

CIESAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL.

VIVIR CON “AZÚCAR”
EXPERIENCIAS Y REPRESENTACIONES EN
TORNO A LA DIABETES ENTRE GRUPOS
DOMÉSTICOS DE ZINACANTÁN, CHIAPAS.

TESIS

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL PRESENTA:

MARÍA DE LOS ÁNGELES DOMÍNGUEZ GARCÍA.

DIRECTOR DE TESIS:

DR.ENRIQUE EROZA S.

CIESAS-SURESTE.

San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Noviembre de 2012.



**CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y ESTUDIOS SUPERIORES
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL
OCCIDENTE-SURESTE**

PROMOCIÓN 2010-2012

COMITÉ DE TESIS

Título: VIVIR CON “AZÚCAR”. EXPERIENCIAS Y REPRESENTACIONES EN TORNO A LA DIABETES ENTRE GRUPOS DOMÉSTICOS DE ZINACANTÁN, CHIAPAS.

Alumna:
María de los Ángeles Domínguez García.

DIRECTOR:
Dr. Enrique Eroza Solana.

LECTORES:

Dr. Sergio Lerín Piñón.

Dr. Shinji Hirai.

Mtra. Gracia Imberton Deneke.



RECONOCIMIENTOS.

Quiero agradecer a las personas e instituciones que hicieron posible de una u otra manera la culminación de este proyecto.

En primer lugar y de manera muy especial agradezco a mis padres, hermanos y sobrinos quienes siempre me han alentado y apoyado para continuar en cada nuevo proyecto. Gracias por su infinito amor y confianza, lo logramos.

Agradezco a la unidad del CIESAS Sureste por darme la oportunidad de ser parte del programa de maestría 2010-2012. A mis compañeros de maestría especialmente a los de la línea de salud por sus incansables comentarios y acompañamiento en los cursos. También agradezco a los profesores del CIESAS unidad Sureste y a todo el personal administrativo.

La realización de este trabajo se logró gracias al apoyo económico que me brindó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) sin ello no hubiera sido posible.

Un reconocimiento a mi asesor el Dr. Enrique Eroza por su paciencia y apoyo en el trayecto no sólo de este texto sino a lo largo de la maestría. Agradezco las valiosas asesorías y los acertados comentarios de mis lectores -Dr. Sergio Lerín, el Dr. Shinji Hirai y la Mtra. Gracia Imberton-, gracias por sus miradas distintas y particulares que enriquecieron este texto. Agradezco también a Rubén Muñoz el interés y los comentarios al documento.

Sobre todo gracias a todas aquellas personas que colaboraron en algo en la construcción de este proyecto, al Director del Centro de salud de Zinacantán el Dr. Gilberto Morales y la nutrióloga Yadira Jiménez; al Dr. Salvador López de la jurisdicción sanitaria II. A la familia de Armando; a Rosaura, Emilio y Petrona; a Dominga y Marcelino; a la señora Isabel; a Rosario; a Juana y Fernando quienes me compartieron su experiencia, su tiempo y me brindaron su confianza, a todos ellos va dedicado este trabajo.

RESUMEN

VIVIR CON “AZÚCAR”. EXPERIENCIAS Y REPRESENTACIONES EN TORNO A LA DIABETES ENTRE GRUPOS DOMÉSTICOS DE ZINACANTÁN, CHIAPAS.

María de los Ángeles Domínguez García.

La diabetes mellitus es una enfermedad que se ha colocado como una de las más preocupantes en el mundo. En México las cifras son alarmantes y representan una de las principales causas de muerte. Si bien se han realizado investigaciones desde distintas áreas estas se enfocan sobre todo en contextos urbanos y en su mayoría son investigaciones cuantitativas, lo que deja de lado la parte subjetiva y emocional de las personas que la padecen.

Por ello esta investigación se enfoca en un contexto indígena, Zinacantán, Chiapas; en donde las elaboraciones sobre la salud y la enfermedad son complejas y se relacionan con elementos sobrenaturales, anímicos y sociales. La intención es analizar como la diabetes afecta a quien la padece desde su propia vivencia y la manera en que repercute en su grupo doméstico. La investigación está enfocada en recuperar la vivencia de las personas (*illness*) en comparación al comportamiento que se espera de ellos como diabéticos (*sickness*); analizar qué emociones se identifican con la diabetes y cómo influyen en su cuidado o control y finalmente lo que se piensa respecto a la diabetes en distintos momentos de la misma.

Es una investigación de corte cualitativo que se centra en distintas experiencias de padecer diabetes o “azúcar” como le llaman localmente, recuperadas por medio de narrativas. Los hallazgos revelan que existen procesos sociales que han modificado los hábitos de consumo y actividades que a su vez repercuten en el cuadro de morbilidad y mortalidad. En las narrativas recuperadas, se manifestó una estrecha relación entre determinadas emociones nocivas o negativas tanto como desencadenante de la enfermedad pero también consideradas negativas en el proceso de cuidados, por ello es importante incluir el factor emocional para comprender su importancia en el proceso. Mientras que las ideas que se tienen acerca de la diabetes pueden provenir del discurso médico o popular, pueden ser contrarios y en algunos casos varían, son representaciones dinámicas que se modifican en el transcurso de la enfermedad y dependiendo de la experiencia que cada persona tenga.

ÍNDICE DE CONTENIDO

❖ RECONOCIMIENTOS.....	iii
❖ RESUMEN.....	iv
❖ ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
❖ ÍNDICE DE MAPAS.....	ix
❖ ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	ix
❖ INTRODUCCIÓN.....	1
❖ CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO.	
1.0 Introducción.....	4
1.1 Planteamiento del problema y contexto de la diabetes.....	5
1.1.1 La diabetes como un problema de salud.....	5
1.1.2 El contexto indígena en México.....	9
1.1.3 Factores socioculturales en la salud y la enfermedad entre los tsotsiles.....	10
1.1.4 Las preguntas que se plantean.....	13
1.2 Antecedentes.....	14
1.2.1. Emociones en los Altos.....	16
1.3 Desarrollo conceptual.....	18
1.3.1 La experiencia en antropología.....	18
1.3.2 La triada <i>Illness / Sickness / Disease</i>	20
1.3.3 Acerca de las emociones.....	22
1.3.4 Las Representaciones sociales.....	25
1.4 Perspectiva metodológica.....	25
1.4.1 Los instrumentos de investigación.....	26
1.4.2 El trabajo de campo y las situaciones inesperadas.....	28
1.4.3 Acerca de los grupos domésticos.....	30

❖ CAPÍTULO II: ZINACANTÁN

2.0	Introducción.....	32
2.1	Territorio y población.....	33
2.2	Antecedentes.....	35
2.3	Visitando la cabecera municipal.....	36
2.3.1	Las casas.....	39
2.3.2	El traje “tradicional”.....	40
2.3.3	Los días de plaza.....	41
2.4	Actividades económicas.....	42
2.5	Prácticas religiosas.....	44
2.5.1	Cambios religiosos.....	46
2.6	Estructura política.....	47
2.7	Educación.....	48
2.8	Servicios de salud y panorama epidemiológico.....	48
2.9	Alimentación / Cambios.	50
2.9.1	El consumo de bebidas embotelladas.....	52

❖ CAPÍTULO III: LAS EXPERIENCIAS DE VIVIR CON “AZÚCAR”.

3.0	Introducción.....	56
3.1	De la elección de los grupos domésticos y de los entrevistados.....	58
3.2	Entrevistas a personas diagnosticadas con diabetes y en algunos casos a su grupo doméstico.....	59
3.2.1	El grupo doméstico de Armando.....	59
3.2.2	El grupo doméstico de Emilio y Petrona.....	76
3.2.3	La experiencia de Isabel curadora.....	88
3.2.4	Madre e hijo.	96
3.3	Entrevistas a personas que comparten el grupo doméstico con diagnosticados diabéticos.....	106
3.3.1	Mi esposo tiene diabetes.....	106
3.3.2	Mi madre tiene diabetes.....	109
3.4	Los que se nos han adelantado ya.....	113

❖	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS CASOS.	
	4.0 Introducción.....	116
	4.1 Armando y su grupo doméstico.....	117
	4.2 Emilio, Petrona y su grupo doméstico.....	123
	4.3 Isabel.....	128
	4.4 Dominga y Marcelino.....	131
	4.5 Mi esposo tiene diabetes.....	135
	4.6 Mi madre tiene diabetes.....	137
❖	REFLEXIONES FINALES.....	139
❖	ANEXO	
	CUADROS DE GRUPOS DOMÉSTICOS.....	151
❖	BIBLIOGRAFIA.....	153

ÍNDICE DE CUADROS

❖ CUADRO 1. Entrevistas realizadas y principales temas abordados.....	30
❖ CUADRO 2. Emociones asociadas a la diabetes mellitus.....	145
❖ CUADRO 3. Representaciones mencionadas acerca de las causas de la diabetes.....	149
❖ CUADRO 4. Grupo doméstico de Armando.....	151
❖ CUADRO 5. Grupo doméstico de Emilio y Petrona.....	152

ÍNDICE DE MAPAS

- ❖ **MAPA 1.** Ubicación de Zinacantán en Chiapas.....34

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

- ❖ **FOTO 1.** Calle en proceso de pavimentación.....38
- ❖ **FOTO 2.** Bebidas que se ofrecen a los varones con cargo, durante las celebraciones religiosas.....51
- ❖ **FOTO 3.** Espectacular colocado a la entrada de la cabecera municipal de Zinacantán.....53
- ❖ **FOTO 4.** Promocional en la explanada del palacio municipal de Zinacantán.....53
- ❖ **FOTO 5.** Promoción de la empresa refresquera en las instalaciones del palacio municipal de Zinacantán.....54

INTRODUCCIÓN.

El trabajo que el lector tiene en sus manos es una propuesta para abordar y analizar enfermedades destacables en este caso la diabetes mellitus desde nuevos enfoques, con una mirada que sea capaz de relacionar los aspectos sociales sin dejar de lado la subjetividad de las personas, la experiencia misma de quienes la viven. El documento es el producto del trabajo de campo realizado en Zinacantán, municipio del estado de Chiapas a finales del 2011 como parte del programa de maestría del CIESAS-Sureste, con el pretendo abonar a la construcción de conocimiento en antropología médica sobre todo respecto a este tema en el que considero falta mucho por explorar.

Antes de abordar el panorama general que se encontrará en este texto me gustaría iniciar brindando al lector el contexto bajo el que surgió la idea de este proyecto y que concluyó con la redacción del mismo.

Una experiencia anterior de trabajo de campo en el año 2008 que realicé en el municipio de Larrainzar, Chiapas y que culminó en mi tesis de licenciatura “La atención a la salud en contexto indígena. El caso del diagnóstico, cuidado y control de la diabetes en una nueva estrategia de política en salud entre los tzotziles de San Andrés Larrainzar” (2010) fue el que marcó la iniciativa y el interés por la propuesta actual.

En la investigación anterior analizaba la atención que se brindaba a la población diagnosticada con diabetes por parte del Hospital Básico Comunitario que recién se había inaugurado (2007) y en el que se pretendía brindar atención tanto médica alópata como tradicional del lugar, sin que hasta la fecha se haya concretado. Dicha investigación se centró en las formas de diagnóstico, atención de la enfermedad y la relación entre médico-paciente en la población que acudía a este Hospital.

Sin embargo a lo largo del trabajo de campo y de las conversaciones con las personas diagnosticadas con diabetes me di cuenta que la atención de la enfermedad, el diagnóstico y su cuidado no sólo tienen que ver con la asistencia a algún sistema médico, antes bien son parte de un aspecto más amplio e influyente como el contexto doméstico, social y emocional en el que viven las personas. De manera seductora observé que en el contexto de la salud-enfermedad, en su manera de entenderse y atenderse tiene una trascendencia enorme el proceso emocional de quién la vive complejizando aún más la experiencia misma.

Es así que de esta experiencia personal en campo, se desprendió mi interés en abordar una enfermedad en aumento como la diabetes pero desde otras orientaciones que permitan una nueva lectura del padecer. Por ello en esta ocasión propongo resaltar por un lado que el cuidado, el equilibrio anímico, el bienestar corporal y social más que de medicación y chequeos médicos, se relaciona con la experiencia cotidiana del individuo, con las presiones, conflictos, preocupaciones, relaciones y demás circunstancias sociales, las cuales están condicionadas por factores socioculturales en donde se desarrolle su cotidianidad.

La tesis está estructurada en cuatro capítulos, en el primero de ellos contextualizo el problema de investigación; se detallan los antecedentes y las dimensiones del problema, se aborda la diabetes como una enfermedad con relevancia para las instituciones de salud en México pero que también tienen un peso significativo entre la población tsotsil. Exploro parte de la literatura existente en relación a la diabetes por un lado y las emociones por el otro, en contextos con población indígena y algunos otros que sobre la zona en la que se trabajo hay.

Respecto a la propuesta teórica ésta se enfoca en recuperar lo que se siente, lo que se vive y lo que se piensa respecto a la diabetes, vinculando la subjetividad de las personas con los hechos sociales, por ello se manejaron los siguientes conceptos: recuperado de la antropología médica la triada *Illness, sickness y disease* como tres categorías antagónicas de concebir la enfermedad y el padecimiento; otro concepto es el de *cuerpo consiente* que recupera las emociones como una manera de dialogar lo personal y lo social, como una manera de comunicar y finalmente el concepto de representaciones sociales para explicitar la manera en que surgen las ideas y prácticas que se mantienen respecto a la diabetes. En este capítulo finalmente se aborda el enfoque metodológico retomado, en este caso la propuesta del interaccionismo simbólico pues se consideró el adecuado; también se describen las técnicas que se usaron en el transcurso del trabajo de campo.

En el segundo capítulo la finalidad fue primordialmente brindar el panorama general, las condiciones sociales actuales (población, localización, actividades económicas, el contexto político-religioso) que caracterizan a la población tsotsil de Zinacantán; se trata de una breve descripción histórico-etnográfica con acento en los cambios sociales que han tenido relación directa o indirecta en el aumento de enfermedades crónicas como a la diabetes mellitus.

Es en el tercer capítulo “Las experiencias de vivir con azúcar” abordo de manera extensa y detallada las voces de los entrevistados, se presentan al lector las particularidades respectivas de cada caso; relatando y compartiendo las distintas experiencias de vida y del vivir con azúcar de estas personas. Se recupera y expone la experiencia organizada en episodios

temporales que hagan más comprensible la trayectoria con el “azúcar” (primeros malestares, el diagnóstico, los pedidos de ayuda, los tratamientos, apoyo- conflictos en el grupo doméstico y otras condiciones sociales de cada experiencia).

En el último capítulo se analiza la información tanto de las narrativas como de las observaciones realizadas en relación a los tres enfoques teóricos propuestos en el primer capítulo. El objetivo de este capítulo es analizar detenidamente la situación de cada caso y presentar la relación con los conceptos teóricos.

Finalmente como última sección en las reflexiones finales abordo de manera general los hallazgos recopilados respecto al *illness-sickness*, las emociones y las representaciones en las experiencias recopiladas. Resaltando y brindando un análisis del contexto de aquellas emociones que sobresalieron en las narrativas y su relación con la diabetes. A esta última sección le he denominado reflexiones finales y no conclusiones porque mi aporte es una propuesta que más allá de dictar consumaciones deja un camino abierto por explorar.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO.

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo el lector encontrará en una primera parte el desarrollo del problema, en el que se expone el contexto de la enfermedad, la diabetes como un problema de salud pública que se presenta en uno de los sectores más vulnerables: la población indígena. Asimismo la comprensión de la enfermedad y la salud se basa en elaboraciones complejas que se extienden al campo de lo social y espiritual. Uno de mis supuestos es que al adquirir diabetes algún miembro del grupo doméstico se involucra y también afecta a los demás miembros del grupo, en diferentes grados y maneras.

Una vez trazada la dimensión e importancia del problema, se revisa la literatura que existe sobre el mismo en nuestro país. Esta literatura en su mayoría se trata de investigaciones cuantitativas que si bien son importante para conocer la prevalencia de una enfermedad, sólo refleja un aspecto de la misma dejando de lado la parte subjetiva y experiencial de las personas.

Ante estos hallazgos y limitaciones se propone con este trabajo profundizar en aspectos en los que no se ha puesto énfasis y que pueden ser fundamentales en la manera en que se viva una enfermedad. Para lograrlo y ofrecer una nueva lectura de lo que las personas con diabetes así como las personas más cercanas a estas, en cualquiera de sus tipos viven, se hace una revisión teórica, no exhaustiva, pero suficiente para justificar el manejo de los conceptos en la investigación.

Finalmente en este capítulo se aborda el enfoque metodológico elaborado con base en la propuesta del interaccionismo simbólico. También se describen las técnicas que se usaron en el transcurso del trabajo de campo.

1.1 Planteamiento del problema y contexto de la diabetes.

De los motivos de abordar una enfermedad como la diabetes básicamente se debe a que hoy por hoy es una enfermedad con dimensiones epidémicas a nivel mundial. Que se presenta cada vez más y con mayor agudeza en contextos indígenas en donde se presume los cambios sociales¹ han modificado el panorama de enfermedad y muerte. Al ser una enfermedad incurable y degenerativa representa un alto grado de afectación para quien la padece, a nivel orgánico, social pero sobre todo a nivel emocional. Por lo anterior es importante recuperar la dimensión subjetiva del enfermo y su grupo doméstico y analizar su relación con lo social en un contexto tsotsil.

A continuación se refieren las dimensiones de la diabetes desde la situación global hasta el contexto específico que me ocupa en Chiapas.

1.1.1 La diabetes como un problema de salud.

En las últimas décadas, en el mundo se ha visto un desproporcionado crecimiento de enfermedades asociadas a cambios en las actividades acostumbradas, a nuevos ritmos y tiempos de las actividades que benefician el sedentarismo, el aumento de la urbanización, los cambios en la dieta entre otros procesos sociales (IDF, 2011). Entre estas enfermedades se encuentra la diabetes mellitus, una de las más preocupantes debido a su alarmante dimensión.

Históricamente se tiene registro de la descripción de los síntomas que hoy se conocen como característicos de la diabetes en un manuscrito anterior al siglo XV; posterior a este manuscrito la enfermedad es registrada por Areteo de Capadocia un médico de origen griego quien le dio el nombre de diabetes al notar que una de sus características eran las frecuentes ganas de orinar.² Sin embargo, fue hasta el año de 1679 que Tomas Willis describió la enfermedad, sus síntomas característicos y descubrió que la orina de las personas con diabetes tiene un sabor dulce, por ello anexo la palabra mellitus refiriéndose a su particular sabor quedando entonces como diabetes mellitus. A partir de entonces las investigaciones así como

¹ Cambios en la alimentación en los que han incorporado productos que no estaban en su dietas y que contienen una gran cantidad de grasas, azúcares y carbohidratos y poco o ningún beneficio nutricional; cambios en sus actividades diarias.

² Diabetes en griego significa Sifón y con ello Areteo de Capadocia se refería a que el agua entra y sale sin quedarse en la persona (Sánchez, 2007).

los hallazgos relacionados a la diabetes mellitus no cesaron hasta la actualidad y se iniciaron las primeras observaciones de pacientes así como la búsqueda de tratamientos (Sánchez, 2007).

Los hallazgos que se dieron en la segunda mitad del siglo XIX fueron gracias a las investigaciones de diferentes médicos como C. Bernanrd, Minskowski, Von Mering, Langerhans, Laguesse, Meyer, Zuleger, Suñer, Turró, Prout, Sanger entre otros. Una de las investigaciones más significativas se dio en el año de 1921 cuando Banting y Best lograron aislar la insulina.³ Una vez que se dio a conocer que la insulina se excreta y se almacena las farmacéuticas no tardaron en intentar obtener insulina humana mediante la clonación de genes en bacterias lográndolo con éxito y comercializándola después (Sánchez, 2007).

Actualmente la diabetes mellitus no sólo es reconocida por los Organismos internacionales de salud, sino que gracias a sus particularidades, se ha clasificado en algunos tipos. Para la Organización Mundial de la Salud (2011) se trata de un trastorno endócrino-metabólico crónico ocasionado porque el páncreas no produce insulina suficiente o la utiliza de manera incorrecta.

En el caso del territorio mexicano la Norma Oficial Mexicana cuyo objetivo es estandarizar y dictar los lineamientos para prevenir, tratar, controlar la diabetes y prevenir sus complicaciones y cuyo carácter es obligatorio dentro del territorio nacional, la diabetes es definida así:

“Enfermedad sistémica crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.” (SSA, NOM-015-SSA2-2010:5).

La medicina alopática ha realizado lo que se conoce como el desarrollo natural de una enfermedad, en este caso la diabetes, clasificándola en una etapa pre patogénica y una etapa patogénica. La primera se refiere al período en el que no son presentes los síntomas y/o signos de la enfermedad pero en el que se está en riesgo de enfermar, para este caso algunas de las características que se consideran un riesgo son: la herencia, la obesidad, una vida sedentaria, el tener familiares de primer grado con diabetes, si se padece hipertensión arterial, las mujeres que tienen antecedentes de ovarios poliquísticos, las enfermedades cardiovasculares y con antecedentes de enfermedades de tipo psiquiátricas (SSA, NOM-015-SSA2-2010).

³ La insulina es una hormona que produce el páncreas y se encarga de regular el azúcar en la sangre, sin insulina las células de los tejidos no pueden obtener energía; cuando su producción es deficiente o nula se altera el metabolismo y se presenta la diabetes.

En el estado patogénico de la diabetes se manifiestan los primeros síntomas, se diagnostica la enfermedad y se logra su control o en caso contrario se desarrollan diversas complicaciones. La sintomatología en este periodo puede ser variable y presentarse con diferentes grados de intensidad. Sin embargo, hay algunos malestares que se reconocen como característicos de la diabetes como son: pérdida de peso, visión borrosa, cansancio, piel seca, infecciones frecuentes, hambre, sed y ganas de orinar de manera excesiva, dolor de cabeza y dificultades para cicatrizar heridas (SSA, NOM-015-SSA2-2010). Tanto en la Norma Oficial para el caso de México como en la OMS se reconocen tres diferentes tipos de diabetes: tipo 1, 2 y gestacional.

La diabetes insulino dependiente o del tipo 1 es caracterizada por la no producción de insulina lo que conlleva una dependencia a la insulina exógena. Este tipo de diabetes también se conoce como juvenil porque se presenta en niños y personas menores a los 30 años.

La diabetes tipo 2 se caracteriza porque el organismo no utiliza correctamente la insulina, es la más común en todo el mundo y se presenta en población mayor de 30 años y es asociada con factores como la obesidad y la inactividad física.

Finalmente la diabetes gestacional es la que se encuentra en menor proporción. Se le llama así porque se detecta por primera vez durante el embarazo (OMS, 2011).

Tanto la diabetes 1 y 2 presentan sintomatologías abruptas como el exceso de ganas de orinar (poliuria), exceso de sed (polidipsia) y exceso de hambre (polifagia) estos malestares se conocen como tríada diabética porque son los más comunes aunque también se pueden presentar otros mencionados con anterioridad.

La presencia de la diabetes puede desencadenar graves consecuencias si no es cuidada correctamente lo que se conoce en la medicina alópata como el descontrol natural de la enfermedad. Algunas de las complicaciones que se conocen son: la hiperglucemia (cuyos signos son la polidipsia, polifagia, cansancio, poliuria y pérdida de peso), la hipoglucemia (se presenta por la aplicación en exceso de insulina, el retardo en la ingesta de alimentos, el exceso de ejercicio y/o ingerir hipoglucemiantes orales sin alimento), disminución de la vista o ceguera (retinopatía), glaucoma, la pérdida motora de las extremidades que puede llevar a la amputación (neuropatía), la insuficiencia renal (nefropatía), infecciones en la piel, problemas de cicatrización de heridas, gingivitis y pérdida de piezas dentales (periodontitis), las enfermedades macrovasculares y finalmente la muerte que sobreviene una vez que se empiezan a manifestar las complicaciones ya descritas (SSA, NOM-015-SSA2-2010).

La teoría del “gen ahorrador” propuesta por Neel (1962) busca dar respuesta al desigual aumento de diabetes, así como de la obesidad e hipertensión, entre algunos grupos amerindios. Dicha teoría supone que los períodos prolongados de escases de alimentos a los que se enfrentaron en el pasado modificó su adaptación metabólica. Con los actuales cambios en las actividades diarias y en la alimentación, este gen acumulador de energía más que beneficiarlos los sitúa con una mayor proclividad a desarrollar obesidad, desordenes metabólicos y/o diabetes.

En este sentido resaltan las investigaciones que se han realizado con los indígenas Pimas en Estados Unidos⁴ cuyos resultados apuntan a que sus características genéticas; un consumo de harinas, grasas saturadas, azúcares y una disminución de actividad física son los responsables de sus altos índices de obesidad y diabetes. En México una investigación similar se realizó con los mayas de Yucatán, donde los resultados nuevamente señalaron que el poseer antecedentes genéticos mayas está asociado con un mayor riesgo a tener diabetes mellitus (Rosado *et al.*,2001).

En el aspecto económico la diabetes requiere de una gran inversión tanto para su detección, como para su atención y sobre todo para el tratamiento de las complicaciones mencionadas, lo cual representa un considerable gasto en las agendas de las instituciones de salud.⁵Si bien varias décadas atrás se tenían registros de la diabetes en los sistemas de salud, ésta se trataba de manera periférica en comparación con las enfermedades transmisibles a las que se les procuraba una mayor atención. Sin embargo, con el aumento desproporcionado que se refleja en las alarmantes cifras de la enfermedad, algunos organismos internacionales como la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud han enfocado sus esfuerzos en elaborar propuestas que den atención al problema específico de la diabetes.

⁴Debido a que al menos la mitad de su población han sido diagnosticados diabéticos superando los índices a nivel mundial (González, 2005).

⁵Se calcula que en el 2011 el gasto mundial destinado a la diabetes fue de 465, 000 millones de dólares (FDI, 2011). En México en el año 2010 se destinaron 778. 5 millones de dólares para la atención de la diabetes y sus complicaciones ubicándose en el país que más gasta por esta causa en América Latina y el decimo a nivel mundial (INSP, 2012).

1.1.2 El contexto indígena en México.

Para el caso de México la situación no es más favorable. En el 2011 México se ha colocado en el primer lugar en América Latina con incidencia de diabetes, sólo después de los Estados Unidos. Desde el año 2008 se colocó como la primera causa de muerte en el territorio nacional, con una prevalencia general mayor en mujeres.

Según el INEGI al 2010, la diabetes tuvo un crecimiento importante en diagnóstico y permanece como la principal causa de defunciones en ambos sexos sólo seguido de los tumores malignos y las enfermedades del corazón (2010).

Sin embargo, México posee características por las que hablar de problemáticas de salud requiere de hacerlo con mayor detenimiento. México se caracteriza por tener la más alta concentración de población indígena en América con 10.4 millones (Rocha, 2010). Factor que define las condiciones económicas y sociales, condiciones de salud marginales y de extrema pobreza, lo que se refleja en la dificultad al acceso a los servicios de salud.

La población indígena en los últimos años ha mostrado un incremento en las enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico y más específicamente con la presencia de la diabetes. Los cambios cada vez más visibles en las actividades económicas, de los hábitos de alimentación y en los estilos de vida han modificado los cuadros de morbilidad y mortalidad en esta población, reflejando un aumento de la diabetes.

En el estado de Chiapas gran parte de la población es considerada indígena del grupo maya hablante, de los cuales el 71% de la población muere sin atención médica institucionalizada (INEGI 1995-1999). En estas circunstancias sobresalen factores como la distancia e inaccesibilidad a los servicios de salud institucionales y las barreras culturales entre los pacientes tsotsiles y el personal de salud.⁶ Se presume también que en estos contextos existen serias lagunas en los registros de morbilidad y mortalidad oficiales. Lo que reafirma la urgencia de realizar investigaciones profundas enfocadas a los procesos de enfermar y atender la salud entre la población tsotsil.

En los últimos años el estado de Chiapas ha mostrado un incremento en la esperanza de vida, sin embargo, sigue manteniendo la esperanza de vida más baja de la región sureste con una media de 74.4 años para el 2010 (INSP, 2011: 33). En Chiapas la diabetes mellitus paso de

⁶ Dentro de las barreras culturales tenemos por ejemplo el monolingüismo tsotsil de los pacientes lo que entorpece la comunicación con el personal médico y la indiferencia de parte del personal médico hacia las prácticas y conocimientos tradicionales de los tsotsiles por mencionar algunas.

ubicarse en el lugar número ocho (1980) a la primera posición que hoy mantiene como la principal causa de muerte (INSP, 2011: 69).

Para el año 2000, fallecieron 420 hombres y 661 mujeres a causa de la diabetes; mientras que para el 2005, fallecieron 674 hombres y 953 mujeres por la misma causa en Chiapas (Juárez, 2010). La situación se agudiza aún más cuando los costos asociados a la diabetes no sólo son económicos; también se limitan las capacidades con un deterioro físico gradual. En el aspecto social “representa una carga importante que se manifiesta tanto en los servicios de salud, como en la calidad de la vida de las personas diabéticas y sus familiares”(OPS/OMS, 2001:1).

Históricamente en la zona de Los Altos de Chiapas, se han registrado las infecciones respiratorias e intestinales como las enfermedades más frecuentes; además de presentarse un aumento en el registro de pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas-degenerativas (SSA, 2009). Los municipios de los Altos que registran cifras más altas de población diabética son aquellos con poblaciones más grandes e índices más altos de urbanización. Así por ejemplo, San Cristóbal de las Casas y Las Rosas, mantienen los índices más elevados de enfermedades crónicas entre ellas la diabetes. Si bien Zinacantán registro al año 2008 cifras por debajo de los municipios de San Cristóbal de las Casas, Las Rosas, Panthelo, Teopisca y Chamula (registrando 46 casos). De acuerdo a la Secretaria de Salud en el año 2012 esta cifra se elevó a 126.⁷ (Datos proporcionados por el Dr. Salvador López, Jurisdicción Sanitaria II; 27 de septiembre de 2012).

Se sabe entonces que la diabetes es una enfermedad de larga duración que afecta a la población indígena tsotsil debido a las transformaciones sociales y a los cambios de dieta y de actividades. Se sabe también que en este contexto la población elabora explicaciones más allá del cuerpo para entender el proceso de enfermar y sanar, que rebasan por mucho las explicaciones del modelo biomédico.

1.1.3 Factores socioculturales en la salud y la enfermedad entre los tsotsiles.

Las prácticas curativas son reacciones inherentes al ser humano ante sensaciones molestas, dolorosas e incómodas cuya finalidad es mantener un equilibrio en las personas. Poco a poco se ha complejizado este proceso entendiéndose una dualidad entre salud-

⁷ Cabe recordar que existe un número elevado de subregistro además que en el municipio existen el servicio de otras instituciones de salud (IMSS, ISSSTE) de las que no se lograron obtener las cifras.

enfermedad como estados opuestos de bienestar y malestar ante lo cual surgieron múltiples y diversas formas de mediar entre ambas surgiendo diferentes prácticas médicas.

Estas prácticas se desarrollan a manera de un proceso definido como el proceso salud-enfermedad-atención (s-e-a).⁸ Este proceso parte de un estado de bienestar, el momento en que se adquiere un malestar, enfermedad y finalmente las medidas que se adoptan para restablecer la salud incluyendo la búsqueda de atención hacia uno o más sistemas médicos (Menéndez, 1994). La manera en que la salud y la enfermedad se entienden son el reflejo del contexto sociocultural en el que se insertan.

Actualmente esta diversidad ha sido opacada por un sistema biológico, evolutivo, funcional e individual conocido como el modelo médico alópata. E. Menéndez define la medicina alopática como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica.” (1988:1). Es un modelo que por su expansión y control ha llegado a consolidarse hasta la actualidad como el sistema mayoritario (aunque no por ello eficiente), el sistema médico hegemónico. Este sistema se originó desde las ciencias naturales, desde lo orgánico y biológico que la han determinado en su afán de constituirse como científica. Características que no le permiten incluir los factores externos y socioculturales, considerándolos irrelevantes.

Según el autor, es un sistema individualista que no cuestiona su propia estructura y formas de atención y reproducción, pero que además representa muy bien el sistema económico capitalista, en tanto que ve la salud como un producto con el que se puede lucrar, como una mercancía. Posee una fundamentación política de control sobre las personas y sus prácticas médicas.

Por otro lado se encuentran los sistemas médicos subordinados, cuyas técnicas y métodos diagnósticos y de sanación no se corresponden con el alópata. En algunos de ellos se ve la enfermedad y la salud, en contextos más allá del propio cuerpo, relacionándolos con entes no corpóreos, hechos sociales o estados anímicos (Menéndez, 1982).

Un aspecto relevante de la práctica médica, sobre todo para el propósito de ésta investigación, es el modelo llamado de *auto atención*, pues constituye el primer nivel de atención. Es el primer momento en donde el individuo reconoce sus malestares, sus dolencias y basado en experiencias previas y/o recomendaciones de otros actores toma medidas para restablecer su salud, sin necesidad de acudir a especialistas. La auto atención se maneja desde el hogar y se socializa con el círculo más cercano al actor (familia, amigos), ya que “dentro del grupo

⁸ A lo largo del texto puede encontrarse como s-e-a.

doméstico sería el proceso que conduce a generar el mayor número de actividades de participación social” (Menéndez, 1997:91).

La importancia al interior del hogar y del círculo de apoyo de una persona sobresale además ante la presencia de una enfermedad, aún más si se trata de un diagnóstico crónico y/o estigmatizante, debido a que no sólo afecta al enfermo sino repercute de diferentes maneras y con diversas expresiones a los integrantes de su hogar, sus parientes y/o la red de amigos más cercana. En donde si bien hay una organización para la reproducción y la sobrevivencia y se establecen lazos de apoyo y reciprocidad también se atraviesan crisis y conflictos entre ellos (Larralde, 2001).

Recuperar la perspectiva de los grupos domésticos y del círculo más cercano al actor, con un integrante enfermo en contextos indígenas no ha sido lo suficientemente explorado. Por ello en esta investigación propongo incluir tanto la perspectiva de la persona enferma, como de las personas con quien vive.

De acuerdo a las definiciones propuestas por Menéndez, tanto la auto atención como los sistemas médicos mencionados, el hegemónico y el alternativo subordinado, se presentan entre la población tsotsil.⁹ Históricamente se ha registrado la recurrencia al sistema médico tradicional tsotsil,¹⁰ en la que se incluyen una diversidad de especialistas (pulsadores, parteras, rezadores, hueseros, yerberos) mejor conocidos como *iloles* quienes transmiten y reproducen sus saberes en ocasiones de generación en generación y las más de las veces es en el campo onírico donde les son revelados los conocimientos. En este contexto tanto la salud como la enfermedad se entienden en relación a procesos sociales complejos que rebasan por mucho las explicaciones de la biomedicina (Guiteras, 1945).

Dichas explicaciones tienen que ver con su manera de representarse el mundo, la vida, la muerte, con su contexto, con su trayectoria histórica, con un contexto social, político, económico, que atraviesa este proceso de enfermar y atender la salud (Page, en dictamen). Las enfermedades o infortunios se corresponden con la manera en que las personas se construyen como personas en un orden espiritual, natural y social, en un tejido comunitario en el que se enmarcan las personas y en donde las relaciones sociales son determinantes tanto para la

⁹Zinacantán, Chiapas, lugar donde se realizó esta investigación, está poblado por tsotsiles. En el siguiente capítulo se describen detalladamente sus características generales.

¹⁰ Con medicina tsotsil no quiero referirme a una definición de sus elementos, ni a una revisión histórica de lo que algunos han llamado medicina tradicional. Uso este término para referirme en este caso en particular a la medicina que los individuos tsotsiles reconocen como propia y que hoy se mantiene en práctica.

presencia de una enfermedad o infortunio, así como para recuperar el equilibrio social y biológico perdido (Eroza, 2011).

Todo este panorama fundamenta la crítica y el sesgo más relevante es decir, aquella que impide ver las enfermedades sólo desde el nivel biológico sin incluir aspectos sociales y subjetivos. Es claro que las condiciones sociales repercuten tanto en la enfermedad como en el restablecimiento de la salud, que la presencia de una enfermedad y el cuidado involucra al enfermo como a otros actores sociales. Donde la incorporación de ideas, sentimientos y creencias se ligan íntimamente con las formas en que experimenten la salud y la enfermedad.

En esta ocasión la propuesta es voltear la mirada a una enfermedad que afecta de manera permanente a quien la padece: la diabetes. Esta investigación se enfoca en recuperar la experiencia tanto de quien la padece como de los integrantes de su grupo doméstico resaltando los aspectos: ¿Cómo se vive, qué es lo que se piensa y lo que se siente respecto a la diabetes?

1.1.4 Las preguntas que se plantean.

Con estos referentes entonces, la propuesta de la investigación es dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los procesos sociales que han contribuido al aumento de la diabetes entre la población tsotsil?

¿Cómo ha sido la experiencia en torno a la diabetes tanto para la persona diagnosticada como para los integrantes de su grupo doméstico en distintos momentos de la enfermedad?

¿Qué representaciones mantienen el enfermo y los integrantes de su grupo doméstico acerca de la diabetes?

¿De qué manera la experiencia con la enfermedad va construyendo y transformando las representaciones, a su vez cómo las representaciones influyen en la toma de decisiones y las prácticas?

Con la presencia de una enfermedad incurable como la diabetes se suelen desencadenar diferentes emociones, en la mayoría de los casos, negativas. La importancia de las emociones en el proceso salud y enfermedad es un aspecto que me interesa destacar para ello surge la inquietud de ¿Cómo ha sido el proceso emocional del enfermo y los integrantes de su grupo

doméstico a partir de la presencia de síntomas, el diagnóstico de la enfermedad y posterior al diagnóstico?, ¿Se identifican determinadas emociones? ¿Cuáles? ¿De qué manera las emociones influyen de manera positiva o negativamente en la salud-control del paciente diagnosticado con diabetes?.

1.2 Antecedentes.

Las dimensiones que hoy día presenta la diabetes en México ha sido el detonante para que investigaciones en distintas líneas se lleven a cabo. Sin embargo los trabajos que se han realizado son en su mayoría de corte cuantitativo, dejándose de lado el lado subjetivo y la experiencia de las personas con diabetes.

Valdéz, Rodríguez y Alfaro (1993), por su parte, muestran el resultado de un estudio sobre familias en el cual se identifica y asocia el control metabólico de diabéticos tipo 2 con características familiares particulares. Resulta importante mencionar esta investigación, ya que uno de los hallazgos encontrados es que la organización de la familia nuclear actual impide el apoyo emocional en el enfermo.

En Chiapas el trabajo de Austreberta Nazar y Benito Salvatierra (2009) resalta los problemas de accesos a los servicios de salud pública sobre todo en México donde se destinan escasos recursos a este tipo de problemáticas. Es un trabajo de análisis del diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad en el que se compara población adulta derechohabiente y no derechohabiente que vive en asentamientos urbanos pobres en Tuxtla Gutiérrez. La finalidad de la investigación fue conocer si existen diferencias importantes de “control” por género, por ingresos económicos, por ser derechohabiente o no, entre otros factores, con la finalidad de revelar las desigualdades existentes.

Martínez y Torres (2007) analizan la relación entre jóvenes con diabetes y su familia. Profundizando en rubros como la relación del paciente con su familia, el control y el tratamiento de la diabetes, las cogniciones de ambos acerca de la diabetes y los problemas que enfrentan por la enfermedad. Los autores hallaron que la familia, red familiar y de amigos proveen actitudes positivas y/o negativas en el control de la enfermedad de los adolescentes, además de ser un factor importante de apoyo emocional. Así se identificaron múltiples sentimientos y emociones por los que atraviesan los padres de los jóvenes como: ansiedad, incredulidad, pena, culpa, pesadillas, sentimientos obsesivos entre otros.

Francisco Mercado (2007) explora el punto de vista del actor y sugiere que la investigación debe de llevarse más allá de lo orgánico, emocional, social y económico. Contrastando las perspectivas de los profesionales de salud y de los enfermos crónicos se encontró que los problemas diarios de los pacientes influyen de manera clara en un descontrol médico o en un mejor cuidado de la salud.

Selvia Larralde (2001) basó su investigación en 6 unidades domésticas, en éstas uno de los integrantes padece una enfermedad crónica. Sus hallazgos demuestran que existen bajo estas condiciones dos aspectos antagónicos en el interior de las familias: la ayuda mutua y el conflicto. Sobre todo en enfermedades crónicas surge el desgaste familiar y se crean redes estratégicas pequeñas, cercanas, parentales, recíprocas, solidarias, que se unen por lazos de lo emocional.

Los trabajos anteriores cumplen con una particularidad, se han realizado en contextos urbanos. En contextos indígenas la literatura es aun más pobre en estos temas puesto que las investigaciones enfocadas en esta problemática son apenas existentes.

Existen trabajos realizados con indígenas Pimas que viven en los Estados Unidos de América y que en la actualidad presentan los índices más altos de diabetes y obesidad no solo en su país sino a nivel mundial. Índices que se relacionan con un cambio radical en los hábitos alimenticios que incluyen el consumo de harinas, grasas saturadas y bebidas con altos niveles de azúcares y carbohidratos así como un modo de vida sedentario. Esto a su vez relacionado con sus antecedentes genéticos y el hallazgo del gen ahorrador del que ya se habló con anterioridad. En México se han replicado investigaciones con los indígenas Pimas, los tarahumaras y los mixtecos. Un dato interesante es que los Pimas que habitan en territorio mexicanos no han modificado sus actividades diarias ni adaptado otras formas de consumo, permitiéndoles conservar gran parte de su dieta y sus actividades habituales, en consecuencia no se ven afectados por la obesidad y la diabetes (González, 2005).

En relación al factor hereditario y el caso de los mayas en el estado de Yucatán, en el año 2001 se realizó una investigación de corte cuantitativo cuya finalidad era conocer si la genética de este grupo étnico podría determinar una mayor incidencia y riesgo de padecer diabetes en comparación con la media nacional. (Rosado *et al.*, 2001).

Los anteriores trabajos hablan de contextos indígenas pero no recuperan la vivencia de las personas. Su finalidad es dar cuenta de la incidencia de la enfermedad asociada con cambios externos. El caso de Veracruz (Pascual Ayala *et al.*, 2007) se acerca más a un enfoque hermenéutico. Realizada en contexto indígena nahua en Ixhuatlancillo el trabajo se propuso el

objetivo de recuperar lo que “viven, piensan, interpretan y responden a su padecimiento”; una de las contribuciones de esta investigación es que se aborda el problema visto como un padecimiento y no como una enfermedad, donde se propone que lo social y lo psicológico tienen una gran influencia en la salud y la enfermedad. Es sin duda una investigación de corte cualitativo y hermenéutico en donde se resalta la importancia de incluir la capacidad de decisión sobre los cuidados y el tratamiento del propio enfermo.

1.2.1 Emociones en los Altos.

En el caso de la zona de Los Altos en Chiapas existe ya literatura que aborda la relación de diversos padecimientos con determinadas emociones. Si bien en el caso de enfermedades crónicas y/o degenerativas falta mucho por explorar, conviene aquí que aunque de manera somera sean revisadas algunas de ellas. Uno de los primeros trabajos que abordaron este tema es el realizado por E. Hermitte (1970) entre los tseltales de Pinola. En su investigación la autora encontró que emociones, como son la vergüenza y el coraje, son vinculadas por los tseltales como las causantes de malestares y dolencias. Además, Hermitte vio una relación clara entre estos estados emocionales y el control moral y social de Pinola, ya que destaca que se presentan en las personas cuando se realiza una transgresión social-moral o se incumple un mandato sobrenatural.

La literatura más reciente a continuación revisada, muestra que si bien las condiciones sociales en los municipios de Los Altos han ido cambiando continuamente a través del tiempo, que en general son otras las condiciones de vida y que el perfil de enfermedades en esta zona ha ido cambiando y aumentando su diversidad; siguen presentes determinadas emociones entendidas como las causantes de padecimientos, ya que entre los tsotsiles y tseltales el complejo de salud y enfermedad se sigue vinculando a procesos emocionales, causas sobrenaturales y las relaciones sociales con los otros. A continuación menciono algunos de estos trabajos.

En Yolohuitz, municipio tsotsil de Chamula, Contreras (2001) nos muestra cómo los conflictos y disputas en torno a la posesión y escases de las tierras da pie a que se originen una serie de emociones como los celos y las envidias. Estas emociones negativas se manifiestan en padecimientos. En este caso de *ilvajinel*, cuando este padecimiento se presenta, se recurre a la ayuda y sanación de médicos tradicionales quienes son capaces de diagnosticarlo e incluso de saber e informar quién es la persona que tiene celos y/o envidia y por ello es el responsable de

la enfermedad. De acuerdo a Contreras, se trata de una construcción social inaceptable por considerarse causa directa de este padecimiento.

En Chamula en el año 2005 Kevin Groark profundizó en el análisis de las emociones intensas y su correspondencia con algunos padecimientos. El autor dio cuenta que muchas de las enfermedades y padecimientos tienen un estrecho vínculo con causas sobrenaturales y conflictos sociales, lo que provoca desde el primer momento incertidumbre, ansiedad y desasosiego a quien la padezca, ya que lo coloca en una situación de vulnerabilidad social y a una debilidad anímica. Groark (2005) identificó ciertas emociones patogénicas, es decir, causantes de enfermedad, que atentan contra la salud e incluso pueden provocar la muerte. Algunas de los padecimientos que registró fueron coraje (*k'ak'al o'ntonal*), tristeza (*mel o' ntonal, at o'ntonal*) y susto (*xi'el*) como las más recurrentes pero también describe preocupaciones, iras, regaños, enojos, humillaciones, ansiedad y el miedo. Todas estas emociones se identificaron como causas directas de padecimientos, por ello se consideran patogénicas, las situaciones en las que estas emociones-padecimientos se presentan suelen ser variadas y similares síntomas se suelen presentar en varias de ellas. Por ello el autor los organizó en complejos emocionales.

Jaime Page (2005) reconoció el *ipixantal* (envidia), el *comel* (sustos ya sea en la vida diaria o en el desarrollo de los sueños), el *q'uexlal* (vergüenza), el *me'vinik* (alteración originada por una pena, un regaño recibido, un gran enojo), el *Xi-el* (miedo o susto) y el *ch'ajil* (la persona que es haragana y no trabaja para mantenerse) como emociones que se reflejan en los padecimientos. En algunos de ellos la medicina alópata ha encontrado una identificación. Sin embargo en este contexto los padecimientos obedecen a factores sociales y divinos.

La correspondencia entre el proceso emocional también abarca padecimientos psiquiátricos como el *tupik* y el *chuvaj* o *chavak*. Ambos sufrimientos son ocasionados por una serie de infortunios en su marco social y que responden a tensiones, producto del adulterio, la práctica de la poliginia, las disputas por las tierras entre otros (Eroza y Álvarez 2008).

