



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

**PASADO, PRESENTE Y FUTURO EN LAS NARRATIVAS DE VIDA Y
MUERTE EN CUERPOS CON DIABETES MELLITUS DE SAN
CRISTÓBAL DE LAS CASAS Y ZINACANTÁN, CHIAPAS.**

T E S I S
QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

Miguel Ángel Velarde Hernández

DIRECTOR (A) DE TESIS

Dr. Enrique Eroza Solana

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; Noviembre, 2024.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONAHCYT
CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS



DOCTORADO EN ANTROPOLOGIA SOCIAL

CIESAS SURESTE

GENERACIÓN 2019-2023

COMITÉ DE TESIS

Título: Pasado, presente y futuro en las narrativas de vida y muerte en cuerpos con diabetes mellitus de San Cristóbal de Las Casas y Zinacantán, Chiapas.

Estudiante: Miguel Ángel Velarde Hernández

DIRECTOR (A):

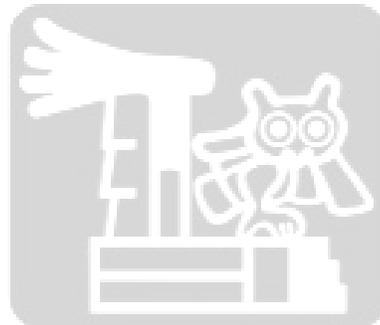
Dr. José Enrique Eroza Solana

LECTORES/AS:

Dra. Laura Montesi Altamirano

Dr. Rubén Muñoz Martínez

Dra. Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo



CIESAS

“Yo, como el archidemonio, llevaba un infierno en mis entrañas; y, no encontrando a nadie que me comprendiera, quería arrancar los árboles, sembrar el caos y la destrucción a mi alrededor, y sentarme después a disfrutar de los destrozos.”

(Mary Shelley, Frankenstein o el moderno Prometeo)

Agradecimientos

A CONAHCYT, por el apoyo financiero a través de la beca; con hambre, no hay ciencia.

A mi esposa por el apoyo y el aguante de las crisis y ausencias de diferente índole, para que pudiera concentrarme en este trabajo.

A mi tutor por la apertura, paciencia, libertad y recomendaciones para que mis pasiones académicas adquirieran sentido en esta investigación.

A mis lectores y profesores, por sus señalamientos, enseñanzas y estímulos intelectuales para este documento y para mi formación profesional.

En especial a mi hija, que, aun sin comprender el por qué tanto escribir, estuvo a mi lado, no solo dejándome trabajar, sino recordándome los motivos existenciales de realizar esta investigación.

De igual forma, gracias a mis interlocutores, en especial, porque algunos de ellos son amigos y conocidos a los que aprecio, ya que gracias a eso, habiendo realizado el trabajo de campo de manera virtual en plena pandemia, no sé qué habría hecho. Gracias por su paciencia y de compartir lo bueno, lo malo y lo feo de vivir con la diabetes. Sus testimonios no solo fueron fundamentales para un sustento empírico, sino estimulantes para mi propio proceso con este padecimiento.

De igual manera, a los familiares, que no solo aportaron como interlocutores, sino que abrieron una veta de análisis fundamental para este trabajo; cómo se convive con un padecimiento que si tenerlo fisiológicamente, en la cotidianeidad, existen vivencias y consecuencias que los afecta directamente, mental y físicamente. Como persona con diabetes: gracias por la comprensión, los regaños, las preocupaciones, acompañamiento y hasta las complicidades que tienen para con nosotros.

Y aunque parezca extraño, gracias a mi diabetes, sin ella, tal vez esta investigación no existiría, al menos no estos términos, tratando de buscar marcos interpretativos tan amplios. A veces la odio, y aunque estadísticamente ya me ha quitado al menos cinco años de vida, es molesta y la tengo que cuidar tanto; el sentirla, padecerla, pero también observarla mientras escribía, me ayudó mucho.

Resumen

Desde una perspectiva cualitativa del padecimiento y el padecer, se retoma la propuesta teórica de Scheper-Hughes y Lock (1987) sobre los tres cuerpos (individual, social y político) en los que se analiza la forma en que estos interactúan y se traslapan en la vida cotidiana, en el que pasado, presente y futuro como categorías temporales, devienen en lógicas, estrategias y posicionamientos en pro de un sentido de bienestar para quien vive y convive con la Diabetes Mellitus (DM) tanto en el día a día como en crisis coyunturales globales como la pandemia del virus SARS-CoV-2, siendo la DM un particular factor de riesgo.

Utilizando a la narrativa como herramienta metodológica, se analizan estos cuerpos desde dos ámbitos geográficos: el urbano desde San Cristóbal de Las Casas y el rural desde dos localidades de Zinacantán (Nachig y Navenchauc), ambos ubicados en el estado de Chiapas.

Bajo esta estructura y un proceso de análisis a través de tres temas fundamentales¹ surgidos de las entrevistas y el trabajo de campo, se retoman elementos conceptuales teóricos y empíricos que permiten observar cómo se traslapan las tres dimensiones del cuerpo antes señaladas, posicionando a la DM, no sólo como un nuevo estado de salud, sino como una nueva forma de ser y estar en el mundo, con una amplia gama de emociones, experiencias, simbolismos, imaginarios y posicionamientos políticos, a veces armónicos, a veces contradictorios, pero siempre con una lógica y sentido hacia el bienestar con uno mismo y aquellos que conviven (familiares) con este padecimiento sin necesidad de pertenecer a él de forma biológica directa.

¹ 1) Vivir con DM; 2) Convivir con DM; 3) La epidemia en pandemia

Índice

1.- Introducción

- 1.1.- Presentación, cambios y continuidades de la investigación.....13
- 1.2.- Planteamiento y objetivos.....16

2.-Estado del arte

- 2.1.- La perspectiva epidemiológica.....45
- 2.2.- Estudios multi e interdisciplinarios.....46
- 2.3.- La perspectiva sociológica y antropológica.....49
- 2.4.-Pandemia y diabetes.....54

3.- Marco teórico – Metodológico

- 3.1.- El espacio.....59
 - 3.1.1.- El cuerpo como aglutinante.....59
 - 3.1.2.- El cuerpo individual.....61
 - 3.1.2.1.-Experiencia y emoción.....62
 - 3.1.3.- El cuerpo social.....65
 - 3.1.3.1.- Imaginario social..... 66
 - 3.1.3.2.- Simbolismo.....70
 - 3.1.4.- El cuerpo político.....73
 - 3.1.4.1.- Tecnologías y medicalización.....75
- 3.2.- El tiempo.....80
 - 3.2.1.- La narrativa y la perspectiva antropológica.....81
 - 3.2.2.- Notas metodológicas.....83

4.- Ser y Estar con diabetes

- 4.1.- Presentación de interlocutores.....89
- 4.1.- El investigador con diabetes.....101
 - 4.1.1.- El investigador como “nativo”.....101

4.1.2.- Notas metodológicas.....	103
4.1.3.- Vivir con diabetes.....	104
4.1.4.- Epidemia en pandemia.....	109
4.1.5.- La vida alrededor.....	113
4.3.- Interpretando al interpretador.....	121
5.- Vivir con diabetes	
5.1.- Vivir con Diabetes Mellitus.....	127
5.1.2.- Antes de la diabetes.....	127
5.1.2.-El diagnostico.....	130
5.1.3.-Las estrategias.....	136
5.1.4.-Las ventajas.....	139
5.1.5.-Las desventajas.....	141
5.1.6.-Tres cuerpos- Un padecimiento.....	153
6.- Convivir con la diabetes	
6.1.- Convivir con la DM.....	158
6.2.- Antes de la diabetes.....	160
6.3.- Lo aprendido, lo sufrido, la esperanza.....	163
6.4.- Ejercitando el imaginario.....	164
6.5.- Las terapias.....	166
6.6.-Convivir con el cuerpo.....	167

7.- La epidemia en pandemia

7.1.- El confinamiento (urbano).....	176
7.2.- El confinamiento (rural).....	181
7.3.- Manejo de la diabetes mellitus (urbano).....	184
7.4.- Manejo de la diabetes mellitus (rural).....	188
7.5.- Implicaciones de la pandemia (urbano).....	191
7.6.- Implicaciones de la pandemia (rural).....	196
7.7.- La diabetes no es gripa, la pandemia parece que sí.....	198

8.- Cuerpos con diabetes (Apuntes finales y conclusiones)

8.1.- Vivir y convivir con los tres cuerpos.....	200
8.2.- El cuerpo con diabetes.....	210
8.3.- Conclusión, recomendaciones e implicaciones.....	229

Anexos

1.- Prevalencia de diabetes por hombres y mujeres (entre 20 y 79 años).....	237
2.- Prevalencia de diabetes en adultos entre 20 y 79 años por región.....	238
3.- Número de personas con diabetes por grupos de edad y su estimado al 2045.....	239
4.- Covid 19 por sexo y tipo de paciente en grupos de edad, Zinacantán.....	240
5.- Covid 19 por sexo y tipo de paciente en grupos de edad, San Cristóbal.....	241
6.- Covid 19 por sexo y tipo de paciente en grupos de edad, Chiapas.....	242
7.- Covid 19 por sexo y tipo de paciente en grupos de edad, México.....	243
8.- Boletín UNAM.....	244
9.- Un día en la vida de.....	248
10.-Marco meso estructural de análisis.....	250
Bibliografía.....	251

Índice de tablas y gráficas

1.-Número de adultos entre 20 y 79 años con diabetes en 2021.....	17
2.- México en relación al mundo respecto a la diabetes.....	18
3.- Porcentaje con diagnostico médico en México en grupos de edad.....	19
4.- Casos de Covid, según diagnóstico de Diabetes y resultado de laboratorio.....	24
5.- Covid 19 y comorbilidades.....	25
6.-Datos geográficos de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.....	27
7.-Piramide poblacional.....	31
8.- Nivel de escolaridad.....	32
9.- Distribución de pobreza.....	32
10.- Desigualdad social.....	33
11.- Afiliación en salud.....	33
12.- Consultorio por tipo de unidades.....	34
13.-Datos geográficos de Zinacantán.....	30
14.- Piramide poblacional.....	37
15.- Nivel de escolaridad.....	38
16.- Distribución de pobreza.....	38
17.- Afiliación en salud.....	39
18.- Instituciones de salud.....	39
19.- Pros y contras de trabajo con conocidos.....	86
20.- Interlocutores.....	90
21.- Mortalidad mundial por Covid.....	175

22.- Lógica biomédica & Tradicional.....225

Índice de mapas, fotografías e ilustraciones

1.- Símbolo de la pandemia.....	14
2.- Carga de mortalidad por diabetes mellitus (México).....	19
3.-Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por entidad federativa 2018 (en porcentaje).....	20
4.-Tasa de mortalidad por diabetes mellitus según entidad federativa de residencia habitual 2020, por cada 10 mil habitantes.....	21
5.- San Cristóbal de Las Casas.....	27
6.-San Cristóbal en la actualidad.....	29
7.- Zinacantán.....	34
8.- Imagen indígena en contexto coeto.....	40
9.- Tradición y resistencia (estampa indígena).....	42
10.- Impacto de la diabetes en calidad de vida.....	48
11.- Tormenta de citosinas.....	56
12.- Riesgo de letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas en pacientes con covid 19.....	57
13.- Diagrama marco teórico.....	78
14.- San Cristóbal en pandemia (unidad administrativa).....	181
15.- Nachig en pandemia.....	184

CAPÍTULO 1

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- Presentación, cambios y continuidades de la investigación

La presente investigación se planteó inicialmente como un intento para abordar la diabetes mellitus en dimensiones tanto existenciales como estructurales en tanto padecimiento crónico y degenerativo. Para esto, se planteó un análisis desde los imaginarios sociales propuestos por Castoriadis (2013) utilizando la narrativa biográfica para acceder a dichos imaginarios y así comprender las lógicas de cuidado, atención y prospectivas del padecimiento desde una perspectiva diferente teniendo en cuenta dimensiones imaginarias de la diabetes, la salud y la enfermedad en el pasado, presente y futuro.

Esto presentaba un obstáculo teórico – metodológico al no prever un campo, medio u objeto de análisis sobre el cual dialogar y complejizar todo lo que implican los imaginarios sociales, la diabetes y sus narrativas. En búsqueda de ese objeto – sujeto en cuestión se encontró la categoría cuerpo como un elemento aglutinante de todas estas complejidades, a través del cuerpo se pudieron articular las diferentes dimensiones planteadas en los objetivos; por lo tanto, retomar la propuesta teórica de Nancy Sheper Hugges y Margaret Lock (1987) sobre los cuerpos individual, social y político; presenta la oportunidad de someter a juicio empírico dicha propuesta, apoyándola y acotándola con una serie de conceptos secundarios que pudieran articular las diferentes narrativas en un cuerpo coherente para el análisis y la sistematización.

Un segundo cambio sustantivo respecto a la propuesta original fue de tipo metodológico, sobre todo en lo que respecta a estrategias de campo y levantamiento de información, ya que por la contingencia sanitaria, se prescindió de las estancias de campo presenciales originalmente planteadas que involucraban registros etnográficos, observación directa y entrevistas a profundidad, las cuales tuvieron que adaptarse a entrevistas semiestructuradas² vía telefónica o watts app, de acuerdo a las posibilidades tecnológicas de los interlocutores; aunado a esto, y ante la imposibilidad de establecer u originar contacto con interlocutores

² Con una guía estructurada por temas, planteados para expresar de manera libre y modificar su orden y contenido a conformidad, comodidad o pertinencia del entrevistado.

clave, producto de la convivencia y trabajo etnográfico in situ, se recurrió a los contactos iniciales, conocidos y amistades para la aplicación de las entrevistas, lográndose conseguir nueve de ellas las cuales están integrados por una persona con diabetes y un familiar cercano a esta, respectivamente.

Si bien es cierto, la pandemia significó un riesgo de salud tanto personal como para los interlocutores, al ser la diabetes una comorbilidad importante para la mortalidad a consecuencia de un contagio y desarrollo de enfermedad grave por el virus Sars Cov 2 (causante de la pandemia), esto también significó una oportunidad para abordar el tema de la pandemia en un sector de la población especialmente vulnerable en esta coyuntura sanitaria por sus particulares estados de salud, con lo cual se agregó un objetivo más para documentar las experiencias y percepciones respecto a la pandemia y la diabetes, y cuyo valor agregado a la investigación supone ejemplificar lógicas, estrategias y sentidos que adquiere este padecimiento en una situación de estrés y vulnerabilidad ante un fenómeno global y estructural cuya incertidumbre y desconocimiento activa imaginarios para la sobrevivencia no solo material, sino mental, subjetiva e intersubjetiva.

Fotografía 1.- Símbolo de la pandemia



Fuente y elaboración: propia, 2020.

Finalmente y ante los cambios de estrategia de recolección de información y trabajo de campo, el abordaje sobre las perspectivas sobre vida y muerte de las personas sufrió un cambio de tipo cuantitativo, es decir, no de replanteamiento, sino de reducción de expectativas respecto a su profundidad empírica y por lo tanto analítica; esto, por la falta de

trabajo etnográfico, esta visión futura reduce sus expectativas respecto a profundidad y riqueza antropológica, sin embargo, abordar una temporalidad situada en la propia imaginación supone un buen aporte para el análisis de un padecimiento asentado en un mayor o menor grado de incertidumbre.

En este contexto, la presente investigación es presentada en ocho capítulos, iniciando con la presentación de los principales aspectos del protocolo de investigación, así como los objetivos planteados; en el capítulo dos se realiza un somero recorrido por el amplio estado de arte respecto a los estudios sobre diabetes, salud, enfermedad y cuerpo, así como algunos respecto a los imaginarios sociales, ya que esta revisión permite ver la forma en que este concepto se ha manejado en relación con estos grandes temas, cuando en antropología medica la mayoría de los estudios retoman conceptos como percepción y representaciones sociales. La presentación de estos estudios se ordenó bajo cuatro principales categorías: 1) Estudios clínicos y epidemiológicos, 2) estudios multi e interdisciplinarios, 3) perspectiva social y antropológica, y 4) Pandemia y diabetes, con la finalidad de posicionar, ubicar, justificar y contextualizar el estudio realizado.

El capítulo tres corresponde al marco teórico metodológico subdividido en dos apartados: espacio y tiempo. Espacio se refiere a la forma de pensar y analizar la diabetes desde el cuerpo individual, social y político delimitado en seis conceptos secundarios (emoción y experiencia; simbolismo e imaginarios sociales, y; tecnologías del yo y medicalización) respectivamente. Tiempo, a su vez, se refiere a la estrategia metodológica, en que la discusión sobre los cuerpos (espacio) son posicionados en el tiempo a través de la narrativa en su estructuración pasada y presente, tratando de acceder al futuro a través de prospectivas de vida y muerte bajo un posicionamiento antropológico semiótico interpretativo.

El capítulo cuatro se inicia con el análisis e interpretación incluyendo un ejercicio auto testimonial al ponerse al mismo investigador en tela de análisis como persona con diabetes, cabe aclarar que para este ejercicio no se incluyó la perspectiva o testimonio de un familiar, ya que por cuestiones éticas colocar a dicha persona, comprometería su confidencialidad al quedar directamente asociada o asociado con el investigador fácilmente identificable. De igual manera se modificaron los nombres de los interlocutores para salvaguardar sus identidades y su valiosa información, además de que, dada la forma en que fueron

contactados, por lo mencionado respecto a la pandemia, en un momento dado también podrían ser asociados con el investigador, ya que en algunos casos se trata de amistades de más de 15 años.

De esta forma, la información es presentada en tres grandes temas (capítulos del cinco al siete), surgidas de la estructura del guion de entrevista:

- ❖ Vivir con diabetes
- ❖ Convivir con la diabetes
- ❖ La epidemia en pandemia

Posteriormente en el capítulo ocho se conforma de apuntes finales respecto al aporte interpretativo conjuntando el material empírico con el teórico para conformar lo que en este contexto de estudio se entenderá como “cuerpos con diabetes”, para tratar de contribuir desde las ciencias sociales, formas alternativas o complementarias para abordar la salud, la enfermedad y en particular padecimientos como la diabetes, hegemónicamente dominados por una perspectiva clínica, epidemiológica y de la medicina social.

1.2.- Planteamiento y objetivos

De acuerdo a la Federación Internacional de la Diabetes (IFT), en la 10ª edición de su atlas sobre la diabetes 2021, retomando información y diferentes bases de datos incluso la OMS (Organización Mundial de la Salud), BM (Banco Mundial) y estudios propios señala a nivel mundial:

- 537 millones de adultos entre 20 y 79 años viven actualmente con diabetes (uno de cada 10), y cuyas predicciones proyectan para 2030, 643 millones y para 2045, 783 millones
- La diabetes ha sido la responsable de 6.7 millones en 2021 (aproximadamente una muerte por cada cinco segundos)
- La diabetes genera un gasto en salud por 966 billones de dólares, que significa un incremento de 316% en los últimos 15 años.
- 541 millones de adultos padecen de intolerancia a la glucosa, lo cual los coloca en un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 o 2. (IFT, 2021)

Tabla 1. Número de adultos entre 20 y 79 años con diabetes a nivel mundial

At a glance	2021			2045		
World Bank income classification	Number of people with diabetes (millions)	Diabetes prevalence ⁱ (%)	Comparative diabetes prevalence ⁱⁱ (%)	Number of people with diabetes (millions)	Diabetes prevalence ⁱ (%)	Comparative diabetes prevalence ⁱⁱ (%)
World	536.6	10.5%	9.8	783.2	12.2%	11.2
High-income countries	103.9	11.1%	8.4	117.7	12.4%	10.3
Middle-income countries	414.0	10.8%	10.5	623.3	13.1%	12.0
Low-income countries	18.7	5.5%	6.7	42.2	6.1%	7.0
Number of deaths due to diabetes	6.7 million		–		–	

i Prevalence is standardised to each national population for the respective year

ii Prevalence is standardised to world population for the respective year

Fuente y elaboración: IFT Diabetes Atlas, 2021.

Cabe aclarar que México se encuentra dentro de la categoría de países de ingreso medio de acuerdo a los indicadores del Banco Mundial; así mismo, en esta misma categoría se encuentra un porcentaje del 48.4% de personas sin diagnosticar, y aún en países de ingresos altos se observa un porcentaje de 28.8% de personas sin diagnóstico, esto representa al menos una tercera parte de la población sin este estado clínico, y los que reciben un diagnóstico en su mayoría terminan siendo por casualidad a consecuencia de atender otros padecimientos o por los síntomas característicos de la diabetes mellitus, por lo que se puede inferir, que el porcentaje en pre – diabetes es todavía más alto.

Para la distribución mundial por sexo, edad y por región geográfica, remítase el lector a los anexos 1, 2 y 3, sin embargo, de este mismo estudio cabe destacar el lugar que ocupa México a nivel mundial, antes de realizar un somero análisis para este país en particular:

Tabla 2. México en relación al mundo respecto a la diabetes.

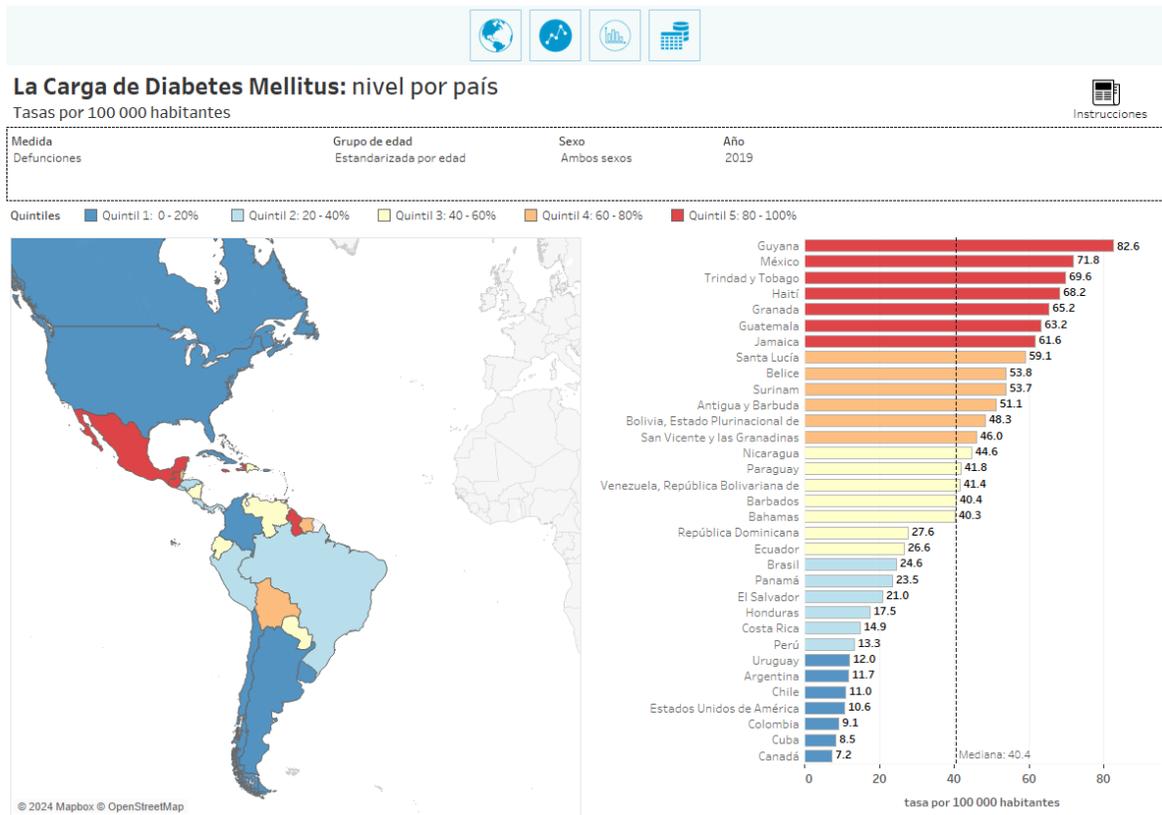
2021			2045		
Rank	Country or territory	Number of people with diabetes (millions)	Rank	Country or territory	Number of people with diabetes (millions)
1	China	140.9	1	China	174.4
2	India	74.2	2	India	124.9
3	Pakistan	33.0	3	Pakistan	62.2
4	United States of America	32.2	4	United States of America	36.3
5	Indonesia	19.5	5	Indonesia	28.6
6	Brazil	15.7	6	Brazil	23.2
7	Mexico	14.1	7	Bangladesh	22.3
8	Bangladesh	13.1	8	Mexico	21.2
9	Japan	11.0	9	Egypt	20.0
10	Egypt	10.9	10	Turkey	13.4

Fuente y elaboración: IFT Diabetes Atlas, 2021.

En este cuadro se aprecia que México ocupa el segundo lugar a nivel Latinoamérica por debajo de Brasil, tomando en cuenta la población de ambos países: 126,705, 138 en México y 214,326, 223 en Brasil para 2021 de acuerdo al Banco Mundial.

Un punto importante a considerar, es la carga de mortalidad a causa de la diabetes, en donde Mexico se encuentra por arriba de la media mundial tal y como lo muestra y esquematiza el siguiente mapa:

Mapa 2.- Carga de mortalidad por diabetes mellitus (México)



Fuente y elaboración: PAHO (Organización panamericana de la salud (2024))

Ahora bien, en el caso de México y de acuerdo a los resultados de la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2018, la prevalencia de diabetes por o con diagnóstico médico corresponde a un 10.3%, en donde dicha prevalencia aumenta en cuanto avanzan los grupos de edad, como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 3. Porcentaje con diagnóstico médico en México en grupos de edad

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	267.3	1.6	1.3,1.9	403.4	2.0	1.7,2.4	670.7	1.8	1.6,2.1
40-59 años	1 559.9	11.7	10.5,12.9	2 237.0	13.8	12.7,14.9	3 796.9	12.8	12.1,13.6
60 años y más	1 576.4	22.4	20.6,24.4	2 498.0	27.1	25.3,29.0	4 075.2	25.1	23.8,26.4
Total	3 403.6	9.1	8.5,9.7	5 139.0	11.4	10.8,12.0	8 542.0	10.3	9.9,10.7

IC: Intervalo de confianza

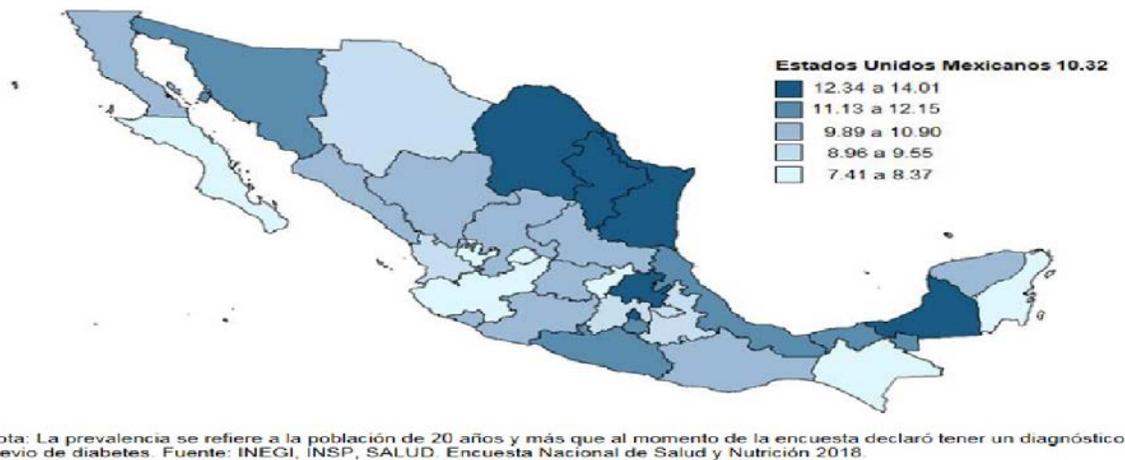
Fuente y elaboración: ENSANUT 2018-19, Instituto Nacional de Salud Pública.

Cabe destacar que el 86.9% de las personas con diagnóstico siguen algún tratamiento farmacológico, siendo el principal la toma de hipoglucemiantes orales (67.1%), así mismo, el 19.9% de estas personas realiza al menos algún estudio de hemoglobina glucosada en un lapso de 12 meses (Shamah-Levy T, et al, 2020).

Respecto a mortalidad por diabetes mellitus en el 2020 se reportaron 1, 086, 743 fallecimientos de los cuales el 14% (151,019) se asocian a este padecimiento, y de estos fallecimientos, el 98%(144,513) pertenece a personas NO insulino dependientes. (INEGI, 2021)

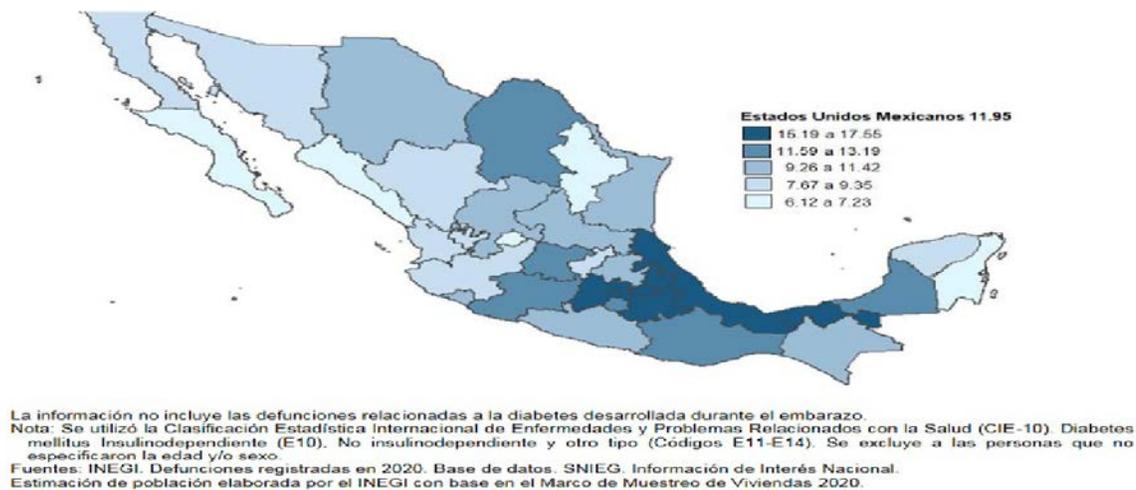
Respecto a Chiapas, es de relevancia mencionar, de que a pesar de que esta entidad federativa presenta los porcentajes más bajos en México (entre 7.41 a 8.37), arroja una tasa más alta de mortalidad (9.26 a 11.42) tal y como lo muestran los siguientes mapas:

Mapa 3. Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por entidad federativa 2018 (en porcentaje)



Fuente y elaboración: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021)

Mapa 4. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus según entidad federativa de residencia habitual 2020, por cada 10 mil habitantes



Como corolario de este somero análisis epidemiológico, cabe señalar que para 2020, la diabetes mellitus pasó a ser la tercera causa de muerte en México, superada por enfermedades de corazón y el Covid 19 (INEGI, 2021) el cual se analizara más adelante.

Con estos datos en mente, la diabetes mellitus representa una preocupación y urgencia en términos clínicos y epidemiológicos (en ámbitos académicos, políticos y sociales) en atender y entender este padecimiento como con una de las principales causas de muerte en el planeta, y según las proyecciones³, seguirá al alza tanto en el número de casos, como las muertes asociadas.

En este sentido, para dar un panorama sobre los factores y contextos asociados a estos pronósticos, además de los estudios epidemiológicos⁴; la diabetes se ha abordado desde factores sociales, culturales y hasta psicológicos, tratando de desentrañar la forma en que es asumido el padecimiento; las representaciones sociales y percepciones que se generan en torno a ésta; la influencia del entorno y el ambiente; las diferentes estrategias terapéuticas que se practican (en rechazo, complemento o sustitución del tratamiento biomédico); las emociones o pensamientos que influyen en las causas o complicaciones físicas y psicosomáticas; la salud mental; los determinantes sociales de la enfermedad; y toda una

³ Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

⁴ Enfocados principalmente en sus causas (bio - orgánicas y de estilo de vida), su tratamiento, profilaxis y proyecciones.

gama de factores y contextos implicados en la diabetes, que permiten analizar este padecimiento desde diferentes causas, perspectivas y orientaciones académicas.

Los vacíos explicativos e interpretativos encontrados se ubican en la dimensión existencial no solo del padecimiento sino de las personas mismas, y en cómo la diabetes atraviesa los aspectos sacros y mundanos, retrospectivos y prospectivos tanto de la vida como de la muerte. Esto nos obliga a indagar a la diabetes como punto de quiebre en la vida de las personas y como un eje explicativo de la praxis social, su vida y su relación⁵ con el padecimiento, tanto de quien tiene la diabetes como de aquellos que conviven con él, que para esta investigación se refiere a los familiares cercanos que pueden o no ser cuidadores⁶, pero que son permeados por la diabetes de su familiar, sí no en las mismas condiciones, sí en las mismas dimensiones.

En este mismo sentido, acercarse a estas dimensiones requiere un campo de estudio que aglutine desde lo fenomenológico, lo simbólico – social y político que implique pensar, sentir y hacer la vida y la muerte en relación (o no) con la diabetes y su padecer. Para esto se considera al cuerpo como este campo en el cual se pueden analizar estas dimensiones tanto en lo micro como lo macroestructural ya que el cuerpo siente, piensa, actúa, sueña, imagina y crea; enmarca un campo de acción, representación, imaginación, simbolismo, movilidad y resistencia/aceptación, sobre cómo ser, estar y dar sentido a la diabetes, pensada en la vida e imaginada en la muerte.

Las funciones, roles y significados del cuerpo, en las relaciones y contextos socioculturales han sido ampliamente abordados desde la antropología, por lo tanto, se retoma el marco conceptual de cuerpo individual, social y político propuesto por Nancy Sheper-Hughes y Margaret Lock (1987), para articular experiencias, emociones, imaginarios sociales, simbolismos y posicionamientos políticos de las personas con diabetes y familiares cercanos.

⁵ Aquí, la relación pretende ser un término más amplio de la diabetes en la vida de las personas, pero se trata en términos simples del tratamiento que se lleve a cabo, que tiene ver no solo con lo que hace o deja de hacer la persona en relación con el padecimiento, también con su impacto y relación social y cultural con su entorno.

⁶ Cuidadores es una categoría que en salud refiere a una serie de elementos que no son objetivos fundamentales de esta investigación, como el hecho de que el cuidado puede referir también a personas que no necesariamente sean familiares, sino profesionales como la enfermería, mientras que nuestro interés se centra más en la categoría de familiar, por los lazos emocionales que se establecen.

La diabetes, por su cronicidad como padecimiento, ofrece una oportunidad de analizar y problematizar el cuerpo desde las ciencias sociales en un aspecto que no es abordado con frecuencia: el futuro; lo cual es entendible de cierta manera, cuando de lo que se trata o se pretende generalmente es trabajar con la certeza que puedan proporcionar los “hechos”, la “evidencia” sean estos pasados o presentes, y en base a eso tratar de hacer proyecciones del análisis de esos “hechos” o fenómenos; y, de lo que se trata en esta investigación es retomar o justificar al futuro o prospectivas (como será manejado aquí) con un hecho social en sí, sin un cuestionamiento racional o de criterios de verdad, es decir, la o las prospectivas de vida y muerte como la forma en que la personas con diabetes y familiares estructuran, justifican y dan sentido a experiencias, emociones, imaginarios, simbolismos y posicionamientos en lo que podría ser, o más específicamente, lo que se querría en términos, no solo del padecimiento sino formas de ser y estar con y sin la diabetes. Estas prospectivas, sean factibles o no, reales o imaginarias, para esta investigación, tienen la función de ayudar a caminar a las personas, no para llegar a un fin en concreto o real, ya que el futuro en estos términos está posicionado en el ámbito onírico, imaginario y hasta sacro de la existencia e incertidumbre humana.

Ahora bien, para esta investigación y para muchas que se desarrollan o pretendían desarrollar desde 2019 y los años venideros, hay una coyuntura o hecho social que ha trastocado y trastoca de diversas maneras y grados o niveles de profundidad dichas investigaciones, y a lo que se refiere es la contingencia y emergencia sanitaria de tipo planetario, en donde, desde diciembre de 2019 en el mundo, y en especial a partir de marzo del 2020 en México, con la pandemia causada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2⁷) y la enfermedad que causa (Covid-19); el planeta entero entró en una dinámica no vista desde hacía 100 años en cuanto a contingencias sanitarias, paralizando con medidas de confinamiento y cuarentena, prácticamente todos los aspectos de la vida social y económica.

Este antecedente tiene por objetivo colocar dicha emergencia sanitaria, como un elemento de análisis en la presente investigación, ya que el Covid -19, al no tener un tratamiento profiláctico y cuya vacuna hasta el momento solo ha servido para prevenir complicaciones graves (no para detener la circulación del virus); ha develado una serie de efectos en ciertos

⁷ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

sectores de la población que se han considerado como vulnerables⁸, en ese sentido la diabetes mellitus, al menos en México (y por las características epidemiológicas arriba esbozadas), como comorbilidad, se ha colocado como la segunda o tercera causa de propensión a desarrollar una forma grave de Covid – 19, y por ende su potencial mortalidad.

Los presentes datos fueron procesados a partir de base de datos Covid con fecha 30 de septiembre de 2022, ya que contiene información que por consultas posteriores, los cambios y tendencias no representaban un gran cambio respecto a los intereses de la presente investigación:

Tabla 4. Casos de Covid, según diagnóstico de Diabetes y resultado de laboratorio:

Tabla cruzada DIABETES*RESULTADO_LAB

Recuento

		RESULTADO_LAB				Total
		Positivo	No Positivo	Resultado No Adecuado	No Aplica (Caso Sin Muestra)	
DIABETES	Si	8104	5603	814	43819	58340
	No	89750	69371	9432	819619	988172
	Se Ignora	324	181	108	1450	2063
Total		98178	75155	10354	864888	1048575

Fuente: Dirección General de Epidemiología, 2022.

Elaboración: Propia, IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Statistics, 26.

De las personas diagnosticadas con diabetes (58,340) que representan un 5.6 del total de la muestra, el 14% (8,104) recibieron un diagnóstico positivo a Covid 19. Cabe resaltar que quedan fuera aquellas personas que fueron diagnosticadas sin muestra, las cuales para el caso de las que padecen diabetes refiere un alto número de esta muestra (43,819) que representa un (75.1%), pertenecen a aquellos casos diagnosticados por sintomatología o por asociación.

Bajo estas circunstancias, la pandemia y sus efectos están presentes en esta investigación como elemento emergente que representa una ruptura epistemológica y ontológica en la

⁸ Adultos mayores, mujeres embarazadas, tabaquismo, población con enfermedades crónico – degenerativas o con enfermedades que comprometan el sistema inmune (algunos tipos de cáncer o VIH por ejemplo)

vida de las personas, por lo que, a diferentes niveles, influenciaría los temas y tópicos a abordar. Además, de que por si hubiera dudas, esta pandemia reposiciona padecimientos como la diabetes mellitus en su pertinencia y urgencia de estudio, tratamiento y comprensión. Esta ruptura se incorpora en este tema de investigación como un juego dialectico entre vulnerabilidad y autonomía, un cambio o reestructuración sobre imaginarios en torno a la salud, enfermedad y hasta la condición humana misma, así mismo una interrelación entre Covid -diabetes – y disciplina corporal.

Para dar un panorama general sobre el Covid 19 en términos de casos confirmados y defunciones, en relación con sus principales comorbilidades presentamos el siguiente cuadro retomado de la Dirección General de Epidemiología (DGE), a nivel nacional, estatal y municipal de acuerdo a los municipios de interés para esta investigación.

Tabla 5. Covid 19 y comorbilidades.

Fecha de consulta: 25-05-2023					
México					
Confirmados	Defunciones	Comorbilidades (%)			
		Hipertensión	Obesidad	Diabetes	Tabaquismo
7,611,873	334,080	11.90	9.59	8.74	5.43
Chiapas					
58,902	2,454	10.93	8.14	8.39	2.93
San Cristóbal					
2,561	77	9.45	5.47	6.29	2.58
Zinacantán					
148	1	4.05	1.35	2.70	*** ⁹

Fuente: Dirección General de Epidemiología, 2023.

Elaboración: Propia.

Antes de continuar con esta presentación en términos geográficos del espacio de estudio, se invita al lector, si es de su interés, a ver los anexos 4,5,6 y 7 respecto a gráficos por sexo y tipo de paciente a través de rangos de edad, así como el anexo 8, con un boletín de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNAM) con fecha 13 de noviembre de 2021, en

⁹ En este caso se substituye Tabaquismo por Enfermedad Renal cuyo porcentaje es de 2.03%

relación a la diabetes, que bajo su perspectiva clínica, puede brindar elementos para un mejor posicionamiento de la importancia y urgencia de este padecimiento, así como los factores asociados, tanto clínicos como sociales.

En cuanto al espacio geográfico seleccionado, en un inicio se planteaba en San Cristóbal de las Casas y Zinacantán, propósito que no cambió, pero se expandió territorialmente en Zinacantán no solo a Navenchauc, sino también a Nachig, y en el caso de San Cristóbal se amplió no solo a personas nacidas y residentes de San Cristóbal, sino a cualquier persona que viviendo en San Cristóbal tuviera diabetes; esto, derivado principalmente de los reacomodos metodológicos y de campo ante la imposibilidad de realizar trabajo de campo presencial, ya que en un principio, de acuerdo a la disyuntiva de hacerlo, se determinaría a quiénes y cómo entrevistar, y finalmente, lo que se tuvo que hacer es utilizar los contactos y conocidos para realizar el levantamiento de información.

Mapa 5. San Cristóbal de Las Casas



Entidad federativa: Chiapas (07)
Municipio: San Cristóbal de las Casas (07078)
Coordenadas: Longitud 92°43'13.08" W 92°20'23.28" W, Latitud 16°32'20.04" N 16°47'23.28" N
Localidades: 131
Referencia de actualización: 01/04/2023

Fuente y elaboración: INEGI, 2023.

Tabla 6. Datos geográficos San Cristóbal.

<p>Ubicación Geográfica</p>	<p>El municipio San Cristóbal de las Casas geográficamente está dividido en dos áreas: La parte principal colinda al norte con los municipios de Chamula, Tenejapa y Huixtán; al este con los municipios de Huixtán y Teopisca; al sur con los municipios de Teopisca, Totolapa y San Lucas; al oeste con los municipios de San Lucas, Zinacantán y Chamula. La fracción restante colinda al norte con los municipios de Huixtán y Chanal; al este con los municipios de Chanal y Amatenango del Valle; al sur</p>
------------------------------------	--

	con el municipio de Amatenango del Valle; al oeste con los municipios de Amatenango del Valle, Teopisca y Huixtán. Ocupa el 0.54% de la superficie del estado y Cuenta con 131 localidades.
Clima	Templado subhúmedo con lluvias en verano (82.05%), semicálido subhúmedo con lluvias en verano (12.48%) y templado húmedo con abundantes lluvias en verano (5.47%)
Uso del suelo	Agricultura (26.01%) y zona urbana (8.90)
Población total (2022)	215, 874
Población de 5 años y más hablante de lengua indígena (2020)	64,906
Población derechohabiente a servicios de salud (2020)	119,011

Fuente: INEGI, 2023.

Elaboración: Propia

Fotografía 6.- San Cristobal en la actualidad



Fuente y elaboración: Propia, 2016.

Notas cualitativas (San Cristóbal de Las Casas)

Fundada en 1528 por Diego de Mazariegos, esta ciudad representa un polo multicultural muy especial, ya que, fundada en un valle deshabitado, significa para los pueblos originarios circundantes un centro de comercio e intercambio que inicio durante la colonia, en donde la población mestiza tenía como actividad, además de la compra de productos, la venta de alcohol y renta de piso para la población originaria.

Algunos historiadores y arqueólogos, plantean la hipótesis de que San Cristóbal de Las Casas¹⁰, era considerada como tierra sagrada y de hecho en el norte de la ciudad se encuentra un sitio arqueológico denominado Moxviquil y estos terrenos pertenecían originalmente al pueblo Chamula, cuya memoria histórica puede percibirse en la actualidad en la gran cantidad de territorio fundado y ocupado por este pueblo, teniendo como

¹⁰ Antes: Villa Real de Chiapa, Villaviciosa, San Cristóbal de los llanos, Chiapas Real, y antes de la llegada de los españoles, Jovel y Hueyzacatlán.

principal potencializador, movimientos migratorios forzados originados a finales de los años 70's de siglo pasado por migraciones forzadas, a partir de expulsiones de supuesto origen religioso en un conflicto entre católicos tradicionales y evangélicos en el municipio de Chamula.

En su relación con Zinacantán (municipio de interés para esta investigación), se puede comentar que de acuerdo con investigaciones históricas y antropológicas, este municipio con una larga tradición de comercio, durante los años 80's sobre todo, se desarrolló en el ámbito del transporte, además de la producción y venta de flores y hasta la década de los 90's, el frijol.

Respecto a la población de San Cristóbal, a contracara de su población originaria, se encuentra sobre todo la población mestiza, conocida popularmente como "coletos", originan este nombre de la forma que en que las mujeres acostumbraban utilizar el cabello recogido en forma de coleta.

A lo largo de la historia colonial de esta ciudad, el término coleteo ha sido asociado con las nociones y dinámicas de racismo y clasismo que ha permeado esta conflictiva relación entre pueblos originarios y mestizos, en tanto que para la población mestiza, la denominación de coleteo es símbolo tanto de orgullo haciéndose llamar "auténticos", proclamando y ensalzando su herencia "española" y para otros un mote de vergüenza, asociado a un provincianismo retrógrada.

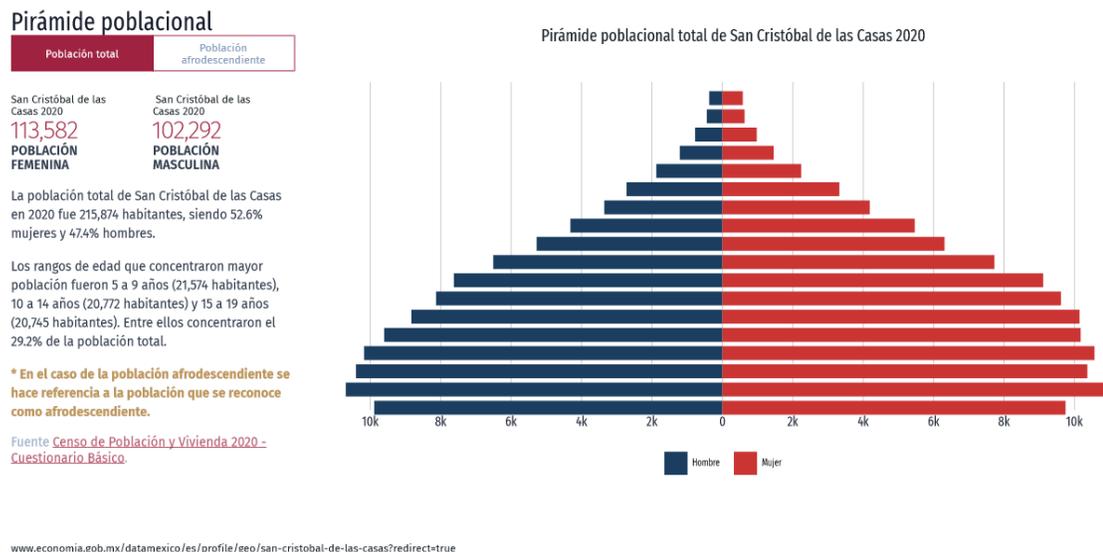
Por otra parte, a partir del conflicto armado iniciado por el neo zapatismo en 1994, en esta ciudad se ha documentado una explosión demográfica que ha reconfigurado a San Cristóbal en un polo multicultural más allá de su población indígena y mestiza, ahora con población tanto nacional como internacional, que plantea nuevos retos a partir de un crecimiento demográfico y una mala planeación urbana con consecuencias como:

- Estrés hídrico
- Sobre explotación de recursos pétreos
- Deforestación
- Asentamientos irregulares
- Violencia social y delictiva.

Con todos estos cambios, las casas de un solo piso, techos pardos de tejas, y patios (sitios cuando se encontraban en la parte trasera de la casa) floridos; una ciudad de artesanos¹¹ (alfarería, panadería, herrería, maestros pirotécnicos, carpintería); mujeres gritando, comerciando con infantes a sus espaldas masticando tortilla, y en una gran cantidad tratando de no cruzar por debajo de escaleras, arrojándose sal por encima de los hombros, que Graham Green (1962) documentó en 1938 en San Cristóbal de Las Casas; son estampas coletas que aún podían observarse hace no más de 30 años. Por lo tanto, y aun cuando la sociedad coleta en su ethos social ha sido muy disminuida por los vertiginosos cambios socioculturales en los últimos 30 años, su influencia y manifestaciones culturales aún son palpables en las fiestas barriales, ferias e incluso en zonas periféricas de la ciudad con algunas reminiscencias de la medicina folk, otrora difundida por la ciudad con curanderos y curanderas especializados en diferentes padecimientos.

