que tú rápido te exaltas, te enojas fácilmente y por eso te enfermas porque no sabes tolerar. Con mis hijas es muy diferente, yo vi la tristeza y de hecho ahorita que llevo al club y me dicen que si por qué no voy, me dicen: tu no le hagas caso a mi papá, déjalo que se enoje; si yendo estás mal, ahora si no fueras estarías peor; ve, visita al club y échale ganas, eres tú la que vas, no va él por ti; ¡imagínate si él fuera por ti y tu salud dependiera de él! Pues te mueres fácilmente. Pero a veces no logro entender a mi esposo en cómo es, no logra entender hasta donde puede dañar la diabetes porque al principio aceptó que yo fuera al club y fui, pero ahora ya se opone, es celoso. Oigo de otras compañeras que dicen que su marido les dice que vayan al club, y yo lo veo bonito, que tengan ese apoyo que yo no tengo. De las tres hijas recibo apoyo de manera económica, moral, pero más de la más grande pues trabaja mejor que las otras y la última solo estudia, pero ésta me apoya moralmente y me ayuda en la casa. La hermana que tengo aquí sí, me ayuda económicamente (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

*Quando di la noticia formal que era diabética, pues no fue un caos porque “todo fue crítica”: te dijimos que controlarás tu carácter, te dijimos que cambiarás tu forma de ser, que comieras menos, en ese sentido no tuve apoyo de nada, porque supuestamente todo me lo habían advertido, te lo advertí que te cuidarás no te cuidaste “es tu problema”, y ahorita mira. Les dije me apoyaran porque iría al club, y si me apoyaron, ahora hasta ellos me corren cuando ven que estoy con los pelos de punta ¡mejor vete al club! Para mí, mi familia es muchísimo porque sé que les intereso un poco aunque sea para gritarnos y mi mamá es la base. Encuentro apoyo moral en los dos, en el club y en mi familia hay cosas importantes que yo pueda desahogar, y se con quien lo voy a hacer, con mi familia. Mi familia, es mi hermano, mi cuñada, mi mamá, sobrinos e hijo. Ha sido un poquito más en atención en las limitaciones de la comida y que me cuide que no me golpee (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

*Yo pienso que solo a mí me afectó, a mi esposo no creo, luego el murió (...). Ahorita gracias a Dios no tengo problemas con mi hijo, le digo que voy salir, que voy a tal parte pero solo para que esté enterado. Voy y vengo solita, y en la comida no tengo problemas. Nos llevamos bien gracias a dios y yo hago la comida y nunca me dice que no le gusta o que no lo quiere. A pesar que nos separamos por muchos años pero ahorita está conmigo. Pienso que es el mismo apoyo toda la vida porque es mi único hijo. Mi hijo nunca dice no vayas al club, al contrario mi hijo me apoya y cuando necesito de un consejo voy con él. Mis hermanos cuando los visito, procuran una comida especial, mis verduras (Doña Lucy, Septiembre de 2010).*

*Mi hermana y yo, nosotras dos somos las únicas que vivimos aquí, pero el mayor apoyo lo encuentro de otra hermana que tengo en la 31 de marzo que me apoya en despensa y cosas de la casa. Cuando yo me enteré que tenía diabetes, acepto a Jesucristo y para mí fue duro, mi madre principalmente fue muy dura, a mí me mandaron a decir que hiciera yo de cuenta que no tenía yo padres, ni nada. Mi hermana mayor es muy importante, porque tanto ella cuenta conmigo como yo con ella, y siempre estamos juntas, para mí es muy importante. También otra persona que me apoyó desde México fue mi tía, me decía que me cuidara y que fuera responsable, si quieres vivir bien te vas a cuidar sino no. Y gracias a dios ella me ha apoyado bastante (Doña Elena, Septiembre de 2010).*

Es interesante el hecho de que las mujeres se sientan más valoradas en el club que dentro de su grupo familiar; esto puede deberse a que se sienten identificadas y comprendidas por los demás enfermos. Es importante resaltar que el diagnóstico de la diabetes impacta a nivel emocional en el individuo, el cual no se encuentra preparado para enfrentar las limitaciones de su enfermedad; de ahí la importancia que adquieren en el proceso las redes de apoyo.

Cambiar los hábitos de vida, alimentación, realizar ejercicios y tomar medicamentos no es tarea fácil para el enfermo, por lo tanto si recibe el apoyo de las personas más cercanas a él, como sus familiares tendrá un efecto de protección y amortiguamiento en los eventos estresantes, en este caso la diabetes mellitus; además la presencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuye al bienestar y la salud (Reyes, 2003).

A continuación se muestran algunos testimonios que hablan de la experiencia del enfermo junto a la familia:

*Pues tal vez mis hijas se descontrolaron porque mi marido me dijo que solo me cuidara - iya ves por enojona, no toleras nada, te enojas! Y no me lo demostraron mucho que se hayan puesto a llorar. Para mí el obstáculo es eso, a mi gusto me gustaría que mi marido me dijera me animara, me apoyara, que no se enojara, me gustaría que me dijera que vaya al club o que si me siento bien que yo siga yendo. El único maltrato es de esa vez de mi esposo que no lo logro entender. Me dice que me volví dura y testaruda, yo antes le echaba la culpa de mi enfermedad. Mi esposo a veces llega con hamburguesa o con la bolsa de pan, y de la mitad de una hamburguesa le parto un pedazo o una cuarta parte, y él me dice: come! Pero el no piensa en las consecuencias de mi enfermedad (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

Los siguientes relatos dan a conocer que algunas de las enfermas han tenido una mejor experiencia con sus familiares (hijos), ya que han estado con ellas en todo el proceso del padecimiento:

*Pero mi hijo, es mi hijo, yo me cuido por él y él para mí. Él le agradece a Dios porque no soy gorda. Gracias a Dios cuando me he sentido mal pues mi hijo me lleva a Tuxtla a hacerme mis estudios (Doña Lucy, Septiembre de 2010).*

*Mis hermanos, tal vez pero no lo demostraron la que si fue, fue mi mamá y hasta la fecha, porque le es imperdonable que ella diabética y yo también yo era pilar de mi mamá con 13 años y yo con 10 años, la más afectada fue ella en todos los aspectos. Mi familia es muchísimo porque sé que les intereso un poco aunque sea para gritarnos (se ríe) (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

El padecimiento no sólo afecta al enfermo sino a su círculo más cercano. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí que es la familia del enfermo (Navarro, 2004). Velasco y Sinibaldi mencionan varios aspectos interesantes respecto a las familias con un miembro con diabetes mellitus. Primero, el enfermo y la familia deben

integrar de manera lenta el diagnóstico, su significado, curso y desenlace, no se espera que el enfermo y la familia los asimilen de forma rápida; esto es un proceso lento. El enfermo se enfrenta a la tarea de adaptarse al malestar, dolor y pérdida del control físico, así como a cambios en su apariencia. Segundo, la familia tiene que ser flexible y tendrá que convivir con esto y con los sentimientos de impotencia, ambivalencia, coraje, culpa y temor, tanto del enfermo como de ellos mismos (Velasco y Sinibaldi, 2002).

Por último, los cambios en la familia dependerán, por tanto, de las características propias de la misma, de la etapa del ciclo vital en que se encuentra, de la etapa de desarrollo que esté viviendo el individuo que padece la enfermedad y de la red de apoyo familiar con que cuenten. Además de los factores anteriores, las circunstancias que hayan rodeado el diagnóstico inicial, el grado de dolor que la enfermedad o los tratamientos que impliquen para este individuo en particular, la evolución del padecimiento al momento del diagnóstico y la velocidad de deterioro, las secuelas que llegan a producir algún tipo de invalidez, la narrativa particular y familiar que el grupo dé a la diabetes mellitus, y la posibilidad de crear un significado que les ayude a enfrentar y sobrellevar la enfermedad (Arroyo, et al. 2005).

### 4.3.3 Amigos, vecinos y conocidos

En esta investigación las redes de amigos son definidas como aquellas redes que la persona diabética forma con sus conocidos, vecinos y amistades permitiendo establecer relaciones perdurables de apoyo económico, emocional y de convivencia. Los amigos han sido considerados por algunas de las informantes como importantes en el manejo de su padecimiento.

Los siguientes testimonios ejemplifican el caso:

*Una amiga muy allegada a nosotros me ha ayudado económicamente, es alguien muy cercana a nosotros. Y a veces cuando me siento deprimida, me voy a su casa de ella y ella me paga mi pasaje; ella ha formado parte fundamental en mi vida (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

*Mis patrones, ellos se preocuparon por mí, mi patrona fue la que me llevó con el doctor ella siempre estuvo conmigo, y me dijo: ahora si Mari, a poner todo de tu parte para que te sientas bien (Doña Elena, Septiembre de 2010).*

*Apoyo moral de la gente que me conoce, vecinos, amigas siempre me han dicho que no me retire del club, ellos me apoyan (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

Para las informantes contar con el apoyo de sus amigos más cercanos o sus patrones, como es el caso de Doña Elena, ha sido de suma importancia. Cuando los enfermos no tienen el apoyo necesario de la familia, ese vacío de solidaridad es cubierto por las amistades, y por lo tanto, las redes que se establecen trascienden el ámbito familiar.

Los amigos y conocidos forman parte importante en el proceso que enfrenta el enfermo crónico; ya que en ocasiones no necesariamente acuden con un terapeuta o un psicólogo que los escuche y aconseje, sino buscan aquellos que estén dispuestos a escucharlos.