El *me'vinik* es un padecimiento muy común en Los Altos y recoge una serie de varias preocupaciones asociadas a un nuevo estilo de vida, a una vida “moderna” que les ha traído nuevos conflictos y angustias, que les representa un sobreesfuerzo emocional. El *me'vinik* o alteración es vista como una metáfora, un dialogo con el cuerpo que habla de la violencia de la vida nueva, de la precariedad económica, de la falta y/o mala alimentación. Por ello la medicina alópata ha cerrado este padecimiento al diagnóstico de trastorno del estómago, la gastritis. Sin embargo es un padecimiento que refleja en sí mismo los conflictos sociales y emocionales por los que atraviesan, habla de la aflicción de la vida moderna (Neila, 2012).

Estos autores muestran distintas vetas de cómo puede abordarse el problema de la diabetes desde lo social. En algunos casos se pone acento en la dimensión de la familia, en otros se resalta la perspectiva del actor e incluso se relacionan las emociones con el cuidado en la salud o la presencia de distintos padecimientos. Sin embargo falta todavía explorar todos estos aspectos de manera integral. Con estos hallazgos se ha superado en gran medida aquella concepción biomédica centrada en el individuo. Sin embargo falta mucho por explorar en el campo de la experiencia, de la subjetividad y del papel que cumplen las emociones en el cuidado o no de la enfermedad crónico-degenerativa.

1.3 Desarrollo conceptual

Es entonces que la propuesta de la investigación fue abordar el problema desde la experiencia de quien la padece y de su grupo doméstico; recuperando las representaciones acerca de la enfermedad y el proceso emocional que atraviesa. Para lo que a continuación se presenta una revisión teórica de los ejes conceptuales manejados en la investigación: experiencia, emociones y representaciones.

1.3.1 La experiencia en antropología.

Fue a partir de los sesentas que surgieron nuevos conceptos alternos a las corrientes antropológicas del estructural-funcionalismo y del culturalismo. Autores como Clifford Geertz (1973) y Víctor Turner (1985), fueron pioneros en las nuevas lecturas simbólicas de lo social, el primero desde la cultura y el segundo desde lo social, abriendo en antropología un nuevo campo de análisis: la experiencia.

Geertz (1973) propuso la dimensión simbólica como campo de análisis, utilizó la metáfora cultura como texto, desde el cual la cultura se puede interpretar si se analizan sus significados; enfatiza las prácticas sociales como la construcción de entretejidos de signos con significados. Para él, son los símbolos los que brindan un significado a las acciones.

Turner (1985) por su parte innovó en los 80's al referirse, contrario al estructuralismo, a los procesos sociales como procesos en flujo. Retomó elementos filosóficos como los de Dewey del que rescata la idea de la realidad como un flujo con quiebres y reordenamientos sociales (no lineal). Fundamenta la transformación social y la existencia en el mundo en su teoría de los *dramas*, como procesos presentes en todas las sociedades. Los dramas sociales

atravesan por fases como son la ruptura, la crisis, las acciones y procedimientos de reajuste y reintegración que son convertidos en narrativas en las cuales podemos reconocer nuestras experiencias o parte de ellas.

Así la experiencia para Turner no es estática, sino un continuo flujo (*flow*). El significado es la estructuración de la experiencia, son las expresiones basadas en símbolos anteriores que sistematizan las experiencias y les brindan de un carácter subjetivo. Turner define las experiencias formativas como:

“secuencias de eventos externos que irrumpen en el comportamiento rutinizado y/o repetitivo con un *shock* de dolor o placer e implican un amplio repertorio de estructuración de pensamientos, deseos y sentimientos [...] de este tipo de vivencias deriva una necesidad urgente de encontrar significado a lo que nos desconcierta, intentando unir la experiencia pasada y la experiencia presente” (Turner, 1986: 36, citado en Gregoric, 2011).

Ya en esta definición se hablaba de la experiencia como el marco a partir del cual somos conscientes de la experiencia de los demás, que es enmarcada en un contexto cultural y en la que se incluían el tema de las emociones y la sensibilidad.

Tanto Turner como Bruner en *Anthropology of Experience*, proponen una antropología simbólica basada en fundamentos filosóficos. Se trata de un concepto de experiencia que engloba pensamientos, sentimientos, reflexiones y que a la vez se comunica y expresa, por medio del lenguaje, en lo social; todo esto siempre en un flujo constante. Edward Bruner (1986) afirma que la antropología de la experiencia debe de enfocarse en rescatar la experiencia de lo vivido, la experiencia que se construye a partir de lo común, la manera en que la realidad se hace presente.

Por otro lado Díaz Cruz (1997) considera que las experiencias, con los significados, valores, afectos y expresiones son un todo en movimiento que nos sirven como referentes para la acción social y sobre todo para comprenderla como científicos sociales. No se trata de una experiencia subjetiva sino social. Define así las experiencias:

“La experiencia vivida es y constituye una de nuestras realidades básicas [...] no puede ser amorfa se le organiza a través de expresiones, relatos, dramas sociales y realizaciones culturales que se muestran y se comunican” y continúa “Las experiencias que van modificando, afinando y solidificando los contenidos asociados a la trama conceptual de la mente: intenciones, creencias, deseos, intereses, emociones y afectos y también la trama conceptual del cuerpo” (1997:12,13).

La antropología de las experiencias aportó muchas bases para el análisis desde las vivencias, enfocada al área de la antropología médica es especialmente fructífera ya que brindan un enfoque crítico de la medicina en general.

1.3.2 La triada *Illness / Sickness / Disease*.

La antropología médica ha revalorizado las experiencias con el fin de comprender mejor las conductas, estrategias, respuestas que manifiestan las personas ante una enfermedad. Una de las primeras conceptualizaciones al respecto la encontramos en Talcott Parsons (1976) quien ve la sociedad como un conjunto de sistemas en el cual se van normando tanto los comportamientos aceptables como los no aceptables, en niveles. Desde el sistema de la personalidad (a nivel de lo individual); desde el sistema cultural (establecido en las acciones) y el sistema social, sistemas que conforman la estructura social en la cual se establecen las normas de los comportamientos y se establecen los roles correspondientes.

Según Parsons (1976), tanto la formación, conformación de las enfermedades y de las conductas consideradas como desviadas surgen en la interacción social. La propuesta de Parsons además de enmarcar las acciones sociales en el plano de lo individual y lo colectivo, en una estructura compartida, toma la relación-interacción social como fundamental para el desarrollo de las acciones y el funcionamiento del sistema, en donde incluso una enfermedad es considerada como parte de mantener el equilibrio de dicho sistema.

La medicina moderna es vista como un sistema creado con la intención de controlar a los enfermos y reincorporarlos a lo que denomina salud. Como es un sistema de interacción los actores deben de cumplir su papel determinado, con comportamientos legitimados. La enfermedad es vista por Parsons como una desviación donde el enfermo debe cumplir con su “rol” (*sick role*), en este se esperan determinadas conductas sociales que se dictan desde lo institucional.

Para 1978 A. Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good propusieron un modelo teórico con énfasis en aspectos diferenciados entre el padecimiento y la enfermedad. La conceptualización del *disease* e *illness* (Eisenberg, 1977) brinda una mirada distinta entre lo “objetivo y lo subjetivo”, entre lo individual y lo social. Distingue una perspectiva de la enfermedad entre el diagnóstico proporcionado por un especialista en salud (*disease*) y la

trayectoria del padecer individual (*illness*). Arthur Kleinman, quien rechazó el reduccionismo del modelo biomédico conceptualiza así el *disease* y el *illness*: *Disease* hace referencia a las alteraciones biológicas y fisiológicas entendidas desde la biomedicina y es independiente de la percepción de la persona. El *illness* es la percepción y la experiencia de la persona enferma (Young, 1982).

Desde mi perspectiva A. Young ofrece una definición más acabada de los conceptos mencionados. Así mismo afirma que la antropología del padecimiento tiene como conceptos clave: cuidado, padecimiento, eficacia, modelos explicativos y redes semánticas del padecimiento. El *disease* para Young es la enfermedad vista “objetivamente”, es el diagnóstico médico pues se refiere a los procesos biológicos. El *illness* es propiamente el padecimiento, es la parte subjetiva del proceso; es la percepción y experiencia de la persona enferma a nivel individual.

Finalmente el *sickness* es el rol social del enfermo, es lo que se espera del enfermo por parte de los otros y que depende y varía del espacio sociocultural en el que se desenvuelva. Considera que existen determinantes macro sociales que van guiando y conformando el *sickness*, es decir el comportamiento, las actitudes, el rol del enfermo (Young, 1982).

En esta investigación se retoman los conceptos de Young para abordar en primer término lo que en mi investigación constituye el factor más importante el *illness*, que me sirve para analizar a profundidad cómo las personas viven este proceso (desde la presencia de los síntomas, la decisión de atención, el diagnóstico, las medidas de medicación y de control) y fundamentalmente cómo desde el factor emocional es afectado en diferentes maneras y en distintos grados a partir de la enfermedad. El *illness*, entendido como la experiencia del padecimiento me ayudará a contextualizar la enfermedad desde el padecer, desde la experiencia del enfermo, desde su vivencia-subjetividad.

En un segundo momento para analizar la dialéctica entre el *illness* y el *sickness* donde tanto los sistemas médicos, como los parientes y la red social más cercana influyen en el rol de la persona.¹¹

De acuerdo con Martínez (1995), el padecer es un complejo conjunto de vivencias que llevan al paciente a buscar ayuda y engloba las molestias, inquietudes, dolores, sufrimientos, limitaciones, incapacidades y dudas por las cuales una persona acude al médico las cuales están

¹¹Lo que se espera del enfermo por parte de sus familiares, amigos, por los sistemas médicos, el rol del enfermo por parte de su entorno social, cómo debe de cuidarse, cómo debe de comportarse, etcétera.

dotadas de una carga de representaciones y significaciones que las orientan, además de una carga emocional.

Finalmente, aunque de manera periférica, para ver cómo el *disease*, propiamente el diagnóstico médico de la enfermedad o en éste caso diagnósticos¹² son distintos o similares entre diferentes sistemas médicos.

1.3.3 Acerca de las emociones.

El enfoque en las emociones en la antropología y su relación con enfermedades ha sido retomado con diferentes marcos analíticos. A continuación, se revisarán algunas propuestas.

Las primeras discusiones en torno a las emociones se dieron gracias a la herencia de la filosofía occidental que distinguía entre razón-emoción y objetivo-subjetivo como opuestos. Las primeras formulaciones que se hicieron al respecto afirmaban la identificación de emociones innatas a los humanos que confirmaban su universalidad, la máxima limitación de esta postura era la exclusión de los aspectos sociales de las personas (Ramírez, 2001).

Con la finalidad de superar la dicotomía mente-cuerpo y contraria a esta postura surge el construccionismo en el que se recupera el aspecto social en el análisis de las emociones. En el construccionismo las emociones tienen un marco sociocultural, donde la experiencia de la conciencia subjetiva y sentida son puestos en evaluación e interpretación. El construccionismo propone que los desencadenantes culturales se aprenden en el contexto en donde se expresan (Meed, 1985; Geertz, 1995; Benedict, 2003). Se entiende la construcción de la persona (*self*) en relación con sus referentes sociales (Fernández, 2011).

Los trabajos que se orientaron en esta línea, demostraron que los grupos socioculturales construyen y reproducen comportamientos, emociones, gestos, movimientos corporales diversos que reflejan de manera considerables el entorno sociocultural y estructural en el que viven.

Desde el punto de vista de la interacción social Foucault (1992) advierte una relación de dominación y lo expresa en su noción de la microfísica del poder. Este concepto expresa la manera en que los aparatos y las instituciones utilizan el poder como una estrategia para el

¹²En este contexto es muy frecuente que se recurra a diferentes sistemas médicos, por un lado los institucionales, alópatas como centros de salud, o privados y por otro los modelos folk señalados por Menéndez como los curadores, rezadores, yerberos etcétera.

control de los cuerpos. Los elementos y las técnicas que sirven de comunicación y apoyo en las relaciones de poder y que dominan sobre los cuerpos los identifica como el cuerpo político.

Propuesto por Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) tenemos el enfoque de cuerpo consciente (*mindfulbody*). De manera similar lo que las autoras buscan es superar las dicotomías entre lo que se es consciente o inconsciente, entre lo corporal y lo mental y proponer un enfoque que pueda retomar ambos aspectos de manera holística. Pero además se pone el acento en la importancia del marco sociocultural para la vivencia del propio cuerpo.

Las autoras plantean el cuerpo como una herramienta de análisis social. En su propuesta del cuerpo consciente, se aborda el cuerpo desde la fenomenología, desde los significados y desde de los mecanismos de poder. El cuerpo Individual, es el primer nivel analítico del cuerpo y se refiere a la experiencia, vivencia e imagen que las personas tienen sobre sus cuerpos desde sus subjetividades. El cuerpo social constituye el segundo nivel analítico y aquí se retoma a Mary Douglas (1973) que consideraba el cuerpo como un símbolo natural pero también una metáfora, es decir el cuerpo social refiere a las construcciones culturales y las representaciones colectivas que se mantienen.

Finalmente en el cuerpo político como un medio de regulación, de vigilancia y de control sobre los mismos (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Para Scheper-Hughes y Lock, el recurso por el que estos tres niveles analíticos pueden ser abordados son las emociones (*missing link*); se refieren a sentimientos que pueden lograr una unificación entre subjetivo-experiencial y objetivo - social. Desde este enfoque la relevancia de las emociones, percepciones, prácticas e interacciones tienen un marco de referencia común en el que se desenvuelven, un entendimiento común. Así por ejemplo Scheper-Hughes investigó en Brasil (1997) padecimientos como: los nervios y la locura del hambre. Sus hallazgos demuestran que ambos padecimientos son claramente depositados en el cuerpo como templo para su representación, pero también dan cuenta de las condiciones sociales, históricas y económicas en las que los padecimientos se manifiestan.¹³ Scheper-Hughes concluye que los padecimientos son un reflejo social; son padecimientos en los que se manifiestan las situaciones que atraviesan donde se

¹²La locura del hambre por un lado, expresa una situación de extrema pobreza en la que la desnutrición y la muerte asociadas a la falta de alimento se dan frecuentemente. Se relaciona con la ausencia de alimento que lleva a las personas a perder la cordura y a cometer actos desenfrenados tales como el asesinato.

canalizan la tensión, la ansiedad, la irritabilidad, la inestabilidad, la pobreza, el caos etc..., y que a la vez son compartidos socialmente; son formas de praxis social, de praxis corporal.

La enfermedad y los padecimientos son considerados entonces como un reflejo de la situación personal y de sus relaciones con los otros en determinado contexto. En ellos el cuerpo es el elemento fundamental en el que se manifiestan las condiciones sociales donde no sólo fenómenos biológicos están involucrados, sino el cuerpo es un medio de comunicación e interconexión con los otros y en el que se expresan las condiciones sociales.

Para el caso de esta investigación se retoma esta última propuesta por considerar que me acercan al análisis de las emociones y su influencia en las personas, ya que retoma las experiencias y lo subjetivo de los padecimientos, sin dejar de enmarcarlo en su referente social. Partiendo del supuesto de las autoras de que existe una correspondencia inherente entre cuerpo/emociones y contexto social, es fundamental entender las emociones con correspondencia en el contexto en que se socializan.

En padecimientos crónicos y degenerativos como la diabetes mellitus se presume que uno de los factores presentes en algún momento de la experiencia con ella es el dolor. El dolor es una emoción que de diferentes maneras y grados va a mermar en la calidad de vida de quien los padece y en el proceso mismo de su recuperación. A. Barragán (2005) ha analizado esta categoría y considera que en torno al dolor se construyen representaciones, causas y manifestaciones corporales diversas. El dolor similar a las demás emociones es aprendida en un contexto sociocultural e históricamente determinado. Por ello la manera de sentirlo, de vivirlo suelen ser diferentes. El dolor se presenta cuando nos llega alguna experiencia límite (aquella experiencia que colapsa la capacidad simbólica) como una enfermedad y en ella el cuerpo es una manera de expresar al medio social la subjetividad de las personas (Barragán y Ayala, 2005).

Es así que a partir de la experiencia de las personas rescataré el factor emocional para analizar las que están presentes y se relacionan con el padecer y a su vez, indagar en cómo conceptualizan el cuerpo individual desde la personal experiencia y su relación con otros. Las emociones, desde la propuesta de las autoras, cumplen un papel mediador entre lo social y lo individual, de ahí la importancia de recuperarlas y analizar el nexo entre el cuerpo subjetivo y el cuerpo social del que padece.

1.3.4 Las Representaciones sociales.

Utilizo también el concepto de *representaciones sociales*, recuperado de Dennis Jodelet (1989), y entendido como aquel conocimiento de sentido común que se alimenta de la experiencia diaria, y bajo las cuales leemos y entendemos nuestra realidad y que además dan significado a los acontecimientos y acciones, forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan públicamente. Este concepto me ayudará para conocer de qué manera se van armando, transformando y negociando las representaciones que se tienen tanto de la enfermedad, como de la persona enferma y de la salud. Estas representaciones se van construyendo en cada uno de los individuos teniendo como principal motor el cúmulo experiencial recorrido.

1.4 Perspectiva metodológica.

A continuación puntualizo la perspectiva metodológica que retomé a saber la del interaccionismo simbólico y las técnicas que me auxiliaron en el desarrollo del trabajo de campo realizado para esta investigación.

El interaccionismo simbólico es una propuesta tanto teórica como metodológica que tiene como premisas fundamentales: primero que los seres humanos orientamos nuestras acciones en función de lo que éstas nos significan; segundo que el significado que le damos a las acciones es producto de la interacción con otras personas y finalmente que usamos estos significados en función de las interpretaciones que de ellas hacemos, es decir las re-significamos (Blumer, 1982).

El interaccionismo simbólico debe su nombre a que se da en la interacción entre actores, está cargado de símbolos, de significados y desde esta perspectiva las personas enfrentan una realidad que interpretan para poder actuar en consecuencia, de acorde a ellas y a la interpretación hecha. Esto se consigue gracias a que a lo largo de la vida se desarrollan lo que Blumer llama líneas de acción, en las cuales las acciones están relacionadas y constituyen una acción conjunta que se basa en una disposición consensuada y común de comportamientos; estas líneas de acción son las que nos van guiando ante diferentes situaciones (Blumer, 1982).

La orientación metodológica de este enfoque propone que retomemos la perspectiva de las personas. Para entender cómo ellos consideran una situación y así poder comprender de qué manera van formando estas acciones y asociarlas con acciones, experiencias anteriores. Es decir la propuesta invita a que nos enfoquemos en el campo de la experiencia cotidiana, de la acción, de lo empírico para analizar las acciones de los actores en torno al tema que nos interesa.

Por ello al abordar la investigación desde la perspectiva del interaccionismo simbólico es fundamental entonces conocer lo que significan ciertas cosas para los actores, en este caso el vivir con diabetes; la manera en que re-significan y de esta manera poder interpretar y comprender su postura y la manera en cómo enfocan sus actos asociándolos con experiencias anteriores, todo ello cosechado de la interacción con otros actores.

1.4.1 Los instrumentos de investigación.

Aunado a esta perspectiva y con objeto de conocer lo que la diabetes significa para los actores y lo que la interacción con otros actores les aporta, me propuse la construcción de historias de vida y más puntualmente lo que se conoce como narrativas del padecimiento, cuya intención es entender y comprender la enfermedad desde el lugar de quien la padece.

En antropología las narrativas como método cualitativo de investigación ha sido ampliamente utilizado. Se centra en rescatar la experiencia de las personas, este rescate puede hacerse mediante la construcción de historias de vida en las que se aborda la trayectoria de vida; se pueden privilegiar una serie de acontecimientos o un periodo de tiempo dado. La intención es que se logre reconstruir los sucesos y la experiencia misma por medio de narrativas(Salgado, 2007). El uso de ellas es de gran valor cuando se propone poner énfasis en la subjetividad de las personas, M. Recoder las define de la siguiente manera:

“La narrativa es la forma a través de la cual la experiencia es representada, re-contada y comunicada. En las narrativas, los eventos son presentados provistos de significado y ordenados coherentemente, según el sentido que éstos tienen para las personas que los narran. Se ubican en el presente y proyectan las actividades y experiencias en el futuro [...] Se refieren y dirigen hacia fines imaginados o hacia formas de experiencia por las cuales nuestras vidas o nuestras actividades particulares son entendidas como un todo coherente y significado.” (Recoder, 2001:84).

Así también opina García (2009) ya que afirma que 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” (2009:252); además su particular estructura lógica de comienzo- desarrollo y final re-integra la experiencia de las personas. Su contribución fundamental al campo etnográfico, prosigue, consiste en que permiten el acercamiento al vínculo fundamental que existe entre el contexto que se vivió y las propias narraciones.

En el campo de la antropología médica particularmente son ampliamente manejadas por las características ya mencionadas, en donde los sujetos logran dar sentido y significado a distintos procesos mediante la narración de los mismos. Las narrativas acerca de la enfermedad son un intento de darle lógica en su vida, desde el porqué y el cómo se ha desarrollado la enfermedad (Kleinman, 1988).

Byron Good(1994) ha trabajado considerablemente las narrativas del padecimiento considerando que éstas son modelos explicativos que se dan desde la subjetividad de quien padece, es una explicación ante su realidad. Pero recalca que no sólo se sitúan las experiencias desde la perspectiva de quién padece, sino también, en relación con otros hechos, con el contexto con aquellos eventos que le son relevantes, que le significan. Se ordenan los hechos de acuerdo a la importancia que tengan para ellos, por ello provienen de la subjetividad y representan una experiencia particular, en su relación con otras personas. En las narrativas de algún padecimiento se re-significa el dolor, el sufrimiento y se le brinda una lógica particular, un significado personal que se corresponde con la manera personal (Good, 1994).

En este sentido las narrativas que recuperé más que una técnica de investigación enfocada a la descripción es el punto clave del análisis de los discursos. Es decir si bien las narrativas hablan de cómo las personas ordenan, se explican, re-significan la enfermedad desde su experiencia personal, no deben de entenderse como aspectos aislados sino enmarcarlos en el contexto en el que surgieron y de las interacciones que tienen y las enmarcan. Las narrativas del padecimiento me permitieron reconstruir la experiencia de la persona diagnosticada con diabetes, dándole libertad para que él o ella se sitúen en aquellos momentos y sucesos relevantes con la enfermedad.

Las narrativas las recuperé a través de lo que llamo entrevistas conversacionales, que consistieron en entrevistas en sentido no estricto, abiertas y profundas en donde se daba libertad tanto al “entrevistador” para que abordase por cualquier ángulo la conversación. Estas

conversaciones se grabaron y se transcribieron en la primera etapa; se organizaron y se analizaron en un segundo momento.

Si bien las narrativas del padecer son el punto fuerte de este documento, no se deben de excluir las demás dimensiones de la vida cotidiana. Por ello trabajé con la observación de los momentos familiares a los que tuve acceso y espacios de entrevista, una de las principales materias primas en antropología la observación y en algunos casos la observación participante. Además me apoye de manera más periférica en el registro fotográfico y diario de campo.

El trabajo de campo se realizó en la cabecera municipal de Zinacantán en el Estado de Chiapas de septiembre de 2011 a diciembre de 2011 tiempo consentido para realizarse, y extendiéndose a mediados del mes de enero del presente año.

1.4.2 El trabajo de campo y las situaciones inesperadas.

Es preciso que mencione aquí los cambios que se realizaron en el trabajo de campo y sobre la marcha. Es decir lo que había propuesto en el protocolo y lo que realicé, ya estando en el trabajo de campo.

Uno de los primeros cambios significativos fue el lugar a realizarse la investigación, mientras que Larrainzar fue el primer lugar propuesto en el protocolo. La decisión de cambiarlo a Zinacantán se dio durante las primeras visitas, debido a las inclemencias del clima en Larrainzar por un lado, pero sobretudo porque me di cuenta que el haber trabajado en este lugar anteriormente me daba cierta ventaja en el campo, pero quizás también me restaba libertad de elección y de innovación, de ello se desprendieron las inquietudes de explorar otros lugares y así preferí que fuera en Zinacantán.

Elegí Zinacantán porque vi en este (durante mis visitas exploratorias) un espacio idóneo y novedoso (para mí) donde realizar el trabajo de campo y desarrollar la investigación. Afortunadamente logré realizar las entrevistas y concluir el trabajo de campo satisfactoriamente, además de que personalmente añadí a mi práctica el haber trabajado en nuevos lugares y compartir otras experiencias.

La propuesta inicial era trabajar con cuatro grupos domésticos como un escenario ideal, con la finalidad de trabajar con pocos grupos pero de manera más profunda e intensa con cada uno de sus integrantes. Sin embargo múltiples factores impidieron que se lograra esta situación ideal. Por ejemplo, los integrantes del grupo no siempre estuvieron en disposición de tiempo para platicar conmigo; mi nulo manejo del tsotsil y en algunos casos el monoliguismo tsotsil de

algunas personas dificultaron la comunicación; también se notaba la falta de interés en colaborar; los conflictos y diferencias en el interior del hogar y el escaso período de cuatro meses dedicados para realizar el trabajo de campo eran otros factores.

Otra de las adecuaciones importantes que surgieron en el trabajo de campo, fue el supuesto inicial de que además de las narrativas a recuperar me proponía vivir con cada uno de los grupos domésticos (que en este caso fueron dos) por un período de tres semanas. Sin embargo también quedó sólo como una propuesta, ya que en la mayoría de los casos las condiciones materiales eran escasas, lo que complicaba que yo viviera en su hogar aunque sólo fueran unos días.

Para la localización de los entrevistados recurrí en un primer momento a las instituciones de salud oficiales en la cabecera municipal. En este caso el IMSS *Oportunidades*, en dónde no se me facilitó ninguna información ni entrevista formal o informal. Y el Centro de Salud con servicios ampliados, quienes amablemente me proporcionaron una lista con los nombres de las personas registradas en esta unidad. Una vez que obtuve la lista, visite algunas de las personas que en algunos casos culminaron en entrevista. En otros casos y en la misma búsqueda de personas de la lista fui conociendo causalmente más personas que no estaban registradas en esta unidad o conocidos con diabetes de estas mismas personas, lo que fue ampliando el universo a visitar. Esta técnica es conocida como “bola de nieve” (Goodman, 1961); y consiste en que un número de personas con las características requeridas, proporcionen a su vez datos sobre más gente con las mismas características; se basa en la capacidad del investigador en el campo y en las redes sociales que vaya estableciendo durante el trabajo de campo. De esta manera fue como conocí y establecí relación con personas con diabetes y en algunos casos logré aplicar las entrevistas, algunas con mayor profundidad que en otras.

Si bien conocí un universo más grande al que presento en este trabajo, múltiples factores que ya mencione como la falta de disposición o dificultades para comunicarme con ellos provocó que trabajara centralmente con algunas personas, en las que se obtuvo una mayor profundidad en las narrativas.

Finalmente en el transcurso del trabajo de campo recuperé la narrativa de 19 personas en total, de estas narrativas en este texto me concentro en aquellas en las que se logró mayor riqueza en las narrativas quedando 14 de ellas. De las cuales son dos grupos domésticos. Los demás casos son individuales (tres) y uno más en el que conseguí la de la madre e hijo ambos con “azúcar”.

A continuación presento de manera simplificada el número de entrevistas realizadas, a quiénes y los principales temas abordados.

CUADRO 1. Entrevistas realizadas y principales temas abordados.

E N T R E V I S T A D O S	Grupo Doméstico Armando	Grupo doméstico Rosaura	Isabel	Dominga y Marcelino	Esposo con diabetes	Madre con diabetes	Personas con diabetes	Familiares de personas con diabetes.
Número de entrevistas.	Seis	tres	una	dos	una	una	seis	ocho
Ítems generales de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> * Experiencia personal con la diabetes. * Emociones experimentadas a lo largo de la enfermedad y porqué, en relación a qué se identifican * Qué se piensa de la diabetes, tipos, causas, curas, maneras de atención, cuidados, etc. * Los diagnósticos obtenidos, las recomendaciones médicas y los cuidados. * Recaídas y complicaciones, problemas asociados con la diabetes. * De qué manera afecta a otros integrantes del grupo doméstico que alguno tenga diabetes. * Red de apoyo, qué tipos de apoyo. * Conflictos personales y al interior del hogar. 							

Cuadro 1. Elaboración propia.

1.4.3 Acerca de los grupos domésticos.

Finalmente es importante definir qué se entiende por grupo doméstico en esta investigación. Si bien la “familia” como institución es de las más importantes y básicas dentro de las sociedades. En el campo de la antropología ha sido profundamente analizada, comparada para conocer lo que éstas representan en la sociedad, cómo se reproducen

socialmente, la manera de interacción entre sus integrantes así como sus transformaciones en el tiempo y en el espacio.

Bender (1967) la define como aquellas relaciones basadas en factores biológicos, a las relaciones de parentesco entre ciertos individuos. Esto no necesariamente significa que estos miembros parentales vivan o compartan el mismo espacio. Siguiendo las definiciones de Bender, el grupo doméstico sería ese ámbito de actividades y responsabilidades, de acciones determinadas, las cuales se reparten y se organizan entre determinados individuos que comparten el mismo espacio. Aunque generalmente, o mejor dicho, muy frecuentemente entre estas personas existe algún parentesco, no es una condición necesaria. Es una clasificación ligada al patrimonio y la reproducción económica de los miembros del grupo.

Para esta investigación la clasificación de Bender me sirve como marco referencial y explicativo. Retomo su definición de grupo doméstico porque considero que es en este espacio físico, social, cotidiano (hogar) en donde los integrantes - parientes o no - interactúan y comparten su vida, siendo el espacio en donde se ven los cambios, adecuaciones o transformaciones más relevantes.

Además de la familia y el grupo doméstico, uno de los elementos en los que las personas diagnosticadas buscan apoyo económico, emocional, o de otro tipo son las redes sociales de apoyo. Estas redes de apoyo se pueden dar en algunos otros miembros de la familia con los que no comparte su espacio doméstico o la cotidianeidad o/y con amigos y conocidos con los que siente afinidad y confianza. Estas redes sociales están basadas en la reciprocidad y son relaciones que se basan en vínculos de intercambios basados en la confianza (Lomnitz, 1975). Pero coincidiendo con Larralde (2001) en que si bien en las familias y en los grupos domésticos se llegan a establecer lazos de confianza, solidaridad y apoyo también se presentan momentos de crisis y conflictos sobre todo entre los integrantes. Estos momentos de crisis son más frecuentes y persistentes ante la presencia de una enfermedad crónica.

En este caso es importante analizar las relaciones y redes de apoyo y conflicto que se establecen en torno a la persona con diabetes para determinar cómo influyen en él.

CAPÍTULO II. ZINACANTÁN.

En este capítulo el lector podrá encontrar la información general del contexto social en el que realicé la investigación. Aquí se brinda una breve descripción etnográfica datos generales en cuanto a población, localización, actividades económicas, el contexto político-religioso y el contexto epidemiológico son algunos de los aspectos aquí abordados.

Se pone especial acento en los cambios de alimentación y hábitos de consumo, pues son fundamentales para explicar el cambio del perfil epidemiológico en Zinacantán. Esta información es contrastada con aquella de trabajos anteriores en las que se realizaron etnografías exhaustivas del municipio como las de Evon Z. Vogt, George Collier, Horacio Fabrega y Robert Laughlin por mencionar algunos.

Para la construcción de este capítulo además de la revisión bibliográfica y el trabajo de campo se usaron informes y estadísticas oficiales de los que se recuperaron datos generales acerca de la población y sus características. A lo largo de este capítulo se recopilan notas de las etnografías realizadas que se van entretrejiendo con lo que se pudo observar y registrar en el desarrollo del trabajo de campo. El objetivo de este capítulo es brindar al lector un panorama general del entorno social en el que se desenvuelven los entrevistados y las condiciones sociales de los mismos.

2.1 Territorio y población.

El estado de Chiapas en la actualidad se constituye de 118 municipios, los cuales se venían distribuyendo en nueve regiones: Soconusco, Frontera, Centro, Norte, Altos, Frailesca, Selva, Sierra e Istmo-Costa. Para el 2011 las regiones económicas aumentaron a quince y algunas se renombraron quedando así: Metropolitana, Zoque, Mezcalapa, De los Llanos, Altos Tsotsil-tseltal, Frailesca, De los bosques, Norte, Istmo-Costa, Soconusco, Sierra Mariscal, Selva lacandona, Maya, Tulija tseltal chol y Comiteca tropical.¹⁴

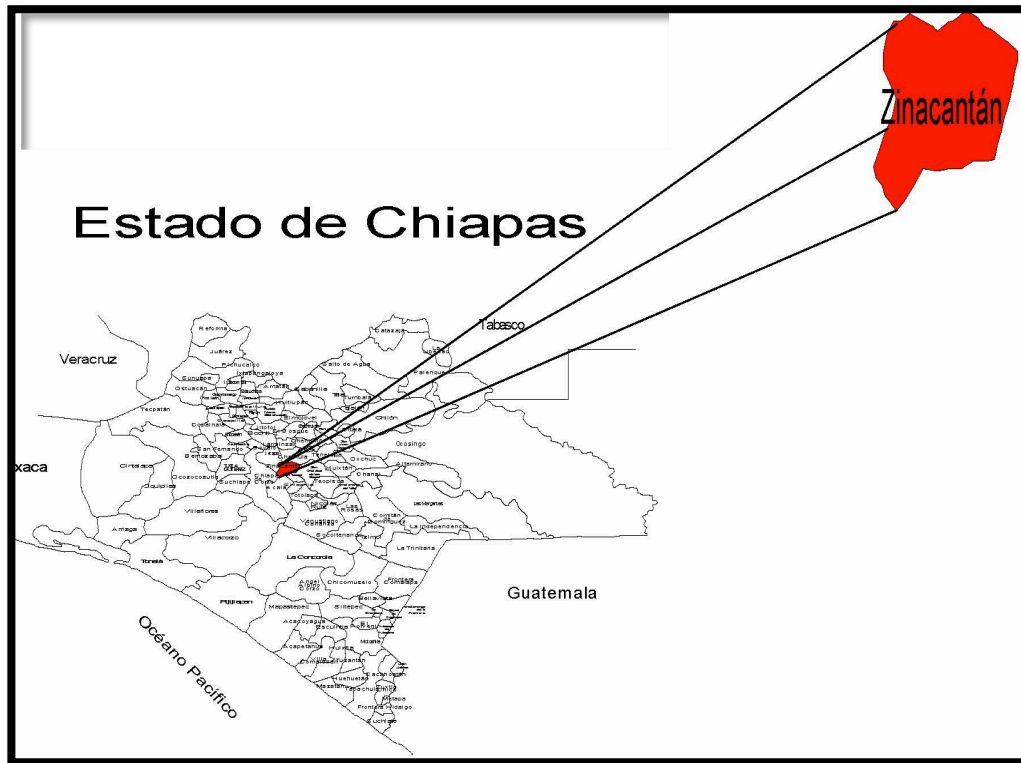
La manera en que se han distribuido las regiones en Chiapas responde a una clasificación oficial que se ha ido modificando a través del tiempo, en 1951 fue la primera ordenada por el entonces Instituto Nacional Indigenista (INI) y agrupaba a los doce municipios más altos del Estado, que concentraba la mayor parte de población indígena y cuyas condiciones económicas y sociales eran muy similares. Posteriormente en el año de 1976 se dio una nueva clasificación que incluía 26 municipios hasta llegar a la regionalización actual arriba descrita (Viqueira y Ruz, 1995).

El municipio de Zinacantán pertenece a la región de los Altos tsotsil-tseltal y limita con los municipios de Ixtapa, Chamula, San Lucas, San Cristóbal de las Casas, Acala, Ixtapa y Chiapa de Corzo. El territorio zinacanteco tiene una extensión territorial de aproximadamente 117 Km, sus localidades y montañas tienen diversas altitudes que van desde los 1600 hasta los 2,600 msnm (Vogt, 1973). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Zinacantán se conforma de 49 localidades llamados parajes.¹⁵ Las localidades más grandes en población son la cabecera municipal, Navenchuc, Paste, Nachig, Patosil, Apas, Zequentic, Bochojbo Alto, Chiquinivalvo y Shulvo. Además de la cabecera municipal en la que se concentra la mayor cantidad de población. En total se calcula que en el municipio habita una población de 36,489 personas, de los cuales 17,176 son varones y 19,313 son mujeres (INEGI, 2011).

¹⁴ “Las nuevas regiones en Chiapas”. *Impresiones la revista*. Disponible en : <http://impresioneslarevista.blogspot.com/2011/01/las-nuevas-regiones-en-chiapas.html>. *Chiapas*. Disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Chiapas>

¹⁵ Los parajes son reconocidos de manera oficial para llevar un registro de la población, cada uno tienen sus límites bien definidos.

Mapa 1. Ubicación de Zinacantán en Chiapas.



FUENTE: Mapa tomado de CONCOFLOR, 2004.

El nombre del municipio no siempre fue el actual. Primero era *Ikál'Ojov* (Señor negro) pero posteriormente se cambió por el de *Sots'leb* (Lugar de murciélagos), debido a que se encontró una cueva de murciélagos. La palabra Zinacantán tiene su origen en el náhuatl y significa lo mismo, lugar de murciélagos (Lauhglin, 1992).

“Los españoles les llamaban quelen pero en su propia lengua se llaman zotzilvinic, que quiere decir hombre murciélago porque en ese pueblo antes de que existiera el sol hallaron un murciélago de piedra a quien tomaron como su dios y adoraron” (López, 1983:43).

La población que habita en Zinacantán es del grupo maya hablante tsotsil, siendo su lengua un componente de gran importancia dentro de la comunidad pues se refieren a ella como la *batzi'k'op* es decir la lengua verdadera. En los Altos el tsotsil y el tseltal son las dos lenguas más habladas aunque con algunas variaciones dialectales.

“El tzotzil forma parte del grupo conocido como maya occidental, dentro del cual, al parecer entre el año 1000 y 900 a. C se separaron dos ramas: el cholano mayor y el kanjobalano mayor. Finalmente hacia el año 600 d. C éste se ramificaría en dos lenguas.” (Obregón, 2003:18).

La gran mayoría de los habitantes de Zinacantán son monolingües (aproximadamente 24, 362). Sin embargo cada vez es más frecuente que además del tsotsil hablen castellano, lo que les facilita la comunicación y les garantiza otros tipos de relación (comercial, política) fuera de su territorio, por ejemplo en San Cristóbal de las Casas o con personas que no pertenecen al municipio. Sobre todo se presenta el bilingüismo en la cabecera municipal como en los parajes más poblados.¹⁶

2. 2 Antecedentes.

Debido a los antecedentes históricos y determinados sucesos, a los grupos indígenas, en ocasiones, se les han atribuido características, defectos y virtudes a modo de “etiquetas” que aún hoy sobreviven en el tiempo. Por ejemplo, a los pobladores de San Juan Chamula se les identifica con la lucha y la rebeldía, dotes que han mostrado en algunos enfrentamientos contra quién los quiera conquistar; mientras que a los zinacantecos se les atribuye la capacidad de ser buenos comerciantes y negociadores pues tratan de sacar el mejor provecho de cualquier suceso y su relación con otros.

Quizás el antecedente registrado más antiguo de estas circunstancias data desde el sigloXV cuando los zinacantecos desarrollaron una red de intercambios de productos que poseían, tales como la sal, el ámbar, las plumas de quetzal, pieles de animales salvajes; artículos que cambiaban por navajas, agujas, tierra colorada y pieles de conejos con los mexicas. Para realizar dichas transacciones los mexicas se filtraban disfrazados y hablaban en lengua tsotsil, para no ser identificados ya que si acaso eran descubiertos tenían asegurada su muerte. Una vez realizada la transacción los mexicas regresaban a su territorio y contaban todo lo que habían visto, es así como los zinacantecos eran espiados y finalmente fueron conquistados por los mexicas en el año de 1486 (López, 1983).

Uno de los productos que más comerciaban era la sal, la compraban en Ixtapa y la transportaban a lomo de caballo para venderla los días de mercado en Zinacantán, Chamula y

¹⁶ Durante el desarrollo del trabajo de campo este elemento fue muy importante puesto que facilitaba la comunicación y el desarrollo de las entrevistas.

San Andrés Larrainzar, por tal motivo vivían en constante pugna con otras etnias con las que disputaban la explotación del río Ixtapa, gran productor salino (Vogt, 1973).

En el año de 1522 Cuzcácuatl señor de Zinacantán visitó la Villa del Espíritu santo para ofrecer alianza con los españoles, así la primera expedición realizada en este territorio fue realizada por Luis Marín quien con la ayuda de los zinacantecos logró someter a otros señoríos indígenas vecinos (Obregón, 2003).

Con la conquista española llegaron los frailes con la intención de conocer el lugar y la población para dominar y catequizar por lo que empezaron a vivir con ellos (los zinacantecos). Según lo que se cuenta, construyeron una humilde cabaña y a su lado hicieron un pequeño jardín con algunas especies de flores como los claveles, las azucenas, los lirios, el hinojo y los rosales que les envió de Oaxaca el Fray Jordán (López, 1983). Posteriormente en 1531 la Corona española ordenó la creación de Ciudad Real (hoy San Cristóbal de las Casas) que representó un centro de explotación de tierras y mano de obra de los indígenas de los Altos.

Además de la evangelización, con los españoles llegaron otras nuevas cosas como las enfermedades entre ellas el sarampión y la viruela que azotaron a la población indígena disminuyéndola rápidamente. Se introdujeron algunas especies de animales domésticos como las ovejas, los caballos y las vacas, a raíz de lo cual se complementó la práctica de la agricultura, principalmente de maíz y frijol, con la cría de ganado (Collier, 1976). Desde la llegada de los españoles se implantaron cambios en la organización social, en las creencias, (sincretismo católico y creencias de los pueblos originarios), en las vestimentas¹⁷ que con modificaciones hoy representa un elemento de identidad, actividades económicas, etc. Estos y otros elementos que se han integrado a través del tiempo conforman lo que hoy son las características de los zinacantecos. Algunos de estos rasgos los pude apreciar durante el trabajo de campo, y de manera breve los abordo en las siguientes páginas.

2.3 Visitando la cabecera municipal.

Si se quiere visitar la cabecera de Zinacantán partiendo desde la ciudad de San Cristóbal de las Casas, se tiene que ir a la calle que se localiza justo atrás del mercado de alimentos, en donde encontrará el paradero de transportes colectivos y taxis hacia este municipio. Con un

¹⁷Se les impuso un traje que los diferenciaba e identificaba por grupos étnicos con el fin último de controlar a la población.

costo de 15 a 17 pesos y en un trayecto de 25 minutos aproximadamente, se recorren los 11 Km de carretera para llegar a la cabecera municipal. Primero se toma la carretera que lleva a Los Altos (dirección a Chamula), y nueve kilómetros adelante se encuentra del lado izquierdo la desviación que conduce al centro de Zinacantán.

El paisaje de montañas es bello. El camino es sinuoso y la mayor parte de la carretera está en buen estado (pavimentado, sin baches aunque si hay un trozo en el que la carretera se ha sumido por las lluvias) conforme uno se va acercando a la cabecera se ven desde lo alto los techos de los múltiples invernaderos, las casas y desde lo alto las iglesias.

La cabecera se sitúa en un valle a 2.300 metros rodeado de montañas sagradas que vigilan y protegen a los habitantes. El diseño de las calles es de forma cuadrilátera, y es en el centro donde se concentran dos instituciones representativas y que estructuran la sociedad zinacanteca: la iglesia y el palacio municipal, de los que hablaré con detalle más adelante.

Poco a poco tanto los parajes como las calles del centro se han ido transformando, de terracería a pavimento. La oscuridad de los caminos se eliminó con la instalación de energía eléctrica y el alumbrado público y sólo en la cabecera se cuenta con el servicio de drenaje. En cuanto a los caminos, de acuerdo a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, en el municipio se cuenta con una red carretera integrada con la red rural y la red de la comisión estatal de caminos que ha implementado rutas pavimentadas en localidades y caminos rurales.

Quizás uno de los motivos por los que tanto en parajes como en la cabecera se están implementando servicios públicos con los que antes no se contaba, se deba a un bajo índice de desarrollo humano en comparación con la media nacional (CONACULTA, 2005); además de ser metas que proponen los presidentes para realizarse durante su período y de ser parte integrales de programas de gobierno. Por ejemplo, al inicio del trabajo de campo en septiembre de 2011, algunas de las calles de la cabecera no estaban asfaltadas conforme paso el tiempo se podían observar trabajadores que diariamente se dieron a la labor de pavimentarlas y para principios de 2012 el trabajo estaba concluido.



FOTO 1. Calle en proceso de pavimentación, septiembre 2011. Fuente propia.

Hoy por hoy la cabecera municipal sigue siendo el lugar en donde los sucesos más importantes se llevan a cabo desde actividades económicas hasta las políticas. Es un lugar relevante también en el sentido religioso porque representa el “centro ceremonial”. Aquí diariamente se puede disfrutar del silencio y la calma habituales, ya sea un día soleado o con lluvia la quietud que se observa en sus calles es constante. Si bien se observa a la gente transitando y realizando sus actividades cotidianas, la calma se mantiene sobre todo cuando cae la noche.

Ya en la cabecera se pueden observar ambos lados de la avenida principal locales comerciales de abarrotes, frutas y verduras, de agroquímicos, artesanías, panaderías, venta de adornos florales, comida rápida como tacos, pollos al carbón y restaurantes “típicos”, café internet, depósitos de cervezas, tortillerías entre otros. Algunos de estos comercios si bien abastecen a la población de productos de consumo diario, otros se hicieron destinados a los turistas que visitan el pueblo.

También en el centro del municipio hay una escuela primaria. Al frente de la presidencia municipal hay un centro de atención del DIF que brinda atención por las mañanas y una casa de cultura que se fundó en el año de 1990. En ambas instalaciones se imparten varios talleres además de contar con una biblioteca pública, área de cómputo y diversos talleres.

Atrás de la iglesia principal se encuentra el paradero de transporte colectivo y taxis que llevan a pasajeros a San Cristóbal. Cuando cae la noche o cerca de las 6 p.m., estos transportes dejan de dar servicio y si se logra conseguir un taxi después de este horario, éste cobrará más por su servicio que en el horario normal.

2.3.1 Las casas.

En los años setentas las casas consideradas antiguas estaban hechas de paredes de palos y carrizos con lodo y techo de teja, mientras que las construcciones más innovadoras eran las que se hacían con paredes de adobe y techo de teja. Las ventanas eran muy escasas en cualquiera de los dos estilos. El piso en el interior de las casas además era de tierra apisonada (Vogt, 1973).