Notas cuantitativas y estadísticas (San Cristóbal de Las Casas)

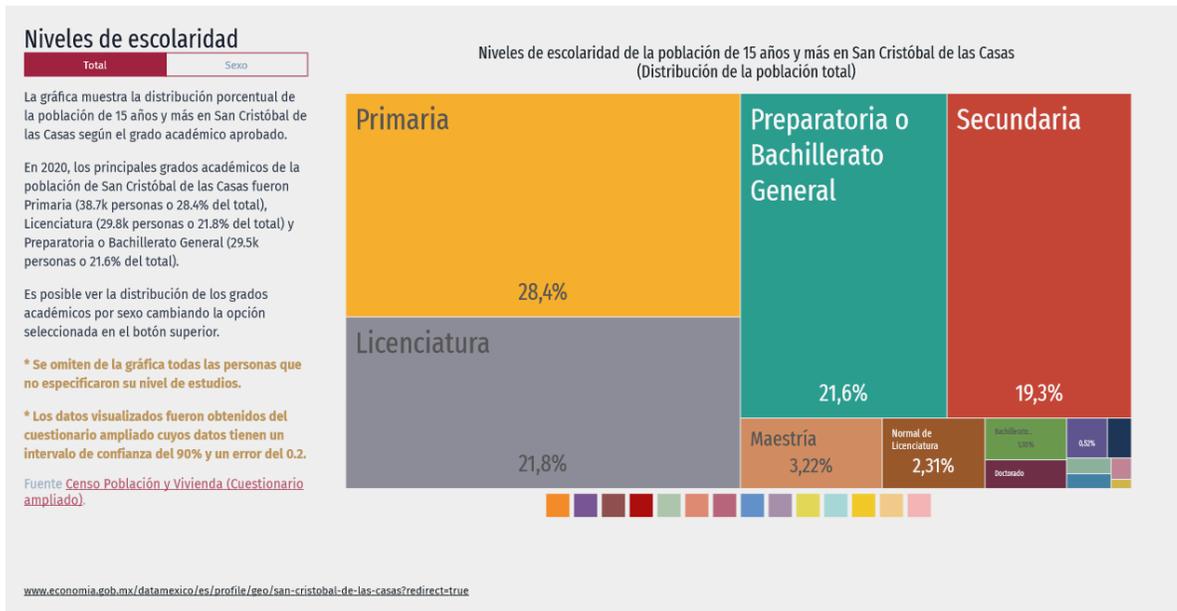
Grafica 7.- Pirámide poblacional



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

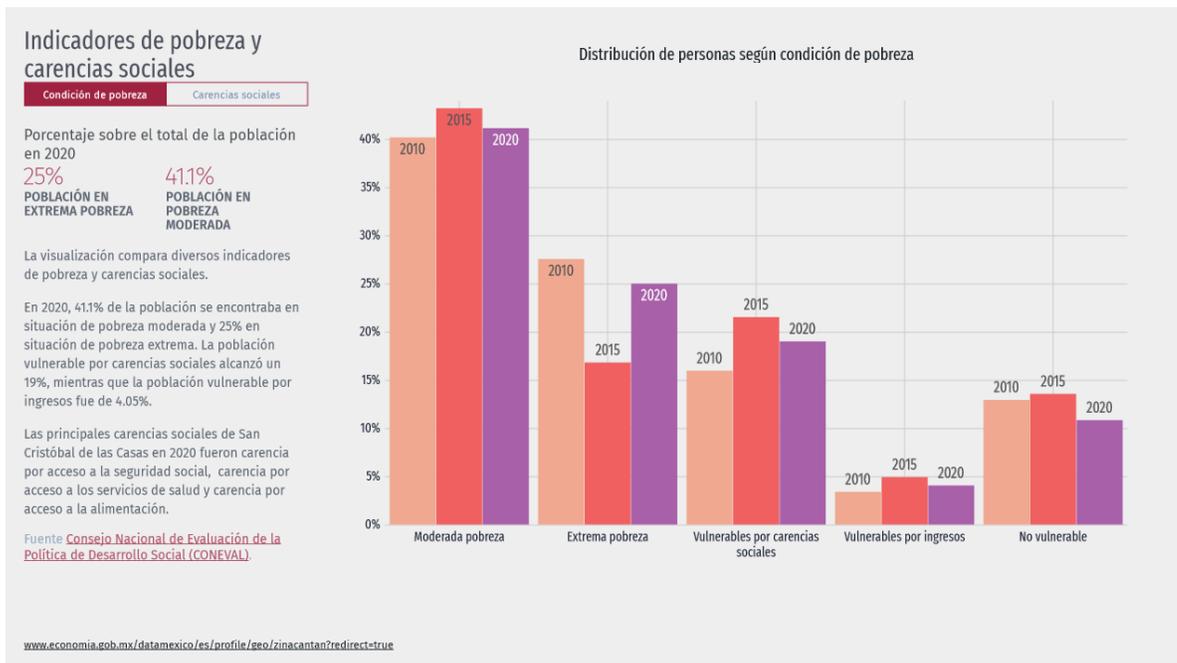
¹¹ Configurados o especializados por barrio en su mayoría.

Grafica 8.- Nivel de escolaridad



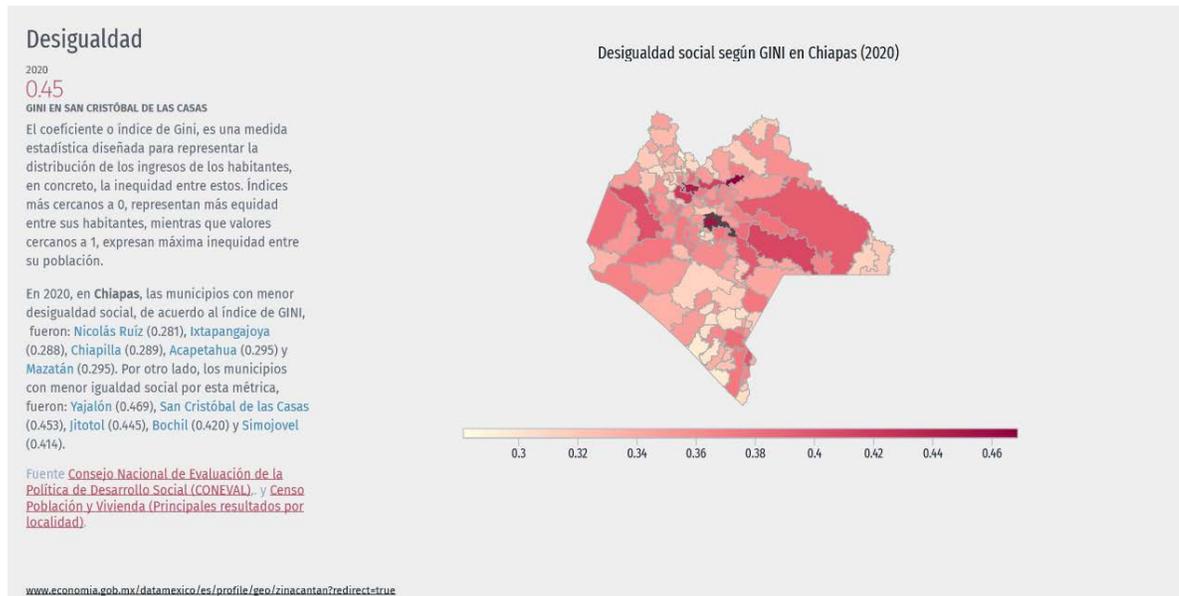
Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 9.-Distribución de pobreza



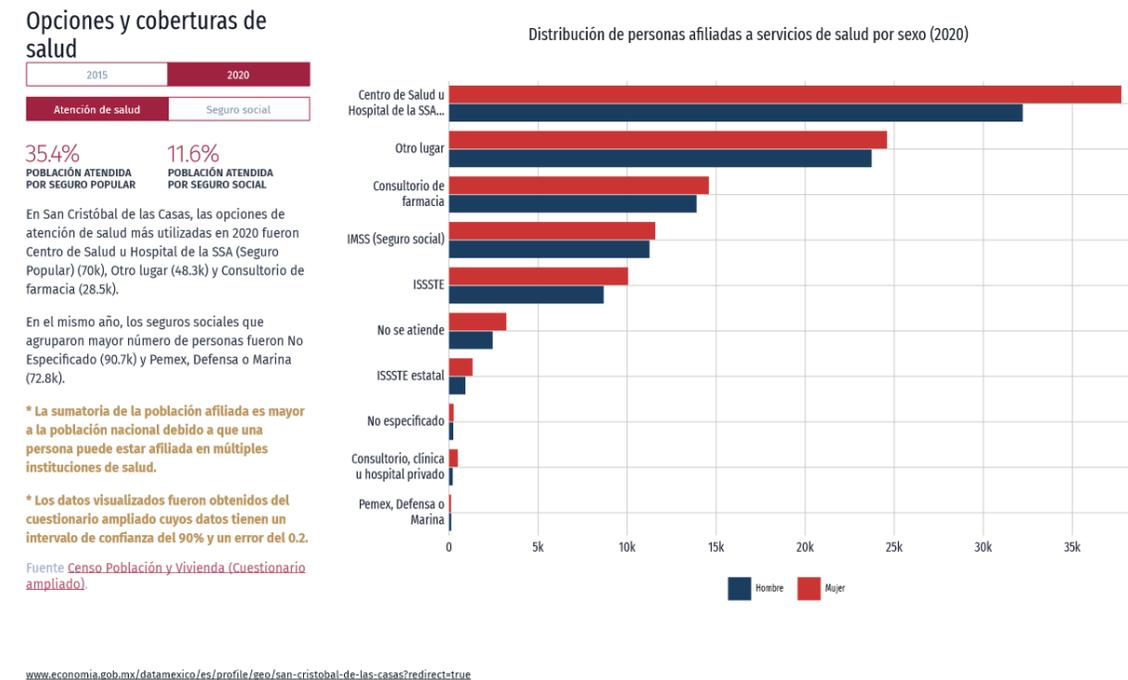
Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 10.- Desigualdad social



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 11.- Afiliación en salud



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 12.- Consultorios por tipo de unidades

Recursos de salud por subcategoría

Recurso

Valor total Variación respecto al año anterior

2022

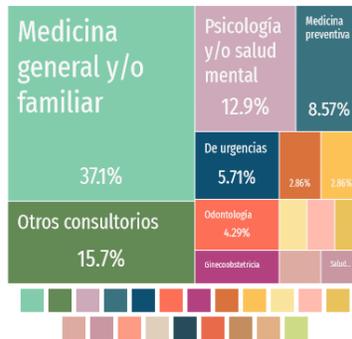
El treemap muestra la distribución de consultorios según especialidades en San Cristóbal de las Casas.

Puede hacer clic en cualquier caja del gráfico para ver la distribución de la especialidad seleccionada por tipo de unidades en el gráfico de donut. O seleccionar un tipo de unidad en el gráfico de donut para modificar los datos del treemap.

Fuente [Secretaría de Salud](#).

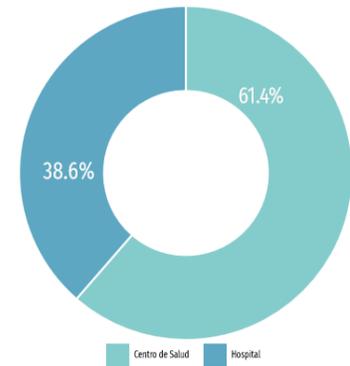
Distribución de consultorios por especialidad en 2022 (Valor total)

[Clic en el gráfico para seleccionar]



Consultorios por tipo de unidades

[Clic en el gráfico para seleccionar]



www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/zinacantan?redirect=true

Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Mapa 7. Zinacantán



Entidad federativa:

Chiapas (07)

Municipio:

Zinacantán (07111)

Coordenadas:

Longitud 92°52'51.96" W 92°40'59.52" W, Latitud 16°38'36.60" N 16°46'51.60" N

Localidades:

65

Referencia de actualización:

01/04/2023

Fuente y elaboración: INEGI, 2023.

Tabla 13.- Datos geográficos Zinacantán

Ubicación Geográfica	Colinda al norte con los municipios de Ixtapa y Chamula; al este con el municipio de San Cristóbal de Las Casas; al sur con los municipios de San Lucas, Acala y Chiapa de Corzo; al oeste con los municipios de Chiapa de Corzo e Ixtapa. Ocupa el 0.27% de la superficie del estado.
Clima	Templado subhúmedo con lluvias en verano (78.64%), semicálido subhúmedo con lluvias en verano (20.54%) y cálido subhúmedo con lluvias en verano (0.82%)
Uso del suelo	Agricultura (16.26%) y zona urbana (3.39%)
Población total (2022)	45,373
Población de 5 años y más hablante de lengua indígena (2020)	39,443
Población derechohabiente a servicios de salud (2020)	37,520

Fuente: INEGI, 2023.

Elaboración: Propia

Fotografía 8.- Zinacantán (cabecera) en la actualidad



Fuente y elaboración: El Heraldo, 2018.

Notas cualitativas de Zinacantán

Como se mencionó anteriormente, Zinacantán se ha conocido a nivel regional por el comercio, lo cual, en la época de la colonia, tuvo un efecto diferenciado sobre el trato con los Kaxlanes¹², teniendo contacto más allá de San Cristóbal. Característica especial de este pueblo es su relación y contacto con ciudades como Tuxtla Gutiérrez o hacia la zona del Soconusco y frailesca, tanto como mano de obra como en el comercio. En este sentido, el pueblo zinacanteco ha tenido la particularidad de tener una mentalidad más “progresista” en comparación con otros pueblos tsotsiles, especialmente con Chamula, con quienes han tenido una relación amor – odio durante mucho tiempo.

Chamula en la actualidad presenta otro panorama, pero en relación con Zinacatán, mientras Chamula ha extendido su influencia y relación con San Cristóbal, Zinacantán lo ha realizado con Tuxtla Gutiérrez, sobre todo por contar con las cooperativas de transporte más importante, al menos en la región de los Altos de Chiapas. Cabe destacar que este

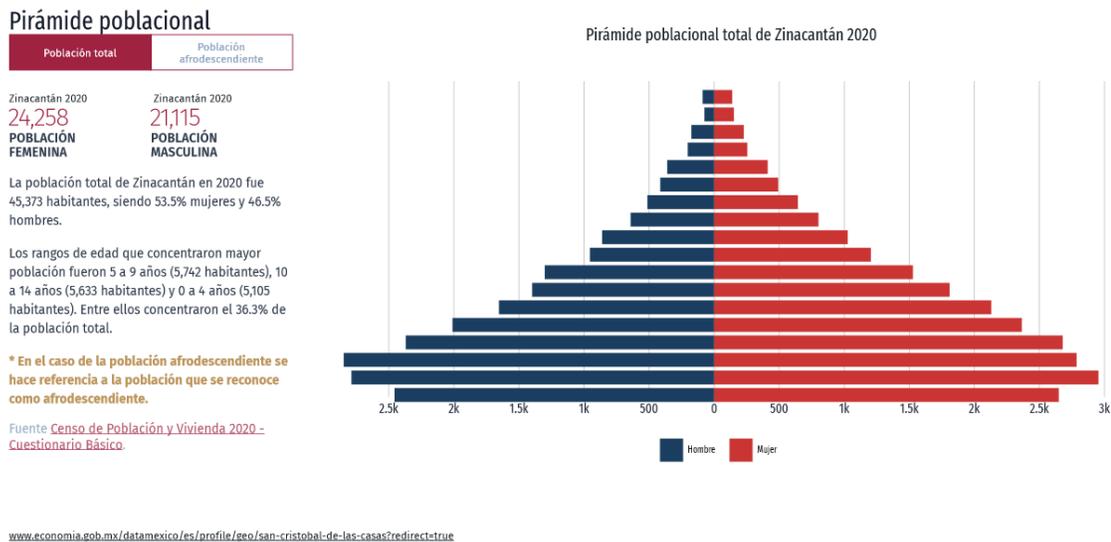
¹² Término utilizado por la población originaria para referirse principalmente al mestizo, aunque aplica también a cualquier persona que sea considerada extranjera, con costumbres no identificadas como indígenas o rurales.

proceso estuvo plagado de tensiones y conflictos al interior de Zinacantán, expresado como rencillas político electorales entre pristas y perredesitas, que guardaban en su núcleo un conflicto entre al menos dos generaciones de transportistas que se disputaban el control de las emergentes cooperativas de transporte.

Por la difícil orografía y calidad de tierras en Zinacantán, otra de las actividades más impulsadas en el municipio de Zinacantán es el cultivo y venta de flores, y recientemente la elaboración de artesanías (especialmente textiles) que ha colocado de nuevo a San Cristóbal en el interés de los pobladores de Zinacantán, por ser un centro importante de acopio y venta de estas artesanías. Además, junto con Chamula forman parte de la llamada “ruta maya” de pueblos originarios, con lo que forma parte importante de las rutas turísticas con elevados flujos de visitantes en sus cabeceras municipales.

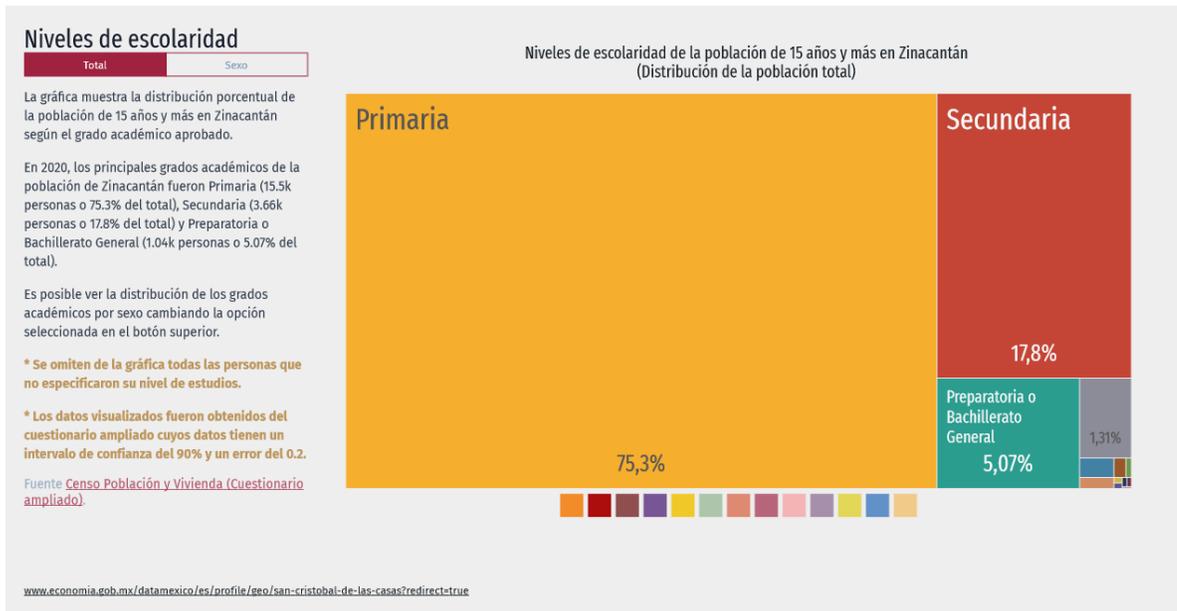
Notas cuantitativas y estadísticas (Zinacantán)

Grafica 14.- Piramide poblacional



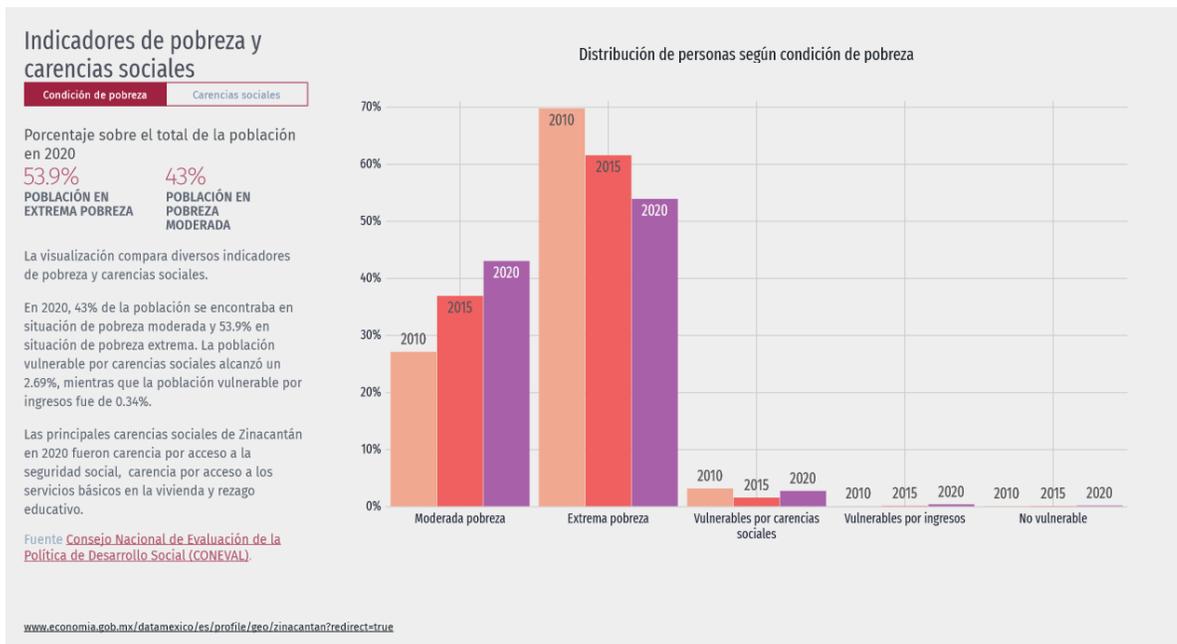
Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 15.- Nivel de escolaridad



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

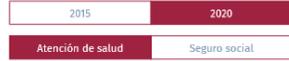
Grafica 16.- Distribución de pobreza



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 17.- Afiliación en salud

Opciones y coberturas de salud



78.5%

POBLACIÓN ATENDIDA POR SEGURO POPULAR

En Zinacantán, las opciones de atención de salud más utilizadas en 2020 fueron Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) (32.7k), Otro lugar (2.61k) y Consultorio de farmacia (2.04k).

En el mismo año, los seguros sociales que agruparon mayor número de personas fueron Pemex, Defensa o Marina (35.4k) y No Especificado (7.73k).

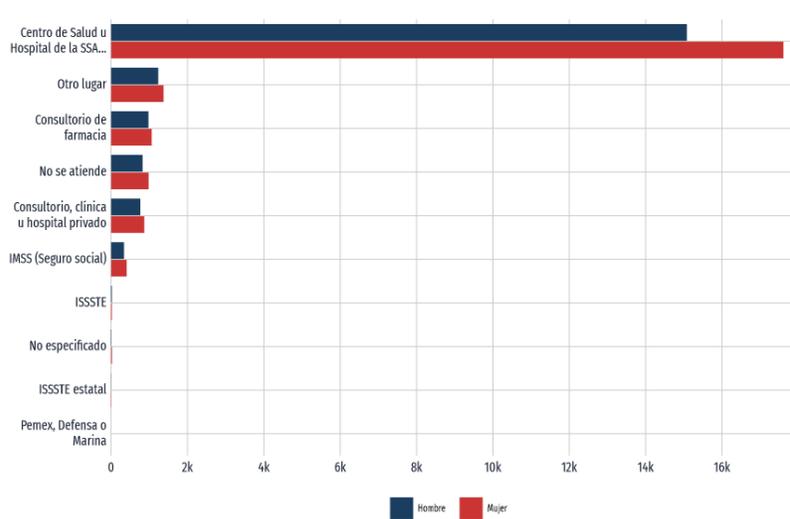
* La sumatoria de la población afiliada es mayor a la población nacional debido a que una persona puede estar afiliada en múltiples instituciones de salud.

* Los datos visualizados fueron obtenidos del cuestionario ampliado cuyos datos tienen un intervalo de confianza del 90% y un error del 0.2.

Fuente [Censo Población y Vivienda \(Cuestionario ampliado\)](#).

www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/san-cristobal-de-las-casas?redirect=true

Distribución de personas afiliadas a servicios de salud por sexo (2020)



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

Grafica 18.- Instituciones de salud

Instituciones de salud y tipo



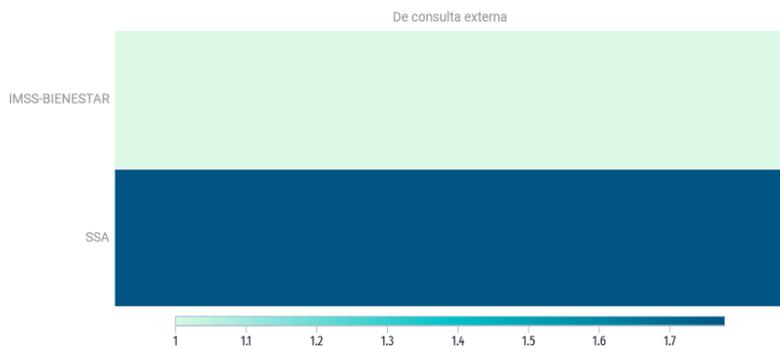
La matriz se colorea según el promedio de consultorios por unidad por tipo e institución. Los datos están actualizados a marzo de 2022.

Con los selectores superiores puede cambiar el indicador y analizar los datos para el estrato rural y urbano.

Fuente Secretaría de Salud y CONAPO.

www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/zinacantan

Instituciones de salud (Promedio de consultorios por unidad)



Fuente y elaboración: Secretaría de economía, 2024.

A manera de corolario de esta presentación de contexto, vale la pena mencionar que, mientras los coletos, mestizos o ladinos tienen un conocimiento de una cierta cantidad de cosas que los indígenas hacen, las razones y la ideología detrás de sus costumbres, les son

ajenas, en su mayoría a propósito, es decir, convivir con indígenas no significa necesariamente una necesidad de aculturación o establecer vínculos estrechos.

Fotografía 8.-Imagen indígena en contexto coletto



Fuente y elaboración: Vicente Kramsky, 1961.

Una forma de entender el imaginario coletto es por ejemplo, el culto a los santos organizados en fraternidades religiosas, como lo son los mercedarios (del barrio de la merced), que cada año invierten fuertes cantidades de dinero para la fiesta del barrio, no solo para adornar la iglesia o contratar músicos, sino organizando desfiles o carnavales, con algunas manifestaciones no ortodoxas que señalan las reminiscencias de tradiciones indígenas, como el incienso, las velas, o por ejemplo, respecto al poder del bien y el mal que no corresponde con la dualidad cristiana tradicional. El castigo legítimo y la brujería son conceptualmente lo mismo, solo distinguidos por la inocencia o culpabilidad de la víctima (Pitt-Rivers, 1967).

Otra característica es el sentido de superioridad al asignar la palabra “indio” “indito” de forma peyorativa sin ninguna implicación de etnicidad per se, sino más bien como un insulto que refiera a personas bárbaras, tercas, sucias o estúpidas, sean o no indígenas. Sin embargo, la inferioridad social indígena no lo excluye de una sociedad coleta, ya que existen situaciones en donde estos mestizos son contratados por indígenas, como músicos en sus fiestas patronales o para otros servicios, lo cual lleva a pensar que los entrecruces de estas dos etnicidades no siempre resulta tan claras o distantes como uno supondría. “La coherencia entre las normas de conducta y el sistema de creencias que caracteriza a la comunidad indígena (en contraste con el ladino) está bien ilustrada por el hecho de que, como Calixta Guiteras Holmes ha observado, cuando indígenas rezan por justicia, los ladinos rezan por milagros.” (Pitt-Rivers, 1967: 76)

En general, la identidad de los coletos está basada en un sentido de pertenencia a una iglesia universal, como miembro de un estado nacional, y agregaría, como parte de una comunidad autodenominada como “auténtica coleta”, en un espacio multicultural como San Cristóbal, en el que lo opuesto identitario ya no se encuentra solo con lo indígena. Ahora bien, en términos de clase habría que hacer la distinción entre coleteo de clase media y pobre, ya que, mientras el primero lo compromete a una cultura más metropolitana, influenciada por una ideología más progresista y centralizada, lo cual los coloca en un cierto grado de conflicto con sus valores y creencias locales; mientras que en el segundo, existe un nivel de interacción y hasta concordancia con una visión y costumbres de rasgo indígena. Claro ejemplo de esto son los sistemas tradicionales de atención a la salud, en donde aún se recurre a curanderos o sanadores para recibir estrategias de diagnóstico como el pulso, la lectura de cartas, entre otras, en la cual, si llegara a encontrar sus causas en cuestiones como la brujería, es atendido como tal, como puede ser la soplada de alcohol, sobadas, infusiones herbales, sacrificios animales o amarres.

En cualquier caso, sin distinción de clase, al ser coleteo, ladino, mestizo, producto de una fusión, el conflicto cultural entre tradiciones ancestrales y una visión moderna o pos colonial siempre está presente, por lo tanto, y dependiendo del contexto, dicho conflicto o contradicciones serán adaptadas o reinterpretadas tratando de acortar o disminuir la sanción social, pérdida de prestigio o estatus social ante su propia comunidad.

Fotografía 9.- Tradición y resistencia (estampa indígena)



Fuente y elaboración: Propia, 2020-2012.

Del otro lado de la palestra cultural, se ubica la cultura indígena, entrecruzada con la mestiza, en tanto se hagan bilingües; abandonan su lengua, cultura, o mientras retienen su vestimenta y costumbres, mientras aprenden español y costumbres mestizas. En pocas palabras, entrecruzan culturas, ya sea por necesidad, convicción, gusto o como estrategia de sobrevivencia existencial, económica, política, cultural o salud mental.

Por supuesto, estos entrecruces o empalmes son en su mayoría en situaciones de conflicto y en una posición de subordinación, como la carga cultural de “indito” o “chamulón” que tiene que ser superada por aquel o aquella indígena que pretenda insertarse, convivir o sobrevivir en la cultura mestiza (coleta en especial), kaxlana o ladina y siempre con el riesgo de terminar siendo tildado de “indio alzado”¹³.

Una gran dificultad del ethos indígena para adaptarse o reconstruirse en una cultura mestiza, se encuentra en parte de una premisa o visión espiritual que se manifiesta en un mundo material manifestado en formas de organización social y política. “La organización política tradicional se centra en lo que suele denominarse jerarquía civil-religiosa, que se organiza en una serie de cargos, puestos, de importancia ascendente, en diferentes cofradías religiosas que se encargan del financiamiento y gestión de las fiestas y del cumplimiento de los deberes rituales, pero que también tienen funciones políticas.” (Pitt-Rivers, 1967: 76)

¹³ La expresión “indio alzado” (indio rebelde) refiere solo a los indios que fallan en la forma apropiada de respeto hacia ladinos superiores, mientras que, siendo indios, pretenden ser ladinos (Pitte-Rivers, 1967:75)

Lo cual, refuerza o introyecta una fuerte carga de cohesión, visión y posicionamiento político comunitario y espiritual que en algunos casos no son compatibles con una visión más individual y contra actual de las cosas, lo cual puede verse en la visión indígena de la salud intrínsecamente ligado entre el mundo material y espiritual:

Los acontecimientos del mundo material se interpretan como el resultado de los acontecimientos del nivel espiritual, y se cree que los ancianos no solo velan por la comunidad como tal y la defienden del mal, sino que también vigilan las acciones del individuo, protegiéndolo y castigándolo.

Las enfermedades son causadas, cuando son menos graves, por condiciones psíquicas como la ira, la vergüenza o el miedo, que alejan el alma del cuerpo. Pero las enfermedades más graves, que pueden resultar en la muerte, son causadas por la brujería, que está íntimamente relacionada con la curación, ya que, como en otras partes, el poder de hacer lo uno implica el poder de hacer lo otro. Este poder se revela primero en los sueños que se consideran revelaciones del mundo espiritual y deriva de la fuerza del espíritu de una persona; su fuerza espiritual se manifiesta en su buena fortuna o salud, ya que la pérdida de cualquiera de ellas se interpreta como la acción de un espíritu más poderoso que desea hacerle daño. (Pitt-Rivers, 1967: 76)

Y con todo esto, ambas formas de ver el mundo, una forma de interacción tanto en sus propias comunidades como en espacios urbanos como San Cristóbal, con ciertos valores en común y nociones recíprocas de derechos y obligaciones, o por lo menos expectativas de conducta mutua y entendimiento, en especial etnias como la zinacanteca, que por su pasado como pueblo comerciante, ha generado estrategias de negociación más eficientes con el mundo mestizo, que otras etnias alteñas como la Chamula, la menos hasta hace no más de 20 años.

Objetivos

Analizar e interpretar la interacción entre los cuerpos individual, social y político de las personas con diabetes y familiares cercanos con diabetes mellitus, pre y pos diagnóstico.

Para esto nos planteamos tres objetivos secundarios o desagregados:

1. Analizar experiencias, emociones, significados e imaginarios sociales en torno a la diabetes mellitus y sus posicionamientos políticos ante el padecimiento, tanto de quien vive, como de quien convive con este estado de salud.
2. Analizar la pandemia de Sars-CoV 2 como elemento disruptor en una normalidad diabética.
3. Interpretar a la diabetes mellitus como un ejercicio dialectico de configuración y reconfiguración de la historia de vida clínica, biológica, social y cultural de quien vive y convive con este padecimiento.

Capítulo 2

2.-Estado del arte

La bibliografía e interés por la diabetes mellitus es extensa y rica en contenidos, perspectivas y aportes no solo en el enfoque al padecimiento en sí, sino de todas las implicaciones sociales que la rodean o le son propias. Para dar un panorama general de las visiones o perspectivas sobre la diabetes mellitus, así como el cuerpo mismo en relación con la salud y enfermedad; y aquellos estudios en lo relativo a la experiencia, emoción, simbolismo e imaginarios sociales en torno a estos temas (cuerpo, diabetes y hasta enfermedades crónico – degenerativas), se utiliza tres grandes categorías de estudio:

1. **La perspectiva clínica y epidemiológica:** en ella prevalecen estudios patológicos, como problemas de salud pública, tratamientos o terapias, estudios epidemiológicos, profilácticos. Su principal aporte se encuentra en posicionar y dimensionar la importancia y urgencia de atención a la diabetes y enfermedades similares, además de dar un panorama estructural de estas enfermedades; así mismo, su principal deficiencia se encuentra en un visión pasiva de la persona que padece, así como profundidad en la implicaciones sociales, culturales y hasta psicológicas de las personas, además de que en este tipo de estudios, aspectos como el cuidado se inclinan hacia quien padece o tiene la enfermedad, y poco o nulo peso se le da a familiares, personas cercanas o queridas por quien vive con diabetes. Finalmente, en este tipo de estudios existe un visión implícita o explícita en que desaparecen categorías socioculturales como el “padecer” y se hace referencia a las personas sólo como pacientes, las cuales tienen una enfermedad que les pertenece y las “clasifica” como tal, como, por ejemplo, referirse a diabético, haciendo referencia a una enfermedad que se convierte en sujeto, y no un sujeto que tiene o vive con dicha enfermedad.
2. **Estudios multi e interdisciplinarios:** Este tipo de estudios se refiere a los que metodológicamente realizan acercamientos hacia métodos o técnicas cualitativas o de tipo mixta, y se entrecruzan de forma disciplinaria entre medicina social, epidemiología, enfermería, nutriología, psicología y sociología médica principalmente, en el que se intenta explicar algunas consecuencias sociales sobre la

adherencia a los tratamientos, los impactos psicosociales o los costos sociales, políticos o económicos, o sobre la carga de la diabetes en los sistemas de salud. Su principal aporte se sustenta en que son estudios que permiten un primer acercamiento hacia las dimensiones más allá de las patológicas o biológicas de las enfermedades, así como su utilidad en la evaluación o elaboración de algunas políticas de salud.

3. **La perspectiva social y antropológica:** Es en este tipo de estudios que posicionamos esta investigación, ya que desde una perspectiva cualitativa, se aborda a la enfermedad y la salud en su complejidad no solo terapéutica, sino como una condición y situación de vida; condición por los elementos estructurales e históricos que le acompañan, y situación por abordar en este caso a la diabetes como un padecimiento, un complejo biocultural que modifica o resignifica la existencia humana, en nuevas formas de ser y estar en el mundo. Estos abordajes del padecimiento son la principal ventaja de este tipo de estudios, ya que, por su profundidad, permiten superar las principales limitaciones que tienen los estudios de impacto, en la explicación fenomenológica que permea el comportamiento sociocultural respecto al padecimiento.
4. **Pandemia y Diabetes Mellitus:** Dada la importancia que tuvo la pandemia en relación con la diabetes como comorbilidad, y dado que el presente trabajo se desarrolló durante la “jornada de sana distancia” y después de reactivarse las actividades presenciales, se realiza una revisión general sobre los estudios a este respecto, con la finalidad de contextualizar de mejor manera uno de los capítulos de esta investigación, enfocada en documentar las experiencias de los interlocutores respecto a este fenómeno sanitario, como ejemplo de como los cuerpos individual, social y político reaccionan e interactúan en episodios de contingencia, en esta caso de carácter disruptivo tanto a nivel local como global.

2.1.- La perspectiva epidemiológica

En este sentido, cabe destacar los estudios que se enfocan en sus proyecciones, Dávila y Pardo (2014), Altamirano (2001), en términos de la disminución de la esperanza de vida, la cartografía epidemiológica mundial y nacional, derivadas de análisis estadísticos, clínicos o vigilancia, en términos de la distribución geográfica del padecimiento, Vargas & Casas

(2016), Ramos, López, Revilla, Huamaní & Pozo (2014), Montalbán, Marrón, Lucio-Villegas, Torrás, Blanco & Aguado (2014), Camejo, García, Rodríguez, Carrizales, & Chique (2012), Arnold, Licea, & Aldana (2011), Cervera, Campos-Nonato, Rojas, & Rivera (2010), Aschner (2010), Córdova, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández & Aguilar (2008), Castellanos, & Cerda, (2001); así como análisis socioeconómicos o enfocados en los determinantes sociales, Moreno, Silberman, Hernández, Capraro, Soto, García & Sandoval (2015), Domínguez (2013), Concepción & Ávalos (2013), Escolar (2009); y hasta genéticos y ambientales, Prasad & Rashmi (2015), Murea & Freedman (2012), que dan un panorama de la diabetes como un problema de salud pública y marcan las pautas sobre todo biomédicas, para su diagnóstico, tratamiento y análisis.

Por otra parte, están los estudios enfocados al diagnóstico y control de la enfermedad fundamentados en pruebas clínicas, tanto para diagnóstico como para controles médicos periódicos (Campuzano y La torre, 2010); y la revisión y estado de los medicamentos y tratamientos, así como algunas innovaciones al respecto (Perel, 2018; Simó & Hernández, 2016; Gómez & Abreu, 2014).

Finalmente están los estudios enfocados en una parte importante de la terapia en el control de la diabetes a partir de la dieta, o los regímenes alimentarios recomendados para las personas con diabetes, estudiados principalmente desde la nutrición, la enfermería, los cuidados paliativos y algunos interdisciplinarios orientados la estructura nutricional de la dietas, adecuaciones y terapias (Leiva, Basfi-fer, Rojas, Carrasco, & Ruz, 2016; Nubiola, & Remolins, 2012; Lottenberg, 2008; Céspedes, Riverón, & Gordon, 2002); dependiendo de factores sociales y socioeconómicos, y finalmente a la adhesión o no de las personas a estos regímenes alimentarios (Conrado, Calderón, Mello & Rosas Barrientos, 2011; Ortiz, Ortiz, E., & Gómez, 2011; Troncoso, Delgado & Rubilar , 2013).

2.2.- Estudios multi e interdisciplinarios

En primer lugar están las implicaciones sociales, pensadas desde el rechazo, estigma o cargas sociales y psicológicas hacia la diabetes y a quien lo vive (Quintana, Merino, Merino, P., & Cea, 2008; Ledón, 2012; García, 2005); efectos en la salud mental como depresión, angustia, ira y emociones asociadas, y violencia (Nazar, 2010; González, García, & González, 2011; Mena, Martín, Simal, Bellido, & Carretero, 2006) y las consecuencias de estos factores sociales el tratamiento, cuidado y atención en la vida cotidiana (Trujillo

Et.al, 2008). A groso modo, estos estudios, aunque se adentran en ámbitos particulares del padecimiento, como las percepciones, opiniones, la familia, el género o las condiciones socioeconómicas, no se complejiza el padecimiento en estos términos, y se termina desdibujando la diabetes como una mera cuestión de cambios en los estilos de vida y problemas en su readaptación sobre todo en la dieta (Ramírez et. al, 2019; Zuart et. al, 2010); e incluso en aquellos que reconocen el uso de terapias alternativas, el interés recae en conocerlas para someterlas a juicio científico como lo señala Dávila & Seminario (1996).

Respecto a las causales, mencionamos aquellas que reconocen sobre todo a las emociones como la principal asociación a la causalidad o detonantes de la diabetes (López-Amador y Ocampo-Barrio,2007; Carrillo & Vázquez, 1994); aún en estos estudios, las emociones siguen siendo asociadas con los cambios de hábitos alimentarios y su relación con terapias alternativas, dejando de lado la dimensión intersubjetiva del padecimiento, y cuestiones estructurales sobre la salud y la enfermedad, como las dimensiones de clase, género, etnia y generación, así como su relación con el dominio y lógica biomédica.

En general estos textos nos remiten a una visión cuantitativa de la diabetes mellitus, ya que las categorías de análisis que retoman, tienen por objetivo crear generalizaciones a partir de casos de estudio, lo cual sin desdeñar su aporte, se estancan en el plano explicativo, y dado que nuestro objetivo es indagar por la complejidad y profundidad en la inter y subjetividad, el siguiente apartado trata de indagar por estudios de caso (básicamente) que indaguen en el ámbito comprensivo e interpretativo de la diabetes mellitus, el principal aporte de estos estudios es proporcionar elementos a profundizar, como las emociones y cómo las prácticas se vinculan necesariamente a la vida y quehacer cotidiano.

Por otra parte, existe un aspecto inherente al tratamiento y control de la DM ligado a la dimensión emocional y subjetiva del padecimiento, como lo es el o los procesos de cuidado. Por una parte, están estudios como el de Zenteno-López (2016), que desde la enfermería se enfoca en el cuidado y la adherencia a los tratamientos, en donde la intervención educativa y de conocimiento, aumenta la capacidad de adherencia, suministrando sustantivo de información respecto al estado y evolución de la DM.

Así mismo, se encuentran estudios centrados en relaciones emocionales como el estrés (Bélendez, Lorete & Maderuelo, 2015), o la depresión (Pérez-Pedrogo & Martínez-Taboas, 2011), en donde el primero argumenta desde la psicología social que vivir y convivir

cotidianamente con la DM presenta altos niveles de estrés, tanto del paciente como de familiares, e incluso el riesgo de depresión para ambos actores sobre todo por constante riesgo de hipoglucemia.

Figura 10. Impacto de la diabetes en calidad de vida

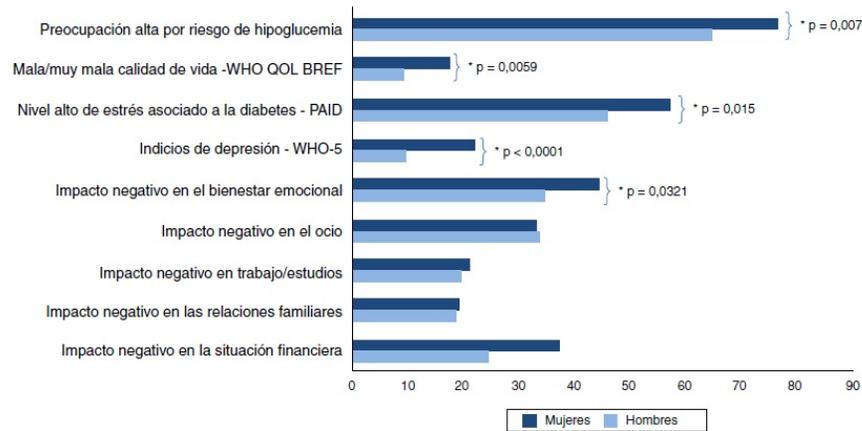


Figura 1. Impacto de la diabetes en hombres y mujeres (%). Preocupación alta por riesgo de hipoglucemia (opciones muy o totalmente de acuerdo); niveles bajos de calidad de vida percibida (WHO Qol-BREF, opciones mala/muy mala); niveles altos de estrés (porcentaje con puntuaciones ≥ 40 en PAID-5); posible riesgo de depresión (porcentaje con puntuaciones ≤ 28 en WHO-5); impacto negativo (DAWN Impact of Diabetes Profile [DIDP], opciones efecto muy negativo, negativo y ligeramente negativo).

Fuente y elaboración: (Bélendez, Lorete & Maderuelo, 2015; 201)

En este mismo sentido, Pérez-Pedrogo & Martínez-Taboas (2011), desde la medicina social, establecen una correlación entre depresión y la eficacia respecto a prácticas de cuidado, en donde familias mononucleares presentan una mayor tendencia a sintomatología depresiva, especialmente en condiciones de descontrol de la DM, mientras que en pacientes de mayor edad mejora las prácticas de autocuidado, aunque su eficiencia es baja.

Como corolario, existen los estudios cuya perspectiva trata de ubicar experiencias y contextos familiares dentro de las dimensiones de cuidado y vida cotidiana con la DM, como Briñez & Muñoz (2016), en donde se documentaron diferentes tipos de experiencia y cuidados, determinando que bajo diferentes contextos religiosos, historias familiares, valores culturales, factores políticos, legales económicos y educativos, impactan en la reacción a la enfermedad, la participación familiar, experiencias en servicios de salud y conocimiento del cuerpo biológico de quien padece. Mientras que Rodríguez, et al (2017), realiza un estudio con personas en situación de amputación inferior de miembros, en donde a pesar del peso de la familia en el cuidado, se le asigna un rol secundario como facilitador, y esto sumado a paupérrimas condiciones socioeconómicas se afecta al cuidado, sumado a

una asimetría en la interacción entre personal de salud y paciente. En este sentido, se resalta el empoderamiento del paciente conociendo su historia biográfica para el seguimiento y construcción de confianza entre la persona, el paciente y los familiares.

De esta manera, el cuidado se convierte en un aspecto fundamental para el análisis y comprensión de las dinámicas e interpretaciones de la DM, dando un énfasis no solo a quien vive con el padecimiento, sino incluyendo activamente a los familiares que su vez también padecen la DM, y como actores fundamentales en la dimensión social de la enfermedad y la salud, y sobre todo, empoderar las interpretaciones sacras y mundanas del padecimiento, las emociones y posicionamientos políticos, analizando al cuidado como un proceso sociocultural y no solo como estrategia terapéuticas de seguimiento y control biológico del padecimiento.

2.3.- La perspectiva sociológica y antropológica.

En primer lugar se encuentran estudios que profundizan en las estrategias del cuidado (Arganis, 2005; Cleves y Ocampo, 2018), entendida como una fuente de saberes diversos y estructurados, que si bien pueden o no tener un efecto terapéutico fisiológico para el padecimiento en sí, sirven para la vida, es decir; al buscar una cura, las personas con diabetes implementan lógicas que ayudan a que la dimensión patológica del padecimiento no se apodere de sus cuerpos y su vida cotidiana, permitiendo sobrellevar (al menos temporalmente) una vida “normal”, es decir, recuperando algo que a nivel biológico, psicológico y social ha sido mermado por la diabetes.

Por otro lado, está el papel de las emociones para dar una lógica y explicación a la experiencia y el diagnóstico con la diabetes, como lo demuestran estudios como Acero (2019), Eroza (2016) y Wallace (2001), en donde este padecimiento adquiere una plasticidad en diferentes etapas o momentos, sobre todo cuando las complicaciones comienzan a reconfigurar la vida de las personas, y no solo para quien vive con el padecimiento, sino para sus familias y entorno social.

En este mismo sentido, encontramos estudios que exploran los significados, comprensión y dimensiones de la diabetes buscando explicaciones a las causas, síntomas y complicaciones (Page, Eroza y Acero, 2018; Eroza, 2010; Domínguez, 2012; Gaytán y García, 2006), para dar un acercamiento vivencial y fenomenológico, en donde se suman, además de las interpretaciones puramente racionales; dimensiones oníricas y espirituales, en las que el

padecimiento se asocia con factores externos al sujeto que lo padece, como la brujería o mal echado; y que emociones como la ira, susto, envidia y circunstancias dramáticas como pérdidas personales, se asocian no solo con la causa, sino que se consideran un factor limitante en la recuperación de la salud.