#### **4.3.4 Dios se lleva las enfermedades**

Dentro de las diferentes formas de atención utilizadas por las mujeres se encuentran las centradas en la autoayuda, esto incluye a los clubes de diabéticos, y las prácticas religiosas que incluyen visitas regulares a iglesias católicas y evangélicas. También es importante mencionar que algunas de ellas realizan otro tipo de actividades como caminar, bordar o costurar. Al respecto mencionan:

*Voy sólo a la iglesia, misa, comulgo y últimamente que voy los miércoles a las 5 a la iglesia de Fátima, a aplaudirle a Dios. Venero a Jesús de Nazareno y la Virgen de la Luz. De ahí el oficio de la casa y me pongo a costurar. Si a mí no me fastidia siempre tengo algo que hacer. Y toda la vida me la paso tejiendo capas, suéteres, de todo. Y bueno veo revistas y las puedo comprar las compro para aprender más y el programa de Lolita para la salud y si los oigo me gusta. Además me gusta bailar la marimba cuando estoy planchando estoy bailando (Doña Lucy, septiembre de 2010).*

*He aprendido como debo de cuidarme ya tengo los conocimientos pero conocer más sobre el organismo por dentro para ver que más me ha degenerado la diabetes. Trato de hacer ejercicio, y en la tarde me pongo a bordar y me relajo al bordar Lunes, miércoles y viernes caminar. Son tres días de mi parte que camino, del eje, panteón, chedraui. Y me aferro a Dios porque todas las personas veneramos al mismo Dios nada más que nosotros en santos y los otros en espíritu (Doña Mercedes, septiembre de 2010)*

*Mi religión me ha ayudado bastante, por el hecho de que era yo muy enferma, siempre padecía de enfermedades diferentes, yo pienso que han de ver pasado cuatro años o tres cuando me detectan el azúcar, pero yo era una persona que me dolía una cosa, me dolía otra, entonces cuando yo acepto al señor Jesucristo como mi salvador mis enfermedades se las entrego a Él, Él se lleva todas las enfermedades, todas nuestras dolencias en la cruz del calvario, y le pedí que me sanara y la primera sanidad que gracias a Dios ya no me operaron, porque ya estaba lista para ir al quirófano, de la vesícula y Él me sana..Hoy es un día de lavar ropa, ya después me doy un baño y hago mi comida, luego al culto de 5 a 8 de la noche (Doña Elena, septiembre de 2010).*

*Mmm, religión, ya conocí la católica la evangélica y ahorita ya no voy a ningún lado, nací en la católica pero ya de grande después de casada me incliné por ir a una evangélica. Lo que hago en mi casa cuando me siento afligida espiritualmente es ponerme a leer la biblia y le pido a Dios. Yo me levanto y doy gracias a Dios que ya amaneció, que me de fuerza que nos comprendamos y toleremos, que pasemos otro día bien o mejor. Y que me de fuerzas, ánimos de trabajar (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

La religión, así como el costurar o bordar han sido actividades consideradas de gran ayuda para la mayoría de las participantes las cuales llegan a ser entendidas como una forma de alivio del padecimiento, y las ha “hecho sentirse mejor” y “distráidas”.

La religión, en la medida que ayuda al cambio de actitudes, desde una perspectiva subjetiva por medio de la cual el enfermo y la comunidad perciben el contexto de la enfermedad. El alivio del sufrimiento, la supervivencia y la cura no constituyen el retorno a su estado anterior, pero si la introducción de la persona en un nuevo contexto de experiencia (Vrban y Fontao, 2007).

#### **4.3.5 La diabetes ya se hizo una amiga**

En el proceso de salud-enfermedad-atención de la diabetes, el enfermo pasa por una serie de obstáculos, negación, y hasta el enfrentamiento consigo mismo y con sus familiares. Sin embargo, después de asistir al club de ayuda mutua de diabéticos se identifica una diferencia marcada en cómo ven, sienten y experimentan a la diabetes.

Los testimonios corroboran lo anterior:

*Ahora ya me acostumbré, ya la llevo por delante (se ríe). Mi estado de salud ahora lo considero regular ya todo nos cansa por la misma edad... (Doña Lucy, Septiembre de 2010)*

*Ya me voy estirando porque sé que eso es bueno, para toda mi circulación, mis ligamentos, debemos de ejercitarnos para que en un doblón no nos lastimemos, en eso ha cambiado mi vida ya no soy de la que me siento y me siento hasta las nalgas de estar sentada cómo antes. Pero en cualquier momento debo de estar constante por muchas razones. Cambió para mi vida personal en mi casa, con mis hijas y esposo diciéndoles que se cuiden que no estén gordas, no coman chatarra porque yo no quiero que estén igual que yo, a ellas les exhorto, les digo que se cuiden ahorita quiero que vean las cosas de otra manera y también me ha ayudado a liberarme de la presión de la pareja. Eso me ha ido liberándome, eso me ha dado valor, porque antes no tenía autoestima ni nada en ese aspecto gracias a la enfermedad me he liberado del yugo (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

*Es algo que se me ha pasado, que en mis años que tengo de diabética padezco de muchas depresiones, y entre esas depresiones yo misma me he provocado enfermedad, a mí ya me dio el herpes. Pues la diabetes ya se hizo una amiga, tal vez ha cambiado mi vida en un aspecto: mi carácter que es de mil diablos pero he mejorado en un cinco por ciento por eso voy al club porque siento que lo que tengo reprimido y mi depresión no voy y lo platico con ellas pero con el relajo con ellas ya lo saqué y en cuando río, lloro al mismo tiempo. Hay muchos aspectos en que ha cambiado para bien mi vida, en la agilidad de mi cuerpo, yo no podía subirme en una silla o poner un clavo en la pared. Más tranquila y si me cuido voy a vivir más tiempo, pero antes no, yo comía demasiado y cosas que me hacían mal para morirme, y lo malo es que cuando esta el azúcar alta exige más y más dulce, y come uno demasiado y nunca se llena uno (Doña Mercedes, Septiembre de 2010).*

*Conozco mucha gente que no acepta su enfermedad, es lo que lo lleva a uno a no estabilizar la azúcar, porque cuando no lo acepta, sufre. Y yo hice una vida normal. Porque mueres para el mundo pero resucitas para Cristo. Le digo que mis dedos se me duermen, hay veces que tengo que estar dale y dale a mis dedos (moviéndolos). Pero gracias a dios dijo que estoy bien de mis ojos, pero igual como le digo es lo que siento raro de mi cuerpo pero le pido a Dios y se me quitan las dolencias no necesito medicamento y darle gracias a dios que yo no me enojo, y por esta enfermedad (Doña Elena, Septiembre de 2010).*

Los distintos factores de tipo personal y colectivo inciden en las maneras en que las personas aprenden a vivir con este padecimiento. Entre nuestras informantes unas tienen más años con esta enfermedad y otras menos.

Sin embargo, se observa que esa aceptación y cambio en sus vidas fue gracias al Club de Ayuda Mutua el cual ha actuado como un espacio en donde se abordan temas que enfatizan la autoestima y aprenden a valorarse no sólo como enfermos, sino también como seres humanos.

En el momento en que el enfermo comprende cuales podrían ser las complicaciones de ser diabético puede deprimirse, sin embargo, esto no quiere decir que todos los enfermos pasen por este momento; es posible que al inicio de la enfermedad sufran depresión y negación al mismo tiempo, porque el proceso de adaptación en cada enfermo es diferente y deben ser tomadas como “reacciones emocionales normales” y su ausencia puede ser relacionada con un proceso más lento y doloroso (Vinaccia y Orozco, 2005).

El enfermo se enfrenta a la necesidad de realizar cambios en su vida personal, social, familiar y laboral en muchos aspectos de su vida cotidiana. No solo buscará apoyo en personal de salud sino también en personas más cercanas a su red social los cuales le ayudaran a pasar por *el proceso difícil de aceptación* y sobre todo, de aprender a sobrellevar la enfermedad.

## **Conclusiones**

A lo largo de la investigación se pudieron encontrar diferentes hallazgos respecto al proceso de autoatención, saberes y prácticas relacionadas al padecimiento; así como las redes familiares e institucionales y las experiencias de la enfermedad, las cuales constituyeron los aspectos centrales de este estudio. A continuación, desgloso los principales resultados producidos en los diferentes aspectos abordados, los cuales constituyeron los aspectos centrales de este estudio.

### **Construcción social de la diabetes**

Cada individuo vive de manera diferente su padecimiento, éste es construido social y culturalmente y es así como el enfermo toma comportamientos distintos ante su cuidado o recuperación de su salud; la manera de entender a la diabetes es una combinación de saberes que provienen de lo aprendido en el Club y, por otro lado, de su entorno familiar. La síntesis y apropiación de elementos que son integrados al cúmulo de saberes y prácticas por parte de las propias personas enfermas constituyen un proceso permanente.

La presencia de la diabetes ha afectado significativamente al enfermo y a los miembros de la familia en dos aspectos clave: la alimentación, y la asistencia del enfermo al club; ésta última actividad no es aceptada por algunos de los miembros de la familia y los enfermos se ven afectados directamente en sus emociones.

Las subjetividades están mediadas por los procesos sociales y culturales en la historia de cada una de las informantes, las cuales definen los modos en que cada una construye la visión de su padecer y, en cierto modo, orienta sus acciones posteriores con miras a la búsqueda de alivio.

Podemos concluir en esta parte, planteando que la construcción social de la diabetes ha ido cambiando con el tiempo a partir de las visitas al club; el compartir saberes tanto con los demás enfermos como con el personal de salud y el discurso médico que éstos últimos manifiestan en las sesiones, el enfermo re-construye nuevos saberes en torno al padecimiento.

Si bien metodológicamente establecimos estas divisiones en el proceso salud/enfermedad/atención de la diabetes, identificando a la construcción social al principio de dicho proceso, es importante señalar que esta misma subyace en cada uno de los ámbitos antes referidos de manera articulada (saberes y prácticas e interacciones colectivas).

### **Autoatención, saberes y prácticas**

Las diferentes prácticas de autoatención y los recursos terapéuticos utilizados por las enfermas a partir del diagnóstico de la diabetes *mellitus*, fueron cambiando con el tiempo. El recorrido terapéutico inicial estuvo dirigido al personal médico y la combinación de otros recursos médicos es un proceso que se fue generando en el desarrollo de su padecer; este recorrido estuvo determinado por las condiciones socioeconómicas de las enfermas.

Cabe destacar que la alimentación constituye uno de los ámbitos importantes donde las mujeres diabéticas entrevistadas ejercen un papel activo en cuanto a la autoatención de su salud.

Enfatizamos que las negociaciones y/o transacciones entre las distintas formas de atención son una estrategia permanente en las enfermas diabéticas para encontrar mejores formas de alivio a su padecimiento; aparte de tomar los medicamentos indicados por el personal de salud, por su cuenta toman decisiones de cambiar la dosis de algunos medicamentos o de combinar otros de tipo “naturistas”.

En la búsqueda intencionada de atención y alivio en la esfera institucional de salud, las enfermas diabéticas se han apropiado del discurso biomédico, asumiendo que el mejor tratamiento para la diabetes son los medicamentos y prescripciones por parte del personal médico del Centro de Salud; el hecho de que las informantes afirmen una mejor eficacia de los medicamentos frente a otras formas de atención nos da una idea de cómo el discurso médico ha sido incorporado a sus saberes y prácticas.