Más de tres décadas después las casas antiguas son aquellas construcciones de adobe con techos de teja que aún sobreviven las cuales son pocas; mientras que las construcciones más recientes usan el concreto para construir tanto los muros como el techo o con la variación de láminas de asbesto. Las ventanas siguen siendo escasas pero si son presentes en las nuevas construcciones, los materiales de las puertas y ventanas pueden ser de metal o madera.

La mayoría de las casas del centro son de planta baja y un primer piso contando con varias habitaciones en el interior. El piso de las casas también es de concreto. Por las mismas propiedades del material con que se construyen las casas ahora se pueden pintar de colores o en algunos casos las dejan sin pintura.

Claro que también se ven cuartos de madera con techo de láminas pero estos son cada vez los menos. En varios casos vi los dos tipos de construcción mencionados en un mismo hogar. Por un lado un cuarto de paredes de adobe y techo de paja, y por el otro varios cuartos de cemento.

Si bien la mayoría de las casas están bardeadas para impedir que se vea al interior, otras están con reja y se puede ver que hay un gran espacio de patio en el que se tienen animales de cría como pollos, ovejas y perros.

Un elemento que es mencionado en etnografías anteriores y que se sigue manteniendo, es que afuera de cada casa, ya sea junto a la puerta o en el patio, se colocan tres cruces de madera pequeñas. Esta costumbre se ha interpretado por Vogt como “[la cruz que hay en el patio exterior de las casas de los zinacantecos es] una entrada hacia la esencia, el alma interna de la casa” (1973:29). Incluso en las casas en las que la arquitectura es “moderna” se encuentran las tres cruces a un costado de la puerta o en el patio adornadas con flores y juncia.

2.3.2 El traje “tradicional”.

Uno de los rasgos distintivos de cada municipio de los Altos es su vestimenta, gracias a esta se puede identificar a qué municipio se pertenece. La ropa “típica” de los zinacantecos es un proceso artesanal y aún se continúan extrayendo colores naturales¹⁸ para teñir los tejidos, aunque en la mayoría de los casos se recurre a tejidos sintéticos. El traje de Zinacantán no ha permanecido invariable en el tiempo. Al contrario, es uno de los vestuarios en los que se pueden apreciar transiciones constantes sobretodo en la última década.

En los años setentas el vestuario era de colores más sobrios como el blanco con algunos hilos rojos; a finales de la década de los 70’s aparecen los primeros diseños de flores y el uso de hilos industriales; en 1983 se sustituye en su mayoría el algodón por el acrílico y para el año de 1997 se introduce el uso de máquinas de coser sobretodo en el paraje de Navenchauc. Es a partir del año 2000 que se incluyeron los colores que actualmente se pueden observar, con distintas tonalidades de rojos, morados, azules. Hoy en día las características que marcan la moda, los nuevos estilos y diseños se crean en el paraje de Navenchauc. Estos cambios sobretodo, son en los colores y aproximadamente cada seis meses se renuevan los diseños que algunas mujeres (las que tienen las posibilidades económicas) exhiben en las principales fiestas que se realizan (Pérez, 2011). El constante cambio en los diseños de los trajes, nos hablan de una sociedad que está en transformación quizás sutil pero constante y la vestimenta es un rasgo en el que se expresa. No obstante, no se limita a ello, ya que como en este se pueden observar en otros aspectos.

¹⁸Para la obtención de colores naturales se usa la corteza del roble y bejuco, plantas como las hojas del *cha'te*, achiote, los pétalos de algunas flores y la tierra negra mezclada con hierbas.

La ropa “tradicional” de los zinacantecos se representa para las mujeres con una falda de lana negra en su totalidad o con algunos motivos florales que llega a los tobillos, una faja ancha también bordada que sujeta la falda, la blusa que puede ser de diferentes colores: azul, rosa, rojo, morado y en el que se diseñan bordados florales a mano (punto de cruz) o en máquina y el *moxib* o *moxibal* que es como un rebozo de lana con flores bordadas. El calzado que usan son huaraches de hule o zapatillas de tacón pequeño. El pelo lo suelen llevar recogido en dos trenzas aunque estos pueden variar.

Para los varones es un pantalón de vestir negro o de mezclilla, camisa o playera de diferentes colores, y encima el zarape de algodón tejido en telar que le llama *pok'u'ul* y en el que se bordan flores de diferentes colores entre los que sobresalen los tonos morados y azules. El calzado de los varones pueden ser zapatos o botas.

En todas las edades y en ambos sexos se sigue usando el traje que los identifica y son pocos los que han cambiado su manera de vestir por la de los mestizos. Uno de los rasgos que ha sobrevivido desde tiempos prehispánicos es el traje de bodas. Se presume que este pudo ser un préstamo que sobrevive del siglo XVI cuando llegaron los mexicas a esta zona. Para la mujer consta de un huipil blanco, con una franja en la parte de abajo con colores y adornado con plumas de gallina, mientras que para los varones es un una capa roja con negro y un sombrero adorando con tiras de varios colores. Aunque se reconoce como este el traje tradicional de bodas, no necesariamente lo usan para la ceremonia. Hay quien prefiere usar el traje “cotidiano” en su boda.

2.3 3. Los días de plaza.

Los días de plaza son los días sábados y domingos. Estos días se colocan a un costado de la iglesia principal los vendedores provisionales ofreciendo sus productos que van desde comidas: pollos asados, pescados fritos, elotes y chayotes cosidos; artículos de vestir típicos de la gente local y algunas prendas femeninas; artículos de mercería como cubetas, charolas, coladeras, trastes de plástico; frutas y verduras; un pequeño puesto de yerbas medicinales, suéteres y ropa no tradicional, colocan sus productos directamente en el suelo, o sobre plásticos y tarimas de madera.

Estos días se ve a las mujeres en grupos, con sus niños paseando y/o comprando los artículos que necesitan son días de un poco más de bullicio en el centro, pero sin duda el día que más movimiento se ve son los primeros días de cada mes, porque este día mucha mujeres

salen desde temprano de sus hogares pues es el día que toca recibir sus *Oportunidades*.¹⁹ Este día se ven muchas mujeres formadas desde las cinco de la mañana atrás de la presidencia municipal donde se forman esperando recibir el apoyo mensual.

2. 4 Actividades económicas.

Dentro de las principales actividades económicas de la población se encuentran la agricultura, la floricultura, la cría de animales, el comercio, los servicios de transporte y la elaboración de prendas artesanales para su comercialización.

En cuanto a la agricultura se calcula que los mayas han sido cultivadores de maíz desde hace 4 500 años. El cultivo de maíz es característico de la zona maya. Generalmente la siembra de maíz se empieza en mayo antes o durante el período de lluvias y se cosecha en octubre, aunque recientemente las condiciones climáticas han ocasionado que las fechas de siembra y cosecha no se ajusten a las acostumbradas.

El frijol, la calabaza, cebolla, papa, cilantro, repollo, zanahoria, chiles, chayotes, también son cultivados. Estos productos se usan tanto para el autoconsumo como para comercializar con municipios vecinos (Vogt, 1973).

La cría de animales es una actividad impulsada a partir de la conquista española, ya que en la época precolombina los animales se restringían a los guajolotes y los perros. Animales como las ovejas, gallinas, cerdos, y caballos fueron traídos por los españoles y actualmente se les cría y se les usa en Zinacantán. En casi todos los hogares se pueden ver varias gallinas en los patios, las cuales se crían para autoconsumo de los huevos y de la carne.

Los caballos y las mulas son usados como animales de carga donde se transporta leña, maíz, etc. Las ovejas son criadas para aprovechar su lana con la que después se teje en telares de cintura y se elaboran las prendas que usan. Es curioso que en esta región del país no acostumbran comerse las ovejas sino que sólo aprovechan su lana.²⁰ En la cabecera en algunas pocas casas se puede ver al lado del invernadero un espacio de pasto y hierba en donde se dejan libres para que coman durante el día.

¹⁹El programa *Oportunidades* pertenece al gobierno federal y se implemento en varias regiones del país con la finalidad de apoyar el combate a la pobreza alimentaria, al rezago en la educación y la salud.

²⁰ Una probable causa de que no se consuma la carne de las ovejas es debido a que se cree que el borrego no es un simple animal doméstico, que posee una esencia, por ello solo se aprovecha su abono y principalmente su lana para la elaboración de textiles pero no se acostumbra consumir su carne (Perezgrovas y Castro, 2000).

La producción y cultivo de flores en Zinacantán ha sido una de las actividades que se ha intensificado rápidamente y representa hoy en día una de las principales actividades económicas. Entre las especies de flores que se cultivan están: áster, rosas, nube, crisantemos, margaritas, clavel, gerbera, solidago y lilis entre otras. Se cuenta que la primera especie que existió fue el *tsajalnichim* (geranio) también llamada la verdadera flor, probablemente hubiera sido traída por los españoles que llegaron asentarse en esta región.

La floricultura en el municipio se inició cuando en 1973 una investigación realizada por el Programa de Desarrollo socioeconómico de los Altos de Chiapas (PROSESCH) demostró que la superficie montañosa del municipio que varía de los 1 800 a los 2 300 msnm es apropiada para cultivar una diversidad de flores comerciales. Se promocionó la creación de los invernaderos instalándose tres en San Nicolás Buenavista. En poco tiempo el cultivo de flores se fue expandiendo y para 1984 el número de invernaderos ascendía a 20; para 1994 eran ya 722 invernaderos instalados. Actualmente son al menos 17 los parajes que se dedican al cultivo de flor entre los que tenemos: Salina, Patosil, Nachig, Tierra blanca, Navenchauc, Bochojbo alto y bajo, San José Buenavista y la cabecera municipal. Hoy se cuenta con más de 240 instalaciones de este tipo, sin contar la tierra que se dedican a las flores de "cielo abierto" (Burguete, 2000).

La actividad comercial ha sido, sobretodo en el centro otra ocupación en crecimiento. El comercio tanto formal con locales establecidos, como informal se ha ido expandiendo con el acceso de rutas entre los parajes y la cabecera y entre la cabecera y la ciudad de San Cristóbal, ya que un mayor acceso conlleva una circulación más intensa de productos para su comercialización. Como mencioné más arriba el comercio es variado porque hay productos para la alimentación, para el cultivo, para el turismo entre otros.

Las rutas de acceso no sólo facilitaron la actividad comercial, sino que también implicó la creación de las organizaciones de transportes con la ruta San Cristóbal de las Casas-Zinacantán que diariamente transportan un número importante de personas que realizan actividades diarias o que acuden a visitar.

El turismo representa una actividad económica importante que va ligada con la elaboración de artesanías. Zinacantán es junto con el de Chamula, uno de los municipios más visitados de los Altos y se ofrecen tours desde San Cristóbal para su visita.

Diariamente llega a la cabecera al menos un autobús con turistas abordo casi en la mayoría internacionales aunque también se ven los turistas nacionales (sobre todo en los períodos vacacionales). Cuando los autobuses llegan a Zinacantán generalmente van en grupo

y son llevados por el guía a alguna casa donde se venden productos artesanales. Ahí se les ofrecen tortillas hechas a mano y les dan a probar posh.²¹ Se les muestra como se usa el telar de cintura, se les explica cómo se elaboran las artesanías y se espera que compren alguna prenda.

En la mayoría de los casos de las visitas de los turistas alguna casa de artesanías ya está acordado con el guía turístico a quien ocasiones se les paga una cuota, así llevan a una sola casa o con una sola organización a los turistas evitando la envidia entre las artesanas y por ende los conflictos entre las tejedoras-vendedoras de la cabecera. En otros casos los visitantes pueden ir en familia, parejas o solos. En estos casos se les ve recorriendo las calles visitando varias de estas casas de artesanías a los que entran curioseando.

Las fechas en las que se observa una actividad turística más intensa son las fechas de las celebraciones de los santos patronos, los periodos vacacionales y los fines de semana.

2.5 Prácticas religiosas.

Una visita obligada y en muchos casos la primera que realizan los visitantes es a los templos de San Sebastián y de San Lorenzo patrón del municipio. La iglesia de San Sebastián está en la entrada a la cabecera, se puede ver desde la carretera y también se puede ubicar porque a pocos metros hay una caseta de turismo que cobra una cooperación por visitarla. En su interior además de la imagen de San Sebastián en primer término, hay otros santos. Todos están adornados con flores y veladoras en el atrio que siempre están encendidas. Su fiesta se celebra del 18 al 22 de enero, días en los que se adorna la iglesia en el interior y en el exterior, se colocan puestos de comida y bebidas en las afueras y se contratan bandas de músicos para festejarlo. Esta fiesta es una de las más importantes para la comunidad. La iglesia de San Lorenzo se ubica unas cuerdas más adelante en el interior del municipio y es la más visitada.

“Su imagen ocupa el lugar de honor en el altar principal [...]Según la leyenda lo encontraron en el bosque hace mucho tiempo; tenía la ropa rota y estaba hambriento” pidió quedarse a vivir ahí y se le construyó una iglesia, “Cuando llegó al pueblo san Lorenzo hablaba, pero a los mayores no les gustaba que los santos hablaran entonces le echaron agua caliente y lo callaron para siempre” (Vogt, 1973:17).

²¹ El posh es una bebida producto del destilado de azúcar muy popular en la región de los Altos.

El templo de San Lorenzo es más grande que el de San Sebastián, en el interior hay un número mucho mayor de santos. Ya sea en figurillas o en cuadros con imágenes cada santo está adornado con flores naturales o de plástico, velas y veladoras. La fiesta del santo patrón se celebra en el mes de agosto y es la fiesta más importante en el municipio.

Justo al lado se encuentra la capilla del Señor de Esquipulas. Es un cristo crucificado donde los funcionarios religiosos hacen juramento al momento de tomar su cargo y al igual que los otros siempre se cuida que no les falten velas ni flores. A cada santo se le diseña y se le viste con la ropa típica de Zinacantán, especialmente hecha para cada uno de ellos, así se ha realizado durante varias décadas “ las imágenes de los santos de las iglesias son vestidos con profusión; sus ropas deben de lavarse y sahumarse periódicamente y hay que proporcionarles ropa nueva cuando las otras se hacen viejas” (Vogt, 1973: 92).

De manera permanente en el interior de las iglesias hay, al menos una persona que es responsable del cuidado del templo y/o santos. Estas personas son poseedoras de un cargo religioso y se encargan durante un año de estas actividades, así que si uno entra y quiere pedir alguna información respecto a los santos o los eventos religiosos siempre encontrará alguien que le puede orientar.

También es común observar en cualquier día de la semana algunos tsotsiles solos o en familia pidiendo o agradeciendo al patrón algún favor. Se le ofrendan veladoras, flores e incienso.

Una de las cosas que personalmente me parecieron más bellas son los adornos florales de los santos, con una variedad de flores que se colocan en grandes cantidades y que además del olor característico de las mismas, llenan de colorido y atractivo visual al templo. Los adornos florales junto con las veladoras que se mantienen constantemente encendidas llenan el ambiente de un misticismo único. Especialmente cuando son las celebraciones de los santos los templos y las imágenes se adornan de manera particular y el piso es cubierto de juncia.²²

En los Altos la organización religiosa se organiza de manera jerárquica en el sistema de cargos. Este sistema proporciona a los varones prestigio y respeto social y van vinculados a los santos patrones de cada municipio. Los cargos tienen una duración de un año y se empieza del cargo con status menor hasta ir consiguiendo cada vez un cargo más alto. Tener un cargo no sólo implica prestigio sino una derrama económica importante para quien tenga y su familia, es

²²La juncia son las puntas del pino y se acostumbra tapizar los pisos con ellas en las celebraciones religiosas.

común que las familias ahorren por varios años para poder llevar un cargo o que se pidan préstamos.

Los cargos son muy deseados pues “mientras se cumple este papel el que desempeña el cargo viste de una manera especial y goza de prestigio social”(Vogt, 1973:38). Los cargos religiosos se cumplen en la cabecera municipal y de acuerdo con Vogt(1973) son 61 posiciones organizadas en cuatro niveles.

Los cargos son: dos alcaldes, cuatro regidores que cuidan del sistema de cargos y recaudan el dinero para el cura, 14 alféreces que cuidan los santos, dos músicos, 28 mayordomos y 12 mayores que realizan la labor de policías, cuatro sacristanes y dos escribanos. Cuando una persona llega a completar los cuatro niveles, adquiere gran reconocimiento social.

Por ejemplo en el carnaval o *Kíntahimoltik* (Festival de los juegos) en el que se “expresan su visión del pasado (el origen mítico del cosmos, que llaman los “tiempos viejos”, y algunos sucesos de la historia importantes para ellos) y la manera en que entienden su situación dentro de las circunstancias económicas y políticas actuales” (Obregón, 2003: 33). Durante las celebraciones de las fiestas religiosas como en este caso, el carnaval es una “exposición” de poder y prestigio, pues se observa el papel de cada uno de los cargos ocupados por los varones, mientras que el de las mujeres se encuentra también definido desde el hogar pues son ellas las encargadas de preparar los alimentos para cuando los varones regresen de los recorridos.

Uno de los rasgos que llamó mi atención en el carnaval además de disfrutar del colorido, de la variedad de los disfraces, los desfiles de varones que tenían cargo, los músicos,²³ y los cohetes, fue la cantidad de refrescos, cerveza y posh que se consume durante estos días. Y es que desde las primeras horas del día durante las actividades y recorridos que se realizan se reparten y comparten una gran cantidad de estas bebidas.

2.5.1 Cambios religiosos.

Si bien es cierto que la religión católica sigue siendo en el municipio la predominante pero, también existen otros cultos que mantienen la diversidad religiosa.

²³En el carnaval como en todas las ceremonias importantes un elemento que no debe de faltar es la música. Los músicos generalmente tocan el violín, la arpa, la guitarra y la marimba algunos de los cuales están basados en los modelos españoles elaborados por los chamulas.

Durante muchos años la católica fue la religión incuestionable tanto en este municipio como en municipios vecinos, quizás en gran parte porque el cambiar de religión conllevaba confrontaciones violentas y expulsiones. Sin embargo en la década de los setentas se introduce el protestantismo y muchos indígenas se convirtieron. Poco a poco fueron llegando nuevas iglesias no evangélicas como la adventista, la iglesia de dios, los presbiterianos y los testigos de jehová (Obregón, 2003).

En la cabecera sólo existen las iglesias católicas. Formalmente aún no hay ninguna que pertenezca a otro culto. Pero lo que sí hay son algunas casas de oración informales en las que se reúnen grupos de otras religiones sobretodo los días sábados. En otros casos es común que las personas del municipio acudan a iglesias evangélicas que se localizan en la periferia de San Cristóbal de las Casas.

Una de las características de estas “nuevas” orientaciones religiosas alternas a la católica es el no consumir bebidas alcohólicas. Esto es importante señalarlo ya que se sabe que durante los festejos de la iglesia católica, (como las de los santos patronos, la virgen de Guadalupe, el carnaval, la semana santa) se incluye en la celebración el consumo de bebidas alcohólicas principalmente del posh. Es incluso imprescindible la toma de estas bebidas. Esta práctica puede tener consecuencias a largo plazo en la salud de los fieles mientras que en el caso de las personas que padecen alguna enfermedad o que están en riesgo de enfermar el consumo de bebidas embriagantes desmejora en mucho su salud.

Una de las particularidades de la población en general es que al no consumirse bebidas alcohólicas se han sustituido por bebidas embotelladas. Si bien se evita la práctica del alcoholismo, los refrescos también tienen a largo plazo consecuencias negativas en la salud de los consumidores debido a su alta cantidad de azúcares y carbohidratos.

2.6. Estructura política.

Además de la iglesia otra institución importante para los zinacantecos que se concentra en la cabecera es la estructura política representada por el Palacio municipal. Tanto el palacio municipal como el tribunal superior de justicia se ubican a lado de la iglesia de San Lorenzo, comparten el mismo edificio pero conservan su independencia. El palacio municipal está en un edificio de color blanco con verde de dos plantas en la parte de superior se observa un gran reloj. En la parte de enfrente del edificio hay un gran espacio que se usa para distintas actividades además se acondiciono para canchas deportivas de basquetbol.

El poder político está organizado en partidos, actualmente está a cargo el Presidente

municipal C. Mariano Sánchez G. Además del Presidente conforman la estructura política el síndico, el tesorero, cuatro alcaldes, seis regidores, el secretario y el juez municipal. El partido en turno se mantiene por un periodo de un año y ocho meses.

Es posible que tanto el sistema de cargos cívico como el sistema de cargo religioso tenga sus orígenes en la época de la colonia cuando se les permitió a los grupos indígenas gobernarse de manera interna, resolver sus conflictos y representarse, así como a su comunidad frente a las autoridades españolas (Obregón, 2003). Históricamente ambos sistemas han estado íntimamente ligados, dicha unión mantenía y concentraba el poder en unos cuantos, los caciques; se mantenía como única la religión católica y al poder se mantuvo el Partido Revolucionario Institucional. A partir de los años sesentas, la inconformidad con algunos de estas llevó a los tsotsiles afiliarse a partidos de la oposición como el PAN o el PRD y/o a identificarse con organizaciones sindicales como la CTM o en CNC (Obregón, 2003).

2.7 Educación.

Uno de los rezagos más sobresalientes no sólo en Zinacantan sino en Chiapas es el alto grado de analfabetismo. En Los Altos la instrucción escolarizada fue impulsada por el Instituto Nacional Indigenista (INI) y posteriormente en 1964 las escuelas pasaron su dependencia a la Secretaría de Educación Pública (SEP) (Obregón, 2003).

En Zinacantán actualmente se puede cursar desde la educación básica hasta el grado superior. Se cuenta con 40 escuelas de nivel preescolar en diversas localidades; 49 escuelas a nivel primaria; una escuela secundaria ubicada en la cabecera municipal; una secundaria del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE); 7 telesecundarias localizadas en distintas comunidades y en la cabecera municipal; un Tele-bachillerato y un Colegio de Bachilleres de Chiapas, (COBACH). Finalmente se puede cursar alguna profesión en la Universidad Intercultural Indígena “Jacinto Canek”, la cual está ubicada en la cabecera municipal.

En todo caso el analfabetismo sigue siendo una constante pues se sabe que hay 8,970 analfabetos en el municipio y que el promedio de escolaridad de la población es de apenas tres años no completando el nivel básico (SECH, 2003).

2.8 Recursos en salud y panorama epidemiológico.

Entre la población tsotsil son presentes distintas maneras de atender la salud. Por principio está la auto atención que se da en el interior del hogar, sin la consulta de un especialista y quizás es el más frecuentemente usado. Cuando se acude en búsqueda de la atención con algún especialista, este puede ser del sistema médico tradicional o con el sistema médico alópata.

En el sistema médico “tradicional tsotsil” se incluyen una diversidad de especialistas conocidos como *hiloletik*, entre algunos de los más conocidos están :

Los pulsadores.-Estos especialistas pueden conocer el mal de una persona sintiendo el pulso.

Las parteras.- Son llamadas para recibir a los bebés y atienden a las mujeres antes y después del parto.

Los yerberos.- Si bien estos también son capaces de identificar la enfermedad por medio del pulso, su recomendación terapéutica es a base de la toma de infusiones de distintas plantas.

Los *hiloletik* saben que tienen el don de curar a los demás porque se les revela en los sueños esta capacidad. Una vez que ha soñado, no se pueden negar al mandato pues puede enfermar y morir. Se inicia entonces a realizar algunos diagnósticos y poco a poco va ganándose el reconocimiento de la comunidad y de otros *hiloletik*(Vogt, 1973). En la mayoría de los casos son capaces de diagnosticar múltiples padecimientos como el mal echado, la envidia, el susto, entre otros y proporcionar una solución cuya constante es el rezar, poner velas y en la toma de hierbas. Este es el primer sistema de atención especializado entre los tsotsiles y en él tanto las enfermedades como los infortunios se corresponden con un orden espiritual, natural y social.

Otra opción para atender la salud la ofrece el sistema alópata. Actualmente el municipio cuenta con diez unidades médicas, entre centros de salud, casa de salud y unidades médicas rurales de la Secretaría de Salud (SSA), además del IMSS Oportunidades e ISSSTE.

En la cabecera municipal la clínica del IMSS se ubica a una cuadra de la Av. Principal. Sus instalaciones son pequeñas contando con apenas dos consultorios y un espacio de 3 x 4 m aproximadamente como sala de espera. Al inicio del trabajo de campo acudí a esta institución con la finalidad de entrevistarme con los doctores y conocer, además del panorama epidemiológico, la incidencia de diabetes que tienen registrada. Sin embargo y desafortunadamente se me negó esta posibilidad afirmando que tenían estrictamente prohibido dar cualquier entrevista formal o informal.

Tres cuadras más adelante están las instalaciones de la SSA, el centro de salud con servicios ampliados. Con un espacio mucho más amplio y una oferta de servicios más completa entre las que se pueden contar la consulta general, nutrición y odontología.

En el centro de salud se tienen registradas a 33 personas con diabetes en el archivo clínico. Aquí llevan un control médico mensual y se les proporciona medicamentos, orientación nutricional mensual y toma de pruebas de sangre para medir su glucosa. De viva voz de la nutrióloga y desde la perspectiva del director del centro de salud la diabetes es una enfermedad que está fuera de control en Zinacantán, pues son muy pocos los que saben que la tienen. De los que sí tienen el diagnóstico pocos acuden a su control y aún menos siguen las recomendaciones del médico.

Algunos de los zinacantecos también acuden a la atención privada de los especialistas de San Cristóbal de las Casas. En la mayoría de los casos acuden a ellos por inconformidad con el servicio que se les brinda en los seguros sociales o porque no se cuenta con alguno de ellos.

Un producto que no ha cobrado fuerza pero que está presente de manera muy esporádica es el consumo de los productos Omnilife,²⁴ los cuales son ofrecidos de casa en casa. Sin embargo su consumo no es significativo en la cabecera. Existe también en la cabecera una farmacia homeopática que, además de vender los remedios para diversas enfermedades, también brinda consultas y orientación.

2.9 Alimentación / Cambios.

Desde tiempos antiguos la base de la alimentación de la zona maya era el maíz. Éste no sólo constituye un alimento sino que se le atribuyen características particulares. Se “cree que el maíz al igual que los seres humanos tienen alma interior que se encuentra en el elote y en el corazón de cada mazorca...” (Vogt, 1973: 80).

Dentro de los alimentos que se suelen preparar a base de maíz tenemos:

El atol.-Es una bebida espesa de maíz hervido, ideal para los días fríos; puede ser dulce o agrío.

El pozol.-Es una bola de masa con la que se prepara una bebida refrescante si se disuelve en agua, el pozol puede ser blanco o con cacao.

Las tortillas.- Su proceso es hervir el maíz en agua con cal, se muele en metate, se hacen las tortillas y se cocinan.

²⁴*Omnilife*es una marca de productos para mejorar la salud, como bebidas nutricionales y complementos dietarios. Hoy día sus productos se distribuyen en América Latina y algunas partes de Europa. Aunque en Zinacantán aún es muy baja su presencia.

Los tamales.-Alimento hecho a base de masa de maíz, manteca o aceite. Se acompaña con diversas ingredientes como pollo, vegetales, cerdo, ect., y se envuelve en hoja de milpa o de plátano.

Además del maíz complementan su alimentación con el consumo de verduras como el chayote, la yerba mora, la calabaza, legumbres cocidas, frutas y carnes. La carnes se consumen principalmente en ocasiones rituales y/o festivas al igual que se bebe posh.²⁵El consumo ritual de esta bebida ya fue señalado en las primeras etnografías realizadas en Zinacantán y aún perdura de manera muy intensa su consumo.

“Toda comunicación o transacción importante entre las personas va acompañado de la ingesta de alcohol, las transacciones entre los hombres y lo sobrenatural deben de ir acompañados por este aguardiente” (Vogt, 1973:31).



FOTO 2. Bebidas que se ofrecen a los varones con cargo, durante las celebraciones religiosas. Fuente propia.

²⁵El posh es un alcohol destilado del azúcar sin refinar, la palabra posh literalmente significa medicina.

El consumo del maíz al igual que el posh siguen siendo fundamentales en la dieta diaria y las ocasiones rituales en Zinacantán. Sin embargo a éstas se han sumado gran parte de productos industrializados.

La accesibilidad de los caminos contribuyó a que nuevos productos y hábitos de consumo se incluyeran de manera más aguda. El consumo de productos enlatados (atún, verduras), y bebidas embotelladas que contienen un alto porcentaje en carbohidratos y grasas saturadas pero poco o ningún aporte nutricional han llegado a formar parte de la alimentación diaria trayendo consecuencias en la salud de la población.

2.9.1 El consumo de bebidas embotelladas.

En Zinacantán el consumo de bebidas embotelladas tiene una amplia variedad. Sin embargo se mantiene como la preferida la bebida de Cola.

La introducción de bebidas embotelladas en Chiapas se remonta a los años 50's, cuando la embotelladora *Sin Rival* empezó a embotellar la bebida y para la década de los 60's llega a la zona de Los Altos. Aunque en esa época no había carreteras se lograba transportar la bebida en caballos a San Juan Chamula donde se colocó el primer depósito de Coca-cola de la zona. Logró la aceptación en las comunidades indígenas rápidamente gracias a que manejó precios muy por debajo de los que tenía en las ciudades como San Cristóbal. Aunque al inicio se manejaban en los Altos tanto las marcas de refresco de Cola: Pepsi y Coca. Esta última presionó para que en las abarroterías sólo se vendiera uno de los dos marcas. Una estrategia que ha manejado la transnacional es la creación de obras de beneficencia en los Altos como la creación de albergues, escuelas y canchas deportivas ganándose con ello una buena imagen entre la población (Jordán, 2008).

Además de la creación de obras la compañía aprovecha estratégicamente las acciones para hacerse a la vez de publicidad y mayor difusión de sus productos. En la cabecera de Zinacantan a un costado de la carretera principal se puede ver un espectacular de la marca. En este se da la bienvenida a los visitantes con la imagen de un varón con la ropa tradicional de los zinacantecos, que sostiene un refresco.



FOTO 3. Espectacular colocado a la entrada de la cabecera municipal de Zinacantán. Fuente propia.

En las canchas deportivas que están justo al frente del Palacio Municipal también se observa en los pisos promocionales pintados de la marca, ya que “aparte de patrocinar equipos, la embotelladora también suele patrocinar espacios deportivos. Normalmente, esto consiste en la pintura de canchas o tableros con los colores y logotipos de alguna de las tres marcas principales de Coca-Cola: Sprite, Fanta o Coca-Cola.” (Jordan, 2008:137).



FOTO 4. En la explanada del palacio municipal. Fuente propia.



FOTO 5. Promoción de la empresa refresquera en las instalaciones del palacio municipal de Zinacantán. Fuente propia.

Hoy en día en los Altos el consumo de estas bebidas se ha convertido en un producto “básico”. En cualquier tienda de abarrotes de la cabecera se puede comprar este tipo de refresco y cuando alguien se le invita a conversar, a comer se ofrece refresco en primera y a veces como única opción. Más aún cuando se trata de algún evento festivo o religioso donde se les ofrece un refresco completo de 1 lt a cada persona.

Un fenómeno interesante de transformación e incorporación de esta bebida no sólo en la dieta es el hecho de que se haya sustituido en gran medida por el consumo de posh en ocasiones rituales y políticas.

Su consumo se ha ritualizado y socializado de tal manera que es difícil llevar a cabo actividades religiosas, políticas o cotidianas sin que se consuma el refresco. El hecho de rehusarlo tiene implicaciones como las de excluir a las personas de las actividades sociales ya que el refresco al igual que el posh, se ofrece en los rituales curativos, se ofrece para pedir perdón cuando se han robado a la esposa, cuando se pide dinero o se solicita algún favor; en cualquier actividad importante, en la toma de cargos, en las fiestas patronales, está presente su consumo.

A diferencia del posh, su consumo es aun más agudo porque además de las actividades importantes en donde también se consume posh, el refresco es de uso cotidiano. Es común que las familias prefieran tomar refresco que agua durante las comidas, en ocasiones se ingieren varios litros por día de diferentes refrescos.

Esto es importante resaltarlo debido a que el consumo de refresco está asociado directamente con la obesidad y con la diabetes. Cuando ya se tiene la enfermedad diabetes, el consumo de refresco constituye un factor de riesgo para contraer complicaciones.

Y es muy frecuente que personas aun sabiendo que tienen la enfermedad no eliminen su consumo, si bien lo disminuyen o se da el caso en el que lo sustituyen por los *Light*, ya que suponen que no le causa tanto daño como un refresco de la versión “normal”.

CAPÍTULO III. LAS EXPERIENCIAS DE VIVIR CON “AZÚCAR”

INTRODUCCIÓN.

Este capítulo está elaborado en su totalidad en base al trabajo de campo que se realizó de septiembre a diciembre de 2011 en la cabecera municipal de Zinacantán y tiene como finalidad:

Como primer punto especificar los caminos que tomé para hacer contacto con las personas que amablemente me compartieron sus experiencias, las dificultades que encontré y a grosso modo la manera y los momentos en que se recuperaron las narrativas de las personas entrevistadas punto crucial de este trabajo.

Un segundo aspecto es presentar al lector las particularidades respectivas de cada caso; en cada uno de ellos voy relatando la manera en que pude conocerlos, cómo me acerqué a ellos, aciertos y dificultades en el trayecto. Voy a ir presentando los casos en orden cronológico conforme los fui conociendo. Si bien pude relacionarme con un universo más amplio del que aquí abordo, sólo expongo los casos en los que pude obtener una mayor profundidad y riqueza en sus narrativas. La intención es compartir con el lector las distintas experiencias de vida y del vivir con azúcar de estas personas para su posterior análisis.

Antes del desarrollo del trabajo de campo mi universo de estudio se proponía idealmente de cuatro grupos domésticos, en los que el integrante diabético fueran dos hombres y dos mujeres con diferentes edades respectivamente, características que me brindarán aspectos particulares de cada situación y que reflejarían las diferentes experiencias y representaciones en el transcurso de la enfermedad. Ya en el desarrollo del trabajo de campo diversas circunstancias me obstaculizaron ésta “elección ideal” por lo que finalmente trabajé con un universo heterogéneo de personas, todas radicadas en la cabecera pero con distintas edades y con distintos años del diagnóstico de diabetes. En el caso de grupos domésticos logré recuperar la experiencia de los integrantes de dos grupos el primero compuesto de seis personas, mientras que el segundo de tres. En algunos otros casos sólo pude conocer la

versión de un integrante de la familia que no era el diagnosticado pero sí un familiar cercano (esposa, hijo), mientras que en otros recuperé la narrativa de los propios diagnosticados.

Otro de los supuestos importantes antes de iniciar el trabajo de campo era el de vivir en el hogar de cada grupo doméstico por un periodo mínimo de tres semanas, con el propósito de no depender sólo de las narrativas recuperadas sino de observar de manera directa los hábitos de alimentación, cuidados o falta de los mismos, la relación entre ellos y los principales problemas a los que se enfrentaban en cada grupo. Nuevamente esto no me fue posible en primer término porque el lapso limitado de trabajo de campo de escasamente cuatro meses resulta apenas el necesario para identificar los grupos e ir entablando una relación de confianza. En segundo término en algunos de los casos las condiciones materiales de la familia eran tan escasas que el haberles sugerido siquiera el que me aceptaran por una semana en su hogar era impensable.

Uno de los eventos que confieso ni siquiera fue vislumbrado fue el desenlace mortal que pueden llegar a causar las complicaciones de la diabetes. Evento que desafortunadamente se presentó en el desarrollo del trabajo de campo y que me pusieron en vilo emocionalmente, pues me recordaron que estaba introduciéndome en un terreno muy sensible que desafortunadamente conllevaba episodios de dolor. La muerte de dos personas adultas con complicaciones derivadas de un mal cuidado de la diabetes y fueron episodios con lo que tuve que lidiar, a la vez que me obligaron a buscar nuevos casos para entrevistar.

3.1 De la elección de los grupos domésticos y de los entrevistados.

En esta primera parte opté por compartir con el lector las especificidades en el transcurso del trabajo de campo, desde cómo fueron los primeros acercamientos a Zinacantán, la localización de personas posibles a entrevistar, los primeros contactos con los colaboradores entrevistados y el desarrollo de las mismas.

Cuando el protocolo de investigación se estaba preparando, este trabajo lo había vislumbrado en el municipio de San Andrés Larrainzar primero porque ya tenía una experiencia previa en este municipio y a su vez un antecedente reciente del mismo, así como de su población y de su panorama epidemiológico; sin embargo cuando se llegó el tiempo de iniciar el trabajo empírico tanto las condiciones climáticas, que en el período de septiembre se caracterizan por ser lluviosas y frías; así, como la tendencia de explorar por caminos no recorridos, me orientaron a pensar en otros horizontes.

Decidí visitar Zinacantán de manera “diagnóstica” en cuatro ocasiones. En estas visitas vi el municipio como un lugar propicio para trasladar la investigación, ya que no sólo las condiciones del clima eran favorables (menos frías y lluviosas que en Larrainzar, pues está localizada a menor altura), sino que además en una plática informal con una doctora del Centro de salud con servicios ampliados me comentó que en el municipio sí hay bastantes casos de diagnósticos de diabetes, incluso mayor a los registrados en Larrainzar, lo que me llevó a decidirme por este municipio como el nuevo lugar de investigación.

Las condiciones sociales de Larrainzar y Zinacantán comparten algunas similitudes pero también mantienen las divergencias. En un sentido amplio la población que habita tanto Zinacantán como Larrainzar son indígenas tsotsiles, con actividades económicas similares (agricultura, cría de animales, comercio y producción artesanal); ambos pertenecen a la región de los Altos con servicios de salud tanto de la SSA como del IMSS y con un perfil en salud similar en ambos municipios. Sin embargo, Zinacantán se encuentra situado mucho más cerca a la ciudad de San Cristóbal de las Casas, lo que lo ha mantenido junto con el municipio de Chamula como uno de los más accesibles, donde los servicios en general cada día aumentan y se promueve el “desarrollo”, lo que tiene repercusión en el mercado turístico que a estos acuden y a una variedad de productos que pueden obtener más fácilmente.

Una vez tomada la decisión de trasladar la investigación a Zinacantán como primer recurso para localizar personas diagnosticadas con diabetes, se me ocurrió acercarme al centro de salud con servicios ampliados que se localiza en la cabecera. En éste el director del centro de salud me brindó amablemente una lista de los pacientes que en esta unidad tienen registrados y que llevan su control. Si bien no tuve acceso a los expedientes clínicos de los mismos, fue de gran ayuda que me proporcionasen los nombres como un primer paso para acercarme a ellos.

Como detallo más adelante, la lista que me proporcionaron no fue la única manera con la que conté para localizarlos y llevar a cabo las entrevistas; si bien tampoco logré visitar todos los pacientes de la lista, pues en muchos casos su localización se me hizo imposible. En algunos casos las personas mostraron nulo interés de colaborar conmigo, en otros casos porque eran monolingües tsotsiles, lo que también obstaculizaba la comunicación y desarrollo de las entrevistas.

Además de la lista mencionada, la manera que me fue útil para localizar algunos de los entrevistados de los que presento sus casos, fue a través de la búsqueda de otras personas quienes me llevaron a estos nuevos casos, lo que se conoce como técnica de bola de nieve²⁶ y se desprende del hecho de haber estado ahí y de la espontaneidad, es decir, me basé en las redes sociales que se conocen en el momento de la investigación.

A continuación presento los casos en los que pude tener una mayor profundidad en las narrativas y por tanto resultan más ricas en datos.

3.2 Entrevistas a personas diagnosticadas con diabetes y en algunos casos a su grupo doméstico.

3.2.1: El grupo doméstico de Armando.

Supe de Armando gracias al personal del Centro de Salud quienes me lo comentaron como un caso particular por el hecho de ser el menor de los pacientes que ahí llevan su control médico.

²⁶La técnica bola de nieve supone que al encontrar una persona o personas con las características deseadas o necesarias para la investigación en este caso el padecer algún tipo de diabetes, estas mismas personas colaboran para la identificación de nuevas personas con características similares.

Me dijeron su nombre y que vivía en Bochojbo, pero no me dieron alguna dirección concreta en dónde encontrarlo. Cuando emprendí su búsqueda, lo más inmediato era dirigirme a Bochojbo, para mi sorpresa me enteré que existía Bochojbo alto y bajo. El primer paso fue intentar llegar a cualquier Bochojbo pero, afortunadamente en la comunidad las personas son muy curiosas, así que cuando pregunté al sitio de taxis si me podían llevar a cualquiera de los dos Bochojbo, los conductores me preguntaron a qué iba. Les comenté que buscaba a tal persona y para mi suerte lo conocían. Fueron ellos los que me indicaron dónde encontrar su casa.

Su hogar no estaba retirado del centro del municipio, sólo tuve que caminar cinco cuadras para dar con la casa de doña Tere, su abuela, donde vivía Armando.

La primera ocasión en que los visité me recibió a la puerta un perro ladrando sin que nadie además del perro atendiera mi llamado. Las próximas visitas las realicé manteniendo mi distancia, por aquello del perro, en dos, tres ocasiones visité su hogar sin respuesta, hasta que finalmente se me acercó una mujer que salió de la casa del frente. Esta mujer es tía de Armando y me hizo el favor de entrar a la casa para avisarles que alguien los buscaba. Así tuve mi primer encuentro con Tere y Armando.

Durante la visita les reiteré mi intención de trabajar con ellos y les expliqué porqué me interesaba saber de su experiencia, de su vida. Doña Tere como los demás integrantes de la familia que fui conociendo después accedieron a conversar conmigo siempre de manera muy amable. Las entrevistas se fueron realizando en varias sesiones empezando con la voz de Armando y continuando con la de la abuelita, el papá y las de sus tres hermanos, completando un total de seis entrevistas.

Todas las visitas y las entrevistas se realizaron en su hogar, en diferentes días de la semana en los que tuvieran disposición de tiempo, y debido a que los horarios de trabajo o de escuela también variaban, se realizaron en distintos horarios. Al inicio de las visitas Armando vivía con sus cuatro hermanos y su papá en un cuarto amplio de madera con piso de tierra, en el mismo terreno donde vive su abuelita. Doña Tere justo al lado reside en cuatro habitaciones más espaciales construidas de concreto y piso de cemento, acompañada de una de sus hijas y su nieto.

La abuelita de Armando, doña Tere tiene 65 años de edad y es originaria de San Cristóbal de las Casas, ahí creció y se casó por primera vez, tuvo dos hijos pero su esposo la abandono. La señora Tere trabajó para sacar adelante a sus hijos y por trabajo se fue a vivir a

Zinacantán donde conoció a su segundo marido con el que tuvo otros nueve hijos, pero como ella dice le salió otra vez malo.

Durante su segundo matrimonio trabajo duro para mantener a sus hijos y ayudar a su esposo con los gastos. Sin embargo su vida estuvo acompañada por las infidelidades de su pareja así como de las constantes golpizas que le daba. Finalmente se separó y vive con su hija menor y su nieto de dos años. Doña Tere se mantiene vendiendo tamales los fines de semana en la cabecera.

El padre de Armando, don Armando, nació en Zinacantán y sus hermanos y hermanas así como sus padres viven en este municipio. Don Armando emigró a Tuxtla Gutiérrez cuando se casó con la madre de sus hijos. Vivieron algunos años hasta que los problemas conyugales y las peleas se hicieron cada vez más frecuentes. Un día la esposa de don Armando se fue de la casa, con los muebles y los cinco hijos. Además de enfrentar la soledad, don Armando tuvo que enfrentar la pérdida de su patrimonio, pues la casa en la que vivían como familia fue traspasada.

Así que don Armando se fue a rentar un cuarto en Tuxtla Gutiérrez y antes de un año de la separación del matrimonio, los hijos de don Armando fueron a pasar unas vacaciones con él. Sin embargo esas vacaciones se prolongaron hasta la fecha pues decidieron quedarse a vivir con él y así lo hicieron.

Los hijos de Armando no quisieron regresar a vivir con su mamá porque sentían que la carga de trabajo de su madre no le permitía darles la atención suficiente, la atención que necesitaban; durante las jornadas laborales de su mamá pasaban mucho tiempo solos entre ellos y decidieron que estarían mejor al cargo de su papá.

Poco a poco fueron perdiendo contacto con su madre y ya son entre cinco y seis años que no la ven. Con el tiempo se enteraron que debido a problemas de salud,²⁷ fue llevada a la ciudad de México y después a Monterrey en donde viven sus hermanos. La madre se quedó a vivir en esa ciudad, se casó y se embarazó nuevamente. La relación que tienen los hijos con su madre es casi inexistente y la que existe se limita a mensajes de celular y llamadas esporádicas.

Así lo relata una de las hijas:

- Mi mamá está en Monterrey, no la veo desde que nos separamos hace como 7 años no la veo....

(Cómo se siente con la situación) Pues triste y a la vez agobiada porque no la veo. Necesito verla saber cómo está. Hay veces que le mandamos mensajes o le llamamos pero no nos contesta y nos hace sentirnos preocupadas qué tal que le pasa algo como sufre del corazón y

²⁷ De acuerdo a la versión de sus hijos, la señora padecía del corazón.

entonces por eso la internan mucho en el hospital también. Creo que por eso se la llevaron para allá también porque allá tiene su médico especial que la trata.

Es que se la llevaron del hospital, se la llevaron para México y ahí la estaban tratando pero de ahí la cambiaron y la llevaron a Monterrey y allá la dejaron y allá está con su mamá y dos hermanas de ella.

Hace como un mes nos dijo que ya se había vuelto a casar y que estaba embarazada pero que se estaba enfermado mucho porque el bebé estaba mal y como está mal del corazón no sabía que iba a pasar y hasta ahorita no la hemos visto.

Primero vivíamos con mi abuelita y con mi mamá, pero cuando se la llevaron al hospital a mi mamá nosotros nos tuvimos que ir con mi papá porque nadie iba a quedar en la casa quien nos atendiera y estábamos pequeños y nos fuimos con mi papá y según fuimos nada más de vacaciones pero ya no nos quisimos regresar porque es que también mi mamá casi no nos atendía porque trabajaba de policía, todo el día y por eso no podíamos seguir con ella, no la veíamos casi nunca.

Nos fuimos con mi papá y empezamos a vivir con él otro tipo de vida.

Sentimos pues que nos trataba mejor, bueno no tratar pero tenía más tiempo para nosotros y como los viernes y los sábados no estaba con nosotros trabajaba toda la noche pero el domingo lo dedicaba a nosotros y estábamos todos juntos.

(Entrevista realizada el 28 de septiembre de 2011)

Cuando los hijos se fueron a vivir con su padre los gastos se incrementaron enormemente, entre los gastos de la escuela de los cinco hijos, la alimentación y los servicios, la renta del lugar etc., motivo que llevó a don Armando acabar de algunos años a llevarse a sus hijos de “vacaciones” a la casa de la abuelita, doña Tere, en Zinacantán. Nuevamente las vacaciones se prolongaron hasta la fecha actual, pues se quedaron a vivir ahí.