No menos importantes son los estudios que interrelacionan estructuras cognitivas, simbólicas, de saberes, principios morales y hasta lógicas de mercado que conforman un conglomerado mutidimensional y multicausal; los modos de vida desde quien vive y convive con la diabetes; la persona diagnosticada, la familia, la comunidad y hasta el personal curativo y de salud; ejemplos de esto lo podemos encontrar en Page (2013) y Juárez, Theodóre y Eroza (2019). En este último, se realiza un extenso análisis sobre la DM, en donde se cuestionan las implicaciones y las dificultades de adherirse al tratamiento, asunto que parece relativamente sencillo cuando se calcula que las personas viven con al menos 10 años con el padecimiento sin haber sido diagnosticados, sin cifras o datos específicos en poblaciones como la indígena; el problema de la alimentación y su complejo sincretismo entre tradición y comida ultra y procesada; los fracasos de las políticas públicas y un paradigma biomédico aislado de los determinantes sociales, desdeñando la importancia del apoyo social y su influencia o no de problemas de salud; la importancia del factor pobreza, racismo y discriminación y la búsqueda de estrategias terapéuticas basadas en su perspectiva cultural.

Y a este respecto, los autores se enfocan en analizar las organizaciones de los sistemas de salud en poblaciones originarias, la experiencia de padecer la DM, la influencia de la ciencia en la adherencia a tratamientos médicos y las barreras personales e institucionales en la atención y cuidado.

Por otra parte, Montesi (2022), coloca en la discusión, la importancia de incorporar otro tipo de interpretaciones sobre la DM, generalmente relegados como factores subjetivos de la enfermedad, pero que en su núcleo sociocultural aporta elementos epistemológicos, sobre todo en la discusión sobre la separación mente/cuerpo, dominantes en la postura biológica y bioquímica del paradigma médico, y en donde su interacción con estas otras formas de interpretar el padecimiento generan un nuevo tipo de conocimiento, pero que generalmente son rápidos, aleatorios y hasta coyunturales.

Un ejemplo de lo anterior lo abordan estudios como el de Eroza & Muñoz (2020), analizando las causalidades, síntomas, y resistencias al régimen alimentario recomendado

por la biomedicina, resignificando su propia DM, haciendo una vinculación con sus propias historias con procesos globales y locales que inciden en la alimentación, colocando en la discusión una postura humanista en las prescripciones de los regímenes alimentarios recomendados para la DM, ante una relación desigual entre médico y paciente.

En este tipo de estudios, se pretende profundizar para complementar, o tratar de abrir nuevas vetas de análisis y discusión en la multidimensionalidad de la diabetes; no solo cómo se vive y se ha vivido con este padecimiento, sino cómo se querría vivir, pensar y actuar, y cuáles serían las oportunidades y limitantes para lograrlo; en que se vea no solo como se “vive” con la diabetes, sino también como se “es” con la diabetes.

Finalmente, parece pertinente concluir con un pequeño apartado de estudios sobre el cuerpo en relación con la salud, la enfermedad, la diabetes y los imaginarios sociales, ya que parece pertinente apuntar este tipo de estudios hacia la discusión que se lleva cabo en esta investigación, tratando de llevarla un poco más allá de la diabetes en sí.

En primer lugar, el cuerpo puede considerarse como una manifestación psíquica, somática, emocional y social de la enfermedad, que se invisibiliza al ser visto como una maquina (Lédon 2011); es más bien, un tramado de significación, así como un territorio de disputa, determinado por lógicas sociales, lo mismo que un objeto de vigilancia, control, moldeamiento, y de castigo en caso de transgredir. Por lo demás, el cuerpo es también un mercado para el consumo (Scharagrodsky 2007), por ejemplo, la industria cosmética y de cuidado personal. Al respecto, Medina (1996) aborda los ideales del cuerpo perfecto, vivido a través de un imaginario del cuerpo joven, sinónimo de salud y vitalidad, para moldear e incentivar el consumo. Scharagrodsky y Medina, dialogan desde la mirada de la educación física respecto al cuerpo y la salud, y en este sentido, Vicente (1997) agrega una perspectiva que podemos ver como la dominante respecto a la biomedicina, y es tener una visión individualista sobre el cuerpo, su cuidado y estética; El ejercicio y el deporte desde su realidad biológica (cuerpo) y la realidad biológica de la salud, la vida saludable desde un orden moral y racional que homogeneiza, y la culpa como estrategia para la vida saludable. En otro aspecto están los estudios que más allá de la salud, se enfocan en la enfermedad como eje analítico del cuerpo. En este sentido encontramos estudios como el de García (1996), Moreno (2009) y Gallo (2002), sobre los dilemas éticos en la medicina por la

separación de cuerpo/mente y los límites de ésta en enfermedades incurables, la subjetividad del cuerpo social y homogenización del cuerpo desde las enfermedades.

En algunos estudios de caso a este respecto, a partir de un diagnóstico, se hace referencia a una serie de imaginarios en los que la enfermedad no se concibe como un concepto fijo, sino un proceso complejo de mediaciones en las que se articulan diferentes dimensiones humanas y socio culturales, dándole a la enfermedad un carácter único y propio, con significados y lógicas diversas, que van desde la subyugación hasta la constitución de un cuerpo activo, constructor y emancipado (Vaggione, 2009; Poó, 2009), en estos términos mencionamos trabajos locales que hacen referencia a percepciones del cuerpo, a través de un análisis de la obesidad y su relación con el control de peso (Lerma, Álvarez, Nazar, Mondragón, 2016).

Una parte importante con estos estudios será la discusión sobre todo con la perspectiva desde la teoría de sistemas de Parsons (1975), sobre el rol del enfermo, ya que son perspectivas que posicionan al cuerpo a partir de una visión más biológica, preponderancia biomédica y de responsabilidad individual. Por lo tanto, la revisión, en este sentido, tiene la finalidad de posicionar al cuerpo respecto a la lógica biomédica de conocimiento, diagnóstico e intervención. Posicionamiento que permite observar la interiorización de nociones que Foucault denominó “Las tecnologías del yo” entendidas como prácticas que: “Permiten a los individuos realizar por sus propios medios o con la ayuda de otros, un cierto número de operaciones en sus propios cuerpos y almas, pensamientos, conducta y forma de ser, con el propósito de transformar el yo y obtener “felicidad, pureza, sabiduría, perfección o inmortalidad. (Foucault citado en Lock & Nguyen, 2018)”

Con este posicionamiento teórico del cuerpo, existe una amplia y diversa gama de estudios que conlleva implícita y explícitamente una visión, abordaje o perspectiva sobre el cuerpo y la enfermedad.

Una característica especial que tiene el cuerpo en relación a la diabetes, es este diálogo íntimo (individual y social), diario y a veces contradictorio, buscando resistir a este padecimiento en un constante ir y venir, como lo señala García et.al (2014), entre la culpa, la ira, aceptación, negación y persistencia, haciendo uso de saberes y creencias de las personas; mientras que a nivel estructural este diálogo, conflictos y resistencias; se lleva a cabo por condiciones de género, generación, etnicidad y de clase, tal y como lo demuestra Eynard (2014), al realizar un estudio con jóvenes con diabetes tipo 1, en el que a partir de

cinco formas diferenciadas de significación del padecimiento, la clase fue determinante en una concepción más positiva o negativa de la diabetes, respecto a sus causas y responsabilidades, principalmente.

Entablar un dialogo epistémico entre el cuerpo y la diabetes, se permite también articular una narrativa que dé cuenta de aquellos elementos estructurales que subyacen en este padecimiento, en lo que se refiere a sus dimensiones subjetivas e intersubjetivas, así como tender el puente analítico con los imaginarios sociales creados, referenciados y vividos del cuerpo, para así posicionar a la diabetes como una forma de estar en el mundo, o en términos de la medicina crítica de Canguilhem, un nuevo estado de salud (1986).

Finalmente, se encuentran los trabajos que, utilizando la categoría de imaginarios sociales, han realizado algún análisis, ya sea conceptual, de revisión bibliográfica o de caso, sobre la salud, la enfermedad o la diabetes. Independientemente de sus resultados, lo importante en este recorrido es plantear la pertinencia de los imaginarios en estudios sociales de este tipo, ya que dentro de las preferencias y orientaciones teóricas dentro de la antropología médica, se tiende a retomar (al menos en Chiapas), el concepto de representaciones sociales, por lo tanto, este apartado pretende posicionar a los imaginarios sociales y su aplicación analítica, como pertinentes en este tipo de estudios.

De esta forma, en el análisis de padecimientos como el cáncer, VIH y la obesidad mórbida, los imaginarios sociales nos remiten a ámbitos como la industria cultural (incluyendo medios masivos de comunicación) y la biomedicina, que, a través de sus productos legitiman y propagan promesas de salvación, o en el caso de la biomedicina, sus diagnósticos se utilizan como productores de la enfermedad, es decir, aquel que señala, pronostica, juzga y delimita la condición de enfermo (Passerino, 2013); el miedo, dolor y muerte se convierten entonces en catapultas de los imaginarios sociales (Romano, 2016), en las que todo el conglomerado social responde en un magma de significados¹⁴ sin el cual no podríamos discriminar y seleccionar un sentido, comunicarnos y por ende, actuar, tomando en cuenta que cada “enfermo” es único e irrepetible (Cubero, 2011;2012) .

Finalmente, la impersonalidad del diagnóstico y los imaginarios dominantes sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, obligan a quien padece, a una constante lucha por

¹⁴ En donde Castoriadis (1998), define a la sociedad “urdiembre inmensamente compleja de significaciones que empapan, orientan y dirigen toda la vida de la sociedad considerada y a los individuos concretos que corporalmente la constituyen” (: 68)

recuperar o alcanzar los ideales generalizantes de lo instituido (Pompa et. al, 2016); como señala Esviat (1996), la manera en que la enfermedad será expresada reflejará la expectativa de las sociedades sobre el comportamiento como “enfermos”, y en este mismo sentido, cuestiones como el síntoma, cobrarán sentido en el cuerpo y biografía del sujeto, pero se convertirá en enfermedad según el imaginario colectivo.

Finalmente, cabe destacar, que hasta el momento de esta revisión no se pudo encontrar material bibliográfico que vincule o trabaje de manera específica la diabetes desde los imaginarios sociales.

Este somero análisis muestra de manera general, la forma en que se ha abordado el análisis de la diabetes, la enfermedad y la salud desde su perspectiva social, con el objetivo de comprenderla e interpretarla de tal manera que se tengan elementos para mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, el gran aporte de todos estos estudios que me gustaría resaltar, es que posiciona a la diabetes en un lugar privilegiado de la agenda no solo académica, sino política y social; implica un reto enorme en las ciencias de la salud para posicionar lo social como un factor crucial en la epidemiología y en la misma biomedicina para pensar en las enfermedades como causa y consecuencia de un modo de vida moderno, y no como un asunto meramente biológico/patológico, y de deficiencias o aciertos en el rol del enfermo; sino más bien, entendiendo a la salud como un conjunto de seguridades al presente y aseguramientos al futuro, y la enfermedad como una serie de estrategias y experiencias puestas en juego ante las infidelidades del ambiente (Canguilhem, 1986).

2.4.- Pandemia y diabetes.

El fenómeno global sanitario vivido desde 2018 en China, y 2019 en México, se caracterizó por ser un evento disruptor multidimensional, que hasta la fecha aún no se ha documentado, analizado e interpretado todas sus implicaciones a nivel local y planetario. Para esta investigación en particular, la revisión bibliográfica al respecto tiene por objetivo dar un panorama general de cómo la pandemia de Sars-Cov 2, ha impactado de manera específica en el objeto de análisis de esta investigación, al ser una de las tres principales comorbilidades documentadas para agravar un contagio o enfermedad de este nuevo virus, junto con la obesidad e hipertensión arterial.

A este respecto, la mayoría de los estudios realizados se encuentran dentro del ámbito de la medicina, bioquímica y epidemiología, lo cual sienta una lógica cuando a nivel biológico, aún no se cuenta con la suficiente información para determinar causas, tratamientos e implicaciones de largo plazo ante un contagio o enfermedad Covid, mientras que los estudios sociales se encuentran enfocados en las implicaciones sociológicas, antropológicas y económicas del fenómeno en su conjunto, lo cual, sienta una lógica por su impacto global, que aún no se ha analizado en complejidad coyuntural, histórica y prospectiva, lo cual deja para a subdisciplinas como la sociología y antropología médica, un gran campo de estudio en esta asociación pandemia – diabetes, pandemia – enfermedades crónicas, pandemia – salud, y demás.

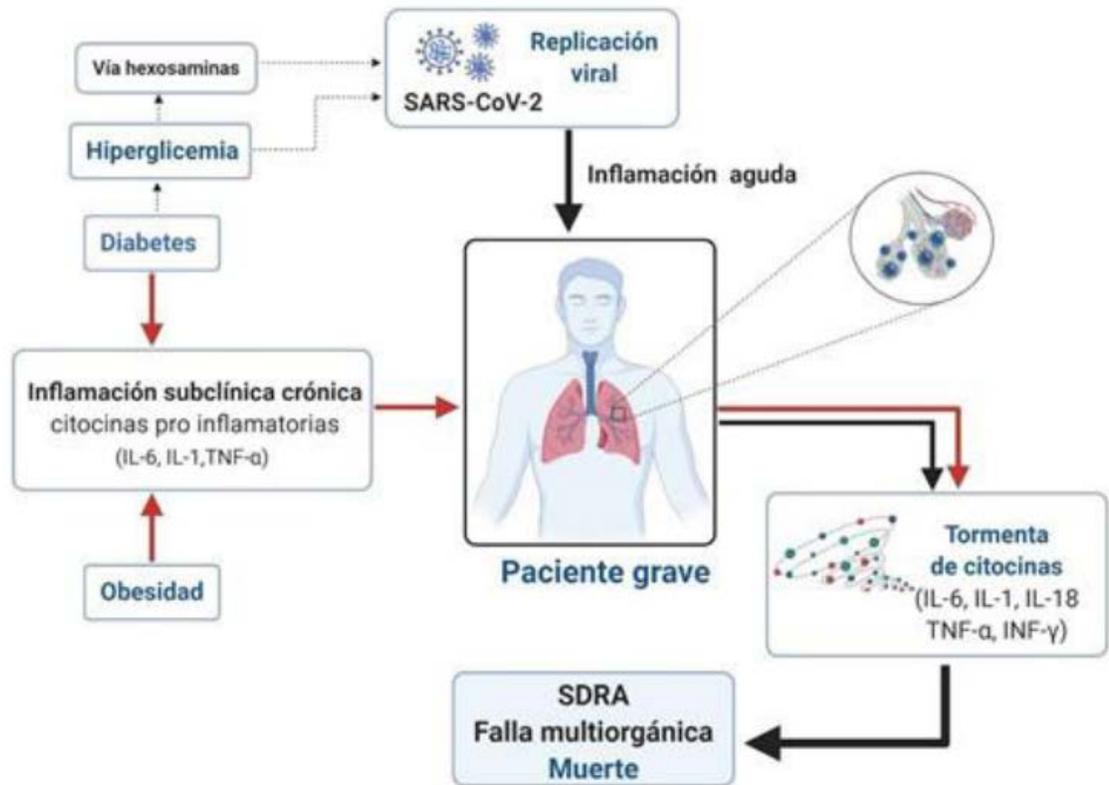
De esta manera se encuentran estudios que analizan las consecuencias de la Covid en personas con DM, en estudios como los de Bellido & Pérez (2020) o Ramírez, et al (2020), en donde la hiperglucemia se encuentra relacionada con la patogénesis y pronóstico de enfermedades virales, por lo que su control es clave en el síndrome respiratorio agudo grave. Esto, sumado al estrés y falta de actividad física durante la pandemia, indica la importancia de reajustar o revisar las terapias tradicionales de intervención para la DM en cuanto al control glucémico ante infecciones del tipo Sars-Cov 2.

Esto conlleva entonces a las consideraciones y manejo de la DM ante estos contextos, una vez demostrado a la hiperglucemia como factor de riesgo para Covid grave y en caso de hospitalización se recomienda terapias de insulino terapia (Acosta, et al, 2020), ya que enfermedades virales como la Covid, aumenta el riesgo de cetonas y cetoacidosis, característica, a su vez de la diabetes. Por lo tanto, en una revisión fisiopatológica, considerando que la principal (es) relación (es) de este síndrome metabólico y el virus Sars-CoV2, se manifiestan en inflamación crónica, aumento de coagulación, deterioro de respuesta inmune y posible daño pancreático, se debe poner atención de una posible tormenta cetónica y una vigilancia estrecha de inflamación vascular, miocarditis y arritmias cardíacas (Paz-Ibarra, 2020).

En relación con la asociación entre diabetes y sistema inmunológico, Moreno-González, et al (2021), Lima- Martínez, et al (2021), Alonso & Batule (2021), discuten sobre el ya problemático estado inflamatorio *per se* con la DM, la cual se ve exacerbada por una infección viral tipo Sars-CoV 2, que sumado a una deficiencia de vitamina C y D en el

sistema inmune del paciente DM, y agregando más procesos inflamatorios por la infección, llevan a casos extremos como la denominada tormenta de citosinas, que a su vez, pueden llevar a una falla multisistémica.

Figura 11.- Tormenta de citosinas



Fuente y elaboración: Moreno-González, et.al (2021)

Otro aspecto a considerar son los factores de riesgo y asociados entre este virus y enfermedades crónicas degenerativas. Comenzando con el primero, se presentan los siguientes resultados para México:

Figura 12.- Riesgo de letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas en pacientes con covid 19.

Condición	Porcentaje		Chi ²	p	RR	IC 95%	
	Defunción	Vivo				Inferior	Superior
Diabetes mellitus tipo 2							
Sí (n=38)	15,8	84,2	7,023	0,008	4,17	1,45	11,98
No (n=132)	3,8	96,2					
Hipertensión arterial sistémica							
Sí (n=32)	15,6	84,4	6,30	0,012	4,13	1,36	12,47
No (n=132)	3,8	96,2					
Obesidad							
Sí (n=80)	15,0	85,0	8,49	0,004	3,96	1,57	9,99
No (n=132)	3,8	96,2					

Fuente: información obtenida a partir de los resultados.
*Promedio, %Porcentaje

Elaboración y fuente: Ángeles Correa MG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Frontana Vázquez G, Monrroy Amaro SJ et al (2022)

Esto, sumado a situaciones adversas de salud mental, puede exacerbar angustia y depresión con resultados adversos en el control del padecimiento, que bajo un contexto pandémico aumentó la incertidumbre y ansiedad (Costa, 2022).

De esta manera, se entran a temas como el apoyo familiar en donde Lora (2023) argumenta que la relación entre apoyo familiar y calidad de quien vive con DM es baja, sus dimensiones emocionales y sociales se relacionan significativamente con la calidad de vida en un contexto pandémico, en donde calidad de vida se refiere a no vivir complicaciones o descontrol de la DM, esto sin problematizar o correlacionar tipos de cuidado o el impacto que abono el evento pandémico, o la afectación de los familiares mismos.

Algo que también se menciona en estos estudios es la necesidad de impulsar o reforzar la telemedicina como estrategia terapéutica, educación y concientización, o como lo menciona Silva Tinoco y Torre-Saldaña (2021), esta estrategia pueda ayudar a mitigar las causas de morbimortalidad en enfermedades crónicas, dada la capacidad de atención interdisciplinaria, cuyo éxito debería tomarse en cuenta para procesos pospandemia.

Finalmente, Pamplona (2020) desde la sociología, afirma que el empalme entre la Covid y la DM pueden tener efectos mortales, basándose en una extensa explicación sobre ambos fenómenos desde sus causas estructurales, como el sistema económico, alimentario y políticas de salud, que tienden a afectar de forma particular al momento de un contagio, por ejemplo con un riesgo tres veces mayor de desarrollar neumonía, con lo que la letalidad del virus se multiplica, y que, finalmente ambos procesos, la covid y la DM no han concluido, y que por, lo tanto, las afirmaciones, conclusiones o análisis de ambos fenómenos deberían tener un carácter provisional.

Finalizar esta revisión conjugando DM con Sars-coV2, permite adentrar esta investigación de manera multifactorial y multidimensional, y que, a pesar de la extensa bibliografía que se pueda tener al respecto de la DM, siempre existen elementos de análisis que necesitan ser cuestionados continuamente, no importa que tan nuevos o viejos, buenos o malos, extensos o cortos puedan ser; tomar el riesgo de interpretar lo más objetivo como puede ser un órgano o un virus con lo mas subjetivo de la condición humana como pueden ser las emociones o los imaginarios, siempre aportaran algo para la amplia discusión del ser y estar como humano en el mundo, sea para aprender a vivir una situación crónica, cotidiana y de por vida como la DM, o para sobrevivir como especie, como lo fue el proceso pandémico que implico un nuevo y potencialmente mortal virus, obligándonos a repensar o por lo menos recordar aquellas certezas que pensábamos tener sobre la existencia humana y planetaria.

Capítulo 3

3.- Marco teórico – Metodológico

3.1.- El espacio

Mi cuerpo y mi voluntad son uno. (Schopenhauer)

3.1.1.- El cuerpo como aglutinante

Como se ha mencionado marginalmente en este documento, se pretende abordar al cuerpo, como un campo de estudio relativamente reciente en las ciencias sociales y humanas, pero cuya perspectiva inter y transdisciplinaria va desde las ciencias biomédicas hasta la literatura y las artes (Ayus y Eroza, 2007). Por lo tanto, la discusión y fundamento teórico de la presente investigación dialoga y propone discusiones y planteamientos, sobre todo, con la filosofía, sociología, antropología y hasta las ciencias biomédicas, ya que de lo que se trata es de considerar los procesos que atraviesan tanto lo individual como lo social, entendiendo esto como ámbitos indisolubles en los procesos que a su vez conforman a la diabetes mellitus, como una forma de ser y estar en el mundo, en la que se busca comprender la enfermedad como una coyuntura, ruptura o cambio en las condiciones y estados de salud, vinculadas a condiciones estructurales e individuales de vida, y no en términos de responsabilidad personal sobre condiciones y situaciones de existencia propias, sino también como una condición hegemónica biomédica, terapéutica y medicalizada.

En este sentido, se precisa un marco interpretativo, que incluya y discuta con esta dicotomía (individual/social), y que vincule conceptos que dialoguen con la intersubjetividad y la multidimensionalidad del padecimiento.

Para definir al cuerpo para efecto de los propósitos antes mencionados, se retoma la discusión teórica que realiza Van der verg (1952), cuando hace un amplio análisis respecto al cuerpo, sus componentes y significados. Este dialogo lo realiza básicamente con Descartes, Husserl, Heidegger y Sartre, en referencia a la relación objeto/sujeto, y las implicaciones de esta en relación al cuerpo.

De Descartes retoma la idea del sujeto como algo dentro del cuerpo que piensa, sabe, ama, odia y siente; con Husserl, la idea de la relación intencional del objeto, mientras que, con

Heidegger, Van der verg comienza a madurar su concepto de cuerpo retomando la idea de que “lo que se ve no es el objeto, sino su significación” (p.58). Finalmente hace un acercamiento con Sartre en el que el objeto no puede describirse por sí mismo sin hacer alegoría al mundo humano, en decir, la dimensión social de cuerpo. Por lo tanto, dice Van der verg, cuando queramos hablar de “el cuerpo”, debemos indicar lo que queremos decir de él, ya que retomando a Turner (1992), el cuerpo es un conjunto construido socialmente y fundado orgánicamente; por lo tanto, el cuerpo será entonces: organismo, potencialidad, sistema de representación y experiencia vivida.

Entendiendo esto, retomamos el análisis y constructo teórico llevado a cabo Nancy Sheper Hughes y Margaret Lock (1987), categorizados de la siguiente manera:

1. **Cuerpo individual** (el yo corporal): Es el nivel más fenomenológico de la interpretación y entendimiento del cuerpo, en donde éste se manifiesta como la experiencia vivida del “yo”, y que, de alguna u otra manera es compartido con la otredad (el para sí de Sartre) en un “yo encarnado” (a la manera de Merleau Ponty).
2. **Cuerpo social**: Es un nivel estructural y simbólico, en donde se encuentran los usos representativos e imaginarios del cuerpo como un símbolo y significado en y con la naturaleza, lo social y la cultura¹⁵.
3. **Cuerpo político**: Este tercer nivel de análisis, tiene una clara influencia Foucaultiana al referirse a este cuerpo como la “regulación, vigilancia y control de los cuerpos individuales y colectivos” (Scheper- Hughes y Lock, 1987, p. 8), por lo que este nivel se encontraría teórica y epistemológicamente dentro de una perspectiva posestructuralista.

Así también, tratan de posicionar a las emociones como un punto importante de análisis, no solo para la antropología médica, sino para su disciplina madre, así como para la misma medicina, al sugerir que las emociones son una especie de eslabón en el que se puede unir mente, cuerpo, individuo y sociedad.

¹⁵ Aunque no tienen un apartado, para definir sobre lo que ellas entenderán como “cultura”, marginalmente se refieren a ésta como “disciplinas que proporcionan códigos y guiones sociales para la domesticación del cuerpo individual”, que luego complementa con una versión Geertziana sobre que sin la “cultura simplemente no sabríamos cómo sentirnos”.

Antes de esto, las autoras realizan un análisis sobre los fundamentos epistemológicos por los cuales el cuerpo en antropología médica es un campo de estudio fundamental. Esta discusión de alguna manera tiene que ver también con los análisis realizados por Jean Paul Sartre (1993) Maurice Merleau – Ponty (2010) sobre la herencia Cartesiana de la separación entre mente y cuerpo, sobre todo porque esta dicotomía permea en la lógica y practica hegemónica sobre la salud y la enfermedad.

3.1.2.- El cuerpo individual

Pues bien, es en esta discusión sobre el dualismo cartesiano, en donde comienza el análisis del cuerpo individual, y aunque remontan esta discusión desde Aristóteles e Hipócrates, es con Descartes en su “pienso, luego existo”, que se argumentan dos clases de “substancia” que constituirían al organismo humano: un cuerpo palpable y uno intangible. El legado de esta concepción, no solo en la medicina, sino en prácticamente todas las ciencias, es una visión mecanicista del cuerpo y de sus funciones que desliga una causalidad consciente (en términos de nuestro interés de estudio), de los síntomas. Las autoras señalan que incluso las disciplinas “mentales” como la psicología y psiquiatría no escapan a este dualismo al tratar aflicciones humanas como totalmente orgánicas o psicológicas.

Ahora bien, este dualismo extendido no solo hacia cuerpo/mente, sino hacia naturaleza/cultura, individuo/sociedad, objetivo/subjetivo, pasión/razón, ser/nada, visible/invisible; pensadores como Durkheim, Freud, Mauss y el mismo Marx (tan diferentes como puedan ser), al parecer todos comprendieron la casi inevitabilidad de caer en estos dualismos y dicotomías, ya que han sido interpretados bajo la misma “matriz de la metafísica occidental (Benosit en Scheper- Hughes y Lock, 1987), es decir, han sido concebidas sobre una misma epistemología, que además, es una de tantas en el planeta, e incluso esta epistemología occidental, como lo señalan las autoras es relativamente nueva, ya que aún en 1690, en un escrito de John Locke, aún se concebía al yo como un estado de conciencia que atraviesa toda la vida y que trasciende la muerte.

Todas estas “otras” formas de conocimiento, relaciones y práctica de cuerpo, mente, naturaleza y sociedad, han sido sintetizadas en forma de representaciones holistas y monistas, las cuales, en contrasentido, tienden a la inclusividad, ya que, en términos

generales desde el cosmos hasta los órganos corporales, en uno u otro sentido, o con sus variantes¹⁶, son consideradas una unidad.

Finalmente, el cuerpo individual se encuentra enmarcado en estas formas de concebirlo como experiencia, conocimiento y praxis, social y culturalmente diferenciado dependiendo de la forma en que se le concibe en relación con lo que lo rodea y constituye.

3.1.2.1.-Experiencia y emoción

A) **Experiencia:** Para este concepto retomamos el análisis que realiza Victor Turner (1986), en cuyo desarrollo de lo que denomina el drama social, posiciona a la experiencia como un ámbito fundamental en la acción humana, la cual está impregnada de significado, y aunque como él afirma, dicho significado no se pueda cuantificar, sí se puede captar, ya que “el significado surge cuando intentamos unir lo que la cultura y el lenguaje han cristalizado del pasado junto con lo que sentimos, deseamos y pensamos sobre nuestro momento presente en la vida” (Turner, 1986, p.33). Este juego entre el pasado y el presente en la acción social de las personas, es lo que nos interesa analizar a través de la experiencia. Así pues, y retomando a William Dilthey, Víctor Turner (1986) señala la importancia de hacer una distinción entre *experiencia* y *una experiencia*, ya que la primera está relacionada con una “resistencia pasiva y aceptación de ciertos acontecimientos” (Turner, 1986); en tanto que la segunda se refiere a un proceso, a una estructura, formativa y transformativa en la vida de las personas y de la vida social en general.

Estas experiencias formativas se procesan a través de diferentes fases, y estructuran no solo el pensamiento, sino también el “querer, desear y sentir” (Turner.1986) y podríamos agregar el imaginar y soñar. Algo muy importante a destacar es la dimensión sensitiva, subjetiva y sublime de la experiencia, que se conecta directamente con las emociones, la temporalidad y el espacio:

Estas experiencias que surgen o interrumpen las actividades rutinarias y repetitivas del comportamiento comienzan con descargas de dolor o placer. Tales conmociones son evocadoras: evocan precedentes y semejanzas del pasado consciente o inconsciente, pues lo inusual tiene sus tradiciones tanto como lo habitual. Entonces, las emociones de las experiencias pasadas colorean las imágenes y los contornos revividos por el impacto actual. Lo que sucede a continuación es una ansiosa necesidad de encontrar sentido a lo que nos ha desconcertado, ya sea por dolor o por placer, y ha convertido la mera experiencia en una experiencia. Todo esto cuando intentamos juntar pasado y presente. Es estructuralmente poco importante si el pasado es "real" o "mítico", "moral" o "amoral" (Turner,1986, p.35 y 36)

¹⁶ Esto es ejemplificado desde concepciones judeo cristianas, orientales, islámicas, budistas, hasta las más “primitivas”, en el sentido de no pertenecer a grandes civilizaciones.

Otra característica importante de la experiencia es su relación con la búsqueda de significado, el cual es potencializado al sumar experiencias pasadas relevantes, que, sumadas a la voluntad y pensamiento, le otorgan a la experiencia un poder integrador que impulsa las relaciones sociales, al orientar la expresión y comunicación con los demás, ya que, como seres sociales, queremos ser escuchados y contar lo que hemos aprendido a través de la experiencia (Turner, 1986).

Estas serían las características generales de lo que puede entenderse por experiencia, sin embargo Turner complejiza aún más su análisis en el afán de proponer algo que pueda considerarse como una antropología de la experiencia; para esto, Turner (1986), ahonda en una unidad de experiencia que él denomina “drama social”, como una forma de vida social que a través de la ritualidad (profiláctica y terapéutica) y la liminalidad¹⁷ se forma una especie de conciencia y autoconciencia de las fricciones sociales, en donde la experiencia es una especie de materia orgánica para dicha vida social.

Finalmente, podemos decir que el objeto de estudio de este tipo de antropología sería la experiencia social, y dada su intrínseca relación con las emociones, es de nuestro interés para adentrarnos a la dimensión individual del cuerpo.

B) Emoción: Esbozado de manera general en el análisis de los tres cuerpos se posiciona a las emociones como un punto importante de análisis, no solo para la antropología médica, sino para su disciplina madre, así como para la misma medicina, al sugerir que las emociones son una especie de eslabón en el que se puede unir mente, cuerpo, individuo y sociedad. Para definir las emociones nos basamos en la propuesta teórica de David Le Breton (1999) en la cual, incluso los razonamientos más objetivos o “fríos”, como los denomina el autor, están atravesados por valores, significaciones y sentidos que activan la afectividad, con lo cual refiere a “El clima moral que baña constantemente la relación del individuo con el mundo, la resonancia íntima de las cosas y los sucesos tal como los dispensa la vida cotidiana en una trama discontinua, ambivalente, inasible por su complejidad y su mosaico” (Le Breton y Pons, 1999:105).

¹⁷ “El limen, o umbral, un término que tomé prestado de la segunda de las tres etapas de van Gennep en los ritos de paso, es una tierra de nadie entre el pasado y futuro estructural anticipado por el control normativo de la sociedad sobre el desarrollo biológico” (Turner, 1986, p. 41)

El autor remarca una indistinción entre sentimiento y emoción, la cual queremos puntualizar para evitar confusiones posteriores “Puesto que una y otra se incluyen y competen a la misma impregnación social. Sentimiento y emoción nacen de una relación con un objeto, de la definición que hace el sujeto de la situación dentro de la cual está implicado” (Le Breton y Pons, 1999:105-106), por ejemplo, el amor como sentimiento se basa en manifestaciones orgánicas que lo provocan, como el “hormigueo” en el estómago, el nerviosismo cuando se está ante quien se ama, pero como emoción se suman las valoraciones personales y sociales sobre la persona a quien se pretende amar, y en ese sentido no solo se siente el amor, sino que también se piensa y se transforma en un nuevo estado ante la soledad.

La emoción no es una sustancia, un estado fijo e inmutable que se encuentra de la misma manera y bajo las mismas circunstancias en la unidad de la especie humana, sino un matiz afectivo que se extiende por todo el comportamiento, y que no cesa de cambiar en todo instante, cada vez que la relación con el mundo se transforma, que los interlocutores cambian o que el individuo modifica su análisis de la situación [...]La emoción es a la vez interpretación, expresión, significación, relación, regulación de un intercambio; se modifica de acuerdo con el público, el contexto, se diferencia en su intensidad, e incluso en sus manifestaciones, de acuerdo a la singularidad de cada persona. Se cuela en el simbolismo social y los rituales vigentes. No es una naturaleza descriptible sin contexto ni independiente del actor. (Le Breton, 2012: 71, 77)

Otro ejemplo más, y de amplia referencia en esta investigación, es el miedo, el cual como sentimiento es activado al momento de un evento estresante, manifestado en una incertidumbre manifestada en diversas manifestaciones físicas, como temblor, boca seca, vértigo etc. Y que, en cuanto es asimilado transmuta como una emoción que evoca pasado, presente y futuro, que va configurando un sentido de aceptación, rechazo o nihilismo respecto al evento que detonó dicha emoción, esto con toda la carga individual y social que lo implica como se ha señalado hasta el momento.

Algo muy importante es no desligar las emociones del pensamiento, ya que las primeras no son meros impulsos biológicos o salvajes, sino que responden a lógicas tanto personales como sociales. Este pensamiento se encuentra mediado por la cultura como un dato entretejido en los vínculos sociales y alimentados por la historia del sujeto.

Las emociones que nos atraviesan y la manera en que repercuten en nosotros se alimentan de normas colectivas implícitas o, más bien, de orientaciones de comportamiento que cada uno expresa según su estilo y su apropiación personal de la cultura y los valores que la empanan. Se trata de formas organizadas de la existencia, identificables dentro de un

mismo grupo porque competen a una simbólica social, pero se traducen de acuerdo con las circunstancias y las singularidades individuales presentes (Le Breton y Pons, 1999:108).

Las emociones por sí mismas no son manifestaciones de la naturaleza humana, sino más bien de sus condiciones sociales de existencia, que echan a andar una serie de vocabularios, discursos, respuestas y comportamientos en el marco de lo que el autor denomina “la cultura afectiva”, en donde quien se emociona no es el cuerpo sino el sujeto; para que suceda debe pertenecer de alguna manera a un repertorio cultural del grupo con el cual comparte la misma cultura afectiva. Ésta como un marco o contexto permite al individuo manejar sus emociones en una amplia gama de conveniencias, construcción de personajes y reacciones, con sinceridad o hipocresía, negociación o diálogo con los otros, con la finalidad de encontrar un punto medio para su propia supervivencia y aceptación o evitar la reprobación o la represión.

Cabe aclarar que las emociones simbolizan lo que Le Breton (1999) denomina clima moral en la que el individuo es permeado en su relación con el mundo, el cual le resuena de manera íntima los sucesos de la vida cotidiana en una trama discontinua, ambivalente, inasible por su complejidad y mosaico (Le Breton, 1999). Esta racionalización de Le Breton (1999), es de importancia ya que, en ese clima moral, las emociones implican imaginarios sociales y morales unidos a la praxis social (Ramírez, 2001).

3.1.3.- El cuerpo social

Este nivel de análisis es el que más ha interesado y ha sido estudiado por la antropología (especialmente la simbólica y estructuralista), ya que el organismo humano y sus productos naturales, son una fuente casi inagotable para las metáforas, significados e interpretaciones particularizadas de la sociedad y sus relaciones. Uno de los dilemas en esta forma de concebir al cuerpo, es que éste en tanto artefacto, físico como cultural, a veces es difícil delimitar dónde termina la naturaleza y dónde inicia la cultura, y viceversa, cuando de simbolismos se trata. En este sentido, Sheper- Huges y Lock (1987) señalan que los antropólogos simbólicos trabajan las experiencias del cuerpo como representación de la sociedad.

Así que mientras que en la biomedicina moderna, el cuerpo y el “yo” se entienden como entidades separadas, las relaciones y contextos sociales también se ven separadas,

situacionales segmentadas, cualitativamente desconectadas de la salud y la enfermedad. Mientras que, sistemas alternativos o tradicionales de atención a la salud, no hacen lógicamente estas distinciones, por lo tanto, en el caso de las enfermedades; las situaciones, factores y contexto social son aspectos clave para la salud y enfermedad individuales.

De entre las causas de esta negación de lo social como constitutiva de la salud y enfermedad individual, además de las herencias cartesianas (y la idea de maquina), es la clara “alienación” del cuerpo, ampliamente analizado por Marx (1994), desde la perspectiva económica y de trabajo; y como los tiempos y lógicas laborales distorsionan los movimientos corporales, su ritmo y armonía, tal y como lo documentó Thompson (1979), con la reglamentación del reloj y la disciplina laboral.

Es bajo estos argumentos que las autoras (Scheper- Hughes y Lock, 1987) recalcan la importancia del cuerpo social como nivel analítico, explicativo e interpretativo en términos de la salud y la enfermedad, ya que sin tomar en cuenta o separar lo social del cuerpo, como ellas mismas mencionan: “Se salvan vidas, o al menos se posponen las muertes, pero es posible que nuestra humanidad se vea comprometida en el proceso¹⁸”. (p. 23)

3.1.3.1.- Imaginario social

Particularmente en la antropología médica mexicana, se ha recurrido insistentemente al concepto de representaciones sociales para explicar la forma en que los padecimientos son asumidos, experimentados, significados, las lógicas y estrategias que se implementan ante estos; sin embargo, considero que, al menos en lo que se ha revisado, este concepto y su utilización considera poco los aspectos irracionales, ilógicos, oníricos y sin sentido inmersos en la dimensión existencial de la vida, que para esta investigación es fundamental, sobre todo si se pretende “captar o vislumbrar” una prospectiva de vida, por lo que recurrimos a un concepto que desde su génesis considera estos aspectos como parte fundamental de la constitución de la vida e historia social de individuos y colectivos, lo que Castoriadis (1983) denomina lo instituido y lo instituyente, es decir, lo que es y lo que puede ser. Esto permitirá entender lo socialmente construido y corporalmente vivido, y viceversa; que obliga a quien vive y convive con el padecimiento, a repensarse así mismo,

¹⁸ “Lives are saved, or at least deaths are postponed, but it is possible that our humanity is being compromised in the process.”

hacia los demás y hacia lo que significan, en términos generales, nociones como: la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el ser y el estar en mundo.

El imaginario funciona como un conjunto de imágenes interrelacionadas que constituyen el pensamiento social, dando sentido a la realidad compartida, pero desde lo esencialmente humano (Cegarrera, 2012).

Por lo tanto, “Los imaginarios sociales operan como un meta-código en los sistemas socialmente diferenciados, a través del código relevancia/opacidad, y generan formas y modos que fungen como realidades” (Pinto, 2004: 17 en D’Agostino, 2014)”, que nos permite la percepción, explicación e intervención, ya que son principio de existencia, principio de pensamiento, principio de valor, principio de acción (Castoriadis, 2013); en este cometido “razón e imaginación deben ser complementarias. El error ha sido tomar estas dos perspectivas y aislarlas, esto ha llevado a que, por una vertiente, se reconozca lo objetivo y establecido, en tanto que, por la otra, los sueños y las utopías quedan relegadas a un tema intangible, y por lo tanto incompresible racionalmente. Razón e imaginario no deben plantearse como ajenas y distantes, pues ambas están en una fuerte concatenación” (Riffo, 2016).

Los imaginarios entonces acompañan a la razón transformándola creativamente, pero también se opone a ella al entremezclarse realidad y fantasía, complejizando la conciencia, ya que los imaginarios actúan como “singulares matrices de sentido o, al menos, como elementos coadyuvantes en la elaboración de sentidos subjetivos atribuidos al discurso, al pensamiento, y muy importante, a la acción social” (Baeza, 2000, p.14).

Profundizando en este análisis, es menester retomar directamente a Castoriadis para señalar algunas puntualizaciones; para comenzar, debe entenderse que cuando se habla de imaginarios sociales en términos individuales también se habla en términos sociales y viceversa, ya que sin considerar esto, no puede entenderse lo que denomina magma de significados, que es la base lógico – ontológica de esta NO disociación entre individuo/sociedad.

Esto cobra relevancia cuando pensamos en la imaginación como un infinito de significados que van más allá de una de las herramientas de expresión humana como lo es la lengua, que

por más grande que sean o abarquen sus términos, todo forma parte de un número finito (Castoriadis, 1983).

Las cosas sociales son lo que son gracias a las significaciones que figuran, inmediata o mediata, directa o indirectamente. Esto ya lo sabía Marx, y lo mostró admirablemente cuando habló de la “índole de fetiche de la mercancía”; con la diferencia de que, para él, esta fantasmagoría, este carácter “jeroglífico” solo gravitaba sobre el modo de producción capitalista... Las significaciones imaginarias sociales están en y por las cosas – objetos e individuos que los presentifican y los figuran, directa o indirectamente, inmediata o mediata (Castoriadis, 1983: 80).

Siguiendo a Marx, Castoriadis (1983) menciona que cuando hablaba sobre el carácter del fetiche de la mercancía, pensaba sin nombrar, lo que Castoriadis denomina significación imaginaria social. Un buen ejemplo que coloca es cuando no basta sólo “con capitalismo” o “maquinas capitalistas”, para entender un imaginario sobre el capital, sino que, es necesario entender de forma contradictoria y conflictivamente “individuos capitalistas” (Castoriadis, 1983).

Ahora bien, en todos estos procesos y mecanismos cognitivos, sensoriales e histórico – sociales, se lleva a cabo en lo que Castoriadis denomina la institución de la sociedad que es

en cada momento institución de un magma de significaciones imaginarias sociales, que podemos y debemos llamar mundo de significaciones... La sociedad da existencia a un mundo de significaciones y ella misma es tan sólo en referencia a ese mundo... Lo que mantiene unida a una sociedad es el mantenimiento conjunto de su mundo de significaciones... Lo que permite pensarla en su otredad, como esta sociedad y no otra, es la particularidad o la especificidad de su mundo de significaciones en tanto institución de este magma de significaciones imaginarias sociales, organizado perfectamente así y no de otra manera. (Castoriadis, 1983: 90-91)

Lo imaginario presenta una doble fase ambivalente: por una parte, puede ser instrumentalizado al servicio del poder para contribuir a una legitimación de la realidad social existente, y contrariamente, puede movilizar la energía social para impulsar la transformación de la realidad socialmente instituida. Esta duplicidad de lo imaginario está ligada a la reprimida fuerza social del sueño y la ficción, de modo que tanto la conservación de lo real o su dislocación necesite, en ambos casos, de la eficiencia social de lo imaginario. (Carretero, 2003: 5)

La institución de la sociedad es la institución de su quehacer y ser social, de ahí que los imaginarios incluyan a las representaciones y no al revés. Y dado que los incluyen pueden accederse a ellos tan particularmente como se les pueda analizar, pero por su propia dinámica, siempre harán referencia a lo que metodológicamente se podría denominar significaciones imaginarias sociales centrales, en ese caso, puede abordarse la diabetes, desde sus particularidades, pero quedaría inherentemente ligado a un análisis sobre la salud, por ejemplo:

de lo que se trata es de la emergencia de una significación central que organiza, redetermina, reforma una multitud de significaciones sociales ya disponibles, a los que al mismo tiempo altera, condiciona la constitución de otras significaciones y acarrea, lateralmente, efectos análogos prácticamente sobre

la totalidad de las significaciones sociales del sistema considerado... Las significaciones centrales no son significaciones “de” algo, ni tampoco, a no ser en un sentido secundario, significaciones “agregadas” a algo o “referidas” a algo. Son ellas las que dan existencia, para una sociedad determinada, a la coparticipación de objetos, actos, individuos en apariencia, heteróclitos al máximo. Estas significaciones no tienen “referente”; sino que instituyen un modo de ser de las cosas, y los individuos como referidos a ellas. En tanto tales, no son necesariamente explícitas para la sociedad que las instituye. Son presentificadas – figuradas por medio de la totalidad de las instituciones explícitas de la sociedad, y la organización del mundo a secas y del mundo social que ellos instrumentan. Condicionan y orientan el hacer y el representar sociales, en y por los cuales continúan ellas alterándose. (Castoriadis, 1983:93)

Vale la pena colocar los puntos esenciales de la crítica de Castoriadis hacia las representaciones sociales:

Es evidente que no se puede relacionar las significaciones sociales con un “sujeto” construido expresamente para ser su “portador”, ya sea que se lo llame “conciencia de grupo”, “inconsciente colectivo” o como se quiera. Todas estas expresiones se han forjado... por exportación o calcos ilegítimos y en función de la incapacidad de enfrentar lo que es el modo de ser específico de las significaciones. En este sentido igualmente, los términos de “representación colectiva” o de “representación social” con los cuales ciertos sociólogos han tratado, correcta pero insuficientemente, de apuntar a un aspecto sobre el cual tratamos así de reflexionar, son impropios y corren el riesgo de crear confusión. (Castoriadis, 1983:94).

Ahora bien, tanto Representaciones Sociales (RS) como los IS, utilizan las imágenes como forma de acceder e interpretar la información necesaria para sus fines, sólo que la RS al concebirlas como una reproducción mental en cierto sentido especular y pasiva (Girola, 2012), para los IS una imagen gira en torno a una “constelación de símbolos” y significaciones isomórficas entre sí. Por supuesto, la idea de imagen remite al valor arquetipal de la rememoración de un imaginario que dé cuenta de la existencia humana, y estos conjuntos simbólicos expresan su sentido, significación social y antropológica (Cegarra, 2012), en donde la imagen es una actividad mental que representa estados de conciencia, básicamente desde lo individual, pero que participa de lo colectivo como fuente de impresiones (Ugas, 2007).

Como se puede observar, Castoriadis fundamenta su crítica, no en la invalidez, inoperancia o incongruencia de las representaciones sociales, sino de su limitada o insuficiente capacidad de acceso a las significaciones instituyentes al anclarse en los procesos lógico – cognitivo que actúan en el ser, sea esta individual o colectiva en una parte media para responder a lo que se quiere o puede de acuerdo a un acto, rol o fenómeno determinado.

Otro punto importante antes de concluir esta reflexión, se refiere a una aclaración de Castoriadis sobre una posible confusión con los tipos ideales de Weber:

Por último, no deben confundirse las significaciones imaginarias sociales con los diversos tipos de significación o de sentido a partir de los cuales Max Weber trataba de pensar la sociedad. Por cierto

que no son el “sentido subjetivamente intencionado, la faceta o el aspecto de la significación que el individuo social menta como tal y que, por tanto, está en cierto sentido “presente” para él; ni tampoco un sentido “medio” o “parte común” de sentido subjetivamente mentados. Las significaciones imaginarias sociales son aquello por lo cual tales intencionalidades subjetivas, concretas o “medias”, resultan posibles. Aunque sólo fuera por esta razón es imposible confundirlas con las “significaciones ideales – típicas” o los “tipos ideales” son producto de una reflexión sobre la sociedad que en cada oportunidad se tome en consideración – en realidad, el “sentido ideal- típico” del que habla Max Weber sólo es el miedo que este autor se da para tematizar y reconstruir las significaciones sociales efectivas, que su metodología y epistemología, fuertemente influidas por el neokantismo, le impedían reconocer como tales ¿ qué sería, qué podría ser un sentido efectivo, si no fuera un sentido para un sujeto, o bien sentido en y por una construcción teórica? Nos hemos visto obligados a comprobar que no puede haber sentido para un sujeto si no es a condición de que haya efectivamente sentido para alguien, significación social o institución de esta significación. (Castoriadis, 1983:95)

Si bien existe una gran crítica hacia las representaciones sociales; aunque no lo menciona, se encuentra una gran coincidencia con Merleau – Ponty y su teoría sobre la percepción, ya que los imaginarios sociales se encuentran y funcionan en la parte más encarnada de la experiencia humana. Así estos dos autores tienen una coincidencia epistemológica a través de la fenomenología Husserliana bajo la premisa “la consciencia es siempre consciencia de algo”, que forma parte de estos esfuerzos teórico intelectuales de romper con el racionalismo cartesiano y dualista, discutiendo sobre aquello que no es asible por sí mismo, pero que provoca saltos, lo inesperado, lo discontinuo de la potencia creadora de la imaginación, la carne, a la manera de Merleau Ponty, o la voluntad, a la manera de Schopenhauer.