### **El ámbito de las interacciones colectivas**

En esta investigación las redes construidas por las enfermas son las familiares, las institucionales (club) y los amigos. Las familiares son las redes más cercanas al enfermo, sin embargo no es la más fuerte. El trato y la comprensión que puedan tener de sus familiares respecto a la alimentación o el apoyo para que asistan al club no ha sido la mejor.

La red más fuerte y más estable y con mayor soporte es la institucional ya que a través de esta han asumido de manera sencilla la enfermedad y aprendido a valorarse como personas. Es en esta red donde ellas han logrado establecer y mantener ese soporte que, en algunos casos, en la familia no se logra.

El club funciona como un espacio de interacción en el cual al momento de compartir sus puntos de vista se van creando lazos e identidad con los demás enfermos.

En el ámbito de la medicina institucionalizada, tradicionalmente la relación médico/paciente es despersonalizada y distante, sin embargo en este estudio existió un determinado tipo de práctica médica que genera confianza y calidez. Este hecho particular, tampoco invalida las características estructurales del modelo dominante en la biomedicina, pero abre la posibilidad de transformarlo.

Los amigos también son considerados importantes para sobrellevar el padecimiento ya que éstos llenan el vacío que las enfermas manifiestan sentir cuando sus familiares no los apoyan, estas redes trascienden el ámbito familiar.

Un aspecto que nos hubiese parecido importante abordar en este estudio, es la comparación entre aquellas personas que por diversas razones no participan en el club, ya que esto nos permitiría comprender las distintas decisiones y acciones que los enfermos llevan a cabo sin que exista una incidencia directa del discurso biomédico a través del club.

## Recomendaciones

- Consideramos importante que las instituciones de salud tomen en cuenta la dimensión personal del enfermo ya que a partir de las experiencias de éste se pueden crear nuevas opciones para mejorar en el tratamiento y calidad de la atención.
- Que la relación entre el médico/paciente dentro de la medicina institucional debería estar basada en una interacción que reconozca valores, actitudes y creencias que forman parte del saber personal y colectivo.
- Por parte del personal de salud, incentivar a los familiares asistir al Club para favorecer y fortalecer las redes que hay entre los enfermos y familiares con el objetivo de que éstos últimos conozcan y comprendan las complicaciones a largo plazo de la diabetes así como la importancia que tiene su apoyo al enfermo en el transcurso de la enfermedad.
- Se requiere de un programa en el que se doten de herramientas cualitativas al personal de salud para el trato del enfermo, así como el manejo de la alimentación en éste, ya que algunas veces los enfermos se quedan con vacíos de información.
- Se requiere de un programa de capacitación para el personal médico que atiende a las y los enfermos diabéticos con orientaciones antropológicas que permitan la comprensión de los aspectos sociales y culturales que inciden en la construcción social del padecimiento.

- Consideramos pertinente que el personal de salud tomara en cuenta las especificidades culturales de los grupos de diabéticos, de tal modo que el ejercicio, la dieta e incluso el tratamiento médico pueda ser acorde a su pertenencia cultural.
- Tomando en cuenta que la alimentación constituye uno de los ámbitos donde las diabéticas ejercen un papel activo respecto a la autoatención a la salud, resultaría relevante enseñarles a consumir los alimentos que tienen en su localidad preparando comidas nutritivas, y que no se imponga una dieta que aparte de tener un costo elevado no es culturalmente accesible.
- Las redes construidas al interior del Club constituyen el mayor soporte para las y los diabéticos que participan en el Club; sin embargo, consideramos que una estrategia pertinente sería socializar las experiencias, saberes y prácticas hacia Clubes de otras ciudades cercanas, incluso de comunidades indígenas, porque de esta manera se amplían lazos de identidad.
- El presente estudio demuestra la importancia de abordar el problema de la salud y las enfermedades desde perspectivas no sólo biomédicas y los aportes de la antropología contribuyen a una mejor comprensión de las problemáticas socioculturales en que se encuentra inmerso el sujeto enfermo. Por tal razón consideramos relevante propiciar encuentros, intercambios y acciones conjuntas entre el personal médico y profesionales de las ciencias sociales que trabajan en el campo de la salud.

## Literatura citada

Aguilera G. Garay ME, Solís ME, 2003. Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus and its relationship with cognitive function. *Diabetología*, 46:A pp.238.

Anuarios de mortalidad/SEED/DGESS/INEGI/. 2007 .Base de datos del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones (SEED).

Árcega-Domínguez A, Lara-Muñoz C, Ponce-de-León-Rosales S, 2005. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de Investigación Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, 57: 676-684.

Argentina M, 2010. Lo simbólico y lo real en la definición de la realidad médica. Notas sobre las potencialidades heurísticas del concepto de experiencia, *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 4: 59-70

Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, Borda M , 2005. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte*, volumen 21: 28-40

Arroyo S, Bonilla M, Muñoz L, 2005. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético 2005. Universidad vasco de Quiroga, UNAM, Universidad Iberoamericana. *Revista de neurología, neurocirugía y psiquiatría*, volumen 2, 63-68.

Asociación Americana de Diabetes 2010. Hallado en : <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/> [ Consultado el 13 de abril de 2010]

Asociación Americana de Obesidad .2006. Hallado en:[http://obesity1.tempdomainname.com/subs/fastfacts/whatisobesity\\_spanish.shtml](http://obesity1.tempdomainname.com/subs/fastfacts/whatisobesity_spanish.shtml) [Consultada el 13 de abril de 2010]

Aznar, A.1995. Un año de grupo de autoayuda con familiares de enfermos mentales en Zaragoza. Trabajo Social y Salud, volumen 20: 291-296

Barceló, A Peláez, M, Rodríguez L, Meiners, M. 2001. Prevalencia de la diabetes entre adultos mayores en siete países de América Latina y el Caribe (ALC): Proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento).Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, DC.

Barrón, A. 1996. *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI. Madrid.

Bonfil G. 1996. El diagnóstico del hambre en Sudzal. La Antropología Médica en México. En: Campos R, Antologías universitarias Instituto Mora UAM. pp. 9-24,

Bowling A. 2003. Measuring social networks and social support. A review of quality of life measurement scales. En: Bowling A, Measuring health, 2ª edición. University Press Filadelfia.

Calderón C.2002. Criterio en la calidad de la Investigación Cualitativa en Salud: apuntes para un debate necesario, Revista española de salud pública, volumen 76:473-482.

Camacho, J, Pardo M.1994. "Etnología, epistemología y cualidad". En: Reflexiones. Editorial Universidad de Costa Rica, pp.26

Cano J. 2002. El apego: factor clave en las relaciones interpersonales. En: Psiquiatria.com Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicología>.

Castro J. 2007. Los paradigmas sobre el proceso salud enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud Colombia, Internacional Evento: Expomotricidad 2º seminario internacional de actualización física y salud. Ponencia: Los paradigmas sobre el proceso salud enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud, México, pp. 120.

Castro, M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2 Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, México, 11: 43-48.

Cifuentes J, Yefi N. 2005. La familia: Apoyo o desaliento al paciente diabético. Programa del diplomado en salud pública y salud familiar. México

Connolly V, Unwin N, Sherriff P, 2000. Diabetes prevalence and socioeconomic status population-based study showing creased prevalence of type 2. Journal Epidemiology Community Health Vol 54 pp.173-177

Córdoba D, Sapién J, Rosas J, Hernández N. Experiencias y significados de la dieta en diabéticos y sus familiares. Revista de especialidades medico quirúrgicas, IMSS, 12 :27-35

Cortés, B, 2007. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. Nueva Antropología, 16: 89-115.

Cortés C, Duque C, Uribe A, Vásquez R, 2005. Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34:190-219.

Da Silva I, Melo S, Castanheira L. 2008. Red y Apoyo Social en Enfermería Familiar: revisión de conceptos. Revista Latinoamericana de Enfermería. Brasil, 16: 1-4.

Diabetes en Latinoamérica. Escrito por Comunicaciones ALAD 14 de Noviembre de 2008.En: Asociación Latinoamericana de Diabetes.

Enciclopedia de los Municipios de Chiapas, San Cristóbal de las Casas. 2000. Disponible en <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/municipios/07078a.htm>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Federación Internacional de Diabetes. 2010. Atlas de Diabetes.

Federación Mexicana de la Diabetes 2008. Los números de la diabetes en México. Página de la Federación Mexicana de la Diabetes. Hallado en: [http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d\\_numeros.php](http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php). [ Consultado el 24 de febrero de 2010].

Fitzpatrick R., 1990. La enfermedad como experiencia. pp. 19-41.En: Fitzpatrick R, Hinton N, Staton, G. Scambler, J.Thompson, Fondo de cultura económica, Universidad de Guadalajara. Dossier. México.

- Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, 2006. Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal Epidemiology Community Health*, vol 60:7–12.
- García JE, Salcedo AL, Lopez I, Baer RD, Dressler W, Weller SC, 2007. "Diabetes is my companion": Lifestyle and self management among good and control Mexican diabetic patients. *Social Science Medicine*; 64(11):2223-2235.
- Good B, 1994. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological Perspective* Cambridge: Cambridge University Press.
- Granada P, 2000. La etnografía en la práctica médica, *Revista de ciencias humanas*, Universidad Tecnológica de Pereira, 17:1-6
- Huenchuan S, Sosa. 2003. Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile. *Notas Pobl* 30(77):103-137.
- Hofball, S, Vaux A, 1993. Social support: resources and context, 685-705 pp, En L. Goldberger, S. Brenitz editorial *Handbook of stress, Theoretical and clinical aspects*. New York.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2000. Censo General de Población y Vivienda. Estados Unidos Mexicanos.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2005. Diagnósticos sociodemográficos municipales, San Cristóbal de las Casas.
- Koenig H, MD, Loma Linda University 2005; Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19: 211-222.

Kleinman, A, 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: California University Press.

Krieger N, WilliamsDR, MossNE. 1997 Measuring social classin US public health research:concepts,methodologies,andguidelines.Annual Review Public Health.vol 18 pp.341-378

Lagarraña I, Arteagoitia J, Rodríguez J,2005. Socioeconomic inequalities in the prevalence of type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country,España. Vol 22 pp.1047-1053

Lara, A, Aroch A, Jiménez R, Arceo M, Velazquez O, 2004. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategias para el control de diabetes e hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México 74: 331-332.