Al principio los hijos de don Armando no estuvieron de acuerdo en vivir ahí, pues toda su corta vida la habían pasado en Tuxtla, estaban acostumbrados al ambiente de la ciudad, tenían sus relaciones amistosas, sus actividades etc. Sin embargo no les quedó otra opción más que aceptarlo y comprender que vivir en Tuxtla implicaba para su padre una responsabilidad económica que cada vez era más difícil de llevar.

No sólo para los hijos fue una sorpresa el irse a vivir a Zinacantan. Doña Tere quedó asombrada cuando aquel día al regresar a su hogar vio varias mochilas en la puerta y al acercarse supo que se trataba de su hijo y nietos que hace tiempo no veía.

El primero de los hijos de don Armando es Vicente y tiene 18 años cumplidos. Estudia en Zinacantán en el tele bachillerato a la vez que labora en un invernadero de cultivo de rosas. Las hijas que le siguen son María de 17 años y Reyna de 15 ambas estudian también en el tele bachillerato en el turno vespertino. A María le gustaría en el futuro ingresar a la Normal intercultural “Jacinto Canek”, para lo cual debe de aprender hablar en lengua tsotsil. Las mañanas las ocupan para hacerse cargo del aseo de la casa, así como de preparar la comida para

su papá y sus hermanos. Después les sigue Armando, y finalmente Concha, la hermana menor que tiene 10 años de edad y estudia en la primaria; es la única que acude en el turno matutino a la escuela.

Armando es el único menor de edad registrado con diabetes a la fecha en el municipio; tiene trece años de edad y hace aproximadamente entre seis y siete años que fue diagnosticado con diabetes tipo 1. Actualmente estudia el primer grado de la secundaria y le gustaría en un futuro ser médico o chef. Desde mi impresión dos profesiones que han estado desde su diagnóstico íntimamente relacionadas con su condición como diabético, la primera porque desde que se le diagnosticó diabetes, su relación con los médicos ha sido constante y estrecha y la segunda quizás porque la dieta a la que se le ha sometido le haya despertado un interés especial por los alimentos.

Armando al igual que sus hermanos nacieron en Tuxtla Gutiérrez, donde vivieron la mayor parte de su vida, hasta hace dos años que se mudaron a Zinacantán.

De los primeros malestares / indicios de la enfermedad.

¡Lo correteó un perro y se asustó!

Don Armando recuerda el día en que su hijo jugaba a la pelota con otro niño cuando se les escapó la pelota. Armando intentó recuperar la pelota pero en el intento un perro bravo lo correteó.

Así también lo recuerda Vicente:

Es que lo asustó un perro y yo creo que es por eso porque sí se asustó mucho, cuando llegó a mi casa llegó pálido y me asusté yo también y me dio coraje a la vez porque no sé por qué no amarraron al perro pero sí recuerdo como quedó mi hermanito asustado y después se quedó así.

Si lo curó (el papá) pero no con albahaca, con alcohol, lo rameó solo, medio se lo echó así como lo echan pero era necesaria la albahaca para levantarlo de donde había quedado pero no pasó.

Sólo me asusté porque si llegó bien pálido a mi casa pero me asusté también porque creí que lo había mordido o algo porque salió así como si nada a jugar con mi hermana y cuando regresó ya pálido y me asusté.

(Después) ya nos sentimos tranquilos porque no lo había mordido nada y mandaron amarrar el perro y le dijeron a la señora y no sé que le hicieron al perro pero luego ya no estaba ahí, creo que lo encerraron en su casa y después de una semana estaba así (Armando) ya no quería jugar, no quería hacer nada. Estaba muy triste, como triste y creyeron que era por lo mismo y ya después se fue recuperando poco a poco.

Una noche le dio como convulsión y se preocuparon mis papas porque no sabían que era y lo llevaron al hospital porque no reaccionaba ni nada, estaba ido y respiraba muy rápido y ya lo llevaron al hospital y ahí estuvo una semana o algo así para ver que tenía para hacerle análisis o algo así y ya resulto que tenía diabetes.

Fue un golpe muy duro para nosotros cuando le dijeron eso.

(Entrevista realizada a Vicente el 01-oct-2011)

María también recuerda el momento:

Es como le dijo mi hermanita que lo asustó un perro. Yo creo que es por eso porque sí se asusto mucho. Cuando llego a mi casa llego pálido y me asuste yo también y me dio coraje a la vez porque no sé porqué no amarraron al perro. Pero sí recuerdo como quedó mi hermanito asustado y después se quedó así.

Después del susto lo trataron de curar pero así con curanderos pero esa vez no pudieron porque no había albahaca creo y por eso no lo curaron. Yo creo que si lo hubieran curado no hubiera tenido eso (la diabetes).

(Entrevista realizada el 28 de septiembre de 2011).

Armando se espantó mucho, y a partir de ese día, empezó a adelgazar “bien feo”, en las noches se orinaba en la cama, a cada rato iba al baño, se le reseaban sus labios y empezó a tomar mucha agua.

Su papá concluyó que tenía espanto, así que lo curó de espanto, lo rameó con albahaca, pero los malestares no cesaron y decidió llevarlo a consulta médica al hospital regional. La cita no llegó pues Armando tuvo que ser hospitalizado de emergencia. Don Armando recuerda que los médicos le explicaron que sus niveles de azúcar habían bajado mucho lo que le provocó un coma. En el hospital permaneció dos meses en recuperación, el diagnóstico: diabetes infantil.

Armando no recuerda nada, dice que no se sintió mal, que sólo se desmayó y cuando despertó, ya estaba en el hospital. Ahí su papá le explicó la enfermedad que tenía y que desde ese momento sus cuidados y su alimentación iban a cambiar pues tenía que tener mucho más cuidado con su persona. En este sentido fue difícil para los padres aceptar que su hijo tuviera diabetes, y reaccionaron con enojo y desesperación. Para los hermanos también fue una noticia difícil de aceptar sobre todo por los nuevos cuidados que tenía que llevar Armando.

Aunque el papá de don Armando tiene diabetes desde hace algunos años, fue una desagradable sorpresa el enterarse que su hijo de seis años también. Uno de los motivos por los que su padre sintió más tristeza fue el hecho de que sea una enfermedad “fea”, en el sentido de que no se cura y que conlleva cuidados estrictos de alimentación donde el consumo de cosas dulces es muy restringido, lo que para cualquier niño es difícil de aguantar.

Este periodo del diagnóstico y de la primera hospitalización de Armando, fue vivido por sus padres tal vez como la etapa más difícil emocionalmente. Pues los sentimientos de

tristeza, desesperación, desconcierto, angustia, incertidumbre son los que se presentaron. Ambos reprochaban al destino porqué a su hijo tan pequeño, en ese entonces de 6 años, le daba una enfermedad tan “fea”, por qué no les habría tocado a ellos que son adultos, una enfermedad que además era permanente.

Reyna:

Mi mamá estaba muy triste. Me acuerdo que lloraba porque tenía coraje y decía que no es justo que mejor a ella, nos decía, que mejor a ella le hubiera dado esa enfermedad y no a él porque estaba muy pequeño. Iba de dejar de tener tanta libertad, a dejar de comer su dulces y así, lo que uno desea de niño pues iba a dejar de hacer eso. Iba a poder con su vida normal pues pero lo que más anhela un niño, un dulce y él ya tan pequeño y no podía comer nada de dulces, de azúcar y nada y por eso se sentía mal mi mamá y tratábamos de apoyarla también.

(Entrevista realizada el 28 de septiembre de 2011).

Sr. Armando:

Fue un golpe muy duro para nosotros cuando le dijeron eso (el diagnóstico).

Lo sentí muy pesado. La verdad bueno ahorita ya nos acostumbramos pero yo decía: yo pero él no (lagrimas)... pero ay va saliendo poco a poco.

Ahorita ya nos acostumbramos pero es que siempre recordar como quiera trae sentimientos tristes. Pues es que radicalmente cambio todo su alimentación, su forma de vida. Ahora ya se ve normal, corre, juega, juega basquetbol, futbol y a mi me llena de alegría porque se imagina estar ahí sentado y sin hacer nada, en un rincón, si se siente feo.

Imagínese usted aguja acá y aguja acá, y verlo lleno de parchecitos para checar su corazón, su pulso todo da mucha tristeza pero gracias a dios le digo cuídate hijo, vamos a salir adelante ya gracias sólo dios sabe porqué y ahí nos la llevamos tranquilo.

Ahorita me lleno de alegría pero le digo que recordar si se siente triste porque solamente dios sabe porqué, fue muy duro pero ya nos sobrepusimos y ya tiene seis años y medio que tiene el azúcar.

(Entrevista realizada el 30 de septiembre de 2011):

Los hermanos de Armando también sentían tristeza pues pensaban en los cuidados estrictos que el médico les explicó debía de llevar su hermano desde ese momento y para siempre; sentían pesaren los inicios cuando se le aplicaban las inyecciones diarias.

Coinciden en que este es el momento que identifican como el más difícil en relación con la diabetes y que además tuvo como telón de fondo el periodo en el que se dio la separación de los padres y el consecuente distanciamiento entre los hijos y la madre.

Lo que saben de la diabetes.

Al principio los padres y los hermanos de Armando le atribuyeron la diabetes al susto que tuvo cuando lo correteó el perro, pues a partir de ello empezó con los malestares. Tiempo

después a lo largo de las consultas con doctores y enfermeras encontraron otra posible causa: se les explicó que es una enfermedad que bien puede ser hereditaria o que se debe a malos hábitos de alimentación y estilo de vida.

Como don Armando tiene su papá diabético también entiende que la posibilidad de que la haya heredado sea muy alta. Aunque sigue considerando la escena del perro como la desencadenante, algunos médicos le explicaron que ya de por sí el niño tenía una predisposición a la enfermedad y que el suceso del perro y por ende del susto sólo fue un desencadenante.

Mientras que las hermanas y el hermano piensan y afirman que la diabetes se debe al susto del perro, doña Tere contrasta al dudar que la versión del perro sea la causa del origen de la diabetes, porque en su experiencia conoce otros niños e incluso otro de sus nietos fue correteado también por un perro y espantado pero no les dio la diabetes, por ello ella confía más en la versión de que la heredó del abuelo.

Tere:

Dicen, bueno pero no me lo crea, dicen que porqué lo espantó un chuchó. Pero yo no sé porque fíjese usted que a mi nietecito de aquí enfrente ya lo corrió el chuchó y está bien.

Tenía un mi gordito igual y también lo corrió el chuchó y no.

Ora si que como a si me vinieron a decir a mi, que por el perro que de ahí empezó.

Bueno ellos me han dicho eso.

Pues yo para mí la verdad no lo creí porque empezando que esta chiquito y terminando que fue por un perro, pues muchas criaturas los ha corrido el perro y no les ha pasado eso.

Mi hijo mayor lo revolcó el perro, lo mordió de una vez de aquí y de aquí. Ora si que se peleó con el perro y ya tiene un año y ahí está.

(porque piensa le dio a Vicente)

Solamente que la haiga heredado del abuelito como es diabético.

La opinión del propio Armando concuerda con la de la abuelita y también contrasta con la del resto, ya que considera que tiene diabetes porque la heredo de su abuelo y no por el susto del perro.

Tanto la abuela, el padre y los hermanos afirman que infortunadamente no se puede curar y requiere de un cuidado para toda la vida, es decir, la aplicación de la insulina y la vigilancia de la dieta son imprescindibles en la vida de Armando. Esta afirmación proviene de lo que les explicaron los médicos y la relación con otras personas que tienen diabetes.

Reyna:

Pues lo que sé, que no se cura, aunque algunas personas dicen que sí pero no se si sea verdad. Dicen que con tratamientos o algo así y solo eso sé y que cuando a una persona le da diabetes es para toda la vida ya tiene que vivir así nada más.

(Entrevista realizada el 28 de septiembre de 2011).

Recomendaciones médicas, tratamiento, control y nuevos cuidados.

No va a ser fácil su vida de él porque no va a ser un niño como cualquiera...le decían que no comiera dulces y era lo que más quería...

Vicente.²⁸

Desde el día en que a Armando le fue diagnosticada la diabetes tipo 1, los médicos les explicaron a sus padres las medidas nuevas que deberían adoptar para que mantuviera su glucosa controlada y no se viera afectada su salud.

Entre las medidas de control estaban en primer término la aplicación diaria de la insulina; seguir una alimentación con un bajo porcentaje en azúcares y que realizara actividad física.

Después de que Armando fue dado de alta en el hospital, los doctores llegaban a su casa para inyectarle la insulina, y poco a poco su papá, como sus hermanas y finalmente el propio Armando aprendió aplicarse la insulina en las piernas, brazos y estomago. Los primeros años de la enfermedad le inyectaban insulina tres veces al día, ahora la insulina se le aplica dos veces en el centro de salud de la cabecera a donde acude en la mañana y en la tarde a que se la apliquen y de esta manera no representa un gasto extra para su padre.

En este momento la familia de Armando tiene que asumir nuevas responsabilidades asociadas a los cuidados de la diabetes. Si bien la insulina durante varios años no implicó ningún gasto extra para su padre, la alimentación si fue uno de los puntos en los que se debía y se puso más atención.

Sr. Armando:

La alimentación que cambió, que cuidarlo, cuidarlo que digamos no se puede porque a veces no tengo trabajo.

Más o menos balanceada (la dieta) pa que lo podamos comer todos. O sea que él puede comer todo tipo de comida, lo que no le puede comer es mucha azúcar, ni mucha sal, en eso cambiamos. Él no le toma refrescos embotellados, hacemos agüitas aquí, haga de cuenta que de vez en cuando compramos toki pero poco dulce. Allá de vez en cuando le compro su coca-cola pero *light* y de vez en cuando. Ya ve que nos regalan un refresquito por ay que va uno a trabajar y lo trae y no muy lo traigo porque ya se que no lo puede tomar. Y a veces le digo ven hijo vamos a tomarnos un refresco, le compro una coca *light* o un *gatorade*.

²⁸Entrevista a Vicente, realizada el 01 de octubre de 2011.

El único cambio que sintieron mis hijos además de la comida es que se tenían que tener más cuidado hacia Armando porque estaba más pequeño y si la otra era la pequeña ya no lo iba hacer. Ahora había que cuidar a Armando porque esta empezando con su enfermedad. (Entrevista realizada el 05 de octubre de 2011).

El papel que juegan las hermanas en el cuadro familiar es resaltable, ya que no sólo por la diabetes de Armando sino por la separación de sus padres se vieron obligadas por las circunstancias a ocupar de cierta manera y en determinadas actividades el papel que cumpliría su madre. El aseo del hogar, la preparación de alimentos y el cuidado de sus dos hermanos menores son algunas de las nuevas responsabilidades que adquirieron.

La preparación de los alimentos estaba a su cargo desde el momento en que sus padres se separaron y tuvieron más énfasis en la elaboración de los mismos cuando a su hermano le fue diagnosticada la diabetes. Pues son ellas las que compran, preparan y sirven los alimentos recayendo en ellas la responsabilidad de aprender que alimentos son los adecuados para Armando y cuáles no, en qué cantidades, cada cuánto etc.

Con las indicaciones de los médicos y su propia experiencia han aprendido que el mango y el plátano son frutas que no puede comer de manera frecuente y de consumirlos sólo una pieza. Que no debe de comer en exceso pero tampoco permitir que se le pase ninguna de las comidas. Que debe comer de tres a cuatro tortillas en el desayuno y en la comida, que por supuesto no debe de ingerir refrescos, bebidas dulces, “botanas”, ni nada que contenga chile.

Armando no niega que ingiera bebidas embotelladas o dulces y botanas pero lo hace muy esporádicamente y en algunas ocasiones a escondidas, durante las horas que asiste a la escuela aprovecha para de vez en cuando echarse un antojito y en el caso de los refrescos prefiere los de la versión *light* que al parecer se llevan mejor con su enfermedad.

Armando:

(Sobre sus hermanas y los consejos que le dan)

Me regañan, me dicen que no coma dulces, porque a veces como sabritas y hay veces que como así seguido, se me antoja en la escuela.

Sus hermanas en cambio se muestran preocupadas a la vez que molestas cuando esto ocurre:

Reyna:

Preocupada porque a veces no se cuida en la escuela y le puede pasar pues algo, por la edad creo porque es niño y juega y hace lo que quiere y no nos hace caso a veces pero ni modos tienen que entender a veces.

María:

Pues a veces que se desnivela porque va a la escuela pues no sabemos que come pues ni modo que vayamos con él. Dicen pues sus compañeros que a veces come dulces y no puede comer dulces y es en donde se le sube su glucosa un poco. Pero luego se lo nivelamos aquí, ya no

toma tantas cosas para que no se le suba demasiado y lo vayan a tener que internar en el hospital por eso.

(Qué siente cuando se entera que comió dulces en la escuela)

Me enoja. Le digo que se cuide porque ni modos que todo el tiempo lo vamos a cuidar nosotros, él también ya esta un poquito grande y ya tiene que cuidarse el mismo porque es su salud de él tiene que echarle ganas también porque no todo el tiempo vamos a estar con él.

(Entrevistas realizadas el 28 de septiembre de 2011).

En este sentido los hermanos y el padre optaron por manifestar su apoyo y solidaridad con Armando consumiendo la misma alimentación “pareja”. Con la misma cantidad de azúcar y sal con la que se preparan los alimentos para Armando se prepara toda la comida y se come sin dificultades; también procuran no llevar a la casa productos y alimentos que no pueda consumir para no antojarle. Sin embargo, Armando percibe una diferencia en el apoyo, ya que su hermana menor no es tan solidaria como el resto de la familia y lo mismo le da comerse una paleta, unas papas o unas galletas enfrente de Armando, situación que lo hace sentir enojado con ella. Considera que con esa actitud no recibe apoyo de ella, por lo que a veces tienen conflictos.

Armando:

(Acerca del apoyo recibido).

Sí me apoyan menos ella (señala a su hermana menor que esta sentada en una orilla de la cocina) ella come dulces, come de todo de ahí si me apoyan o comen pero allá en su escuela que no lo mire yo.

En la cuestión de la actividad física Armando suele salir andar en bicicleta y en algunos domingos acostumbran jugar todos juntos en las canchas que están a la entrada al municipio, cerca de la carretera; es un día que dedican para la convivencia de la familia.

Una recomendación más es aquella vinculada a la higiene diaria y el cuidado de las heridas, raspones o golpes, ya que la cicatrización en Armando es más lenta de lo normal. Finalmente otro de los cuidados que los médicos no les recomendaron pero que hasta la fecha los realizan cotidianamente son los consejos. Desde el deber hacer o dejar de hacer son frecuentes en la vida diaria de Armando.

Las medidas que lleva Armando para controlar la enfermedad están la aplicación diaria de la insulina, el cuidado de la dieta, el aseo personal y la práctica de ejercicios. Todas estas recomendaciones le fueron indicadas por lo médicos alópatas y cada una de estas ellas las lleva sin descuidarlas pues gracias a su experiencia con la diabetes se ha dado cuenta que son muy importantes para que se controle y en consecuencia no se sienta mal. Como ya mencione hay una cierta flexibilidad en la dieta, ya que esporádicamente consume en pequeñas cantidades

alimentos o bebidas que no debería, pero lo hace de una manera controlada ya que lo hace en las cantidades necesarias para no desnivelar su glucosa.

Complicaciones, recaídas y malos recuerdos.

*Ora si que ahí me dijeron que estuvo al borde de la muerte y
que un poquito más y ya no lo contaba.*

Don Armando.²⁹

En el caso de la diabetes de Armando son muy importantes los límites de su azúcar, ya que si se le sube o se le baja, las consecuencias además de graves son inmediatas. Sin embargo, a lo largo de sus siete años con la diabetes 1 ha sufrido recaídas algunas más severas que otras.

La primera recaída después del diagnóstico de Armando se dio a los dos o tres meses de haberse iniciado la aplicación de insulina. Esta se debió a que un compadre le comentó a su padre que la insulina era mala pues hacia perder la vista. Su padre preocupado por esta noticia decidió buscar una alternativa más sana y que no perjudicara la salud de su hijo y así recuerda aquel momento:

Don Armando:

Fue en Tuxtla [la recaída] por descuido mío, no puedo decir que fue descuido de él. Por querer es que yo traté de quitarle lo que era la insulina porque me dijeron que eso, muy como a los 2-3 meses de llevar el tratamiento, me dijeron un conocido, un mi compadre.

No que le va a fregar la vista, que le quitara la insulina porque eso le iba a fregar la vista.

Entonces yo no sabía nada de eso pues, haga de cuenta que es uno ciego a la enfermedad de mi niño no sabe uno a que magnitud puede llegar.

Y yo me dejé llevar y le busqué yerbas. Allá en Tuxtla en el mercado, en una yerbería me dijeron qué tipo de yerba. Le quité la insulina. Haga de cuenta como una semana y le daba el tecito pero a fuerza lo tomaba pues, no quería tomarlo porque es muy amargo. Entonces ahí se me vuelve a recaer y la verdad me regañaron en el hospital. Se le subió su glucosa, como que se desmayaba y al ratito ya nada más lo estaba sacando cualquier cosita, una frutita, agüita, lo echaba para afuera, comida, todo.

Se me vuelve adelgazar otra vez, lo llevo al hospital otra vez, una regañada que me dieron y de ahí para acá ya me contactaron con otro señor que su hijo también es diabético. La doctora, una de las doctoras me dijo que tenía un amigo y que lo fuera a conocer que fuera con él para unas platicas porque también tenía un hijo diabético. Me dio una dirección y todo y fui y ahí me asesoraron. Ora sí que como que llevé asesoría haga de cuenta, como terapia, una plática y

²⁹Entrevista al señor Armando realizada el 25 de septiembre de 2012.

todo, cómo era, porqué, qué cuidados tenía, que el niño no tenía porqué estar encerrado, que es un niño normal, lo único que debía tener es cuidado de su diabetes.

Le digo pues que me llamaron fuerte la atención las enfermeras y la doctora Cordero se llama y otra la doctora Beltrán que era oftalmóloga. Me llamaron fuerte la atención me dijeron que eso no era un juego y eso de que se le iba apagar su vista era mentira. Que si se le iba apagar su vista pero si tenía muchas altas de su glucosa y entonces si se le va a fregar su riñón, su vejiga, su vista son las tres cosas principales que se le van a dañar si sigue así con muchas altas de glucosa.

Y gracias a dios hasta ahorita bien y que a veces se ha rayado y rápido sana porque dicen que cualquier rayón o cortadita dilata y él no haga de cuenta que le ponemos una pomadita o algo rápido sana, cicatriza rápido.

(Entrevista realizada el 25.sep.2011)

Este intento de sustituir la insulina por la yerba amarga no funcionó y la glucosa de Armando se elevó tanto que estuvo nuevamente en el hospital. De este suceso don Armando comprendió que la inyección de insulina es vital para la vida de su hijo.

La segunda recaída que recuerdan fue en Tuxtla cuando un día se aplicó la insulina Armando y no desayunó porque no le gustan las papas. Se acostó a dormir pero los hermanos no lo pudieron despertar, estaba desmayado. Intentaron darle agua con azúcar para reanimarlo; sin lograrlo, así que solicitaron la ayuda de una de sus vecinas quien llamó una ambulancia.

Así lo recuerda Armando:

Me dio porque no quise comer huevo con papa. Y no me acuerdo, me desmaye.

(Qué siente)

Como que si me caigo, que no puedo pararme. Se me baja solita y es que no puedo hablar, hay veces que si porque esta empezando apenas y ya les digo que me siento mal y me dan cosas dulces pero me checan primero a ver como estoy.

Cuando desperté estaba mi papá y mucha gente y me dio pena.

(Entrevista realizada el 20 de septiembre de 2011)

Vicente:

Pues si se le bajo una vez que estábamos en Tuxtla que porque no le gustaba la papa, no comió papa, no desayuno y se quedo durmiendo y nosotros no nos dimos cuenta le dio una convulsión. Nos desesperamos qué le pasaba ya ni despertaba, y fuimos con una señora que nos apoyo y llamaron la ambulancia y llegaron los de la ambulancia a ponerle suero porque estaba grave que se lo iban a llevar al hospital, pero no, se compuso con el suero.

Acá no se nos a querido poner mal pero luego rápido lo nivelamos es que a veces es bien...no se ..bien canijo no obedece por eso se desnivela.

(Entrevista realizada el 01 de octubre de 2011).

La ambulancia llegó y por fortuna en esa ocasión no terminó en el hospital pues con el suero que le aplicaron y el apoyo de su padre se niveló su glucosa, pero si le fue reprochada su actitud tanto por los hermanos como por su padre.

La última recaída la tuvo en mayo del año 2010 es decir ya estaban en Zinacantán.

Don Armando recuerda que en esa ocasión se encontraba en Carranza:

Lo que pasa es que como mi hermanito vive allá en Carranza yo fui ayudarle hacer arreglos florales. Me fui, febrero o mayo no me acuerdo. Me fui a trabajar un día 7 de mayo 7, 8 y 9 yo regresaba hasta el 11 cuando me hablan por teléfono y me dijeron no te asustes pero Armando se puso un poco mal, mi hermanita me dijo.

¡Cómo! y me dice, ahorita lo van a llevar a San Cristóbal y lo van a llevar a Tuxtla pero necesitan de tu presencia.

Que gacho sentí, agarro y me voy directo a Tuxtla, ya no regreso a Zinacantán, me traslade al hospital de especialidades pediátricas para allá me lo mandaron y estuvo una semana internado. Pero fue porque no comió, o sea se aplicó su medicamento y no comió y se le bajo su glucosa pero ora sí que si yo hubiera estado aquí, yo hago que se tome algo dulce. Un refresco le quito todo el gas, agua con azúcar un poquito y orale. Pero como no estaba, solamente mis hijas se atan pues no saben ni qué hacer, en cambio yo ya me han dicho qué hacer y pues yo no estaba y llego hasta Tuxtla otra vez.

Y es que es un poco necio (Armando) también la verdad y no estando yo pues es un poquito peor y por eso recayó pero fue porque se le bajó su glucosa.

Yo la verdad le llamé la atención. Porque no puede ser hijo, porque no puedo salir a trabajar aquí quieres que esté sentado, pues no se va a poder porque necesito trabajar. Sino, no va a ver para la tortilla y los frijolitos, le digo y ahí no solamente yo sino sus hermanas también le hablaron pues ahora sí que los poquitos que somos pues somos bastantes.

Vino mi hermana, mi mamá, mis hermanos y se le dijo pues porque fue un gasto imprevisto que ora sí que no había, claro que la tortilla con sal en la casa no falta pero acabar ese poquito como que no, ora sí que por tontería tuya no se vale. Fuera sólo tú no hay problema, le digo pero aquí nos llevamos de corbata a tus hermanas que no les queda pa la tortilla, tenemos que prestar, cuando podemos estar más o menos, le digo.

Entonces le digo, no se vale por descuido tuyo, mira, cuando ese dinero lo podemos invertir, en que será, en otras cositas de la casa, le digo, ora tengo que pagar (las deudas), ¿me vas ayudar? yo así le dije.

Pues de dónde si no trabajo, aaa ese es el detalle, le digo, échale ganas y hay que ponerse a chambear para que paguemos, yo sí le dije claro.

(Entrevista realizada el 25 de septiembre de 2011)

En esta recaída lo apoyaron económicamente algunos de sus familiares porque el señor no regresó a trabajar durante la semana que estuvo internado Armando, además de que los días que estuvo ahí generó costos de hospital que no cubría el Seguro Popular con el que cuenta; también lo apoyaron moralmente los hermanos y la mamá del señor Armando. Una vez que Armando regresó a la casa, su papá platicó con él y le llamó la atención para que tuviera más cuidado con su alimentación y le hizo ver que no sólo era él el afectado sino hermanos, tíos y demás parientes que los apoyaron; también platicó con las hermanas, ya que considera que si él hubiera estado en la casa cuando se le bajó su glucosa, se la hubiera nivelado evitando que llegase al hospital y la recomendación para las hijas era ponerse atentas a cómo

actuar en caso de que Armando tenga recaídas para evitar que llegue al hospital. Esta fue la última recaída de Armando.

Todos estos sucesos han contribuido a que Armando se apegue al tratamiento recomendado por los médicos, tanto la insulina y la vigilancia de su dieta son aspectos claves para que no se desnivele y sufra complicaciones.

Reciprocidad y apoyo entre los integrantes.

En el transcurso de las entrevistas se manifestó que el apoyo principal ante las dificultades de cualquier índole así como las relacionadas a las enfermedades y más concretamente en la diabetes de Armando está en primera instancia al interior del grupo doméstico. Pero el apoyo no se limita a este sino que otros integrantes de la familia como la abuela, los tíos, cuñados, compadres, amigos y hasta vecinos quienes conforman un red de apoyo más amplia que entra en soporte a situaciones en las que el grupo doméstico es incapaz de resolver.

Sra. Tere:

(Tipo de apoyo hacía Armando)

Pues no nada más le digo, pues que le ando diciendo, que no se pase de comida, así estas tranquilo tú y tú papá. Porque muy recién vinieron fueron como 3, 4 veces que se fueron hasta Tuxtla y se lo llevaron al hospital y le digo, no hijito empezando que si te pasas de comida vas a ir al hospital, pierde su trabajo tu papá como van a comer tus hermanas, por eso tú te vas tanteando para que no te propases.

Eso es lo que digo yo todo es malo, si puedo darle un su plato de comida pero a lo mejor yo le hago daño, no le puedo dar.

Mejor que le den sus hermanas ya lo saben que tanto le van a dar o si no.

El apoyo al interior del grupo doméstico es sobretodo moral, emocional y se puede manifestar con consejos, cariños, cuidados y regaños y en la red más amplia es moral y económica.

Por ejemplo Vicente opina que su papá es el que más apoya a Armando:

[El apoyo] Económicamente y emocionalmente, porque ahorita mi mamá no está aquí y mi papá lo está apoyando en todo es él. Que a veces le da sus regaños pero porque se los merece también que no hace caso y se desnivela él solito. Pero pues a veces le habla bien para que siga pues mi papá dice que él no tiene ninguna enfermedad que es un regalo de dios que le dio y por eso y le da ánimos para que siga.

(Entrevista realizada el 1 de octubre de 2011)

Dificultades y diferencias al interior del hogar.

Como mencioné párrafos arriba el apoyo y la reciprocidad tanto en el cuidado de la diabetes como en la vida diaria están en el grupo doméstico de Armando, pero también las diferencias y los conflictos existen.

Más allá del grupo doméstico de esta familia se presentan dificultades entre las hermanas y hermanos del señor Armando, su mamá, la señora Tere y el papá de Armando. Las diferencias se iniciaron con la repartición de un terreno así como la casa de la señora Tere entre los hijos y se acentuaron con el regreso de Armando a la casa materna, se le reprochó a la señora que lo apoyara aún cuando él no cumplió con sus obligaciones de hijo durante varios años. Esta situación ha devenido en que hasta la fecha sostengan serias diferencias entre ellos.

Varios meses después de reuniones con las autoridades locales, la señora Tere logra que el terreno quede a nombre de algunos de sus hijos entre ellos Armando, lo que desencadenó conflictos y divisiones entre los hermanos que no estuvieron de acuerdo. Una vez que el señor Armando empezó a levantar su casa de madera en el terreno, los problemas se amplificaron. La señora Tere recuerda el último evento a partir del cual las relaciones familiares se rompieron:

Me dice mi hijo (Armando) me voy a levantar una mi galera.

Bueno si me da tiempo, ay voy a ir.

Y llegando (al terreno) veo mis dos nietas ahí paraditas, me dicen abuelita apúrese usted porque ya le fueron a pegar a mi papá.

¡Cómo! ¿quién le fue a pegar?

Mi tío Lupe, mi tía Petra, mi tía Lecha, mi tía Berta y mi tío Jorge.

Pero por qué. No sé pero que vaya usted porque ya le rajaron su frente me dicen.

Y aquí bañado en sangre (el señor Armando); ¡qué te pasó, qué cosa vinieron hacer!

No dice (Armando), me vinieron a gritar, dicen que con qué derecho vine, con qué derecho voy parando mi galera, me dice que quién me dio permiso.

¿Y qué le dijiste?

Que con derecho de la autoridad que nos dio permiso de parar nuestra galera dice.

Vino Lupe y me empezó a pegar y Jorge me dijo, no hermano para qué estás parando tu galera si el papel todavía no está y luego ves a mis hermanas cómo están.

Y entonces le dice una de mis hijas, lo que pasa es que ya quieres tu terreno de regalado y a ver ¿cuántas veces la viniste a ver a mi mamá?

Porque lo que tuvo mi pobre hijo, su delito es que no me vino a ver...y ese es su pleito que tienen.

Ahorita pues lo que tiene es que están enojadas porque las demandamos.

Es que lo golpearon pues y levantaron un acta y tomaron fotografías de los golpes y de cómo lo dejaron y me voltearon la espalda por completo mis hijas, todas.

La única que me habla es esta mi hija, una que vive allá arriba y mis tres hijos.

Las demás me dieron la espalda hasta la que está aquí en la casa pero como digo sólo porque no tengo el valor de pararla en la calle, no lo hago por esta criatura (su nietecito de dos años) eso es lo que no hace valor de pararla a media calle. De ahí cuando lo golpearon, ella fue la que

mandó avisar a la hermana que estaba trabajando allá el hermano y por eso lo agarraron y por eso lo fueron a golpear porque ella avisó, que estaba allá solito.
(Entrevista a Tere, 29 de septiembre de 2011)

Después de este evento el señor Armando esperó algunos meses antes de construir poco a poco nuevamente en el terreno. Estos conflictos que relata la señora Tere y que involucra a los padres y hermanos del señor Armando, si bien no afecta directamente en el estado de salud de Armando, sí tiene repercusión al interior del grupo doméstico de don Armando. La relación de apoyo existente entre hermanos y madre antes de la disputa del terreno ahora no existe. Probablemente en caso de alguna recaída de Armando o alguna situación de necesidad de la familia, sus redes de apoyo sean más limitadas que antes.

En relación con la diabetes una de las constantes diferencias es la ya mencionada discusión entre Armando y su hermana menor, Concha: no evita comer cosas que Armando no puede consumir, lo cual lo enoja y terminan discutiendo. Otra de las características mencionadas por la señora Tere es que Armando, su nieto, tiene un carácter difícil: es muy enojón, en esto puso especial énfasis la señora Tere pues me preguntaba si su difícil carácter se debía a la diabetes.

Doña Tere:

No, también ese (su nieto Armando) no jala conmigo. Porque yo le digo, mira hijito me puedes hacer este trabajo, no es un trabajo que yo diga... es un trabajo a modo que él aprenda.

Me dice, bueno abuelita. Pero se enoja. Este niño lo veo que no.

Le digo a mi hijo, ay lo ves hijo que para mandar este niño, no mejor lo voy haciendo yo porque ya lo veo que pone una cara que no mejor ahí lo voy hacer poco a poco.

Y le digo claramente que son muy flojos (sus nietos).

(Entrevista realizada el 29 de septiembre de 2011)

Tiempo después de haber concluido el trabajo de campo, visité a la familia de Armando encontrando cambios que me parecen dignos de mencionar pues resultan relevantes. El primer cambio es que la construcción de la casa (en el terreno tan disputado) había sido concluida y el señor Armando y sus hijos ya la habitaban. El componente áspero que encontré era que en ese momento el grupo doméstico y la familia atravesaban por una crisis que manifestaba diversas circunstancias. La primera se debía a un enfrentamiento que tuvo una de las hijas con otra compañera de escuela, y por el cual la familia tenía una deuda monetaria que no podían solventar.³⁰ Por si fuera poco el señor Armando no tenía trabajo desde hacía una semana, lo que empeoraba el panorama.

³⁰ Los conflictos y los problemas para reinsertarse entre los compañeros de escuela es un elemento que mencionan las hijas en varias ocasiones. En esta ocasión se dio una riña cuerpo

Otro de los conflictos importantes y que remiten a la disputa por el terreno es el hecho de que el señor Armando quisiera rehacer su vida en pareja con una persona que conoció en Zinacantán, situación con la que sus hijos estaban de acuerdo. No obstante, la señora Tere no estuvo de acuerdo e incluso (de acuerdo a las hijas) había aludido quitarle el terreno que tantos conflictos originaron, si es que decidía llevar a esa persona a vivir con él.

Por todas estas circunstancias, el señor Armando llevaba bebiendo algunos días. El ambiente en la casa se percibía tenso, mientras que Armando le reprochaba a su hermana la responsabilidad de aquella situación; las hijas continúan con las actividades cotidianas aunque en el caso de la hija que se confrontó con su compañera ésta expresaba que se sentía culpable, incomoda y triste por la situación en su casa. En este caso Armando no cooperaba por restablecer la tranquilidad en el hogar sino que por el contrario se mostraba retador a las indicaciones de los deberes y de la alimentación. De esta situación realizo un análisis más detenido en el capítulo siguiente.

3.2.2. El grupo doméstico de Emilio y Petrona.

Como mencioné, antes en el centro de salud me dieron una lista con los nombres que ellos tenían registrados, sin embargo las direcciones no eran especificadas. Esto supuso que mis recorridos fueran por muchos días buscando y visitando diferentes personas. En algunos casos no pude encontrar a las personas porque decían ya no vivía ahí, en otros casos no tuvieron tiempo y/o disposición para hablar conmigo.

En una de estas búsquedas por un señor de la lista pregunté en una tienda de abarrotes si lo conocían, la señora que atendía no me supo informar de él pero sí me compartió que su papá también era diabético por lo que fue de mi interés hablar con ella y con su papá. Así empezó mi contacto con Rosaura, una señora con la que al final de trabajo de campo mantuve una amistad.

Las vistas a Rosaura y su familia fueron fructíferas pues en este caso conseguí entrevistarla a ella y a ambos padres que son diabéticos y como dije antes fue la familia con la que mejor *rappport* tuve.

a cuerpo con otra compañera, conflicto que llego hasta las autoridades locales multando a la familia de Armando.

En el caso de esta familia sólo viven los esposos juntos pero prácticamente Rosaura también, pues la mayor parte del tiempo diario la pasa con ellos, por ello decidí entrevistar no sólo a Emilio y Petrona sino también, viendo la oportunidad, recuperar la versión de su hija.

La casa de los padres de Rosaura está muy céntrica, justo enfrente del paradero de colectivas y taxis, así que cada vez que llegaba o al momento de irme de la cabecera pasaba a saludar y a veces a conversar con ella y me despedía de la familia de Rosaura. En este grupo domestico se recuperaron las voces de tres integrantes, las entrevistas se realizaron en la tienda de abarrotes en varias sesiones y en distintos horarios para no interferir con sus actividades cotidianas.

Los padres de Rosaura, don Emilio y doña Petrona son originarios de la cabecera y ahí también vieron nacer a sus cinco hijos ahora todos adultos y de los cuales tres están casados y dos aún solteros. También aquí es en donde han nacido sus 6 nietos, todos los hijos del matrimonio viven en el municipio de Zinacantán y de hecho muy cerca de la casa de los padres en los alrededores de la cuadra, lo que les permite mantener una relación constante.

Rosaura es la cuarta hija del matrimonio y tiene 30 años, es casada y tiene un hijo varón. Conocí primero a ella porque pasa la mayor parte del día atendiendo la tienda de abarrotes “ San José” propiedad de sus padres.

El señor Emilio su padre, tiene 60 años de edad y fue maestro de primaria, actualmente está jubilado por ello y como dice “pa no morirse de aburrimiento” decidió hace seis años instalar un negocio en su casa. Sin embargo son contadas las ocasiones en las que se le puede ver en la tienda pues sus compromisos en Tuxtla, así como la compra de productos para la tienda lo mantienen constantemente fuera de su hogar.

Su esposa la señora Petrona tiene 56 años de edad y su vida la ha dedicado al cuidado de su hogar y de sus hijos, ahora también atiende por algunas horas el negocio, ya que suele acompañar a su esposo a casi todas las salidas. Ella fue la más difícil de localizar con tiempo para platicar conmigo, muchas veces me citó a cierta hora y cuando llegaba a la hora acordada no estaba o estaba ocupada, aunque su hija ya me había platicado de cómo empezó con la diabetes y su situación actual fue hasta casi tres meses después que escuché la versión de viva voz de Petrona, quien al final me confesó que no le gusta mucho hablar y que por eso se había estado resistiendo a la entrevista.

De los primeros malestares-indicios y diagnóstico.

El señor Emilio tiene nueve años que le diagnosticaron diabetes tipo 2, menciona un día en el que acompañó a su ahijado a pedir perdón por haberse “robado” a su esposa.³¹ En esta reunión el señor recuerda que bebió entre 4 y 5 refrescos. Al día siguiente sintió mucha sed acompañadas de ganas de ir al baño muy frecuentes y mucha resequeidad de su boca así aguantó 4 o 5 días hasta que decidió consultar al médico para revisarse.

Fue a un médico particular quien le diagnosticó diabetes 2. Su glucosa en ese entonces estaba en 460 y tuvo que ser internado durante dos días para controlársela. En este momento no fue una sorpresa para don Emilio pues ya guardaba sospechas de que eso tenía pues varios de sus conocidos y amigos ya padecen la diabetes y los síntomas que él tuvo eran característicos de la enfermedad por ello tampoco tuvo ninguna dificultad en aceptar el diagnóstico.

Cuatro años después del diagnóstico del señor, su esposa empezó con los malestares de la menopausia, como son dolor de cabeza, bochornos y mal humor. Si bien también notó que últimamente iba más frecuentemente al baño y su boca se reseca, pero no imaginaba que podía tener diabetes. Ella acudió a una doctora que le dio tratamiento para la menopausia pero como le cayó mal el tratamiento, la señora decide consultar con alguien más; en esta segunda ocasión el diagnóstico fue diabetes 2. Para Petrona sí fue sorpresivo el diagnóstico y aunque lo acepto desde el inicio su primera reacción fue relacionarlo con el dolor la muerte.

Ambos reaccionaron de maneras distintas a los diagnósticos. Por un lado, don Emilio recuerda que se sintió preocupado y con el tiempo se fue haciendo a la idea de que no se curaba la enfermedad y más que todo debería de cuidarse.

Don Emilio:

Bueno pues ora sí que lo vería en dos formas, al principio preocupante porque es algo novedoso el hecho de que le digan a uno que padece una enfermedad y que no tiene cura como que deprime.

³¹En Zinacantán como en otros municipios tsostiles se acostumbra robarse a la mujer, para ello la pareja se pone de acuerdo para escaparse. Después de que se ha escapado la mujer de su hogar debe de pedirse perdón a los padres de la misma, en este pedido los varones van acompañados de sus padres y/o de sus padrinos.

Ya con la enfermedad en el transcurso del tiempo pues se medita y se piensa que pues es algo que le va uno a tocar. Ya me acostumbré como se dice y ora yo lo llevo normal sin ninguna preocupación. Bueno lo preocupante son problemas que surgen pero pues eso ya ni me afecta no.

Ya ni me preocupan y como he estado con compañeros que tienen experiencia de la vida pues ya me fortalecí. Y como le digo que trabajaba como auxiliar de la supervisión pues ahí trabajaba con todos los maestros que forman la zona y de ahí aproveche las experiencias de cada uno de ellos y ya estoy tranquilo.

(Entrevista realizada el 16 de octubre de 2011)

En cambio, la preocupación y la tristeza se apoderaron de su esposa cuando se enteró del diagnóstico de su esposo y más aun cuando le dijeron el suyo propio. Me comentó que lloraba constantemente y fue un momento que le costó mucho aceptar y superar. Petrona relaciona esta preocupación con el factor de que la segunda esposa de su suegro quien ya no vive, tenía diabetes y recuerda que sufrió bastante. A consecuencia de ello su suegra padeció de dolores de cabeza y perdió su vista. Este antecedente le hacía pensar a la señora en su futuro y las complicaciones que podría tener pero gracias a los consejos de su esposo y de sus hijos, se hizo a la idea de que si se cuidaba, podría evitar ese sufrimiento y que no por tener diabetes tenían que morir por ello. Gradualmente Petrona fue recobrando el ánimo y aprendió a sobrellevar la diabetes.

Además del antecedente de la diabetes por amigos o conocidos y la madrastra de Emilio, una hermana de doña Petrona también tiene diabetes 2 así como un medio hermano del señor.

Qué provocó la diabetes.

El señor Emilio considera que la diabetes se relaciona con cólicos que se tienen o sustos. En su caso lo asocia al evento con su ahijado como el que desencadenó la enfermedad. Sin embargo recuerda que durante dos periodos ocupó cargos en la presidencia municipal y durante estos los conflictos eran cosa de todos los días así como el consumo de refresco y de bebidas alcohólicas, una combinación que de acuerdo al señor pudieron detonar la diabetes.

Emilio: También susto y coraje porque este estuve ocupando un cargo en el ayuntamiento y ahí hubo una serie de problemas muy fuertes. Entonces, a lo mejor de eso, ya estaba yo propenso pero realmente no me dio en el momento de estar en el cargo ya había salido. Seis meses después cuando se detectó el azúcar, bueno si le soy sincero por haber tomado refresco en grandes cantidades.

Un día pues había dejado el alcohol para no perjudicar más pero aquí en el pueblo, en el municipio a veces si no toma uno alcohol, le exigen un refresco, entonces yo me propasé y ya en la noche como a la una o dos de la mañana empecé a salir al baño con una sed tremenda. Yo no le hice caso, ya sabía yo que eran los síntomas pero no le hice caso, me aguanté casi 4 días o una semana. Ya fue que cuando fui al hospital ya tenía 460. Milagros que no se desmayó usted, me dice el doctor, porque usted debe de haberle dado un coma diabético. Bueno a lo mejor su cuerpo lo resistió.

(Entrevista realizada el 16 de octubre de 2011).

Respecto a la diabetes del señor Emilio, su hija opina:

Lo que pasa es que como aquí hay costumbres de que cuando roban a su mujer van a pedir perdón y eso. Y él fue porque como tiene muchos ahijados, fue con un ahijado y al parecer tomo mucho refresco se tomó como 5 o 4 cocas y al otro día así empezó.

Y como tuvo un cargo en la presidencia ahí antes de que pasara digamos de que tomara refresco ahí salió y digamos tuvo cólicos y todo. Ya ve como son los pueblos de aquí y me imagino que fue por eso y luego como estuvo tome y tome refresco que casi por lo regular pura coca toma.

De igual manera la esposa, Petrona coincide en la opinión de que la diabetes que desencadenó su esposo se debe a los cólicos que ha tenido y que se detono el día que acompañó a su ahijado a pedir perdón.