4.1.3.2. Simbolismo

Una perspectiva desde los imaginarios sociales nos invita a pensar en planos irracionales y hasta oníricos de los planos existencial y estructural de la vida e historia social, así también, invita a pensar en los mecanismos, medios y subestructuras que las atraviesan. Una buena pista sobre esto lo ofrece Mary Douglas (2002), al menos para esta investigación, en pureza y peligro, colocando el centro de su reflexión sobre “lo que está fuera de lugar”, con la “obsesión” por la contaminación, lo impuro, lo “descolocado” y el grado de control corporal a través de los estratos y categorías sociales, retomando una apropiación muy personal del enfoque estructuralista de Levi – Strauss.

Esto se revela más relevancia en su obra símbolos naturales (1978), planteando una antropología del nosotros, en la que el reconocimiento de estas “obsesiones” permite no sólo la interpretación del mundo o ciertos hechos sociales, sino también plantear o replantear las dinámicas y relaciones, pensadas con Douglas desde los grupos étnicos, pero

adaptadas en esta investigación para quien vive y quien convive con la diabetes; y, la estructura y grupos sociales externos a este grupo, con una hipótesis que señala que la ansiedad sobre la contaminación y el control corporal están directamente relacionados con el grado de rigidez de las sociedades. (Ditlevsen, K., & Andersen, S. S, 2021)

Una idea importante en Douglas respecto al simbolismo y su función en la dinámica y sentido de la experiencia humana, es la idea de frontera, que permea los límites de lo aceptado y lo prohibido, lo puro y lo impuro, lo sano y lo contaminante, lo amargo y lo dulce etc; poniendo atención en el sistema de prohibiciones estructuradas en clasificaciones en las sociedades o grupos sociales de acuerdo a Douglas (2002) y en aquello que se maneja dentro de estos límites, denominándolos liminales, ya que parte de la premisa de que, lo que para una sociedad es considerado como sucio, impuro o abominable no solo varía de sociedad en sociedad, sino que las cosas no son sucias, impuras o abominables por sí mismas, lo son, en la medida que están fuera de lugar, “ la idea de impureza, está amenazado por algo que no tiene cabida dentro de las fronteras, del espacio representado, que es as su vez, espacio simbólico” (Douglas, 2002)

Siguiendo esta misma línea, Douglas (2002) señala que el sistema de clasificación social se basa en un orden simbólico, bajo la línea de la sociología clásica de Durkheim, en donde la sociedad es algo que debe ser representado, y en donde la cultura contiene los sistemas de clasificación y de valores que funcionan tanto a nivel individual como colectivo:

no es imposible que un individuo someta a revisión su propio esquema personal de clasificación, pero ningún individuo vive aislado y habrá recibido su esquema de otros, siquiera sea parcialmente. La cultura, en el sentido de los valores públicos establecidos de una comunidad, mediatiza las experiencias de los individuos, provee de antemano algunas categorías básicas y configuraciones positivas en que las ideas y los valores se hallan pulcramente ordenados. Y por encima de todo, goza de autoridad, ya que induce a cada uno a consentir porque los demás también consienten, pero su carácter público hace más rígidas sus categorías. Un particular puede o no revisar sus supuestos, se trata de un asunto privado, pero las categorías culturales pertenecen a la cosa pública; No pueden ser fácilmente sometidas a revisión (Douglas, 2002:72)

Ahora bien, Douglas señala cinco formas en las que las “anomalías” pueden ser atendidas:

- I. Reajustándolas al sistema
- II. Controlándola físicamente o biológicamente
- III. Definiendo reglas para la prevención
- IV. Decláralas peligrosas y de interés público e institucional
- V. Sublimar y reintroducir las anomalías, a través del mito o el rito, por ejemplo. (Douglas, 1978)

“Los hechos incómodos, que se niegan a ajustarse, tendemos a ignorarlos o a distorsionarlos para que no turben estos supuestos establecidos. Cualquier cosa de la que tenemos noticia es, de un modo general, seleccionada y organizada en el mismo acto de percibir”. (Douglas, 2002, p. 56).

Entonces, lo que no encaja es rechazado, y se construye una serie de prejuicios de tipo conservador, que infundan confianza y seguridad cuando se tengan encuentros con estos rechazos, que generalmente son desagradables. Y aunque esto no siempre es así, dada nuestra capacidad de manejar o responder antes estas emociones y hacer uso de nuestras facultades y estrategias hacia nuestros propios esquemas mentales; para Douglas (2002), esto es mucho más complejo cuando habla en términos de esquemas culturales ya que cambiar la cultura es mucho más difícil que cambiar de opinión. (Douglas, 2002)

Un aspecto muy importante para esta investigación es el cuerpo, y Douglas, aborda este aspecto en *símbolos naturales* (1978); que comienza con unas líneas que me parecen bastante foucaultianas cuando menciona:

El cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. La experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad. Existe pues un constante intercambio entre los dos tipos de experiencia de modo que a cada uno de ellos viene a reforzar las categorías del otro. Como resultado de esa interacción, el cuerpo en sí constituye un medio de expresión sujeto a muchas limitaciones... todas las categorías culturales por medio de las cuales se le percibe deben estar perfectamente de acuerdo con las categorías por medio de las cuales percibimos la sociedad ya que éstas se derivan de la idea que del cuerpo se ha elaborado en la cultura. (Douglas, 1978:89)

Para esta afirmación, Douglas se inspira en la obra de Marcel Mauss sobre las técnicas corporales (1936), en las que no existe un tipo de conducta natural, por lo que toda acción lleva una huella de aprendizaje y por lo cual, el estudio de las técnicas corporales debe enmarcarse en el de los sistemas simbólicos. Cabe mencionar que, en este punto es en donde Douglas se aleja de Levi – Strauss, al mencionar que a pesar de su importante trabajo sobre la estructura del simbolismo, éste se aleja de la aspiración teórica de Mauss: “olvida luego su promesa, atraído por la idea de una estructura universal de pensamiento común a toda la humanidad” (Douglas, 1978, p. 89).

Ahora bien, la limitante teórica de Douglas a este respecto es la de considerar al cuerpo como un medio de expresión, pero éste le permite argumentar que un control social fuerte corresponde de igual forma al control corporal y en cuanto mayor sean la presión de un sistema social, también será la tendencia a descorporeizar las formas de expresión. (Douglas, 1978)

Para Douglas “el cuerpo físico termina siendo un microcosmos de la sociedad, que se enfrenta con el centro donde emana el poder, que reduce o aumenta sus exigencias en relación directa con la intensificación o relajamiento de las presiones sociales. Sus miembros, unas veces sometidos a control, otras abandonados a sus propios recursos, los representan, así como a los miembros de la sociedad y sus obligaciones con respecto a la totalidad de la comunidad” (Douglas, 1978, p. 97)

Estas presiones sociales, Douglas las analiza y esquematiza de manera importante y refinada en sus análisis descriptivo y comparativo entre el ritualismo y la eferescencia religiosa bajo la siguiente hipótesis:

“A menor estructuración, menor grado de formalismo, mayor la tendencia al irracionalismo, y a dejarse por llevar de modas y pánicos, y la mayor tolerancia con respecto al abandono corporal” (Douglas, 1978, 99)

Finalmente en relación a los símbolos se puede afirmar que:

Partiendo de que los símbolos pueden ser cualquier tipo de objeto, acto, acontecimiento o cualidad que sirva para vehicular ideas o significados, los entiende entonces como *fuentes de información* (suministran un patrón o modelo en virtud del cual se puede dar una forma definida a procesos exteriores) *externa* (extrapersonal) que los humanos usan para organizar su experiencia y sus relaciones sociales. Son *modelos* de realidad (interpretaciones y representaciones de la realidad) y *modelos para* la realidad (que ofrecen información y guía para organizarla (Bolán y Mantecón, 1991: 45)

3.1.4.- El cuerpo político

En este punto, Scheper- Huges y Lock (1987) pretenden posicionar al cuerpo más allá de las relaciones (personales e intersubjetivas), metáforas y representaciones de lo natural y lo cultural, ya que el cuerpo político es posicionar las relaciones de poder y control imbricadas en los cuerpos.

En un primera veta de análisis, el cuerpo político está inmerso en una moralidad socialmente justificada sobre lo que es bueno y lo que es malo, lo bueno está “adentro” y lo malo esta “afuera”, y en donde el cuerpo político es particularmente vulnerable a lo externo (lo que está afuera), por lo que se necesitan mecanismos de control para mitigar o prevenir “daños” tanto al cuerpo individual, pero sobre todo al social. En ese sentido, hay que estar atentos a la anomia y la desviación, y promover o mantener una especie de “higiene” tanto física como moral, con estrategias que van desde la ritualidad, la recompensa o el estímulo, hasta el miedo y el castigo.

Ahora bien, a diferencia del cuerpo individual y social, que en sociedades o colectivos no occidentales y occidentales tiene un tratamiento cualitativamente diferente, por la herencia dualista cartesiana de las que hemos discutido; en lo que respecta al cuerpo político, y según los ejemplos etnográficos y empíricos proporcionados por Sheper- Huges y Lock (1987), pareciera que, dado que de alguna u otra manera suponen estrategias de supervivencia¹⁹, y el tratamiento ante amenazas²⁰, hacen suponer que las estrategias, métodos o lógicas tienen alguna o algunas similitudes, y “Además de controlar los cuerpos en tiempos de crisis, las sociedades reproducen y socializan regularmente el tipo de cuerpos que necesitan”²¹ (Scheper- Hughes y Lock, 1987, p. 25). Por ejemplo, en sociedades o colectivos guerreros, se formarían cuerpos agresivos o imponentes, y se decorarían; o como en sociedades como las nuestras, basadas en la producción de mercado y consumo, se incentivarían cuerpos estéticos y necesitados de “mercancía” para llegar a esas formas estilizadas, con un imagen corporal de vitalidad, fuerte, delgada y juvenil, y por ende la obesidad y el sedentarismo serán la anomia y la desviación, que junto con una idea implantada de responsabilidad personal respecto a la salud²², se pueden echar a andar una serie de estrategias, políticas (tecnologías diría Foucault) para alcanzar estos ideales y formar los cuerpos que se “necesitan”. Estas tecnologías, tienen consecuencia o implicaciones²³ hasta en la constitución y funcionamiento “natural” del cuerpo humano, como lo señalan las autoras con las deformaciones en los pies de mujeres chinas, o la anorexia y bulimia en el caso de occidente.

Ahora bien, centrándonos en occidente, estas estrategias, políticas o tecnologías tienen como finalidad “producir” cuerpos dóciles, obedientes y sobre todo consumidores, por lo que su control se ha convertido en formas tan sutiles, que incluso llegan a naturalizarse a tal

¹⁹ Incluso en una sociedad industrial como la nuestra, aunque sea de grupos hegemónicos específicos, y no pensadas en una totalidad.

²⁰ La autoras acotan a que estas amenazas pueden ser reales o imaginarias, pero en la discusión que tratamos de tener, ¿ qué es realmente real o imaginario y para quién?, por ejemplo, en la contingencia sanitaria que vivimos, para algunas personas o colectivos, lo real es que se están muriendo o enfermando (o no) en situaciones que antes no veían, pero lo imaginario es que sea un virus, ya que siempre han sobrevivido o han podido explicar esas enfermedades, por lo que un virus termina siendo más bien un invento o conspiración del gobierno para seguir aniquilándolos, es ahí en donde considero hay un punto crucial a considerar, y cuestionar lo real y lo imaginario.

²¹ “In addition to controlling bodies in a time of crisis, societies regularly reproduce and socialize the kind of bodies that they need”

²² Tal y como lo señalan las autoras, los estados de salud no son un accidente, mala fortuna o desequilibrio, es una responsabilidad y culpa por acción u omisión de no seguir o no se capaz de llevar una “vida saludable”.

²³ Las autoras lo denominan como “grotescas deformaciones”..

grado, que se pierde la capacidad de cuestionarlos; para lograr esto, se recurren a estrategias menos “mundanas y dramáticas” (dirían las autoras), pero no por eso son menos efectivas (brutales les llaman las autoras); en este sentido, el análisis de Foucault sobre el papel de la medicina, la justicia penal, la psiquiatría y hasta las ciencias sociales, creando categorías, etiquetas, modelos y representaciones legitimadas, hegemónicas y “científicas”²⁴ sobre el comportamiento, las reglas y las sanciones para el control y moldeamiento de la vida y la muerte a través de los cuerpos; este tipo de control y regulación es lo que Foucault denominara “biopoder”(Foucault,2005).

Finalmente:

“La enfermedad no es solo un evento aislado, ni un desafortunado roce con la naturaleza. Es también una forma de comunicación: el lenguaje de los órganos a través del cual la naturaleza, la sociedad y la cultura hablan simultáneamente. El cuerpo individual debe ser visto como el terreno más inmediato, próximo donde se juegan las verdades y contradicciones sociales, así como un lugar de resistencia, creatividad y lucha personal y social” (Scheper- Hughes y Lock, 1987, p. 31), o como lo llamaría Foucault, las tecnologías del yo (1990).

3.1.4.1.- Tecnologías y medicalización

A) **Medicalización:** Fundamentadas en las ideas Foucaultianas sobre el biopoder, en donde el derecho de muerte se inclinó hacia las exigencias de un poder para administrar la vida, aumentándola y hasta multiplicarla aplicando controles precisos y regulaciones generales. Es sabido que Foucault, analiza ampliamente desde la locura y los hospitales psiquiátricos, estas formas constitución de los sujetos. De la misma manera, realiza, aunque de forma breve, un ejercicio similar con el desarrollo del sistema médico y el modelo sanitario que se desplegó en occidente desde el siglo XVIII, para lo cual nos invita a poner atención en tres elementos:

- La biohistoria: que se refiere al ámbito biológico en la intervención médica.
- La medicalización: que tiene que ver en cómo, la investigación médica fue penetrando cada vez más y de forma minuciosa, el crecimiento de la hospitalización

²⁴ “científico” en este contexto, significaría no solo las versiones sobre la “verdad” irrefutable, sustentada en datos duros u observables, sino también, a toda la “maquinaria” burocrática e intelectual que funciona como legitimación y normalización de esa “verdad”, manifiesto en círculos de “expertos y letrados”.

y sus mecanismos, por un lado, y el estudio de la vivienda y las condiciones sanitarias, sobre todo en el medio urbano, por el otro.

- La economía de la salud: el cual tiene que ver con el mejoramiento y consumo de los servicios de salud, en el desarrollo económico de las sociedades.

Así entonces, la historia de la medicalización se refiere especialmente al nacimiento de la medicina social. Y es social en el sentido de fundamentarse en una cierta tecnología aplicada al cuerpo social, además de ser social en su práctica, en tanto que sólo una parte es individual, y se refiere más a la relación médico – paciente, en el ámbito de la consulta o la atención curativa.

Finalmente, como señala Le Breton:

La medicina moderna no se ocupa del hombre, sino del cuerpo enfermo; ella trata a «la máquina humana», pero no al hijo o al amigo, es decir, al hombre en su singularidad [...] El saber biomédico es un saber sobre el organismo, que hace del hombre un doble sin valor. La base epistemológica de la medicina descansa sobre un estudio riguroso del cuerpo, pero separándolo del hombre, a menudo percibido como un intruso con el que el médico debe componer (1994:199-200).

B) Tecnologías del yo: Este es el aspecto o concepto menos desarrollado por Foucault a lo largo de sus análisis, al menos de manera explícita; eso no quiere decir que no fuera de su interés ya que como él mismo lo señala, en relación con sus grandes obras, como “vigilar y castigar (1975) o historia de la sexualidad (1976):

mi objetivo no eran simplemente los actos permitidos y prohibidos, sino los sentimientos representados, los pensamientos, los deseos que pudieran ser experimentados, los impulsos que llevaban a buscar dentro de sí cualquier sentimiento oculto, cualquier movimiento del alma, cualquier deseo disfrazado bajo formas ilusorias. (Foucault, 1990:45)

A este respecto, Foucault se pregunta: “¿de qué forma han requerido algunas prohibiciones el precio de cierto conocimiento de sí mismo? ¿Qué es lo que uno debe ser capaz de saber sobre sí para desear renunciar a algo?” (1990, p. 47). Para esto, el autor nos menciona cuatro tecnologías que funcionan alrededor de la “razón práctica” de las personas:

- 1) tecnologías de producción, que nos permiten producir, transformar o manipular cosas;
- 2) tecnologías de sistemas de signos, que nos permiten utilizar signos, sentidos, símbolos o significaciones;
- 3) tecnologías de poder, que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto;
- 4) tecnologías del yo, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. (Foucault, 1990:48)

El autor señala que estas cuatro tecnologías, no trabajan por sí mismas, pero de alguna u otra manera están vinculadas a algún tipo de dominación, pero lo que me gustaría resaltar, es que, con las tecnologías del yo, se abre el debate sobre las relaciones de poder, al ámbito íntimo, existencial y de la vida cotidiana, lo cual es uno de nuestros intereses analíticos. En ese sentido, al hablar de tecnologías del yo, si bien estamos entrando al ámbito de la “agencia”, no debemos olvidarnos todos los poderes, tecnologías y políticas por las que son atravesadas, no para volver a aplastar la capacidad de respuesta o autonomía del sujeto, pero si para entender la complejidad y multidimensionalidad de su vida.

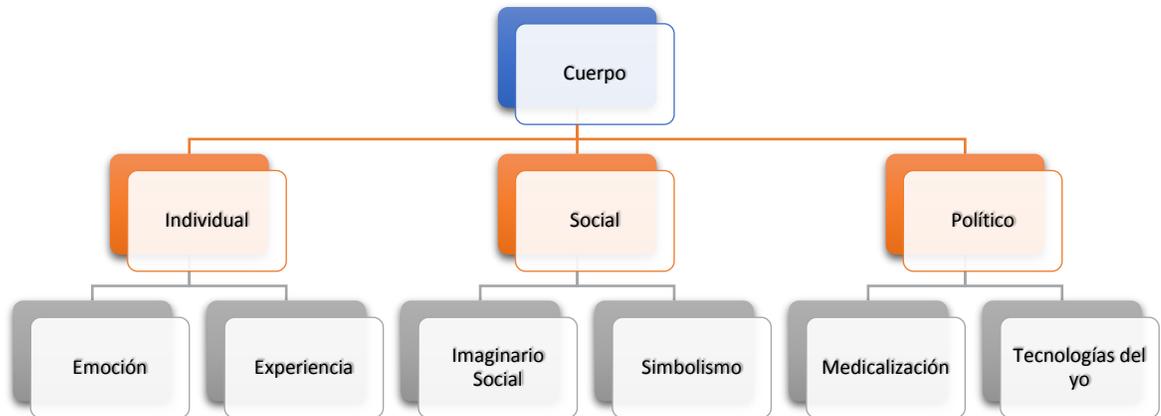
En síntesis, el proyecto de “La tecnología del yo” pretende adentrarnos en: a) los modos de producción y utilización del yo, debido a que los seres humanos producimos y hacemos cosas; b) en las tecnologías de los signos, las cuales manipulan sentidos, significados, símbolos y conceptos; c) en las tecnologías del poder, que determinan la conducta y someten a la dominación por la fuerza, la autoridad o por la punición; d) en las tecnologías, las cuales permiten al sujeto interactuar con las operaciones del cuerpo, el alma, su pensamiento, felicidad, inteligencia y su sabiduría, entre otros aspectos de las relaciones humanas. (Navarro & Mejía, 2017: 152)

Finalmente, las tecnologías del yo estarían interesadas en la interacción de uno mismo con los demás (intersubjetividad), las “tecnologías de dominación individual” y la historia del modo en el que un individuo actúa sobre sí mismo; para esto, Foucault realiza su análisis a partir de un precepto de la Grecia antigua sobre “ocuparse de sí mismo”, respondida o atendida a partir de “cuidarse de sí mismo” y/o “conócete a ti mismo”; en este sentido, sin terminar de hacer una análisis sobre cómo se llega ser el “sí mismo”, y sobre todo como funciona en relación con las otras tecnologías y las estructuras estructurantes, para develar cómo funcionan las tecnologías del yo; sin embargo, a través de un análisis del discurso y práctica “pagana” y cristiana, nos señala que somos herederos de una conducta moral que “busca las reglas de conducta aceptable en las relaciones de los demás” (Foucault, 1990), ya que “El conócete a ti mismo ha oscurecido al preocúpate de ti mismo, porque nuestra moralidad insiste en que lo que se debe rechazar es el sujeto²⁵”.

Finalmente, resumimos el cuerpo teórico de la presente investigación de la siguiente manera:

²⁵ El sujeto pensante, consiente y activo.

Mapa 13.- Diagrama marco teórico



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Realizando una síntesis, el cuerpo se entenderá desde Turner como organismo, potencialidad, sistema de representación y experiencia vivida, significado desde:

- Un sujeto dentro del cuerpo (Descartes)
- Una relación intencional (Husserl)
- La significación del objeto (Heidegger)
- El objeto como alegoría del mundo (Sartre)

Experiencia vivida conecta directamente con un primer nivel análisis teórico a partir del cuerpo individual discutir sobre las dicotomías, y avanzar, tal vez, hacia una perspectiva desde las dualidades, en donde la primera separa y la segunda complementa (diferentes aspectos de una misma cosa). Experiencia es entonces: Captar el significado – Cultura + lenguaje – Proceso y estructura formativa y transformativa – querer, desear, sentir (V. Turner), es, vinculándolo con Castoriadis, un poder integrador. Ahora bien en términos del drama social (V. Turner) se puede establecer una conexión en términos de querer, desear, sentir con la liminalidad y la ritualidad de Mary Douglas.

En cuanto a emoción (Le Breton) podemos deducirla como un clima moral de normas colectivas implícitas, en donde clima moral puede pensarse también en términos de magma

de significados de Castoriadis, en donde se juega una dinámica dialéctica entre la medicalización y las tecnologías del yo (Foucault), bajo condiciones sociales y culturales de existencia.

El cuerpo social, fuente inagotable de todo, representación de la sociedad e imaginario sobre el ser – humano, conforma una especie de superestructura de significados que dan sentido a la vida cotidiana y la historia social, transformando la razón en forma creativa, sin medias tintas o promedios, estándares o tipos ideales (Weber). En este sentido, existe una mayor coincidencia entre los imaginarios sociales (Castoriadis) y la percepción (Merleau – Ponty) que con las representaciones sociales.

Para comprender entonces, la vinculación entre los imaginarios sociales y la fenomenología, en la forma de captar los fenómenos que constituyen las formas de ser y estar en el mundo, se retoma a Heidegger cuando afirma que:

lo inderivable de un fenómeno originario no es excluyente de una posible multiplicidad de caracteres ontológicos constitutivos. Si aparecen tales caracteres, serán existencialmente cooriginarios. El fenómeno de la *cooriginariedad* de los momentos constitutivos ha pasado frecuentemente inadvertido en la ontología, como resultado de una tendencia metodológica incontrolada a buscar el origen de todas y cada una de las cosas en un “primer principio” elemental [...] el estar-en no es una propiedad de un sujeto que está-ahí, causada o meramente condicionada por el estar-ahí de un “mundo”; el estar-en es un esencial modo de ser de este ente mismo (1997:136)

De esta manera, los imaginarios sociales funcionan como un esquema interpretativo del estar en... mientras que la multiplicidad de caracteres ontológicos constitutivos de los que habla Heidegger (Ibid.), son los elementos existenciales que entran en dialogo o conflicto con los imaginarios instituidos en un flujo incesante en el magma de significados que los constituyen, y en sentido fenomenológico, más bien re- presentan al individuo una serie de significados interpretables sin un orden lógico o coherente determinado, sino que se le presenta de una forma desordenada o hasta caótica y hasta simultánea, ya que crear o dar sentido es una proyección que entremezcla realidad y ficción, viable únicamente para quien busca ese sentido, no para el resto de la humanidad, y que gracias a los imaginarios instituyentes, lo hacen aceptable ante lo social, y hacen de ese sentido factible para volver a estar en (el mundo).

Dado que lo imaginarios sociales se padecen, es más fácil buscarlos en el conflicto y la contradicción de la armonía de la vida cotidiana, colocando prioridad en lo descolocado, fuera de lugar (Douglas) lo cual encuentra Mary Douglas con Castoriadis (Imaginario),

Merleau – Ponty (Percepción) y Foucault no sólo en términos de la medicalización, sino en su coincidencia en considerar el cuerpo como un ente en dominación o control, y como un microcosmos de la sociedad.

Así pues, Control nos lleva a pensar en alienación (Marx) o disciplina laboral (Thompson) no solo como ejemplos, sino como en formas de apropiación, uso y explotación del cuerpo, basados en una moralidad de lo bueno y lo malo, lo cual nos hace pensar de nuevo en Douglas y Le Breton; así como el biopoder nos hace pensar en imaginarios instituyentes y en los cuerpos individuales como una campo de lucha y resistencia.

Esta Medicalización por más aplastante que se presente en la disciplina sobre los cuerpos, al final de su vida, Foucault nos invita a pensar en ese campo de lucha y resistencia, y esto es de importancia, ya que si alguien sabe de las aplastantes formas de hacer sujeto, es Foucault, por lo tanto su invitación a reflexionar a la inversa el derecho a la muerte y la administración de la vida, en el juego de los imaginarios y simbolismos para el control, proclama reivindicar el espacio para la creatividad, felicidad, el autocuidado contracultural y un lugar para conocerse en lugar de preocuparse; por lo tanto, el concepto de las tecnologías del yo termina por reconectar a la emoción y la experiencia, pero ahora como posición política, así como la medicalización es atravesada por los simbolismos, imaginarios, experiencias y emociones.

3.2.- El tiempo

Lo esencial es invisible a los ojos (Saint-Exupéry).

Para realizar un acercamiento a los tres cuerpos, en primer lugar, es necesario que los mismos sean ubicados en contextos sociales específicos, en este caso desde el vivir y convivir con un padecimiento, recuperando discursivamente los espacios simbólicos incluidos en las manifestaciones e ideales estéticos y prácticos; en segundo lugar, el reconocimiento del escenario de experimentación de la vida cotidiana y el lugar de los determinismos impuestos por la tradición, las redes sociales y las instituciones. En tercer y último lugar es necesario el análisis de los fenómenos estructurales o imaginarios centrales (Martínez Posada & Muñoz Gaviria, 2008).

Para alcanzar estos objetivos se recurre a dos estrategias que permitan articularlas en busca de los sentidos vinculados a la diabetes mellitus, tanto en perspectiva, retro e idealmente prospectiva de vida y muerte.

3.2.1.- La narrativa y la perspectiva antropológica

Estas dos estrategias son:

A) **Narrativa:** Su pertinencia epistémica al menos para la antropología médica se basa en el interés que se coloca en los sujetos sobre cómo sienten, entienden, explican, interpretan y actúan respecto a la salud y enfermedad, abordando relacionamente condiciones y factores biológicos, sociales, culturales, políticos, económicos. En resumen; el sujeto como productor de sentido (Ramírez, 2016); dicho sentido es vivido en la experiencia y narrado en historias y relatos (Levy, 2005);

La narrativa del padecimiento es una historia que el paciente cuenta, y sus partes importantes se vuelven a contar, para dar coherencia a los eventos distintivos y al curso del sufrimiento a largo plazo. Las líneas argumentales, las metáforas centrales y los dispositivos retóricos que estructuran la narrativa de la enfermedad se extraen de modelos culturales y personales para organizar experiencias de manera significativa y para comunicar eficazmente esos significados. (Kleinman, 1988: 49)

En síntesis, la narrativa funciona y es de utilidad para estructurar la experiencia (Wikan, en Eroza y Álvarez, 2019), y articula al padecimiento en sus contextos sociales amplios y relacionales (Hunt, en Eroza y Álvarez, 2019), haciendo referencia a ambientes, recuerdos, experiencias e interpretaciones con sentido (Paal, 2010).

Es por esto, que se realizó un guión conversacional a partir de preguntas y temas generadores, dejando al entrevistado, las puertas abiertas a los temas que considere pertinente para su narrativa que incluso de manera directa parecieran no estar relacionados al tema en cuestión, considerando como estrategia analítica una gradación de los aspectos más relevantes y recurrentes dentro de las narrativas.

B) **Perspectiva antropológica (Semiótica y hermenéutica):**

Burdamente, puede considerarse a la semiótica como una teoría de los signos y la hermenéutica como una teoría de la interpretación que comparten la condición simbólica del ser humano. Si se lleva a cabo un ejercicio de separación podemos retomar el ejercicio de Humberto Eco:

“Que yo sepa, soy pionero, mejor, un explorador, en la actividad de aclarar e iniciar lo que llamo semiótica, es decir, la doctrina de la naturaleza esencial y de las variedades fundamentales de

cualquier clase posible de semiosis [...] Por semiosis entiendo una acción, una influencia que sea, o suponga, una cooperación de tres sujetos, como, por ejemplo, un signo, un objeto y su interpretante, influencia tri-relativa que en ningún caso puede acabar en una acción entre parejas” (1986:45)

Pero a mediados de los años 80’s, esas concepciones de la semiótica se enfrentaron al dilema de indagar cómo el lector interviene como un co – creador en función de su contexto y circunstancias históricas y sociales.

En cuanto a la hermenéutica, se recupera el análisis de Wilhelm Dilthey (citado en Ricoeur, 2004), que propone la hermenéutica como un método alejado del reduccionismo naturalista de las ciencias duras y que construye su argumento en donde las realidades histórico – sociales son expresiones de la vivencia y adquieren un doble carácter: por un lado, son hechos que pueden registrarse por medio de una experiencia externa, pero otro sin símbolos cuyo significado es justamente la vivencia que en los hechos se expresa y cuyo rescate es el propósito de la comprensión. (Velasco, 2000)

A consideración propia, quien ha abordado de mejor manera estos dos posicionamientos en términos de metodología en décadas recientes es Paul Ricoeur (2004); ya que, en primer lugar coloca su análisis en pro de una Antropología filosófica que asigna a la semiótica en relación con la hermenéutica, el rol del análisis de la explicación y la comprensión, respectivamente. Tradicionalmente se había asignado a la explicación como inherente de las ciencias naturales, en tanto que la comprensión como una especificidad de las ciencias humanas. Sin embargo, Ricoeur (2004), expone que hay una dialéctica entre ambos, entendiendo a ésta como “La consideración según la cual explicar y comprender no constituirían los polos de una relación de exclusión, sino los momentos relativos de un proceso complejo que se puede llamar interpretación”. (Ricoeur, p. 150)

Bajo este entendido, Ricoeur sitúa a la explicación como una mediación entre dos estadios de comprensión. El primer estadio se refiere a la necesidad de realizar conjeturas, en un primer plano para alcanzar un sentido del texto, y después conjeturar sobre las particularidades del texto proporcionando un sentido múltiple, que lo abra a diferentes lecturas, expresiones simbólicas y metáforas. Visto así, la explicación se convierte en una esfera de la lingüística y la literatura. “El análisis estructural constituye sólo una etapa entre la interpretación ingenua y una analítica, entre una interpretación superficial y una profunda; así, es posible ubicar la explicación y la comprensión en dos diferentes etapas de un único arco hermenéutico”. (Ricoeur, 1995, p. 99)

La disciplina hermenéutica, centrada en la interpretación sin desvincularla de la explicación toma relevancia una lectura pragmática, dada la polisémica o multiplicidad de sentidos que se encuentran de los diferentes lenguajes y discursos. Así, la hermenéutica es un instrumento de análisis y de síntesis comprensiva de los signos, que aportan a la interpretación, la cual, a su vez, pertenece a las operaciones mentales de la comprensión y que inherentemente incluye la explicación.

3.2.2.- Notas metodológicas

Un trabajo interpretativo de símbolos y significados requiere un escudriñamiento de ida y vuelta hacia los aspectos de la vida cotidiana en la que se ponen en práctica las formas y modos de vivir y convivir con la diabetes, y aunque no se tuvo la oportunidad de registrar algunas “técnicas corporales” como gestos u otros movimientos, rutinas diarias, tics, costumbres, propios de un trabajo etnográfico. Esto se realizó a través de la palabra, pausas incómodas y hasta algunos desbordes emocionales.

La historia personal colocada en diferentes temporalidades permitió acceder a elementos básicos de la vida cotidiana del vivir y convivir con la diabetes, señalando patrones de comportamientos, percepciones y opiniones que develan al padecimiento en sus diferentes circunstancias y contextos.

Por otra parte, aun cuando se pueden establecer análisis a partir de condiciones de género, etnia o clase, por ejemplo, es menester en esta investigación centrarse en la conformación del sujeto a partir de padecimiento, ya que, es el cuerpo desde su perspectiva individual, social y política, lo que permite una visión multidimensional, la diferenciación entre condiciones y situaciones de vida se da entre personas con diabetes y familiares, priorizando, como se ha repetido en este documento en toda su corporalidad, que epistemológicamente plantea un posicionamiento que trata de reincorporar estas condiciones generacionales, de género, clase y etnia, hacia la integralidad de la persona y en que dichas condiciones de vida se abordan desde las diferentes implicaciones analíticas que conlleva un padecimiento como la diabetes.

Otro punto importante a reflexionar, es el manejo del tiempo en esta investigación, en especial cuando se aborda un padecimiento categorizado como crónico y cuyo avance, control o descontrol depende también del manejo espacio temporal. Ahora bien, abordar el

futuro parece pertinente cuando se tiene un posicionamiento teórico y epistemológico basado en la incertidumbre, el quiebre, lo descolocado, irracional y de frontera simbólica, por lo tanto, hay que pensar el futuro bajo estos términos, así, al pensar en 10 o 20 años se estará ante un presente difuminado que más bien se presenta como una ruptura entre pasado y futuro. En otras palabras, para esta investigación, el presente juega un papel dual, en donde dependiendo del discurso o de sus contextos puede proyectar el futuro o reflejar el pasado. Esta es la forma en que se ha encontrado para “captar” un espacio temporal que aún no existe, pero se construye al momento de que el presente es tan sólo un instante.

Como se ha manejado anteriormente, la pandemia ha significado un replanteamiento en términos de método y técnicas de recopilación de información, que ya de manera general se ha mencionado, pero es de importancia detallar un poco más las implicaciones de esta pandemia a nivel metodológico, las cuales se pueden resumir bajo los siguientes aspectos:

- A. La ausencia etnográfica in situ en la interpretación hermenéutica
- B. Adaptación de estrategias a contextos extraordinarios
 - B1) La importancia de la ética
 - B2) Pros y contras del trabajo con amistades y conocidos
 - B3) La relevancia de la autonarrativa y sus implicaciones.

A. La ausencia etnográfica in situ en la interpretación hermenéutica

Siempre he considerado uno de los tesoros de la antropología es el “estar ahí”, poder conocer la conducta y comportamiento humano en toda su complejidad; el lenguaje, los signos, los símbolos, la cotidianidad, los entornos sociales y ambientales, la institucionalidad, la política, economía, historia etc. Precisamente por esto, me atreví a plantear un marco teórico complejo o completo, ya que, en los meses planteados para el trabajo etnográfico, por supuesto que la experiencia, y la emoción aflorarían, habría la oportunidad de encontrar los simbolismos que dieran pistas sobre la configuración y referentes imaginarios, y por supuesto, problematizar las tecnologías del yo derivadas de los ejercicios autonómicos de las personas.

Lo que la pandemia enseñó al ejercicio antropológico (al menos bajo esta experiencia), es que, la interpretación hermenéutica, necesita de ese contacto uno a uno que brindan las

relaciones intersubjetivas que se cosechan en las estancias de campo, aún con todas las estrategias virtuales o digitales que se puedan establecer.

B. Adaptación de estrategias

Si la anterior reflexión tiene algún sustento, es porque precisamente la contingencia sanitaria vivida justo en los momentos de realizar el trabajo de campo, el proceso de aislamiento y distanciamiento social, impedía precisamente poder llevar a cabo estas estancias largas y establecer las relaciones interpersonales de las que ella surgen. Se plantearon para esta investigación una serie de problemáticas al realizar trabajo de campo, no sólo por las condiciones sanitarias, sino por las características epidemiológicas de riesgo con la población objetivo, por lo tanto, aunque hubiera alguna oportunidad de trabajar de manera presencial, al tratarse de una población de riesgo, esto cancelaba automáticamente tal posibilidad.

En este escenario, o se planteaba realizar una tesis teórica o establecer otras estrategias para levantar información empírica. Después de analizar y realizar pruebas sobre todo con tecnología informática y de comunicación, se retomaron los guiones que se utilizarían en las últimas etapas del trabajo etnográfico, para establecer dichas entrevistas como fuente principal de información empírica, y obtener, al menos, las generalidades para llevar a cabo un mínimo análisis y capacidad interpretativa para los objetivos planteados; siempre pensando que en algún momento se pudieran llevar a cabo algunas visitas de campo, lo cual efectivamente se realizó ya estando en el trabajo de redacción y sistematización de las entrevistas, lo cual implicó una búsqueda dirigida de algunas rutinas, profundizar temas y conductas en particular, a partir de algunos vacíos informativos derivados de las entrevistas. Por desgracia, estas actividades sólo se pudieron llevar a cabo con menos de la mitad de los participantes, ya sea por tiempo, disposición e incluso recursos económicos para traslados o estancias.

B1. La importancia de la ética

Siguiendo con este hilo argumentativo y derivado de la situación de salud vivida por las personas, las estrategias de campo tomadas e incluso por una cuestión personal de también vivir con diabetes, establece la ética en la investigación más allá de un panfleto ideológico, también como un auténtico tema de metodología y generación de conocimiento desde una

perspectiva más horizontal de las relaciones sociales, y esto implica, un replanteamiento metodológico, que en el caso de esta investigación implicó estar en situación de vulnerabilidad, no solo de los interlocutores, sino del investigador mismo al encontrarse en la misma situación de salud, por lo tanto, las estrategias metodológicas que se tomaran, debían incluir al investigador mismo, ya que cualquier irresponsabilidad hacia los interlocutores, implicaría una irresponsabilidad del y hacia el propio investigador, por ejemplo, un contagio, que afectaría y vulneraría a ambos actores.

B2. Pros y contras del trabajo con amistades y conocidos

Aunado a esto, cabe aclarar que dada las condiciones y restricciones sanitarias de la pandemia, aún con la estrategia de las entrevistas, se planteaba otro reto, esperando que las restricciones sanitarias se levantaran para todavía llevar a cabo trabajo de campo presencial. Al no suceder tal situación, se planteó la necesidad de retomar círculos sociales inmediatos del investigador para encontrar a las personas idóneas con quién llevar a cabo dichas entrevistas. Al ser la diabetes considerada como una epidemia, aunque con dificultades, encontrar dentro de estos círculos sociales a las personas elegibles terminó siendo relativamente sencillo, recurriendo a la memoria, el chisme e incluso a la casualidad. Como lo fue el contactar a una amistad de años que recientemente había sido diagnosticada.

Todo esto implicó una serie de pros y contras que podemos presentar de la siguiente manera:

Tabla 19. Pros y contras de trabajo con conocidos

Pros	Contras
Facilidad de consentimiento	Respuestas a modo
Flujo de ideas y retroalimentación	Fuerte compromiso a la retribución
Confianza en la conversación	Homogeneidad de discurso
Entrevista dinámica y relajada	Fragilidad en la confidencialidad
Información confiable	Capacidad de reclamo y riesgo de ruptura

Apertura a aclaraciones

Posibilidad de empatía

Fuente: elaboración propia, 2023.

B3. La relevancia de la auto etnografía y sus implicaciones

Como corolario a esta reflexión y vinculado con todo lo anterior, el apartado denominado auto etnografía, en la que el investigador ofrece sus propias experiencias y testimonios respecto al tema de investigación, surge no sólo de la convicción de aportar a los estudios antropológicos la perspectiva de que en sus interpretaciones y análisis, se haga explícita no sólo respecto a los posicionamientos del investigador, sino también en lo relativo a sus propias experiencias acerca de lo estudiado, que puede ir desde opiniones hasta sus propias vivencias encarnadas, como lo es en este caso, el vivir con diabetes como investigador. Esto, además de aportar a la ética de la investigación y un ejercicio de honestidad analítica, el estar directamente ligado al tema de investigación, puede aprovecharse también como parte de la riqueza analítica que el propio investigador puede aportar.

Entendiendo a la autoetnografía como:

una de las perspectivas que reconocen y dan lugar a la subjetividad, a lo emocional, y a la influencia del investigador en la investigación, en lugar de esconder estas cuestiones o asumir que no existen [...] expande y abre la mirada sobre el mundo y se aparta de definiciones rígidas de lo que se considera la investigación significativa o útil. Este acercamiento también nos ayuda a entender cómo las diferentes personas sobre las cuales hablamos son percibidas o son influenciadas por las interpretaciones de lo que estudiamos, sobre cómo lo estudiamos o lo que decimos sobre nuestro tema [...] Cuando los investigadores realizan autoetnografía, escriben retrospectiva y selectivamente sobre epifanías que derivan, o que fueron posibles, gracias a que son parte de una cultura o tienen una identidad cultural específica. Sin embargo, además de relatar sobre sus experiencias, a los autoetnógrafos se les pide que cumplan con el protocolo de publicación de las ciencias sociales para analizar estas experiencias. (Ellis, Adams & Bochner, 2010: 20-22)

Es por esto que este ejercicio auto etnográfico pertenece al capítulo de análisis de la información y está realizado en base a los elementos o temas que los interlocutores ofrecieron en sus testimonios, en aras de una horizontalidad entre investigador e interlocutores y para evitar protagonismos en un tema en el que, lo que más interesa es la palabra y testimonio de aquellos quienes no tendrían necesidad de abrir sus historias personales y sociales en aras del “conocimiento” antropológico, aun teniendo algún tipo de vínculo afectivo con el investigador.

Para realizar este ejercicio, aunque basado en el guión de entrevista, el texto se desarrolla en términos de los temas y ejes analíticos que los interlocutores priorizaron al momento de realizar sus entrevistas. Es por esto que las experiencias propias aquí planteadas giraron sobre la historia del padecimiento; sus implicaciones físicas y mentales; el estado actual del

padecimiento; alguna prospectiva o visión a futuro de este; y algunos elementos circunstanciales o de contexto que ofreciera una visión general de la conformación del sujeto que padece, colocando el énfasis, en esta parte, sobre el elemento histórico coeto y la alimentación, dos aspectos poco abordados por los interlocutores, tratando de abonar un poco más en cuanto a información o elementos clave para la comprensión y discusión sobre la DM.

Con estos elementos, se trató de realizar una “auto interpretación” de esta información tal y como se realizó con los interlocutores, con el doble racero y dificultad, de ser al mismo tiempo entrevistador – entrevistado, investigador – investigado, analista- analizado. Es por esto que en momentos clave del análisis, se encuentran los deslindes correspondientes respecto a esto dos roles, con la finalidad de que el lector trate de ubicar uno u otro a lo largo del texto, por ejemplo, en el ejercicio auto etnográfico de la narrativa, se utiliza el lenguaje coloquial y personal del investigador, en tanto que en su interpretación se trata de usar un lenguaje académico, bajo el entendido, de que esto es un mero ejercicio metodológico, ya que en la práctica y la realidad, es sabido que uno se incluye en el otro. Al final, y como se ha argumentado aquí, este ejercicio parte de un postulado ético de honestidad intelectual y de tratar de aportar elementos de análisis, aprovechando la situación de salud del investigador y ante las circunstancias de trabajo de campo que orillo el episodio pandémico. Y para darle rigurosidad a este ejercicio se trata de cumplir con estos cuatro postulados básicos bajo los criterios de “Procesos Analíticos Creativos”, propuestos por Laurel Richarson (2005):

1. Contribución sustantiva: en relación al aporte y credibilidad en un sentido cultural, social, individual o comunitario respecto a la realidad del fenómeno.
2. Mérito estético: creatividad en el texto e invitación a interpretaciones.
3. Reflexividad: auto conciencia y auto exposición para que el lector pueda hacer juicios sobre los puntos de vista emitidos.
4. El Impacto: Afectación emocional e intelectual, generación de nuevas preguntas y creatividad sobre el tema o las perspectivas abordadas.

Capítulo 4

Ser y Estar con diabetes

Muchos mueren demasiado tarde y algunos prematuramente. No entra aún en los oídos, la doctrina del morir a tiempo. (Nietzsche)

Este capítulo en particular problematiza, analiza e interpreta la información recopilada en las entrevistas realizadas entre 2021, 2022 y 2023 ya sea de forma presencial, telefónica y WhatsApp, en donde surge una serie de testimonios que facilitaron la construcción de tres grandes temas para estructurar una narrativa general.

Estos tres grandes temas articuladores son:

- I. **Vivir con diabetes:** Aspectos terapéuticos y clínicos; condiciones, situaciones y contextos históricos, fenomenológicos y estructurales del padecimiento y de la conformación del sujeto.
- II. **Convivir con la diabetes:** Eventos, experiencias y dinámicas de vida y del padecimiento en tercera persona.
- III. **La epidemia en pandemia:** La experiencia pandémica en un contexto de vulnerabilidad con la diabetes como comorbilidad, bajo una perspectiva espacio - territorial.

Cabe aclarar que, a pesar de que estos temas contienen información específica, sus contenidos se traslapan, por lo tanto, no debe considerarse a estos como rígidos y estáticos, no sólo en su lectura, sino también en su interpretación.

4.1.- Presentación de interlocutores

A continuación, se presentan datos generales sobre los participantes, para después realizar una presentación más extensa, que presente de forma cualitativa características y circunstancias, tanto de las personas como de la realización de la entrevista y encuentros previos y posteriores a ésta.

Tabla 20: interlocutores

Nombre	Sexo	Edad	Lugar de procedencia	Lugar de residencia	Relación con la diabetes	Años con diabetes	Actividad laboral	Modalidad entrevista
Sol	Hombre	45	Huixtán	San Cristóbal	La padece	5	Empleado	Presencial
Luna	Mujer	40	San Cristóbal	San Cristóbal	Convive (hermana)	NA*	Comerciante-empleada	Telefónica
Mercurio	Mujer	52	Navenchauc	Navenchauc	La padece	10	Ama de casa – bordadora	Telefónica
Venus	Mujer	25	Navenchauc-	Navenchauc - Tuxtla	Convive (Hija)	NA	Estudiante – bordadora – empleada eventual	Telefónica
Tierra	Hombre	39	San Cristóbal	San Cristóbal	La padece	3	Gestor y gerente turístico – Abogado civil	Telefónica
Marte	Mujer	40	Villaflores	San Cristóbal	Convive (esposa)	NA	Empleada federal	Telefónica
Júpiter	Hombre	55	Nachig-Zinacantán	Nachig - Zinacantán	La padece	10	Carpintero – Agricultor	Presencial
Saturno	Mujer	50	Yajalón	Nachig - Zinacantán	Convive (esposa)	NA**	Artesana – agricultora	Presencial
Urano	Mujer	28	Chamula	San Cristóbal	La padece	6	Ama de casa – cría de pollos	Presencial/ Telefónica/Watsapp

*NA: No aplica

**Vive, desde hace algunos años con problemas de colesterol y triglicéridos.

Fuente: elaboración propia, 2022.

Desagregando el cuadro, se comienza por mencionar la estrategia de confidencialidad aplicada para evitar cualquier asociación con el investigador, quien, al tener diferentes niveles de relación previa con los interlocutores, que en algunos casos involucran amistades de más de 15 años, se eliminaron completamente los nombres para substituirlos con seudónimos asociados con el sistema solar.

De las 9 entrevistas realizadas solamente el 33.3% son hombres y el 66.7% mujeres con un promedio general de edad de 41.5 años y quienes viven con diabetes 44 años y un promedio de 6.8 años viviendo con diabetes. De los interlocutores entrevistados cinco radican en San Cristóbal de Las Casas en tanto que el resto radica en Zinacantán, de los cuales dos pertenecen a la localidad de Nachig y dos a la localidad de Navenchauc. Por otra parte, es pertinente la aclaración de que, para esta investigación, no se pretende realizar comparaciones entre las personas participantes de ambos municipios.