Laplantine 1999. Antropología de la Enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del Sol.pp.424

Martínez B, Torres L , 2007. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulín dependiente. Psicología y salud, 17:229-241

Martínez A, 2008.Antropología Médica.Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad, editorial Anthropos, Barcelona , España.

Menéndez E, 1982. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Cuaderno Médico Social, 21: 1-13

Menéndez, E, 1984. *Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención.* En salud México CIESAS, colección cuadernos de la casa chata número 86.

Menéndez E, 1988. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.* Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, pp. 451-464.

Menéndez E, 1994. *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*. *Alteridades*, 4: 71-83.

Menéndez E, 2004. *Modelos De Atención De Los Padecimientos: De Exclusiones Teóricas Y Articulaciones Prácticas.* *Salud Colectiva*, 2: 185-207.

Menéndez E, 2005. *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos.* *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69

Menéndez E, 2005. *El modelo medico y la salud de los trabajadores.* *Salud colectiva*, 1: 9-32

Mercado F, Robles L, Ramos I, Moreno N, Alcántara E, 1999. *La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico,* revista de salud pública de Río de Janeiro, 15: 179-186.

Mercado F, Villaseñor M, Lizardi A. 2000. *Situación actual de la investigación cualitativa en salud, un campo en consolidación,* 17.

Navarro J, 2004. *Enfermedad y Familia manual de intervención psicosocial,* ediciones Paidós Ibérica S.A, Barcelona España.

Nigenda G, Langer A, 1995. Métodos cualitativos para la investigación en Salud Pública. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, 20.pp.104

Olaiz G, Rojas R, Aguilar C, Rauda J, Villalpando S. 2007. Diabetes Mellitus en adultos Mexicanos, resultados de la Encuesta Nacional de Salud. Salud Pública de México, vol 49 pp.331-337.

Organización Mundial de la Salud, 2008. Diabetes. Programas y proyectos. Centro de prensa. Nota descriptiva N°312.

Peñarrieta I, 2005. Introducción a la investigación cualitativa. Universidad Autónoma de Tamaulipas, editores de textos mexicanos, México. Pp.83

Pérez E, 2005. Manual del educador y del paciente con diabetes. Johnson y Johnson, México.

Pollock S, 1990. Health-Related hardiness with Different Ethnic Population. Holistic Nursing Practice: Hardiness and Health Journal vol 13 pp.1-10

Raggio S y Soukoyan G, 2007. Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua. Camino compartido hacia el bienestar, Universidad complutense de Madrid 24: 33-69

Reyes Saborit A, 2003. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, Ciudad Habana. Tesis de maestría, Escuela Nacional de Salud Pública, Santiago de Cuba. 57 p.

- Sacchi A, 2007. Percepción del proceso salud enfermedad atención, y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud en familias pobres de la ciudad de salta, Buenos aires 3: 271-283.
- Salcedo A, García J, Sevilla E. 2008. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico. Revista de Salud Pública de México, 42:256-64
- Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman A, Van C.2005. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control. Do specialists differ from primary care physicians? Diabetes Care. 2005; vol 28: 600-606.
- Sanchez C, Lara J, Villa A, Aguirre J, Escobar M, Gutiérrez H, 2001. Unusually high prevalence rates of obesity in four mexican rural communities. European journal of clinical nutrition, vol 55 pp.833-840
- Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud.2005.Egresos hospitalarios <http://sinais.salud.gob.mx>
- Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad.2006.Dirección General de epidemiología. Hallado en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.2007.Autocuidado a la salud, boletín de información científica para el cuidado en enfermería (ICCE).
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. 2008. Veinte principales causas de enfermedad nacional por grupo de edad Población General. México.

- Solís Hernández M. 2009. Transferencias entre generaciones: el caso de diabetes mellitus tipo II en Chiapas, México. Tesis de doctorado, ECOSUR, San Cristóbal de las Casas. p.117
- Susser M, 1973. Causal thinking in the health science: Concepts and strategies of epidemiology. Nueva York: Oxford University Press. 181 p.
- Torres M, Sandoval M, Pando M. 2005. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara .Revista de Salud Pública México 21:101-110.
- Trujillo Olivera L, Nazar, A, Zapata E, Estrada E .2008. Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir *Papeles de Población*, Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México, 14: 231-258.
- Tamayo D, 2009. Medicamentos genéricos intercambiables en Enfermedades crónicas en un contexto de pobreza. El caso de la diabetes mellitus tipo 2 en Chiapas, México. Tesis de maestría, ECOSUR, San Cristóbal de las Casas. 68 p.
- Taylor, S. J, Bogdan R. (1996) Metodología cualitativa. La observación participante en el campo. El trabajo con los datos, Análisis de los datos en la investigación cualitativa. La entrevista en profundidad en Introducción a los métodos cualitativos de la Investigación. Paidós, Barcelona, España. pp. 20, 22, 55, 153-170,101
- Vázquez M, Dantés G, Cantón F. 2006. Diabetes mellitus en población del IMSS. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 44:13-26.

- Vinaccia S, Orozco M, 2005. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas en enfermedades crónicas. Diversitas. Universidad Santo Tomas, Colombia ,1: 125-137.
- Vrban V, Fontao M, 2007. El significado de las creencias religiosas para un grupo de pacientes oncológicos en rehabilitación. Revista Latinoamericana de Enfermería, Janeiro, 15: s/p
- Vergara M, Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales: Informe de tesis doctoral, Universidad de Manizales-CINDE, Colombia. P.161
- Velasco L, Sinibaldi J. 2002. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: El Manual Moderno, p. 338
- World Health Organization. 2005. Preventing chronic diseases: WHO global report. Genova, Suiza: WHO.
- Young (1982). The Antropologies of illness and sickness. Annual Reviews Anthropology volumen 11:257-285
- Zanetti ML, Otero LM, Freitas MCF, Santos MA, Guimarães FPM, Couri CEB, Péres DS, Ferronato AA, Dal Sasso K, Barbieri AS. Atención de un paciente diabético utilizando un protocolo para el manejo de diabetes : relato de una experiencia. Revista Brasileña de Promoción a la Salud, Universidad de Fortaleza, Brasil, 19:253-60.

# **ANEXOS**

## 7.1 ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.-Nombre completo: \_\_\_\_\_

2.-Edad: \_\_\_\_\_

3.-Estado civil: \_\_\_\_\_ 4.-Hasta que grado estudió? \_\_\_\_\_

5.-Colonia en la que vive \_\_\_\_\_

Instrucciones: Subraye o tache la respuesta correcta.                      Mujer                      Hombre

6.-Religión:    católica                      evangélica                      ninguna                      Otra

7.-Con quien vive?    Solo                      Pareja/esposo (a)                      Familia                      Amigos

8.-Cuantas veces al MES asiste al Club? \_\_\_\_\_

9.-Hace cuanto tiempo supo Usted que era diabético? \_\_\_\_\_

10.-Ha tenido alguna complicación con la diabetes?    SI                      NO

si su respuesta es SI subraye en que parte del cuerpo ha tenido la complicación

Pies                      Ojos                      Riñones                      Todas las anteriores

11.- ¿Lo han hospitalizado por que el azúcar se le subió?    SI    NO    si su respuesta es SI indique Cuántas veces? \_\_\_\_\_

12.- ¿Ha tenido gastos personales en el último mes por la diabetes? SI    NO si su respuesta es SÍ En qué ha gastado? \_\_\_\_\_

13.- ¿Recibe apoyo económico de sus hijos/familia para comprar algún medicamento para su diabetes?    SI                      NO

14.-Aparte del tratamiento que recibe en el centro de salud USTED asiste a otro lado para curarse?                      SI                      NO

GRACIAS

## **7.2 CARACTERISTICAS PERSONALES DE LAS INFORMANTES CLAVE**

### **Doña Lucy**

Doña Lucy es una mujer de 70 años de edad de carácter tranquilo, risueña, amable y callada, tiene 15 años viviendo con diabetes mellitus. Ella es originaria de La Trinitaria, Chiapas. Vive con su hijo y él se hace cargo de ella.

Los primeros años de su vida los vivió en un rancho cerca de Ocosingo y gustaba de caminar todos los fines de semana hasta la iglesia más cercana para escuchar la misa de los domingos, no le importaba caminar kilómetros ella siempre disfrutó de pasar por los senderos y llegar hasta la iglesia donde siempre se sentía bien, los santos a los que ella venera son Jesús de Nazareno y la Virgen de la Luz.

De familia grande, tres mujeres y tres hombres, ella es una de las mayores y su madre falleció por la diabetes mellitus; todas las mujeres de su familia incluyendo a Doña Lucy tienen diabetes pero a los hombres, a pesar de tener obesidad como ella lo menciona, a ninguno se le ha desarrollado este padecimiento.

A ella le hubiera gustado terminar una carrera profesional, sin embargo solo estudió hasta sexto grado de primaria y se quedó ayudando a su mamá en las labores del hogar por años, ella menciona “me mandaban a aprender a la cocina para que nos enseñaran a ser mujeres para, llegado el momento de casarse, atender bien a nuestro marido”.

Menciona que nunca buscó trabajo de oficinista ya que no le gustaba mucho, tan solo trabajó por algún tiempo en una maquiladora en Ciudad Juárez, sin embargo regresó de nuevo a Chiapas. Doña Lucy tuvo un hijo en su primer matrimonio, éste se alejó de ella por problemas personales, pero al paso de los años él la volvió a buscar. Cuando falleció su primer esposo pasó por una fuerte depresión.

Años más tarde para el año de 1994, en el rancho que vivía en La Trinitaria, fue invadido por los zapatistas y ella y su segundo esposo tuvieron que salir rápidamente de ahí hacia Ocosingo en donde pusieron un negocio y una posada llamada Toniná.

Para ese mismo año, Doña Lucy tuvo dos hijas gemelas, las cuales nacieron con un problema de “retraso mental”, cuestión que para doña Lucy fue difícil ya que también ese mismo año su esposo fallece.

Ella pasaba por ratos de angustia y estrés al vivir en una situación tan difícil con sus hijas, se empezó a sentir mal y acudió con el Doctor Chavarría el cual le dijo y le explicó que debido a la situación de estrés que vivía en ese momento podría desarrollar la diabetes en poco tiempo, sin embargo Doña Lucy siguió algunas recomendaciones del mismo doctor con “ la alimentación” y ella mencionó que dejó de comer chocolates, tortillas, pan y refrescos con el fin de que no se le desarrollara la diabetes; pero, al paso de los años y aunque cuidó mucho de su alimentación le diagnosticaron la diabetes mellitus, momento en que el mismo Doctor Chavarría le receta medicamentos y restricciones en la dieta.