La señora Petrona considera que su diabetes es gracias, no a un evento específico a partir del cual iniciaron los síntomas, más bien, a un conglomerado de preocupaciones y cólicos acumulados a lo largo de su vida. Durante muchos años vivió la preocupación como una constante y eso debido a que su esposo hasta hace tres años bebía muchas bebidas embriagantes en ocasiones, recuerda, se ausentaba del hogar una semana sin preocuparse de si en la casa tenían dinero para los gastos del hogar, esto, además de poner preocupada a su esposa, la hacía enojarse. Desde que conoció al señor Emilio, tuvo este habito de consumir bebidas alcohólicas. Sin embargo con los años se fue acentuando y tuvo su punto cúspide cuando quedó al frente del cargo de Bienes comunales, durante tres años.

Petrona:

Y si le digo cómo mi esposo tomaba mucho antes. Ahorita dejó de tomar pero por lo que ya está muy enfermo pero antes tomaba mucho. Pero él si tomaba un día, se iba de ocho días, diario, diario, y eso es lo que me hizo mal, pienso yo.

Me ponía yo de mal humor y a veces que no había dinero, todavía mis hijos estudiaban en ese tiempo, estaban chamacos todavía, también y pienso yo que preocupación, cólico, no sé qué cosa será.

Ya después fue bueno también porque lo nombraron aquí, bueno le dieron un cargo aquí del pueblo y aquí cada que les van hablar, lo primero que llevan es trago y refresco y ya toman y otra vez se vuelve a quedar así y así.

Estuvo tres años de bienes comunales, y todos los sábados y domingos era de que estaba bolo antes no tomaba mucho, tomaba cada 8 o cada 15 días o a veces hasta alcanzaba un mes que no tomaba pero cuando le dieron su cargo de aquí si cada ocho días, cada ocho días se iban a medir terreno o se iban a sacar escrituras de un terreno y lo primero que le daban era así todo el tiempo. Así se acostumbran a tomar y ya después lo metieron como cinco años el ayuntamiento y también de diario porque es que llegan hablar que algún problema, alguna cosa y lo primero que hacen es el trago y refresco, el trago y refresco. Sólo eso dan aquí.

Y luego si saben que uno toma, ya le están diciendo ay por qué te estás haciendo si por eso te lo trajimos y ya le están diciendo... y ya si tomó una su copa es para que llegue tomado, bien tomado y al otro día para descruar otra vez toma y así.

(Entrevista realizada el 10 de diciembre de 2011)

Ya sea que lo llamaran a medir terrenos, sacar escrituras, arreglar papeles y demás gajes del oficio las actividades, como relata su esposa, incluían en primer término que se le ofreciera trago y en consecuencia más que seguido llegaba en estado etílico el mismo día o varios días después.

Posteriormente ocupó durante cinco años otro cargo donde nuevamente era consultado para la resolución de conflictos y siguió tomado trago. Durante estos dos cargos además Petrona recuerda que los conflictos en el cargo eran continuos, hacía cólicos muy seguido y a la vez durante los cargos aumentó considerablemente su consumo tanto de bebidas embriagantes como de refrescos.

El señor Emilio considera que en el caso de su esposa la diabetes de debe a:

Yo creo que por tristeza o no sé preocupación. Es que yo también tuve otro puesto y me tuve que ir fuera de aquí y yo no se me ocurrió llevarla porque iba a tener una vida muy agitada. Pero ya después me dijo que se sentía mal y lo lleve al médico y ya le dijeron que tenía azúcar, pero no era tan elevado como el mío, estaba en 125 algo así.

Se me ocurrió llevarla conmigo y así ya lo podía atenderla y cuidarla. Pero de ahí de preocupación porque pensó que iba yo a tener problemas a donde fui pero no afortunadamente no.

El evento que marcó la vida de don Emilio y a partir del cual dejó de consumir bebidas alcohólicas se dio hace tres años durante la fiesta que se celebra en agosto en Zinacantán y que es una de las más importantes en el municipio. En esta celebración el señor bebió trago junto a sus compañeros de la sociedad de taxis de la que también es parte. Ese día viajó a Tuxtla, ya que tenía un compromiso pero se quedó durante ocho días en Tuxtla en los que siguió bebiendo. En ese entonces su hijo menor estudiaba en Tuxtla y rentaba una casa allá. Cuando se dio cuenta que su papá estaba bebiendo demasiado y se encontraba en un estado delicado de salud pues ya no se podía ni levantar. Su hijo llamó a su madre para contarle y consultarle que debía hacer, por indicaciones de ella lo trae de vuelta a Zinacantán y de ahí se lo llevaron

directamente a un hospital para que lo atendieran. Una vez recuperado don Emilio, el doctor le advirtió que su hígado y páncreas estaban muy dañados y que si volvía a beber muy probablemente sus órganos no soportarían más. Este evento fue muy decisivo pues a partir de ello el señor hasta la fecha no ha vuelto a beber y su esposa ya no se preocupa más por este problema.

Gracias a estos antecedentes y el contexto de preocupaciones y corajes sobre todo debido al alcoholismo de su esposo, la señora piensa que se le declaró la diabetes y desde que dejó de tomar hace tres años se siente más tranquila. Ya no falta a la casa y ya no se preocupa por saber en dónde y cómo está.

Otra posible causa que encuentra Petrona por la que se le desencadenó diabetes es que durante un período que tenía mucha tos, su cuñada le recomendó comprar una miel que “curan” en el barrio de Santa Lucía. Esa miel le gustó mucho y empezó a usarla como endulzante habitual. El consumo de la miel en correspondencia con muchos cólicos y preocupaciones pudieron ser elementos que la hicieron propensa a la diabetes según consideración de la señora.

Similar opinión es la de Rosaura ya que considera que esta enfermedad da gracias a una vida con estrés, se debe a los problemas, corajes, tristezas y las preocupaciones que se tengan. En el caso de su mamá, la considera una persona que se preocupa mucho y por ello la diabetes se le desencadenó.

Los médicos les han comentado que un factor causal puede ser también el de la herencia pero los tres entrevistados lo descartan como una posible causa. Petrona reflexiona que ni sus padres ni sus abuelos han tenido diabetes, entonces ¿de dónde podrían haberla heredado ella y su hermana? .

Petrona:

Pues fíjese usted que de herencia no lo creo. Dicen que sí que si les dio a nuestro papás también a nosotros nos da pero yo no creo porque mis papás están bien y ellos no tienen azúcar. Mi mamá padece de la presión pero no de azúcar ni de nada. Tengo una mi hermana que sí es diabética también, mi hermana mayor pero pues no creo yo que lo hayamos heredado de dónde. Mis abuelos tampoco tuvieron entonces pienso yo que no.

Tampoco de parte de la familia de su esposo se tienen antecedentes directos de familiares con diabetes ni sus abuelos, padres o tíos tienen o tuvieron diabetes ¿de quién podría haberla heredado? Es cierto que su madrastra la tuvo, al igual que uno de sus medios hermanos tiene diabetes pero no hay en ellos un vínculo directo que los haga pensarlo como causa.

Petrona:

También mi esposo pues sus papás no tuvieron diabetes y él le dio así es de que...tengo otro mi cuñado pero que es de diferente mamá ese cuñado también tiene diabetes y bueno como a él le dio primero pensamos que sí de verdad lo había heredado porque a su mamá le dio diabetes. Pero, le dio mi esposo y su papá y su mamá no tenían y murieron así bien por eso le digo yo que no creo que se herede más bien por el mal habito de las comidas porque toma uno mucho dulce o por cólico eso si puede ser digo yo.

Rosaura comparte la opinión acerca de si puede heredarse o no:

Pues más que nada por el trabajo, por el estrés ya ve que cada cosa que pasa. Como a veces dicen que es hereditario pero a mis papás les dio después ya habíamos nacido nosotros no creo que se pueda dar así. Más bien por todo el estrés y preocupaciones y todo.

Es por ello que se inclinan a pensar que tanto las preocupaciones, una vida estresante, los corajes y también una mala alimentación pueden ser los causantes de la diabetes.

Don Emilio sugiere que una posible explicación para que la población de Zinacantán, sus conocidos, vecinos y amigos hoy por hoy se vuelva común el tener diabetes está asociada a las maneras en que se producen los alimentos.

Emilio:

Pues yo pienso que esta enfermedad es producto de la alimentación porque ¿de dónde viene? Sobre todo porque ya es puro crecimiento de los alimentos con puro químico. Ya puede uno comer uno un pollo en un mes y ya ni es pollo sólo porque tiene carne sino porque se dijera que está inflado. Y lo mismo pasa con todos los animales que uno consume y también ya las verduras ya no crecen por sí mismo sino que tiene que ser a través de fertilizantes y se imagina pues qué compuestos tendrán los fertilizantes pues no sabemos. Pienso yo que de ahí viene la enfermedad.

Pues posiblemente porque pues aquí es donde se usa mucho fertilizante por el producto de las flores y prácticamente se respira y no sé qué de manera, cómo le podría decir, de qué manera adquiere uno los prejuicios de los insecticidas que se utilizan.

Inclusive adentro de los invernaderos a veces crecen verduras y a veces uno lo come y pues también y pienso yo que sí. Lo mismo sucede en otras partes. Lo que pasa es que no sé si se consume más aquí o somos más descuidados pero yo pienso que no porque en todas partes hay estos enfermos.

(Entrevista realizada el 16 de octubre de 2011)

Apego al tratamiento médico, tratamientos alternos y nuevos cuidados.

No se le puede exigir a la familia que coma determinada cosa y yo otra cosa. Pues prácticamente tenemos que comer lo mismo y en ese sentido es que no se puede uno cuidar como se debe. Y también la familia ... le da no sé ver que yo me dediqué a comer sólo una cosa y ellos otra y entonces no se sienten bien.

Emilio.

Aunque ambos son beneficiarios del Instituto de Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las largas filas de espera, que a veces no tengan los medicamentos recetados o que les den otros que no son los adecuados son algunos de los factores por los que prefieren no atenderse ahí. Ambos fueron diagnosticados de diabetes con médicos particulares y en caso de sentirse mal recurren a médicos privados.

Cuando Emilio fue diagnosticado con diabetes el médico le recomendó la toma de las pastillas diarias y le encargó que no permitiera que le inyectaran insulina pues a él podía causarle mucho daño. Además le aconsejó modificar su dieta y realizar ejercicio.

Igualmente a Petrona le dieron una pastilla que debía tomar una vez al día, se le aconsejó que no dejara de comer ningún alimento pero que lo hiciera en menor cantidad y que ciertos productos como las cosas azucaradas y las grasas las consumiera muy esporádicamente.

Sin embargo las medidas indicadas por los médicos se fueron modificando con el tiempo en función de cómo, tanto Emilio como Petrona, se vayan sintiendo física y emocionalmente. Mientras que don Emilio al inicio dependía de hasta nueve pastillas por día para bajar su azúcar, poco a poco le fue bajando al consumo hasta que actualmente solo consume dos diarias, esto debido a que sus niveles de glucosa disminuyeron pero también al hecho de buscar otras alternativas y evitar tanta medicación. Petrona al contrario inició con una pastilla al día y en la actualidad recurre a dos diarias para nivelar su azúcar. Ambos compran las pastillas en las farmacias de “Similares” porque consideran que son económicas.

Cuando en un principio se le diagnosticó diabetes al señor, intentaron en el hogar cambiar la alimentación pero como los hijos sobretodo Rosaura y los nietos que pasan las tardes en la casa se solidarizaron y también modificaron su alimentación pues consideraban que era “feo” que comiera diferente. Don Emilio a su vez sintió “feo” que su familia tuviera que cambiar de hábitos para apoyarlo por lo que pronto regresaron a la dieta acostumbrada. En este sentido no dejó de consumir casi ningún alimento, más bien los consume más esporádicamente y en menor cantidad, y sólo cuando se descompensa y siente por los dolores de cabeza o el cansancio extremo que se le subió el azúcar “afloja un poco” la dieta y come menos grasa o dejan de tomar refresco.

Los compromisos sociales que el señor Emilio continua teniendo no le permiten dejar de asistir a reuniones y fiestas en donde sí consume más alimentos y bebidas de lo que debería porque se le ofrecen, porque se le antoja y como dice “se desmanda” pero aprendió que si se toma su pastilla se nivela su azúcar aún comiendo y bebiendo de más.

En cuanto a la ingesta diaria de refresco, el señor Emilio no ha podido dejarlo, diariamente toma refresco pero en vez de tomar la versión normal, la sustituyó por la *light* porque piensa que le afecta menos. Se mantiene tranquilo y considera que la grasa y los azúcares es lo que daña su salud y según le dijo un médico la diabetes no mata sino el colesterol y las complicaciones. Es decir Emilio aprendió a auto nivelar su glucosa, y ha combinado mediante la experiencia las recomendaciones médicas pero ajustándolas a sus necesidades; tanto los alimentos como las pastillas las toma de acuerdo a cómo se vaya sintiendo.

En cambio, cuando Petrona fue diagnosticada con diabetes dejó de comer muchos alimentos pero esto le hizo sentirse aún más deprimida y preocupada por ello Rosaura la animaba para que comiera de todo y probara al igual que todos la comida.

Rosaura: Le empezamos a decir que no dejara de comer lo que quería, claro no en mucha cantidad pero que lo comiera pues para que no se sintiera. El doctor ya ve, que no puede comer esto, que no puede comer el otro y ay dios más se deprime uno, más se enferma uno, como que ya tiene uno eso en la cabeza y por eso más se enferma uno. Pero ya no gracias a dios ya fue agarrando ánimo y ahorita está tranquila como le digo come de todo.
(Entrevista realizada el 09 de octubre de 2011)

Paulatinamente se fue animando a comer de todo pero eso sí en poquita cantidad o de vez en cuando, lo que también hizo que se recuperara de la depresión. Finalmente siguen consumiendo los mismos alimentos que anterior al diagnóstico consumían, sólo que la carne de puerco y las comidas más grasosas no son continuas y si llega a consumir refresco lo hace sólo para “bajar su comida”, pero no de manera habitual como su esposo, sólo de vez en cuando. De igual manera Petrona ajustó las indicaciones médicas a su particular caso con la finalidad de llevar un control pero evitando situaciones que la depriman.

En este como en otros casos me he dado cuenta a partir de las entrevistas que uno de los temas que causan tensiones, dificultades y preocupaciones en el hogar en general es el tema de la dieta adecuada, el hecho de que ya no se puedan comer los alimentos a los que estaban acostumbrados, el hecho de que uno o más de los integrantes tenga que comer de manera diferente al resto, de tener cuidado de no antojarle los alimentos “prohibidos” etc., en donde se tiene que replantear la alimentación en el hogar son factores que causan inestabilidad y este fue también el motivo de más preocupación para Rosaura:

Pues me sentí mal porque dije yo y es que como casi por lo regular los doctores te dicen es que no puedes comer esto, no puedes comer el otro y a ti se te antoja comer esto y sabes que tus papás no pueden se siente feo.

En este caso uno pudiera pensar que sería un ajuste más sencillo porque ambos, Emilio y Petrona, comparten una dieta similar. Pero en realidad después de los primeros intentos por omitir ciertos alimentos de la dieta como la carne, los refrescos, el café entre otros como se les había indicado concluyeron con la finalidad de que no se deprimieran por aquello que no pueden comer o por la incomodidad de que los demás familiares comieran distinto en readecuar su alimentación sólo parcialmente. El apego a la dieta indicada se puso en práctica durante un lapso de prueba, sin embargo al no ajustarse a la misma los demás integrantes del hogar se opto por volver a los antiguos patrones de dieta.

En cuanto a la práctica de actividad física, elemento que no cambió en nada su cotidiano, pues entre los compromisos sociales y de trabajo; las actividades diarias en el hogar ya se mantienen en constante movimiento por ello consideran que no es necesario salir a caminar como les recomendaron, pues ya realizan bastante ejercicio diariamente. Sin embargo la práctica de ejercicio para don Emilio si es un factor que contribuyó a guardar la salud. Él relaciona que los 18 años en los que trabajó en un cerro al que para llegar tenía que caminar largas distancias diariamente, le ayudó para que actualmente se conserve mejor de salud.

Aunque como primer recurso de atención acudieron al médico alópata, buscaron opciones también en la medicina “tradicional”. Ya con el diagnóstico de diabetes acudieron a un curador que conocían para que les recomendara algo. El curador los limpió con huevo y al parecer ahí se dio cuenta que el diagnóstico estaba en lo correcto, tenían diabetes y para curarla les recetó que bebieran diariamente una yerba en té.

Ya son varios años que toman el té y no se les ha quitado la diabetes como dijo el curador, así que ya no guardan esperanzas de ello pero continúan con el tratamiento a base de tés porque se han dado cuenta que se sienten mejor tomando la pastilla y el té.

Rosaura:

Aparte de las pastillas, pues están tomando yerbas naturales y ellos las ponen a hervir. Eso toman y están bien o sea lo tienen controlado no están tan mal.

Emilio:

(Acerca de otras búsquedas de atención)

No. Prácticamente no. En religiosos no lo que si me aconsejaron es que yo tomara yerbas y los que se mencionan mucho que es bueno para la diabetes. Si eso sí lo he tomado cosas amargas como el famoso Nim que dicen que es muy bueno para la diabetes, la cola de perro no se como le llaman, se da mucho por acá otra que es una yerba muy amarga, la verbena creo es lo que he tomado.

Y últimamente he tomado otra yerba que no es amarga pero tal parece que lo está controlando un poco mejor, porque desde que empecé a tomar ya no ha rebasado los 300 y lo tomo junto con la pastilla.

Muchos les ha hecho bien las otras yerbas que le mencione les ha controlado bastante bien pero pues como dicen que el cuerpo no es igual en todas las personas y tampoco la diabetes es igual hay como dos o tres tipos según. Entonces lo que le haya uno tocado es lo que se necesita uno ponerle.

No sólo continuaron la recomendación del curador sino que sus conocidos les han ido mencionando otras yerbas que tomadas en té nivelan la glucosa. Ambos consideran que los medicamentos a la vez que les ayudan a bajar el azúcar, dañan otros órganos y prefieren seguir buscando opciones para sustituirlas parcial o totalmente. Por ello a lo largo de su experiencia han ido incorporando nuevos elementos como las infusiones y disminuyendo otros, como las pastillas, siempre en función de cómo se vayan sintiendo con cada medida. También piensa que hay envidia de saberes, porque según el señor Emilio hay personas que conocen yerbas para controlarse pero por la envidia no dicen a los semejantes qué yerbas son esas.

Otra manera de cuidarse que no se les explicó en el discurso médico fue el tratar de no tener ni cólicos, ni preocupaciones pero también alegrías; han notado que cuando tienen un cólico inmediatamente empiezan con los malestares, por ello tratan de llevar la vida sin muchas preocupaciones como una medida para prevenir y cuidar su salud en especial en relación con la diabetes.

En síntesis, los cambios que han tenido como consecuencia de cuidar los niveles de azúcar han sido más la inclusión de nuevos elementos (pastillas y tés), que de excluir, por ejemplo, los alimentos y han ido aprendiendo con su propia experiencia lo que les hace sentirse bien y mal, lo que refleja que tienen un conocimiento de la enfermedad y de su cuerpo y así un mejor manejo y cuidado de su salud. Los factores que han determinado que se apeguen o no al tratamiento, son por un lado la solidaridad y apoyo al interior del grupo doméstico en cuanto a la dieta y la toma de medicación. Mientras que mencionan que los compromisos sociales como los del compadrazgo, fiestas y reuniones sociales son elementos que favorecen a que se interrumpan los cuidados.

El apoyo.

La manera en que se manifiesta el apoyo hacia Emilio y Petrona por parte de sus hijos es a través de los cuidados, el hecho de estar pendiente de qué comieron, si ya tomaron su medicación, cómo se sienten es decir es más un apoyo afectivo que económico. Sobre todo está al pendiente Rosaura porque pasa más tiempo con ellos.

Afortunadamente no se ha dado la situación de que tengan una complicación o un problema de dimensiones más grandes, pero consideran que si fuera el caso, tanto los hermanos y hermanas de Emilio y Petrona apoyarían en lo que fuera necesario.

Por otro lado, los amigos y conocidos del matrimonio que tienen diabetes o algún familiar con diabetes, les brindan orientaciones, consejos, opiniones. Es con ellos con quienes comparten sus experiencias y conocimientos relacionado a la diabetes.

Complicaciones, problemas y preocupaciones.

Lo que tenga que suceder sucederá, ya estoy tranquilo no me preocupo. Porque si me preocupo a veces me dicen mata más la preocupación que la enfermedad, entonces ahí la llevo tranquilo....

Emilio.

Las preocupaciones en este caso tienen un papel en primer plano, ya que de acuerdo con los entrevistados, este es un motivo fundamental por el que se adquieren las enfermedades. Como ya mencioné, la señora relaciona como causante de su diabetes las preocupaciones acumuladas. En el caso de la diabetes el hecho de estar preocupando por evitar ciertos alimentos, por las complicaciones que se pueden tener en un futuro, en vez de ayudar a mantenerse saludable, contribuye a que la tristeza, la angustia lleguen y se empeore el estado de salud, por ello las narrativas muestran que parte de conservar la salud está en evitar las preocupaciones y es más no sólo son las preocupaciones un factor negativo sino otras emociones y así lo expresa don Emilio.

Emilio: Eso si es de ley, de que afecta. Cualquier preocupación afecta siempre. No sólo la alimentación sino el enojo, inclusive también la alegría también lo hace subir. Pero ya me acostumbré ya le tomé la medida a la enfermedad. Ya no me preocupo.
(Entrevista realizada el 16 de octubre de 2011).

3.2.3. La experiencia de Isabel curadora.

A la señora Isabel también la conocí gracias a la búsqueda de otra persona. La señora que inicialmente buscaba no estuvo en las ocasiones en que visité su hogar. Los vecinos en cambio me comentaron que si mi intención era conocer personas diabéticas, algunas calles más

arriba vivía una señora que tenía diabetes e incluso ya “hasta le habían cortado su pie” por la enfermedad, por ello fui a visitarla a su hogar.

Si bien desde la primera ocasión que fui a su casa pude conocer a la señora Isabel y presentarme con ella, me costó trabajo lograr la entrevista con ella pues siempre que llegaba hablaba un poco y después argumentaba que se tenía que ir porque tenía compromisos en otras partes. Cierto que también varias veces que me encontré en su hogar llegaba gente a buscarla al parecer iban en busca de su atención como curadora “tradicional”. Por ello cuando por fin tuvo la gentileza de dedicarme un poco de su tiempo, aproveché para realizar la entrevista, misma que realicé en una sesión que intenté aprovechar y alargar el mayor tiempo posible. Aunque la señora habla castellano, no lo hace fluidamente, lo que también influyó en que no se pudiera profundizar más detalladamente sobre algunos puntos.

La señora Isabel vive con su esposo y sus tres hijos varones de 18, 15 y 12 años de edad, pero en su caso sólo logré entrevistarla a ella, ya que su esposo siempre estaba trabajando y su hijo mayor no quiso hablar de ello.

La señora Isabel es originaria de Zinacantán y tiene 51 años de edad, su casa está a diez cuadras aproximadamente de la presidencia municipal. A lo largo de su vida se ha dedicado tanto al hogar y el cuidado de sus hijos como a curar a la gente.

Ya tiene 30 años de que cura. Según ella, Dios le dio este regalo de saber curar a las personas. Recuerda que supo que podía curar a través de un sueño donde se le reveló el señor de Esquipulas. En esos sueños además fue aprendiendo qué remedio cura cada enfermedad.³² La importancia que tiene los sueños para los zinacantecos ha sido registrada en trabajos como el de Laughling y Karasik (1992)³³ donde se muestra el peso que tienen los mismos en la vida cotidiana, pues son interpretados como un vínculo con lo sobrenatural.

³²Los sueños son una parte fundamental en el inicio de aquellas personas que están destinadas a curar ya que esta capacidad se les revela mediante los sueños. Se le revela en sueños y a partir de ese momento debe de cumplir con su deber de curar, de no hacerlo queda expuesto a que enferme o algo malo le pase. En ocasiones los curadores pueden interpretar los sueños de las personas a tratar para ver de dónde proviene el mal y como quitarlo.

³³ “Es la realidad interior la que motiva, explica y aclara los eventos azarosos e irracionales de nuestras vidas. Debe haber una razón para la enfermedad, la pobreza y la muerte, para todos aquellos sucesos desagradables que traen tristeza a nuestros corazones. Los motivos no se encuentran “en la superficie de la tierra” sino en el “alma”. Los sueños son el medio para “ver en nuestra alma”. ” (Laughlin y Kárasik, 1992: 19).

La manera en que ella mira la enfermedad es pulsando,³⁴ pulsa para saber la enfermedad y mira sus caras para conocer sus delitos.³⁵ A Isabel no sólo la buscan las personas de la cabecera y de los parajes, también la buscan de lugares más lejanos e incluso dice, han llegado desde Chetumal para que los cure. Esto resalta el rol social que cómo curadora desempeña y que va más allá de los límites del municipio, pues como ella comenta sus servicios son solicitados por la gente de otros estados.

Algunas de las enfermedades que sabe curar son el espanto³⁶, que sueña mucho, la calentura, el dolor de cabeza, la irregularidad de la regla entre otros. En su conocimiento mantiene muy presentes las categorías frío-calor para curar a las personas, algunos malestares, cuenta necesitan de remedios calientes mientras que otros necesitan lo contrario.

Isabel:

Voy a mirar cómo está, si está quebrado su estomago, lo voy a juntar con pomada de caliente, cuando que estamos caliente te voy a dar la yerba frío. Ni frio ni caliente quiere la gente, medio no más. Porque si tienes calentura y te vamos a dar caliente se va a morir; cuando hay frío se va hinchar su pie y te va a dar frío más va a hinchar, si pues.

Por eso que vienen las gentes de aquí porque no hay más de médicos así. Hay médicos pero no le importa nada si va a dar frío o va a dar caliente. (Fragmento de entrevista a Isabel, entrevista realizada el 31 de octubre de 2011)

Una vez que conoce lo que tiene, les pone su vela, reza y si es necesario les da su medicina que en este caso son yerbas. Al interior de la casa de Isabel en la primera pieza colocó su altar con las figuras de santos como el señor de Esquipulas, la virgen de Guadalupe y la virgen de Candelaria. Es común que en las casas la gente coloque sus altares que en ocasiones ocupan todo un cuarto y que se mantienen llenos de color y de luz debido a las ofrendas de flores y velas que se les ponen. Pero la señora Isabel es más cuidadosa y celosa con el suyo,

³⁴La pulsación es una de las maneras más usadas por los médicos tradicionales tsotsiles para conocer la enfermedad. Se le llama así porque consiste en tomar y sentir con los dedos el pulso de la persona enferma y dependiendo de cómo sea el pulso pueden determinar cuál es la enfermedad.

³⁵ Se refiere con delitos a las faltas que haya tenido ya sea con su comunidad o con su familia. Como se ha mencionado en capítulos anteriores en este contexto las enfermedades se relacionan directamente con otros elementos sociales y sobrenaturales.

³⁶El espanto o susto es uno de los padecimientos más comunes en esta zona causada por una grande y repentina impresión. Ya sea por una caída, accidentes, encuentros con animales peligrosos, sucesos violentos etc...la persona experimenta una serie de malestares que urgen a que sea atendido lo más inmediato a la impresión.

pues a mí sólo se me permitió verlo después de varias visitas y como un suceso privilegiado, no sin antes la recomendación previa de no sacar fotos.

De los primeros indicios de la diabetes, el diagnóstico, control y cuidados.

Más antes, antes estoy gorda. Cuando lo miro ya mañana o pasado estoy en mis huesos ya.

Isabel.

Isabel fue diagnosticada con diabetes tipo 2 hace casi 20 años aproximadamente. Ella no sospechaba de la diabetes ni conocía esa enfermedad, no tenía antecedentes cercanos porque ninguno de sus familiares tuvo o tiene diabetes, tampoco recuerda tener algún malestar, lo único que sí notó es que bajó de peso rápidamente. Su diagnóstico representó para ella y su familia un hecho sorprendente y difícil de aceptar puesto que no tenían antecedentes directos de la enfermedad y las sospechas de la misma eran nulas.

Ella asocia que le haya dado diabetes con los cólicos como la causa. Reconoce que se enoja todo el tiempo por cualquier cosa, los corajes son parte diaria de su vida y aunque sus hijos y esposo le han aconsejado que no sea tan enojona, dice que no lo puede evitar. Isabel considera que no sólo los cólicos pueden ser la causa de la diabetes, en algunos casos también las tristezas o las alegrías pueden ser factores que la detonen.

Cuando le diagnosticaron diabetes, la doctora le recomendó unas pastillas que hasta la fecha de la entrevista dijo seguir tomando diariamente dos veces. También le recomendó que cambiara su dieta, si bien este punto no quedó claro en la entrevista, se puede entender que los cambios que realizó en su dieta fueron consecuencia de las complicaciones de la diabetes, probablemente si no hubiera experimentado alguna complicación seguiría consumiendo alimentos que no debería.

Actualmente dejó de consumir definitivamente el refresco, el café, la carne de puerco y el pollo de granja. En sus comidas consume agua natural, huevos, frijoles y verduras acompañados de tortillas. Isabel mantuvo durante mucho tiempo una relación directa con el consumo de refresco, primero porque en su hogar antes los vendía para apoyarse económicamente y al tenerlos a la mano recuerda que bebía cuatro a cinco refrescos al día; segundo porque el saber curar implicaba la presencia de refrescos, ella no consumía posh y cuando la buscaban para curar alguien, acostumbran ofrecer al curador alguna bebida, en ocasiones es posh pero como Isabel no quería tomar alcohol lo sustituía por refresco.

Isabel:

(Acerca del consumo de refresco)

No, no ni lo quiera dios por eso sano mi pie, ya no tomo refresco aunque si hay fiesta, pero no voy a tomar.

(Cuando acude a curar a la gente)

No, no, te voy a pedir agua. Donde me voy a ir de casa en casa pura agua ya.

Ni lo quiera dios y María santísima no va a podrir otra vez. Por si acaso. Así lo dice el doctor por si acaso que no te dejes el refresco otra vez se va a podrir tu pie y te vas a dejar refresco poco a poco te va sanar, así lo dice el doctor. Por eso no quiero tomar ya aunque sea.

Lo cortaron mi dedito tiene como un año todavía y después de eso ya no refresco.

(Consumo de refresco antes de que le cortaran el dedo)

Ay Dios, va acabar 4,5 en el día pero puro de coca cuando lo enferme mi pie ora lo dejo pero qué va hacer si ya no hay mi dedo.

Si bien sigue curando y ayudando a las personas, dice que cuando llega a la casa pide agua, sólo agua incluso si la invitan a una fiesta tampoco consume refresco y ahora les aconseja a sus hijos que no tomen tanto refresco porque les puede traer consecuencias a futuro aunque sus hijos no le hacen caso. Isabel entonces manifestó apearse al tratamiento lo más que puede con la intención de no tener más complicaciones, pero también añadió la toma de infusiones como una manera de complementar los cuidados. Uno de los factores determinantes para que ella siguiera el tratamiento fue la desafortunada pérdida de su dedo, pues es a partir de ello se ve en la necesidad de no ponerse en riesgo nuevamente y decide llevar las indicaciones médicas como se las indicaron y además buscar otros remedios alternos.

Qué sabe acerca de la diabetes.

Cuando que estamos contentos uno no sirve, cuando que estamos triste no sirve, saber qué cosa quiere la enfermedad. Sólo de panteón ya.

Isabel.

La señora no tenía antecedentes directos de personas allegadas y/o familiares que fueran diagnosticadas con diabetes pero sí había escuchado de conocidos que tenían diabetes. En su rol como curadora no sabe cómo se puede diagnosticar. Sin embargo a través de su experiencia de vivir con diabetes ha ido conociendo y aprendiendo formas alternas a las alópatas para cuidarse.

De acuerdo a Isabel hay tres tipos de diabetes: la roja, la negra y la blanca y a la vez no afirma que sí sean tres tipos pues se muestra incrédula en el discurso. Las identifica así porque

la blanca es un tipo de diabetes que se sabe, se tiene porque no se acaba la persona tan rápido, en ese sentido es la “mejor” de las tres. La diabetes roja es más agresiva que la blanca y finalmente la negra es la que en poco tiempo conduce a la muerte a quien la padezca.³⁷

Como ella ya tiene mucho tiempo de tener diabetes piensa que le tocó la blanca y por eso ha aguantado ya bastante tiempo. No sabe exactamente porqué da la diabetes, pero el discurso médico le dijo que puede ser hereditario y que en un futuro sus hijos podría presentar diabetes aunque no es seguro. Por ello recomienda a sus hijos que tomen poco refresco para que no les pase lo que a ella.

De su experiencia propia y de personas conocidas sabe que la diabetes puede también darse cuando uno tiene mucho cólico como en su caso, pero también si se tiene una alegría o susto fuerte.

Igualmente asegura basada en las experiencias ya sea de personas conocidas que han tenido o tienen diabetes o por los comentarios que escucha que la diabetes ya no se cura, se quita sí pero sólo en el panteón dice:

Cuando las personas comen mucho, mucho van agarrar diabetes, cuando no comen igual van agarrar la diabetes, si se está contento también y si se está triste o con cólico igual.
(Isabel entrevista realizada el 31 de octubre de 2011)

Complicaciones asociadas a la azúcar.

Si pobre mi pie. Lo podré así y lo podré todo hasta aquí, pobre mi esposo va a sacar agua, sangre, [del pie] madre santísima.

Isabel.

Doña Isabel cuenta que hace tiempo sin golpearse ni alguna otra cosa, uno de sus pies se empezó a pudrir, al ver lo que le estaba pasando, acudió más adelante de San Andrés Larrainzar a que la revisara un doctor. El médico le dio medicamentos pero no le “cayo bien” el medicamento al contrario se le pudrió aún más su pie. Isabel recuerda que estuvo un año y siete meses sin poder caminar, en cama a causa de ello, su esposo le exprimía el pie y le sacaba agua y sangre.

³⁷ En este punto Isabel recuerda el caso de un señor en Navenchouc que al cabo de un año de tener diabetes falleció, tenía diabetes negra.

Isabel:

Ay si me dio medicamento (el doctor) pero lo podrió. Pero ay dios mío, parado mi hueso. Por eso que me perdone dios pero no le quiero ver su cara del doctor.

Lo busqué solito (se refiere a las yerbas que la sanaron), lo miré, ay yerbas sólo que ya no hay ya y con su flor y revuelto con el de verbena y lo lavo, lo lavo y con sábila. Cuando me va acabar de lavar ya está seco, ya me voy a secar con el trapito y después me voy a poner sábila. Bueno y sana, mi sana y me pone mi vela, bueno nueve veces mi vela la pone aquí en la virgen y con eso sano.

Estoy en la cama año y siete meses por el pie. No podía caminar, lo va abrazar mi hijito cuando me voy a ir al baño por los tres mis hijitos me voy a salir pero ni puedo andar por diosito santo. Ora ya gracias a dios y María santísima sano por mi solita. Pero ni doctor nada, nada. Mas antes lo hincho, hincho así y buscaron una pomada de... parece que de ajo y lo paro mi pie, lo paro así es mi hijito lo junto y míralo mi pie.

(Entrevista realizada el 31 de octubre de 2011)

Durante este periodo menciona que sufrió mucho porque no podía realizar sus actividades cotidianas, no podía atender su hogar, a sus hijos y esposo, no podía curar a la gente que la solicitaba. Para sus hijos y su esposo también fue un período difícil estaban tristes y preocupados de verla que no podía caminar y que su pie no mostraba signos de mejorar.

Isabel se deprimió, se pudo triste todos los días, ya no quería comer, ni tampoco quería saber de nada y su esposo durante este período estuvo tomando mucho alcohol a causa de que ella estaba enferma, ya que cuando ella sanó de su pie él dejó de tomar.

Su pie continuó pudriéndose hasta que desafortunadamente una doctora le cortó dos de sus dedos. Desde ese momento desconfía mucho de los doctores, pues Isabel relaciona directamente que le hayan cortado su pie con la atención y los medicamentos que le dio el doctor.

Como relata en el fragmento anterior, Isabel afirma por el contrario que la medida para que no se continuara pudriendo su pie la encontró ella misma en solitario. Desafortunadamente con sus dedos ya nada podía hacerse, pero se evitó que se siguiera pudriendo más.

Afortunadamente ya puede caminar, ver a la gente para curarla, a veces le duele y le arde su pie e incluso dice que el dolor le sube hasta la cabeza. Cuando el dolor se le sube a la cabeza se toma un vaso chiquito de té y se sigue lavando con las yerbas y se siente mejor.

Isabel: Lastima a saber donde está mi hueso, ora ya no quiero ya. Mi esposo a saber onde está guardado, lo voy a llevar en el panteón ya. Ora ya no lo quiere dejar. Me voy a preguntar onde está mi hueso.

¡Para qué, déjalo! No quiere dejar a mirar.

Porque me llora mucho, me da triste, estoy viva, todavía y ay está mi hueso ya ay no.

(Isabel fragmento de entrevista realizada el 31 de octubre de 2011)

Al parecer el hecho de que le hayan amputado sus dos dedos fue algo que la hizo conocida por los demás, incluso me comentó que en ocasiones la gente le pide ver su dedo. A ella le parece que algunas personas preguntan con todo su corazón pero que hay personas que sólo quieren mirar su pie para reírse, lo que la pone triste cada que ve su dedo.

Aunado a la pérdida de su dos dedos, Isabel tiene como complicación la disminución de su vista. Se ha dado cuenta que ya no ve bien los caminos, por lo que anda lo que le ha desfavorecido que realice sus actividades y su calidad de vida.

El Apoyo

Isabel dice que no tiene más que un hermano que vive en el municipio pero retirado, por ello no lo ve, no tiene más familiares que la apoyen más que su esposo y sus hijos tanto en la vida diaria como con su enfermedad, por ejemplo en el suceso del pie en el que tuvieron que apoyarla. En este periodo el apoyo era tanto económico, como de cuidados y sobretodo afectivo.

También en ese periodo tuvo mucha ayuda de una de sus comadres que le lavaba su ropa, le barría su casa y le echaba sus tortillas. El hijo de esta misma comadre tiene un trato con la señora Isabel como de una madre, la pasa a visitar y le pregunta cómo está, le regala dinero, le lleva comida, etc.

Conflictos en casa y preocupaciones.

Aunque en esta narrativa no salieron a la luz conflictos y problemas al interior del hogar sin que ello signifique que no existan, sino simplemente que en la narrativa de Isabel no surgieron.

Lo que sí se observa son las preocupaciones. A doña Isabel le preocupa tener dos hijos varones en edad de casarse sobre todo el de 18 años pero no tener los recursos económicos para poder pedirle una esposa.³⁸

El caso de que tenga tres varones también ha representado para ella una sobrecarga de trabajo ya que si tuviera una hija le ayudaría a las labores del hogar, a preparar la comida, etc., en cambio ella sola tiene que ocuparse de ellos.

³⁸En este contexto es importante contar con recursos económicos para poder ofrecer a los papás de la mujer que se quiera como futura esposa. El dinero se ocupa para llevar comida y bebida cuando se visita y se expresa la intención de casarse.

Relación como médica y la azúcar.

Isabel afirma que cuando las personas le dicen que han sido diagnosticadas con diabetes y ya nada se puede hacer para curarlas, ella les recomienda que tomen té con yerbas que ella conoce para que baje su azúcar. Como ya había mencionado Isabel no puede diagnosticarla porque no se escucha en la sangre.

3.2.4. Madre e hijo.

Continuando con mi búsqueda en este caso la del señor Marcelino quien sí está en la lista de los registrados y “controlados” que el centro de salud me proporciono. Preguntando entre la gente que me iba encontrando en mi camino logré ubicar su casa pero al llegar la primera vez no encontré a nadie. Sin embargo la vecina me contó que podía encontrar a la mamá del señor, la señora Dominga unas cuadras más adelante en dirección opuesta y que ella me podría decir cuándo podría encontrar a su hijo en casa.

Nuevamente preguntando entre las casas logré dar con la señora Dominga quien estaba en casa de otro de sus hijos. Me presenté y expliqué mis razones de visitar a la señora que en ese momento era acompañada por su nuera y sus nietas aunque dudo que les haya quedado del todo claro mis intenciones. Para mi asombro la señora Dominga también tiene diabetes 2, así que le planté igualmente conversar con ella acerca de la diabetes

Desde el primer momento que la conocí la señora Dominga se mostró muy dispuesta a compartir conmigo su experiencia así que por supuesto tampoco desaproveché la oportunidad que se me daba. Este primer encuentro fue el único que tuvimos en casa de su hijo José, las siguientes visitas fueron a la casa del señor Marcelino que conocí posteriormente.

La señora Dominga tiene 65 años de edad, nació, creció y ha vivido siempre ahí, en la cabecera municipal de Zinacantán. Se casó y tuvo cinco hijos, cuatro varones y una mujer. De ellos el esposo y su hijo menor ya fallecieron, el primero hace 25 años y el segundo en el 2009 hace dos años.

Con su difunto esposo la vida estuvo llena de sufrimientos y maltratos, golpes, gritos, insultos tanto para ella como para dos de sus hijos varones, los mayores. Su esposo era alcohólico, por lo que no tenía un trabajo estable y frecuentemente los dejaba desamparados, sin comer.

Dominga entonces mandaba a sus hijos a buscar en el campo yerba mora a pedir regaladas tortillas o a robar manzanas para poder alimentarse, así los vio crecer hasta que se casaron.

Su hijo mayor es Marcelino y también fue diagnosticado con diabetes 2. Marcelino es floricultor tiene 44 años de edad, vive en la cabecera junto con su esposa y sus tres hijos. Marcelino tiene cinco hijos, dos con su primera esposa y tres niños de 12, 9 y año y medio de edad con su actual esposa. Asegura tener diez años aproximados con la diabetes, entonces no queda claro el tiempo de la señora con la enfermedad pero ambos afirman que fue primero Marcelino el diagnosticado y dos años después la señora Dominga.

Dominga dice tener más de 10 años con la diabetes pero no recuerda exactamente hace cuánto fue que se sintió mal ni tampoco hace cuánto le dijeron el diagnóstico; su hijo Marcelino tiene más años con el diagnóstico que su mamá pero tampoco recuerda cuantos.

En este caso hice la entrevista a la señora Dominga y al señor Marcelino en varias sesiones todas se realizaron en el hogar.

De los primeros malestares, diagnóstico y auto diagnóstico.

Yo estaba yo buena, gorda, galana, bien gorda estaba yo. Después de una vez enflaqué ya cuando me duermo, como me lastimo mi huesos.

Dominga.

Doña Dominga recuerda que empezó con malestares de mucha sed y muchas ganas de orinar como nunca antes. Además como no tenía baño en ese entonces menciona que tenía que orinar en el piso pero en el piso quedaba una mancha blanca de su orina como si tuviera sal su orina. Se le antojaban también muchas frutas como el melón y la naranja que comía demasiado.

Debido a estos malestares decidió ir al médico donde le dijeron que tenía diabetes, recuerda que le pusieron unas inyecciones pero no supo de qué eran. Sin embargo con eso se le quitaron las ganas de comer la fruta y la continua sed y poco a poco las ganas de orinar disminuyeron. Le dieron a tomar diario pastillas pero no le funcionaron, no se sentía mejor así que continuo asistiendo al centro de salud para que le aplicaran la inyección.

En el caso de Marcelino menciona que se dio cuenta por sí mismo que tenía diabetes cuando empezó con mucha sed y ganas de orinar. Malestares que por los comentarios de sus conocidos sabía correspondían con la diabetes. Así recapitula los primeros malestares:

Marcelino:

Primero me pidió agua y agua y yo desgraciadamente no sabía si era azúcar lo que me iba a pegar porque estaba yo sentado en una banqueta por el cerrillo de San Cristóbal ahí agachado y de momentos vino la sed, era una mañana como las ocho o siete de la mañana era una sed, y sed y por qué será Dios mío qué comí dije yo todavía.

Después que me voy, no ve usted que hay aguas de sandía, de piña con hielo pues es lo que jui a tomar y eso es lo que tomé y fíjese usted que se empeoró, se empeoró, se empeoró pues tenía yo un encargo aquí en mi pueblo era yo patronato de obras de aquí pues fíjese usted que de ahí la verdad tenemos nuestra costumbre de traer la virgen de Ixtapa para pasar la fiesta aquí en agosto pues la mera verdad en el camino pues no hay ni baño ni nada tuve que llevar una bolsita de nylon y ahí hacer mi orinada y pues y bolsadas y bolsadas era como de 5 a 10 minutos la orinada.

(Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2011)

Marcelino ya conocía gente que había sido diagnosticada con diabetes y como él dice en Zinacantán hay un “chingo”, a la sazón ya había escuchado de los malestares que se tenían, de cómo se manifestaba. Cuando Marcelino empezó con la sed y las ganas de orinar en exceso dedujo por sí mismo que tenía azúcar y decidió comprar los medicamentos adecuados en la farmacia de “Similares” sin que le confirmara la sospecha algún médico.

La señora Dominga no creía que su hijo tuviera diabetes. Al inicio le decía cómo vas a tener si ni grasa tienes, ni azúcar y tampoco imaginó que a ella le pudieran diagnosticar diabetes también. Y ahora se da cuenta que aunque se enfermó después, se acabó primero, ya no camina, casi no ve y se siente cada vez más desmejorada.

Cuando el señor Marcelino se da cuenta que tiene diabetes aún vivía con su primera esposa y recuerda que ni él ni su esposa en aquel entonces le dieron importancia al hecho de que estuviera enfermo mientras que su mamá como ya dije tampoco creía que estuviera enfermo.

Qué piensan – sienten del azúcar.

Dice que es maldad dice. Quién sabe. Me rezo y me puso mi vela.

Dominga.

Cuando en un primer momento le pregunté a la señora porqué piensa que ella tiene esa enfermedad, lo adjudicó a una acumulación de espantos y se referiría a la vida de maltratos que tuvo al lado de su esposo, los cuales fueron constantes e incluso la suegra alentaba al

difunto marido para que la maltratara. Su vida en matrimonio no fue agradable, además tenía que soportar hambre y golpes. Dominga considera que su vida fue una vida llena de espantos que finalmente se manifestaron en la enfermedad.

Dominga:

Ay mamacita eso sí espanto madre santísima. No me está usted sabiendo cómo está mi vida, viera como mi marido me quitaba la nagua, me paraba allá afuera, me corría.

Si hay Dios yo con mi marido pero eso sí es malo. Las patadas, los golpes, ay Dios nos volteaba, los pobres mis hijos estaban chiquitos los agarraba del copete, los jalaba y los levantaba porque quiere comer aunque sea en la noche... Como sufrieron pobres mis hijos.

Como sufrí yo demasiado, me ahorcaba, primero antes no se usaba el cincho, sino así como la faja que tenemos así se usaba y con ese me ahorcaba aquí de una vez me horco con el cincho estaba yo embarazada con el Marcelino es mi primer hijo.