Cabe recalcar que las personas radicadas en Nachig fueron contactadas de manera emergente a raíz de los cambios en las estrategias de campo, originados por la pandemia de Covid -19. Esto implica que fueron de las últimas entrevistas, con la posibilidad de realizarlas de manera presencial, al igual que Sol, a quien se entrevistó en los espacios libres que tuvo durante sus jornadas laborales, mientras Urano, fue con quien se tuvo una variedad de modalidades, incluyendo también los mensajes por WatssApp, siendo la única con la que se pudo realizar esta dinámica, ya que para los demás esto implicaba un olvido o demasiada despersonalización.

Todos los interlocutores tienen alguna actividad remunerada, incluyendo aquellas cuya labor principal es la de ama de casa, ya sea como apoyo, cuando el esposo se encuentra fuera del hogar la mayoría del tiempo, o por separación conyugal, circunstancia en la que la actividad remunerada sirve para gastos personales, ya que el esposo sólo contribuye a los gastos generales del hogar.

La categoría o dimensión de cuidador dentro de esta investigación, no forma parte de los intereses u objetivos de esta investigación, lo cual no significa que no se tome en cuenta, ya que es una dimensión inherente en la antropología médica y especialmente en el estudio de los padecimientos. El señalamiento gira en torno a que el cuidado como categoría analítica, se integrará como parte de las dimensiones del ser y estar con diabetes, por lo tanto, no importará que tipo de cuidado sea, quien asuma o se le asigne esta responsabilidad. De manera que, el familiar puede fungir o no como cuidador, pero sí se considera al cuidado como una dinámica que permea todos los actores relacionados que aparecen en diferentes niveles, formas y modos, segmentar estas dinámicas en categorías analíticas sobre el cuidado, requeriría de otros planteamientos teórico – metodológicos y objetivos, no planteados en la presente.

Con todo esto en mente, presentamos a cada uno de los participantes, para después integrar sus testimonios en los temas arriba planteados:

- **Sol:** A través de una conocida en común con mi esposa, quien es una excompañera de su universidad, le comenté del proyecto que estaba realizando y le señalé que tenía un hermano con diabetes, con un aproximado de cinco años con el padecimiento, y que si queríamos, nos podría contactar con él para platicar respecto a su padecimiento y que sería bueno y conveniente para él platicarlo, ya que se guarda muchas cosas, como el hecho de que tanto su hermano como su familia están convencidos de que su diabetes es consecuencia de cosas negativas en su vida, específicamente por una expareja que le trajo muchos problemas tanto económicos, familiares y por supuesto, de salud. En este sentido, se puso en contacto con Sol, quien trabaja de empleado y repartidor en un establecimiento de comida preparada, pero por la dinámica de su trabajo y el poco tiempo libre que tiene, fue complicado poder establecer una cita para la entrevista; además de la falta de confianza, se tuvo que trabajar por varias semanas con la ayuda de su hermana para establecer las condiciones en la entrevista.

De manera general, Sol es un arduo trabajador preocupado por la satisfacción de las necesidades básicas de su familia, conformada por esposa y dos hijos varones, por lo que, además de su turno de casi 12 horas, trata de realizar horas extra cada vez que puede.

Es una persona introvertida, que al ser el hermano mayor en su familia, ha sido quien más carga emocional y económica ha soportado, dado el alcoholismo y abandono de su padre cuando él estaba en su adolescencia, por lo tanto, el que se haya convertido en un pilar “masculino” en su familia, le ha significado formarse un carácter bastante desconfiado. Cuando nació su segundo hijo y derivado del gran conflicto que tuvo con su expareja, cambió su carácter, volviéndose más hermético en cuanto a su expresividad, al menos con ella y con el resto de su familia, no así con sus hijos, con los que tiene una relación estrecha y de confianza.

- **Luna:** Tiene 40 años, es hermana de Sol y el principal contacto para llegar a éste, la relación con ella se vincula a través de un familiar que la conoce desde hace al menos 20 años, y en mi caso por lo menos 8. Actualmente se dedica al comercio y a

trabajos eventuales, es madre soltera con un hijo preadolescente y cuya relación parental fue rota por problemas de violencia familiar y abandono.

Entramos en contacto con ella desde septiembre de 2021, pero hasta el mes de febrero de 2022 pudimos realizar la entrevista con ella, ya que a su hermano lo entrevistamos en noviembre de 2021 pero se estaba buscando entrevistar a su esposa o madre; al no tener éxito, se decide entrevistar a su hermana, quien por cierto, fue quien nos comentó e invitó a buscar a su hermano para comentarnos sobre su diabetes, ya que su principal característica es la de asignar la responsabilidad a un suceso de brujería y mal echado, y es precisamente por este hecho que Luna nos invitó a entrevistar a su hermano, además de que consideraba que podría ser bueno para él, ya que, a su parecer, no es una persona que se exprese demasiado, y platicar sobre su padecimiento le podría hacer bien. Bajo estas circunstancias, le solicitamos hacer la entrevista en calidad de familiar a ella, dada la negativa de su esposa y su madre, a lo cual en un principio también se negó, pero terminó por aceptar con la condición de que se enfocara más sobre la perspectiva de la diabetes de su hermano. La perspectiva familiar que ella ofrece, proviene también de una necesidad propia para desahogarse cuando ella misma se siente como quien carga con los problemas emocionales y hasta económicos de su familia, y en el caso especial de su hermano con diabetes, siente la necesidad de interceder por sus sobrinos, que a su parecer son los más vulnerables, no sólo por lo que ella considera un mal manejo del padecimiento de su hermano, sino por la inacción o “alcahuetería” de parte de su cuñada, quien al no asumir una actitud firme con su esposo, arrastra a toda la familia en momentos de crisis de salud y económicos.

- **Mercurio:** Es una persona de 52 años, ama de casa originaria de Navenchauc, municipio de Zinacantán, y por lo que nos relató, vivió varios años de su niñez en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, y a pesar de que se casó con alguien de su misma localidad, el contacto con esta ciudad ha sido permanente durante su vida, ya que su esposo se dedica al comercio en ese lugar.

El contacto de Mercurio se hizo a través de su hija Venus, a la cual se conoce desde hace algunos años por cuestiones laborales, además, se pudo convivir con Mercurio, ya que nos dio la oportunidad de trabajar, descansar y varias ocasiones, hasta de

comer en su casa; además de su hospitalidad, platicaba mucho con nosotros, pero jamás nos quiso mencionar su diabetes; pensando en eso y tratando hacer memoria, nos cocinó incluso haciendo peticiones de algunos compañeros, pero nunca comió con nosotros, aunque si convivía. Es importante señalar esto, ya que, de acuerdo con su relato, en esos años o momentos en los que se tuvo la ocasión de convivir con ella, estaba pasando por dificultades físicas y mentales debido a una diabetes descontrolada, que más adelante se narra. El punto es que Mercurio es un caso especial sobre una transición de un vaivén caótico del control de su diabetes a un punto de estabilidad en el presente, en el que vale la pena poner atención.

En general, podemos decir que Mercurio es una persona que prácticamente vive sola, al menos la mayor parte del tiempo, ya que a pesar de que vive con su madre, ésta se dedica a realizar sus actividades sin prácticamente tener contacto íntimo con su hija, salvo en la hora del desayuno o comida en que le ayuda en la elaboración de las tortillas. En cuanto a la relación con su esposo a pesar de estar separados, Mercurio aún lo reconoce como parte de la familia, y en ese sentido, la visita una o dos veces al mes, o en días festivos en los que se junta toda su familia, y también lo considera como parte de la familia por ponderar el hecho de que aún contribuye con gastos de la casa y la apoya con su tratamiento y los de su madre, pero fuera de eso, prácticamente no tienen ningún tipo de relación.

En cuanto sus demás hijos, están casados y viven en Tuxtla Gutiérrez, por lo que únicamente los visita cuando Mercurio va hacía esa ciudad o cuando se reúnen en fechas especiales en Navenchauc. Mercurio tiene un hijo menor que Venus, que vive en su casa, pero dado que se encuentra realizando sus estudios de licenciatura en Tuxtla Gutiérrez, únicamente llega los fines de semana.

- **Venus:** De 24 años, es la hija menor (de cinco), de Mercurio; al ser la hija menor, es o sería una de las últimas en irse de casa²⁶, mientras tanto, es el principal apoyo y acompañamiento emocional y a veces económico de su abuela materna y madre, ya que su otro hermano menor casi no está por cuestiones de estudio y su padre sólo llega un par de días a la semana, ya que pasa la mayor parte de su tiempo en Tuxtla en su actividad como comerciante.

²⁶ Aún tiene un hermano menor de 20 años que se encuentra realizando sus estudios universitarios en Tuxtla Gutiérrez.

A Venus la conocí como compañera de trabajo en el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), y dado que nuestra área de trabajo en Zinacantán era la zona en donde ella vivía (Navenchauc), terminamos haciendo trabajo de gabinete en su casa, y fue ahí en donde conocí a su madre, que para ese entonces no sabía que tenía diabetes, pero ya realizando la entrevista, en esa época la estaba pasando muy mal con su padecimiento, pero no era algo que ni Mercurio o Venus se preocuparon en dar a conocer, ya que no había la confianza como para estar divulgando ese tipo de cosas; en lo particular, tenía en ese entonces, alrededor de dos años con el padecimiento y tampoco lo anduve divulgando.

Un aspecto importante de Venus es que el principal motivo por el que de manera voluntaria terminó cumpliendo con un papel de cuidadora respecto a la diabetes de su madre, es el hecho de que, al ser soltera, aún no abandona el seno familiar, a partir de su rechazo o desconfianza en casarse, eso no significa que no tenga o haya tenido relaciones de noviazgo, pero esto no ha significado un deseo por formalizar estas relaciones en maritales. Esto se debería básicamente a dos motivos: 1), el deseo de trabajar lo más que se pueda para realizar viajes y conocer lugares, y 2), debido a la mala experiencia que tuvo con la relación con sus padres, por lo que busca dentro o fuera de sus círculos sociales, otro tipo de relación, y por lo que ha comentado, hasta la fecha no lo ha encontrado.

- **Tierra:** Es originario de San Cristóbal, tiene 40 años, abogado civil, conocido y amistad desde hace más de 15 años. Enterarse de su caso fue a través de su hermano, el cual es médico y me realiza seguimiento para mí diabetes. En este contexto, unas semanas antes de iniciar trabajo de campo me comentó que su hermano (Tierra) había sido diagnosticado, por lo que, para esta investigación, este caso es el más joven, por así decirlo, ya que estamos hablando de casi dos años con diabetes al momento de ser entrevistado.

Tierra es una persona seria, formal e introvertida de primera mano, lo cual contrasta con su hermano, pero una vez que se genera con Tierra la suficiente confianza, es mucho más relajado y abierto. A tierra y su hermano los conocí cuando estudiábamos el bachillerato, y aunque en diferentes escuelas, a través de un amigo en común fuimos presentados, ya que este amigo me dijo que por fin había

conocido a otros que les gustaba el “pinche ruido, ese que haces pasar por música”; así que me los iba a presentar para que intercambiáramos o escucháramos música y dejarlo un rato en paz.

En ese contexto, se comenzó a tener una relación con estos hermanos a partir de compartir un gusto por la música y cultura del metal, y en esa convivencia de 15 años de visitarnos para escuchar, intercambiar y discutir sobre música, puedo dar testimonio de la forma en que estos hermanos veían el mundo y a sí mismos.

Lo anterior sólo para señalar, y en particular Tierra, que tiene una visión crítica del mundo, un tanto sombría y con una necesidad de “exorcizar” el enojo y la desesperanza, lo cual realizamos a través de escuchar esta música. Uno de los factores para esta necesidad, son condiciones y situaciones de exclusión y violencia social a partir de su aspecto físico²⁷, por lo que visiones como el “vive y deja morir”, estarían presentes en la forma en que expone su testimonio, y, a raíz de su diabetes, con una especie de “sabiduría” derivada de su convivencia con este padecimiento en las experiencias dolorosas con sus padres.

- **Marte** (esposa): Después de varios intentos por contactar a la esposa de Tierra, pudimos realizar la entrevista vía telefónica, ya que por el trabajo de su esposo, era difícil poder establecer una cita, así como por sus propias actividades; en un momento se consideró entrevistar al hermano de Tierra por estas circunstancias, pero dado que su esposa ha estado acompañando su padecimiento de forma más cercana desde su diagnóstico, se decidió insistir en entrevistar a esta familiar, aunque no se descarta que más adelante se pueda tener un acercamiento con su hermano²⁸.

Marte tiene 42 años, actualmente casada con Tierra, tiene dos relaciones previas y una hija, trabaja en el sector salud como personal administrativo de apoyo en el ámbito público en San Cristóbal de Las Casas. Originaria del municipio de Villa Flores, tiene al menos 20 años viviendo en esta ciudad, estudió administración y gracias a una hermana tuvo la oportunidad de obtener una plaza en el hospital donde trabaja.

²⁷ Lo que yo podía afirmar hasta antes de la entrevista, se referían a su peso y condición morena de piel, pero ahora puedo agregar sus problemas de visión.

²⁸ Dentro de su testimonio, de alguna manera también aparece su hermano, no solo en la trama familiar de sus padres, sino en esta relación de hermano/médico con la diabetes de Tierra.

En encuentros posteriores y casuales con esta persona, me comentó un poco más de cómo conoció a su esposo, ya que para ella esta relación ha sido un parteaguas muy importante en su vida, ya que rompió no sólo con un círculo vicioso de violencias, inseguridades y frustraciones tanto para ella como para su hija, sino que le ha ayudado a pensarse así misma sobre cuestiones que antes (y por las condiciones en las que vivía) no se había preocupado, como por ejemplo, su salud.

En este sentido, menciona que un primer paso que tuvo que dar, es la de determinarse a replantear su vida, ante si quería seguir por sí misma o buscar una nueva relación. Habiendo tomado la segunda decisión, sabía que lo primero que tenía que hacer es cambiar los círculos y los ambientes sociales en los cuales se desenvolvía, ya que, de lo contrario, lo más seguro es que terminaría con el mismo “tipo de hombre” como ella señaló.

Bajo ese antecedente y algunas citas con Tierra, se convierten en novios y poco después deciden vivir juntos. Es de importancia este acontecimiento, ya que considero que esta relación y su historia, marcan o le da un sello particular en la narrativa de Marte, tanto respecto a la diabetes cómo a la forma de concebir su propia vida presente y futura.

- **Júpiter:** Fue de las últimas personas que pudimos contactar, es originario de Nachig, Zinacantán pero vivió por mucho tiempo en Yajalón, en donde aprendió su oficio de carpintero, conoció a su esposa y es donde realiza viajes constantes tanto por familia como por trabajo. Una vez casado, se regresó a Nachig para poder darle una casa a su esposa, en donde su madre le otorgó un terreno para construir la casa, y un pequeño terreno para sus actividades agrícolas de autoconsumo. Trabaja en casa, ya que ahí mismo tiene su taller, y en los últimos cinco años al menos, recibe ayuda de su esposa y sus hijas, tanto por cuestiones económicas, de no poder pagar ayudantes, como por los estragos mismos de su diabetes, que, a pesar de estar controlada por lo menos desde hace cuatro o más años, siente que ya no tiene la misma energía de hace poco más de 10 años que fue diagnosticado (tiene 55 años). Su entrevista se realizó en 3 partes, al igual que su esposa (Saturno), pero se pudo realizar de forma presencial en su domicilio.

Un aspecto importante para recalcar de Júpiter, y en especial de su esposa, es una cierta ambivalencia entre su gusto y desagrado por vivir en Zinacantán, pero de

igual manera por Yajalón, un municipio también importante en la vida de Júpiter, lo cual marca también muchas de sus decisiones, percepciones y estrategias tanto de salud como de vida.

Para entender estos puntos de vista, en una de las visitas que hicimos a su casa, se le preguntó mientras trabajaba, cómo es que llegó hasta Yajalón y se convirtió en carpintero:

Desde que era chamaco, siempre me había gustado trabajar la madera, mi abuelo me enseñó cómo manejar la navaja para hacer figuras, cuchara y palas de madera, así que un día le dije a mi papá si me podía conseguir alguien que me enseñara el oficio, y pues me dijo que sí, pero con la condición que terminara la primaria. Así que ya a mis trece años mí papá contactó a un su conocido allá en Jovel que era carpintero; estuve algunos meses ahí de su chalancito, hasta que me dijo, que, si lo acompañaba a Yajalón, porque tenía un trabajo ahí y que necesitaba quién le ayudara.

Como era la costumbre de que cuando aprendías el oficio, casi te dejaban de encargo los papás, pues ya nomás les avisé que me iba a ir. Y así, pues me fui con don Fer, peroooo, el camino lo sentí bien largo, y nunca había estado en zona de calor, así que si lo sufrí bastante para adaptarme... La cosa es ya casi había pasado otro mes que seguía en Yajalón, pero pues ahora trabajando con don Juan, y pues con él sí estaba aprendiendo bien el oficio, pero un día si le dije que me gustaría ir pa mi casa, porque no sabían que había pasado y qué estaba haciendo. La cosa es que casi a la semana, ¿Qué no se va apareciendo mi papá?, pues resulta que en San Cristóbal le dijeron cómo llegar, y cómo ahí ya también tabán preguntando por don Fer, Pues mi padre se aventuró para buscarme porque ya estaba preocupado, pero resulta pues que cuando vio que estaba bien y tenía mi trabajo, pues ya me dijo que cosa quería hacer, y pues le dije que al principio sí me fue muy mal, pero pues ahora al menos tenía comida, techo y estaba aprendiendo un oficio, y entonces que si no le molestaba, me gustaría seguir aprendiendo²⁹ (Júpiter, 2022).

Cabe mencionar que esta travesía que llevó a Júpiter a vivir y criarse por varios años fuera de su localidad, le abrió una nueva forma de ver la vida y las relaciones sociales con las cuales había nacido, sin embargo, cuando conoció a su esposa y por cuestiones económicas y sociales, cómo que su esposa no pudo heredar un terreno en Yajalón, Júpiter termina trayendo a su familia a Zinacatán, comenzando un proceso de readaptación para ambos, que más adelante se podrá retomar, pero que de momento sirve para presentar a una persona cuyo testimonio respecto a la diabetes, se encuentra marcado en gran medida por estos procesos de readaptación o resignificación, que han marcado personal y emocionalmente la forma en que vive con la diabetes.

- **Saturno:** Es la esposa de Júpiter, y al igual que su esposo fue de las últimas entrevistas que se realizaron, tiene 48 años y está casada desde los 20 años con Júpiter, tienen tres hijas de entre 14 y 20 años, y ella también vive con problemas de

²⁹ Platica informal, junio 2022.

colesterol desde hace al menos 10 años, así que prácticamente tanto ella como su esposo viven con sus respectivos padecimientos, pero Saturno señala que desde antes tenía problemas de salud, y fue después que fue diagnosticada y le dijeron que eran problemas de colesterol y triglicéridos.

Saturno es una persona que, desde hace casi 30 años, se ha readaptado a un contexto indígena, *tsotsil* semi urbano, que para cuando llegó, era algo totalmente diferente a donde se había criado, es decir, semi urbano, una mayoría mestiza y de habla española, y que con el ámbito indígena con el que convivía se relacionaba fue con la etnia *chol* y *tseltal*, más que la *tsotsil*.

Es precisamente esta característica de lo “*tsotsil*” que Saturno le termina por llamar la atención no sólo de su esposo, sino el de aceptar mudarse a Zinacantán. A este respecto, no relató la forma en que lo conoció, la decisión de mudarse y el proceso de adaptación, aceptación convivencia que ha tenido y tiene en Nachig; esto ayudará a comprender el tipo y las circunstancias que configuran la persona que el día de hoy no sólo vive con triglicéridos y colesterol, sino que ahora convive con la diabetes a través de su cónyuge.

Pues bien, Saturno relata que antes de casarse, resume su vida en Yajalón como aburrida y predecible, un vida de monotonía, en la cual para ella era: levantarse temprano, ir al molino, tortear, ayudar en el desayuno, cuidar de sus hermanos, ir a la escuela, volver a cuidar a sus hermanos, ayudar en la casa y dormir; sin más esperanza que la de casarse y quedarse (en el mejor de los casos), con la pequeña tienda que tenía su madre, ya que, heredar tierra, era algo que veía muy lejano dado que tenía 2 hermanos más, y su padre apenas contaba con un par de hectáreas para repartir, y aunque ella era mayor, es más probable que esa tierra se la heredaran a sus hermanos varones. “ Jamás pensé en olvidarme de mis orígenes, sigo siendo alguien de pueblo y quiero que mis padres conozcan y convivan con sus nietas, si me fui, fue porque era más fácil tener un patrimonio acá {Nachig} y porque quería algo diferente para mí, no porque odiara lo que era” (Saturno,2022).

El proceso de adaptación, menciona Saturno, fue y es un proceso difícil incluso para sus hijas, hasta el punto que, relacionar o vincular a sus hijas con su familia en Yajalón termina siendo una estrategia que, sin ser fatalistas, puede darles una

opción si quieren abandonar el municipio o localidad donde residen; por lo tanto, Saturno menciona que aprender un nuevo idioma de cero, no fue difícil:

Ya mi esposo desde que nos conocimos me habla siempre en la lengua, primero me hablaba en español y luego en *tsotsil*, ya vio que muchos hablan español, claro yo vine mucho antes, pero ya había varia gente que hablaba, así que aprender la lengua no fue difícil, la comida tampoco [...], lo que si fue el clima, aah su mecha, orita ya no mucho, pero cuando recién llegué, en época de frío caían una heladonas que te dolía hasta los huesos [...]. (Saturno, 2022)

Son estas características, que hacen de Saturno un testimonio particular respecto a la diabetes, nos interesa señalarla para que el lector pueda ubicar su convivencia con la enfermedad en este contexto, además de su particular punto de vista, desde sus propios padecimientos.

- **Urano:** Se le contactó a través de un tercero, el cual nos dio la referencia de que ella no sólo había sido recientemente diagnosticada, sino que además pertenecía a un grupo o club de nutrición en el cual se ofrecen productos para el control y hasta cura de la diabetes, desafortunadamente, por las limitaciones del trabajo de campo no se realizaron entrevistas o charlas con estos grupos, pero después de varios intentos y cancelaciones, al menos se pudo realizar una entrevista con Urano en tres partes y bajo dos modalidades, una primera presencial y las siguientes dos a través de audios y chat por whatsapp.

Urano es casada con tres hijos, originaria de Chamula, pero lleva varios años viviendo en San Cristóbal, tiene una licenciatura en lengua y cultura y además de ser ama de casa, comercializa productos naturistas y ayuda a su esposo en la cría de pollos y venta de huevos orgánicos. Al momento de realizar la primer entrevista, había pasado por algunas complicaciones y descontrol con su diabetes que le había hecho perder gran parte de su capacidad visual; refiere que gracias a un tratamiento naturista que recibe y de ser más estricta con su dieta, ha recuperado su visión y se siente tan bien al punto de ya no estar tomando medicamentos, así mismo, dice nunca haber tenido los “clásicos síntomas” de la diabetes, es decir, resequedad en la boca, hambre en exceso y ganas constantes de ir al baño, por ejemplo, y que incluso, adjudica complicaciones con las de su vista, al propio medicamento.

Dentro de la historia personal, cabe destacar el carácter de una mujer indígena que, determinada a tener otro tipo de vida, atraviesa por el hambre, racismo y clasismo que para los años en lo que trabajó y estudió en San Cristóbal, aún eran muy fuertes

y particulares (años 90), ya que Urano se enfrentó a una sociedad “coleta” muy arraigada en su racismo de tipo colonial, y un clasismo orientado a desarrollar una clase media prototípica copiada de sociedades como Tuxtla Gutiérrez o el entonces distrito federal³⁰. Esto para contextualizar la importancia que le dio Urano a la educación, que para el ámbito urbano de San Cristóbal significaba una diferenciación de clase y estatus, es por lo que Urano y su hermano ven con valía el haber pasado penurias y hambre con tal de recibir una educación, que en su caso logró llegar a nivel universitario.

Otro punto importante para Urano a lo largo de su narrativa es la posibilidad y oportunidad de ser madre, ya que, habiendo realizado una ruptura con su expectativas para una mujer de su condición al proyectarse como una mujer independiente laboral e intelectualmente, lo que no pudo o quiso dejar fuera de su vida fue su rol de madre, lo cual tuvo muchas dificultades tanto a nivel biológico, como social y afectivo para embarazarse, al tener que atravesar por procesos y dinámicas complejas en sus relaciones, en las que los celos, envidia y agresiones físicas y verbales, no sólo de sus parejas, sino incluso de sus congéneres, configuran a la persona en la que, incluso la diabetes, adquiere un sentido particular en rol, papel o situación maternal de tres hijos varones.

4.1.- El investigador con diabetes

4.1.1.- El investigador como “nativo”

Este involucramiento del investigador sobre y en lo investigado, puede tener varios niveles o matices. Robles (2002) analiza tres formas en cómo la subjetividad del propio investigador permea las propias obras y miradas de sus autores. De manera general las podemos caracterizar de la siguiente manera:

- **Uno mismo y la ciencia sobre los otros:** Cuando se tiene o se conoce experiencias cercanas con lo que se pretende estudiar, en donde, por las propias experiencias y hasta el curso de vida mismo del investigador, se puede hacer una presentación más humanitaria y menos exotizada tanto del fenómeno como de las personas mismas.

³⁰ Estas referencias o apreciaciones sobre San Cristóbal son propias, y asumo la responsabilidad por ellas, señalándolas en mi calidad de habitante y residente de esta ciudad desde mi nacimiento, por lo tanto, afirmaciones como coleta y las opiniones sobre clase y racismo pueden asignársele hacia mi persona.

Esto permite o inhibe “cierto tipo de discernimiento frente a su objeto de estudio” (Robles, 2002). La principal ventaja de este posicionamiento, es que se puede entender la fuerza de los procesos que implican el fenómeno que se estudia, y del otro lado, en tanto que el investigador se convierte o reconoce como “un sujeto en quien se entretajan múltiples identidades devenidas de su edad, sexo, estado civil, raza, posición social. Así, como sujeto investigador, es alguien en quien se entrecruzan múltiples procesos sociales que coexisten y desde los cuales se mira y explica al "otro" (Robles, 2002, p. 315).

- **Cuando el otro toma la palabra:** Se refiere a narrativas o historias contadas desde “dentro”, es decir, cuando quien escribe o interpreta se convierte tanto en sujeto narrador como sujeto de la experiencia, esto permite, dice Robles (2002), que “él sea quien seleccione aquellos pasajes que le sean significativos” (p. 317). Este ejemplo aplica para aquellas personas que no sean académicas, pero de alguna u otra forma tengan los recursos, habilidades o posibilidades de plasmar sus experiencias, de manera que alguien externo, pueda tener un panorama para el estudio, análisis o interpretación, de diversas formas, incluyendo la académica.
- **Cuando ciencia y el otro es el mismo:** Este aspecto es lo que más se acerca lo que podemos denominar autoetnografía, ya que quien narra es el “experto” que aplica sus conocimientos y habilidades académicas y profesionales para entender un mundo, en el que, él mismo habita. Robert J. Murphy (de quien Robles recupera como ejemplo), afirma que el libro que escribió a manera de autoetnografía, recupera varias dimensiones de la antropología:
 - 1ª.- Se es al mismo tiempo etnógrafo e informante.
 - 2ª.- No se plantea como una autobiografía, sino como información privilegiada de un actor y su estatus como miembro de una sociedad.
 - 3ª.- Entender la cultura desde el sitio que ocupa el individuo dentro de esta.
 - 4ª.- La oportunidad de estudiar aspectos “marginales” de la vida social del sujeto, ocultos muchas veces, a los ojos del investigador.

De estos tres matices o formas de entender e involucrar al investigador hacia dimensiones subjetivas e intersubjetivas del trabajo de investigación, se retoma de forma particular la tercera, que puede entenderse como autoetnografía.

Ahora bien, esto no implica necesariamente convertir dicho proyecto en una autoetnografía, pero sí obliga a pensarla en términos de hacerlo manifiesto, ya que esto implica una mirada diferenciada al tener experiencias, opiniones y vivencias propias sobre este padecimiento. Por supuesto esto no debe o no debería implicar un “sesgo” en la información que se recabe, sino que habría que echar manos de las habilidades “profesionales” y “académicas”, para

Analizar las experiencias personales como un objeto de estudio primero hay que concebirlas como experiencias sociales, para así proceder a un análisis crítico en el sentido de utilizar las herramientas de la sociología para analizar dicha experiencia; pero no en términos personales, sino como un objeto separado del sujeto investigador. Es decir, lo que se somete al análisis es la experiencia misma, no el individuo, pero este mismo sujeto es el analista de su propia experiencia al emplear las herramientas analíticas de su disciplina (Robles, 2002, p. 321)

4.1.2.- Notas metodológicas

Este primer apartado en el diálogo y análisis de la información, se lleva a cabo un ejercicio auto etnográfico sobre la experiencia de diabetes del propio investigador. Este ejercicio se coloca en este apartado bajo dos lógicas:

- I. Al ser la persona que investiga, su propia narrativa está cargada de interpretaciones en primer plano, por lo tanto, su argumentación ya es en sí, un texto analizado.
- II. Colocarse como una parte complementaria al proceso de análisis y sistematización, pero, otorgando el protagonismo a los interlocutores por encima del investigador, por lo tanto, se invita al lector retomar este testimonio como algo adyacente, para comprender de mejor manera el proceso analítico e interpretativo, y no como información que tenga más peso que la de los interlocutores participantes.

Bajo estas premisas, lo que se pretende es realizar este ejercicio con un lenguaje lo más natural posible, sin mayores argumentaciones teóricas o analíticas respecto al tema, de un sociólogo cultural y pretendido antropólogo social, con la finalidad de aflorar a la persona con diabetes, antes que al investigador para lograr estos fines.

Por lo tanto, los temas a abordar serán:

- 1) Vivir con diabetes: todo el proceso de diagnóstico, causales, histórica clínica y fenomenológica de la experiencia con la diabetes.
- 2) La epidemia en pandemia: la experiencia coyuntural y percepción estructural de la diabetes, en un contexto de pandemia y viceversa.

- 3) La vida alrededor de la diabetes: historia de vida pasada, presente y futura respecto a aspectos que se consideren clave del sujeto en cuestión.

Como se puede observar, se prescinde del apartado sobre convivir con diabetes, por lo mencionado en el apartado metodológico, por cuestiones de privacidad y fácil asociación con el investigador, lo cual implica respeto hacia el familiar de este, claramente identificable.

4.1.3.- Vivir con diabetes

Es sencillo hacer que las cosas sean complicadas, pero difícil hacer que sean sencillas
(Nietzsche)

En mi familia siempre hubo sospechas sobre si habría o no antecedentes de diabetes, pero con mi diagnóstico, una tía y mi propia madre diagnosticada hace ocho años y tres años respectivamente, ya se puede dar por sentado de qué murió la bisabuela, lo cual era un enigma que ponía bajo sospecha tal historial y predisposición a la diabetes en la familia del lado materno, y del lado paterno, gracias a una acercamiento en años recientes, también se identificaron casos de diabetes, así que al menos de mi lado, de ambos bandos existían tales predisposiciones genéticas, creyéndole a los científicos estas afirmaciones, ya que personalmente sostengo que los detonantes (o al menos la mayor carga) son de factores más estructurales (sociales, culturales y económicos) que biológicos, pero es de importancia mencionarlo. Hablaría mejor de procesos fisiológicos y factores como la alimentación y estilo de vida, de los cuales puedo referir un largo proceso con asma desde pequeño, lo que conllevó realizar ejercicios físicos de bajo impacto, aunque en la preparatoria practiqué el basquetbol, pero a pesar de esto, recuerdo haber tenido una infancia practicando deporte, manejando bicicleta y correr, aunque por el tratamiento que recibí de niño por el asma, basado en lo que yo considero un exceso de corticosteroides, se me indicó que esto causó un problema de absorción de calcio y porosidad en los huesos, lo cual explicaba mis múltiples quebraduras, zafaduras y dislocaciones de hueso (siete hasta donde recuerdo), y esto a su vez hacia que tuviera etapas con meses de vida sedentaria. Claro esto a su vez, contribuyó en mí a convertirme en una persona introvertida, al pasar días enteros leyendo y creando mundos paralelos en mi cabeza. Recuerdo con agrado haber leído todas la obras de Julio Verne y El señor de los anillos de J.R.R Tolkien, comics y por supuesto harta caricatura, esperando a que mis huesos volvieran a pegarse.

Claro, si hay que mencionar un aspecto negativo, fue que esto contribuyó a una ya de por si compulsiva forma de comer, que todavía me cuesta trabajo, y teniendo diabetes, no es necesario argumentar el problema que esto conlleva. Ahora bien, en la etapa más agitada de mi vida, que puedo recordar como mi adolescencia y juventud, estos hábitos alimenticios se vieron intensificados con el fumar y la comida chatarra, más no el alcohol, por ejemplo, el cual jamás pude tolerar, por lo que la obesidad ha sido un problema difícil de controlar.

Regresando a la diabetes, fui diagnosticado por accidente hace poco más de 7 años, en unos análisis de rutina de mi esposa, época en la que se encontraba embarazada, así que coyunturalmente, me dijeron por qué no aprovechaba para hacerme el análisis, con lo cual, al momento de tener los resultados, la tía que ya tenía diabetes y estaba presente, me abrazó y me dijo “bienvenido al club”.

Honestamente en ese punto, teniendo un embarazo de alto riesgo, a un par de meses del parto y con dificultades económicas, no tenía tiempo, ganas, ni cabeza como para andar haciendo duelos, asimilaciones o basura psicológica de ese tipo por mi nueva situación de salud, claro, de lo que sí tuve consciencia era de la urgencia de estabilizar los niveles de glucosa en ese momento, y comenzar a seguir un tratamiento, aunque tengo que decir que la atención de este tratamiento causaba más preocupación de mis familiares que de mí mismo, repito, porque en ese momento mis prioridades existenciales eran otras.

En fin, después de un parto exitoso, aunque con estrés, por un bebé ochomesino, aunque la prioridad seguía siendo mi hija, ya tuve el espacio de asimilar el diagnóstico, lo que implicaba, y lo que tendría que hacer y cambiar, para efectivamente, no convertir la diabetes en un peso para la familia o para las prioridades de vida que adquiriré en ese momento, con una recién estrenada paternidad.

Así que, sin ocultar mis convicciones de fe, la forma en que el diagnóstico llega a mi vida, simplemente significa el buen karma adelantándose, dando una alerta para poder responder a lo que venía, ya que al pensarlo fríamente, si no hubiera recibido esa alerta en ese preciso momento, probablemente hubiera caído en una hiperglucemia con quién sabe qué consecuencias, y en lugar de disfrutar mi paternidad, la hubiera sufrido y habría hecho sufrir al resto de mi familia.

Por supuesto, al tener hábitos arraigados de alimentación basados en excesos, el dividir las comidas en cinco, por ejemplo, son de las cosas que hasta ahora me cuesta trabajo, no por el hecho del cambio o restricciones de alimentos, sino por la costumbre de tener el estómago lleno, con lo cual tales raciones “no llenan” y claro, los típicos antojos de lo dulce, grasoso o salado que nos han predeterminado con una industria y cultura alimentaria basada en ¿cuatro gustos al paladar?, las cuales por cierto, son adictivas, y siendo alguien que también ha fumado, créanme que sé de lo que se trata la “abstinencia”.

Así, entre un día sí y otro no, en cuanto a lo estricto del tratamiento, además de las raciones de comidas, por las actividades y responsabilidades en las que me encuentro, el realizar ejercicio me resulta a veces poco factible, por lo tanto, ir por las tortillas, la comida, las dejadas y recogidas a la escuela, trato de tomarlas como ejercicio aeróbico, y que prácticamente desde que fui diagnosticado, hasta ahora, mi trabajo ha sido más de gabinete y en casa.

Bajo este ritmo, lo único que espero es que en por lo menos 20 años, la diabetes no signifique o sea un obstáculo para dejar a un infante en posibilidades de autosuficiencia y un patrimonio, con el que, viviendo en un país con más de la mitad de la población con carencias o deficiencias financieras, parece un proyecto lógico o coherente. Ahora bien, vivo en un país en donde cualquier cambio en la situación de salud aún significa dificultades, quiebre o estrés financiero, por lo tanto, la idea de no pasar a tratamientos más costosos, también vale como una aspiración respecto a la diabetes, aunque hay momentos en los que he manifestado a mi familia, un deseo de querer entrar a terapias con insulina, básicamente por los cansancios que hasta la fecha han sido la principal molestia o impedimento con la diabetes, y haciendo una revisión constante con los niveles de glucosa, he determinado que esto no tiene que ver necesariamente con subidas o bajadas de glucosa, más bien es como vivir a media pila, ya que en altas de glucosa lo que observé son dolores de cabeza, ansiedad y cambios de humor, y con bajas, temblores físicos y ansiedad.

Al hablar de humor y ansiedad y la relación de la diabetes con estos estados emocionales, no es sólo a causa o consecuencia de un manejo de la glucosa, sino que el manejo de las emociones, considero que permea desde la ruptura del umbral de tolerancia en el páncreas, lo cual considero como el factor para determinar a la diabetes como crónica e incurable, por lo tanto, el factor de manejo y control de las emociones termina siendo formando parte del

manejo y control de la diabetes en la vida cotidiana, es decir, el enojo, las depresiones, las ansiedades; su manejo, forma parte de la terapia, por lo tanto, he recuperado técnicas de respiración y meditación que ya había dejado de lado hace un tiempo.

Otro tipo de terapias alternativas no las he necesitado, aunque de repente ha probado con cosas como canela en ayunas, vinagre, entre otros. Básicamente como un apoyo a la metformina y la glimepirida en la que se basa mi tratamiento, además de vitaminas y prebióticos.

Sin embargo, en la cotidianidad, lo frustrante es tener que invertir mucha energía y tiempo para escuchar al cuerpo, por ejemplo, metido en tu trabajo, llega el momento del día en tú organismo comienza a dar señales de necesitar alimento, si estuviera sentado sin hacer nada no habría problema, pero aun trabajando en casa, tienes que dejar en pausa tus actividades para atender esta necesidad fisiológica, tengas o no hambre, ya que si dejas pasar el tiempo, luego vienen los temblores y hasta mareos de la necesidad de elevar los niveles de glucosa, y cómo dicen los médicos, “ no te metas azúcar”, pues la manera de evitarlo es comer con suficiente anticipación. El problema con esto es cuando no tienes las condiciones de realizar esto, me imagino trabajando haciendo encuestas, con la gente y recibir estas alertas, lo siento médicos, pero a veces no se puede... entonces, aunque no sea lo óptimo, te metes un dulce o algo, porque, necesitas seguir produciendo, si no produces no te pagan, si no te pagan, no hay para comida, ahhh porque además hay que ganar para verdura, carnes blandas y frutas, ni te atrevas a ganar el mínimo para sopas nissin, nescafé y galletas, porque por más que aplico las lógicas del “sentido común” que manejan muchos médicos, en las que señalan que siempre hay posibilidad de tener una alimentación sana; es mentira, y además, así como puse el ejemplo de las comidas intermedias, saber qué, dónde y con qué alimentarse, también requiere una inversión importante de tiempo y por supuesto de dinero, en ese sentido, comparto el sentimiento de los interlocutores, pero yo si lo diré explícitamente: comer sano es de ricos, a menos que tengas condiciones para producir tú propio alimento, y eso ni siquiera lo imagino en mi realidad actual.

Con todo esto y hasta este momento, la diabetes ha significado un cambio de sentido y rumbo en la vida que llegó en una etapa y un tiempo crucial en mi vida presente, al aparecer este padecimiento justo al iniciar un proceso de paternidad, y con todo lo que implica, como cuidar y proteger a alguien más, dependiente de ti, y obviamente eso implica

una serie de responsabilidades y éticas, que al menos a mí, no me han permitido ver y experimentar la diabetes de una forma autocomplaciente o victimizante, y recalco el punto de la paternidad, ya que sin este hecho, no creo que estaría hablando de la diabetes bajo estos términos.

Un aspecto “negativo” de ser rebelde es rechazar el 80% de lo que te dicen y replantear el otro 20%, así que sin mi hija, estaría manejando este padecimiento de manera muy diferente, no creo que en el total rechazo, pero creo que no invertiría tanto tiempo y esfuerzo, o tal vez sí, es difícil colocarlo porque quién sabe que imponderables de la vida se me hubieran atravesado, pero de lo que estoy seguro es que, tener el ánimo de vivir con un padecimiento que te habla todos los días, lo hace soportable por el hecho tener a alguien que espera seguir viéndote por muchos años más.

La posibilidad de una cura, se encuentra en naturalizar de la mejor manera el tratamiento que lo acompaña, normalizando hábitos alimenticios, ejercicio y medicamentos, lo cual significaría colocar a la diabetes como parte de la vida, y en ese sentido, tratar de olvidarse de ella, ya que sin esta naturalización, es estresante estar en un constante escuchar al cuerpo, sintomatología y eventos relacionados con la diabetes, tendría que confesar que aún estoy en dicho proceso, lo cual requiere de tiempo, paciencia y atención constante, hasta que se transforme en algo natural.

Finalmente, vivir con la diabetes ha significado pensar en modo emocional, y eso se vincula a tener una mejor escucha interna, no solo de la sintomatología, sino de los propios sentimientos y pensamientos que lo acompañan, cuando por ejemplo, a propósito rompes la “dieta”, ya sea por gusto o porque no encontraste nada “nutritivo” a la mano; se piensa que está mal, luego se justifica y terminas teniendo culpa, aunque la racionalización que hagas pueda ser la correcta, dices “pues no he podido comprar fruta, o no me alcanza, pues robare una galletas de mi hija, y ahí mañana lo compenso”, pero al día siguiente te encuentras en la misma posición, y ya con culpa comes un pan, eso sí, con harta agua.

Si no supiera que en el trasfondo de esta culpa existen circunstancias y condiciones estructurales que están fuera de mi control, probablemente ya tendría hasta problemas mentales o emocionales, pero gracias a dios soy sociólogo, y si no me da para comer, me sirve para que no me tomen el pelo y/o auto engañarme, y si lo echo a perder, al menos será un acto consciente, y no estaré repartiendo culpas si esto se descontrola. De esta manera, lo

mejor que puedo hacer es preparar el mejor camino posible para mí y mi familia, para que este estado de salud, sirva como una nueva forma de ver las cosas, repensar algunas o reafirmar otras.

Lo único que lamento es no tener la oportunidad de poder tener un espacio como de retiro, en donde las condiciones materiales, sobre todo, no sean un obstáculo, y poder incluso pensar y actuar respecto a este padecimiento hasta como una experiencia trascendental. Tendré entonces que lidiar con ella, lo mejor que pueda afinando la escucha interna y aprender de las experiencias externas.

4.1.4.- Epidemia en pandemia

Implorando misericordia por sus pecados, satán riendo, abre sus alas (Black Sabbath, 1970)

Lo primero que recuerdo es que, en clases de posgrado, se comenzaba a especular la situación de la pandemia, cuando aún se encontraba focalizado en China, una profesora nos invitó a prepararnos con suministros y medidas sanitarias, cosa que me pareció un poco exagerada en ese momento, hasta que un par de semanas después, la cosa se puso seria, y para cuando comenzaron las medidas sanitarias en México, apenas si nos pudimos preparar, sobre todo en lo que concierne a medidas sanitarias como cubrebocas y gel, por ejemplo, ya que en cuestiones de suministros siempre tratamos de tener una despensa surtida, pues fuimos testigos, más que de desabasto, de una histeria poco fundamentada sobre dicho desabasto, en especial con el papel higiénico, pero no con el arroz o frijol, por ejemplo.

Así, unas semanas después del cumpleaños de mi hija, que por cierto fue el último evento social que se tuvo, inició el proceso de encierro denominado jornada de sana distancia. Desde el principio, nos estuvimos informando en las conferencias vespertinas, e incluso tuve que volver a ejercitar la neurona para volver a agarrar el hilo de la interpretación estadística, con lo que nos fuimos dando cuenta que esto no era una “gripita”, parafraseando al entonces presidente brasileño, y siendo sociólogos, nos dispusimos a echar mano de nuestros bagajes teóricos como conspiranoicos, como una forma de manejar el fenómeno, supongo.

Algo que sí me molestaba, era el hecho de que, uno de los motivos para no obsesionarme con tener o no hijos, era porque para mí, éste es un mundo de porquería en el que no sabría cómo orientar a un infante y explicarle el mundo que agoniza ambiental, social, económica

y culturalmente. Y ya teniendo a un infante, viene un evento como éste, que, precisamente, develaba o confirmaba esa podredumbre, siendo aún más decepcionante y con pena hacia mi hija que esto sucediera justo entrando a preescolar, con una serie de restricciones sociales, aspecto que considero en esta etapa de su desarrollo, mucho más importante que el saber números y letras. El aspecto clínico o epidemiológico no me asustaba tanto como el aspecto social, sobre todo cuando entendimos que las infancias, salvo ciertas situaciones clínicas, no representaban una población de riesgo. La cosa es que en la familia, si había población de riesgo, y era quien, además de diabetes, tenía sobrepeso y tabaquismo, en un principio eso podía leerse como una sentencia o al menos la probabilidad de agravarse con un contagio. Conforme fue avanzando la información sobre la pandemia, esto se fue clarificando poco a poco las preocupaciones personales y familiares, hasta que, sin recordar la fecha exacta, fuimos contagiados.

El proceso de sintomatología, lo comenzó mi esposa con signos de gripa, pero con la peculiaridad de que se pierde el sentido del gusto, y esto fue lo que la hizo trasladarse a uno de los hospitales habilitados para la atención, entre tanto, me quedé rondando por la casa con la paranoia de cuáles podrían ser los síntomas, sabiendo que, en teoría, a mí me podría ir peor, siendo estos finalmente un leve dolor de cabeza, garganta y ciertos jadeos. Mi esposa recibió las recomendaciones y tratamiento correspondiente, tomándolo como un caso leve y ambulatorio, pero trajo un dato que hasta la fecha no habíamos contemplado, que según el personal que la atendió, al recibir la información que se tenía de los contactos posibles, había alguien con comorbilidades, y al mencionar diabetes, se limitaron a preguntar si era insulino dependiente, y al recibir una respuesta negativa, refirieron que los que se estaban complicando eran aquellos con terapia de insulina y descontrolados, por lo que se limitaron a recomendar estar pendiente de la evolución de los síntomas. En tanto que mi hija, el mismo día que mi esposa comenzó con síntomas, en la tarde, justo viendo la conferencia, se encontraba jugando y de repente comenzó a tener fiebre que llegó a los 39°, le dimos paracetamol, y al cabo de media hora, estaba jugando y brincando de nuevo, como si nada hubiera pasado y sin volver a presentar ninguna sintomatología, habiendo tenido una confirmación por “asociación” como lo estuvieron manejando los epidemiólogos, por lo que al padecer su madre dicho síntomas, se asumió el contagio de mi hija.

Para concluir con la experiencia de contagio, cabe mencionar que los síntomas duraron alrededor de diez días, siendo el sentido del gusto el que más se tardó en recuperar, así

mismo, hubo un segundo contagio antes de la vacunación, y cuando nos tocó, nos vacunamos, y en cuanto a mi hija, intentamos un par de ocasiones, pero siempre había una espera para juntar una cierta cantidad de infantes, finalmente nos olvidamos y recientemente nos enteramos que la vacunación para estos grupos etarios, ni siquiera es tan recomendable, lo cual me parece lógico en una enfermedad que depende de un sistema inmune sano, y salvo los sectores que tengan una cierta condición de riesgo clínico, dejar que los infantes se adapten a este virus de forma natural, parece lo más sano, dado que es una herencia que se quedará con ellos, gracias a nuestra estupidez; entonces, si la misma naturaleza les ha dotado de herramientas para adaptarse, nada tenemos que jugar con nuestro adultocentrismo y nuestras lógicas paternalistas, corporativistas y paranoias modernistas.

Antes de iniciar con las opiniones conspiranoicas respecto a este evento, tendría que mencionar que el manejo de la diabetes no tuvo ningún cambio, salvo un incremento de cierto grado de estrés por cuestiones de trabajo, adaptarse a lo virtual y que la “vida social”, encierro o asilamiento, realmente no afectó, ya que de por sí, tanto yo como mi esposa estamos acostumbrados a no andar en la “pachanga”³¹, particularmente era o creo que aún lo soy, feliz encerrándome a escuchar mi música con audífonos viviendo en mis mundos alternos como lo he hecho desde la adolescencia. Por lo que sí llegué a sentir pena y frustración, fue por el desarrollo social de mi hija, que como mencioné antes, fue truncado en el espacio escolar que recién había comenzado, pero bueno, regresando al manejo de la diabetes, tampoco hubo consecuencias de descontrol o malos manejos que se pudieran atribuir al encierro, los contagios o la pandemia como tal.