*No pues el doctor me había dicho que dejara de comer pasteles, refrescos etc. Estuve mucho tiempo sin tomar nada de medicamentos. Ya después me tuve que medicar”*  
(Doña Lucy, Septiembre de 2010).

Ella menciona que dejó de ir a sus consultas con ese médico porque era prepotente, y es así como desde hace cuatro años asiste al club de diabéticos y su médico de cabecera es el encargado del Club.

Actualmente Doña Lucy vive con el hijo que tuvo en su primer matrimonio y es de él de quien recibe tanto apoyo moral como económico; menciona que su hijo es el que se hace cargo de ella y que siempre ha estado de acuerdo en que ella asista al club.

Doña Lucy es una mujer luchona y le gusta bailar, tejer y costurar los días que no asiste al club. Los días miércoles Doña Lucy y su amiga visitan una iglesia y este hecho la ha ayudado al igual que el club a salir adelante con su enfermedad y que su “azúcar no sea tan mala”. Considera que Dios le ha ayudado a tener comida todos los días en su casa y que él les ha ayudado con el poco o mucho dinero que recibe su hijo del trabajo en la venta de materiales para construcción.

Todos los días Doña Lucy se entretiene con la radio, y haciendo las labores domésticas y uno que otro día visita a algunas amigas que viven cerca de su casa, ella trata de caminar todos los días para no subir de peso, sin embargo en estos últimos días ha sentido algunos dolores frecuentes en la espalda baja.

Refiere que en algunas ocasiones se siente triste, al extrañar a su esposo y se pone a escuchar canciones que le traen recuerdos de él, en este sentido, Doña Lucy llora y se desahoga sola cuando su hijo no la observa para no preocuparlo. Le pide a Dios que le

siga ayudando y que le dé fortalezas para seguir con la enfermedad y que aun no se le presenten complicaciones que le dé más años de vida.

### **Doña Mercedes**

Es una mujer de 40 años de edad, soltera de carácter explosivo y franca, pero a la vez frágil y cursa por estados de “depresión” “bastante difíciles”. Tiene 10 años viviendo con diabetes e hipertensión. Originaria de San Cristóbal de las Casas y vive con su madre, uno de sus cinco hermanos, su sobrina y su hijo adoptivo.

En los primeros años de su vida, la situación económica en la que se encontraban sus padres fue bastante difícil, apenas si les alcanzaba para comer, vivía en una casa sencilla y humilde con el piso de tierra.

Ella afirma que el mayor apoyo lo encuentra con su madre que también es diabética y es la que se encarga de la alimentación y menciona que sin su madre ella no es nada y que el perderla es uno de sus mayores miedos a los que se enfrentaría; Doña Mercedes es una mujer que trabajó hasta los 32 años y dejó de hacerlo por la diabetes que le impidió tener las fuerzas para seguir haciéndolo.

Con secundaria y carrera comercial terminada, trabajaba en farmacias y tenía un sustento económico bastante bueno, ella refiere que hasta se daba sus lujos y la situación económica de la familia era mejor que en este momento; ya que hoy no tiene trabajo alguno solo el de las labores domésticas y el poco dinero que recibe es de su hermano menor y de los cuartos que renta a estudiantes.

Además la mamá de Doña Mercedes, se dedica a la venta de tamales tres veces a la semana y por encargo. Menciona que es poco el dinero y a veces los cuartos no se rentan y es insuficiente para alimentar a cinco personas que son las que viven en su casa incluyéndola a ella.

Desgraciadamente, como ella dice, no cuentan con ningún apoyo de gobierno ni beca para su hijo adoptivo quien asiste a la primaria y en donde hay demasiados gastos con los útiles escolares y el uniforme.

Cuando la diabetes le fue diagnosticada ella menciona que su vida se vino abajo, que sus ilusiones se acabaron; su piel estaba escamosa y de los setenta kilos llegó a pesar cuarenta y cuatro kilos solamente. Cursó por un estado de depresión bastante difícil, y hasta este momento guarda cierto rencor a una persona que culpa por tener la enfermedad. Pero el aferrarse a Dios le ha ayudado en sobrellevar su dolencia.

*Pesaba 76 kilos, y ahorita mucho 55 kilos, pero cuando bajo hasta 50 o 48, cuando me diagnosticaron diabetes llegué a pesar como 44 kilos, y toda mi piel cayó como la escama de pescado tenía agrietada toda la piel (Doña Mercedes, Septiembre de 2010)*

Conforme fueron pasando los días la depresión se agudizaba, y por la mente de Doña Mercedes pasaron tantas cosas negativas como el tomarse todas las pastillas que estuvieran a su alcance, ella refiere que lo que quería era morirse, envenenarse y comía más dulces, golosinas y tomaba alcohol para desahogarse y olvidarse un rato de su padecer, con el fin de que le diera un coma diabético y se muriera. Cabe mencionar que ella aun trabajaba en una farmacia en donde sacaba cualquier medicamento antidepresivo y se automedicaba y se fue haciendo dependiente de ellos hasta llegar al punto de no dormir, por el hecho de no tomarse alguna pastilla de ese tipo.

La situación se tornaba más difícil, y Doña Mercedes menciona que no tenía ganas de ni de bañarse, se quedaba dormida en cualquier parte de la casa y en ocasiones le sangraba mucho la nariz hasta llegó un día en que la internaron, esto debido a la hipertensión aunado a la diabetes. Sentía un cansancio para ella inexplicable. Hubo muchos intentos de suicidio hasta que ella misma reflexionó y pidió ayuda.

Se dirigió al Centro de Salud y ahí conoció a una epidemióloga que le ayudó mucho e iba frecuentemente con ella para el control de su presión y depresión; la epidemióloga la llevó al club de diabéticos y es así como llegó ahí.

Menciona Doña Mercedes que a pesar de que en el club la han ayudado mucho, ella aun guarda rencor hacia la persona que le causó ese disgusto tan grande y le desarrolló la diabetes; afirma que es difícil para ella sacar todo ese rencor, ese mal porque esa persona le ha hecho mucho daño y que sería difícil poder perdonarlo.

Por lo anterior, Doña Mercedes aun cursa por estados de depresión pero ella menciona que cuando se encuentra a punto de romper en llanto se dirige al club y ahí encuentra tranquilidad. Doña Mercedes afirma que su vida ha cambiado a raíz de ir al club y de algunas actividades que realiza frecuentemente como el caminar y el bordar.

### **Doña Elena**

Es una mujer de 61 años de edad, soltera originaria de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. De carácter tranquilo, amable y seria. Tiene diabetes e hipertensión desde hace 26 años. Ella es la mayor de tres hermanas y vive con su hermana menor. La casa en donde vive se la dejaron sus padres al fallecer.

Doña Elena hereda la diabetes de su madre y la hipertensión de su padre, es la única hermana a la que se le desarrollaron estas enfermedades.

Ella estudió hasta tercero de primaria aunque le hubiera gustado terminar la primaria ella dice que de pequeña vivía en un pueblo marginado donde no habían escuelas y tenía que caminar hacia la escuela más cercana; además debido al hecho de empezar a estudiar casi a los doce años le daba pena asistir a la escuela, ella se sentía tonta. Su mayor sueño fue ser Química y aunque esto no la entristece menciona que ella inventa platillos con los alimentos que tenga a la mano y esto la hace sentir bien.

Ella no quiso continuar con sus estudios aunque su padre la apoyaba, decidió aprender un oficio, el de hacer pan. Estuvo poco tiempo realizando esta labor y finalmente en el año de 1965 con apenas quince años de edad decide viajar a la Ciudad de México a buscar trabajo como sirvienta. Trabajo que realiza por casi cuarenta años en una casa donde sus patrones eran muy buenos con ella.

Es ahí en la Ciudad de México donde le diagnostican la diabetes e hipertensión, en la Clínica Mayo recibiendo apoyo de su patrona. Ella imaginaba que era un problema de vérices internas ya que ella refiere sentía un cansancio en las pantorrillas; y por un susto cuando se subía a un camión de pasaje y el chofer cerró la puerta quedando atorada la arrastrándola por varias cuadras y se lesionó la cabeza.

Ella empieza con sus cuidados en cuanto a alimentación y caminata. Y empieza a sentirse mejor ya que también sufría de dolores de cabeza frecuentes por la hipertensión. En ese mismo año ella empieza a realizar algunas actividades referidas a la religión evangélica, hecho que sus padres no consintieron.

Hace aproximadamente trece años ella regresa a la Ciudad de San Cristóbal y es cuando su situación se torna más difícil porque ya sin trabajo ella tiene que comprar medicamentos caros tanto para la diabetes como la hipertensión y con sus ahorros es con el que se mantiene hasta este momento.

Actualmente Doña Elena se dedica a la venta de “remedios y pomadas para susto y coraje” y es también de donde obtiene ingresos para sostenerse ella y a su hermana. Además recibe apoyo económico y moral de su hermana quien vive también en la ciudad.

Doña Elena aparte de asistir al club de diabéticos también asiste a un templo evangélico; menciona que éste último ha sido uno de sus motivos y razones para seguir adelante y vivir cada día mejor; refiere que gracias a Dios ella se siente bien porque de él depende todo.

Ella afirma que a raíz de entregarle todos sus males a Dios no tiene dolencia alguna, y desecha todos los malos pensamientos; “ha vuelto a nacer” ;y da gracias a Dios por ver un nuevo día y antes de llevarse los alimentos a la boca ella le agradece. Para ella es un gusto dedicarle su tiempo a Dios y rezarle los días miércoles, viernes y domingos, días que visita el templo.

*Nos enseñan en la iglesia que es donde yo aprendí a entregarle a a Dios nuestro corazón en nuestro corazón viejo, que está lleno de maldad y a veces hasta usted mismo se sorprende de lo que tiene, cosas tristes y amargas las entregue a Dios por eso cuando yo conozco la palabra de Dios me enseña a desechar lo malo (Doña Elena, Septiembre de 2010).*

## **Doña Silvia**

Mujer casada de 50 años de edad, sonriente, amena, activa, con facilidad de palabra y puntual. Originaria de Arriaga, Chiapas. Tiene diabetes desde hace 9 años y asiste al club de diabéticos desde hace 8 años. Vive con ocho personas más incluyendo a su esposo, hijas y nietos.