Estaba sentada así y vino y me horco con el cincho yo no agarré el cincho aquí porque pensé que no me iba a morir pero no sé cómo me fui ya cuando me volví, sentada estaba yo en la mera puerta pero no sé cómo me fui, me decía él: despierta hija de tu puta madre sino te meto otra cachetada.

(Entrevista realizada el 18 de noviembre de 2011)

Sin embargo la segunda vez que le reiteré la pregunta (después de que me ha compartido la vida de sufrimiento), me comenta otra serie de sucesos más recientes y concretos. Resulta que estando en la casa de uno de sus hijos la fueron a buscar ya que ella sabe cocinar bien varios platillos como mole, asado y bistec. Entonces se fue a trabajar cocinando. Pero en ese comedor les daban de desayunar a las doce del día y sólo una pieza de pan, es decir se malpasaba su desayuno ya que ella estaba acostumbrada a comer temprano en su casa, con sus hijos. Fueron sólo unos meses lo que trabajó en el comedor pero de acuerdo a Dominga los necesarios para desencadenar la diabetes. A partir de esta etapa empezó con mucha sed y empezó a tomar tanto bastante agua como refresco para saciarla.

Una tercera explicación que se hace la señora Dominga es relacionar el azúcar con el hecho de que fue una mala madre, es decir, lo interpreta como un castigo. Considera esta tercera opción ya que uno de sus hijos, el menor falleció hace aproximadamente dos años a la edad de 20 años. La señora relata que su hijo padecía de ataques³⁹ y en consecuencia no logró tener una vida “normal”. Nunca se casó y no podía trabajar de manera formal pues no se sabía cuando le iban a dar los ataques. Este hijo menor era la compañía de la señora Dominga, con él comía, él le buscaba su leña así que prácticamente estaba a su cargo. Por ello cuando murió, Dominga se sintió en gran parte responsable de su muerte.

³⁹ Lo que se entiende como ataques epilépticos por la manera en que los describe pero sin lograr especificar a qué tipo de ataques se refería.

Dominga:

Me castiga porque yo tenía mi muchacho y es que dormía aquí adentro, como aquí bueno y como apesta mucho que según que yo no quiero; apesta mucho los orines que ahí en la cama y como yo no lo puedo levantar y no lo puedo cambiar es que tiene de ataque de allí entonces le dije a mi hijo sácalo afuera que duerma en la cocina, ahí que se duerma y le componemos su cama y ahí se durmió.

Por castigo de Dios por eso estoy ahorita mal o sea que por castigo de Dios o no sé porqué será así.

Se murió por hambre es que no hay quien lo mantiene de ahí cuando estoy buena, que veo que mi hijo no se aguanta que no se para, yo le hago su comida, le meto en su boca un gran vaso, su sopita, le doy sus comida, lo cambio, lo veo pero como no puedo, no lo veo. Cuando se murió en la mañana sí le di su comida todavía, ya en la tarde ya no quiso y cuando le vine agarrar las manos aquí ya está tieso de las manos hasta que lo llamé a mi comadre allá arriba.

[A la comadre] Venga usted un ratito ay que mi hijo es que no lo veo ay es que ya se murió...mi hijo él me llegaba a cargar mi leña cuando estaba bueno y digo ve a traer leña hijo, bueno a veces le da su ataque en el monte a veces, la otra vez se quebró su mano, la otra vez se cortó su mano.

(Entrevista realizada el 2 de diciembre de 2011)

Cuando Dominga recuerda la muerte de su hijo, lo hace con mucho dolor, angustia pero parece también con culpa pues se refiere a este desafortunado hecho como el que quizás le haya provocado que ahora este enferme, como si fuera una consecuencia de sus actos, un castigo.

Además del médico que le recetó tomar pastillas diario también buscó ayuda en una curadora en Navenchauc. La señora la pulsó y le diagnosticó maldad. Para contrarrestar la maldad le rezó, le puso su vela y le recomendó un litro de una bebida que le dio ya preparada a base de yerbas que además de caras, pues alcanzaban el valor de 1000 pesos cada litro, no le hicieron nada, no le funcionaron pues ella seguía con el azúcar alta.

También acudió con su comadre quien la animó para visitar a un médico espiritista en Tuxtla Gutiérrez quien también le dijo que tenía maldad y le recetó unos medicamentos, no recuerda cuáles eran pero igualmente no le funcionaron.

La experiencia que ha tenido con el azúcar aunado a las explicaciones que les han dado los médicos alópatas la llevan afirmar hoy que el azúcar ya no se cura, sólo se puede controlar. Ella no sabe si hay varios tipos de azúcar, ella dice que sólo tienen azúcar, nada más azúcar.

Marcelino tiene una visión más amplia de la enfermedad pues considera que la diabetes es una enfermedad que da no sólo en Zinacantán sino en toda la República y en varias partes. La relaciona con los cambios en la manera en que se producen los alimentos, es decir, el uso de fertilizantes y de agroquímicos para la producción de verduras, granos y frutas, así como el uso de productos en las carnes como una posible causa. Otra causa, afirma: es que no comas a tus

horas y te incomodas y después de un tiempo que ya hasta se te olvido que te incomodaste bebes refresco y de ahí te agarras la diabetes, pero continua, en realidad es que con el azúcar nunca sabes si te va apegar y cuándo.

En su caso concreto encuentra una explicación al porqué se le desencadenó la diabetes en una explicación de tipo emocional, donde un conjunto de conflictos se acumularon detonando en el azúcar. Los conflictos y sentimientos negativos los vivió al lado de su primera pareja sentimental. Marcelino relata que en aquella época vivía con su ahora ex esposa y la madre de ella, entonces uno de los motivos persistentes de conflictos es que su ex esposa le prestaba mucha atención a su mamá y no atendía a Marcelino como se “debe”, circunstancias que le provocaban mucho coraje, el cual se fue acumulando cada vez más hasta que no soportó más y se separó de ella. Los constantes conflictos al lado de su ex esposa sumados a una vida infantil de maltratos, golpes y hambre por parte de su padre llevan a considerar a Marcelino que son elementos que le provocan ahora las enfermedades, en concreto la diabetes.

Un elemento que no contempla el señor como probable causa de las enfermedades pero que sale a relucir en su relato es el alcoholismo. Si bien no precisa cuántos años tuvo este hábito, expresa que se convirtió en un problema en sus relaciones familiares. Varios años abusó de bebidas alcohólicas hasta que según dice, escuchó y atendió el consejo de su madre que constantemente le pedía que dejara de tomar. Ya son doce años que decidió dejar de tomar y desde entonces no ha probado el alcohol de nuevo. Lo que si no ha podido dejar, confiesa, es el cigarro.

Marcelino:

Eso si ya tiene doce años que dejé de probar el alcohol...tomaba yo pero desgraciadamente tuve un problema y ahí gracias a ella (su mamá) que me dijo mucho más antes, no hijo deja de tomar, el trago no sirve, tu papá murió de alcohol y tu vas a morir igual, no no quiero hijo. Tan siquiera tú valórame un poco ahorita que estoy en la tierra. De tanto y de tanto me puse aceptar y ahí estuve reflexionando que sí tenía razón y por eso estoy aquí en la tierra sino la verdad quien sabe si yo estuviera aquí o ahogado o no sé si estoy aquí.

Cuidados, tratamiento actual.

Marcelino primero compraba las pastillas para el azúcar en las farmacias de similares⁴⁰ y por cuenta propia pero nuevamente sus conocidos le comentaron que debería de ir al centro de salud a que le den sus medicamentos de manera gratuita así que empezó a ir y sí, se las dieron tanto para su mamá como para él.

⁴⁰Las farmacias de *Similares* es una cadena que ofrece medicamentos genéricos con precios más económicos que los de otras marcas.

El médico que lo atendió asimismo le recomendó que modificara su alimentación que consistía en evitar consumir refrescos, no pasarse de tres tortillas diarias y mejor si eran tostadas, no tomar café, ni pan y le hicieron ver la necesidad de que bajara de peso.

Sin embargo Marcelino prefiere retomar el consejo de un conocido diabético que ya falleció: mejor morir lleno y no de hambre, en correspondencia y siguiendo el consejo del conocido modificó sólo en parte su alimentación. Porque además reflexiona que si come como le indicaron los médicos, de qué va a venir su fuerza para trabajar y es que afirma que necesita trabajar duro para sacar a su familia adelante.

Marcelino:

Es que es muy diferente gente mestiza con gente indígena es diferente porque el trabajo que tiene el mestizo es más, como le diré más leve, no hace ejercicio, no suda, en cambio un campesino trabaja a golpe, suda, y tienes que tener el estomago lleno, si no lo tienes lleno de dónde vas a tener tu agilidad para trabajar. Yo eso digo y a veces, me dice la doctor que usted tiene que llevar su dieta, si pa que digo que no sí tengo que llevar mi dieta y pues a veces la verdad me propaso con otras cosas pero más que dice la enfermera que yo quiere que coma que ejotes con huevo o nopalitos o mi agua de Jamaica y la verdad a veces lo tomo y a veces no. No hay pues más que el agua del tubo, tomo de refresco coca –cola el *light*...

Como las entrevistas se realizaron en su casa de Marcelino observé que en una esquina del cuarto hay apiladas varias caja de refresco vacías. Le pregunté a qué se debe y me platica que antes tenía una tiendita en la casa factor que contribuía a que tomara mucho refresco. Actualmente sigue consumiéndolo pero en menor cantidad y en la versión *light*.

En ambas casas en las que se mantiene la señora Dominga tanto en la de su hijo José como en la de Marcelino, son las nueras las encargadas de preparar los alimentos para todos igual. En el hogar de Marcelino además de su esposa en ocasiones le ayuda en la preparación su hija mayor mientras ambos trabajan, Marcelino en el cultivo de las flores y su esposa vende artesanías textiles en San Cristóbal de las Casas. La alimentación no denota la diferencia del antes y después de la diabetes, pero en el caso de la señora Dominga sí se tienen más precauciones, no puede comer nada de irritantes (picante, café, grasas) porque su estomago es más delicado y constantemente tiene diarreas.

En cuanto a la recomendación médica de practicar ejercicio Marcelino considera que ya en su trabajo diario, en sus actividades cotidianas realiza la suficiente actividad y suda bastante por ello piensa que no es una necesidad extra.

El señor comentó que estuvo durante un tiempo tomando infusiones de té amargos también por recomendación de sus conocidos, pero él sentía que le hacía daño a su vista y por ello dejó de tomarlas. Así que actualmente sólo se cuida con la toma de las pastillas diarias.

Recaídas y complicaciones.

Las complicaciones asociadas a la presencia del azúcar han afectado a la señora Dominga. Desde hace 4 años empezó con la pérdida gradual de su vista y actualmente ha perdido gran parte de la visibilidad. Otra complicación que tiene es que no puede caminar de manera sólida, sus pies no la sostienen dice que los siente como de esponja, para trasladarse de un lugar a otro lo hace con ayuda de un bastón y muy lento. Estas características le significan incapacidades en su vida diaria pues no puede salir de su casa, a veces no puede ni trasladarse al baño.

El último percance que le ocurrió fue semanas antes de la entrevista que se cayó de la cama y se rompió su rodilla. Otra de las cosas que no tiene claro si es a causa de la diabetes o no es que no tiene retención de sus esfínteres sobretodo en las noches tiene una continua mala digestión, pero nunca ha estado hospitalizada.

En el caso de Marcelino en ocasiones tiene dolor en los huesos o en la parte de atrás de su cabeza sólo esa complicación manifestó en su cuerpo y la controla a veces dejándola pasar, a veces con pastillas. Sin embargo las complicaciones familiares son de otras dimensiones y las comento más adelante.

Marcelino también se ha dado cuenta de la disminución de su capacidad visual y últimamente se ha estado tratando con pastillas para la hipertensión.

Apoyo no apoyo, conflictos familiares.

La señora Dominga cuenta con el apoyo de sus dos hijos que se turnan un mes y un mes respectivamente para cuidarla. El apoyo es tanto económico, como de cuidados y atenciones. De los otros hijos de la señora uno vive muy cerca de ambos hermanos, a pocas cuadras pero no la visita, ni los apoya económicamente para los gastos de la señora. Uno más vive en San Cristóbal de las Casas y la visita de vez en cuando.

Mientras que la hija según cuenta la señora se niega a cuidarla, no la quiere ver porque se ensucia, porque no puede llegar al baño y no le quiere limpiar, no quiso hacerse cargo de ella y tampoco la apoya de ninguna manera.

Marcelino siente que la vida ha sido injusta con él, de pequeño fue uno de los hermanos a los que les tocó sufrir los golpes, gritos y maltratos de su padre, desde edad

temprana tuvo que trabajar para ayudar a su madre y mantener a sus hermanos más pequeños. Y ahora sólo uno de sus hermanos lo apoya con los cuidados de su mamá, lo que le parece injusto, le parece que su hermana al ser la única hija debe de cuidar a su madre que también es mujer. Sin embargo es la que más de desentendió del asunto. Por esta razón Marcelino le dijo que si no iba apoyar a su madre con los cuidados entonces también dejara el terreno que le habían dado, porque si quiere, el terreno debe de desquitarlo.

Marcelino:

Porque somos varios hijos de ella pero desgraciadamente no lo queremos ver. Tengo una hermana que es la menor de todos y como es mujer, ella la debería de cuidar a su madre, porque es su madre la debería de cuidar porque ustedes saben cómo son de mujeres, deben de lavarla y darle de comer porque es su madre.

Pues fíjese usted que a ella (a su hermana) le dieron su secundaria, terminó su secundaria y mira como la deja (a la señora Dominga).

Ora dicen que yo soy el malo, que soy el cabrón porque yo quiero quitarle el terreno, le dijimos si vas a dejar esto, a tu madre déjala pero también tu herencia la vas a tener que dejar porque es de ley porque tu quieres tener tu terreno, tienes que desquitarlo para cuidar a tu mamá y darle el alimento tan siquiera, pero ella no.

Porque la verdad nos cuesta para ver yo tuve que romper esa pared para que vaya al baño porque sino tiene que salir de aquí y se da la vuelta y ya no llega. Aún así no llega aquí quien sufre ahorita mi hijita.

Le digo hijita, si estoy o no estoy, si no trabajo, no comemos le digo, si no estoy haz el sacrificio ayúdala (a la señora Dominga) y ayúdame a mí también. Voy a trabajar en el campo, ustedes vienen de la escuela van a ver a su abuelita, pregunten si va a comer así es como nos estamos ayudando y así es como vivimos.

Ahorita estamos como que peleando (con la hermana), porqué peleando que por el terreno.

Yo como le digo, yo sufrí y sufrí y ella tiene su terrenito aquí al lado (su hermana) porque yo pensé que mi hermana no iba a dejar a su madre, porque yo pensé que lo que siente de amor y lo iba a ver a su mamá y no me lo dejó que porque se ensucia y ya no lo quiere lavar.

Me la deja parada allá atrás de su casa en donde vive que porque si es criatura.

La enfermedad no te va estar preguntando si eres criatura o eres mayor de edad. La enfermedad es una enfermedad, pero desgraciadamente tenemos gente que no sabemos pensar, no sabemos reaccionar cómo vamos a morir después bien o mal, no sabemos pero Dios juzga después se va arrepentir mi hermana de lo que está haciendo porque ella también es una madre porque fíjese usted.

Lo que aquí se hace aquí se paga, el infierno está aquí no está en el cielo como dicen. El infierno está aquí yo lo vi con mi papá que descansa en paz y que me perdone. Yo soy el mayor de todos, mi papá se llegó a enfermar de alcohol y se murió y quién sufre, yo.

Se murió, ¿quién sufrió? Yo. Se llegó a enfermar mi mamá ¿Quién lo cuida? Yo.

Como les digo yo, no se enojen, no te disgustes madre, a veces me desespero a veces me pongo a llorar de coraje porque el que sufre soy yo, yo, me dejan el paquete.

Hasta mi hermana cuando fue bebé le dieron de bautizar de volada porque ya se iba a morir el papá, viene el hermano (se refiere a él) busca trabajo, trae para el bautizo, lo mantiene el padrino en vez de que te lo agradezca sale con gritos. Yo como digo ya es mucho porque tengo que pagar el pato yo, los platos rotos.

No sé si usted se ha dado cuenta pero el mayor sufre más, el chiquito es el más consentido, el que más se debe de querer pero el que sufrió a patadas y chingadazos fui yo.
(Entrevista realizada el 09 de diciembre de 2011)

Tiempo atrás Marcelino le propuso a su hermana que juntaran el dinero que le dan de beca a su hija y del programa Oportunidades para que fueran construyendo su casa en el terrenito que le tocaba. Sin embargo dice que incluso su hermana desconfió de él pero finalmente aceptó y fueron juntando su dinero. Marcelino dice que les construyó unos cuartos que las ayudó para que lo asistieran a cuidar a la señora Dominga pero ese apoyo no fue correspondido. Razón por la cual Marcelino piensa que su hermana no merece quedarse con el terreno y rompieron la relación.

Cabe mencionar que cuando Marcelino se refiere a toda esta situación de mal agradecimiento de sus hermanos pero sobretodo de su hermana, su mamá está sentada escuchando al lado mío y sólo baja la cabeza, para mí es evidente que le entristece escuchar los conflictos que tienen los hermanos y no sentir el apoyo de sus otros hijos.

Así que en el cuidado de Dominga apoyan dos de sus hijos, las nueras, esposas de estos hijos, y la nieta mayor quien le lava y pasa tiempo con ella. Tanto económicamente como con cuidados ellos son el soporte de la señora. En el caso de Marcelino pues tiene el apoyo de su esposa y sus hijos, que lo apoyan con trabajo, apoyo en el trabajo y sobre todo con cuidados hacia él y hacia su madre.

En lo que respecta a los conflictos no sólo están las diferencias con los hermanos, Marcelino tiene conflictos con su ex esposa por el pago de la pensión para sus hijos aunque la mayor ya está casada aún él tiene que pagar la de su hijo de 15 años. El señor dice estar triste porque no lleva buena relación con los hijos de su primera unión, incluso me contó que su hijo lejos de saludarlo y hablarle, lo ha insultado cuando lo encuentra en la calle.

En síntesis los conflictos con su ex esposa, la relación con dos de sus hijos y el pago de la pensión son las principales preocupaciones actuales que tiene el señor.

3.3 Entrevistas a personas que comparten el grupo doméstico con diagnosticados diabéticos.

En este apartado expongo los casos de aquellas personas cercanas, que conviven a diario con algún familiar diagnosticado con azúcar. En estos casos no recuperé la visión de las

personas diagnosticadas con diabetes sino de algún allegado. La perspectiva, la experiencia de tener y vivir con alguien cercano al que le hayan diagnosticado azúcar da luz sobre de qué manera estos son afectados, en qué grado están involucrados, cómo viven la diabetes sin tenerla en su cuerpo pero sin dejar de experimentarla.

3.3.1. Mi esposo tiene diabetes.

A continuación presento el caso de la señora Rosario a cuyo esposo le diagnosticaron diabetes 2. Conocí a Rosario cuando buscaba al señor Luis quien está registrado en el centro de salud del municipio, ahí lleva su control. Al señor Luis no lo conocí, pero en su búsqueda me encontré con la señora Rosario quien es cuñada de Luis y cuyo esposo también tiene diabetes. En mis constantes visitas a la casa de la señora Rosario tampoco logré encontrar a su esposo el señor Miguel, pero Rosario me compartió su experiencia.

La casa de la señora Rosario se ubica a cuatro cuadras del centro de salud, si bien al señor Miguel no logré conocerlo, su esposa siempre se encontraba en su hogar porque además de cuidar a su hijos, tiene en su hogar la venta de artesanías textiles que elaboraran ella, sus hermanas y algunas de sus cuñadas, así que todos los días desde temprano abre las puertas del patio de su casa para esperar pacientemente a los visitantes, turistas y demás curiosos mientras que su esposo trabaja como taxista.

Rosario me platicó que tanto su esposo como ella son originarios de Zinacantán, se unieron hace 20 años y tuvieron cinco hijos. Su hija mayor ya está casada así que vive con su esposo cerca de su casa, mientras que sus demás hijos tienen 16, 13, 10 y 7 años de edad.

Malestares iniciales, diagnóstico de diabetes y posibles causas.

Es que tuvo un accidente y se espanto. Pero ya tenía casi un mes que se espantó él, de un miedo, pero para saber, estaba comiendo feliz ya cuando vino a ver ya se sentía muy mal.

Rosario.

Rosario recuerda que a su esposo le diagnosticaron azúcar en el 2007, es decir hace cinco años. El diagnóstico se lo dieron con un médico particular en San Cristóbal de las Casas, en esa ocasión tenía en más de 600 su glucosa.

Rosario:

Se sentía muy mal. Ya se sentía muy mal porque ya se sentía casi caerse, ya se caía ya del dolor de los huesos, de tomar agua porque no sabíamos que cosa era sólo que orine, orine y orine estaba y tomar agua y agua pero para saber, no sabíamos ya cuando fuimos ya se sentía muy mal.

Yo me siento muy mal, dice y entonces fue (fue) al doctor y es en donde le dijeron que estaba diabetes porque estaba en seiscientos y tanto , había subido bastante...

Como menciona Rosario, el señor Miguel empezó con muchas ganas de orinar y de tomar agua, con mucha sed pero también se quejaba de dolores de huesos muy fuertes. Con estos malestares estuvo un mes antes de irse a revisar con el médico. Al parecer los dolores que sentía eran fuertes porque se caía del dolor y decía expresiones como que ya se iba a morir.

Los motivos por los cuales piensa la señora Rosario que su esposo desencadenó la diabetes lo adjudica a que en el año 2007 tuvo un accidente automovilístico, suceso que le provocó un gran espanto, un tremendo susto y en consecuencia empezaron los malestares de la diabetes. Pero además señala que en ese tiempo su esposo era gordo pesaba casi 90 kilos, después adelgazó muy rápido pues piensa la obesidad también contribuyó a que se desarrollara la diabetes.

Tratamiento recomendado y cuidados adoptados.

El médico le indicó la toma de pastillas diarias para controlar su glucosa. Sin embargo como dice su esposa, no siguió la recomendación. Cuando se siente bien no toma los medicamentos y pasan dos o tres días sin novedad, pero cuando ya se siente mal, se come la pastilla y la quiebra en su boca, sin agua porque quiere que se le baje rápido.

Cuando Rosario se enteró que su esposo tenía diabetes no se preocupó ni se sintió mal, porque ya hay mucha gente que es diabética. Por ejemplo los hermanos de su esposo entonces ya conocía la enfermedad y no le sorprendió el diagnóstico. Aunque piensa que también lo que ha escuchado y visto con otras personas es decir las complicaciones le van dando poco a poco también a su esposo y pensar que algún día podría quedarse ciego o tener complicaciones con sus riñones la hace sentirse triste, eso sí le preocupa. También ya había escuchado que era una enfermedad que no se curaba sino que sólo se controla.

En cuanto a la alimentación la recomendación fue no comer nada de sal, ni azúcar, grasa, pan, tortillas y refrescos. De estos alimentos restringidos Miguel no eliminó ninguno. El señor sigue comiendo como antes de ser diagnosticado ignorando las recomendaciones del médico tal vez

porque como dice Rosario se siente bien y en caso de que se siente mal se toma rápido su pastilla y ya está, se nivela su glucosa. A excepción del refresco que como en otros casos no dejó de consumir pero en cambio lo sustituyó por la versión *light*.

No acudieron a que los atendiera un curador porque ya saben que los médicos tradicionales no curan esa enfermedad así es que para qué acudir con ellos.

Rosario:

No... ¿Cómo lo vamos a llevar al curandero? Ese no sabe curar la diabetes, los doctores sí. Yo creo que ahorita si saben algo algunos curanderos pero antes no.

Yo creo que desde cuando está así (la diabetes en la población) pero como no se sabía...ya ahorita ya se sabe mucho porque vamos con el doctor nos checa la sangre, nos checa la presión si está alta o baja o después saca tu sangre y ya lo ven los doctores.

Las comidas las prepara la señora Rosario de la misma manera en que los preparaba antes del diagnóstico de su esposo y todos comen igual, parejo.

La vida familiar, la cotidianidad en el hogar no se vio modificada en ningún aspecto porque Miguel tenga azúcar, tampoco a Rosario le implicó nuevas actividades, gastos o atenciones, las únicas ocasiones en las que sí le pone más cuidado es cuando se descompensa, entonces se preocupa Rosario.

Recaídas, complicaciones.

A veces estoy triste porque quién sabe si lo podamos ver [cuidar en el futuro], a veces me pongo a pensar si lo puedo ver, me da miedo si algún día que se ponga ciego...

Rosario.

Afortunadamente el señor Miguel no ha sido hospitalizado y al parecer no tiene complicaciones, lo que sí le da es un dolor en las rodillas pero su esposa no sabe si tiene que ver con la diabetes o no.

Su esposa, sin embargo, ha notado que se descompensa, que se siente mal cuando un cólico se presenta. Por ejemplo, cuenta Rosario, que unos días antes de la entrevista le habían dejado su carro encerrado, lo que le provocó mucho enojo y entonces ahí sí se le subió su azúcar, se sintió mal. Y como este ha presenciado otros eventos en los que sí su esposo se enoja, se descompensa su azúcar.

Apoyo recibido.

En el caso de Miguel y Rosario la presencia de la diabetes no ha sido un factor que haya modificado la dinámica familiar, como no ha requerido hospitalizaciones ni atención de manera urgente, las actividades se mantienen como antes del diagnóstico. En este sentido el apoyo es un apoyo en general, es decir, no hay un apoyo específico hacia el cuidado de su diabetes. El apoyo entonces es principalmente por parte de su esposa, pero como sus hermanos son a la vez sus vecinos, saben que en cualquier contrariedad de vida o con la enfermedad pueden contar con ellos.

3.3.2. Mi madre tiene diabetes.

El caso de esta señora lo conocí gracias al centro de salud que me proporcionó su nombre y que me sirvió de referencia para que la gente me fuera informando dónde podría encontrarla.

Cuando llegué a su hogar la primera vez fue un día después del 12 de diciembre, día en que se celebra a la Virgen de Guadalupe, por ello en su hogar había sillas en el patio, imágenes y un altar adorando con flores, puesto que un día antes se habían reunido en ese hogar para celebrar el día.

En el primer encuentro la señora Juana se encontraba acostada sobre el piso tomando el sol, y sentada junto a ella su hijo Fernando. Tres mujeres que después supe eran sus hijas entraban y salían de los cuartos, atravesaban el patio haciendo las labores del hogar.

Así que me presenté y les expliqué el objetivo de mi visita mostrándose dispuestos en lo posible a platicar conmigo. Sin embargo la señora Juana sólo habla tsotsil, por lo que en la posterior entrevista estuve apoyada por su hijo.

Juana es una señora de 70 años de edad, viuda y con diez hijos, de los cuales Fernando quien me apoyó con la entrevista es el mayor, tiene 58 años.

De los primeros malestares y el diagnóstico.

Al parecer tiene como 15 años que empezó con mucho orín ante lo cual sus hijos la llevaron al curandero ahí le pusieron su vela y le rezaron, el curandero les dijo que se debía a que le habían echado brujería, por ello la señora iba constantemente al baño y así lo dejaron.

Pero la señora seguía con la molestia y al contrario empeoraba su situación. La llevaron con varios curadores pero ninguno tuvo efecto.

Fernando:

Pensamos que era otra cosa, no sabíamos, como el costumbre aquí, se llevó al médico curandero, yerbero y todo eso y empezó a echarle vela y todo eso.

No dieron ningún remedio porque no sabíamos pues. Los médicos dijeron otra cosa, que no era de bueno que era así echo brujería y así venimos pasando el tiempo así y no sabemos que es diabetes lo que tenía mi mamá y se fue desarrollando más.

Ya después cuando estaba más peor nos dimos cuenta pues pero ya estaba muy avanzado. Ya no se pudo hacer nada y dijeron los doctores que ya no porque se le empezaron a tullir (entumir) los pies y después ya no podía caminar y le dijimos al doctor si no había alguna medicina o algo.

No nos dice, lo que ay nomas es ya control para su azúcar pero nada más, ya no pudieron hacer nada.

Si hubieran detectado desde un principio cuando apenas empezaba sí nos dice, pero ahorita ya no ya está muy avanzado ahorita ya nada más control ya no podemos hacer nada, nos dijo el doctor.

(Entrevista realizada el 13 de diciembre de 2011)

Cuando decidieron llevarla a un médico alópata hace apenas tres años, los análisis demostraron que tenía diabetes 2. Para este tiempo el médico les dijo que ya no se podía hacer más que seguir controlando la azúcar pero que ya no podía caminar.

Aún antes del diagnóstico ya habían escuchado de la diabetes, puesto que un hermano de ella y un hermano de su difunto esposo tenían la enfermedad. Por ello su mamá ya sospechaba porque no se le habían quitado los síntomas y ya había escuchado por los conocidos cómo eran los malestares de esa enfermedad, por eso cuando le dijeron el diagnóstico no fue una sorpresa para ella. En cambio a los hijos sí les sorprendió y les preocupó porque sabían que ya no tenía cura esa enfermedad y sobretodo que ya había perdido fuerza en los pies y que no iba volver a caminar.

La señora no sabe porqué pudo enfermarse de diabetes 2, su hijo en cambio piensa que hay varias razones una de ellas es la manera en que se vive.

Fernando: Si vive uno peleando en la familia pues cada rato hay coraje, cólico, no solamente por un susto o un accidente o algo así solamente viene.

Otro posible origen es la manera en que ahora se cultivan los alimentos, muy distintas a las de los antepasados.

Fernando.

Yo me he puesto a pensar que por la alimentación, por la misma cosa que comemos porque me doy cuenta pues que toda la comida que comemos ya son casi puro químico. El ganado ya

lo vacunan pa que se engorde rápido. Ora los pollos puro alimento y vacunado ya también ya no es así sólo y todo cualquier cosa verdura con puro fertilizante.

Pero antes pues no conocían eso la milpa daba sólo sin fertilizante. Las verduras no se fumigaban, ahora ya se fumigan, el repollo, las lechugas, las coliflor todo se fumiga ya por cualquier plaga.

Ahora el puerco lo mismo con puras vacunas para engordar rápido y con pura vitamina, creo que eso nos fue afectando poco a poco las cosas que comemos.

Yo así lo pienso que así se vino cambiando, pues la vida y por eso hasta ahorita que se ha escuchado mucho que cáncer. Cáncer no se escuchaba antes y aquí siempre hay, pero antes no se escuchaba de eso y también cuando se enfermaban, se curaban con las yerbas, no con pastillas. Porque tenía yo una abuela, la mamá de mi mamá que era curandera, pues que nos enfermábamos de calentura, de catarro de todo, nos curaba con yerbas y nos rezaba y nos daba a tomar yerbas y era efectivo, al otro día ya estaba uno bueno, así nos curaban antes pero ahora ya no, una calenturita, un catarro, te vas directo al doctor, te dan tu pastilla, te dan tus gotas, tu inyección, ahorita ya casi nadie conoce de yerbas ya con puras medicinas.

Y así me he dado cuenta que se ha ido cambiando y así vino la enfermedad que hay ahorita (Entrevista realizada el 18 de diciembre de 2011)

Recomendaciones médicas y cuidados.

La señora Juana consultó con varios médicos tradicionales pero ninguno pudo curar y/o contrarrestar las molestias ni la enfermedad. Así que dejó de consultarlos. En cambio, si toma tés de yerbas que sus conocidos con diabetes le han recomendado porque parece que sí la hacen sentir mejor.

En cuanto al médico alópata, el tratamiento que se le indicó fue de tomar pastillas diariamente y que cambiara su dieta. Le recomendaron dejar de consumir carne de puerco, pescado, pollo de granja, pollo de rancho (más o menos se puede un poco), de res puede comer pero sin grasa. Le recomendaron consumir frutas y verduras pero la señora dice que le fastidia comer sólo verduras.

Fernando me comenta que su mamá pide comida “normal”, igual a la que todos comen y no se la pueden negar. No lleva bien la dieta aunque sus hermanas que viven con ella preparan la comida aparte para ella, es decir diferente, pero ella se molesta sino le dan de comer como a todos entonces ahí le van dando un poco de lo que pide.

La señora se cuida de no comer demasiado porque le da diarrea y le duele el estomago. En cuanto al consumo de bebidas dulces y refrescos, su hijo dice que no lo consume, aunque este discurso contrasta con lo que en dos ocasiones que estuve en su hogar observé. En estas ocasiones la señora bebió refresco mientras platicábamos. Si bien no puedo asegurar que los consuma diario si, queda en duda si las ocasiones que observe fueron las excepciones o si lo consume a diario.

Recaídas y complicaciones.

Mirara yo puedo ir gateando y miro a dónde voy pero mis ojos ya no miran ya no puedo ni ir gateando, dice. Es lo que más le duele pues que no ve.

Juana.

Durante estos años ha tenido tres recaídas graves que la han llevado al hospital. De estas recuerda Fernando que la más grave fue la última, a causa de que se le subió mucho su presión; esa ocasión empezó con mucho vomito y se desmayó, por ello sus hijos la llevaron al hospital donde se recuperó. Es decir que las complicaciones y recaídas que la señora Juana tiene han sido no sólo a causa de la diabetes sino por la hipertensión que también padece.

Sus pies le duelen con el frío, por ello cuando hay sol, la sacan al patio para que se caliente como aquel día en que los conocí. Además de no poder caminar, ha perdido la vista casi en su totalidad así como los dientes. Lo que más le duele a la señora de las complicaciones es la pérdida de la vista, pues ella dice que si mirara podría, ir gateando al baño o moverse pero que el hecho de no poder ver la incapacita para no moverse, lo que le causa mucha tristeza.

El apoyo.

Desde la consideración del señor Fernando las más afectadas y las que apoyan más a su mamá son sus hermanas que viven con ella, son tres mujeres solteras. La apoyan porque la ven a diario, le preparan su comida, le lavan la ropa, le dan sus medicamentos, la cuidan y en fin están al pendiente de lo que necesite. Los varones y demás hermanas casadas la apoyan pero de otra manera. La visitan cada que les es posible, si es necesario la llevan al hospital, ayudan con los gastos de la señora, etc. Y como platica el señor Fernando, llevan una buena relación entre hermanos con la finalidad de cuidar y apoyar a su mamá.

Fernando:

(Les afecta más que su mamá esté enferma) A mis hermanas por la cuidada si se preocuparon más, porque ellas son las que atienden más a mi mamá y le cambian la ropa a veces que se hace ahí en la ropa y ellas son las que la cambian.

Se preocuparon más ellas y se sintieron un poco tristes. Sí porque se tienen que turnar para cuidarla, es que tengo tres hermanas aquí solteras y son las que están aquí cuidando y las que ya

tienen marido no pueden estar aquí cuidando, tienen que estar atendiendo su familia. Por eso ya más lo hacen mis hermanas que están solteras.

3.4. Los que se nos han adelantado ya...

Como parte final de este capítulo me quiero referir aquellos casos en los que desafortunadamente las complicaciones en la salud de dos personas los confinaron a la muerte. Si bien cada caso muestra sus particularidades, las cuales abordo de manera rápida más adelante, son casos en los que ambos padecían diabetes y otras complicaciones asociadas a la misma enfermedad. De ello se concluye las dimensiones que puede llegar a tener y también las implicaciones que un suceso como la muerte tiene en los familiares del mismo, en el entorno social en el que vive e incluso el que tuvo en el propio desarrollo de este trabajo de campo.

Como ya se ha explicado dentro del capítulo primero, las implicaciones más graves al ser una enfermedad crónico-degenerativa de la diabetes son las complicaciones asociadas a un mal cuidado de la persona que la tiene. Estas complicaciones son diversas, y conforme pasa el tiempo con ella, el enfermo puede perder visibilidad parcial o totalmente, sus riñones y otros órganos internos no funcionan correctamente, se tienen problemas de cicatrización, etc. Entre las personas entrevistadas salen a relucir los casos de pérdida o disminución de la visión, llagas y heridas de la piel, pérdida de piezas dentales y el no poder caminar.

Aquí quiero compartir mi encuentro con este tipo de experiencias dolorosas en el transcurso del trabajo de campo, para dimensionar la situación extrema a la que se puede llegar una vez que se tiene azúcar y que no es cuidada, controlada o en el caso de que las complicaciones sean ya muy graves.

En esta búsqueda de personas a entrevistar encontré a un señor con el que me costó mucho trabajo coincidir y más aun con la disponibilidad de tiempo para platicar conmigo. El señor tenía en la cabecera una tienda de abarrotes y una posada, mientras que su esposa atiende un negocio de venta de calzado. Como el señor tenía el tiempo muy limitado, no pude platicar con él más que por breves momentos en los que de casualidad lo encontraba.

Este señor tenía mucho tiempo de padecer diabetes, hipertensión y ácido úrico, tanto que no se logró acordar cuánto. Me compartió que las complicaciones de la diabetes habían hecho presencia en su cuerpo y que sin embargo él se mantenía activo y ocupado como manera de contrarrestar las enfermedades, además llevaba un control más o menos periódico en el IMSS-Oportunidades del municipio.

El día dos de noviembre yo acudí para observar las celebraciones del día de los muertos en uno de los panteones. Cuando llegué al panteón vi al señor Domingo con su esposa

vendiendo algunos productos de la tienda, botanas, dulces y refrescos. Los saludé y convenimos en los próximos días de platicar tanto con él como con su esposa con más detenimiento sobre su situación.

Ese día bajé al centro como a las 3 o 4 de la tarde pero me sorprendió ver una gran cantidad de gente afuera de la casa de don Domingo, además de patrullas. Conforme me fui acercando cada vez más a la casa, me di cuenta por las expresiones de las demás personas que una tragedia había ocurrido.

Lo que vi a través de la ventana que da al interior de su hogar me dejó impactada. El señor Domingo estaba sobre una cama, tapado con cobijas y una venda envolvía su cara desde la mandíbula a la sien como sujetándola, comprendí al momento que había fallecido.

Este momento me conmovió, me afectó de tal manera que tardé varios días en regresar a la cabecera, no sólo me impactó ver al señor tendido sino que nadie lo imaginó pues muy temprano lo vimos alegre y sin ninguna molestia y en la tarde no existía más, una muerte por demás repentina. Cuando días después regresé a la cabecera y a la casa de don Domingo a hablar con sus hijas y su esposa, no tenía palabras siquiera para plantearles continuar con las entrevistas así que mejor me alejé un tiempo de ellos.

Pero no sólo fue este caso sino que hubo otro fallecimiento en el periodo de campo aunque con este último no tuve contacto directo como con el señor Domingo.

Este otro señor no lo llegué a conocer personalmente. Sin embargo conocí primero a su nuera Micaela quien es diabética desde hace 4 años y con quien inicié las conversaciones pero no logré completar ni alcanzar la profundidad deseada en parte porque pasaba mucho tiempo en el hospital al pendiente de su suegro.

Su suegro, el señor Pedro era un señor que ya rondaba los 75-76 años de edad. Tuvo cinco hijas y dos varones todos nacidos y radicados en Zinacantan. Tenía ya como 18 o 20 años con la diabetes aunque no saben exactamente cuál es el tiempo que ya tenía con la enfermedad.

En la versión de su nuera al señor Pedro le vino la diabetes debido a un gran enojo que tuvo con su hermana cuando le quitaron un terreno y desde ahí empezó con mucha sed. Si bien buscó ayuda con médicos alópatas y tradicionales, nunca se apegó a un tratamiento, no tomaba té de ninguno y las pastillas no las tomaba diario a veces cada tercer día, a veces cuando se acordaba.

El señor estuvo muchas veces hospitalizado debido a que su glucosa subía y en esta última ocasión duró casi un mes internado. Su hijo Pedro esposo de Micaela, me compartió

que tenía ya muy dañados los riñones, aunque le hicieron diálisis ya no funcionó el tratamiento. Los pulmones también estaban seriamente dañados, perdió la vista completamente cuatro años atrás y desde entonces dejó de trabajar, perdió la movilidad en sus pies, sólo estaba en la cama y le llevaban la comida así como lo llevaban al baño. Es decir, las complicaciones eran varias y avanzadas, el estado de salud del señor era muy delicado.

De acuerdo a su hijo, el señor Pedro nunca quiso dejar de tomar refresco, ni café, ni posh en fin realmente no llevó una dieta, siempre mantuvo la misma alimentación que antes y si sus hijas le daban otro tipo de alimentos, o le negaban otras él se enojaba.

Yo pude conversar aunque no completé las entrevistas con Micaela y su esposo, sin embargo tanto la hospitalización primero como luego la muerte del señor Pedro fueron dificultando las circunstancias para que éstas se dieran. Primero porque los encuentros no se daban tan fácil, puesto que estaban ocupados con sus actividades y en mayor medida por las visitas al hospital y después de la muerte del señor, el velorio, entierro y el novenario.

En ambas familias dejé pasar semanas antes de visitarlas de nuevo. Sin embargo su actitud era distinta, no tenían ninguna disponibilidad de platicar conmigo y mucho menos de un tema tan sensible como la diabetes y la muerte de sus familiares, además reciente.

Es cierto que las entrevistas no se pudieron concluir o realizar en estos casos. Sin embargo el hecho de que dos decesos hayan ocurrido en este breve periodo hablan primero de las dimensiones que la enfermedad tiene entre la población de Zinacantán que desde lo que pude percibir va en aumento; después ilustran las consecuencias más extremas y dolorosas que pueden llegar a ocasionar la diabetes muy avanzada o un mal cuidado de la misma. Significa mucho en el factor emocional pues afecta no sólo a los familiares más apegados sino a vecinos, conocidos y amigos y son sucesos que van transformando la representación social que de la enfermedad se tiene.

Sería interesante darle seguimiento a estos casos sobretodo porque en el caso del señor Pedro, su esposa ahora viuda y su nuera han sido también diagnosticadas con diabetes 2 y lo que representa y lo que significa la muerte de un ser cercano por diabetes para ellas y/o si modificaron en algo la manera en que viven su padecimiento; es algo digno de registrar.

CAPITULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS CASOS.

INTRODUCCIÓN.

Finalmente en este último capítulo retomo las experiencias expuestas en el capítulo anterior para explorarlas desde los enfoques teóricos propuestos. La intención aquí es analizar la información recabada en las narrativas recopiladas, las observaciones realizadas durante el trabajo de campo y poner en discusión los hallazgos encontrados.

Los aspectos ejes propuestos en el capítulo 1 son: experiencia del padecer, representaciones sociales y la trayectoria emocional a partir de los cuales se realiza el análisis y discusión de los casos.

De manera más detenida pongo acento en las categorías del *Illness* y *sickness* propuestas por A. Young (1982) y ya definidas con anterioridad, de lo subjetivo y lo objetivo, de la manera en que lo viven los actores y la (s) maneras en que esperan que lo viva, como perspectivas que se interpelen, que a la vez son antagónicas pero que también dialogan y con las que el sujeto puede transmitir y comunicar.

Se recupera de manera substancial el proceso emocional por el que atraviesan las personas entrevistadas; se analiza el papel de las mismas en el proceso salud-enfermedad en este caso de padecimiento. Otro objetivo es identificar el papel de las emociones en el caso específico de la diabetes y el diálogo con el cuerpo (político, social e individual) manifestado en las narrativas.

Y finalmente, pero no menos importante, es ver la trayectoria de las representaciones que se van construyendo, reconstruyendo, complementando, deshabilitando etc., sobre la enfermedad, a lo largo de la trayectoria con la diabetes. Se rescata el dolor y el sufrimiento como categorías implícitas en el diagnóstico de diabetes y como desencadenantes del mismo.

4.1 El caso de Armando.

Siguiendo la misma lógica que en el capítulo anterior el análisis y discusión de los casos, los voy presentando con la misma secuencia, por ello empiezo con el análisis de la experiencia de Armando y de los integrantes de su grupo doméstico.

Respecto a la experiencia de vida como grupo doméstico, como familia, hemos visto reflejado en el discurso una experiencia atravesada por el dolor y las separaciones. Los grandes conflictos que caracterizan la trayectoria familiar son, por un lado, la separación del esposo e hijos con la madre de ellos, la presencia de la diabetes de Armando, las disputas por la tierra entre la familia del señor Armando. Asimismo, y de manera más sutil pero no por ello menos importante aparece en las narrativas un difícil proceso de adaptación e inserción social del grupo doméstico en el entorno y dinámica social de Zinacantán. Veamos más detenidamente cada uno de ellos.

La primera dificultad que enfrentaron es la separación primero de los padres y la consiguiente separación entre los hijos y la madre. Esta separación fue un proceso difícil tanto para el esposo pero sobre todo para los hijos quienes, viendo la necesidad, han logrado organizarse y reajustarse a roles distintos de los que venían cumpliendo para poder continuar la vida como grupo.

Dichos reajustes se ven en el caso del señor Armando en un nivel económico pues a partir de entonces se convirtió en el sustento principal para la familia. En el nivel emocional pues tuvo que ser un soporte para sus hijos en cada momento con la responsabilidad de ser tanto padre como madre para ellos. Así por ejemplo, las hijas mencionan cómo los lazos entre ellas y su padre se fueron fortaleciendo a base de la comunicación y la confianza.⁴¹

Otro de los cambios en esta cuestión fue para el hijo mayor Vicente, quien tuvo que incorporarse a edad más temprana a la vida laboral con la finalidad de apoyar a su padre con los gastos del hogar o al menos con sus propios gastos. Por su parte, a María y Reyna, las hijas mayores, les correspondió sustituir en ciertas actividades al papel de su madre; ellas son las encargadas de la casa, compran los alimentos, preparan las comidas, cuidan a sus hermanos menores Armando y Concha, pero además estos tres hermanos tienen que continuar con sus obligaciones “habituales” que son la escuela pues continúan con su preparación.

⁴¹Ha sido su padre quien las ha orientado sobre el desarrollo de sus cuerpos que iban a tener por ser mujeres. Al respecto las hijas mencionan que su padre no tenía el apoyo de ninguna mujer en Tuxtla para que hablara con las hijas cuando llegara la menstruación, así que fue él quien les explicó esto, ahora dicen les toca a ellas orientar a su hermana más pequeña.

Mientras se tenía de telón de fondo la crisis y separación de los padres, aconteció un nuevo proceso de adaptación familiar: la diabetes de Armando. El hecho de que Armando tenga diabetes se le atribuye directamente a un susto y desde aquel día que lo espantó el perro la vida no volvería hacer igual, ni para Armando ni para su familia.