Pues bien, válgase una valoración general sobre esta contingencia sanitaria, mencionando en principio que, sí asigno una responsabilidad por este evento, y me refiero a todos, unos por acción, otros por omisión, y todos por hedonismo autocomplaciente, y lo que realmente molesta es que haya muchos que aún no hayan aprendido la lección, y no hablo de la señora de las empanadas, que no cerró su changarro, aferrándose a un paupérrimo “honorario”, me refiero a aquellos que supuestamente tendrían un nivel, de conciencia, de análisis y comprensión equiparable a su nivel “intelectual” por así decirlo, cuando una vez pasado el foco rojo de la contingencia, lo único que les interesó fue regresar a su “normalidad”, sin

³¹ Fiesta, vida social activa.

cuestionar sus modos y estilos de vida, modos y formas de trabajo, de análisis o incluso de disfrute, sin tomar conciencia de que era precisamente esa normalidad la que nos colocó en tal situación.

Diría que esta contingencia fue el llamado de atención de una de las formas y entes más maltratados y violentados por la humanidad; la naturaleza, en un “ya basta” y hasta eso bastante comprensivo y compasivo, ya que estoy seguro de que la naturaleza puede fácilmente prescindir de la humanidad para seguir funcionando, sería la siguiente especie en la cadena alimenticia quien podría tomar su lugar, y aquí, no pasó nada. La humanidad y su pretendida divinidad, exclusividad y genialidad no sería más que un punto más en el tiempo y espacio de existencia (no historia, porque eso es una facultad de esta forma de vida llamada humanidad) que no hemos logrado comprender, estando ensimismados en nuestro antropocentrismo.

En este sentido, hasta no entender que son nuestros estilos de vida y pensamiento lo que nos está matando, tal vez la próxima advertencia podría ser la última. De este modo, una onda new age, un capitalismo verde buena ondita, o las revoluciones de café, no son más que una gata revolcada una y otra vez, porque no dejamos de pensar en nuestro orgullo peligrosamente convertible en ego, creyendo que estamos del lado correcto de la historia, quejándonos, pero viviendo de un sistema, aunque brutal, es altamente seductor.

Por lo tanto, deberíamos estar pensando disruptivamente, seas de izquierda o derecha, seas del género o adscripción que sea, todos deberíamos estar cuestionando nuestros modos, lugares, no esperando la normalidad autocomplaciente que nos lleva a olvidar nuestros errores, independientemente del lugar, situación o condición en la estemos o nos coloquemos. Sars –Cov 2 significa el destape de nuestro narcisismo, hedonismo y verdadera ignorancia (basada, no en no saber, sino en no querer ver), y siendo autocríticos, y para no extenderme, pondré el ejemplo del ejercicio y actividad académica, con la que, incluso analizando la pandemia, nos seguimos haciendo las mismas preguntas, cuchareando los mismos indicadores, dando las mismas explicaciones y lugares cómodos y comunes, como si éste hubiera sido un evento más, perfectamente explicable, y no un parteaguas y oportunidad para repensar la realidad y no me refiero a que todo sea estudiar la pandemia, sino que esto sea el punto de reflexión e inflexión para romper o reivindicar paradigmas, bajo el entendido de que ya nada puede volver a ser lo mismo.

4.1.5.- La vida alrededor

Siempre tuve miedo al futuro, porque en el futuro, entre otras cosas, está la muerte (Ernesto Sábato)

Para este apartado, recordé algunos comentarios que he recibido a lo largo de mi práctica sociológica, respecto a lo interesante que podría ser el estudiar la población coleta, siendo perteneciente a dicha tribu, y como tal, un raro espécimen dedicado a las ciencias sociales; la cosa es que no es tan fácil, y me convencí de ello trabajando con compañeros indígenas y diciéndoles lo mismo, y digamos solamente que como todo, tiene sus pros y contras, y dependiendo de quien sea, con quién sea y el contexto, uno puede tener más peso que otro.

Así que, tratando de realizar este ejercicio a partir de mi visión perteneciente, marginal y autoexpulsado de lo que considero en la actualidad como una subcultura, trataré de exponer esta última parte a partir de cómo fue, cómo es y cómo sería el ser o estar como coletos en diferentes contextos, pero enfocándome en la salud, algo del entorno social, cultural y político en el que me desarrollé, tratando de explicar puntos clave o de quiebre que puedan ser de utilidad o considere importante para mí configuración como persona, para que el lector pueda vincularlo con el ser y estar con la diabetes y digo al lector, hablándole al público académico, porque en este ejercicio me puedo dar el lujo de ser persona y sujeto de estudio, aunque tengo que confesar en este punto del ejercicio, empiezo a pensar en lo que hacemos a las personas con quien trabajamos, como las diseccionamos sin pensar y menos empatar lo que implica para ellos el abrirse a alguien que “quién sabe que pueda hacer con nuestra información”.

En fin, mi recuerdo de la infancia en estos aspectos, me lleva a la etapa de crianza en la que tanto mi madre como yo vivíamos en la casa de mi abuela, ubicada en el barrio de la Merced, en el nororiente de la ciudad, todavía siendo considerada en esa época como un barrio periférico, aunque durante la década de los 80's el crecimiento de San Cristóbal con nuevos barrios y colonias, tanto en el sur como en el norte, rápidamente configuró a estos barrios tradicionales como céntricos. Ya en la década de los 90's, a raíz de una intensa inmigración, tanto forzada como voluntaria, de población indígena regional, nacional extranjera y local, en ese orden de importancia, valoraría yo, comienza una transformación política, cultural, económica y ambiental, que junto con una pésima o nula planeación territorial, transforma radicalmente el paisaje de una ciudad, antaño considerada como un

pueblo provincial y bicicletero, de repente es ahora pomposamente la “la capital cultural de Chiapas”, pero ahora con un toque ya moderno y progresista.

Sin dar detalles de cómo esta pluriculturalidad afectó o reconfiguró a la “coletada”, me remito a mi recorrido hacia la niñez. En esta etapa de la crianza con mi abuela, en el preescolar y si no mal recuerdo, hasta el 2º de primaria, una ciudad semi urbanizada, con grandes campos, humedales, Ciénegas, en donde se jugaban diferentes deportes, incluyendo la caza de ranas, por ejemplo, y recuerdo haber sido testigo, en lo que se conocía como la isla, la caza de ranas y luego el consumo de ancas, lo cual formó parte de mi alimentación en esa época.

Recuerdo una alimentación basada en verduras, no solo al vapor o en caldos, sino con los famosos baldados de coliflor, brócoli, papa, calabaza y chayote, y algo muy peculiar en los hábitos alimenticios era la fruta, que si bien se podía comer a cualquier hora del día, era de ley comer alguna al mediodía a manera de colación antes de la comida. Otro elemento característico de la dieta coleta era el desayuno, que consistía en pan con café o leche y según la edad, los adultos consumían además jugo de naranja con uno o dos huevos crudos antes de comenzar actividades y de un almuerzo formal.

Esta forma de comer la recuerdo mucho porque uno de los atributos de mi abuela eran precisamente sus dones de cocinera que trató de enseñarnos, así como a degustar la cocina que ella misma aprendió de su madre, la cual era la considerada comida coleta, y como veía que sus hijas ya le estaban modificando muchas cosas, trató de prepararlas a la forma tradicional y que los nietos lo probáramos tal como era, así que, probamos desde elaborado mole, sopa de pan o tamales, hasta las sencillas pellizcadas, enfrijoladas o sopa de cilantro, sopa que recuerdo mucho porque nos la mostró y enseñó como una forma de sobrevivir en caso de caer en “pobreza”, tal y como ella la sufrió; la cosa es que su sazón no dejó que una sopa de cilantro supiera a “pobreza”, es decir, como algo que no se quisiera experimentar. También puedo recordar los rezos y fiestas tradicionales, en los que, como niños, nuestro principal interés era probar la comida que ofrecían, que iba desde el pan de fiesta y el chocolate, hasta la mistela, los pastelitos, las hojuelas y los panes compuestos, entre otros.

Ya viviendo en María Auxiliadora al sur de la ciudad, más o menos por la iglesia del mismo nombre, se encontraba un internado de padres salesianos llamado Don Bosco, en donde recuerdo pasar mucho tiempo de mi niñez en los juegos y canchas que tenían,

jugando bicicleta y diferentes deportes, y por supuesto, comer harto cacahuete, galleta de animalito y horchata cuando hacían sus quermeses y festivales. Recuerdo también que para esa época, la sabrita y el refresco ya formaban parte de la chuchería; después de una tarde de juegos la “recompensa” era un refresco en bolsa y una sabrita, ya que antes las chucherías todavía se enfocaban mucho en los chicharrines preparados, tacos dorados, elotes, y sí, dulces y galletas compradas por medida con pedazos de papel estraza, las galletas en paquetines, todavía formaban parte de un “lujo”. Tengo la memoria de cuando mi abuela me mandaba a la tienda diciendo “andáte hijito ca doña Lubia, y le encargás que te anote cinco de chorizo, cinco de queso y cuatro huevos, y coge de ahí para unos tus dos pesos de golosina... andáte pues recio y regresás ligero”.

En este contexto, lo que observé respecto a las enfermedades, eran las ligadas principalmente al consumo de grasas, sal y carne roja, por lo que se escuchaban problemas cardiacos y ácido úrico. Recuerdo muy bien cómo algunos conocidos sufrían mucho de extremidades por retención de líquidos y la famosa gota, por ejemplo, cosa que después padeció mi abuela, pero que logró controlarla el resto de su vida con tratamiento y cambios de hábito en la alimentación, con el detalle de que fue esto uno de los motivos para dejar de cocinar, ya que su platillos cocinados con poca o sin sal o manteca, por ejemplo, no valía la pena.

La diabetes en esa época, recuerdo haber escuchado que era una enfermedad cuyo riesgo “epidemiológico” se encontraba en aquellos que tuvieran más contacto con la tentación dulce, es decir, aquellos cuya actividad era la pastelería o los abarroteros, por ejemplo.

En el ámbito de las medicinas alternativas, llamadas por los expertos en medios como San Cristóbal como medicina “folk”, sí recuerdo muy bien la existencia de diferentes tipos de brujos, curanderos y especialistas de diferentes padecimientos; de hecho una de mis “facultades” ha sido el enfermarme de cosas raras, pues bien, sin darle largas, desde pequeño enfermé de asma, cosa que para aquellos años y en este pueblo era raro, y después de peregrinar por varios médicos, mi madre logró encontrar una terapia en Tuxtla con un alergólogo, entre tanto, me atiborré de corticosteroides, lo cual, según los expertos, terminó por “adelgazar” mis huesos, lo cual los volvió vulnerables, por lo que padecí al menos de siete incidentes, que incluyen fracturas, luxaciones, y dislocaciones en diferentes partes del cuerpo.

Lo anterior para señalar mi atención con hueseros para estos eventos, hierberos y sobadores para las crisis asmáticas, e incluso, aunque ya no es medicina “folk” coleta, de la ciudad de México, encontramos a un médico acupunturista, también para el tratamiento de crisis asmáticas.

Regresando al tema, llegué incluso a tener terapias de limpias, con huevo, gallina, rameada y toda la cosa, además tuve la oportunidad de conocer sobadoras y parteras gracias a mi abuela, quien era sobadora de empacho, y dado que esta era una especialidad, cuando le llegaban pacientes de otra índole, entiéndase embarazadas, torceduras, quebraduras³² (pero no de hueso), mal de ojo etc. Ella sabía con quién referenciar a los pacientes. Supongo que fue la seductora modernidad la que fue acabando poco a poco con todas estas terapias, y al influir en no ser transmitidas hacia los hijos o conocidos, quienes dejaron de creer en ellas embriagándose de los “milagros” médicos y científicos, y así, poco a poco, se fueron perdiendo los dones, y digo “Don”³³ porque mi abuela fue entrenada como sobadora no porque mi bisabuela lo fuera, sino porque al tener el don, comentaba que una de sus madrinas fue quien la entrenó al detectarlo en ella, teniendo un conocimiento general primero y luego especializándose según el don le fuera dictado, es por ello que, aunque sabía detectar torcedura por ejemplo, no tenía el don para esto, pero si podía referenciarlo.

De hecho, estas “profesiones”, por lo que alcancé a observar, eran oficios secundarios; mi huesero era carpintero, mi sobador era comerciante y mi abuela, ama de casa y cocinera. Y, aunque existía una retribución, sobre todo, en especie, el ejercicio de estos dones se consideraba como un servicio a la comunidad, es decir, no se podía ser negado, no importando hora o día, clase, etnia, género o credo.

En el presente, considero el ser coleta, como una subcultura más dentro de la palestra cultural o identitaria en la que se ha convertido esta ciudad, y sin ponerme sociológico para explicar cómo se llegó a este punto, lo cual no es aquí el objetivo, sí puedo señalar que enfermedades y padecimientos del mundo moderno han llegado a esta ciudad, ahora se ve la diabetes como algo extendido, algunos tipos de cáncer (estómago y colon por ejemplo),

³² Se refiere a un especie de mal de ojo, pero cuyos síntomas son más severos, y se asocia a un “deseo” por parte de un adulto hacia el infante, y cuyo síntoma extremo es una alta fiebre, llanto incontrolable y vomito.

³³ Se refiere a grosso modo, una especie de sensibilidad divina adjudicada a cierto tipo de personas, capaces de ser detectadas por ciertas actitudes y formas de ser de la persona, que junto a la explicación de ciertos sueños y sentimientos con dicha sensibilidad, la persona “experta” puede detectar e incluso ser mentor para que dicha persona desarrolle las capacidades de estas cualidades.

artritis y triglicéridos, de lo que he podido atestiguar, todo ello es atribuible en gran medida a un cambio de vida de pueblo hacia una vida cosmopolita de urbe, trastocando no sólo la cantidad y calidad de los alimentos, sino también los tiempos de ingesta y digestión, es decir, han desaparecido los desayunos, colaciones y meriendas, se han transformado en consumo de basura alimentaria o fusionándose únicamente en tres comidas, y han desaparecido las siestas, que no necesariamente era dormir, sino un espacio de reposo después de las comidas principales o pesadas, entiéndase almuerzo, comida y cena. Habrá quien diga que esto es malo o bueno, no es mi punto el calificarlo, sólo el señalarlo como “costumbres” coletas que han desaparecido.

Esto, sumado a una situación de salud mental mermada por el crecimiento urbano, violencia política y social, y en el caso del coleteo, una amarga frustración o nostalgia por lo que fue, lo que es y lo que ya no es, generando un entorno de estrés, tensión y vulnerabilidad social, que aún no se ha documentado bien respecto a su impacto en la salud biológica y cultural en un espacio como San Cris Bótil³⁴, y en un sector ahora marginal como “el coleteo”.

Ahora bien, lo último lo señalo desde fuera, y proviene más de una observación directa o relación o convivencia con familiares, amigos o conocidos coletos, ya que en mi experiencia, “renuncié” a este tipo de vida o adscripción desde los 14 años, honestamente, harto de pretender encajar en un círculo racista y clasista que no me aceptaba como soy, convirtiéndome en quién sabe qué, y siendo 1994, existían sobradas razones y motivaciones para la rebeldía y la digna rabia, así que mi postura como coleteo, proviene básicamente de recordar un tipo de vida pueblerino y de una alimentación rica y variada, enseñada por mi madre y abuelos, desde una perspectiva muy coleta de mi abuela, y, veracruzana, pescadora y mulata de mi abuelo.

Así que a partir de ahí podría aventurar a vislumbrar un futuro al menos en términos de salud, que es lo que convoca a este texto, y platicando con mi esposa, me hizo recordar un par de aspectos que bien podrían plantearse como un futuro a recuperar: las boticas, los sitios y agregaría, el argüende. Entonces, bajo el entendido que lo mejor para el futuro sería recuperar lo mejor del pasado, las boticas en San Cristóbal era una especie de punto medio entre la medicina alópata y la tradicional. Lugares en donde podías encontrar la receta

³⁴ Jerga para San Cristóbal de Las Casas, así como San Crisbosnia, San Cristobal de los charcos, entre otros.

médica, pero también un catálogo de hierbas, pomadas y ungüentos preparados o para preparar por encargo; el boticario tenía las capacidades para elaborar dichos preparados. Esto indicaría no sólo una recuperación, sino un replanteamiento de cómo pensar la salud, con una visión preventiva y correctiva de los padecimientos, en donde se atiende las enfermedades de la modernidad por un lado, y por el otro, los padeceres biológicos y subjetivos de las personas con la capacidad de integrar la naturaleza con lo humano.

Por lo tanto, el empacho, por ejemplo, al provenir de un problema digestivo de algo que al “pichi”³⁵ le caiga mal, ya sea por su estado o por ser un alimento que no corresponda a la edad del infante, e ignorando cuál podría ser el diagnóstico clínico para un caso así, el poder atenderlo con pomadas, sobadas y tés que estimulen el sistema digestivo, no pienso que tenga una contradicción con a la visión clínica, y sin negarla, pueden complementarse, al menos en ciertos y conocidos padecimientos.

Ligado a esto, está la buena vida, el “lekil lum”³⁶ que manejan tsotsiles y tseltales, que incluye no sólo un corazón contento sino un entorno contento; en un mundo de vida coleta, recuperar los “sitios” parece una buena forma de lograr estos fines. Sitio se refiere a un espacio en la casa ya sea la parte frontal o trasera, en la que se asigna un espacio verde, que anteriormente estaba conformado por jardines, huertos y espacios para la cría de animales de traspatio. Si bien en la actualidad el problema podrían ser los espacios, bien vale la pena echar a andar el ingenio y la creatividad para recuperar estos sitios de acuerdo con las necesidades actuales.

Y finalmente el argüende, que tiene que ver con una forma de convivencia social que se basaba en una interacción dentro de las actividades mundanas y cotidianas como el barrer la banqueta, compartir recetas, ingredientes, bienes o servicios de acuerdo con las posibilidades y habilidades de cada familia; de nuevo, adaptándolo a las nuevas necesidades para intentar reconstruir un tejido social bastante maltrecho por las dinámicas individualistas y hedonistas de nuestros tiempos.

Con estos tres elementos, podrían abordarse las diferentes dimensiones de la salud, ya no sólo de la población coleta sino de la sancristobalence en general, pensando en la salud como algo tanto biológico como social.

³⁵ Bebé, infante en etapa de amamantar.

³⁶ La buena vida y/o la buena tierra.

Finalmente, a pesar de este contexto de tradiciones, buena comida y crianza, socialmente son opacadas cuando el ser “coleto”³⁷ se asocia a contexto de racismo y clasismo histórico, especialmente hacia la población indígena, y digo especialmente, porque hoy en día esta discriminación también aplica a cualquier “fuereño”³⁸ al que se le asocie cualquier amenaza a esta “tradición”, finalmente esta discriminación está fundamentada en el miedo y la inseguridad característica del conservadurismo.

Mi abuela, al haber “pecado” al mezclarse con un mulato, se nos heredó un “color” que ya no era muy compatible en la blanquitud “coleta”, y además siendo obeso e introvertido, esto se convirtió en años de racismo y discriminación, que por supuesto sentó las bases para romper con esta cultura. Además, siendo mi madre guía de turistas, y luego como profesionista, estuve y estoy en contacto con población indígena, lo cual ha generado en mí una empatía, no por condiciones de clase, a mí jamás me faltó un plato de comida, vestido o recreación, pero al ser rechazado por mi propia “gente”, y volcarme en contra de ello a través de adscripciones culturales contrarias a ella, podía empatar en términos de la discriminación racial y cultural.

Además, conviviendo en estos contextos, hay eventos que marcan o fortalecen estas convicciones; recuerdo muy bien, un evento bastante impactante en mi persona, cuando un día esperando al regreso de mi madre de su trabajo, estaba en el centro de la ciudad, y observé a una mujer indígena con un bebé en brazos (le calculo no más de dos años), tratando de darle de comer, y este tan solo lo vomitaba, el niño estaba prácticamente en los huesos y los ojos hundidos, finalmente vi al niño desvanecerse, y asumí que había fallecido, cuando su madre con un rostro desencajado, viendo al horizonte y con los ojos llorosos, pero sin poder llorar, cubrió con su rebose al niño hasta el rostro.

Con impotencia y vergüenza, tan sólo pude quedarme ahí sentado hasta que la mujer cogió a su hijo en brazos y se retiró, dejando sus pocas pertenencias en la banqueta en la que se encontraba. Hasta ahí, era un evento de impacto emocional para mí, pero lo que lo convirtió en un acto de conciencia de clase y social, fue cuando levante la mirada, y observar que este indignante evento ocurrió en frente de una de las tiendas “coletas” más icónicas, símbolo del poder económico, político y cultural de ese San Cristóbal racista y clasista. Y

³⁷ Jerga utilizada para denominar a la gente nacida, crecida u originaria de San Cristóbal de Las Casas.

³⁸ Aquel que viene de fuera o no es originario de lugar en donde se encuentra.

por si fuera poco, cuando me moví de lugar, alcancé a ver que salió una de las empleadas de la tienda, con una cubeta y escoba, para limpiar la banqueta, y la dueña pudiera salir sin mayor problemas o asco.

Pues bien, todo esto me ha configurado como una persona muy crítica ante prácticamente todo, siempre buscando el negro en el arroz, retomando aquello que mucho rechazan o consideran irrelevante, y con todo eso, y regresando a la diabetes, creo que ha hecho que aún no tenga un proceso más consciente de lo que significa e implica este padecimiento, y no es que lo deje en un segundo plano, ya estaría descontrolado, sino que lo introyecto como otra cosa más de la cual preocuparme, pero no como el centro de mi existencia, lo que si tengo consciente, es que aprovechando las capacidades que he desarrollado, estoy determinado, no ha convertirme en un experto en medicina, mucho menos en diabetes, pero sí de mí propia diabetes, y eso ayudará no sólo a controlar el padecimiento, sino a crecer como persona.

Ahora bien, para finalizar este ejercicio, quiero mencionar que sí, colocarme como sujeto de estudio me está costando, ahora sacar al académico para autoanalizarme con mis bagajes teórico metodológicos, me es más difícil todavía, pero veamos que sale.

Tomando en cuenta de que cualquier posicionamiento político es un ejercicio pragmático en la vida cotidiana, el hecho de asumirme como una persona crítica, de “corazón”, es decir, de abajo y a la izquierda, por toda la experiencia personal aquí narrada más un posicionamiento intelectual marxista, nietzchtiano y anarquista desde una formación en las ciencias sociales, pensar en la diabetes, me remite a pensar necesaria e inherentemente con la estructura social, política y cultural que la subyace. De esta manera, y retomando una analogía médica, en donde la diabetes significa una disfunción de un órgano en relación al cuerpo biológico, viéndolo como un sistema, la forma en que lo interpreto, es que la diabetes no es una disfunción del sistema, sino al revés, un sistema disfuncional que provoca estragos en sus partes, es por esto que posicionar un subsistema alimentario chatarrizado, sobre explotador, superfluo e hipócrita, transforma en epidemia a esta disfunción orgánica, y esto no exime de una responsabilidad ante el padecimiento, pero es muy diferente hacerse responsable de la diabetes por culpa, habiendo fallado por glotón o inconsciente, que asumir dicha responsabilidad tomando consciencia de vivir en un sistema global fallido, ya que el primero sirve para sobrevivir, y el segundo sirve para transformar.

De esta manera, la diabetes me simboliza una molesta luz roja (haciendo una metáfora con el automóvil) que siempre te anda indicando una falla, y que ignorarla significaría el desvelación del cuerpo, es decir, la muerte. La cosa es que por tus propias condiciones y situaciones estructurales de existencia, no puedes parar el carro y meterlo a cada rato al mecánico para atender dicha luz, así que la atiendes de acuerdo a tus propios conocimientos y experiencias, desde lo particular en lo social. Bajo estos términos, “mí” diabetes es tanto un molestia y un sufrimiento, como una bandera para el cambio, propio y de conciencia social, tanto física, moral, espiritual y culturalmente, teniendo la consciencia de que el sufrir es motivante para la búsqueda de la felicidad, en donde la debilidad del rico y poderoso, es, nuestra hambre, en donde la existencia es un eterno círculo de deseos sin cumplir (en resonancia con Shopenhauer); por lo tanto, la diabetes me significa una toma de conciencia de lo anterior, a través de una constante, diaria y cotidiana alerta, cuando tomo mis pastillas, cuando tengo bajones de glucosa, cuando rompo la dieta, cuando estoy tomando agua, cuando veo los precios de las verduras. Es, en síntesis una relación de armonía/angustia, sufrimiento/felicidad con mi cuerpo, mi familia y mi entorno, por ejemplo, mientras me como una rebanada de pastel, pienso en lo mal que me hace, pero al mismo tiempo lo disfruto mucho más que cuando el riesgo era mucho menor o incluso nulo.

4.3.- Interpretando al interpretador

Para comenzar, se enlista una serie de categorías que considero y priorizo como algunas causas estructurales que subyacen a la DM.

- **Brujería y curanderismo:** Fenómeno abordado en el ámbito de la salud y la antropología, en especial en la medicina folk y tradicional, que en este caso se presenta como una realidad terapéutica pasada en el caso urbano, y presente en el ámbito rural y periurbano.
 - Todas ellas se componen en parte de creencias, y en parte de práctica. Jamás habrían sido registradas en la literatura etnográfica si no hubiese habido prácticas adjuntas a ellas. Lo mismo que otras instituciones, son igualmente resistentes al cambio y sensibles a una fuerte presión. Los individuos pueden cambiarlas, ya sea haciendo caso omiso de ellas, o demostrando por ellas interés. (Douglas, 2002: 123)
 - En la brujería, por ejemplo, es posible ver que las fronteras del sujeto desbordan los límites de su propio cuerpo para incorporar a la familia y a los bienes, a la manera del enmarañamiento típico de la estructuración comunitaria en la que el hombre no es uno (*indivis*) sino un-hombre-en-relación- o, más bien, un tejido de relaciones. (Le Breton, 1995:19)

- **Violencias:** Como ejercicios y manejo de poder, se ha presentado como un tema de violencia familiar y social, principalmente, pero en este caso se aborda desde su dimensión estructural, es decir, el perteneciente a grandes esferas de poder como el estado, sistemas económicos, políticos, sociales y culturales.
 - La violencia se hace presente a través de producciones de sentido diverso, por medio de formas de vida, desde donde se constituye el ser y el representar de lo social. La violencia es presencia ineludible de la historia; de este modo se han consolidado los procesos históricos, sociales y culturales; la violencia, en síntesis, se inscribe en el registro de lo imaginario, que es creación social e histórica. Rivera (2008: 10)

- **Situación económica:** Derivado de las condiciones materiales de existencia, cobra relevancia el acceso a recursos monetarios, no solamente para la sobrevivencia en general, sino como aspecto prioritario en el cuidado del padecimiento, es especial en el acceso, cantidad y calidad de los alimentos para él o los regímenes alimentarios recomendados.
 - El poder que cada individuo ejerce sobre la actividad de los otros o sobre las riquezas sociales, lo posee en cuanto es propietario de *valores de cambio*, de *dinero*. Su poder social, así como su nexa con la sociedad, lo lleva consigo en el bolsillo. [...]. El carácter social de la actividad, así como la forma social del producto y la participación del individuo en la producción, se presentan aquí como algo ajeno y con carácter de cosa frente a los individuos; no como su estar recíprocamente relacionados, sino como su estar subordinados a relaciones que subsisten independientemente de ellos y nacen del choque de los individuos recíprocamente indiferentes. (Marx, 1971: 161)

- **Relaciones, conflictos y cambios interétnicos e intergeneracionales:** Se refiere a dos condiciones de vida que manifiestan diferentes percepciones e interpretaciones de la realidad, claves para entender tanto la dinámica, como los posibles elementos transformadores de los imaginarios sociales en el tiempo social.
 - a) La etnicidad trata de la diferenciación cultural; la identidad es siempre una dialéctica entre la semejanza y la diferencia; b) La etnicidad está concernida focalmente por la cultura –significado compartido– pero también está enraizada en la interacción social; c) La etnicidad no es algo más fijo o inamovible que la cultura de la que es un componente o que las situaciones en las que es producida y reproducida; d) La etnicidad, como una identidad social, es colectiva e individual, externalizada en la interacción social e internalizada en la auto identificación personal. (Martínez, 2004: 142)
 - Las culturas de edad se construyen con materiales provenientes de las identidades generacionales, de género, clase, etnia y territorio. En el plano de las imágenes culturales, entendidas como el conjunto de atributos ideológicos y simbólicos asignados y/o apropiados por cada individuo, las culturas de edad se traducen en estilos más o menos visibles, que integran elementos materiales e inmateriales heterogéneos, que pueden traducirse en formas de comunicación, usos del cuerpo, prácticas culturales y actividades focales. Las condiciones sociales se configuran a partir de una interacción básica entre cultura hegemónica y culturas parentales. (Feixa, 2000: 79)

- **Perspectivas de muerte:** Aspecto existencial que aunque parezca individual, su aspecto social se impregna en el imaginario social en el cómo proyectar la propia vida al final de su ciclo, por lo que vida y muerte se vuelven indivisibles.

Determinándose una a la otra en imágenes construidas sobre la mejor forma de morir, y bajo estos términos, una buena muerte se convierte en símbolo de la buena vida.

- Los términos muerte y morir no son sinónimos, la muerte es la cesación absoluta de las funciones vitales, es la vida pasada, en donde las experiencias de muerte viven sujetas a nuestra cultura, mientras que el morir es el proceso por el que se llega a la muerte. El morir se puede considerar un desarrollo del vivir desde el nacimiento hasta la muerte. Es de destacar también el concepto de morirse, considerado como un tránsito, un proceso de separación, igual que las sucesivas etapas de la trayectoria vital de un individuo implican, para él y para el grupo, momentos de cambio de un estado a otro. (Fernández, 2011: 20)
- **Crianza y cuidado:** Aspecto en el que el cuidado se plantea como un compendio de aprendizajes desde la infancia que configuran las formas y modos en que se debe actuar, pensar y sentir, en este caso respecto al padecimiento, pero que es aplicable a otros ámbitos de la vida social, personal y familiar.
 - Salud/bienestar: También estamos ante un concepto nuclear, ya que se trata de la finalidad que persigue el cuidado, la noción que construyamos del mismo determinará también los modos y acciones del cuidar. Estamos ante un concepto subjetivo en su doble vertiente, en el sentido de que se construye y deconstruye culturalmente en el marco de cada sociedad histórica, y en el sentido de que se trata de una realidad dinámica que cobra vida de forma diferente en cada persona, e incluso en cada momento del desarrollo vital. Su noción puede, pues, oscilar desde visiones reduccionistas que la sitúan en la simple ausencia de patología física, hasta nociones de gran complejidad que defienden su estatus de realidad encarnada y construida de forma diferente en cada persona según sus conocimientos, experiencias vitales, bagaje cultural u objetivo vital. (Hernández & De Maya, 2020: 20)
- **Globalización y epidemiología local:** Mejor ejemplificado por la pandemia, esto implica un método de revisión y análisis de la experiencia y contexto social, dirigidos hacia posicionamientos políticos en la vida y estrategias cotidianas. Con los últimos tres relevos generacionales, se generó un cambio de conciencia planetaria, ampliamente abordado por la teoría sociológica crítica, en la que, con el incremento y rapidez de flujo de la información, estas generaciones ponderan sus experiencias e imaginarios a la luz de esta información para la toma de decisiones, y la epidemiología local es un ejemplo de esto, en donde dicha ponderación converge con las coyunturas para el actuar y pensar en términos de salud, observable en posicionamientos al sistema alimentario, por ejemplo, en donde ya no solo es válido el cuestionamiento al ‘con qué’, en referencia al recurso monetario, sino ‘al qué’, en términos de calidad de los alimentos, cuando se cuenta con una idea generalizada sobre lo que es o no sano, y cuando la calidad en los alimentos ha entrado en una dinámica mercantilista para generar un valor de cambio por sobre el de uso.
 - la sociedad global es desde el inicio, una totalidad problemática, compleja y contradictoria, abierta y en movimiento. Está marcada y signada por totalidades también notables, a veces también decisivas, aunque subsumidas, formal o realmente, por la totalidad más amplia,

abarcadora, global: Estado-nación, bloque geopolítico, sistema económico regional, gran potencia, empresa transnacional, ONU, FMI, Banco Mundial, industria cultural y otras; lo mismo que tribu, nación, nacionalidad, etnia, religión, lengua, cultura y otras realidades también fundamentales. Las propias formas de pensamiento se insertan en la dinámica de la sociedad global en su todo o en sus partes para operar en el sentido de la constitución de todos subordinados, o de la constitución de la sociedad global como una totalidad abarcadora, siempre problemática, compleja y contradictoria. (Ianni, 1996:171)

- **Modos de vida urbana y rural:** Ligado con lo anterior, lo urbano y rural pertenece a una categoría o filtro intermedio para entender las complejas formas de comportamiento y respuesta ante las experiencias vividas. Ambos ámbitos ofrecen distintas ventajas y desventajas para la acción social, y sirven como categorías para dialogar en términos de condiciones de clase, etnia, género y generacional.
 - Comunidad es lo antiguo y sociedad, lo nuevo, como cosa y nombre (als Sache und Namen). [...] comunidad es la vida en común (Zusammenleben) duradera y auténtica; sociedad es solo una vida en común pasajera y aparente. Con ello coincide el que la comunidad deba ser entendida a modo de organismo vivo, y la sociedad como agregado y artefacto mecánico. (Tönnies, 1947: 194)

Ahora bien, bajo el espíritu y objetivos de esta investigación, cabe mencionar la permeabilidad de estas categorías se traslapan de un cuerpo a otro, por lo que la interpretación de este, debe verse en la fluidez, interacción y hasta contradicción que existe en los tres cuerpos.

Dicho de esta manera, coloco dos posicionamientos políticos claves respecto a la DM, en primer lugar la etnicidad en donde en un espacio como San Cristóbal, los micropoderes atravesados entre mestizos e indígenas colocan dos posicionamientos diferenciados respecto a visiones, condiciones y estrategias de vida y muerte, pero en cuanto a la DM, los bagajes culturales de ambos funcionan de la misma manera ante la incertidumbre que plantea este padecimiento. Así que, aún con todo el conocimiento médico, científico, alópata occidental que se tenga sobre la DM, al recurrir a tratamientos alternativos y/o tradicionales, se accede a un imaginario sobre la salud en búsqueda de una cura, o al menos un sentido de bienestar biológica y social ante la DM, más aún, cuando en la historia de vida se cuentan con experiencias exitosas con este tipo de terapias, tal y como lo maneje con las lesiones corporales óseas o el asma.

Por otra parte, una perspectiva generacional de los cuerpos, permite argumentar cómo en tres estadios básicos aquí documentados en niñez, juventud y adultez, se conforma a la persona – sujeto, que responde ante los imponderables de la vida y sus eventos disruptivos como la DM. De esta manera, existirán elementos de una niñez bohemia centrada en el

cuidado y la alimentación, una juventud convulsa rompiendo con sus esquemas culturales heredados, en tanto rebeldía a su contexto mestizo-coleto-ladino-católico ortodoxo romano, reconstruyendo su identidad cultural en base a dichas rupturas. Lo cual, conforma un cuerpo político que termina en posicionamientos de constante crítica, desconfianza y cuestionamiento, que se manifiesta hasta en eventos biológicos como la DM. Y esto, sumado a una formación y posicionamiento desde paradigmas críticos de las ciencias sociales como adulto, al momento de un diagnóstico de un padecimiento crónico, plantea al menos, una perspectiva y prospectiva dual entre lo positivo y negativo en las características y experiencias vividas tanto de la DM como de la historia de vida.

De esta manera, se considera a la DM como un ejemplo encarnado de un sistema global fallido en crisis en forma de pandemia y precarización de condiciones materiales de existencia para una mayoría y ganancias obscenas para unos cuantos, lo cual orilla a determinar ciertas prioridades por sobre otras; por ejemplo, una paternidad recién estrenada por sobre una atención estricta a una DM recién diagnosticada, como eventos simultáneos. Así, teniendo una visión estructural de la salud, se permite interpelar desde la violencia, la forma en que un sistema mercantilizado de la salud, violenta al cuerpo individual al objetivar, negociar y generar plusvalía a partir de cuerpos domesticados, dóciles, mal nutridos y esclavos de comida basura, en una chatarrización del sistema alimentario y una medicalización dominada por una sola visión de la salud. Tener que elegir entre galletas o fruta por una cuestión financiera, es un ejemplo claro de esta violencia hacia el cuerpo y sus condiciones y estados de salud.

En este contexto, la dimensión íntima del padecimiento encarnada en la experiencia y emociones, parte de la disfuncionalidad de un órgano físico, irreparable, con una manifestación crónica, cuyo desdén en su atención es potencialmente mortal. Por lo tanto, las estrategias a este estado de salud son válidas para quien lo vive. Así, a pesar de pertenecer a una esfera racional, civilizada y hasta atea, el curanderismo es opción por dar sentido a las emociones asociadas a la DM como causa, consecuencia o circunstancias del padecimiento; porque vivir con una potencial sentencia de muerte si no se escucha al cuerpo, da un sentido de responsabilidad con la propia vida y las de los demás. Y, porque cuando replanteas la vida a partir de un padecimiento con las características de la DM, el bagaje existencial de la crianza y el cuidado, surge un sentido de seguridad replanteando lo

bueno y lo malo, e incluso lo que pareciera neutro, adquiriendo nuevos significados, tan cambiantes como la vida misma.

De esta manera, se establecen posicionamientos en los que la culpa adquiere utilidad como una vaga estrategia de supervivencia a la DM pensándola solamente como una enfermedad, disfuncionalidad orgánica o biológica. En tanto que la DM hecha conciencia trasciende lo biológico hacia lo social en forma y pensamiento para la transformación del estado de cosas, desde la existencia misma, hasta las causas estructurales del padecimiento, transformando el sufrimiento como un motivante para la búsqueda de felicidad. En ese sentido, la DM se convierte en una situación de salud y condición de existencia tanto buena como mala, causa y efecto de aversión o agrado en los eventos tanto banales (como una rebanada de pastel) como trascendentales (ver a una hija alcanzar su mayoría de edad).

Capítulo 5

Vivir con diabetes

5.1.- Vivir con Diabetes Mellitus

El vivir con diabetes mellitus (DM) en este grupo en particular, problematiza una serie de procesos, condiciones y situaciones individuales y sociales que, atravesadas por experiencias y emociones a lo largo de su trayectoria terapéutica, condicionan y dan sentido a estrategias y posicionamientos, en formas de vivir la DM con ciertas ventajas y desventajas, que se pueden observar en trayectorias de vida que van desde la aceptación a la negación; el control al descontrol del padecimiento, un constante aprendizaje, asimilación y posicionamiento político respecto a éste.

5.1.2.-Antes de la diabetes

Para comprender de mejor manera estos procesos, los antecedentes del padecimiento van desde tener en mente complejas experiencias familiares con DM u otras enfermedades crónicas que permean un sentido de anticipación a algo que se preveía en futuros estados de salud, futuros que ahora son presente en la realidad de las personas; en tanto que en el otro extremo se tiene una perspectiva más incrédula sobre los antecedentes y por ende, posibles causas del padecimiento, por ejemplo, teniendo la seguridad personal de no tener antecedentes familiares y por lo tanto, la DM es causada por otro tipo de agentes, que van desde los hábitos arraigados desde la infancia, un mal manejo de la emociones y experiencias de vida, hasta una adjudicación externa del padecimiento, como fue uno de estos casos, con la brujería de una expareja.

Entonces yo creo que tarde o temprano el detonante de la enfermedad lo tenía que hacer ¿no?, fue también más o menos la edad en que genéticamente mis padres les dio esta enfermedad, entonces, ya estábamos, bueno, yo en lo personal si estaba consciente que tarde o temprano me tenía que dar esta enfermedad, ahora bien, si yo hubiera tenido, o si hubiera meditado y pensado en su época bien y no pensando en el confinamiento y me tendría que haber preocupado por esa situación, creo que si lo hubiera mantenido, pero tarde o temprano me tenía que darme, pero me tendría que dar en una edad un poquito más avanzada, no a la edad que tengo. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

Cuando el doctor me dijo que si tenía familiares con diabetes, le dije que no, o al menos eso es lo que sabía, pues del lado de mi padre no sabía decirle, pero después le pregunté a mi madre, y me dijo que hasta donde sabía no había problemas de ese tipo, además me dijo que eso es cuestión de personas que tienen peso alto, y pues en la familia no somos así... (Sol, hombre, 45 años 2021)

Estos antecedentes, se remontan en este momento desde alguien que ha convivido con dicho padecimiento, es decir, desde haberlo experimentado a través de otro cuerpo biológico hasta aplicando las lógicas clínicas que se manejan en el imaginario colectivo con las causales de la DM, de las cuales destacan la correlación familiar de casos conocidos y ciertas características fisiológicas de este padecimiento, como la complexión física, asociándolo con una imagen de obesidad. De esta manera, ser “diabético” aunque no significa necesariamente estar obeso, en su imaginario se asocia con esta característica física, que a su vez se relaciona con una de las causales de obesidad, pensada desde lo sano y perjudicial en la forma y la calidad de alimentación que se tiene o tuvo desde tiempo atrás:

Pues de niño recuerdo que comíamos mucha verdura, y bueno, es que no teníamos mucho dinero, la verdad, mi madre trataba de estirar lo más que podía el poco dinero que recibía, y ahora sabemos que esa era la mejor alimentación, ¿qué ironía verdad?, porque ahora todo se trata de chuchería, y pues ya sabiendo eso, trato de darles fruta y verdura a mi hijos, pero ahora resulta que eso es lo caro, me cuesta más comprarles una naranja que una sabrita, yo creo por eso hay tanta diabetes y gordura, y pues antes no... {¿Cómo era antes?}, pues si había enfermedad pero diferente, la diabetes existía pues, pero no tanto como ahora, antes era más el corazón, el hígado o cosas como el ácido úrico y las diarreas (Sol, hombre, 45 años 2021)

Lo sano era comer caldo de pollo o un caldo de res con verduras, lo malo era comer cosas condimentadas, con mucha grasa, tamales, un mole o alimentos que llevaran mucha grasa, que precisamente mi mamá era especialista en eso, que era malo también comer en exceso pan, pasteles, que era muy común tener, porque siempre teníamos, entonces, era constante el consumo, ¿por qué era eso? porque toda la vida se dedicó, es más nos dedicamos, porque yo tuve que ayudar a mi madre y nos dedicábamos a eso, entonces llegaba un momento en que se quebraban algunas piezas, y hay no, que quede, *pa* qué? *Pa* echar café, y ya lo comíamos ¿no?, o que la mermelada hay que hacerla o hay que abrirla, *tons* se antoja agarrar el dedito, agarrar el platito, eso era ¿no?, entonces, sano sí, se podría decir que llevábamos un régimen, porque al final mi papá y mamá tenían la enfermedad de diabetes, entonces teníamos que adecuarnos a ese régimen, pero que no era muy estricto, porque ellos lo seguían a su forma de pensar, porque ellos decían: “ni modos que nos muramos de hambre” ¿no?, *tonces* como podamos vamos a llevar la dieta, pero pues no era la adecuada, no como ahora que ya hay especialistas en cómo llevar una dieta balanceada, una dieta correcta, pero pues ellos lo llevaban a su modo, que yo creo que mucha gente así lo lleva en actualidad, precisamente por lo mismo, como repito, hay cuestiones económicas y hay cuestiones de hábitos que tenemos muy inculcados desde pequeños. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)³⁹

El infortunio de dedicarse e identificarse con una actividad potencialmente peligrosa si se tiene propensión a la DM, y aun así disfrutarla y hasta formar parte de una identidad o actividad terapéutica, la cual, sumado a la lógica parental de comer lo que hubiese, de acuerdo con las posibilidades, necesidades o bagaje gastronómico heredado, fue permeando las valoraciones sobre el buen y mal comer, tomando en cuenta elementos como el

³⁹ Puedo agregar que la madre de Tierra, junto con su familia constituye una de las últimas familias dulceras tradicionales del San Cristóbal, quienes participaron por años en ferias, concursos y exposiciones, además de que contar (aún) con una dulcería tradicional de al menos 50 años de existencia.

financiero, que siempre tiene un gran peso al momento de “elegir” una dieta adecuada o “clínicamente correcta”, y en general de condiciones de vida que van mermando las posibilidades de reproducir dicho buen comer:

No vivía yo bien, porque no era yo vegetariana que digamos, porque comía cualquier cosa en la calle que los pollitos rostizados, que los taquitos, los refrescos, todo, las galletitas, y más cuando uno estudia cualquier cosa te encuentras en la calle para tapar hambre, pues ahorita, como es uno diabético ya sabes que no puedes estar comiendo cosas, tienes que llevar tu comidita tu lunch, tu torta (Urano, mujer, 28 años, 2021)

El acto de comer en términos de la diabetes, dada su importancia y significado terapéutico, se convierte incluso en aspiración que puede conllevar la recuperación del control de la vida y del propio cuerpo al poder ingerir en imágenes futuras, lo que se quiera, cosa que en el estado actual de salud representa no solo una irresponsabilidad, sino un factor de riesgo para la recuperación de la salud:

Servir para algo es lo importante para mí, así que ya me dio esta cosa de la diabetes, pues así como el trago, se controle para seguir funcionando... {¿Funcionar hasta cuándo?}... hasta que mis hijos sean hombres, que no tengan que dejar su niñez para enmendar errores de su padres, siendo hombres, me puedo dar por bien servido, incluso hasta para descuidarme a mí mismo... {¿Te refieres a la diabetes?}... a lo que sea, quiero sentirme liberado, volver a hacer, comer y beber lo que yo quiera (Sol, hombre, 45 años 2021).

Otra forma de vislumbrar y profundizar en el significado y sentido de la comida y la alimentación, es transformarla en una aspiración, que, aunque utópica, se encuentra documentada y sustentada en un pasado de una vida más armónica, sana y apropiada para los cuerpos biológicos, que proporcionaron una longevidad no concebida en estos tiempos:

Quisiera llegar uno a viejito como mi abuelito que murió a los 130 años, malaya así llegáramos, pero en estos tiempos ya no es posible así, mi abuelito sí murió de 130 años, porque dicen pues que él, no le va a comer el pollo de granja, él se cuidaba mucho en su alimento, no le va a tomar refresco, su refresco era el jugo de fruta natural, cortaba el durazno, lo cocía y ahí es donde sacaba la pulpa y el jugo, con eso tomaba, era su jugo, era su refresco, no el refresco embotellado, es lo que lo está matando la gente decía, él, carne seca, que se pone a colgar al fuego, que seque y que este bien deshidratada, después hacerla en caldo, esa era su comida, no comer la carne fresca con nervios porque tiene grasa, tiene ácido úrico, según él, pues. (Mercurio, mujer, 52 años, 2021)

Por ese motivo la gente no va a llegar a la edad que yo tengo por la mala alimentación, y por los químicos, es más orita dice, hasta el maíz, ya lo compran, el maíz que ya no es el maíz natural, todo lo que comemos ya ha cambiado mucho, no es como antes. Y me dijo: fíjate hija que yo a mis 130 años siento que ya voy a morir mañana o pasado, así dejó dicho, pero sin ningún dolor, yo me muero como que si me siento débil, como un árbol que ya no tiene fuerzas, como un tronco que ya está podrido y así voy a morir, con sueño nada más, sin que me duela nada, solo mi cuerpo se está debilitando; y así fue, se quedó dormido, sin ningún dolor, sin ningún síntoma, nada, simplemente el cuerpo se deja caer dice, sin fuerzas y ya. (Mercurio, 2021)

De esta manera, la genética, la experiencia social y familiar de la DM, los hábitos y la alimentación se convierten en un sentido de anticipación para la DM, sea como conciencia al momento de un diagnóstico o en la escucha corporal de ciertos síntomas. Este sentido de

anticipación se convierte en experiencia e historia vital para el manejo de las emociones, estrategias y posicionamientos que se necesitarían para vivir con la DM.

5.1.2.-El diagnóstico

De esta manera, un buen día aparece la DM en el presente de las personas y cuyos principales síntomas referenciados, tanto antes como después de haber sido diagnosticado, pueden diferenciarse claramente entre quienes viven y conviven con la DM, cuando los primeros hacen una mejor referencia de los aspectos fisiológicos del padecimiento en tanto que los familiares muestran de mejor manera los aspectos emocionales y sociales. Esto no quiere decir que quién vive con DM demerite o minimice el aspecto emocional del padecimiento, sino que lo incluye en otros aspectos de su vida, no necesariamente respecto a los síntomas. En este aspecto, quien vive con DM prioriza la sintomatología fisiológica que los llevó a pensar, sospechar o determinar el diagnóstico de DM con el que ahora viven. Se documentó una variedad de síntomas que pueden o no, estar presentes al momento de las entrevistas, como agotamiento, sed, temblores corporales, dolor de cabeza, bajo peso, boca amarga, orinadera, sudoraciones, irritabilidad y cambios de humor. “Pues me empezó a preguntar por síntomas de sed, la orina, cansancio... y chin... ahí me di cuenta que no era bolera que me estaba matando, era ya la diabetes y por lo que platicué con el doctor, ya tenía por lo menos seis meses con eso... (Júpiter, hombre, 55 años, 2022).