Doña Silvia se casó muy joven menciona que estaba muy enamorada por eso no observó los defectos tan grandes que tenía su pareja. Es aquí donde menciona que quedaron truncadas sus ganas e ilusión de terminar la secundaria. Su esposo era un hombre alcohólico y golpeador y Doña Silvia tenía que soportar el que cada fin de semana llegaría a agredirla; menciona que hace tiempo su situación se tornaba cada vez más difícil, habían noches en las que ella no sabía si temblaba de frío o del miedo de saber que su esposo vendría a lastimarla tanto con sus palabras como con los golpes. A veces dormía en casa de los vecinos con tal de no enfrentarse a esta situación, ella platica que era un martirio.

*La pisotean y le hacen lo que quieren y tenía miedo todo el tiempo, temblaba, hubo tiempo en que el agarró machete o quería hacer explotar el gas y yo lloraba y gritaba todo ese miedo me fue acorralando y era cada fin de semana. Ahora ya cambió pero ya no llega peleando si eso hubiera sido antes yo no hubiera llegado a este límite” (Doña Silvia, Septiembre de 2010).*

Sufrió esa vida de miedo, angustia y violencia por muchos años y a causa de todo este “estrés” ella empezó a sentir mucha sed, “una sed insaciable que no se le calmaba con nada”; los vecinos y amigos le mencionaban que quizá podría tratarse de diabetes.

En diciembre de 2001, menciona que aun con esos síntomas no acudió a ningún médico y siguió su vida normal “entre ponche y hojuelas”.

En enero de 2002, empieza a sentir que sus ojos se “nublan” y que ya no identificaba a las personas que pasaban cerca de su casa. Decidió ir con el Doctor Nuño quien le hace estudios en el Centro de Salud y es ahí como le diagnostican la diabetes.

Doña Silvia, acostumbrada a comer un poco de guisado y un “bonche de tortillas” se le dificulta el llevar una alimentación bastante estricta y se decepcionaba de ella misma porque sentía que no podría llevar a cabo una alimentación estricta.

Sin embargo, con ayuda del Doctor Nuño ella empezó a asistir al club y es ahí donde le logran controlar la glucosa y un poco de ejercicio además tomar los medicamentos en las dosis correctas.

Actualmente Doña Silvia se encuentra en una situación complicada, su esposo no la apoya y no está de acuerdo en que asista al club, pero comenta que a estas alturas ya no le importa lo que él piense porque de ella misma “depende su salud y el sentirse bien”. Ahora dice amarse a sí misma y su autoestima está mejor que antes. Menciona que ya no tolera a su esposo y ahora no le tiene miedo.

Doña Silvia cuida de sus nietos hasta medio día y menciona que de sus hijas recibe el apoyo económico y moral junto con lo poco que le da su esposo y de una pequeña tienda de abarrotes de la que ella se encarga.

Su situación económica es difícil y ha dejado de asistir al club estos últimos dos meses por problemas personales, se siente triste y se deprime por no poder asistir los días

martes y jueves, pero espera que al resolver su problema pueda asistir al club de nuevo como lo ha venido haciendo desde hace ocho años.

Doña Silvia, no asiste a ninguna iglesia pero le gustaría hacerlo y dedicarle por lo menos dos horas a Dios y agradecerle todo lo que él ha hecho por ella; pero debido al poco tiempo con el que cuenta, y estar a cuidado de sus nietos no ha podido hacerlo. Cuando se siente afligida espiritualmente lee la biblia y la tranquiliza.

A pesar de años de estrés en los que vivió Doña Silvia sigue “sonriéndole a la vida” y agradece a los miembros del Club y a Dios por ayudarle en esta enfermedad que al principio fue muy complicado pero que ahorita “no le pesa”, y afirma que se siente muy bien.

### 7.3 MATRIZ DE DATOS

#### Datos sociodemográficos

¿Cuál es su nombre?

¿Qué edad tiene ud?

¿Es usted casado(a)?

¿de dónde es originario(a)?

¿ sabe leer y escribir, hasta qué grado estudió?

¿Que importancia tiene para Usted el saber o NO leer o escribir? que dificultades ha tenido al NO saber leer o escribir?

¿Tuvo usted algún tipo de impedimentos por el que no pudiera hacer o continuar sus estudios?

¿Actualmente a que se dedica?

¿Cómo considera que está su situación económica? Por qué lo piensa así?

¿Su gasto alcanza para cubrir las necesidades de la familia?

¿Recibe algún tipo de apoyo gubernamental?

¿Su casa es propia o rentada?

¿Con quién (quienes) vive?

¿Con quién de su familia tiene más cercanía, de quién recibe más apoyo? Esposo, hijos, nietos, padres?

¿De qué religión es usted? En qué cosas siente que le ayuda mucho la religión?

Cuénteme de su vida personal ¿Qué es lo que más le gusta hacer? En que se distrae?

Y por el contrario ¿qué cosas le molestan o desagradan?

## Saberes y representaciones

1. ¿Antes de ir al club pensaba usted que la diabetes era otra cosa?
2. ¿Qué piensa Usted que es la diabetes?
3. ¿De qué manera siente usted que la diabetes ha cambiado su vida? SI o NO y preguntar por qué
  - *Con los demás*
  - *En su cuerpo*
  - *En su alimentación*
  - *Con su familia*
  - *Con otras actividades(eventos, fiestas)*
4. *Me gustaría que dibujara su cuerpo (PARA UN ÚLTIMO GRUPO O TALLER) EN QUE PARTE DEL CUERPO SIENTE USTED QUE LE AFECTA LA DIABETES?*
5. ¿Por qué cree usted que le vino la diabetes?
6. ¿Qué sabe Usted acerca de la diabetes?\*ME (para ti- cosas particulares que interese saber)
7. ¿Piensa usted que la DM afecta de la misma manera a todas las personas?¿por qué?
8. Cree que la diabetes se contagia o nace en el cuerpo de la persona? ¿Por qué?
9. ¿A qué cree usted que se deba que la diabetes es incurable?
10. Respecto a la pregunta anterior: ¿qué significa para usted saber que su enfermedad es incurable?
11. Usted considera que los diabéticos tienen la sangre dulce? ¿por qué lo considera así?
12. Considera Usted que el “azúcar” y la “diabetes” son diferentes? o son lo mismo? ¿por qué piensa eso?
13. ¿Piensa Usted que la DM es más agresivo en mujeres o en hombres? ¿por qué piensa eso?
14. En este momento ¿cómo se siente de salud?

15. ¿podría decirme todas las molestias que puede tener un diabético?
16. ¿considera que la diabetes puede llevar a la muerte? SI o NO ¿por qué?
17. ¿Piensa usted que la diabetes es fácil o difícil de controlar? ¿por qué?
18. ¿Considera usted que la diabetes es una enfermedad peligrosa? SI o NO ¿por qué?
19. ¿Considera Usted que existen algunos alimentos que le hacen MAL o BIEN ?  
¿cuáles?
20. ¿Considera que su cuerpo se ha ido deteriorando? ¿por qué piensa eso?
21. ¿Cree que su cuerpo es distinto de los demás diabéticos? ¿por qué?
22. ¿Cree que su cuerpo es distinto a las demás personas? ¿por qué?
23. ¿Cree usted que su cuerpo ha perdido la fuerza para realizar sus actividades diarias? SI o No ¿por qué?
24. ¿Considera que la DM afecta más a mujeres o a hombres? ¿Por qué?
25. ¿Algún familiar ha tenido diabetes antes que usted?
26. ¿Por qué cree que en algunas familias hay diabéticos y en otras no?
27. ¿Piensa usted que la atención que le pueda dar la familia o amigos le ayuda a seguir adelante con su enfermedad?
28. ¿Considera usted que la atención de la familia es mejor para un hombre o una mujer diabética? ¿por qué lo considera así?
29. ¿Cree que la pareja, esposo o esposa son apoyo importante para que usted no sienta tan difícil su tratamiento?
30. Considera Usted que desde que se enfermó de diabetes ha cambiado la forma en que lo trata su pareja o sus familiares y amigos? ¿ En qué ha cambiado?
31. Tiene hijos? SI o NO ....si la respuesta es SI.....Ha cambiado la relación de Usted con sus hijos desde que enfermó de diabetes? en que ha cambiado?
32. ¿Cómo se enteró que existe el club de diabéticos?
33. ¿usted sabe qué tipo de actividades se llevan a cabo en ese club? SI o NO  
¿cuáles?

34. ¿Usted ha aprendido algunas actividades en ese club? ¿cuáles son esas actividades?

35. ¿Esas actividades lo han ayudado a sentirse mejor?

36. ¿Por qué cree que en el club asisten más mujeres que hombres?

## **Experiencias**

¿Hace cuantos años que tiene diabetes? ¿Desde cuando tiene Ud diabetes?

1. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron la DM?
2. En ese momento (en el que le diagnosticaron DM) ¿cómo se sintió usted cuando le dijeron que usted era diabético?
3. ¿Le afectó el hecho de saber que tiene diabetes? ¿De qué manera?
4. ¿le costó aceptar el que Usted es diabético? ¿por qué?
5. PREGUNTA CLAVE ¿Qué siente Usted al vivir con este padecimiento? ¿cómo es la vida de una persona diabética; usted cómo lo vive?
6. ¿siente usted que a veces se pone triste por su enfermedad ?
7. ¿Cómo le afectó a su pareja, esposo, esposa, familia el hecho de saber que Usted tenía diabetes?
8. ¿Considera que para su familia ha sido difícil el que Usted sea diabético? SI o NO ¿por qué?
9. ¿Qué significa para Usted contar con el apoyo de su pareja, esposo, esposa, familia?
10. ¿Cree que usted y su pareja, familia se han unido mas cuando se enteraron que usted tenia diabetes? ¿por qué piensa eso?
11. ¿Ha habido participación de toda su familia en el transcurso de su enfermedad? SI o NO ¿Por qué lo cree así?
12. ¿Existe algún miembro de su familia que se haga cargo de Usted? ¿Quién? O lo hace Usted mismo? Explique Como lo hace?
13. Desde que tiene la diabetes ha recibido apoyo de: (escribir que tipo de apoyo)
  - Su pareja/esposo/esposa

- Familiares
  - Amigos/compañeros
  - Hijos/hijas
  - Hermanos
  - Padres
  - Médicos /enfermeras/psicólogos/nutriólogos/instructor de actividad física
  - Yerberos/curanderos/acupunturistas
  - Médicos homeópatas/naturista
  - Otras personas (comadres)
14. ¿Cuánto tiempo tardó para adaptarse a su nueva alimentación, medicamentos y ejercicio?
15. ¿Cree que al tener esta enfermedad debe de dejar de hacer sus actividades que hacía antes? ¿por que piensa eso?
16. Con que frecuencia recibe Usted apoyo cuando: (Preguntar la frecuencia: no necesita apoyo, nunca, pocas veces, siempre. Preguntar: quien lo apoya)
- Tiene que estar en cama
  - Necesita que lo aconsejen
  - Necesita que lo lleven al médico o curandero
  - Necesita que le preparen comida
  - Apoyo para las labores domésticas
17. Desde que está enfermo de diabetes ha recibido maltrato por parte de sus familiares, pareja o amigos? ¿por qué cree que lo han maltratado?
18. ¿Se sintió mejor al tomar medicamentos prescritos por el médico o con los thés, raíces, hierbas?
19. Ha sentido bienestar-satisfacción al saber que cuenta con el apoyo de su familia?
20. Considera Usted que su familia/pareja/esposo (a)lo han atendido bien o no?