A partir del diagnóstico de la diabetes de Armando, este tuvo que ir conformándose de acuerdo a una nueva característica a su persona, pues si bien la diabetes 1 no implica incapacidad para realizar ninguna actividad, ni tiene más implicaciones físicas y/o sociales que las descritas con anterioridad (aplicación de insulina y dieta vigilada). Sin embargo el espacio en el que se tuvo que reconfigurar su papel fue en su hogar. Al inició los cuidados en la atención se extremaron. De acuerdo a su padre fue en el trayecto de la misma que a través de pláticas, asesorías, intercambios de experiencias con otros padres que atraviesan por similares circunstancias, aprendió que Armando no necesita más protección que la que cualquier niño de su edad, si bien hay que estar pendientes de su alimentación, heridas y medicación. Fuera de ello su condición como persona diabética no implica un trato preferencial.

Claro que al inició, luego del diagnóstico y de los primeros años fue difícil aceptar y aprender a convivir con la enfermedad. Tanto el padre como los hermanos vivieron esta etapa con dolor, preocupación y tristeza por ser una enfermedad incurable. Aunado a ello, el hecho de que el hermano de seis años tenga diabetes fue también difícil de asimilar por la situación de ser un niño, quizás si a uno de los padres le hubiera sido diagnosticado el impacto no sería para nada similar. Sin embargo en el caso de pensar que un niño debe de inyectarse diario y debe de cuidar su alimentación fue algo difícil de digerir e incluso puede parecer que fue más difícil para los padres y hermanos enfrentar esta etapa que para el mismo Armando.

Este último no niega que era doloroso aplicarse las inyecciones, pero hoy día es un niño despreocupado que ha normalizado la aplicación de la insulina sin mayor dificultad. Confiesa que lo que sí a veces le tienta es no poderse abstener de los antojitos; si bien cuando era más pequeño para sus hermanas fue más sencillo controlarle la alimentación, hoy a la edad de 13 años ya no es lo mismo, pues aunque ellas opinen que ciertos alimentos no debe de comer Armando puede obedecerlas o no. En estos casos cuando se descontrola, tanto su papá como los hermanos logran darse cuenta entonces tratan de nivelarlo antes de que pase a dimensiones mayores.

Hay entonces un diálogo y a la vez una contraposición entre lo que Armando hace y lo que se espera que haga por parte del personal médico alópata y por parte de su familia. Aquello de lo que A. Young (1982) señala es el *Illness* y el *sickness*, es decir, entre el cómo va Armando

viviendo su enfermedad como un aspecto de su vida en el que ésta se tiene que adaptar a su círculo escolar, familiar, social etc., desde su vivencia, desde su sufrimiento o no. Y lo que los médicos primordialmente definen como el comportamiento adecuado para su salud y posteriormente lo que la familia (padre y hermanos) esperan que haga al tener la característica de tener diabetes, la manera en que le motivan para que tome ciertas actitudes y evite otras y en este caso no sólo por su salud sino por mantener un equilibrio en el hogar, una armonía entre los integrantes.

Dentro de las indicaciones médicas están en su caso la aplicación de insulina dos veces por día, el cuidado estricto de su alimentación, la realización de ejercicio de manera regular, el mantenimiento de la higiene y el chequeo mensual de su nivel de glucosa. Los médicos que lo atienden le invitan a que cumpla con su rol de diabético, a que asista a los chequeos médicos y a que se informe sobre la diabetes.

Mientras que la familia espera que Armando tenga cuidado con su salud, que evite las situaciones de riesgo y tome conciencia de las consecuencias de sus descompensaciones de glucosa, esto porque como expuse en el capítulo anterior una situación así involucra a la familia, desde que hay más demanda de atención y los otros integrantes deben dejar sus propias actividades a un lado; los gastos se incrementan ya sea que se hospitalice o se atienda con un médico. En fin hay un desequilibrio como grupo ante las adversidades y los problemas de cualquier tipo, por ende, cuando hay enfermedad. Para la familia es importante que Armando aprenda a cuidarse y responsabilizarse de su salud, pues está en desarrollo y ellos no pueden mantenerlo vigilado.

Padre y hermanos esperan que tome conciencia de él, de su estado de salud, de su familia y de sus cuidados. Esto indica que si por un lado el padre y el hermano mayor se ocupan de proveer los recursos, por el otro lado las hermanas se ocupan del hogar y de preparar los alimentos. En general todos se apoyan mutuamente en la manera de cuidarse y atenderse por ello esperan que Armando cuide su alimentación cuando no está en la casa, que acuda al Centro de Salud a que se le aplique la insulina y así cumplir con los deberes correspondientes a cada quien. Hay un control de la alimentación y de la aplicación de glucosa no sólo por parte de Armando sino una vigilancia por parte de la familia y de los médicos que lo revisan mensualmente.

En este caso los factores por los que se lleva un apego al tratamiento alópata y a su control de glucosa es en un sentido por la facilidad de obtener la insulina de manera gratuita en el centro de salud y ello involucre que Armando corresponda con los cuidados. Pero también

la trayectoria con la enfermedad les ha enseñado qué elementos son estrictamente necesarios en su salud y que otros son más flexibles.

Hace dos años se enfrentaron a nuevas dificultades como grupo, por un lado la carga económica para el señor era cada vez más grande y difícil de sostener, mientras que otro aspecto que él también menciona es que el ambiente social en el que se desarrollaban sus hijos en una ciudad, con más libertad, le hacía pensar que no era lo que quería, así que decidió sin consultarles llevárselos a vivir a Zinacantán. Esta decisión trajo consecuencias no mínimas, en cuanto a la familia grandes disputas por la tierra que su madre le otorgó y el apoyo que le brindó al recibirlo con sus hijos dividió a los hermanos del señor.

A los hijos les ha costado la adaptación al municipio no es sólo por un ambiente diferente mucho más pequeño, rural, con otras características y códigos sociales, si no porque no hablan tsostil, no visten como ellos, lo que sí marca una gran diferencia y por lo tanto, en los espacios sociales no se han podido reinsertar exitosamente. Las hijas en varias ocasiones han tenido diferencias con otras compañeras que van desde los rumores, la indiferencia hacia ellas, hasta las peleas cuerpo a cuerpo. Los hijos más pequeños aparentemente son los que se han adaptado sin más complicaciones.

A continuación, hago referencia a una situación concreta que me parece que sintetiza los diferentes conflictos mencionados y la manera en que Armando dialoga no sólo con su cuerpo, como un medio de transmitir a los demás su subjetividad sino a partir de la propia enfermedad. Es decir, desde mi interpretación ha aprendido a dialogar entre el *illness* y el *sickness*, entre lo que siente y lo que quiere transmitir y de hecho ha aprendido a manejar su rol de diabético. Y es que en realidad se puede apreciar que estas no son dos categorías antagónicas sino que son dinámicas; en algunos momentos resalta en la vida de Armando una más que otra.

Me refiero a la ocasión en que los visité tiempo después de haber realizado las entrevistas donde el ambiente en el hogar era tenso y hostil por diversos factores.⁴² En esta ocasión mientras yo estuve en la casa, Armando le recriminaba a su hermana por la situación en la casa y cuando alguna de las dos hermanas le pedían que comiera pues tenía que irse a la

⁴² El primer motivo pero a la vez el menos importante era el hecho de no tener trabajo; el segundo motivo era una discrepancia entre el señor Armando y la señora Tere debido a que el señor quería llevarse a vivir con él y sus hijos a su pareja, propuesta que a la señora le cayó tan mal que amenazó con quitarle el terreno que le había dado si lo hacía. Finalmente y el más desconcertante para todos era un conflicto dado porque una de las hijas se peleó con otra compañera con la que ya tenía diferencias, esta riña le causó problemas de salud a la otra niña, por lo que sus padres pedían una indemnización de \$ 3, 000, cantidad que no podían pagar.

escuela, no las obedecía más aun comía alimentos como los mangos que no debería de comer en una actitud retadora y de desobediencia.

Si bien no puedo asegurar que Armando tenga plena conciencia de sus acciones como un reto y que lo haga siempre como una manera de mostrar su inconformidad, de esta ocasión sí puedo interpretar que Armando encontraba en su descontrol de la dieta, en su alimentación, en su salud una manera de manifestar su inconformidad, pues sabía que este tipo de acciones molestan y sobretodo preocupan los demás integrantes de la familia.

Es entonces en el manejo de la diabetes donde Armando ha aprendido a manifestar su conformidad o inconformidad con lo que pasa a su alrededor, en su familia. Hay entonces no sólo un diálogo sino una disputa entre lo que se espera de Armando en su comportamiento y en lo que él vive donde además ha aprendido a “jugar” con esta condición. A través de su cuerpo y del control o en este caso del descontrol de su glucosa pone de manifiesto la inconformidad que siente. Es una manera en la que puede expresar su malestar, enojo, tristeza, frustración e impotencia hacia alguien o alguna situación. Su cuerpo y su enfermedad son herramientas con las que puede dialogar y comunicar a los demás por lo que está atravesando y poner en dialogo lo subjetivo y lo social.

El aspecto emocional es algo que no pude dejarse en ningún momento. Desde el inicio, la enfermedad se relaciona con una alteración emocional fuerte como lo es el susto y que en el bagaje de creencias tsotsiles es un padecimiento muy común y más frecuentemente asociado con niños que como en este caso sufren una alteración emocional que hay que resarcir para evitar que pase a mayores.

Además del susto como detonante de la diabetes, existen a lo largo de la trayectoria otras emociones como la incertidumbre, la tristeza, la preocupación y la impotencia que experimentaron los demás integrantes de la familia. Con el tiempo los momentos dolorosos se han ido apaciguando para encontrar tranquilidad, mientras Armando no tenga recaídas y tenga una estabilidad en su salud, los integrantes ven disminuidas sus angustias y la tranquilidad llega.

Pero cuando Armando tiene descontroles, se presentan de nuevo la incertidumbre, el desasosiego, la tristeza aunque es verdad que no en la misma frecuencia que las experimentadas en la primera etapa quizás porque como lo expresa el padre de Armando, ya tienen un conocimiento mayor de la enfermedad y los años de experiencia le han dotado de un conocimiento sobre cómo restablecer su control. Pero también Armando ha aprendido cómo manejar su situación con la diabetes, pues ha asimilado que su condición lo coloca en una posición de mayor atención dentro de la familia. Una manera en la que se ilustra esto es que

porque en ocasiones cuando los conflictos aparecen, Armando reta la armonía produciéndose situaciones de riesgo. Me refiero a las situaciones que surgen cuando desatiende su dieta y no obedece las indicaciones, ya que sabe que eso es un motivo por el que puede mostrar su inconformidad.

Retomando aquel conflicto mencionado arriba, cabe mencionar que finalmente el señor Armando logró que su mamá estuviera de acuerdo en que su pareja se fuera a vivir con él y sus hijos en este caso se daría una re acomodación de roles, ciertas actividades de los integrantes cambiarían; además el señor Armando encontró un trabajo. Son las condiciones que favorecerían a que la armonía del hogar se fuera restableciendo y en el caso de la deuda que se tenía, se acordó que se saldaría en partes.

Acerca del concepto de representaciones sociales de Jodelet (1989) que se especifica en el primer capítulo, podemos ver que estas abarcan las ideas que se tienen acerca de algo, en este caso de la diabetes, y de cómo estas no son estáticas y se van modificando, adecuando, trasformando y enriqueciendo con el transcurso del tiempo.

Uno de las características que podemos ver es cómo las ideas que se van configurando. En este caso el padre opina que el suceso del perro causó el susto, desde ahí aparecen las molestias y se reconoce como la causa de la diabetes, misma idea que va transmitiendo a los demás integrantes de la familia, los hijos y que esta misma idea se va reproduciendo y se mantiene igual si no llegan otras influencias del exterior. En este caso los médicos arrojaron una segunda opción la de que fuera hereditario, lo cual se tomó como otra posibilidad al conocer que el abuelo de Armando tiene diabetes 2. Por otro lado, la narrativa de la abuelita quien no vivió con ellos el momento del susto, ni del inicio de la enfermedad opina de manera distinta. La señora Tere sabe que su ex esposo es diabético, lo que es una gran posibilidad por la que el niño tenga diabetes y por lo que pone en duda la versión del susto como desencadenante.

Una representación latente en doña Tere es el asociar la mala actitud que Armando tiene en ocasiones sobretodo hacía ella como una consecuencia de la diabetes. Es una explicación que se da a sí misma acerca del mal carácter de su nieto. Al parecer esta idea que tiene la abuela acerca del mal carácter de su nieto viene de contrastar su propia idea de lo que es una buena actitud de los nietos, enmarcada en su contexto donde se espera que los nietos respondan con respeto y obediencia, y el comportamiento que sus nietos realmente; para la abuela ellos no se comportan como se espera sino al contrario responden con disgusto y

desobediencia. La señora Tere ha re-significado el mal carácter de su nieto y le encuentra una posible explicación en la diabetes 1.

Las ideas que se tienen hoy por hoy del azúcar también son productos de sus propias experiencias, por ejemplo, en el manejo de la información del tratamiento. En una primera fase el padre y todo el grupo doméstico tratan de adoptar las recomendaciones al pie de la letra del médico. Pero hay un corte en el seguimiento cuando llega de otras fuentes nuevos discursos.⁴³ Esta experiencia, como ya vimos, le costó la hospitalización a Armando, pero les quedó claro la importancia de no suspender la aplicación de la insulina.⁴⁴

Entonces los distintos discursos junto con la experiencia personal son los que van configurando las representaciones que mantienen acerca de la enfermedad, desde la causalidad, los cuidados, la durabilidad entre otros. Como vemos en este caso las razones que se asocian como desencadenantes son más de una y ambas válidas como explicaciones, mientras que el cuidado de la salud con respecto a la diabetes es algo que se va aprendiendo y adecuando con la trayectoria particular.

4.2 La experiencia de Emilio y Petrona.

La experiencia de vida de este matrimonio habla de una vida constante de preocupaciones y angustias. Aunque cada caso cuenta con sus particulares situaciones y episodios dramáticos, en este grupo doméstico el escenario de la vida familiar no mostró grandes dificultades. En las narrativas se maneja que siempre hubo una buena relación entre madre e hijos y en la actualidad la comunicación, apoyo, visitas son buenas y constantes entre padres e hijos.

Sin embargo resalta en las narrativas de Petrona que si bien no había un ambiente de violencia explícita en su hogar, sí vivía en una constante angustia derivados del alcoholismo de su marido. Como el alcoholismo de Emilio fue significativo en la vida de él y en la vida familiar y al relacionársele con algunos conflictos, veamos esta situación de manera más detenida.

⁴³En esta ocasión el compadre del señor Armando hace el comentario de que la insulina puede provocar que su hijo pierda la vista; por ello alarmado y sin saber a ciencia cierta si esta información es verídica, el señor busca otras alternativas con la finalidad de que su hijo encuentre mejores opciones.

⁴⁴ Esta representación quizá se deba que con frecuencia, cuando la persona diabética comienza a ser prescrita con insulina, ya se encuentra en un estado avanzado de deterioro, lo que seguramente en muchos casos implica el deterioro de la vista o de otros órganos.

Un factor que contribuía a su alcoholismo eran sus responsabilidades sociales, sus compromisos con cargos políticos que ha tenido en el municipio y en los que parte de sus obligaciones incluían la toma de “trago”; pero aún sin la responsabilidad de un cargo, sus compromisos de compadrazgo, sus amigos y las festividades propias del municipio se prestaban para que Emilio ingiriese alcohol de manera frecuente.

El consumo de bebidas alcohólicas de Emilio repercutió en su grupo doméstico, sobretodo en Petrona que padeció las preocupaciones derivadas del alcoholismo en la mayor parte de su vida. Esta situación perduró hasta que hace tres años dejó de consumir bebidas alcohólicas. Esta decisión se derivó de un suceso extremo, de una experiencia límite como menciona Barragán una experiencia donde el dolor y el sufrimiento minaron la integridad del sujeto (2005).⁴⁵

Es interesante también que el alcoholismo del señor no lo entienden como un detonante directo de la diabetes 2 que padece y en todo caso si tiene algún vínculo, este es de manera indirecta y en relación a la diabetes de su esposa, doña Petrona. Esto me conduce a especificar las diversas representaciones que tienen acerca de lo que les provocó la diabetes.

En primer lugar hay un factor emocional preponderante en ambas situaciones. Emilio por un lado remite que los cólicos constantes a los que estuvo expuesto de forma muy acentuada durante el tiempo que ocupó los cargos, donde los cólicos se fueron acumulando hasta que detonaron en la diabetes. Por otro lado, Petrona señala que el alcoholismo de Emilio llevaba a su esposo a no cuidar su salud y a no cumplir con sus obligaciones en el hogar, todo esto provocó en Petrona preocupaciones constantes que finalmente la llevaron a enfermar. Es decir si bien no existe el registro de un evento en particular a partir del cual se desencadenaron los malestares, se habla de un proceso acumulativo de emociones nocivas, la angustia y la preocupación en Petrona pero también de los cólicos de Emilio como los detonantes del padecer diabetes 2.

Es interesante la manera en que se conciben las emociones como una acumulación nociva que mina la salud y desencadena enfermedades. Si bien ésta es la primera explicación que encuentran de que la diabetes y otras enfermedades son consecuencia de una emoción, es una idea que se transmite a otros miembros del grupo doméstico, en este caso en la hija.

⁴⁵Esta experiencia límite se dio en el marco de una fiesta durante la que ingirió demasiadas bebidas alcohólicas a lo largo de una semana que lo llevó a la hospitalización.

Rosaura afirma que la mayoría de las enfermedades son causa del estrés⁴⁶ y las preocupaciones en la vida. Es clara entonces la importancia que se le da al factor emocional ya sea en la salud o en la presencia de enfermedades. Esta idea la adoptan de su experiencia de vida y de lo que entienden que es nocivo para la salud: emociones negativas.

En correspondencia ellos relacionan en mantenimiento de la salud no sólo con un control de dieta, ejercicio, buenos hábitos, chequeos médicos sino de manera más aventajada de una prevención y control emocional. Evitando cólicos, preocupaciones, angustias y estrés, se evitan las enfermedades, se prevé un estado saludable. De esta misma idea se desprende que la consulta con un especialista se da sólo en casos de mucha necesidad, cuando los dolores, las molestias o incomodidades sean poco soportables. Esta idea es producto de su experiencia con las enfermedades pues han aprendido que cuando visitan al médico el diagnóstico les cause un daño mayor que la misma enfermedad en el sentido de que les origina preocupaciones que, como ya dije, minan el estado de salud, por ello en lo posible es preferible no acudir al médico pues “se acaba uno más de la preocupación que de la enfermedad”.

En síntesis se entiende la diabetes como una manera de expresar un estado emocional colmado de negatividades, de sufrimiento, de cólicos, de estrés y preocupaciones que buscan y encuentran en la diabetes una manera de expresarse y comunicar un pasado desafortunado. Otra característica es que más allá de su grupo doméstico, el que el origen emocional de sus padecimientos se entienda con las obligaciones sociales (los cargos) del señor y en consecuencia el alcoholismo que provocó la angustia de la señora, es un reflejo de las distintas esferas sociales en los que se mueven cada uno. Por un lado, la esfera de la vida pública para el caso del señor donde en este contexto los varones tienen una mayor e incluso “exclusiva” participación. Por el otro lado, en el caso de la señora se desenvuelve en el ámbito doméstico (los hijos, el hogar) donde se desempeñan la mayor parte de su vida. Esto es importante resaltarlo ya que los compromisos sociales son los que influyeron en la vida de ambos como factores de primer orden para no acudir al médico así como para no apegarse al tratamiento indicado ya sea alópata o tradicional *tsotsil*. La toma de infusiones alternas a las pastillas también tienen su influencia ya que al considerar que es más benéfico los remedios naturales han optado por modificar de acuerdo a las condiciones particulares el tratamiento que el médico les indicó.

⁴⁶Si bien en este caso no se profundizó cómo se entienden los términos estrés y depresión, resulta relevante este caso por ser el único en el que se mencionaron; lo que refleja un mayor contacto con vocabulario mestizo.

Las representaciones que tienen acerca de las posibles causas son varias: la primera ya expuesta donde se involucran las emociones; también se señala en el caso de Emilio un evento específico a partir del cual se inician los malestares durante el cual hubo una gran ingesta de bebidas embotelladas. Cuando a ellos se les diagnostica diabetes 2, tuvieron contacto con el discurso que maneja la medicina alópata, en el que los médicos les comentaron que una posible causa sea de orden genético, Petrona tiene una hermana con diabetes 2 y Emilio tiene un medio hermano y su difunta madrastra que tenía diabetes 2. Pero esto no es considerado como una posibilidad. Al contrario no les preocupa que sus hijos o nietos puedan tener diabetes en un futuro porque no consideran que sea hereditario.

Cuando Emilio reflexiona del por qué actualmente se sabe de mucha gente diabética en el municipio busca una explicación en la manera en la que se cultivan los alimentos fue lo que provocó un surgimiento de nuevas enfermedades.

Un dilema que trajo al interior de la familia fue que dentro de las recomendaciones de los médicos alópatas en su rol de diabéticos (*sickness*), además de la medicación estaba la modificación de la dieta, lo que se vivió de manera difícil. En apariencia parece que modificar la dieta no tendría mayor complicación,⁴⁷ pero hay que tener en cuenta que en su casa pasa gran parte del día una de sus hijas y sus nietos, con quienes comparten los alimentos, ello complicó la situación. Cambiar la alimentación implicaba dejar de consumir carnes, café, harinas, menos tortillas y pan y en general preparar las comidas con muy poca o nada de sal y azúcar y así fueron preparados. En este período que duró pocas semanas los hijos, Rosalba sobretodo insistía en que los que comieran en esa casa compartieran los alimentos de la misma manera como una muestra de solidaridad.

Este apoyo fue sentido por sus padres como una carga innecesaria hacia los demás integrantes, además esta situación afectó de más a Petrona. Ambos elementos detonaron que se olvidasen de la recomendación del médico y ajustaran su dieta desde su consideración. La adoptaron sólo parcialmente con la intención de que Petrona no se siguiera deprimiendo, de que ni padres o hijos se sintieran mal por llevar alimentaciones separadas o que alguno de los dos tuviera que hacer un esfuerzo ya sea de dejar de comer o comer lo prohibido y pudieran seguir compartiendo las comidas sin ninguna tensión, preocupación o tristeza.

⁴⁷Se supondría que las complicaciones serían pocas o nulas porque ambos tendrían la misma modificación es decir compartirían ese rasgo y al vivir solo ellos en su casa no tendría mayores consecuencias.

Esta situación manifiesta el antagonismo entre lo que viven Emilio y Petrona en su hogar, las condiciones sociales⁴⁸ a las que están expuestos y la manera en que padecen la diabetes (*Illness*) de manera contraria de lo que dicta la norma médica para “controlarse” y ser una persona saludable. Es notable como al contrario de lo que la medicina alópata recomienda para mejorar su salud, (el cambio de alimentación), en este caso condujo a situaciones de desgaste emocional; en contraposición el readecuar la dieta de acuerdo a las necesidades particulares de la familia aminoró la tensión emocional contribuyendo a una estabilidad en su salud.

Resulta por demás interesante la manera en que ambos van conjugando y negociando con los demás integrantes de su grupo doméstico la flexibilidad de los cuidados. También es lúcida la manera en que diferentes representaciones se van conjugando, transformando y transmitiendo en torno a la diabetes. Por ejemplo han readecuado las indicaciones aportadas por el médico alópata, han incluido el tratamiento del médico tradicional que también fue consultado para contener la diabetes y además se toman cuidados y prevenciones que surgen del discurso de conocidos y amigos como de la experiencia propia.⁴⁹

Uno de los aspectos que se refleja en las narrativas, aunque no era la finalidad de este trabajo, fue que aunque ambos tienen derecho a recibir atención en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), no lo solicitan porque les parece un mal servicio y prefieren acudir a médicos privados. Los motivos por los que no acuden al seguro social son: porque hay que esperar mucho para ser atendidos; no les gusta la manera en que son atendidos por el médico; los horarios de consulta; pocas veces llegan a tener el medicamento que necesitan. Esto pone de manifiesto un sistema médico alópata (el hegemónico de acuerdo a E. Menéndez, 1988) en decadencia en el que es incapaz de satisfacer las necesidades de los beneficiarios y de brindar un servicio de calidad.

⁴⁸Me refiero a las complicaciones en el hogar para apegarse al tratamiento y las obligaciones sociales que tienen que cumplir.

⁴⁹ En el capítulo anterior se detalla que además de los medicamentos y algunos alimentos que consumen en menor cantidad toman habitualmente infusiones para el azúcar por recomendación del curador consultado y de amigos que también padecen diabetes 2. Mientras que la idea de la prevención emocional como manera de contención de enfermedades surge de su propia experiencia no sólo con la diabetes.

4.3 La experiencia de Isabel curadora.

Antes que nada quiero mencionar que una de las limitaciones que tuve al recuperar la narrativa de Isabel fue el idioma (yo no hablo tsotsil y ella habla español con dificultades), motivo que dificultó que se indagara de manera más profunda y detallada en varios aspectos de su vida.

En el caso de la señora Isabel la situación es muy particular por el hecho de que ella es especialista médica tradicional en Zinacantán. Isabel refiere su experiencia de vida en apego a su condición como curadora,⁵⁰ pero lo que aprendió con su propia experiencia es que no todas las enfermedades están en su capacidad de diagnóstico y cura, como es el caso de la diabetes. Además de curar, al ser una señora casada y con hijos Isabel debe de cumplir con las tareas del hogar y la responsabilidad de atender a sus tres hijos varones y su esposo. En estas condiciones Isabel desempeña el rol social de curadora y madre de familia. En este caso su papel como única mujer en el grupo doméstico la coloca en una posición de empoderamiento en comparación con otras mujeres⁵¹ pero también en el centro de varios inconvenientes, primero porque al no tener ninguna hija no tiene ayuda en las labores del hogar, ni en el cuidado de los varones; luego porque su hijo mayor está en edad de buscar esposa pero como no cuentan con recursos económicos suficientes se limitan las posibilidades de que consiga mujer. Estas son las preocupaciones que sobresalieron en la narrativa de Isabel como las predominantes en su vida.

Con respecto a la diabetes 2 que se le diagnosticó resalta un episodio muy sufrido por ella y su familia. El episodio se da cuando, derivada de las complicaciones de la diabetes, uno de sus pies se empezó a pudrir⁵² y decidió buscar ayuda alópata. Sin embargo lejos de que la medicación que se le dio le sanara su pie Isabel notó que se empeoró .

Este suceso fue un parte aguas en la visión que Isabel tiene respecto a la medicina alópata en general, a partir de ello perdió la confianza que tenía con los médicos. Esta etapa en la que su pie no sanaba Isabel la recuerda con dolor y nostalgia, no sólo por sus condiciones de salud sino porque en su grupo doméstico se experimentó de manera sufrida.

⁵⁰Don que le llegó por medio de un sueño hace aproximadamente 30 años. Como curadora tradicional su atención es solicitada por personas no sólo del municipio sino de otras partes más lejanas.

⁵¹ Con el empoderamiento de Isabel me refiero a que como curadora cumple una función social, satisface una necesidad básica restableciendo la salud, le da prestigio social, y es capaz de generar recursos en especie o económicos.

⁵² Isabel dijo que estaba pudriéndose sin que tuviera un golpe, herida o similar que lo causara.

Durante esta fase ella estuvo incapacitada para realizar sus actividades habituales, lo que detonó en una tristeza profunda. Su esposo, e hijos vivieron esta situación con preocupación y en respuesta estuvieron al pendiente de ella. Los roles en este período se tuvieron que readecuarse al interior del hogar para organizarse y cumplir con las actividades que correspondían a la señora y también para cuidarla. Mientras que los hijos estuvieron preocupados por la incertidumbre en la que se encontraba la salud de su mamá, el esposo optó por reflejar su sufrimiento bebiendo trago⁵³ en exceso, situación que volvió a su normalidad una vez superado este suceso.

No es clara en la narrativa la temporalidad de esta etapa pero sí refiere que duró varios meses, quizás un año, al final del cual y sin haber conseguido una cura a lo que al parecer es el llamado pie diabético, una doctora del centro de salud de la cabecera toma la decisión de que dos de sus dedos sean amputados para evitar se siga amplificando el daño. Lo que llevó a Isabel a considerar que desde el primer médico que la atendió sin darle solución a su problema es el responsable directo de las consecuencias trágicas en su pie y luego el hecho de que le cortasen sus dedos acentuó aun más la desconfianza hacia los médicos.

En este episodio es claro lo que Scheper-Hughes y Lock(1987) llaman el cuerpo individual el cual fue violentado como una consecuencia de la diabetes; a su vez ésta mutilación reconfiguró la manera en que es percibido su cuerpo socialmente, pues no es un suceso que haya quedado a nivel del individuo sino que implicó a su grupo doméstico y a su círculo social (amigos, vecinos). Mientras que la medicina alópata considera esta mutilación como necesaria (en su rol como diabética) para evitar daños mayores, para Isabel representó más que una medida de contención una transgresión a su cuerpo.

Al parecer a consecuencia de esta complicación, de ésta experiencia limite, Isabel adopta su papel como diabética (*sickness*) y aunque mantiene la desconfianza hacia los médicos, incorpora las recomendaciones que le dan.⁵⁴Es a partir de las complicaciones que presentó, que decide apearse al tratamiento alópata (se modifica la dieta y la toma de pastillas) de manera ininterrumpida. Esto, sin embargo, con las reservas necesarias hacia la medicina alópata y con serias confusiones entre su rol como diabética y su rol como curadora.

⁵³ Trago se refiere a cualquier bebida alcohólica pero más específicamente en el consumo de posh.

⁵⁴Estas recomendaciones que dicta la medicina alópata para los diabéticos en rasgos generales es: llevar una dieta adecuada (no beber cosas dulces, refrescos, alcohol, grasas, harinas) la toma de medicación, que también adopto en su totalidad; los controles de su glucosa que también trata de llevar en la medida de lo posible.

En el aspecto de la dieta, medicación y dejar de consumir refresco. Este último elemento resulta en el caso de Isabel complejo, ya que en su condición de curadora se acostumbra que cuando se le pide su ayuda, se le ofrece como primer recurso una bebida en este caso posh, incluso como parte del ritual de sanación. Isabel afirma que no consumía posh pero lo sustituía por refrescos, como bebida ritual lo que al parecer contribuía a su desmejoramiento. Si bien hay una relación directa entre el consumo de bebidas alcohólicas y/o refresco y su papel social como curadora, Isabel determinó dejar de consumirlo incluso en estas circunstancias.

En la parte subjetiva (*illness*) el que le hayan mutilado sus dedos la marcó emocionalmente pero también socialmente. La gente que la conoce ya no sólo lo hace por su capacidad de curar sino por ser la imagen de la mujer a la que le falta una parte de su cuerpo. Hecho que le recuerda su situación, la lastima nuevamente y siente que la gente no tiene sensibilidad de lo que para ella representa no tener sus dedos.

Pero retomemos el inicio de la experiencia de Isabel con la diabetes para comprender las representaciones que Isabel mantiene. Identifica como causa de su diabetes los cólicos constantes que hace, en una situación acumulativa, ya que reconoce que su carácter es fuerte (enojona). Las representaciones que tiene acerca de la diabetes indican que son el resultado de su experiencia en conjunto con las variadas versiones que ha escuchado acerca de la misma.

Por un lado, como curadora reconoce que esta es una enfermedad que los curadores tradicionales son incapaces de diagnosticar, pues no se “oye en la sangre”, por ello le compete a la medicina alópata diagnosticarla. Tampoco puede ofrecer una alternativa de cura. Ella sabe que la medicina alópata sugiere que es hereditaria, por ello se preocupa porque sus hijos puedan adquirirla en un futuro aunque en su caso asegura que se debe a los cólicos, vemos cómo de cierto modo retoma el discurso médico alópata.

También están en su mente ideas que corresponden con su rol como curadora, es decir, afirma que hay tres tipos pero no los que reconoce el discurso médico alópata, sino los que ella ha observado y escuchado de otras personas y que reasigna a las categorías de color. De acuerdo a Isabel hay diabetes: la negra, la roja y la blanca y se confieren su color de acuerdo a la intensidad de la enfermedad.⁵⁵ Así mismo piensa que puede provocarse por emociones intensas como la alegría, el susto o un cólico.

⁵⁵ Si la persona muere en poco tiempo es negra, si es grave pero no tan rápida como la primera es roja y si le permite a la persona vivir más tiempo y con menos gravedad como en su caso es blanca.

Así como en sus representaciones confiere importancia a varias ideas, así también lo hace con los cuidados pues combina las recomendaciones médicas con la toma de infusiones de hierbas que ella conoce y que asegura contribuye a que se sienta bien.

Se ve la relación entre experiencias, representaciones, emociones en la narrativa de Isabel vinculadas estrechamente una a otra. Primero porque las representaciones que ella se ha ido formando respecto de la diabetes y la medicina alópata son fundadas en su experiencia dolorosa con la diabetes 2; luego que esta experiencia lleva implícitas emociones desde su aparición, pues se le relaciona con los cólicos que ha tenido. En su trayectoria pues ha sido una experiencia llena de emociones de tristeza y dolor que de manera dialéctica van reconfigurando las ideas que se tiene acerca de esta. Resalta en este caso particular el desconcierto que provoca en Isabel el tener diabetes, porque se contrapone con su visión de los padecimientos (categorías frío-calor) y su rol como curadora, donde por un lado los conocimientos que ya posee, su capacidad de curar, se ven enredadas con este padecimiento, por ello resalta aquí que a Isabel no le quedan claras bien a bien sus representaciones entorno a la diabetes.

En este caso sólo conseguí recuperar la voz de la persona con azúcar. Hubiera sido enriquecedor conocer una visión alterna, por ejemplo, la de su esposo para ver cómo él vivió y vive esta situación dramática y lo que significa para él que su esposa tenga diabetes.

4.4 Madre e hijo.

En el caso de Dominga y Marcelino reflejan una experiencia de vida colmada de carencias y sufrimientos. Dominga al lado de su difunto esposo vivió maltrato y violencia física –psicológica. Marcelino como hijo mayor también vivió al lado de su difunto padre las golpizas y el sufrimiento. Este pasado es importante mencionarlo, ya que en las narrativas de ambos se menciona como motivo importante de su condición actual y también con relación a su diagnóstico diabético.

Además de estos antecedentes madre e hijo comparten la característica de tener diabetes 2, Marcelino fue el primero en manifestar los malestares y saberlo y posteriormente Dominga. Estas condiciones de maltrato en el pasado son el telón de fondo y la primera causa que asocian con la diabetes: el sufrimiento y las preocupaciones acumuladas con los años. En ambos casos hay una relación directa entre el infortunio de su pasado y la presencia de enfermedades.

En el caso de Marcelino hay además de su desafortunada infancia, una vida matrimonial llena de conflictos y cólicos con su primera esposa. Ambos periodos que conllevan emociones nocivas, (cólicos y sufrimiento) Marcelino los señala como los causantes de la diabetes que padece.

En el caso de Dominga además del factor emocional, menciona varias explicaciones del porqué tiene diabetes. La primera ya mencionada vida conyugal desfavorable; se interpreta también como un castigo divino;⁵⁶ y también lo relaciona con el hecho de pasar hambre y comer mal durante un breve tiempo en el que trabajó en una cocina económica.

Estos eventos con fuerte relación emocional (en el primero con el sufrimiento en su vida de casada, mientras que el segundo como la responsable de no atender a su hijo y en consecuencia muriera) son causas directas de la diabetes según Dominga, quien ve en sus padecimientos la consecuencia de un conglomerado de emociones en su experiencia de vida, de su propio “delito”, lo cual para Dominga es el antecedente de la situación con su salud.

Similar a otras experiencias las ideas respecto a lo que provoca la diabetes, si se cura o se controla y cómo, son ideas que no se mantienen estáticas, sino que se van nutriendo con el trayecto de la experiencia misma. En el caso de Dominga, por ejemplo, los dos sucesos mencionados (sintetizados en una vida de desgracia y el castigo divino) se suman a una tercera idea formada de sus observaciones y de lo que escucha de sus conocidos. Esta tercera explicación que muestra la señora se corresponde con los cambios sociales que se han dado en Zinacantán en los que la manera de los alimentos.

Es interesante el cómo se manejan diferentes representaciones que desde mi perspectiva se retoman desde los actores en una relación entre la subjetividad y lo objetivo, lo personal y lo social, los factores internos y los cambios externos; y me refiero a que en las representaciones que tienen del por qué da diabetes primero dan una explicación que da respuesta a su situación personal, entonces remiten a los conflictos y dificultades que han tenido, mismos que les han llevado a experimentar emociones intensas en su particular trayectoria; pero también y en segundo término brindan una respuesta en relación a procesos sociales externos y “ajenos” de su persona, así por ejemplo hablan de un antes y un después en la obtención de alimentos.⁵⁷

⁵⁶ Esta explicación la encuentra porque de alguna manera se siente responsable de la muerte de su hijo menor que dependía de ella pues estaba enfermo de ataque. Llegada cierta edad no pudo cuidar de él y menciona que se murió de hambre porque no hay quien lo cuide.

⁵⁷ En este punto hacen acento en los químicos que se usan ahora para cultivar los alimentos, como lo que le ponen a las carnes para engordarlos y a los pollos de granja.

En esta diversidad de representaciones del por qué de sus padecimientos se desprende una diversidad de opciones de ayuda, por lo cual acudieron en el caso de Dominga no sólo con médicos alópatas sino con médicos tradicionales. Los diferentes médicos de tradición a los que recurrieron les dieron un diagnóstico distinto: maldad. Con ellos si bien atendieron las indicaciones para restablecer su salud, no se consiguió ninguna mejora y los dejó de lado y continuó tomando los medicamentos que le dio el doctor con los que sí se sentía mejor.

Es destacable que en el caso de Marcelino su diagnóstico no fue hecho por ningún especialista en salud. Gracias al discurso popular ya contaba con suficiente información que le llegaban de conocidos y amigos acerca del azúcar y lo que implica (signos y tratamiento) esta información le permitió, cuando presentó los malestares reconocerlos, diagnosticarse y auto-medicarse. Aunque se sabe que la auto-atención es el primer pedido de ayuda ante los padecimientos, el hogar es por lo general el espacio en donde se socializan y se toma la decisión para recurrir a un especialista o tomar medidas de contención (E. Menéndez, 1997); en el caso de Marcelino se rebaza esta dimensión pues no sólo identificó y relacionó los malestares con el conocimiento popular atreviéndose a dictar su propio diagnóstico, sino que en base a esto decide saltar la atención con especialistas y conseguir los medicamentos necesarios.

Si hoy en día Marcelino acude al centro de salud y lleva su “control”, es por la necesidad de no seguir gastando parte de sus ingresos en los medicamentos que antes compraba en Similares, pero el señor cuenta que no necesitaba atención, sólo los medicamentos.

En el caso de Marcelino los conceptos *Illness-sickness* se dan de una manera distinta a la de los demás casos. En su subjetividad vive su padecer desde los primeros molestias, su aceptación de la enfermedad (*disease*) y su propia medicación apropiándose por sí mismo del discurso médico alópata pero no directamente de este, sino retomado a la vez por el discurso de amigos y conocidos. Marcelino toma por cuenta propia el rol que le corresponde como diabético, también sólo parcialmente. Sin embargo lo interesante en esta ocasión es su capacidad de que partiendo de su *illness* define su propio *sickness*.

Esta situación además nos habla de las condiciones sociales de la diabetes en Zinacantán, pues dan cuenta de la dimensión tan grande y la fuerza que ha cobrado en el discurso popular logrando dotar a las personas de las herramientas necesarias para evitar llegar con los especialistas. De ello también me di cuenta en el desarrollo del trabajo de campo, ya que cuando buscaba a gente que estaba registrada en el centro de salud encontré y supe de

los casos que no acuden a ningún sistema de salud oficial, no llevan ningún control en alguna institución, lo que habla tanto de las dimensiones de la enfermedad como de las limitaciones de los servicios de salud.

En este como en otros casos es el grupo doméstico (compuesto por parte de la familia) la primordial fuente de apoyo: sus integrantes construyen redes de ayuda y solidaridad en pro de una causa, en este caso apoyar a Dominga y Marcelino a que lleven más soportable su enfermedad. En este caso se organizaron entre dos hermanos para cuidar a la madre (un mes cada quién). Pero también en el grupo domestico surgen las diferencias y los conflictos; en este caso se dan con los demás familiares de Marcelino sus hermanos quienes no apoyan a la madre.

En el caso de la señora Dominga cuando se encuentra en casa de cualquiera de sus hijos está bajo el cuidado de las esposas de ellos. Son las nueras las mujeres encargadas de los alimentos, el cuidado de los hijos, el hogar y de doña Dominga.

En el caso de Marcelino su esposa, además de apoyarlo a él, apoya a su mamá, prepara los alimentos y está pendiente de lo que se ofrezca en el hogar. Si en ocasiones ella no puede estar al pendiente, la que se queda al cargo de la situación es su hija mayor de 12 años, que también cumple un papel fundamental en el cuidado de los hermanos menores, de la abuelita y las tareas de hogar.

Es relevante el papel que se le da a las mujeres (esposas, hermanas, nietas, hijas) como las responsables del cuidado del hogar así como de los enfermos; por ello en este caso mientras las esposas y nieta apoyan en este aspecto, así también es vivido como una acto de ingratitud, desconsideración y abandono. La actitud de la única hija (por cierto además la menor de los hijos) de no querer hacerse responsable del cuidado dela madre. Por este motivo al menos Marcelino considera que al no cumplir con sus deberes y obligaciones como hija (que en este contexto abarcan el cuidado del hogar y los enfermos) se le deben de negar los beneficios de poseer un terreno.

Por ello vemos quizás que en el caso de Isabel el no tener una hija constituye para ella una carga mayor de trabajo, una preocupación debida de ser la única que está encargada del hogar y del cuidado de los varones.

De los que comparten su experiencia con alguien diagnosticado con azúcar.

En los dos últimas situaciones que a continuación se abordan, se analiza la narrativa que proviene de voz, no de los diagnosticados, sino de algún familiar cercano con el que comparten su cotidianidad y su espacio. En el primer caso es la esposa la que nos habla de la situación del esposo, mientras que la segunda narrativa es del hijo que da su perspectiva pero que en la que también se recupera parte del punto de vista de su mamá, pues el hijo me apoyó como intérprete en las entrevistas.

4.5 Mi esposo tiene diabetes.

En este caso es la señora Rosario quien nos habla de la situación. Rosario y su esposo formaron una familia hace 20 años pero son relativamente jóvenes en edad, el diagnóstico de azúcar se lo dieron a su esposo hace 5 años.

Una de las cosas que me arroja el no haber coincidido en ninguna ocasión con Miguel me dice que es un varón muy activo, ocupado con el trabajo la mayor parte del día (de acuerdo a su esposa) cuya diabetes no le impide realizar sus actividades cotidianas.

Nuevamente encontramos en la narrativa una relación entre emoción-manifestación en el cuerpo de signos y finalmente la presencia de la diabetes. Es decir, se entiende, de acuerdo a Rosario, que la diabetes es producto de una emoción intensa y nociva como es el susto. El susto al que se refiere se provocó por un accidente automovilístico años atrás a partir del cual en Miguel su esposo se manifiestan molestias que le avisan que algo no está bien en su cuerpo; acude con un especialista médico alópata quien le da un diagnóstico: diabetes 2 (*disease*).

Miguel sólo acudió a buscar ayuda en el modelo médico alópata donde se le dieron las indicaciones apropiadas para su condición de salud (toma de medicamentos, cambio en la dieta, pruebas de sangre regulares), que Miguel debió de adoptar para cumplir puntualmente con su rol de diabético (*sickness*). Contraía fue su respuesta a ello, pues Miguel hizo poco caso de las indicaciones;⁵⁸ de ellas retomó lo necesario para su condición y siempre desde su propia valoración, es decir, desde su subjetividad, su manera de sentirse y de vivir el padecimiento. Su

⁵⁸ La alimentación y las actividades que lleva es la misma antes y después de que se le diagnosticara el azúcar, si acaso la única modificación que adoptó fue el cambio de tomar refresco habitualmente por tomarlo pero en su versión *light*. La medicación solo la toma en casos de mucha necesidad es decir cuando se siente muy mal.

cuerpo le indica cuando es necesario tomar parte en las indicaciones y comportarse de acuerdo ese nuevo rol. Esto se remite a que Miguel aprendió que cuando se siente mal, se toma la pastilla de manera urgente, entonces la mastica con desesperación para eliminar o disminuir las molestias. Pero si su cuerpo no manifiesta ningún dolor y/o molestia, entonces esto no es necesario y se olvida de su condición con la diabetes.

Es probable que las complicaciones sean un detonante a partir del cual se lleve con más rigor los cuidados y las indicaciones de los especialistas médicos. Miguel por ejemplo no ha experimentado alguna recaída o complicación que lo orillen a adoptarlas más por obligación como en el caso de Isabel o de Emilio.

Sería arriesgado hacer conjeturas acerca de lo que piensa o siente Miguel con respecto a la diabetes, ya que no me fue posible recuperar su voz. Pero puedo hacer supuestos a partir de las interpretaciones que Rosario narró acerca de la experiencia de su esposo.

Desde su interpretación nota que los cólicos son un factor bajo el que se descompensa la salud de Miguel, confirmando nuevamente la relación que hace entre emoción y salud-enfermedad no sólo como causal de la enfermedad sino como factor detonante de malestares corporales.

Del hecho que sólo haya buscado atención con médicos alópatas quizás se deba a que en la familia de Miguel ya había antecedentes de personas diabéticas (hermanos), lo que contribuyó a que Rosario y Miguel tomaran la noticia con ligereza, como algo cotidiano y que no les afectó emocionalmente. Por estos mismos antecedentes sabían que el azúcar o diabetes es algo que no cura un médico tradicional por ello evitaron acudir con ellos. El apoyo en el entorno del grupo doméstico no es específico a su condición con la diabetes. El diagnóstico no tuvo ninguna implicación en sus vidas a excepción de que Miguel es más sensible a factores emocionales (cólicos) y ella tiene una preocupación futura.

Lo que le preocupa a Rosario es el pensaren futuras complicaciones. Rosario conoce los casos de personas con severas complicaciones y pensar que su esposo pueda llegar a tenerlas es motivo de angustia.

El breve período con el diagnóstico ha mantenido las representaciones acerca de la enfermedad. Estas se han formulado por las experiencias de familiares cercanos y de la manera personal en que vive su padecimiento. Entonces sus representaciones acerca del porqué se da esta enfermedad, tienen una fuerte relación con lo emocional (propia experiencia), por el

discurso de los conocidos y los especialistas médicos saben que no se cura y han aprendido a controlarla de una manera personalizada de acuerdo a las necesidades de Miguel.