Era boca seca, se seca los labios, cansancio, agotamiento, y en sí dolores de articulaciones, sueño es lo que da, mucho sueño, y era que cuando me daba, tenía muchos años que no me controlaba, los doctores me decían que esta alta, altísima su glucosa; y el cambio de *orita* es que ya no tengo esos síntomas que tenía, ahorita ya soy activa, y me siento mucho mejor que antes pues. Y hago mis quehaceres, hago mis cosas, viajo y me siento bien. Si antes al viajar, nada más te subías y al camión y a dormir, y con la sensación de mucha sed, agua y más agua a cada rato, y tomar agua y hacer pipí. (Mercurio, mujer, 52 años, 2021)

bueno lo asocié mucho con el confinamiento, ahí es donde fue un detonante porque; Estar encerrado, estar con cuestiones de la pareja “es que quiero ver en la tele esto, es que yo quiero leer, es que yo quiero escuchar esto”, llega un momento entonces en que eso a mí me irritaba, pero no sabía por qué, por qué me irritaba algo tan insignificante, entonces, vinculé la enfermedad, vinculé el confinamiento, vinculé todos los aspectos no, pero entonces, si considero en ese aspecto que si hubo ese detalle por parte de la enfermedad, eso sí estoy segurísimo que fue por eso. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

Uno de los síntomas que llama la atención es el cansancio, del cual puedo atestiguar personalmente, es un síntoma que revela la cronicidad del padecimiento, ya que, a diferentes niveles, siempre está presente aunque por momentos o lapsos cortos o largos llegue a ser imperceptible por quien lo vive. Esto derivado de que, al ya no procesar de manera eficiente la glucosa, y cuya función está asociada al uso y eficiencia energética del

cuerpo biológico, un descontrol en estos procesos, afecta la percepción de eficiencia corporal, y esto puede manifestarse a nivel físico o mental, particularmente puedo manifestar que a pesar de que uno pueda sentirse “bien” físicamente para actividades cotidianas, puede que mentalmente en actividades como pensar se manifieste dicho cansancio, en una baja de la capacidad de atención o concentración, por ejemplo.

De esta manera, el no sentirse cansado o sin “ganas”, comienza a tomar importancia al momento de vivir con la DM, ya que no ser así, se comienza a generar la idea de que poco a poco se tendrá la capacidad de hacer o disfrutar menos de la vida y la cotidianeidad:

Ya lo viví con mi ex cuñado, y lo he visto con algunos vecinos, las complicaciones de la diabetes son horribles, y ya lo estaba yo viendo con esas ganas de no hacer nada, pero vera, por eso para mí lo de la insulina fue milagroso, por eso ya no lo dejo, y sé que con eso no voy a sufrir de complicaciones, ahí que me muera, pues que esa de otra cosa, o si es de la diabetes, al menos habré disfrutado el tiempo que me quede. (Mercurio, mujer, 52 años, 2021)

Así, el cansancio y las ganas, comienzan a tener sentido en la muerte, si se piensa en ésta como un cesé de actividades físicas y mentales ante un cuerpo inerte, y de esta manera la DM se convierte en un parámetro sobre lo que significa vivir a media pila o carga, aún con el padecimiento controlado.

Siguiendo la misma línea, puede observarse, irritabilidad y cambios de estado de ánimo, como aspectos emocionales por quien vive con DM, centrando su importancia sintomatológica como consecuencia del padecimiento, ya sea por su descontrol o como efecto secundario de los medicamentos.

Es de importancia señalar cómo el manejo de dichas emociones termina por formar parte del manejo del padecimiento y de la persona misma, ya que la DM potencia o revive aspectos de la vida pasada o presente, que denotan áreas de la existencia que requieren de algún tipo de atención o reflexión por parte de quien vive con este padecimiento:

Lo más feo que viví pudieran ser dos aspectos; uno, y considero el más es importante fue el de la pérdida de mi hermana que al nacer falleció, por parte de mí mamá, también ahí diagnosticada con diabetes, en su embarazo le diagnosticaron la diabetes y por esa cuestión perdió a mi hermanita, al nacer, pues nació mal y falleció. Ver eso, me impactó, ver a mi madre sufriendo, ver a mi padre atendiéndonos, éramos chamaquitos, no podíamos valernos por nosotros mismos, y la situación de cómo lo vivieron ellos, cómo nos trataron de decir que había pasado con nuestra hermana ¿no?, quisieron ser muy bondadosos en decirnos: ¿sabes qué?, nació, le salieron alitas y se fue, o sea fue un aspecto muy imaginativo porque al final nosotros sabíamos que había fallecido, porque a nosotros nos llevaban a la tumba de nuestra hermana, entonces sí creo que fue un momento difícil. Y lo otro difícil también fue lo que más me impactó en mi infancia fue eso de la muerte también de mi abuela de parte de mi mamá que tuvo el evento vascular cerebral, la vi postrada en una cama y posteriormente a eso determinaron que falleció, entonces eso, ver a una persona ya fallecida fue impactante en mi infancia. En el aspecto ya de grande, las pérdidas irreparables de mis padres, algo

que nunca se me va a olvidar y una de las cosas más tristes que he sufrido. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

La cosa está en que cuando me diagnosticaron andaba metido en otros pedos y preocupaciones; metido en la chamba, lo de mi esposa y algunos problemas con su ex, etc... Entonces, no me había dado cuenta que me volví más irritable... y claro, cuando recibí el diagnóstico, y con lo de la pandemia y con todo lo que implicaba, sin tener la glucosa controlada, uta, capaz hasta divorciado terminaba... [risas]... Y pues sí Migue, la diabetes descontrolada trae emociones gachas también, y es de lo que muchos no hablan, tal vez porque no hay evidencia, pero pues es parte de la vida también... (Tierra, 2022)

Si me va a dar, que me dé, o el clásico, si me muero que muera, yo contento, comiendo, dijeran, pero pues no es la realidad, porque pues tienes que valorar muchas cosas, considero que fue inmadurez en la juventud, porque si hubiéramos seguido un régimen desde la juventud yo creo no hubiera esta consecuencia (Tierra, 2021)

De esta manera, las emociones obligan a tomar posicionamientos frente a una realidad que de repente aparece, se hace carne y toma el control del cuerpo, sí, a través de un padecimiento, pero que abarca una parte importante de la existencia de la persona, por lo tanto el remordimiento, la culpa y la responsabilidad por los actos e historia particular, en algo social cuando se tiene que dar respuesta a un nuevo estado de salud que permea la cotidianidad.

Para comprender la importancia de las emociones en el cuerpo social y político, es apropiado recordar y vincular otro aspecto clínico en la forma, circunstancia o contexto en el que el diagnóstico se lleva a cabo por parte de las personas que viven con DM, ya que, curiosamente, los familiares refieren de manera casi inmediata el proceso de diagnóstico hacia los antecedentes y síntomas del mismo, por lo que se puede inferir que lo que aquí se denomina el diagnóstico, se asume como un evento muy personal de quien lo recibe. En este sentido, este proceso llevado a cabo con o por algún profesional de salud, se dio en la mayoría de los casos por circunstancias azarosas o por coincidencia, más que por un seguimiento rutinario, revisión o análisis clínico sistemático para un cuidado preventivo. Por tal motivo, exámenes de rutina para algún familiar, seguimiento prenatal o por algún problema contingente de salud, es el que “descubre” el padecimiento, en tanto que otra forma se realiza a través de lo que aquí se denomina autodiagnóstico, como un evento que se lleva a cabo sin necesariamente recurrir al ámbito clínico, sino por condiciones no necesariamente biomédicas, al menos al principio, como claramente lo manifestó una persona, quien asumió su diagnóstico como una cuestión de brujería por parte de una expareja, aunque también existe una confirmación clínica a través de un análisis de sangre.

pues fue la vez que me enojé mucho por lo de esa mujer, de hecho mi madre piensa que eso fue la causa de mi diabetes, que era un mal que ya me había echado desde antes, pero que eso fue la gota

que derramó el vaso... “ no sé, la verdad no creo en esas cosas, pero la verdad es muy raro que me haya dado una enfermedad como ésta, sin tener parientes con diabetes ni ser glotón, pero pues mi madre está convencida, y mi esposa también sospecha, porque dice que cada vez que se la encuentra se siente como pesada, y que a veces le duele la cabeza y se pone de mal humor, como sea, la verdad no tengo tiempo para andar pensando en eso, y si me embrujó, pues ya será de ella, ahí se le regresará, y si no pues de todas maneras que se vaya al diablo... ya tengo una vida y no me interesa andar pensando o hablando de ella. (Sol, hombre, 45 años 2021)

En esta parte vale la pena detenerse por un momento para reflexionar sobre la brujería como parte simbólica importante para el diagnóstico en términos de su causalidad, con la característica de haberse documentado en un contexto urbano y con personas nacidas de primera generación en San Cristóbal, de origen rural tsotsil, y, cuando en teoría podría pensarse en una afinidad mayor con la ciencia biomédica. Prácticamente toda la familia, incluyendo quien vive con DM (incluso con sus dudas) asocia dicho padecimiento con elementos externos como sus relaciones de pareja, ya que, por un lado, aunque existe una relación estable de parte de uno de ellos, una anterior es clave para adjudicar la causalidad de la DM, con una relativa incredulidad de un lado, y del otro un total convencimiento, derivado de una relación fallida, toxica y violenta. Convencimiento fundamentado en una larga historia de males, infortunios y padecimientos solucionados con terapias alternativas como el curanderismo, y que coloca la causa de la DM con el manejo de malas energías, sobre todo cuando no se tienen pruebas fehacientes para un padecimiento como la DM, como pueden ser antecedentes familiares u obesidad, por ejemplo: “a veces pues si discutimos, pero pues creo que es hasta normal en las parejas, no todo puede ser miel en una relación, pero pues no puedo decir que no, me apoya hasta con mi diabetes, no solo tratando de cuidarme con mi alimentación, sino hasta buscando remedios caseros que me puedan ayudar, así que puedo decir que al final conseguí una buena mujer con quien compartir mi vida” (Sol, 2021).

En elementos pasados sobresalen factores personales y sociales que han contribuido a factores de riesgo para la detonación de la DM, por ejemplo, problemas con malos hábitos de salud así considerados por los interlocutores, como lo es la alimentación o el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco, que contribuyeron a minar sus anteriores estados de salud, y no solo física, sino aspectos de la salud mental, al hacer referencia por ejemplo, a una larga relación cuya celotipia, posesividad y ambición que termina por minar la fortaleza de un cuerpo biológico.

Mira tú, ya estuvo bien de tus pendejadas, a la próxima vez que te vea cerca de mi familia, ya no respondo por mí, a lo que me contestó, que no le importaba porque ella ya tenía más ganada la

batalla de lo que yo me esperaba, diciendo una estupidez como que mi segundo hijo llevaba su sello y no sé qué pendejada. En fin, que terminó por arruinar la felicidad que sentía en ese momento por mi hijo recién nacido, y la verdad no tenía ganas de regresar a mi casa en ese momento, de tanto coraje que sentía, mejor me fui a tomar hasta entrada la madrugada⁴⁰. (Sol, hombre, 45 años 2021)

La brujería, bajo estos términos se asocia con lo que se ha documentado como “mal echado”, como una especie de infortunio social y familiar de fuentes externas que terminan manifestándose en el cuerpo individual a través de síntomas y padecimientos físicos, que para el caso de la DM, significa una serie de obstáculos y retos de larga data, ya que al ser crónica e incurable, termina por afectar a los eslabones morales y emocionales más débiles del núcleo familiar, y cuya atención e incluso cura, requieren de una gran inversión económica, emocional y hasta política por parte, no sólo del o la directamente involucrado, sino de los círculos y redes de apoyo cercanos, lo cual no solo tensa las relaciones al interior, sino que se convierte en un elemento fundamental para la recuperación de la salud, y cuya inversión para la cura adquiere un sentido en el que vale la pena llevar a cabo los esfuerzos que sean necesarios, ya que es en pro de un beneficio no sólo individual sino colectivo.

Existe por otro lado, antecedentes y propensiones a la DM que son atendidos o tomados en cuenta en ciertos momentos o periodos de la vida de la persona en cuestión. La ironía, el choque emocional y el desconcierto surge cuando la DM como padecimiento orgánico se descubre en un diagnóstico al azar o por coincidencia, y más aún, cuando se consideran condiciones y situaciones personales en comparación con otras, como benéficas, y hasta con estrategias preventivas; y de repente, la DM se hace presente con toda su incertidumbre:

Yo pensaba, en análisis que me hice con antelación, hablando de los 28 años, yo consideraba de que pudiera salir (diagnóstico de diabetes), pero no, siempre mantuve el margen, pues manejaba mucho mejor que otras personas que hacia el comparativo. Muchos compañeros de la universidad resultaron con problemas de diabetes, posteriormente, saliendo de la universidad, cuando empezaron a trabajar, estamos hablando de que eran jóvenes de 29 años mucho, 28 años, y que ya presentaban ese tipo de enfermedades, y que congénitamente no lo tenían, o sea, y yo consideraba que eran deportistas, jugaban fútbol, y pues resultó que tenían ese problema, pero ellos me explicaron cuál era la situación, era la forma en que tenían el trabajo, el estrés que estaban a cargo también, y pues la alimentación que es esencial, y el sedentarismo que tiene uno en una oficina, entonces ellos me explicaban: “es que tenemos este problema”, y también otro de los factores es que también tomaban cada fin de semana, que esto también incrementa estrepitosamente la glucosa en la sangre. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

⁴⁰ Para cuando esto sucedió, Sol había pasado por un largo periodo de sucesos desagradables con su ex pareja, que fueron desde acosos hasta eventos extraños señalados por el como animales muertos en la puerta de su caso, amarres con fotografías etc... Por lo que llego un punto de hartazgo cuando esto afecto a sus hijos y su relación con ellos.

La intrínseca incertidumbre que acompaña la DM, pone en juego, al momento del diagnóstico, una serie de lógicas, experiencias e imaginarios que ofrecen ciertas certezas y reflexiones, respecto al padecimiento en cuestión y otros aspectos o experiencias vitales que, bajo este nuevo estado de salud, tendrán una imbricación con otros, tal y como se pudo documentar con la DM/ alcoholismo:

La verdad don Miguel, es que dan vergüenza algunas cosas de mí diabetes de antes, y es que pues era la época que andaba de cabroncito echando trago y en la parranda, que me trajo problemas con mi familia y mencionarlo, a veces todavía me trae algunos reclamos... pero la cosa la recuerdo así... Estaba yo trabajando en Yajalón que por ahí del mediodía (era sábado recuerdo), que me desmayé en plena chamba, lo bueno es que estaba ahí mi suegro y cuando recobré la conciencia, me dijo que se me había bajado la presión y me dieron un vaso con agua y azúcar... bueno hasta ahí, no pasó nada más, y como la verdad estaba yo medio crudo y empecé a echarme mis frías, *ques que pa* bajar la cruda. La cosa es que para el lunes tenía una gran dolor de cabeza y fue que se me hizo raro porque de cruda no me da dolor de cabeza, me da sed y me siento hinchado, así que mi suegro me mandó a la clínica y pues ahí le dije al doctor qué había pasado, y me checaron la presión y todo; estaba bien, pero me checaron la glucosa y que va, que andaba yo en más de 300, y ahí si el doctor me dijo “es usted diabético”(Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

Así como la brujería o condiciones laborales se consideran como agentes externos de causalidad o contexto para desarrollar o potenciar la DM, cuando se tienen estados de salud previos asignados a una responsabilidad individual y de estilos de vida contrarios a un imaginario social sobre la salud en el “buen vivir” asociado a un cuerpo alejado de los excesos y responsable laboral y familiarmente, reasigna una nueva dimensión hacia la responsabilidad personal asociada a la DM en términos de alimentación y sedentarismo principalmente, este padecimiento adquiere otro sentido respecto a la forma de asumirlo y afrontarlo, cuando previamente se considera al cuerpo biológico como sano.

La gente vivía mucho, no se moría de diabetes, por ejemplo, ora que ya comemos como ricos da esas enfermedades, antes con comida de pobre era más fácil morir de trago que de diabetes. Ese sí recuerdo mucho don, mucho alcoholismo, sobre todo los hombres, no podíamos tener dinero sin gastarlo en trago y se acababa muy mal, lo golpeaban a sus mujeres, se metían en problemas, deudas y muchos casos tristes, ahí muertos por donde quiera de congestión, como le dicen.

[¿ y de las mujeres, recuerda de qué morían o se enfermaban?]

Uff, le tocó a una de mis hermanas, de golpes don, fue muy feo, y luego el marido bolo, los niños ahí tuvimos que ver por ellos... y luego estaban los malos embarazos, eso era algo que vi mucho [...] Ah pues los frijolitos, las verduras, los rabanitos, en algunos días el huevito, los caldos de gallina o el vacax⁴¹... ahh todo natural y muy sabroso, y algo que aún con las tortillas de fábrica, nuestras tortillas recién hechas es algo que nada ha podido superar y más acá en el pueblo, porque como no se da tanto maíz, lo que da queda es para la comida. (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

Antes, que pena, pero si no estaba trabajando, andaba parrandeando echando trago, pero ya que enderecé mi camino, pues ya hago cosas de familia, hasta aprendiendo de artesanía; salimos a pasear a San Cristóbal; un día hasta comimos *picza* ahí donde está el Chedraui, ahh ya tan sabroso don Migue, ya sé por qué lo comen tanto, pero antes ni pensarlo, toda esa paga se iba para el maldito

⁴¹ En referencia al caldo de res, Vacax significa Vaca en tsotsil.

trago, ora ya disfruto de otras cosas, y así quiero que siga... [¿Eso sería un plan a futuro para usted?].... Pues sí, pues ¿Quién quiere andar planeando vivir sufriendo?, no digo que sea fácil, pero, pues vale la pena, yo así lo veo: si tu futuro es fácil, no creo que valga mucha la pena. Le digo porque ya lo vi, ya lo vi fácil, y sólo me trajo problemas... al final, me trajo la diabetes y ese fue el punto de reaccionar, a partir de ahí ha sido como aprender de nuevo y eso inspira vida... La vida ahora es buena, porque lo vives diario, la cuidas todos los días y por eso lleva a un buen futuro... (Júpiter, 2022)

Este testimonio demuestra cómo el consumo de alcohol, al estar asociado a situaciones de violencia familiar y estructural adquiere un peso simbólico importante al momento de contrastarlo con la DM, y que uno se encuentra en un constante traslape de experiencias y estrategias al momento de vivir, no sólo con la DM sino con otro estado de salud, en el que incluso uno depende del otro para ser controlado, en este caso el control del alcohol es un factor determinante para la DM, pero que incluso, como se verá más adelante, la fe y adscripción religiosa también determinan un buen control del consumo de alcohol, de momento es importante señalar la importancia y el peso para el control del padecimiento, y sobre todo sobre prospectiva de vida que se quiere, e incluso una imagen sobre la muerte:

Bueno, para empezar el hecho de que mis hijas no se hayan casado por dote⁴², pues no quiere decir que alguna vez no encuentren a alguien y casarse, y pues ahí se irían de casa, eso es algo que como padres tenemos que estar conscientes que eso va a pasar, pero bueno si no se casan, pues igual quién sabe qué les depara que también quieran irse, tal vez eso de fatalista lo veamos yo o con mi esposa, y ahí sí perdón por meterme yo también, pero a como están las cosas, que los dos nos cuidamos, sabemos cómo se siente el cuerpo con estas enfermedades y cómo ya sabemos nuestros modos, a estas alturas de la vida es seguro digo yo, que si se va uno se va el otro y no digo solo por la tristeza o la soledad, porque por más ahí estarían las hijas, pero eso de las enfermedades y cómo nos cuidamos ahí si lo vería muy difícil, así, como por ejemplo; si estuviera yo sólo a cargo de mi diabetes, tan cabezón que soy, se olvidaría a veces la medicina, creo que no me aguantaría el antojo, uy, y ya estando triste quien sabe, Dios me libre, pero hasta el maldito alcohol me tentaría. Por eso le digo que la fe es tan importante, pero pues ahí sí, perdón por la expresión, pero pues Dios no va estar tras de mí para la pastillas, *pa* la comida, y todo eso, y yo creo que lo mismo pasaría si le faltara a mi flaca, porque también ahí le ando recordando y ayudando con su enfermedad... así lo diría, se va uno se va el otro, así de sencillo... (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

Cómo se muere, también es importante, no es lo mismo morir en un accidente, que morirte en tu cama, con tu familia, esperando que la huesuda se aparezca... y eso sí, por eso me cuido bastante, si Dios quiere, morir en paz, tranquilo, porque eso también ayuda a tú familia pues, ya ve usted como es de feo, por ejemplo eso de los desaparecidos, imaginando quien sabe cuánta cosa, sin saber dónde buscar, rezarle... esta feo eso, entonces digo que así como nacer debe ser una dicha, morir debe ser un acto de paz...(Júpiter, 2022)

5.1.3.-Las estrategias

De esta manera, Dios – Alcohol – DM, se convierte en una triada existencial que ejemplifica el nivel de complejidad que implica vivir con un padecimiento construido social y culturalmente a partir de una serie de experiencias y emociones detonadas al momento del

⁴² Este episodio en la vida de Júpiter ha marcado en su persona un punto de quiebre, no solo en cuanto a su propia masculinidad y paternidad, sino en cuanto a pensar en un episodio, ya viviendo con la diabetes, como una revelación existencial para abrirse a nuevas oportunidades y formas de ver la vida.

diagnóstico. Y es partir de este, que comienza una serie de estrategias terapéuticas que incluye, no sólo medicamentos o tratamientos bioquímicos para el control de la DM, sino ciertos aspectos emocionales con los que se lidia, o lógicas familiares que se implementan para llevar de mejor manera la terapia recomendada para el control del padecimiento, especialmente los niveles de glucosa. En este sentido, medicamentos prescritos, ejercicio y dieta forman una idea de bienestar respecto a la DM que permea prácticamente a todos los entrevistados en diferentes niveles, aunque si se cumple o no, es otra cosa.

Pues son básicamente tés de neem y moringa, que tomo como agua de día, y, pues yo supongo que sí me hacen bien, porque hasta ahora no he sentido nada feo de la diabetes, como dicen mucho que es la *orinadera* y bajar de peso por ejemplo, lo que sí, que mi familia me ha insistido en que me haga limpias y esas cosas, porque creen que también puede ser emocional y de malas vibras... [¿Y tú crees en eso?]. . . no es que crea mucho, más bien no dejo de creer, y si no me ayuda, tampoco me va a perjudicar, tengo mis creencias, y creo que si hay personas que te hacen, y que te hacen mal, entonces, probar no cuesta nada, y si no pues ya me dijo el doctor que debo hacer para que la diabetes no me avance. (Sol, hombre, 45 años, 2021)

Fue que implementaron una dieta especial, eliminando harinas, azúcares, grasas, este, tuve que ir a consulta con una nutrióloga para que me diera un plan de alimentación, el cual si fue efectivo, al inicio manejaba niveles de 180, 160 y tantos, llegó un momento que llegué a 220, que fue cuando me diagnosticaron, entonces comencé a tomar medicamentos que recetó el médico, pero eran demasiado altos, estaba tomando tres pastillas en las tres comidas, y aparte dos medicamentos fuertes que se consideraban cada 12 horas, pero pues lo que me recomendaba el médico era hacer la dieta y pues implementar el uso de un glucómetro y verificar tanto en ayunas como entre comidas y antes de dormir, para verificar cómo estaban los niveles, pero con el régimen alimenticio cambió bastante, o sea bajó, disminuyeron también los medicamentos que me dieron y pues hasta la fecha, pues lo tengo, no así controlado como dijeran, normal, pero pues si de 110 no bajo ni subo, puede que a veces suba por cuestiones de que haya alguna reunión, o de que pasaron las fiestas decembrinas que se nos antojó comer algo, o cuando se sale y se antoja comer alguna chuchería en algún restaurante, que a veces, ahí está lo complicado pues, pedir qué comer, que no te pueda afectar. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

Los hipoglucemiantes son de uso generalizado, solos o combinados con otro tipo de medicamentos, por ejemplo, sulfunilureas, para estimular o sensibilizar la secreción de insulina, y acompañados, en menor o mayor medida, de algunos tés o hierbas, mientras que en la parte de ejercicio, ninguno manifestó tener algún tipo de rutina o método específico o especializado para esto, salvo durante la pandemia, cuando algunos tuvieron oportunidad de la caminata, por ejemplo, pero en general la implementación de esta terapia se incluye dentro de las actividades cotidianas en la rutina laboral, es decir, a veces se puede, a veces no, o como manifestó uno de los interlocutores que, al vivir en el campo, cortar y cargar leña, termina siendo una buena rutina aeróbica.

En lo que se refiere a la “dieta”, incluye dinámicas familiares que merecen ser abordados con más detalle, lo que sí es digno de mencionar dentro de las estrategias, es una conciencia sobre el manejo de la emociones, tratando de incluir dentro de las terapias, el tratar de no

pensarse enfermo, o no apegarse demasiado con los problemas cotidianos. “ni un médico me dijo eso, solo la que me aconsejó fue la doctora que vino de México, ella nos dijo también que este, también se debe a eso, y pues también me dijo: sabes qué?, esa enfermedad se cura, saliendo, distrayéndose, olvidarse de que estás enferma, no pensar en que estás enferma, piensa en que estás bien, y eso ayuda mucho.” (Mercurio, 2021)

Un punto importante a señalar sobre el consejo, es que, además de ser parte fundamental para implementar estrategias tradicionales de atención a la salud, es la confianza que se deposita a quién tenga un conocimiento o experiencia respecto a la DM, ya que independientemente de las contextos o experiencia personal sobre dicho consejo, se confía en sus generalidades para aplicarlas al propio estado de salud, por lo que la experimentación del cuerpo físico y sus emociones valen la pena en un padecimiento que además de ser crónico (cotidiano) es incurable, y apelar a un conocimiento omnisciente sobre la existencia humana, se convierte en un recurso de recuperación de la salud.

En este contexto se puede aducir a parte de la denominada “carrera del enfermo” (Menéndez, 2003), referido a cambios y valoraciones que manifestaron varios interlocutores sobre médicos u otro tipo de terapeutas a los que han recurrido para la atención de la DM, entre quienes se puede encontrar atención terapéutica tradicional.

No me fue bien, porque una señora, médico, me dice; ¿sabes qué?, vas a tomar esta yerba, te vas a tomar dos litros, y después de te vas a checar a un doctor cómo va tú glucosa, y yo lo hice, y lo tomé, y fui y la glucosa alta, *híjole*, entonces no, no le hizo bien, y me dice otro doctor: que el agua de, una fruta que lo hacen en dulce que se llama, aquí en Chiapas le dicen el coyol, la raíz de eso, lo va a *aste* a tomar por un mes me dice, y bueno, ahí lo voy tomando y nada (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

En el caso de la atención tradicional, resalta la atención a través de limpiezas y estrategias contra actos de brujería asociados a la causalidad de la DM, mientras que se documentó otra basada, no solo en tés o compuestos herbales para el tratamiento de la sintomatología, sino también en su inherente elemento moral y salud mental basado en el “consejo” que consiste en una interlocución de problemáticas existenciales y comunitarias.

Que lo bueno es que funcione, si no para qué, y la medicina de ilol sirve, sólo que, pues la diabetes es enfermedad de hoy, creo que apenas están aprendiendo de cómo tratarla, pero la plática, el rezo y el consejo es algo que le hace muy bien a cualquier enfermo... Lo malo es que cada ilol tiene como que sus métodos y pues, si uno anda jodido del cuerpo, andar pruebe y pruebe puede salir mal, y no digo que la medicina de doctor no falle, pero yo digo que no es la medicina, sino por el doctor, a veces el doctor falla, que no te checa bien o que no les gusta escuchar, y uno medio sonso, pues te dan mal la medicina y ahí está la maldad... (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

{¿y todavía sigue visitando curandero?}... Pues, fíjese que para la diabetes, pues ya no tengo necesidad, pero si llego a veces para lectura de pulso y consejo, porque ya con mi insulina, bendito

Dios ya me controlé... {¿Y qué clase de consejo es para lo que va?}... Pues es que como tradición que ya tenemos, el curandero no cura solo el cuerpo, también el alma, y el alma se cura hablando, con consejo... Llego un poco para lo de mis nervios...

{¿Y cómo funciona una consulta de esas?}...

Pues se acostumbra llevar el refresco, el *posh* o la comida como pago, y en mi caso, pues solo nos ponemos a platicar, me dan el pulso, y me comenta que es lo que puede estar afectando mis nervios, da consejo y dice cuando hay que volver o hacer para ver que vuelve a decir el pulso... {¿Y hasta ahorita que le ha dicho?}... Pues no le puedo decir mucho porque si no, no funciona, pero pues se platica de tus problemas, de los problemas de la comunidad, pues tratando de encontrar por dónde puede estar el problema; pero, pues sirve, yo digo, que no sólo para mí, sino para la familia y el pueblo, porque hay que vivir tranquilo donde vives. (Mercurio, 2022)

Esta dimensión sacra de la salud, aunque parte de una dimensión individual del cuerpo, su consenso social hace que sus procesos terapéuticos involucren a estos círculos y redes, ya que aunque individual y biológicamente se pueda tener bajo control un padecimiento como la DM, al agregar elementos emocionales y de experiencia social, requiere de un tipo de atención al cuerpo social, documentado aquí en términos de la medicina tradicional y/o curandería, pero bien puede pensarse en términos de atención psicológica, o de otras redes de apoyo.

En cuanto a la atención biomédica, a pesar de que existe una valoración positiva o al menos aceptación de su validez, existen valoraciones de tipo cualitativo, en las que se acusa de una cierta indolencia por las cuestiones morales y sociales del padecimiento, o de una burocratización que llega a considerar a los pacientes, un expediente más al que hay que dar salida. De esta forma, se han realizado varios cambios en su atención terapéutica, una en la que se ha cambiado al menos a dos médicos y a dos curanderos, y otro a cuatro médicos y a un enfermero, quien a pesar de su formación biomédica, sus recomendaciones son de tipo homeopático.

pero también depende mucho de los médicos, o sea, porque el primer médico que nos trató que fue un viejito lo vi agotado en su trabajo, agotado en sus laborales, en pocas palabras con un *valemadrismo*, como que lo ve muy cotidiano, muy seguido, entonces, tramite y vámonos. Mientras que el otro médico, lo he encontrado con mucha sobre carga de trabajo, tamos hablando que ve 30,40 pacientes en un día, es demasiado, demasiados pacientes para una dependencia, pero aun así conserva ese buen actuar como médico y paciente, tonces considero que depende también mucho de la formación que tengan, de la saturación que tengan de enfermedades, y tres los avances también, es mucho más valido un conocimiento más reciente que los que tienen ya un conocimiento muy anterior. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

5.1.4.-Ventajas

Recapitulando; una serie de antecedentes, síntomas, diagnóstico y estrategias terapéuticas, se avanza hacia las ventajas y desventajas, beneficios o perjuicios, que derivan del vivir con DM bajo las circunstancias antes descritas.

Comenzando con las ventajas, beneficios o aspectos positivos, están los que tienen que ver con el padecimiento en sí, independientemente de su manejo, el cual genera, en quien lo padece y convive con él, una serie de lecciones relativas a las reflexiones en torno a los estilos de vida hasta ahora experimentados, ver la DM como una forma de alcanzar una mayor calidad de vida, evitando excesos y considerando la calidad de los alimentos e incluso, la DM ha contribuido a una mayor diversificación de los alimentos, incluyendo aquellos que, aunque cualitativamente menores, como la comida chatarra, ni siquiera se habían probado, por estar en círculos percibidos como autodestructivos como es el alcoholismo, por ejemplo.

ahora que tengo diabetes, es cuando más comida he probado, ya probé la mc *donals*, la pizza, la comida de chinos y hasta una cosa rara de arroz crudo, el sushi o algo así, y pues le digo al doctor y otra vez, uno me dice que está bien sólo que sin exceso y otro dice que porqué lo ando haciendo, pero bueno, mi pensamiento dice “ lo que me estaba matando era el trago, no la diabetes, así que, no tomes y mejor comes”, me cuida pues, le repito, después de dejar el trago, lo que menos me preocupa es mi diabetes. (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

no se me antoja porque yo sé que eso no lo debo comer, y fíjese que me dicen unas vecinas que también son diabéticas: yo no soportaría verlos comiendo, y yo no comer eso; pues fíjate que yo sí porque aquí en comunidad hay reuniones, se juntan en fiestas, se hacen comidas grandes, y yo no puedo comer eso, me disculpo y no lo cómo, pero ellos dicen que no, que no aguantan esa tentación, y por eso es que no pueden, porque les da ansiedad de comer, y a mí se me hace raro porque te controlas mucho dicen. (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

tienes que limitarte, para poder dar un seguimiento a tu vida cotidiana, eso no significa también, platicaba con varios médicos, y ellos me comentaban: es que la diabetes no es para matarte de hambre, puede comer, pero puedes comer limitado, o sea, si antes te comías 10 tortillas, come 3, come 4, e ir gradualmente eliminándolas, y estas alternativas que están dando cualquier tienda departamental (supermercado), que ya hay artículos con este problema de diabetes, que pues en la anterioridad cuando veía a mis padres no había, mucho lo que había es el famoso canderel, los endulzantes que según eran sin azúcar, pero pues contenían sacarosa o fructosa que eran los mismos derivados del azúcar. Ahorita no, ahorita hay elementos que no son de azúcar por ejemplo Stevia (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

Otro tipo de ventaja, es el derivado de un buen control del padecimiento, en el que el uso gratuito y efectivo de insulina representa un “milagro”, al ser un insumo que incluso ha permitido recuperar aspectos físicos y emocionales importantes para la tranquilidad y actividades cotidianas. Así que, poder acceder a medicamentos gratuitos, redes de apoyo y una guía para superar malos hábitos, también tiene ventajas para los familiares, quienes al ver recuperarse a quien vive con DM, encuentran un desahogo físico y mental, e incluso para aquellos que tienen sus propias comorbilidades y requieren de estas mismas estrategias terapéuticas, parcial o totalmente.

Bajo esta misma línea argumentativa, existen ventajas que tienen que ver con condiciones y situaciones muy particulares, como la posibilidad de tener una segunda opinión y

seguimiento médico o terapéutico, quien además puede ser un familiar o conocido cercano, o el contar con apoyo moral o espiritual para problemas que subyacen un buen o mal control de la DM.

pero a quien recurrí fue con mi hermano, y mi hermano, él es médico, el me comentó pues, que tendría que cuidarme, tenía que cambiar los hábitos, etc... entonces a eso recurrí. Y entonces me dijo no: “!pues tienes que bajar de peso, a hacer más ejercicio, y cambiar tú dieta”. Él me comentó: “pues tienes que tomar medicamentos ahora, no te funciona, va a tener que ser necesario que sean dependiente de insulina”, y ese fue un miedo, dije, “no, no quiero”... Él lo manejó primeramente personal, o sea él me dijo: “¿sabes qué? bájale de peso, siempre te recomendé has ejercicio”, pero pues yo nunca lo escuché, porque digo, ahhhh, si me va a dar, que me dé , o el clásico, si me muero que me muera yo contento, comiendo ¿no?, dijeran, pero pues no es la realidad, porque pues tienes que valorar muchas cosas, pues considero igual que fue inmadurez en la juventud, porque si hubiéramos seguido un régimen desde la juventud yo creo que no hubiera habido esta consecuencia, que tarde o temprano tiene que dar, porque genéticamente estamos cargaditos ¿no?, ahora bien, en el aspecto de hermanos, eso me comentó. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

De esta manera, vivir con DM, recompone experiencias vitales que terminan por redimensionar el padecimiento no sólo como algo tolerable, sino como una experiencia de vida de la cual también se pueden sacar ventajas o aspectos positivos; activa las herramientas y redes sociales disponibles; se repiensa las experiencias pasadas; se aprende a manejar emociones; e incluso se accede a aspectos del imaginario en salud que tal vez no se habían cuestionado, por ejemplo, el “placer” de probar la comida chatarra, o el milagro de estabilizar o controlar el padecimiento a través de los “milagros” de la ciencia.

5.1.5.-Desventajas

En cuanto a las desventajas, retos o aspectos negativos, cabe destacar algo que se dejó pendiente en el apartado anterior, que tiene que ver con la alimentación como parte del tratamiento y control, de gran peso en las estrategias terapéuticas de los interlocutores. De esta manera, existe una primera dificultad al realizar un cambio de régimen, y una segunda en cómo mantenerlo. En el caso del cambio, tiene relación con la dificultad de lidiar con hábitos arraigados y en la forma en que estos cambios se socializan en el entorno familiar y generan una serie de adaptaciones que no necesariamente son armoniosas, como el hecho de no adecuarse a estos nuevos regímenes, implica un aumento en los gastos respecto a comida o la inversión de tiempo que requiere una comida casera, pues se considera que llevar un buen régimen alimenticio es, de por sí, caro, no tanto por las cantidades, sino por la calidad de los alimentos, y más aún, si se tienen que consumir fuera del hogar, por lo que su adecuación dentro de seno familiar, es de relevancia y puede llegar a generar roces, aunque también se encuentra el caso en el que, cuando algún otro miembro (s) de la familia,

requiere (n), o es deseable llevar un régimen como el recomendado para quien vive con DM, se puede desarrollar una especie de alianzas en las que la familia genera una forma de régimen en común que pueda complementar tanto uno como otro estado de salud.

Pues de niño recuerdo que comíamos mucha verdura, y bueno, es que no teníamos mucho dinero, la verdad, mi madre trataba de estirar lo más que podía el poco dinero que recibía, y ahora sabemos que esa era la mejor alimentación, ¿qué ironía verdad?, porque ahora todo se trata de chuchería, y pues ya sabiendo eso, trato de darles fruta y verdura a mi hijos, pero ahora resulta que eso es lo caro, me cuesta más comprarles una naranja que una sabrita, yo creo por eso hay tanta diabetes y gordura, y pues antes no... {¿Cómo era antes?}, pues si había enfermedad pero diferente, la diabetes existía pues, pero no tanto como ahora, antes era más el corazón, el hígado o cosas como el ácido úrico y las diarreas (Sol, hombre, 45 años, 2021)

Pues mire, siendo una chamaca, y llegar a una ciudad como Tuxtla, pues hasta miedo te da, tener que aprender el español, pero también siendo chamaca, le aprendí rápido y así, sin tener miedo y hablando español ya se me hizo conseguir trabajo, trabajo de casa pues, pero ahí también le tienes que aprender, con piso de tierra, pues no sabes trapear; con sus trastes de peltre, pues no sabes lavar vajilla fina; comiendo solo frijol, pollo y hojas, pues no sabes cocinar puerco al adobo [risas]... y así pues te vas educando, en cómo hablar, comer y hasta caminar (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021).

desgraciadamente tenemos una menor de edad que lo que más se le antoja son las golosinas; que gansito, que unas papas, que refresco, y pues a ella también se le antoja, ella no maneja niveles de glucosa altísimos, son bien bajos, pero ellos no estuvieron acostumbrados a comer muchas verduras, entonces ahí es donde existe conflicto, entonces tendría que comprar comida para mí y comida para ellos, entonces a veces se vuelve doble el gasto, por es que a veces digo, es una enfermedad a veces cara si no hay ese aspecto general de pareja o de familia; pero pues también como les he dicho a ellas: tenemos que prevenir porque pues tienen un antecedente de hipertensión y problemas cardiacos, entonces, pues les digo que tienen que enfocarse en eso porque tarde o temprano pueden tener esa consecuencia, entonces lo que se hace con un buen control, con buenos hábitos alimenticios es tratar de alargar esa situación que llegue, tarde o temprano tiene que llegar pero ya que sea lo más después ¿no?. Eso es lo que ha sido la complicación en la familia. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

De esta manera, la alimentación representa con conjunto semiótico que impacta directamente en el apego o no a un régimen necesario para el control de la DM, lo cual implica también una serie de relaciones de poder entre lo que se debe, se puede y se hace respecto a la DM, que ponen en juego las relaciones interpersonales, no sólo a nivel familiar sino hasta institucional representado por la figura médica, de manera indirecta por las políticas de salud, alimentaria y de las condiciones materiales y sociales de existencia, en donde vivir con DM, significa también sobrevivir en un contexto de chatarrización, pauperización de la alimentación, y hasta devela cuestiones de clase, al problematizar la comida, su formas y modos de preparación como algo a lo que se aspira a través de una jerarquización de los alimentos, como de primera o de segunda categoría, y de quién y cómo se tiene acceso a ella, de ahí la necesidad de posicionar al cuerpo político que permite analizar a profundidad los posicionamientos que surgen de las estrategias necesarias para vivir, sobrevivir y entender un padecimiento como la DM en la cotidianidad y en los imaginarios instituidos de ésta.

Otra aspecto importante, en cuanto a las dificultades de vivir con DM, tiene que ver con algún tipo de consecuencias que se hayan generado de manera directa o indirecta; aunque en esto se ahondara más adelante, por el momento, basta referir las dificultades de manejar la parte emocional del padecimiento, incluso teniendo algún apoyo terapéutico al respecto, no sólo la preocupación o el estrés, por ejemplo, sino también una especie de culpa o remordimiento propiciado por lo que ha significado vivir con este estado de salud, ya que involucra todo un proceso histórico personal, familiar y social.

Se puede mencionar a quien por haber gestado y parido a sus hijos teniendo DM, tiene algunas consecuencias como bajo peso por no haber podido amantar, o el ejemplo de la persona que dentro de una serie de eventos clave en su vida, incluida la DM, el lidiar con el consumo de alcohol adquiere más importancia que el propio manejo de la DM, ya que si se descontrola lo primero, se recae en una serie de conductas que resultaran en que la misma DM también se descontrola.

No se apure, no es tristeza, es alegría y le diría lo mismo, mi mejor medicina ha sido dejar de tomar, clarifiqué mi mente, y ahora estoy al pendiente de mis pastillas, de mi comida y de cuidar mi cuerpo, y sí, de repente me hecho algunos té que me da mi esposa, dice que la canela me ayuda, pues adelante, y cositas así, pero *borrachote ¿aste cree que haría todo eso?*, no, que va... (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

[¿Y tú crees que eso que te dijo el doctor haya hecho que no hayas podido embarazarte bien antes?]. Sí es lo que me dijo... [Pero ¿Cómo le hiciste ahorita con los otros dos, se te fue fácil o te fue muy complicado?]. Fueron muy complicados, muy complicados, porque desde, bueno desde mi primer embarazo me prohibió de todo el doctor y es el momento en donde más se te antoja las cosas, que quieres comer esto, que quieres comer el otro, porque he escuchado a muchas mujeres que dicen que les da mucha náuseas, vomito, a mí no, me da más hambre y subo de peso más y cuando nacen mis bebés flaquititas, flaquita me pongo... pues ellos se lo chupan todo pues... Nunca les di de mamar, nunca les di pecho, a pura fórmula crecieron, y este, pero si lo sentí horrible, horrible porque no podía yo comer porque la tortilla sólo me permitió el doctor comer tres tortillas en la mañana tres en la comida y en la cena tres, si puedes dos, pero a veces me comía uno más porque no me llenaba y tampoco así se me controlaba se me subía a más de 200 y ya fue que el doctor, bueno hice mi estudio, de, después de que me dio dietas quince días, hice mi estudio salió más alto todavía, “¿hiciste la dieta lo que te dije?” si lo hice, lo que me dijo... [¿Esto qué me dices es cuando estabas embarazada?]. Sí, cuando estaba embarazada... “¿Hiciste la dieta, por que salió bien alto? Bueno vamos a pensar que no eres diabética” que nada más hay mujeres que se le sube la glucosa cuando están embarazadas esto se llama diabetes gestacional así se le llama”, bueno doctor, “tú piensa que no tienes diabetes”, “bueno”, le digo. Nació mi primer niño y ya me quedé así, “vas a tomar quince días y vas a volver hacer tus estudios y vamos a ver si eres o no eres diabética, si ya pasó quince días quiere decir que sí, pero por el momento vas a controlar tu glucosa con pastillas, si no se controla tu glucosa te voy a dar las insulinas” ¿y qué son las insulinas? “son unas agujitas que te vas a picar por donde está tu ombligo más o menos” ¿y duele mucho? “No, no duele”, “ah bueno”, le digo. Y bueno, no quise usar las insulinas, no quise usar la insulina, bueno porque, como ya había hecho las entrevistas de que algunos que usan insulina ya no pueden luego vivir sin insulina. (Urano, mujer, 28 años, 2021)

Lo que se puede extrapolar de estos testimonios, es cómo las consecuencias de la DM no se limitan a quien la vive, de ahí la importancia de documentar a los familiares, pero en esta

parte se puede inferir cómo los seres queridos se ven directamente involucrados en los procesos de descontrol de la DM, a nivel biológico, emocional y hasta económico, con lo que se puede afirmar, que la DM lejos de ser un padecimiento preponderantemente individual es social, con la característica de que termina siendo un factor presente en prácticamente cualquier otro padecimiento que se manifieste, ya sea como consecuencia, causa o factor asociado.

Teniendo en cuenta estas consecuencias previas a un diagnóstico de DM, se encuentran las consecuencias de un descontrol del padecimiento, por los medicamentos o por la sintomatología asociada a la DM, en cuyo caso se tiene documentada la forma en que se descubre dicho descontrol como una consecuencia de problemas odontológicos, por ejemplo, o de terminar en una hospitalización con hipoglucemia por la experimentación con diferentes terapias, e incluso reportar problemas estomacales como gastritis a consecuencia de la ingesta de medicamentos, asociados a un mal manejo de la alimentación, resultante, a su vez, de falta de apetito.

Es que aquí nada más vive la doctora que me lo quitó la muela y de repente me dice, “Urano pues tienes que bajarle el azúcar” “¿y cómo le hago doctora, que ya no puedo?, “vete con el” ... ¿cómo se le llama el endo.... [¿Endocrinólogo?]. Exacto...¡¡¡ Con ese!!!... “vete con ellos si te van a hacer muchos estudios” “¡Ay me da mucha flojera de ir!” “Urano, ¿cómo le hacemos pues?, porque esta alto tu glucosa esta como 470, y por eso no te sana tu herida”, y ya se me llenó la casa de pastilla, en la casa me recetó todo tipo de pastilla para la infección, ya agarró la infección más de un mes ¿caso sanaba?, cuando comía yo, se me sangraba, se me sangraba y hasta uno ya no da ganas de comer porque ya comes pus con sangre...(Urano, mujer, 28 años, 2021)

Y ya otra señora, ya no es curandero, me dice: “vas a tomar la hoja de míspero”, y con la hoja de laurel, ahí sí, eso sí me bajó la glucosa, pero de ahí tanto que hasta la clínica fui a parar, porque digo, ¡me siento mal, no sé, me siento mareada, siento que me voy a caer!, porque tomé de más de un vaso grande de esa hoja, y entonces, inmediatamente me llevaron a la clínica (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

De esta manera, los procesos de descontrol en un padecimiento como la DM, detona eventos biocorporales de experimentación terapéutica que van consolidando una experiencia sobre el padecimiento, que al menos para quien lo vive, adquiere sentido de acuerdo a los resultados biológicos y sociales que se vayan obteniendo, sea éstos positivos (en pro de un sentido de bienestar); negativos (con consecuencias de dolor, angustia o físicas y emocionales); o neutras (sin resultado aparente), por lo tanto, se sustenta la idea de que el mejor experto es quien vive con el padecimiento, ya que la vive en su particular modo y forma, tanto biológica como social.

Siguiendo el hilo de las desventajas, es pertinente señalar algunas consecuencias que se han asociado a la vida con DM, ya sea antes o después de vivir con este padecimiento, y aunque la mayoría de éstas son negativas, vale la pena mencionar una de carácter positivo que estará permeando uno de los ejes más importantes a destacar en los cuerpos individual, social y político, en referencia a la forma en que la DM se convierte en un motivo de reflexión sobre la vida y la muerte, sobre la delicadeza de una y la inevitabilidad de la otra, sobre la necesidad de fortaleza tanto en la vida como ante la muerte.