21. Desde que está enfermo de diabetes ha tenido problemas para:

- Escuchar bien
- Ver bien
- Caminar
- Alimentarse
- Otra actividad

22. ¿Qué significa para Usted contar con el apoyo de los miembros del club?

23. ¿Se ha sentido mejor después de que asiste al club de diabéticos? SI o NO

24. ¿Cómo se siente de ánimos?

25. ¿Piensa Usted que es tratado igual que otra persona que no tenga diabetes?

26. ¿Se ha sentido ignorado por sus amigos, compañeros o por su misma familia después que fue diagnosticado con DM? ¿por qué piensa eso?

27. ¿Se siente diferente a las demás personas? SI o No ¿por qué?

28. ¿Se siente harto o cansado de vivir con esta enfermedad? SI o NO ¿por qué?

29. ¿Ha sentido rabia, coraje, miedo o culpa con usted mismo o con los demás por tener esta enfermedad?

30. ¿Ha perdido interés por las actividades cotidianas? SI o NO ¿por qué ha perdido ese interés?

31. ¿Ha tenido ideas pesimistas o opinión negativa de sí mismo? SI o NO ¿por qué ha tenido esas ideas?

32. ¿Considera Usted que al realizar caminata, ejercicio, o correr lo ayuda a sentirse mejor de salud?

33. ¿siente que vale menos que los demás? SI o No ¿por qué?

34. ¿Ha tenido que hacer cosas que nunca pensó en hacer? SI o No ¿cuáles?

35. ¿Tenía Usted la ilusión de hacer algo que ya no podrá hacer?

36. ¿Ha sentido que no tiene esperanzas para el futuro? SI o NO

37. ¿Cuáles son los obstáculos que tiene para atenderse como quiere?
38. ¿Existen algunas personas que le causen alguna incomodidad o problema en este momento? ¿quiénes?
39. ¿Tiene cerca de Usted algunas personas en las que pueda confiar?
40. ¿Piensa Usted que el gasto ha aumentado después de que le diagnosticaron diabetes? ¿por qué piensa eso?

### **Prácticas**

1. ¿Qué fue lo primero que hizo cuando le dijeron que era diabético?
2. ¿A dónde acudió cuando supo que era diabético?
3. ¿Por qué acudió ahí? Quién le dijo? Cómo se le ocurrió?
4. ¿Cuáles fueron las primeras medidas-acciones que tomó respecto a su padecimiento?
5. De las actividades que hace de manera cotidiana, ¿cuáles de esas actividades son para cuidarse de su problema de DM?
6. ¿Cuáles son esas acciones que Usted realiza para cuidarse?
7. ¿Qué actividades o hábitos tuvo que cambiar?
8. ¿Qué hace usted en su vida diaria? ¿Podría describirme que hace en un día normal?
9. ¿Su familia lo ha apoyado desde el momento en que supieron que Usted tenía diabetes? SI o No
10. Respecto a la pregunta anterior podría decirme ¿qué tipo de apoyo recibió de cada uno de ellos?
11. ¿Qué medidas-acciones tomó su familia con Usted en cuanto a su cuidado y atención?
12. ¿Alguna vez sus familiares han tomado alguna decisión respecto a su salud? ¿que han hecho?
13. ¿Por qué cree que sus familiares o pareja lo apoyan?

14. Este apoyo de sus familiares, lo recibía antes de estar enfermo o ha mejorado después de que supieron que era diabético?
15. ¿Alguna vez su médico ha tomado alguna decisión respecto a su salud sin tomarlo en cuenta? ¿qué fue lo que decidió?
16. ¿Asiste al club de diabéticos?
17. ¿Por qué acude al club?
18. ¿Qué acciones o actividades realizan allí?
19. ¿Le gustan o disgustan esas actividades que realizan en el club? ¿por qué?
20. ¿Ha aprendido algo estando en el Club? ¿Qué ha aprendido?
21. Cuando se le sube su “azúcar” a donde acude primeramente?
22. ¿En este momento tiene controlada su diabetes? SI o No ¿desde cuándo la tiene controlada?
23. ¿Quién y cómo se la controla?
- Medico
  - Yerbero/curandero
  - Medico naturista/homeópata/acupunturista
  - Usted mismo lo hace
  - Su familia le prepara algún remedio
24. ¿Quién es la persona de mayor confianza para el control de su diabetes?
- Médico del centro de salud
  - Curandero/yerbero
  - Médico naturista/homeópata
25. Respecto a la pregunta anterior ¿Qué tan seguido va?
26. ¿Cada cuanto se hace pruebas de laboratorio para ver cómo está de su glucosa?
27. En el tiempo que Usted ha tenido diabetes acude a:
- Centro de salud

- Consultorio privado
- Yerbero /curandero
- Acupunturista
- Ningún lado
- tomaba alguna preparación echa por usted
- otra persona ¿quien? \_\_\_\_\_

28. ¿Por qué cree que es importante que tenga “control” de su enfermedad?

29. ¿por qué decidió acudir a ese lugar o con esa persona?

30. Comparando la atención que recibe con quien se siente más a gusto y por qué?

31. Cuál atención le resulta más efectiva para controlar su diabetes (o azúcar, como le diga)?

32. ¿Toma algún medicamento prescrito por el médico o algún remedio que usted mismo prepare?

33. En el último año ha dejado de tomar el tratamiento que le prescribió el médico? ¿por qué lo hizo? ¿Cuáles fueron los motivos?

34. Ha cambiado los medicamentos prescritos por el médico del centro de salud por otro remedio? ¿qué remedio toma ahora? ¿Por qué?

35. Respecto a la pregunta anterior, ¿se ha sentido mejor al dejar de tomar los medicamentos que le prescribió su médico?

36. ¿Su familia, esposo, esposa le dan algún tipo de remedio casero para ayudar a “controlar” su diabetes? ¿qué remedio? ¿Cómo se ha sentido al tomarlo?

37. ¿Atiende usted de manera completa las recomendaciones que el médico le hace para “controlar su enfermedad”?

38. ¿Hace alguna otra cosa para sustituir lo que le médico le indica? SI o NO  
¿Quién se lo recomendó?

39. Si toma algún otro tipo de remedio ¿sigue todas las recomendaciones que le dan? SI o NO

40. ¿Considera Usted que la medicina natural (tés, plantas, raíces) son mas útiles para controlar su enfermedad que las medicinas que le da el médico?
41. Respecto a la pregunta anterior ¿cree que puede controlar su diabetes si combina los thes, raíces y plantas con los medicamentos que le da el médico?
42. ¿Asiste a otro club-lugar-reunión que no sea para diabéticos? SI o NO ¿ a cuál?
43. ¿Qué tan frecuente asiste al médico o al herbolario o etc?
44. ¿Busca ayuda o recetas con otras personas, con amigos, conocidos etc..?
45. ¿Cuáles son esas recetas, que ayuda le brindan esos amigos? ¿Siente que esas recetas (las que le dan sus amigos) han funcionado para el control de su enfermedad?
46. ¿Aparte de los medicamentos, tés, remedios caseros, que más hace para cuidarse? SI o NO ¿Por qué lo hace?
47. ¿Qué tan frecuente toma thés, raíces, plantas etc..?(Pregunte: nunca, pocas veces, frecuentemente)
48. ¿En qué momentos baja la guardia, es decir, en qué momentos se da el permiso de tomar o beber algo que puede descontrolar su diabetes? (en fiestas o reuniones)
49. ¿Qué le gusta o disgusta del club?

#### 7.4 CARTA DE CONSENTIMIENTO PREVIO INFORMADO (C.C.P.I)



### **El Colegio de la Frontera Sur Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural**

TITULO DEL PROYECTO: Autoatención y experiencias del padecimiento en personas diabéticas atendidas en el centro de salud de San Cristóbal de Las Casas

OBJETIVO: Describir y analizar el proceso de auto atención en personas diabéticas que acuden al Club de Diabéticos del Centro de Salud de SCLC, a partir de su experiencia de enfermedad.

EXPLICACIÓN:

Por favor, les solicitamos leer atentamente este documento en el cual le estamos pidiendo su colaboración para participar en un estudio con personas diabéticas que asisten al Centro de Salud de San Cristóbal de Las Casas. Este estudio es un proyecto de investigación de tesis para obtener el grado de maestría en Recursos Naturales y Desarrollo Rural del Colegio de la Frontera Sur. La investigación que estamos realizando consiste en describir y analizar la autoatención y las experiencias que las personas diabéticas han venido produciendo de forma individual y colectiva para atender o controlar su padecimiento.

Coincidimos con quienes definen la *diabetes mellitus* como una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas produce insuficiente cantidad de insulina o bien cuando las células no pueden utilizar de manera eficiente la insulina producida. La insulina es una hormona que regula la concentración de glucosa en la sangre. La hiperglucemia o incremento de los niveles de glucosa en la sangre es un efecto de la falta de control de la diabetes que puede ocasionar serios daños al sistema nervioso y los sistemas micro y macrovascular, produciendo ceguera, insuficiencia renal, ente otros daños importantes a la salud.

Sin embargo, también reconocemos que las personas enfermas producen constantemente formas de conocimiento respecto de su padecer, en donde se combinan diferentes saberes que van desde su ámbito familiar hasta el profesional.