4.6 Mi madre tiene diabetes.

En el caso de la señora Juana se trata de una experiencia que durante varios años careció de un diagnóstico certero. Tanto las molestias y los dolores físicos persistieron durante varios años. La diferencia está en que no era identificada (ni por ella, ni por sus familiares) como una persona con diabetes. Al no conocer ni aceptar que tenía diabetes, ninguna medida de contención (control) se llevó a cabo, lo que contribuyó a que las complicaciones asociadas a la enfermedad se agravaran.

Es decir, el padecer (*Illness*) de la señora Juana se inició muchos años antes de que se reconociera su *sickness*. Su padecer estuvo colmado de dolencias que se asociaban a otros factores de corte social como la brujería. Sin embargo después de varios años y de no encontrar una mejoría iniciaron la consulta con médicos alópatas que finalmente la reubicaron en su rol como persona con diabetes.

En el aspecto emocional en respuesta a su padecer enfrentó la angustia, la incertidumbre al no encontrar una solución (cura a sus molestias), la tristeza y la frustración. Aunque ahora se sabe y se reconoce su papel como diabética (*sickness*) por parte de sus familiares y de ella misma parte de su padecimiento, tal vez no haya cambiado en mucho, porque los dolores y las complicaciones que presenta ya son irreversibles. Probablemente su reconocimientos social como diabética transformó los cuidados que hacía ella ahora se tienen (medicamentos, alimentación, chequeos médicos) y proporciona una “estabilidad emocional” sobre todo a los hijos, en el sentido de saber qué tiene y cómo cuidarla.

Sus representaciones entonces no sólo son de diabetes, sino en un marco más amplio para hablar de la enfermedad o del padecer, puesto que en torno a determinados malestares se fueron transformando las representaciones en torno a las mismas: en un principio se trató de brujería, y finalmente diabetes se observa como las representaciones acerca de un conjunto de malestares.

Una vez dado el diagnóstico de la diabetes, las representaciones que tienen particularmente de ésta son variadas. En primer lugar, resalta el factor emocional al que consideran es un elemento preponderante para adquirir diabetes, especialmente si se tienen conflictos y cólicos constantes. Una segunda representación que se tiene acerca de la diabetes

es que en general es una enfermedad asociada a la “modernización” a la manera en que se cultivan los alimentos, donde los productos industrializados han llegado a formar parte de la alimentación diaria así como el consumo de bebidas dulces especialmente el refresco. Todas estas características, de acuerdo a Fernando, forman su representación como una explicación acerca del aumento generalizado de enfermedades como el cáncer y la diabetes en el municipio.

Además de estas representaciones formadas por la experiencia con el azúcar, por el discurso popular saben que no es posible curarla y que es una enfermedad del terreno de los médicos alópatas.

En cuanto al apoyo y reciprocidad de los integrantes, de acuerdo a lo hablado, parece que hay un acuerdo explícito y organización para apoyar a la señora. Sin embargo sobresale nuevamente el papel de la mujer como cuidadora del enfermo. En este caso, además no recae en una sola persona sino en tres hermanas quienes dadas sus características sociales, (ser mujeres, ser solteras) son consideradas las indicadas para encargarse de cuidar a la señora.

REFLEXIONES FINALES (CONCLUSIONES).

Como parte final de este documento, presento una síntesis que engloba de manera general el análisis de los hallazgos en correspondencia con los modelos teóricos propuestos en el primer capítulo. Si bien este suele ser el apartado dedicado a las conclusiones, preferí no llamarlo así porque considero que más que consumaciones, los hallazgos aquí presentados dejan un camino abierto por explorar, por ello preferí titular este apartado como el de reflexión. A continuación, presento las reflexiones generales que a partir de los hallazgos dan respuesta o posible respuesta a las preguntas de investigación en las que se apoyó este trabajo. Con ello no pretendo hacer generalizaciones, pues cada situación es vivida de manera distinta pero sí expongo los rasgos generales y particulares hallados en las narrativas recopiladas.

Por inicio es destacable mencionar los cambios sociales que en Zinacantán se han dado y que desde mi perspectiva guardan alguna relación con el tema aquí expuesto. Estos cambios se han ido presentando desde décadas atrás. Sin embargo hoy se pueden enunciar aunque de manera somera en relación con la diabetes. Desde la pavimentación de caminos tanto en la cabecera pero principalmente a algunos parajes hasta la pavimentación de calles en la cabecera ha facilitado la transportación de pasaje pero también de otros productos que antes no llegaban con tanta facilidad, aunado a una comunicación de nuevos hábitos de consumo como lo son los alimentos industrializados. El hecho que caminos y calles fueran pavimentadas contribuyó a aumentar el flujo de transporte mucho más frecuente tanto en la cabecera como en los parajes, contribuyendo a un decrecimiento de la actividad física.

Otro elemento a destacar como probables en su relación con la diabetes, y que sobresalió en las narrativas como una representación local son la introducción de agroquímicos en la cosecha de frutas, verduras y en la misma industria de las flores, que por cierto va cobrando más relevancia como una de las principales actividades económicas del municipio.

La incorporación de “nuevas” formas de cultivar y las influencias externas en cuanto a “nuevos” hábitos de consumo son factores que paulatinamente van teniendo su impacto en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población, esto se refleja en el aumento de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus.⁵⁹

Un rasgo por demás interesante a la vez que preocupante es el que se deriva, por un lado, de la práctica de cultos religiosos distintos al católico, y por el otro, a las agresivas promociones de las distintas marcas de bebidas embotelladas. Ambos procesos han contribuido a que hoy día el consumo de refresco se inserte no sólo en las reuniones importantes de cualquier culto, festividades y rituales católicos y de curación sino que además se ha colocado como un producto de consumo cotidiano.

Estos procesos sociales en Zinacantán son también factores mencionados por los propios habitantes, una vida sedentaria así como el consumo de refresco aunque en menor medida también fueron factores mencionados.

Se debe recordar también que las instituciones de salud (SSA, IMSS) tienen ahora una mayor presencia en distintas regiones (parajes) en las que antes eran inexistentes, factor que contribuyó al incremento de población diagnosticada con diabetes. El incremento de la población con diabetes (registrada o no en alguna institución) no sólo es reconocida por las

⁵⁹ Emilio:

“Pues yo pienso que esta enfermedad es producto de la alimentación porque ¿de dónde viene? Sobre todo porque ya es puro crecimiento de los alimentos con puro químico. [...]Pues posiblemente porque pues aquí es donde se usa mucho fertilizante por el producto de las flores y prácticamente se respira y no sé qué de manera, cómo le podría decir, de qué manera adquiere uno los prejuicios de los insecticidas que se utilizan”.

Fernando:

“Antes se escuchaba muy poco y ahora ya en cualquier comunidad se sabe que la gente tiene esa enfermedad. Yo me he puesto a pensar que por la alimentación, por la misma cosa que comemos porque me doy cuenta pues que toda la comida que comemos ya son casi puro químico. Pero antes pues no conocían eso la milpa daba solo sin fertilizante, las verduras no se fumigaban ahora ya se fumigan, el repollo, las lechugas, las coliflor todo se fumiga ya por cualquier plaga”.

Marcelino:

“Porque fíjese usted, yo mi manera de pensar, nos damos cuenta que casi es por todo lo fertilizado, el alimento por ejemplo el maíz, la carne de res es inyectada, todo ya es con químico, ya no es natural. Vas a comer una verdura por ejemplo el nabo ya lo comes pero ya fumigado, ya lo vez galán, galán ese no es fuerza de la tierra ya está fertilizado y ya está fumigado”.

autoridades sanitarias si no que la población misma se ha dado cuenta de que cada vez son más los casos de familiares, vecinos y/o conocidos que presentan la enfermedad, llegando a volverse tan público que se maneja frecuentemente en el discurso popular.

Experiencias.

Las experiencias recopiladas en este trabajo reflejan una heterogeneidad de narrativas en las que se reflejan sus distintas condiciones de vida de los entrevistados, pose en cada una sus matices, su historia, sus puntos de quiebre, las contrariedades y la superación de las crisis. Todas y cada una de ellas ilustran diferentes maneras de vivir y de padecer la diabetes, distintas maneras de enfrentar un mismo padecimiento, lo que da cuenta de la complejidad de cada trayectoria.

Sin embargo también comparten algunas características como el entorno social de Zinacantán en el que se desenvuelven, con condiciones materiales similares y opciones de recursos en salud equivalentes (medicina alopática, médicos “tradicionales”, homeopáticos, productos omni-life) aunque el significado que cada uno de ellos le da al padecimiento (causas, cuidados, impacto) es distinto.

Pero vayamos por partes, de la experiencia integral de cada persona. Me interesó recuperar con más énfasis aquella vinculada a la diabetes, por ello uno de los conceptos que retomé para el análisis es el propuesto por A. Young (1982) en el que se definen tres categorías ya expuestas en el primer capítulo y en síntesis: el *disease* como diagnóstico médico : diabetes 1, 2 o gestacional; *illness* como el padecimiento visto desde la subjetividad y percepción de la persona y finalmente el *sickness* que determina el rol social como enfermo, el cual varía del contexto sociocultural.

De acuerdo a los hallazgos recopilados, existe un diálogo y una contraposición entre el *illness – sickness*, entre la manera en que las personas desde su cuerpo y su subjetividad viven y sienten la enfermedad, es decir, la padecen y la manera en que los médicos alópatas principalmente esperan que actúen.⁶⁰ Sin embargo ambas categorías suponen un antagonismo entre lo que se espera y lo que realmente ocurre en las vidas y al interior de estos grupos domésticos.

Una vez diagnosticado el *disease*, las personas intentan encarnar su *sickness* de manera “ideal”, es decir, la esperada para su condición. Sin embargo, múltiples factores van orillando a

⁶⁰Recordemos que la norma médica dicta unos estándares de cuidados para los diabéticos (cambio en la alimentación, práctica de ejercicio, medicación y chequeos médicos).

que *illness* y *sickness* tengan un enfrentamiento y posteriormente una negociación. El *sickness*, es decir, su condición como diabéticos, no es una categoría que se acepte de manera repentina (a excepción de Marcelino), ya que en la mayoría de los casos el irse configurando como diabéticos es un proceso gradual tanto para el enfermo como para su grupo doméstico, cabe destacar que cada trayectoria es distinta y en algunos casos este proceso fue más sencillo de aceptar (Miguel, Emilio) mientras que en otros necesitó un proceso más largo y atormentado (Petrona, Armando, Isabel).

Entonces el *sickness* es sólo adoptado parcialmente en todos los casos expuestos, ya que de alguna manera constriñe la cotidianeidad de las personas quienes de acuerdo a su propia experiencia se van apropiando de determinadas medidas y/o cuidados en función de sus necesidades. El *sickness* además se manifiesta sobretodo en las instituciones de salud donde se les reconoce como tal y al interior de su propio grupo doméstico sobretodo en una etapa inicial del diagnóstico en el que se adoptan y negocian los cuidados necesarios y finalmente en el entorno social donde se re conocen como diabéticos.

Hay que poner especial énfasis en el campo de la alimentación⁶¹ que resultó la medida en la que todos los entrevistados reconocieron como una fuente de problemas de organización, adecuación y tensiones emocionales tanto para la persona diabética como para su círculo doméstico. Y es que el cambiar la dieta en alguno de los integrantes de la familia trae consecuencias para todo el grupo. Para los entrevistados, con excepción de Armando en cuyo caso sí se modificó la dieta, readecuar la alimentación era un esfuerzo que no contribuía a la tranquilidad del hogar, incluso como en el caso de Emilio y Petrona, este elemento fue la causa desencadenante de emociones que ellos identificaban como negativas (depresión, angustia) y que por el contrario desmejoraba su estado anímico, por ello y contrario a lo que dicta la biomedicina, anularon la recomendación.

Las experiencias presentan algunas diferencias sutiles respecto al rol genérico, ya que en este contexto los roles asignados a las mujeres y a los varones están definidos de manera clara, mientras que al varón le corresponde el ámbito de lo público (relaciones sociales, cargos, compadrazgos), a las mujeres les corresponde el ámbito de la vida doméstica (hogar, hijos) y es interesante entender la relación que tiene con ello. De los cuatro casos de mujeres entrevistadas tres de ellas asocian la diabetes con tensiones (preocupaciones, angustias) relacionadas a su rol en el grupo doméstico y a una vida de maltratos. Mientras que en la situación de Isabel quien

⁶¹ El cambio en la dieta es la primera recomendación que hace la medicina alópata para las personas con diabetes e incluso existen casos en los que no es necesaria otra medida para el control de la glucosa, basta con la modificación de la dieta.

también cumple con su rol doméstico pero además tiene un rol público como curadora identifica la diabetes con otro tipo de emoción, el cólico.

En el caso de los cuatro varones entrevistados, dos identifican el susto como la causa de su padecimiento, mientras que dos lo relacionan con los cólicos, para Emilio debido a sus cargos públicos, para Marcelino por conflictos en el hogar.

En la mayoría de las narrativas se identifica un efecto “negativo” desde que aparecen los malestares hasta que se da el diagnóstico. Durante este período se presentan emociones como incertidumbre, angustia, tristeza, preocupación e inseguridad, no así para Miguel quien no atravesó las mencionadas ni Juana debido a un diagnóstico tardío. En este último caso la preocupación y angustia se dieron por el estado avanzado de las complicaciones.

Las crisis ⁶² con el padecimiento sobretodo emocionales resaltaron en los momentos de recaídas considerables y/o con las complicaciones. Para Juana y Dominga, ambas mayores de 60 años, son las discapacidades a consecuencia de la diabetes las que más afligen a ellas y a sus hijos. Armando, Emilio e Isabel mencionan las recaídas graves (hospitalización) como los momentos más preocupantes sobre todo para esta última que experimentó la mutilación de sus dedos, hecho que la estigmatizó socialmente y a partir de la cual se fundamentan sus representaciones (negativas) acerca de la medicina alopática.

Trayectorias como la de Isabel, Juana, Emilio y Armando reflejan episodios de dolor que en padecimientos como la diabetes suele provocar, las llamadas experiencias límite⁶³ que reconfiguran las representaciones que se tengan. Así los mencionados vieron transformadas sus representaciones acerca de la biomedicina, de los cuidados y precauciones en relación con la diabetes. En la situación de Isabel atribuye su mutilación con el contacto con los médicos, por ello les guarda desconfianza pero también a partir de este evento es que adoptó su rol como diabética y tomó las recomendaciones médicas de manera más seria; recordamos en el caso de Armando como sus recaídas lo han llevado a seguir las indicaciones medicas de manera más estricta. Igualmente se presume que en los casos de los varones fallecidos sus familiares vieron transfiguradas sus representaciones acerca de la diabetes.

Las redes de apoyo y conflicto son más intensas al interior del grupo doméstico. Son los parientes más cercanos (padres, hijos, hermanos, cónyuge) con los que se establecen redes de reciprocidad tanto en el padecimiento como en otros rubros de la experiencia. El apoyo

⁶² Asociadas a la inestabilidad y vulnerabilidad de las personas.

⁶³ De acuerdo a A. Barragán son aquellas experiencias que colapsan la capacidad simbólica, como las enfermedades crónicas y modifican las representaciones (Barragán y Ayala, 2005).

manifestado es fundamentalmente afectivo (cuidados, acompañamiento, consejos) y en algunos casos económico. Esta red se extiende además a parientes no tan cercanos, compadres y vecinos cuando se agrava la condición de salud.

Los conflictos más reveladores son los que exponen Armando y Marcelino, ambos relacionados con el incumplimiento de los deberes en consecuencia la pérdida de derechos (beneficios). En el caso de Armando es su padre quien desatendió sus obligaciones como hijo,⁶⁴ en consecuencia se le negaba o dificultaba la posesión de un terreno; Marcelino, en cambio, considera razonable quitarle el terreno a su hermana, ya que no cumple con sus deberes como hija y como mujer (cuidar a la madre).

Se puede ver cómo los entrevistados van negociando con las distintas opciones que tiene de atenderse, en su trayectoria con el padecimiento no se restringen a uno, sino que encuentran en una síntesis de varias o todas ellas la medida “correcta” de sus cuidado. Cimentados en su propia experiencia van integrando a su propio cuerpo aquellos elementos con los que logran sentirse bien y desechar aquellos que les resulta un esfuerzo innecesario, resultando en un cuidado personalizado.

Emociones.

Las emociones son aquí cruciales no sólo por la propuesta de Scheper- Hughes y Lock (1987) quienes las colocan como el recurso mediante el cual se pueden analizar las diferentes niveles del cuerpo,⁶⁵ sino porque guardan una estrecha relación con este padecimiento. Partiendo del supuesto de las autoras de que existe una correspondencia inherente entre cuerpo/emociones y contexto social, es fundamental entender las emociones en correspondencia en el contexto en que se desenvuelven.

⁶⁴La infracción cometida fue no visitar a su madre durante largos períodos de tiempo, motivo de conflicto con sus demás hermanos.

⁶⁵ Para las autoras la relevancia de las emociones, percepciones, prácticas e interacciones tienen un marco de referencia común en el que se desenvuelven, un entendimiento común y son el medio de acceder al análisis del cuerpo Individual (la experiencia e imagen que se tiene desde la subjetividad), el cuerpo social (refiere a las construcciones culturales y las representaciones colectivas) y el cuerpo político (medio de regulación y vigilancia sobre los mismos).

CUADRO 2. Emociones asociadas a la diabetes mellitus o “azúcar”; reconocidas como las causantes o/y experimentadas con la enfermedad.

EGO	EMOCIÓN CAUSAL		EMOCIONES EXPERIMENTADAS
Armando	Susto-espanto.	Repentino.	Coraje
Emilio	Cólico-corajes.	Acumulativo.	Preocupación
Petrona	Preocupaciones /	Acumulativo.	Tristeza, preocupación,
Isabel	Cólicos-enojos.	Acumulativo.	Tristeza, coraje, impotencia, incertidumbre, preocupación
Dominga.	Preocupación, sufrimiento, angustia, cólicos	Acumulativo y repentino.	Preocupación, tristeza, angustia, incertidumbre
Marcelino.	Cólicos.	Acumulativo	Preocupación
Mi esposo	Susto	Repentino	Preocupación
Mi madre	Cólicos-preocupaciones.	Acumulativo	Tristeza, angustia,

CUADRO 2. Elaboración propia.

En el cuadro anterior se enlistan las emociones que de acuerdo a las narrativas se relacionan de manera directa con la presencia del azúcar. En la primera columna se expone el nombre de la persona de la cual se recuperó la idea; en la segunda la emoción que identifica como la causa del azúcar; en la tercera si es una emoción repentina o con efecto acumulativo con el tiempo. Finalmente en la última columna están las emociones que han experimentado a lo largo de la enfermedad y que son consecuencia directa de la misma.

Tanto el susto⁶⁶ como los cólicos son identificados de manera general en las narrativas como detonantes de la enfermedad, colectivamente son reconocimos como posibles causas. Sin embargo cada uno tiene en sí mismo su complejidad. Lo interesante es la manera en que se

⁶⁶El susto es uno de los padecimientos más comunes en nuestro país y ha sido registrado en múltiples ocasiones en diferentes contextos socioculturales López A., 1990; Campos N., 1990; Hermitte 1970; Holmes 1965, Groak (2005).

manifiestan en cada caso tanto el susto como el cólico y el significado que se les atribuye. Así mientras que en un caso el susto se identifica con la correteada de un perro, en otro se identifica con un accidente automovilístico. Asimismo, otras personas pueden identificar el susto con la muerte de un familiar, una noticia desafortunada, una caída entre otras. Son sucesos sorprendidos y significantes en la vida. Al susto o espanto se le atribuye una consecuencia manifestada en el cuerpo mediante malestares y es imprescindible que se busque de manera inmediata la recuperación de la salud, de lo contrario se desencadenan situaciones más graves como en los casos presentados. Además de una emoción, representa un padecimiento en sí mismo, por ello es capaz de identificarse basado en determinadas características (adelgazamiento, pérdida de sueño, sobresaltos, debilidad) aunque también pueden confundirse con otras causas. El susto es un evento que puede ser ocasionado por diversos agentes que dejan susceptible al cuerpo para que pueda contraer diversos males.

Un segundo detonante emocional que se identifica en las narrativas son los cólicos, entendidos como corajes, enojos, molestias los cuales se pueden derivar de diversas situaciones. En el caso de Isabel, por ejemplo, los cólicos son parte de su vida diaria debido a su carácter; para Emilio, Marcelino y Dominga se corresponden con una etapa específica en la vida (estar al frente de un cargo político-religioso, conflictos en el hogar con esposa, maltratos y vejaciones en el hogar). El padecer entonces expresa un cúmulo de malestares, conflictos, inseguridades y contrariedades en la vida. Es significativo que los cólicos, al contrario del susto, no se identifica como un detonante inmediato sino que cumple sobretodo una función acumulativa, es decir, no se piensa de un episodio concreto, sino en una suma de ellos en los que los cólicos finalmente se manifiestan en el cuerpo mediante algún padecimiento (diabetes).

Las preocupaciones también se señalaron como de los principales detonantes de este padecimiento, asociadas a diversas situaciones. Por ejemplo, en el caso de Petrona, Dominga y Juana se relacionan con conflictos en el hogar económicos y emocionales principalmente con el cónyuge, ya sea por el alcoholismo de la pareja, la violencia, la falta de recursos, etc. Las angustias y las preocupaciones formaban parte de su día a día. Se puede interpretar que ellas asumen la diabetes como la expresión corporal que habla de un entorno doméstico de aflicción y angustia. Las preocupaciones y/o aflicciones al igual que los cólicos son eventos que se van acumulando en el cuerpo hasta que finalmente se manifiestan en el padecimiento.

Particularmente interesante es el sentido preventivo que se atañe al evitar emociones nocivas para la salud (Emilio, Petrona y Rosaura). Tanto cólicos como preocupaciones, estrés, angustias son emociones que de evitarse en lo posible contribuyen a un mejor estado de salud.

Si se prescindien de dichas emociones, es más probable que mantengan un estado de salud óptimo y no tengan recaídas debidas a la diabetes. En este caso se piensa además que estas preocupaciones pueden ser acentuadas si se consulta al médico,⁶⁷ por ello y en lo posible se evita consultarlos y se evitan sus recomendaciones. Es decir, contrario al discurso biomédico, en este caso las recomendaciones y el estar en “control” provoca un efecto contrario que no beneficia a la persona.

Las emociones nocivas (enfermantes) que se identificaron en las narrativas, ya sea como detonantes del padecimiento o de las recaídas con el mismo, son preocupaciones, angustias, aflicciones, cólicos y espanto.⁶⁸ En este contexto salud-emoción son dos categorías inseparables pues se retroalimentan, si una está bien la otra corresponde de similar, si en la vida se tiene un desproporción de emociones nocivas se expresan en el padecimiento.

De acuerdo al modelo propuesto por Scheper-Hughes y Lock, el cuerpo político sería aquel en el que se dicta el *sickness* de las personas, (biomedicina) a partir del cual se le vigila y regula sin considerar su subjetividad; el cuerpo social se manifiesta en el modo en que han insertado la diabetes en sus propios referentes, reasignándole una causalidad, cuidados, prevención, los cuales se socializan en el discurso público y popular. El cuerpo individual es percibido de muy distintos matices (como ya vimos en cada experiencia) en el cual encuentran una manera de poner de expresar las contrariedades y conflictos sociales pero sobretodo en su grupo doméstico, en su experiencia subjetiva.

La “azúcar” con la que viven estas personas no es dulce, sino tan amarga que además de ocasionar la enfermedad, detonan las emociones negativas y sufrimiento tanto en las personas que padecen como en las personas que lo cuidan y conviven.

El aumento de diabetes (“oficial” o no) refleja entonces un contexto social en continua transformación y modernización, que transforma también los perfiles de morbi y mortalidad; desde la subjetividad el padecer azúcar se ha re-significado como un medio para poner de manifiesto los conflictos y las precariedades cotidianas.

⁶⁷ El médico dicta un diagnóstico, enfermedad que es factor de preocupación, dicta cuidados, medicamentos factor de preocupación, es decir en esta lógica el solo hecho de saberse enfermo es un elemento de preocupación por ello es mejor no acudir a ellos en lo posible.

⁶⁸ En las narrativas también se mencionó la alegría en exceso como un detonante de la diabetes, sin embargo no registré ningún caso cuya diabetes haya sido a consecuencia de una alegría.

Representaciones.

Si consideramos las representaciones sociales como el conocimiento de sentido común que se fundamenta en la experiencia cotidiana bajo el cual entendemos la realidad (Jodelet, 1989). Encontramos que las representaciones vinculadas a el azúcar son permanentemente reconfiguradas, socializadas, compartidas y en diferentes grados consensuadas. Estas representaciones se dan, surgen y se transforman no sólo de la propia experiencia sino de la interacción con los otros. Es en la interacción donde se re-significan e interpretan las representaciones que sobre la diabetes se tienen.

Así vemos que Armando y su familia para quienes la primera opción era el susto del perro con el tiempo y la influencia de las versiones de los médicos la posibilidad de haber sido heredada se sumo. Para Emilio y Petrona que mencionaron como primera causa un detonante emocional pero con el tiempo reflexionaron en que los cambios en las maneras de cultivar y en los hábitos de alimentación también pudieron influir. Dominga principalmente alude aflicciones emocionales y el castigo divino como las causas de su diabetes, posteriormente añade los malos hábitos alimenticios. Es decir, en los ejemplos mencionados inicialmente tenían una idea acerca de la causa de la diabetes que a través del tiempo se enriqueció con su propia experiencia, con los discursos médicos y populares. Cabe distinguir que en todas las narrativas se da una explicación en primer término emocional al padecimiento, que en algunos casos encuentran su correspondencia con lo social, dejando en segundo término como posibilidades las explicaciones de la medicina alópata.

Las representaciones no sólo son fundamentadas por los discursos sino por la propia práctica, así con respecto a los cuidados correspondientes a su condición (medicamento, dieta). Estos se fueron exponiendo a ensayo durante la trayectoria con el padecimiento. En el caso de Armando, por ejemplo, el dejar la medicación lo colocó en un estado crítico de salud, derivado de ello aprendieron que la insulina era indispensable; para Isabel su experiencia con el dolor y la mutilación sentaron las bases de la representación que tiene acerca de los médicos alópatas y de sus propios cuidados.⁶⁹

La situación de Isabel es muy particular, ya que al ser curadora del lugar, sus propias representaciones acerca de los padecimientos en los que tiene intervención⁷⁰ se ve contrastada

⁶⁹Isabel señala a los médicos como los responsables de su mutilación posterior a ello sus cuidados se extremaron.

⁷⁰ Espanto, mal sueño, dolor de cabeza entre otros padecimientos que cura respecto a las categorías frío-calor.

no sólo con los discursos biomédicos, sino con el discurso popular y su experiencia, por ello las ideas que mantiene relativas a su padecimiento son por demás confusas y diversas.

En el siguiente cuadro se ordenan las distintas representaciones que mencionaron.

CUADRO 3. Representaciones mencionadas acerca de las causas de la diabetes.

EGO	EMOCIÓN CAUSAL	CAMBIOS SOCIALES	OTROS MENCIONADOS
Grupo doméstico de Armando.	Susto-espanto.	Ninguno mencionado.	Herencia (Alópata)
Grupo doméstico de Emilio y Petrona.	Cólico-corajes. Preocupaciones.	Uso de agroquímicos en los cultivos. (Experiencias de vida) Cambios en la alimentación (alópata y la experiencia de los individuos)	Descartan por completo la posibilidad de la herencia.
Isabel	Cólicos-enojos.	Cambios en la alimentación (Alopática)	Herencia. (Alópata)
Dominga y Marcelino.	Preocupación, sufrimiento, angustia, cólicos	Cambios en la alimentación (alopática). Uso de agroquímicos en los cultivos. (Discurso popular)	Castigo divino. (Experiencia propia)
Mi esposo	Susto		Herencia (alópata)
Mi madre	Cólicos-preocupaciones.	Cambios de dieta (experiencia personal, alópata).	Herencia (alópata)

CUADRO 3. Elaboración propia.

Si bien en un inicio se puede pensar que el “azúcar” o diabetes es una enfermedad propia del terreno de la medicina alópata, en Zinacantán su aumento la ha colocado en un tema público. Incluso la medicina “tradicional” ha logrado parcialmente encontrar remedios no como una cura, pero sí como remedios que reducen o eliminan los malestares. En este

contexto, sin embargo, es particularmente interesante entender cómo se han re-significado tanto las probables causas, como los sistemas diagnósticos e incluso los cuidados. Respecto al primer punto, ya expuse cómo la vinculan estrechamente a factores emocionales, complejizando en mucho las explicaciones que brinda la biomedicina. Más allá de las recomendaciones médicas las personas adecuan los cuidados de acuerdo a su situación y experiencia e incluso las reelaboran (como en el caso del estado preventivo emocional); así también reconocen los cambios que en su propio entorno se han dado y que igualmente relacionan con la presencia y aumento de enfermedades como el azúcar. En los casos expuestos, diversos y complejos cada uno, hemos visto cómo la diabetes afecta a otros integrantes además de la persona con azúcar y cómo no sólo se construyen redes de apoyo y reciprocidad, sino que algunas otras relaciones familiares se desgastan, rompen o se crean conflictos entre ellas.

ANEXO.

CUADRO 4. Grupo doméstico de Armando.

Entrevistad@	Parentesco con Ego.	Características personales	Temas Abarcados	Temas no profundizados
Armando Diagnóstico: DM-1	Ego	Varón de 13 años de edad, diagnosticado de DM-1 desde hace seis años.	*Inicio de los malestares, diagnóstico, recaídas. *Emociones rel. Con diabetes. *Apoyo-no apoyo.	*Situación con la madre. *Relación con otros familiares
Don Armando	Padre.	Con 37 años de edad, originario de Zinacantán. Divorciado y padre de cinco hijos.	*Situación con su ex esposa. *Inicio de la diabetes se su hijo, complicaciones, cambios y emociones asociados a ella.	*Relación con herman@s. *Relación con madre de sus hijos.
Sra. Tere	Abuela paterna.	Con 65 años de edad, actualmente está separada.	*Relación con hijo y nietos. *Problemas en la familia. *Diabetes del nieto, percepción, apoyo.	*Sería interesante darle seguimiento al caso para ver cómo continuó la experiencia de Armando y la dinámica del grupo al integrarse la nueva pareja de su papá.
Vicente	Hermano mayor.	Varón de 18 años, estudia y trabaja	*Relación con herman@s *Diabetes de hermano, inicio y desarrollo; complicaciones y cuidados.	
María	Hermana	16 años, estudia y se ocupa de labores del hogar y cuidado de sus hermanos menores	*Cambios personales a partir de la diabetes,	
Reyna	Hermana	15 años, estudia y atiende el hogar y a los hermanos menores.	*Emociones vinculadas a la enfermedad *Conflictos personales *Proceso de inserción social en Zinacantán	
Ausencias.	Madre.	Faltó la narrativa de la madre ya que no vive con ellos.		

CUADRO 5. Grupo doméstico de Emilio y Petrona.

Entrevistad@	Características personales	Temas abarcados	Temas No abarcados
Emilio Diagnóstico: DM-2	Varón de 60 años, jubilado, actualmente se dedica a una tienda de abarrotes. Tiene nueve años con el diagnóstico de diabetes.	*Datos personales. *Experiencia con la diabetes: primeros indicios, diagnóstico, tratamiento indicado, recomendaciones adoptadas,	*Profundizar en la relación con los demás integrantes del grupo. *Profundizar en categorías que manejan como estrés y depresión.
Petrona. Diagnóstico: DM-2	Con 56 años, ama de casa y madre de cinco hijos. Tiene 4 años con el diagnóstico de diabetes.	recaídas-complicaciones, apoyos y conflictos personales y al interior del hogar.	*Relación de diabetes con otras enfermedades.
Rosaura.	Con 30 años, casada y madre de un hijo. Se dedica atender el negocio familiar.	*Emociones experimentadas desde el inicio de la enfermedad hasta la fecha de la entrevista. *Acera del origen de la diabetes, causas, formas de cuidarse. *Modificaciones en el grupo a partir de la diabetes.	

BIBLIOGRAFÍA

Barragán S. A. y Ayala M. F. (2005). “Las experiencias límite y su relación con la enfermedad” En revista: Estudios de antropología biológica. Serrano S. C, Hernández E. O. y Ortiz P. F. Editores. CONACULTA-INAH, México.

Bastian J. Pierre. (2008) “Conversiones religiosas y redefinición de la etnicidad en el Estado de Chiapas.” En: *Trace Travaux et Recherches dans les Ameriques du centre*. N.54 p. 19-30 [En línea] Disponible en: <http://trace.revues.org/442>. Fecha de consulta: 22 de enero de 2012.

Bender, Donald (1967) “A refinement of the concept of household: families, coresidence, and domestic functions”, en *American Anthropologist*. 69 (5): 493-504.

Blumer, Herbert (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona, Hora DL.

Burguete Cal y Mayor, A. (2000) *Agua que nace y muere: sistemas normativos indígenas y disputas por el agua en Chamula y Zinacantán*. México, UNAM. Programa de investigaciones multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el sureste.

Castro, Sánchez H. y Escobedo de la Peña J. (1997) “La prevalencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina y factores de riesgo asociados en población mazateca del estado de Oaxaca, México”. *Gaceta médica México*, 133 (6): 527-34, nov-dic.

CONACULTA (2005) “Desarrollo indígena en 50 municipios”. Disponible en: sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/170.pdf Fecha de consulta:

Collier A. George. (1976). PLANOS DE INTERACCION DEL MUNDO TZOTZIL. Bases ecológicas de la tradición de los Altos de Chiapas. México, INI. SEP.

CONAPO. La situación demográfica de México. 1997; 2005.

Contreras C. Ulises. (2001). “El conflicto social como generador de padecimiento: litigios por tierra e Ilvajinel (mal arrojado por envidia) en Yolonhuitz, Chiapas.” En: *Alteridades*, enero-junio, año/ vol, 11. número 021 UAM, Iztapalapa, México.

Díaz, Cruz R. (1977) “La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia.” En: *Alteridades*, 7 (13) p. 5-15.

Douglas, Mary, (1973) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI, Madrid.

Eisenberg L. (1977) "Disease and illness." En: Culture, medicine and psychiatry I. p.p 9-23.

Eroza, S. E. (2006) «Stories of misfortune, Affliction and Mental Illness In the Chiapas Highlands of Mexico». PhD Dissertation. Department of Human Sciences, Brunel University of West London.

(2011) "Las dimensiones visibles e invisibles de la vida social. Narrativas del padecimiento entre los chamulas" En: Revista pueblos y fronteras digital. Vol. 6 núm. 10 diciembre-mayo, México. ISSN: 1870-4115. Pp 1-37. Disponible en : http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art_03.html.

Eroza S, Enrique y Álvarez G. Guadalupe del Carmen. (2008). "Narrativas del padecimiento "mental": arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México". En: Revista de Antropología social vol 17, 2008 pp 377- 410. Universidad Complutense de Madrid, España.

FDI. (2011). "La diabetes exige una acción real por parte de la Cumbre de la ONU". Federación Internacional de diabetes. Septiembre. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/diabetes/2011/09/14/comunicado-de-la-federacion-internacional-de-diabetes>. Fecha de consulta: 08-marzo.2012.

FDI. (2005). "La FID presenta al programa preliminar del 19 congreso mundial de diabetes Atenas, Grecia". Comunicado de prensa 13-sep- 2005 Disponible en: <http://www.idf.org/node/1291?unode=4A18396A-F49A-4E2A-8534-CBCC1720A029>

Fernández P. Anna M. (2011). "Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos" En Revista: Versión Nueva Época, junio N. 26. ISSN 0188-8242 p 24.

Foucault, Michel. (1992). "Curso del 7 de enero de 1976" y "Curso del 14 de enero de 1976." En *Microfísica del poder*. Madrid, La Piqueta. 125-138, 139-152.

García, Guadalupe. (2009) "Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires". Horizontes antropológicos, Porto Alegre, año 15, n. 32, p. 247-272. Jul-dez 2009.

Geertz, Clifford.(1973). *La interpretación de las culturas*.

Good, Byron. (1994) *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Harvard medical school. Cambridge University Press.

Goodman L. (1961) "Snowball sampling". *Annals of mathematical statistics*. Ithaca, United States of America; vol 32, num 1. Pag. 148-170. Disponible en : http://projecteuclid.org/DPubS/Repository/1.0/Disseminate?view=body&id=pdf_1&

[mp;handle=euclid.aoms/1177705148](#). Fecha de consulta: septiembre 2012.

González B. Jorge. (2005) “Influencia de los cambios en los estilos de vida en el desarrollo de la obesidad. El ejemplo de los indios Pimas y otros”. En: Obesidad un reto sanitario de nuestra civilización. México, Ed. Fundación medicina y humanidades médicas. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/Mono6/edicion.html>. Fecha de consulta: 25 de febrero de 2012.

Gregoric, Juan. (2011). “Uno se tiene que reconciliar con el cuerpo que tiene. La dimensión carnal de la experiencia de personas afectadas por VIH-SIDA”. Ponencia presentada en el X congreso argentino de antropología social “La antropología interpelada: nuevas configuraciones político-culturales en América latina”. Realizada del 29 de nov. 2 de dic 2011. FF y L. Buenos Aires, Argentina. En: http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/juan_gregoric.pdf

Groark, Kevin. (2005). *Pathogenic Emotions: Sentiments, Sociality, and Sickness Amongst the Tzotzil Maya of San Juan Chamula, Chiapas, México*. Dissertation for Univeristy of California, Los Angeles.

Guiteras, Holmes. (1945) *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. F.C.E. México.

Hermitte, E. (1970) *Control social y poder sobrenatural en un pueblo Maya contemporáneo*. Instituto Indigenista Interamericano. Ediciones especiales 57. México.

IDF (2011). Diabetes Atlas Fifthedition. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/prologo?language=es>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2012.

Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2003) . Gobierno del Estado de Chiapas. Disponible en: <http://www.elocal.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/municipios/07049a.htm>

INEGI. (2000). XII Censo general de población y vivienda. Disponible en: www.inegi.mx.

INEGI. (2010). “Mujeres y hombres en México 2010” . Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2010/MyH_2010.pdf. Fecha de consulta: 05 de febrero de 2012.

INEGI. “México en cifras. Información nacional por entidad federativa y municipios”. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=07>.

INEGI (2005). "POBLACIÓN EN HOGARES INDÍGENAS POR MUNICIPIO, LENGUA DEL JEFE Y/O CÓNNYUGE Y SEXO DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD" . II Censo de Población y Vivienda 2005. Tabulados básicos.

INSP. "México. Décimo lugar mundial en gastos por diabetes." INSP, Noticias. Disponible en: <http://www.insp.mx/noticias/sistemas-de-salud/1745-carga-economica-de-la-diabetes-en-mexico-y-latinoamerica.html>.

INSP. (2011) "Perfil epidemiológico de la mortalidad en el sureste de México 1980-2008". México. ISBN. 978-607-7530-93-0 Disponible en: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/nuevas-publicaciones/1697-perfil-epidemiologico-de-la-mortalidad-en-el-sureste-de-mexico-1980-2008.html>

Jodelet, D.(1989). *Las representaciones sociales*. París. PUF.

Jordán K. Laura. (2008). *El problema de la responsabilidad social corporativa: la empresa Coca-Cola en los Altos de Chiapas*. Tesis de maestría. CIESAS, México.

Juárez C. Et al. (2010). "Aspectos socioculturales del síndrome metabólico e intervención basada en el conocimiento local con población maya hablante peninsular". FONSEC-CONACYT.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

Larralde C, Selvía. (2001) *¿Quién cuida a Esteban? Familias desgastadas. Unidades domésticas con enfermos crónicos*. Tesis de maestría, CIESAS, México.

Laughlin Robert M. y Karasik, Carol, Ed. (1992). *Zinacantán: Canto y Sueño*, Textos recolectados y traducidos del tzotzil al inglés (y al español), Colección: Presencias No. 62, Dirección General de Publicación del Consejo Estatal para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional Indigenista (I.N.I.), México.

Lomnitz, L. A. (1975) *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI Editores 1975.

López Méndez, M. (1983). *HISTORIA ANTIGUA DE ZINACANTAN.VO NE K'OP TA TZINAKANTA*. Secretaria de Educación y cultura. Subsecretaría de cultura y recreación. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Mapa de Zinacantán en :

http://www.sagarpa.gob.mx/desarrolloRural/Publicaciones/Lists/Presentacin%20de%20Experiencias%20Exitosas%20por%20Entidad%20F/Attachments/5/concoflor_chis.pdf. Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2011.

Martínez B. y Torres E. (2007). “Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulín dependiente.” En: *Psicología y Salud*. Año / Vol 17, número 002. Universidad Veracruzana Xalapa, México.

Martínez C, Fernando. (1995) “El hombre y su padecer dentro de una nueva medicina” en revista *Médico moderno*. México.

Mercado, Francisco. (2007). “Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México.” En *Cad de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 23 (9): 2178-218, set.

Menéndez, Eduardo. (1982). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud*. CIESAS.INAH. México.

(1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.

(1990) *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la casa Chata. SEP-CIESAS, México.

(1997) “Antropología médica: espacios propios, campos de nadie.” En: *Nueva Antropología*, 51, UAM, México, pp. 83-103

(2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Ed. Bellaterra. Barcelona.

(2005) “El modelo médico y la salud de los trabajadores. The medical model and worker’s health.” En: *Salud Colectiva* v.1, n.1. Lanús ene/abr. Versión on line ISSN 1851-8265. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100002&script=sci_arttext

“Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud.” www.ms.gba.gov.ar/Residencias/.../Modelo_Hegemonico.pdf

(1994). “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”
En: Revista Alteridades 4 (7).Pag. 71-83 En línea: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt7-8-menendez.pdf>

Nazar A. y Salvatierra B. (2009). “La derechohabiencia en el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres de asentamientos urbanos pobres de Chiapas, México.” En: *Sociedad y desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente*. José Luis Cruz Burguete y Austreberta Nazar Editores. ECOSUR, México. Pp 174-191.

Neel JV. (1962) “Diabetes Mellitus: A thrifty genotype by progress?” American Journal of Humand Genetics; 14: 353-362.

Neila B. Isabel. (2012). “Me´vinik una metáfora tzotzil sobre la salubridad de la vida en la modernidad de los Altos de Chiapas.” En: Revista de Antropología Iberoamericana. vol 7, núm 2 , mayo-agosto pp 137-170. ISSN: 1695-9752E-ISSN: 1578-9705. Madrid.

Obregón R. María C. (2003). *Tzotziles. Pueblos indígenas del México contemporáneo*. CDI, PNUD, México. ISBN 970-753-007-3

OMS. (2011) “Diabetes.” Nota descriptiva N. 312 Septiembre 2011. OMS Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>. Fecha de consulta:15 de julio de 2011.

OPS. (2007) “Considera alarmante escalada general de diabetes en América Latina” 14 nov 2007 . ONU. Disponible en:<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=10910>. Fecha de consulta: 08-marzo-2012.

Page P. Jaime. “Salud y Medicina tradicional” en *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Chiapas (EDESPICH)*, Programa Universitario México Nación Multicultural/Gobierno del Estado de Chiapas. (En dictamen).

(2005) *El Mandato de los Dioses: Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chénalo, Chiapas*. Científica II. Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF.

Pascual A. Rafael et al. (2007). “Diabetes una forma de vivir”. En: Estudios de Antropología biológica. XIII: 805-822, México. ISSN 1405-5066.

Pérez C. K. (2011). *La artesanía textil como medio de transmisión y resistencia cultural ante el proceso de globalización en el municipio de Zinacantán, Chiapas*. Tesis de licenciatura. ENAH, México.

Perezgrovas y Castro.(2000) “El borrego Chiapas y el sistema tradicional de manejo de ovinos entre las pastoras tzotziles. “ Redalyc año/vol49. N. 187 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/495/49518709.pdf>

Ramírez G. E. (2011). “Antropología compleja de las emociones humanas”. En Revista: ISEGORIA/25. Pp. 177-200 segoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/download/.../589.

Recoder, Maria L. (2011). “Experiencias de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH-SIDA en una ciudad del nordeste brasileño”. Papeles de trabajo n. 21, junio 2011. ISSN: 1852-4508. Centro de Estudios interdisciplinarios en etnolingüística y antropología socio-cultural. p. 80-98

Rocha F. B; Ruíz V. B. Y Lúcia F. E. (2010). “Salud y poblaciones indígenas en America Latina: los casos de Brasil y México”. En: HU Revista, Juiz de Fora. v 36, n.3, p. 231- 236. Jul-sep.

Rosado G. C.; Álvarez N. J. y González R. A. (2001). “Influencia de la herencia maya sobre el riesgo de diabetes mellitus tipo 2”. En Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 9, No. 3 Julio-Septiembre pp 122-125, México.

Salgado, L. Ana C. (2007). “Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos”. LIBERABIT: Lima, Perú, 13: 71-7, 2007. ISSN: 1729-4827.

Sánchez R. Germán. (2007) “Historia de la diabetes.” En: Historia de la medicina. Gaceta médica Boliviana, Disponible en: [GacMed Bol v.30 n.2 Cochabamba, ISSN 1012-2966.http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v30n2/a16.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v30n2/a16.pdf)

Scheper-Hughes y Lock M. (1987). The mindful Body. Medical Anthropology Quaterly.1(1): 6-41

SSA, (2007). “Diabetes la primer causa de muerte en México”, 15 nov 2007, disponible en www.elsiglodetorreon.com.mx/.../311222.diabetes-la-primer-causa-de-muerte-en-mexico.html. Fecha de consulta: 06/04/2011.

SSA, (2009). “Diabetes, principal problema de salud en México”. 21 de marzo 2011 Disponible en: imagenpolitica.com/index.php?...ssa-diabetes...México 2009 .

SSA. (2009) “Rendición de cuentas en salud 2008”, SSA. Disponible en: www.dged.salud.gob.mx.

Dirección general de epidemiología de la jurisdicción sanitaria II. Sistema Nacional de Salud. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

SSA. (2003). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México: SSA, 1999. Disponible en:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

SECH. (2003). Sistema Educativo Estatal. “Estadística Básica Inicio de Cursos 2002-2003 y 2001-2002.” Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Turner V. y Bruner E. (1986). *The Anthropology of experience*. University of Illinois Press.

Valdez F, De la A, et al. (1993). “Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II”. En: Revista Salud Pública de México, septiembre-octubre, año/vol. 35, número 005. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Pp. 464-470. Disponible en:<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001318>

Viqueira J. Pedro y Ruz H. Mario Ed. (1995). Chiapas y sus regiones en *Chiapas los rumbos de otra historia*. México, UNAM-CIESAS.

Vogt Z. Evon. (1973). *Los zinacantecos: un grupo maya en el siglo XX*. SEP - Setentas. México.

Young Allan. (1982). “The Anthropologies of Illness and Sickness”. Annual Review of Anthropology, Vol. 11, pp. 257-285 Article Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/2155783>.