En este trabajo de investigación partimos del supuesto que esta articulación de saberes tiene una importancia fundamental en las decisiones que las y los diabéticos toman para hacer o no hacer todo aquello que esté relacionado con la atención, el alivio y el control de su padecimiento.

Nos interesa analizar los puntos de vista que las y los diabéticos tienen acerca de su padecer desde su propia experiencia porque –basándonos en experiencias conocidas y en otras investigaciones publicadas sobre estos mismos temas– suponemos que en la práctica clínica el enfoque de la atención, el tratamiento y control está más enfocado a la enfermedad en sí y poco se toma en cuenta los saberes y prácticas de las propias personas para brindar una mejor calidad de la atención o para orientar dicha atención desde estrategias basadas en los marcos sociales y culturales en que las y los diabéticos están inmersos cotidianamente.

Por lo tanto, la colaboración que le estamos solicitando es para que participe proporcionándonos la información requerida acerca de su experiencia de vida con este padecimiento; de cómo asume su padecer; de la importancia o no de la familia y cómo participa en su atención; de los saberes y prácticas (incluida la combinación que desde distintos ámbitos se haga) para conseguir el alivio, tratamiento y recuperación; de las emociones y sentimientos que se generan por el hecho de ser diabética o diabético; de las redes de apoyo familiar e institucional, así como la importancia que tienen para su recuperación y/o atención; entre otros aspectos importantes para nuestro estudio.

Les anticipamos que la información que nos proporcione será manejada de manera profesional y con absoluta confidencialidad; además de que no persigue ningún otro fin que no sea el académico. Nunca mencionaremos nombres reales sino seudónimos para proteger su identidad de forma que no se comprometa por ningún motivo la integridad moral de nadie.

PROCEDIMIENTO: Este estudio consta de tres partes:

La primera parte consta de una encuesta en la que se obtendrán datos socioeconómicos de las personas diagnosticadas con diabetes y que asisten al Centro de Salud de San Cristóbal de Las Casas. En la segunda parte se realizarán dos grupos focales en los cuales se analizarán aspectos relacionados a las diferentes formas de atención al padecimiento en este caso la Diabetes Mellitus II y tendrán una duración de dos horas aproximadamente. Y en la última parte se harán visitas domiciliarias para

hacerles entrevistas referidas a las actividades que ustedes realizan en torno a la diabetes y además de conocer como ha sido el apoyo de su familia para sobrellevar su enfermedad, las entrevistas tendrán una duración variable según el tiempo disponible de las informantes.

Es importante que Ustedes estén enterados de que no se le realizarán análisis de sangre ni estudios donde tenga que darnos alguna muestra.

### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su decisión de participar en la investigación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento del estudio. La decisión que tome no afectará su relación con la tesista y el Director de Tesis de la estudiante.

### CONFIDENCIALIDAD:

Los datos que se obtengan de las entrevistas, encuestas y otras actividades que se realicen se analizarán en un programa de cómputo y no aparecerán sus nombres en los resultados. Como parte de los requisitos para titularse en el programa de Maestría de El Colegio de la Frontera Sur, se publicará un artículo con los hallazgos obtenidos en alguna revista especializada, pero insistimos que la confidencialidad de la información estará protegida de manera profesional y anónima, y su divulgación sólo es con fines académicos y científicos.

BENEFICIOS: Con esta investigación ustedes están contribuyendo básicamente en dar a conocer una problemática de salud que resultaría de mucho interés tanto para las instituciones del Sector Salud, como para investigadoras e investigadores que tienen la misma motivación para comprender estas mismas problemáticas desde enfoques no sólo médicos, sino también sociales. Con los aportes de este estudio se pretende que ayude a buscar alternativas para que las políticas de salud dirigidas específicamente a enfermos crónicos, como es el caso de las y los diabéticos, puedan mejorar la calidad de la atención y sobre todo recuperen o tomen en cuenta otros aspectos sociales y culturales importantes para el cuidado de la salud con dignidad para las y los enfermos.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Su participación es voluntaria y tiene el derecho de retirarse del estudio:

1. Cuando usted lo desee
2. Cuando existan situaciones personales o familiares que se lo impidan
3. Cuando considere que sus derechos y/o acuerdos convenidos no hayan sido respetados.

He leído esta hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la Investigadora Guadalupe Cartas Fuentesvilla (Tesisista del programa de Maestría de El Colegio de la Frontera Sur).

Por favor, no dude en preguntar al investigador acerca de cualquier duda que tenga, o si desea disponer de mayor información, dirigirse a:

MC. Rodolfo Mondragón Ríos (Tutor de la tesisista)

Teléfono en ECOSUR: 67 49000 ext. 1516

CONSENTIMIENTO:

Nombre

firma

NOMBRE

Y

FIRMA

DEL(A)

INVESTIGADOR(A)

\_\_\_\_\_  
INSTITUCION \_\_\_\_\_ LOCALIDAD

Y

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

Se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder de la o las personas que colabora(n) en calidad de informante(s) del presente proyecto de investigación.

## **7.5 CARTA DESCRIPTIVA DE LAS SESIONES DEL GRUPO FOCAL ☺**

**Lugar:** Espacio ofrecido por una participante del estudio.

**Participantes:** cinco enfermos diabéticos que asisten al Centro de Salud de San Cristóbal de las Casas.

### **Objetivos:**

- Solicitar a las participantes su colaboración con información personal mediante una Carta de Consentimiento Previo Informado, para realizar una investigación de tesis de maestría.
- Hacer una descripción exploratoria acerca de los saberes y de las acciones que llevan a cabo a través de sus experiencias para aliviar su padecimiento.

### **1.- APERTURA**

Se les dará la bienvenida a los participantes y se les explicará en forma breve de que se tratará la sesión, incluyendo la carta de consentimiento previo informado y que resultados se esperan obtener de la reunión.

### **2.- EXPLICACION DE LAS REGLAS Y CONSENTIMIENTO PARA GRABAR**

- 1.-Explicarles que la sesión se grabará para posteriormente analizar la información compartida, y enfatizar que no se utilizarán nombres reales en la tesis.
- 2.-Explicar que las intervenciones son equitativas y se pida la palabra levantando la mano para intervenir.

### **3.-GUIA DE PREGUNTAS**

#### **Saberes y Representaciones**

- 1.-¿Qué significa para ustedes estar sano y estar enfermo?
- 2.- ¿Desde su forma de pensar qué es para ustedes la diabetes?
- 3.- ¿Cuál cree que sea la causa o causas principales por las que la gente enferma de diabetes?
- 4.- ¿Cómo piensa que la diabetes afecta al cuerpo? (¿Qué cree que pasa en el cuerpo cuando uno tiene DM?)

## Experiencias

- 1.-¿Cómo es la vida de una persona diabética?
- 2.- ¿De qué manera afecta a la propia persona y a su familia cuando es diagnosticada diabética?
- 3.- ¿La diabetes ha cambiado su vida? ¿Cómo la ha cambiado?
- 4.-¿Qué importancia tiene para una persona diabética contar con el apoyo de su pareja o familia?

## Prácticas/Acciones

- 1.- ¿Cuando una persona es diagnosticada diabética qué es lo primero que hace? ¿a dónde acude para buscar alivio?
- 2.-¿Cuáles consideran que son las actividades necesarias que la persona diabética necesita hacer para cuidarse o atenderse?
- 3.-¿Piensan que la persona diabética debe buscar apoyo con otras personas diabéticas para encontrar alivio a su padecimiento?
- 4.- En la búsqueda de alivio al padecimiento cuál forma de atención la consideran más efectiva y por qué?
- 5.-REALIZACION DE UN RESUMEN JUNTO CON LOS PARTICIPANTES DE LO QUE SE OBTUVO EN EL GRUPO FOCAL
- 6.-AGRADECER SU PARTICIPACION ☺

## 7.6 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y UNIDADES DE EXPLICACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Categorías de análisis	Unidades de explicación
<p><b>Autoatención:</b> modelo que nos permite entender el conjunto de acciones que son llevadas a cabo por la persona diabética o bien por familiares y/o personas inmediatas a ella. Dichas acciones están orientadas intencionalmente a la búsqueda de alivio y en ellas no actúa directamente el curador profesional aunque las decisiones y acciones que se ponen en marcha (incluso no hacer nada) pueden derivarse de la utilización de recursos de la biomedicina o de otras alternativas medicas. Esta categoría incluye la combinación de dichos recursos por parte de las personas diabéticas, familiares o amistades.</p>	<p><b>Saberes:</b> conocimiento que tiene la persona diabética de su padecimiento construidas a partir de su interacción con otras personas diabéticas, el personal de salud, curadores profesionales, familiares y amistades.</p> <p><b>Prácticas:</b> aquellas acciones que el individuo enfermo lleva a cabo dentro y fuera de la esfera institucional para encontrar alivio a su padecimiento y pueden ser de carácter individual o colectivo. Así también incluye las domésticas y religiosas.</p> <p><b>Transacciones:</b> procesos donde los enfermos diabéticos articulan los diferentes recursos médicos ya sean biomédicos o tradicionales (automedicación).</p>
<p><b>Redes:</b> procesos de relaciones que sirven como apoyo para que las personas diabéticas encuentren alivio a su padecimiento. Estas redes propician que las personas diabéticas generen mecanismos de identidad, solidaridad y ayuda mutua.</p>	<p><b>Familiares:</b> Aquellas que la persona diabética forma con las personas más cercanas, en este caso sus esposo, esposa, padres, hermanos, hijos.</p> <p><b>Institucionales:</b> Aquellas redes que la persona diabética forma con el personal de salud, (medico, psicólogo, instructor de actividad física, nutrióloga) en este caso se hablará del club de ayuda mutua que maneja el centro de salud de San Cristóbal de las casas.</p>

	<p><b>Amigos:</b> aquellas redes que la persona diabética forma con sus conocidos, vecinos, amigos.</p>
<p><b>Experiencias:</b> aquellas referidas básicamente a las vivencias de las personas diabéticas respecto a su padecimiento.</p>	<p><b>Emociones:</b> aquellos procesos ligados a sentimientos, pensamientos y acciones causando reacciones ya sean agradables o no para el enfermo diabético. La tristeza, la duda, la preocupación, el coraje, la alegría, la ansiedad, entre otros, forman parte de los sentires de las personas diabéticas como resultado de sus relaciones intersubjetivas con otros actores sociales.</p>