Pues así como le mostré lo de la coca, pues *pa* que viera cómo la diabetes ya forma parte de la vida del pueblo. Me acuerdo que de niña, sí no sabía de esa enfermedad que existiera... ya con el tiempo se fue conociendo, pero por desgracia, se conoció por lo doloroso que es...[¿A qué se refiere?].... Pues que de repente se empezó a ver gente que perdía un pie, o que quedaba tirada en la calle o su casa... Coma diabético, creo que le llaman y así, yo creo que por eso ayudó a no andarse burlando, porque poco a poco, ya no era sólo una persona; resulta que si la hermana, la tía, la cuñada, la comadre, el compadre, el vecino y así... de repente pues ya somos bastantes y ora sí la gente empezó a respetar la enfermedad...

[¿Y alguna vez escuchó algo de esas burlas que se hacían?]

Pues no es algo que le pusiera mucha atención, pero cosas desde “mira cómo te chupó el diablo”, diciendo pues como cuando uno empieza a adelgazar mucho, hasta cosas bien feas como “por andar de cerdo ahí vas a reventar ya”, o una vecina que la acusaban de haber engañado a su esposo y que por eso le cayó la diabetes, como si fuera maldición o castigo, así que, además de quererla apedrear, ahora le achacaban a eso su diabetes...[¿ Entonces, usted nunca ha sido señalada o criticada por su diabetes?].... Pues por la gente no, tal vez por algunas personas de cómo llevo mi diabetes, pero pues es porque no se sienten con fuerza de voluntad para seguir los tratamientos y la dieta... Ora que uno, lo de la investigación, tampoco muchos quisieron, así que si nada les gusta que va uno a hacer... pero pues pleito y cosas así pues, ya va de cada quien también cuidarse...(Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

Pues las consecuencias más que nada, son complicaciones que se viven muchas veces silenciosas, y para cuando te das cuenta o quieres hacer algo al respecto, ya es muy tarde o muy complicado. Lo vi con mi tío, mi abuela y mis padres, y no lo quiero ver con más familiares ni tampoco conmigo mismo...

Ora que te voy a decir que eso requiere de mucha atención y cuidado de uno, por eso es que no quiero tener hijos, la responsabilidad que implica me llevaría a descuidarme; lo sé porque me conozco y pues descuidarse uno es no pensar en tu familia o hijos, además, ese cuidado ya lo hago con mi esposa e hijastra, y mira pues, cuando te comenté lo de los marcadores cancerígenos, no anda uno pensando en sí mismo, sino en la persona que requiere tu cuidado, y por más, también me descuidé yo... No sé si entiendes la dinámica, pero es un ciclo de cuidarse y cuidar a otros, que no quiero reproducir con hijos, porque los pones vulnerables y eso no se vale, y no me gustaría que un día supiera que heredaron algo de mi parte y entren en ese círculo...[Bueno, en esa lógica, pues tú hermano tiene dos hijos, y conociéndolo a ver si no sale con un tercero un día de estos, ¿Qué le dirías a él teniendo prácticamente las mismas posibilidades que tú, al menos en términos de la famosa genética?]....

Pues siendo médico⁴³, tiene la seguridad sobre lo que puede o no puede pasar y respeto eso, pero a veces si me preocupa por mis sobrinos y es natural digo yo, por eso le digo que de todas maneras los cuide mucho, que recuerde lo que pasamos y que no por confiado tenga que pasar lo mismo ahora como padre, en especial si ya no estoy para apoyarlo. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

⁴³ Hablando de su hermano, quien ejerce esta profesión, y quien también es la segunda opinión médica.

Lo que era solita hacia lo que podía o estuviera en mis manos, a defender a las compañeras, veía cómo sufrían, les destruían sus casas, me decían “Mary a mí me van a correr”, pero, ¿por qué te van a correr?, ¿qué hiciste?, “no lo que pasa es que no me ha pagado mi patrón y no he podido pagar mi cooperación” y, ¿cuánto debes?, “cien pesos o cincuenta pesos”, ¿solo por eso?... me van a correr por no pagar mi cooperación, “¿y qué hacemos pues?”, “no sé”... y a veces me daban lástima las señoras y le decía, vete a pagar y ya le daba unos sus cincuenta pesos y ya me lo regresan y así ... Pero si sufríamos mucho acá, porque el representante anterior, Dios mío, no tiene compasión, no tiene nada de: ay pobrecito, qué va decir pobrecito a él le conviene, porque entra otra persona, otro dinero. Y por defender a otro ya casi me iban a correr (Urano, mujer, 28 años, 2021)

Los doctores dicen que mayormente viene, así como de herencia y hay más propensión de ser diabéticos, pero hay la creencia también, que muchos corajes, fuertes sustos, cosas así y tú tienes la propensión de cosas así que lo hace explotar y ya se vuelve diabetes, y tu pareciera que eso detonó o pareciera que eso detonó que tuvieras diabetes cuando tuviste a tu niño cuando estuviste muy metida aquí como representante (Urano, mujer, 28 años, 2021)⁴⁴

Los principales elementos a argumentar en las desventajas mencionadas se encuentran: El estigma; que aunque ubicada en el pasado, muestran cómo dicho señalamiento proviene de la rareza, extrañamiento y frecuencia de casos observados, y más aún cuando padecimientos como la DM, demuestran síntomas que pueden asociarse a eventos sobrenaturales, como el rápido adelgazamiento de las personas, en donde ser “chupado por el diablo”, alude al imaginario de la robustez del cuerpo como un ideal de salud, especialmente en espacios caracterizados por una carencia alimentaria o de pauperización económica como ha sido históricamente el ámbito rural indígena, sin embargo, puedo aducir que en contextos incluso urbanos como San Cristóbal, estas expresiones y asociaciones se utilizaban en las décadas de los 80s y los 90s, recuerdo a mi abuela usar expresiones como “rosadito y gordito” en señal de infantes con una buen estado de salud. El cuidado; en el que a partir de experiencias familiares directas con la DM u otros padecimientos parecidos, se posiciona una lógica de aversión al pensarse en un círculo de cuidado, en el que el desgaste físico, mental y emocional afecta no solo a quien vive con el padecimiento, sino que al trasmutar este rol hacia la de cuidador, la pena, vergüenza o remordimiento puede apoderarse de aquel quien, habiendo vivido con el padecimiento no haya realizado las acciones o previsiones necesarias para romper dicho círculo, y se reproduzca ahora a través de seres queridos, es decir, al haber vivido las experiencias con los padres, por ejemplo, ahora como padre la carga es mucho mayor si se llega tener hijos que desarrollen este mismo padecimiento, y si bien bajo una lógica médica, esto puede tener una explicación, el drama social vivido en la historia personal y familiar, termina imponiéndose ante cualquier lógica científica, racional u objetiva sobre el padecimiento. El

⁴⁴ Esto en referencia a una época en su vida previa a la DM, en la que vivió un gran estrés en un contexto de violencia social en su colonia, y al ser por mucho tiempo dirigente político y representante social.

contexto social; ligado a lo anterior, aunque se tenga una certeza o conocimiento sobre la DM, su asociación con causalidades emocionales, vincula a este padecimiento con la historia social de los individuos. De esta manera, situaciones de violencia, pobreza, discriminación o de constante conflicto son ejemplos de entornos estresantes que terminan por ser determinantes o coadyuvantes al momento de diagnóstico o descubrimiento del padecimiento, lo cual convierte a la DM en un símbolo de degradación y decadencia de la calidad y estilo de vida, al menos, contemporánea.

Hasta aquí, se han analizado serie de elementos que indican la línea temporal en la que las personas han vivido, aceptado, adaptado y aprendido lo que implica vivir con DM, por lo que es necesario abordar los conocimientos que han adquirido en su historia con la DM, y que va configurando el entramado antropológico de lo que significa vivir con DM.

En este sentido, podemos clasificar estos conocimientos en cuatro áreas o dimensiones de quien vive con la DM:

A) **Físico:** en esta área o dimensión se encuentran aquellos conocimientos surgidos de aprendizajes a partir de observaciones o vivencias directas con la DM, y/o por información previa o por experiencia cotidiana. De esta forma, existe una asociación clara de la DM con el peso; la glotonería; una afectación nerviosa por los niveles de glucosa; una estrecha relación entre trabajo/estrés y sedentarismo; “malos hábitos” y el hecho de que algunos medicamentos pueden afectar estados de ánimo o niveles de energía corporal.

Todo esto aprendido en episodios tanto de control como de descontrol de la DM, experimentaciones terapéuticas, una atenta escucha al acontecer corporal diaria o por lo menos regular, así que no es menester que estos conocimientos sean o no válidos para las comunidades de atención a la salud, es válido para bien o para mal para quien los experimenta, y es la forma en que se concretiza en cada uno de los cuerpos biológicos. Por lo tanto, estos conocimientos escapan a cualquier estándar o generalización epidemiológica sobre la DM, ya que es la parte cualitativa del diagnóstico médico.

B) **Emocional y mental:** Se pudieron haber separado estas dos dimensiones en términos de racionalidad intelectual o no, pero para no contribuir a una separación entre mente y cuerpo, se intenta no disociarlos, aunque se puede observar que una

dimensión es mejor manifestada por quien vive y la otra por quien convive (familiares).

De esta manera, celos; desconfianza; susto o enojo, son ejemplos que permean como conocimiento de la DM, tanto como causa, efecto, síntoma o elemento terapéutico a tomar en cuenta en la vida cotidiana, así como factores o patrones de comportamiento que deben tomarse en cuenta en el control de la DM, valga mencionar el revelador testimonio sobre la importancia del control de consumo de alcohol cuya estrategia central se basa en los grupos de apoyo de círculos religiosos, a tal punto que descontrolar o volver a los hábitos de consumo de alcohol, implica directamente un descontrol de la DM, en el que se encuentra culpa y remordimiento al que debe prestarse atención en la forma de vivir con la DM.

A partir de estas fuentes, se adquiere la convicción de que no se puede regresar a hábitos pasados, incluso aunque hubiera una cura para la DM; debe cultivarse un hábito de autocontrol o se sufrirán las consecuencias.

- C) **Social:** Esta área de conocimiento, tiene que ver con aquello surgido de la interacción, observación o interpretación social aplicada a su forma de entender y explicar los diferentes procesos, vivencias y consecuencias respecto a la DM. En este sentido, existen aprendizajes sobre terapias alternativas, en las que el principal valor es la inclusión del aspecto emocional del padecimiento, lo cual es, paradójicamente, la principal falla de un sistema biomédico, es por esto que aunque a nivel físico pudiera no tener un efecto una terapia alternativa, se sigue recurriendo a ella.

Otro punto importante es que, al observar las consecuencias de la diabetes en otras personas, surge la necesidad de convertirse en un ejemplo para el buen control de la DM, sobre todo cuando se observa que cada vez más se incrementa la población con este tipo de padecimiento, que no necesariamente tiene antecedentes, o incluso que cada vez son más jóvenes quienes la adquieren. Además; hoy en día, con la interconexión global gracias al internet y las redes sociales, se hace uso de estas fuentes de información, no sólo para conocer su propio padecimiento, sino para compartir e interactuar con pares, generando un constante flujo intersubjetivo de experiencias y aprendizajes, tanto positivos como negativos para quien vive con DM.

Este proceso histórico de experiencias y conocimiento en relación a la DM, está permeado por una serie de eventos clave o puntos de quiebre que soportan y dan sentido a la forma en que se apropian los aprendizajes sobre el padecimiento. En lo que corresponde específicamente a vivir con diabetes, se puede mencionar de entrada, el control de consumo de alcohol en el manejo y aceptación de la DM, a tal grado que, dentro de las estrategias terapéuticas, obtiene una prioridad hasta clínica, ya que su descontrol, implica hasta un abandono del cuidado, al menos de parte de la persona diagnosticada. De esta manera, los eventos clave o puntos de quiebre que se manejan en este apartado pueden considerarse con un efecto positivo, en el sentido que ayudan a una toma de conciencia o aceptación del padecimiento. Aunque dichos eventos pudieran considerarse negativos, es decir, a partir de un descontrol (negativo), encontrar un ensayo clínico que permitió mejorar la calidad de vida y una estabilidad tanto del padecimiento como de la persona, puede considerarse como positivo.

Lo que empecé a ver es que mi cuerpo ya no estaba respondiendo como antes, estaba afectando mi trabajo; mucho cansancio, sintiéndome hinchado, pero cuando vi que no sólo era la borrachera, sino también la diabetes, pues ahí me cayó el veinte, porque me dijo el doctor que si no cambiaba esto, iba a ponerse peor y el daño que se hiciera iba a ser irreversible, entonces pues tenía que ponerme abusado... fíjese que lo que más me costó no fue la diabetes, era el trago, y como siempre lo vi como algo principal, me enfoqué más en cómo dejar el vicio, porque sabía que si no controlaba eso, lo de la diabetes iba a ser un desastre... (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

En eso llegó una doctora que es de México, y mandó a llamar a todos los diabéticos, a todos, tantos hubiera en Navenchauc fueron unos ratoncitos de laboratorio, y ya dijo pues que ya no más pastillas, que ahora nosotros decidiéramos si queríamos ponernos lo que es la insulina, y pues yo pues dije sí, me anotó a eso... pero si van a ser como ratitas de laboratorio porque se les va a poner una unidad muy pequeña, que vamos a empezar por 5, después 10, luego 15, hasta estar estables, su glucosa que sea estable ya, que ya no esté subiendo ni bajando, y llegué, y estuvimos como 6 meses en observación, y hasta que quedó estable mi insulina en 18 en la mañana y en la noche... ahorita llevo apenas llevo como 3 o 4 años con la insulina y ya quedé a una unidad estable, dos veces al día, porque me habían dado la de una vez, pero no funcionó, porque no a todas las personas les cae bien, y pues orita ya que me quedé con un medicamento y con esa unidad. (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

Otro ejemplo es observar o vivir muertes dolorosas de familiares o conocidos, lo que contribuye a una toma de conciencia al percatarse de manera directa, de las consecuencias causadas por un mal manejo de la DM, e incluso procesos personales como una separación conyugal o de pareja complicada, ayudan a las personas con DM a experimentar procesos de observación interna sobre lo que implica o puede implicar el padecimiento.

Porque tengo un familiar que no se cuidaron, que no se puso la insulina y pues ya falleció, y con mi cuñado igual, que era diabético también, le prohibieron la papa porque tiene no sé qué cosa, el azúcar, pero comían de todo, y es que si no te cuidas más rápido avanza, y eso me ha hecho más cuidadosa, sobre todo en lo que coma uno, también que no hay que hacerle mucho caso a X problemas, si le ponemos mucha atención pues hace mucho daño, en mi caso, pues no falta, pero le

tomo mucho control, yo misma me detengo, porque si yo no me detengo, pues quién?, si yo no me cuido , ¿Quién también? , tiene que ser uno mismo. (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

Por otro lado, las condiciones materiales de existencia, adquieren una prioridad para estos fines, no solo porque se considera a la DM un padecimiento caro en términos de la alimentación, especialmente en el medio urbano, en donde la autopercepción de pobreza, enfocada en ingresos económicos, un régimen alimenticio basado en frutas, verduras o alimentos de bajo índice calórico se considera como algo excepcional, y cuando la mayoría del tiempo se invierte en trabajar para sobrevivir, pensar en la DM bajo estos términos adquiere un gran peso en lo relativo al cuidado. En tanto que, en lo rural, aunque se percibe una mayor calidad de los alimentos, la percepción de pobreza surge de la cantidad de dicho alimento y de las pocas posibilidades de desarrollo personal y laboral:

La tierra no da para mucho, así que si no tenías para comerciar, pues le entrabas al frijol, que era un cultivo más noble para la tierra que nos tocó vivir. Pero entonces mi papá consiguió ese trabajito y recuerdo que nos fue bien porque mi papá nos tenía varias cositas que compraba, hasta dulce *va´ste* a creer, uy y en esa época eran cosas raras para los chamacos, y así recuerdo que era hasta que tuve salir para ayudar a mi familia porque como todo, o como dicen, nada es para siempre, y así pues como le conté, terminé haciendo mi oficio de carpintero y eso para un indígena, era un logro, era casi como una carrera, entonces, a pesar de todo lo que sufrí para lograrlo, estoy muy agradecido por haber formado un patrimonio para mi familia y ayudar a mis viejos hasta donde pude. (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

En este mismo sentido, hay quien manifiesta que si bien habría que asumir una responsabilidad ante la DM, no es una opción vivir con culpa y que esto llevaría a una autocomplacencia que no permitiría asumir la lección de vida que proporciona el vivir con la DM. Ahora bien, en este proceso de responsabilidad, también se genera una serie de posicionamientos en torno las estrategias terapéuticas y de vida recibidas.

Pues es que si es diferente a cada persona, *orita* que dice que tiene una hija tiernita, y con diabetes, me hace pensar que tal vez no debería haberme quejado tanto, porque cuando me dijeron que tenía diabetes, pues como sea mis hijos ya estaban grandes y bien criados, si algo hubiera pasado, no me hubiera sentido tan mal, porque vera... ya antes había pasado cosas raras conmigo, sí había síntomas de sed y esas cosas, pero pensando bien, también tenía cambios de humor; siempre he sido muy tranquila, hasta a veces mis hijos dicen “ es que mamá, hasta cuando nos pegabas, nunca te ponías muy alterada”, pero unos meses o tal vez años, comencé a tener ya problemas con mi esposo, ya sabía que tenía otra familia, que ya casi no estaba en casa, pero según yo, ya lo había aceptado, pero que la diabetes ya estaba jugando con mi cuerpo que llegó hasta mis nervios, que en esa época que le digo, sí ya le empecé a echar pleito. Al principio era por cualquier cosa, que si llegaba tarde a comer ya no le torteaba y le compraba de las de Maseca, pero las cosas fueron aumentando hasta que un día, hasta el sillón lo mandé a dormir, y ahí sí me dijo: “¿pos ora que te pasa?”, y pues ahí me solté don Miguel, pero duro, no recuerdo haberme enojado tanto... y ahí empezó la separación, o sea, como le digo, viene a la casa y así, pero ya nada volvió a ser igual... (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021)

Yo digo que comer bien y lo que te gusta si algo deseable, pero no le llamaría que es la buena vida; la buena vida viene de estar bien con tu familia, con uno mismo y tu creador, puedes tener todos los manjares del mundo, pero si no tienes la tranquilidad que te da un camino de fe y acción, no es posible tener una buena vida... [¿Y usted considera que lleva una buena vida?...]... ahorita sí, pero

hasta antes de la diabetes, la verdad no... [¿Me podría ampliar un poco más esa información?].
Pues es que como le decía antes de la diabetes andaba de borracho, malgastando dinero, que porque nos iba bien, en lugar de ahorrar o apoyar a mis hijas, ahí andaba de parranda, haciendo caso a malos amigos, e incluso, pues aún con la diabetes ahí estaba de diablo, sólo que con la enfermedad ya pegando. Pero pues si llegó un momento de que me dio mis sustos o más bien a mi familia, y luego vino uno de los arreglos (matrimoniales) que querían con mis hijas y pues siendo puras mujeres, si algo me pasaba, no quería que les fuera mal y para eso, pues tenía que cuidar mi diabetes y enderezar mi vida, por eso digo que esa enfermedad me ayudó en la vida, muchos dirían que fue un castigo; yo digo que fue una llamada de atención y esas misteriosas formas de manifestación hasta divina. (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

En relación al sistema biomédico de atención, el principal posicionamiento crítico se centra en atención clínica, que se puede sintetizar en la premisa de que “lo que falla es el médico, no la medicina”, manifestado en una despersonalización del padecimiento por los procesos de burocratización y estandarización de tratamientos, las personas mismas y la poca atención a las dimensiones subjetivas y sociales del padecimiento, y por el contrario, la crítica que se puede asignar a otros tipos de atención terapéutica, como puede ser la curandería, sería precisamente al revés. Caso particular es el que menciona en cómo buscando llegar a controlar la DM, se buscan estrategias para un “mal” superior, manifestado, por ejemplo, en un consumo de alcohol, respecto al que se documentan malas experiencias en centros de rehabilitación, en donde además de una crítica a los métodos utilizados para el “tratamiento” del alcoholismo, existe una decepción acerca de cómo no se consideran otras condiciones o estados de salud, en este caso los requerimientos alimentarios para la DM, con lo que se recurre a grupos religiosos, los cuales ayudan para el control del alcohol, en tanto que para la DM, se deja estas estrategias en manos tanto de la familia como del sistema biomédico, y respecto a este último, surge una confusión en la que algunos médicos son más tolerantes que otros respecto a un “desvío” en la rigurosidad del tratamiento, especialmente la dieta, punto en el que la mayoría de los interlocutores manifestaron tener algún tipo de problema, debilidad o carencia, por lo tanto, esto último llega a tener una mayor relevancia personal, la falta de atención de estas dimensiones por parte de la clínica biomédica, lleva a las personas con DM a formular posicionamientos como “sirviendo a mi Dios, controlo mi vida y respeto mi cuerpo”, con lo que respetar el cuerpo implica un manejo consciente de la DM.

En el ISSTE tuve seguimiento de dos personas, dos médicos diferentes, un médico viejito, que la verdad, sinceramente.... Nefasto porque decía: ahh tiene usted diabetes, tome este medicamento y yaa... Mientras que el otro que tuvimos posteriormente que hubo un cambio de médicos familiares, era un médico joven, un médico que dice: no, es que no es así, vamos a ir gradual, si este medicamento te sirve, ok lo dejamos, este no te sirve te baja mucho, lo quitamos, o sea, vamos a ir

gradualmente tratando esta enfermedad, no de un trancazo, y si te baja ahhh, toma un coca, error, no puedes hacer eso, tienes que llevar un control de tu médico familiar, y que te lo lleve gradualmente hasta que encuentre el esencial, el tratamiento esencial, que eso, mucho del doctor que tenemos ahorita, porque aparte de la confianza que nos ha externado, también nos ha dado un seguimiento bueno. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

Pues primero intenté yo sólo, pero no aguanté don Miguel, no soportaba la pinche *temblorina*, y pues soy carpintero ¿usted cree que se puede trabajar así?... Y ya luego le dije a mi esposa que me iba a internar en un centro de rehabilitación... y que me vine para San Cristóbal... [¿Y cuál fue su experiencia ahí?...] pues para empezar nos trataban como si fuéramos locos, si te ponías al brinco hasta amarrado terminabas, no te dejaban ver a tu familia, con el pretexto de que hasta que nos limpiáramos, y pues si vi algunos que se ponían violentos, pero pues es una adicción pues, pero eso no se te quita a palos, pero lo peor, fue que les dije que era diabético y que tenía comida especial y les valió, pura sopa, pan y café, que si quería mejor comida había que pagar más... No don Miguel, me iban a “salvar” el trago, pero me iba a matar de la diabetes por no ser rico... Nooo, gracias... le comenté a mi esposa y me dijo “¿y qué vamos a hacer pues?”... y bueno, luego pasó lo de mis hijas⁴⁵, y ahí fue donde decidí regresar a mi iglesia, hablé con mi pastor y le dije lo que estaba pasando, y pues tuve varias pláticas con él, y me dijo que si mi determinación era fuerte que me invitaba a un grupo especial que hay para gente como yo, y ahí estuve varios meses y así fue que pude controlar mi bebida, mi mente está clara y me puedo ocupar de mi familia, mi trabajo y hasta mi diabetes, sirviendo a mi Dios, es como pude controlar mi vida y respetar mi cuerpo. (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

De forma complementaria, habría que señalar cómo los tratamientos y terapias alternativos al biomédico se afirma con mejores resultados que el tratamiento clínico convencional, no hablando de terapias como la curandería, sino de los tratamientos basados en suplementos alimenticios, tés, purgas o tratamientos naturistas de desintoxicación, dirigidos hacia el aumento de la energía corporal, la eliminación de la sensación de hambre, o el refuncionamiento de órganos.

Finalmente, cabe destacar la importancia que tiene para varios interlocutores la situación laboral y financiera en sus procesos terapéuticos, cómo factor para un buen control de la DM, a través de tiempo y calidad de los alimentos y su preparación, acceso a medicamentos, la posibilidad de realizar rutinas de ejercicio, ya que al menos en ámbitos urbanos, representa un importante obstáculo para un buen control de la DM, en tanto que ámbitos rurales, las propias actividades cotidianas se consideran en sí algún tipo de ejercicio, en tanto que la calidad de los alimentos se considera de fácil acceso, por vivir en este tipo de ámbito, aún con toda la carga de mala alimentación que también existe.

⁴⁵ refiérase al ofrecimiento de dote con dos de ellas, la cual fue referido anteriormente y marca una pauta o punto de quiebre importante para él, en términos existenciales y hasta del propio padecimiento, cuestionando no solo su paternidad y masculinidad, sino un hito en la apertura mental hacia cosas nuevas, por ejemplo, disciplinarse ante el consumo de alcohol, y por ende, un mejor control de su DM.

5.1.6.-Tres cuerpos – un padecimiento

Cuando esta investigación aún estaba en construcción como proyecto, al salir de clases del doctorado me encontré en el transporte público con una vieja amistad de la universidad, con quien tenía tiempo de no mantener contacto. Después de varios intercambios informales, me preguntó qué andaba haciendo en CIESAS (Centro de Estudios Superiores en Antropología Social), a lo que contesté que el doctorado, y le comenté sobre mi tema de investigación. A lo que rápidamente me contestó que era un tema de gran relevancia, ya que había muchos aspectos de la Diabetes Mellitus (DM) que aún no se habían documentado. Acto seguido, me narró una experiencia cercana que había tenido con el padecimiento.

Me comentó que su padre tenía alrededor de seis meses que había fallecido de complicaciones por la DM, y que antes de fallecer por problemas renales, había perdido la vista y se le había amputado una pierna. Le pregunté, por tanto, cuál había sido su experiencia al respecto, a lo que respondió que tenía sentimientos encontrados, ya que por un lado, siempre está el sentimiento de nostalgia por alguien a quien se extraña, pero al mismo tiempo, una sensación de alivio por la forma en que se fue.

Lo anterior me llevó a preguntar a qué se refería con eso, ya que para mí, con amputaciones y discapacidad visual, me parecía una extraña forma de afirmar una buena muerte, a lo que me respondió: “es que vivió y murió de la forma en que él quiso, fue su opción, murió feliz y así nos lo hizo saber”.

Refirió que en su lecho de muerte llamó a sus hijos, nietos y familiares cercanos para agradecerles el no haberlo juzgado al momento de tomar la determinación de no hacer caso del diagnóstico e indicaciones relacionadas con la DM, y que seguiría haciendo, comiendo y disfrutando las cosas que le gustaban sin importar las consecuencias.

Uno preguntaría si para esta determinación pensaría en las implicaciones que tendría con quienes le rodeaban, a lo que me respondieron “al principio sí nos costó aceptarlo, pero después vimos que la nuestra, también era una posición egoísta, cuando vimos que se preparó para eso, es decir, no se dedicó a desperdiciar el dinero, se la pasaba bien, pero siempre guardó para las contingencias que venían. Así, cuando le amputaron la pierna, contrató un cuidador, su silla, medicamentos, etc. Y cuando perdió la vista, lo mismo, se

deshizo de muchas cosas y al final tenía todo listo para morir sin dolor, repartió sus bienes y se fue en paz”.

Yo aún con algo de incredulidad, le alcancé a preguntar {¿Pero cómo estás seguro que fue algo consciente de parte de él, y no tuvo que ver con otras cosas; que se sintiera presionado, deprimido o algo así?}. “Por cómo era como persona, si alguien era capaz de tomar una determinación como esa, era él. Además, ya había cumplido sus roles, era viudo y su personalidad e historia de vida, eran aptas para que quisiera morir de esa forma, y la DM sólo le sirvió para confirmar su plan de vida, pero si te soy sincero, si no le hubieran detectado la diabetes, hubiera sido un desmadre, como que el saber de qué moriría, le ayudó a planear todo”

Después de eso, bajó en su parada y hasta ahí quedó la conversación, pero este relato me parece pertinente, ya que me hizo razonar sobre algunos aspectos del padecimiento que no estaba tomando en cuenta o tomándole la suficiente importancia, como que la gente tiene la necesidad de hablar sobre ello, a pesar de que la DM ya dejó de ser un padecimiento excepcional, la importancia de documentar la DM en perspectiva de familiares o cuidadores, reside en que abre un espacio para problematizar la muerte y el futuro, y sobre todo la pregunta: ¿Qué determina que unas personas se cuiden y otras no?.

Esta última pregunta no se convirtió en el, o uno de los objetivos de esta investigación, debido a que las posibles respuestas, siempre terminaban en algo un tanto determinista, vago y de poca valía antropológica, a pesar de que en su núcleo la pregunta guarda un gran significado y siendo yo alguien con diabetes, egoístamente, me propuse también plantear algo mucho más complejo, buscando tal vez, mis propias respuestas.

De esta forma se planteó, desde varias dimensiones, el problematizar un padecimiento, que aún con la poca o mucha información recopilada, la capacidad de análisis propia, y las brillantes reflexiones teóricas de los autores aquí retomados, siempre serán insuficientes, pero lograr colocar el mayor número de elementos será, para esta investigación, una satisfacción.

En dicho tenor, vivir con diabetes, adquiere el sentido de una compleja maraña de elementos empíricos, epistémicos y teóricos en base al padecimiento en sí, desde sus

elementos más duros como los síntomas, el tratamiento, el diagnóstico, hasta elementos racionales y oníricos sobre las causas, el cuidado y las consecuencias de éste.

Por lo tanto, una buena forma de entrar a esta maraña de significados, es el cuerpo político, en el que lo político se fundamenta en el espectro ideológico del ser humano, pero una ideología basada, tanto en factores externos como internos de la historia de vida personal y social, de las formas de hacer y querer hacer. Es por esto que el cuerpo político a través de sus posicionamientos, nos muestra una microfísica del poder a través de las tensiones entre un sistema social de control y un cuerpo individual contestatario, que a pesar de ser el objeto de control, ejercita formas autónomas de respuesta basadas en sus propias necesidades biológicas y sociales.

De esta manera, la medicalización como proceso estructurante, es atravesada por ejercicios corporales autónomos críticos con los sistemas de atención sin negar su validez o efectividad. A su vez, los ejercicios corporales autónomos, en tanto apropiación y administración de la muerte, adquiere un sentido contestatario ante el padecimiento mediante el que, incluso se llegan a ver y vivir ventajas de la DM, por lo que, en estas lógicas y prácticas con el padecimiento, no existen cosas tales como correctas o incorrectas, sino sólo las adecuadas para vivir su DM. Pensada como una lección de vida, la DM lleva a autocontrol de la vida biológica y social, que pensando en términos Foucaultianos, conlleva a una disciplina corporal en base a los postulados medicalizados, pero, un autocontrol consciente de la vida y la DM, constituyen tecnologías del yo, o cómo se maneja en este texto, ejercicios corporales autónomos.

De esta manera, llegamos al primer elemento que constituye el vivir con diabetes, cuando el cuerpo político ofrece la forma, en tanto que el fondo será proporcionado por el cuerpo social a través de campos semánticos y semióticos sobre la vida y la muerte en dos construcciones básicas; el imaginario sobre la salud y la construcción simbólica del cuerpo.

“ es una de esas épocas donde eres joven y crees que nada te puede pasar, y aunque pase, siempre se pone uno muy macho diciendo que no tiene miedo, pero pues ya con hijos, pues están tiernitos, soy el único proveedor de la casa, si algo me pasa, van a quedar en el desamparo, y todo por no quererse cuidar uno, no se vale, así que por ellos es que me ando cuidando, para apoyarlos en lo que yo pueda para que hagan su vida” (Sol, hombre, 45 años, 2021)

Bueno, a mí me detectaron que era diabetes gestacional, me embaracé de mi primer bebé pero yo no me había dado cuenta si era yo diabética, me detectaron 150, no era mucho, y este, porque ya casi se iba a abortar el primer bebé que tenía, que de hecho ya había tenido este, embarazos así de que se me abortaban. Pero como que no lo ponía tanta importancia y de repente pues este, mi primer niño ya creo que tenía como, ay ya no recuerdo si ya tenía dos meses de embarazos, no sé qué tiempo tenía,

me comenzó el dolor y me venía el sangrado, le digo a mi esposo: no sé qué me va a pasar, me duele mucho el vientre y corrimos rápido al ginecólogo y este, pues “te voy a dar unas pastillas se está rompiendo un poco el saquito” me dijo, me lo checó en el ultrasonido y ya se me iba a romper el saquito, pero te voy a dar unas pastillas y no recuerdo que tipo de pastilla, “pero mañana si no te baja el feto dice, mañana tienes que ir hacer tus estudios” me dice, me pidió estudios y va saliendo que soy diabética...pensaba que ya no me quedaba mucha vida, me preocupé pero a la vez como que no, y si me muero, qué pasará con mis hijos, a veces me lo quedo mirando en la noche a mi hijo y digo, ay diosito por lo menos dame vida unos diez años más para ver que mis hijos crezcan pero a veces digo, pero me siento bien” (Urano, mujer, 28 años, 2021).

Como imaginario de salud, se encuentra la preservación de la vida como premisa fundamental, cuya vulnerabilidad se encuentra en la pérdida o merma de este ente denominado salud, lo cual indica que nadie nace enfermo, la salud es un don proporcionado por la vida misma, sea Dios o la naturaleza, y cuando este don es quebrantado, por cualesquiera que sean las causas, se activan imaginarios instituyentes secundarios para el restablecimiento de dicho don, como puede ser en este caso, la sobriedad y la auto gobernabilidad del cuerpo. En este sentido, más que un imaginario, el cuerpo hace referencia a un magma de significados que simbolizan a éste como la forma y modo de preservar la vida, tomando como referencia la constitución social del cuerpo como sano, fuerte y sobre todo, productivo.

El cuerpo también es un espejo de las condiciones materiales y morales de existencia del individuo, que junto con la idealización del cuerpo, se convierte en un estándar de un cuerpo digno de ser medicalizado, ya que de lo contrario, más vale estar consciente de su fragilidad y con esto es con lo que la muerte adquiere significado, ya que desasociada de la vida, refleja dicha fragilidad, pero una fragilidad desde los sistemas de medicalización, ya que, como ejercicio corporal autónomo, la muerte o la idea sobre ella, funciona como un elemento cohesionador y de sentido entre síntomas, cuidado y prospectivas de la DM, para así recuperar un equilibrio en el presente, no en la salud en general, ya que, según los imaginarios instituyentes al respecto, la salud no se recupera volviendo a un estado anterior, solo se resignifica a partir del presente, pero jamás deja de recordar a quien padece, esa pérdida, poniendo énfasis en su responsabilidad personal, sobre todo en el sistema biomédico occidental de atención a la salud.

Las experiencias están problematizadas a partir de un punto de inflexión representado por el diagnóstico del padecimiento, cuando al conllevar una serie de emociones y procesos para su asimilación, aceptación o negación, se activan todos los demás complejos

simbólicos y políticos que diferencian un estado previo del padecimiento, cuando la DM se vivía de forma indirecta, intelectual o de mera opinión.

Una vez hecho el diagnóstico, ya en el ámbito de la percepción, es decir, la experiencia encarnada del padecimiento, se requiere una atención consciente y activa hacia lo que viene con el padecimiento, y repito, puede ser para su aceptación o negación, pero que finalmente incitará una serie de convicciones y fundamentos que darán carne existencial y social a la forma de vivir con el padecimiento.

Me lo ha comentado un par de veces, y la verdad no quiero decirle nada⁴⁶, porque con lo que he visto no solo con mis padres, sino con pacientes, el dolor y la carga de la familia a veces hace pensar en ese tipo de cosas, pero pues como hermano tengo que decirle que no mame, y luego como médico, que se ponga al tiro y no le va a pasar nada, pero te digo que él es un poco más preocupado por eso, y está bien, lo respeto, y si llegará a requerirse ponerse en esa situación, que bueno que tenga un hermano que pueda orientarlo y acompañarlo... dirás, pero habría un pedo legal, pero pues así como él tiene su médico, yo tendría mi abogado... (Hermano de Sol, medico, 43 años, 2023)

Ahora bien, para la interconexión o interpelación con el cuerpo social y político, existe una serie de eslabones que median en estos procesos; se trata de las emociones activadas con el padecimiento y la historia de vida. En este punto es de interés la asociación con el padecimiento en sí, sobre todo a partir del denominado “diagnostico” que invoca un conglomerado de emociones positivas, negativas, lógicas, contradictorias y hasta oníricas, pero que terminarán en una racionalización social e individual, a través de la sintomatología, al mismo tiempo que los cuerpos social y político se interpelan unos con otro, con el único fin de dar sentido a ésta nuevo estado de salud, y recalco, en una aceptación o negación, parcial o total del padecimiento.

Con todo esto, los cuerpos individual, social y político respecto al padecimiento, permiten comprender un primer plano de la DM, con quien es diagnosticado, y encarna biológicamente este padecimiento, otorgando un sentido con forma, fondo, y fundamentos para vivir con... la incertidumbre, el silencio, las manifestaciones, contradicciones, virtudes, peligros y sufrimientos de la diabetes mellitus. Falta ahora posicionar las lógicas y sentidos en un segundo plano, a saber, de quien convive con la DM.

⁴⁶ En referencia al posicionamiento de Sol sobre la eutanasia, en donde recalca el hecho de que si su DM tuviera tal consecuencia y descontrol que implicara un gran sufrimiento o dolor a él o su familia, lo manifestaría como una opción de vida y muerte.

Capítulo 6

Convivir con la diabetes

Quisiera decirle a la gente que tiene diabetes, que por favor este muy atenta, que sepa escuchar su cuerpo y que lo digan, que hablen para que como seres queridos sepamos qué hacer, entender y comprender lo que sienten, para que esa enfermedad no los carcoma poco a poco, y como familiares nos enteramos cuando ya no se pueda hacer nada; que sepan que no están solos, que la familia los quiere y que estén bien, pero para eso necesitamos saber que sienten, y para no sólo ayudar, recordarles su medicina o cocinarles, sino también acompañarlos en las buenas y en las malas con su enfermedad (Saturno, 2023)

6.1.- Convivir con la DM

Al finalizar el capítulo anterior, mencione un testimonio informal al estar construyendo el proyecto de investigación de la presente que sirve como ejemplo y puente analítico para la perspectiva sobre la DM en tercera persona a través de los familiares, bajo la tesis fundamental de que, para padecer la DM, no hace falta vivir con ella, basta tener a un ser querido con este padecimiento para sufrirlo, aprender, posicionarse y encarnarlo, a través de un estado de salud que aquí se denomina la convivencia con la DM, se ejerza o no un rol de cuidador, entendiéndolo a éste como un actor que se sumerge de manera directa y profunda en las estrategias terapéuticas, estados mentales y emocionales de quien vive con la DM, no así el cuidado, que es un proceso mucho más extenso en el que los familiares se ven inmersos, en diferentes etapas, niveles e impacto, no sólo en los procesos terapéuticos, sino las demás dimensiones existenciales y de historia de vida inmersa en la vida cotidiana, familiar e intersubjetiva de las personas involucradas alrededor de la persona con DM. De esta manera, proceso de cuidado incluye desde acompañar en un diagnóstico, recordar la toma del medicamento o elaborar la comida, hasta el duelo por la pérdida del familiar, atención de otros familiares en procesos de descontrol, hasta el enojo o frustración de las fallas en las estrategias terapéuticas.

Bajo este entendido, se tuvo la fortuna de encontrar testimonios que no sólo ofrecen información sobre la DM como persona que vive con este padecimiento, sino que a través de dolorosas experiencias ofrece también una perspectiva como familiar con la DM cuyo impacto es más notorio en procesos de descontrol o incluso en la fatalidad.

Por lo tanto, parece un buen comienzo para adentrarse dentro de la perspectiva de este actor en la DM, aclarando que, bajo esta lupa, también se destacan los propios procesos de salud

y de vida que no necesariamente están vinculados a la DM, pero que definitivamente influyen en ciertas percepciones y posicionamientos respecto a éste y su familiar.

Y lo más feo que viví pudieran ser dos aspectos; uno, y considero el más es importante fue el de la pérdida de mi hermana que al nacer falleció, por parte de mí mamá, también ahí diagnosticada con diabetes, en su embarazo le diagnosticaron la diabetes y por esa cuestión perdió a mi hermanita, al nacer pues nació mal y falleció. Ver eso, me impactó eso, ver a mi madre sufriendo, ver a mi padre atendiéndonos, éramos chamaquitos, no podíamos valernos por nosotros mismos (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

La peor experiencia creo que fue una vez que se enfermó demasiado que se le bajó la azúcar, y fui a internarla, y también que se ha vuelto muy sensible, en el sentido de que no le puede pegar la gripa porque si no le da fuerte, que no puede comer cualquier cosa porque pues si no se enferma, entonces eso han sido de las peores cosas que ha pasado... (Venus, mujer, 25 años, 2021)

Como puede observarse, la fatalidad y los procesos de descontrol de la DM, afectan directamente a los individuos al verse inmersos en un serie de eventos en espiral que los engancha en las consecuencias de este padecimiento, afectando no solo su percepción sobre la DM, sino de prácticamente toda su vida, tanto pasada e inmediata, y que por ende marca ciertos rumbos hacia un prospectiva en la que ellos, como familiares deben tomar un papel activo ante la DM, lo cual demuestra cómo el proceso de cuidado está vinculado no sólo a los estados de salud, sino a las condiciones de ésta, en las que entra en juego una serie de estrategias de vida en general, y no solamente de coyunturas terapéuticas en lo particular.

Con eventos como éste, surge un miedo que se fundamenta en la incertidumbre sobre el padecimiento y de la persona misma que lo padece al no saber cómo reaccionar ante coyunturas que se puedan manifestar, como las complicaciones propias de la DM, golpes financieros o la convivencia familiar, hasta la pandemia misma, en la que la DM se puso a prueba ante un agente desconocido, lo cual, sumado a la ya de por sí incierta DM, se sumaron condiciones históricas y de vida ya existentes, relacionadas con experiencias heredadas con la DM, los hábitos y herencias familiares, sobre todo cuando se ha experimentado de manera directa un descontrol del padecimiento, siendo las más extremas, la pérdida de miembros cercanos de la familia.

¿ella qué les dijo?]⁴⁷... que no cuidáramos porque era una enfermedad bastante fea, le empezaron a crear llagas en sus piernas, su piel era muy reseca, después se volvió muy delgada, entonces se hacían ampollitas, explotaban, sangraban, se infectaba, aparecían llagas, se volvía a cicatrizar, volvían a abrir, o sea... terrible. Entonces, son consecuencias muy duras que dices: ¡ay caray!, si llego a vivir eso, puta, está cabrón, lo piensas pues. Que en un dado caso si no te cuidas, puede pasar, pero si te cuidas no pasa a mayores, no. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

⁴⁷ La madre de Tierra y su hermano, quien falleció a causa de complicaciones con la DM.

Pues para empezar, me pone triste que mi madre sea tan asustadiza... ¡Por Dios, vivió sola y sin hablar español en una gran ciudad siendo una niña!, nos avienta a mí y mis hermanos a que salgamos, conozcamos y viajemos, entonces aún no logro entender qué le pasó... y para acabarla, la diabetes no le ayudó, espero que ahora que está estable, le ayude a recobrar su confianza... [¿y eso como te ha afectado a ti?].... pues que conociendo y siendo la última hija, yo he lidiado diariamente con eso, soy quien se queda, quien la cuida, quien se alegra y quien se enoja con ella... [Pausa larga].... [¿Te considerarías su cuidadora?].... pues no sé qué sea eso, mis hermanos ayudan, pero yo soy la de la vida cotidiana, lo del diario y creo que mi madre lo entiende, porque hasta eso, sí me hace más caso a mí, entonces a lo mejor sí soy su cuidadora porque en su hoja de emergencias y hasta sus apoyos aparezco ahí. (Venus, mujer, 25 años, 2022)

Al estar descontrolada y ser la que está en casa, había que dejar de hacer ciertas cosas para estar más al pendiente de ella... [¿Y qué cosas dejaste de hacer?].... Pues dejé de trabajar, porque implicaba salir y a veces por días, ya sabes cómo es, y pues fue ahí donde decidí hacer lo de la otra licenciatura y pues se atravesó la pandemia, pues qué mejor, la encontré en línea, me compré un modem, y pues ya con eso ya me quedé en casa. Y bueno, ahora que mi madre ya está estable, pues puedo continuar con mis planes, que es terminar la carrera y poner mi negocio propio... (Venus, mujer, 25 años, 2022)

Estos antecedentes lo que revelan un primer plano de las consecuencias de la convivencia, observando un proceso de rápida degeneración del cuerpo biológico a partir de una cascada de descompensaciones derivada de un descontrol de la DM, mientras que en el otro caso se observa una consecuencia a nivel existencial en el que se han puesto en pausa ciertas metas o aspiraciones personales en pro del cuidado del familiar con DM. En ambos casos, la DM marca ciertas pautas y comportamientos psicosociales, como el hecho de que ahora viviendo con la DM, Tierra adquiere un posicionamiento un tanto sombrío respecto al padecimiento al tomar como opción la eutanasia o el no querer hijos, y en el caso de Venus, y gracias a la actual terapia de insulina de su madre, se adjudica como propia la visión de esta terapia como un milagro, ya que ayuda a ambas a retomar ciertos aspectos de su vida cotidiana en un proceso de control de la DM.

6.2.-Antes de la diabetes

Ahora bien, habría que marcar también ciertos episodios en la vida de las personas que puedan dar pistas sobre su comportamiento, atención y visión sobre la DM, sin que esto esté directamente vinculado al padecimiento, pero que marcan hitos en la forma en la que se acercan a éste, especialmente en lo que al cuidado se refiere:

Pues sí conocía al viejo ese y sabía que me pretendía porque siempre visitaba a mi mamá; ella nunca me comentó si le decía algo de mí, pero era su pretexto para andarme viendo, pero como nunca le hice caso, se sentía su vibra maliciosa y morbosa... {¿y cómo solucionaste ese problema?}.... Al principio mi mamá no creía, porque decía que el viejo ese era buena persona, pero ya con lo que le dijo la curandera (como se llevaba con mi mamá), pues platicaron y mi madre terminó corriendo a ese señor, y con eso y unas limpias que me dieron, santo remedio... {¿Ya no volviste a tener problemas de infección?}.... No, por eso te digo que funcionó, porque incluso el médico me dijo que si continuaban esas infecciones podría llegar a tener problemas para embarazarme y pues no, dos años después fue que tuve a mi hijo... (Luna, mujer, 40 años, 2021)

Bueno lo de abuelita fue hace años, pero como te comentaba, lo que me dejó fue mucha tristeza por no despedirme, miedo por lo feo de esa enfermedad y enojo por la forma en que la gente la discriminó y aisló... [¿Y en el caso de tú mamá?].... Pues mucha preocupación y miedo, porque creí que si no se levantaba, habría algo en cascada que ya no se podría controlar, porque eso fue lo que le pasó a mi *abue*⁴⁸, ya que cuando empezaron las llagas, ya no se pudo controlar y por lo que sé de la diabetes, eso puede pasar también...

[¿y lo de la cascada de descontrol, lo pondrías como similitud entre el cáncer y la diabetes?].... Pues sí, creo que por eso la llaman degenerativas, sólo que, en el caso de la diabetes, se puede tener más el control, pues ya sabes, con el tratamiento, la dieta y esas cosas, pero con el cáncer si no lo detectas a tiempo, puede salirse ya de tu control, por eso siempre le digo a mi mamá que le eche ganas, que mucho está en sus manos...

[¿En este sentido, hay algo más que te hubiera gustado decirle a tu abuela?]....

Ufff... Pues creo que lo contrario; que no es su culpa, que no fue una maldición, solo una enfermedad que le pudo pasar a cualquiera... [Lagrimas]... [Con calma]... Perdón... [No te preocupes]... y pues que la quise mucho y la extraño⁴⁹. (Venus, mujer, 25 años, 2022)

Con la ayuda de mis hermanos me pude ir Tuxtla a estudiar, luego regresé a Villa y ahí conocí al que después sería mi primer pareja, él es comerciante y una persona mayor que yo, ya ni recuerdo cómo me engatusó, mi familia me lo había advertido, pero siendo joven no quise hacer caso y terminé casándome con él, ahí fue donde tuve a mi hija... hijole, es difícil para mí recordar esto, porque de esa relación tan toxica, como dicen ahora, nació mi hija, que es lo mejor que me ha pasado, pero la verdad no sé en qué estaba pensando para meterme con una persona como él... {¿Cómo fue esta relación?}.... Pues resumiendo, al ser mayor de edad, me llamó la atención su madurez, pero conforme fuimos conviviendo, me di cuenta que esa madurez no era más que una fachada, se la pasaba de cusco con otras mujeres, luego a pesar de tener dinero no daba para la casa, ni siquiera para cuando la niña se enfermaba, y para acabar, nunca convivía con ella, y cuando estaba con ella solo la maltrataba, por eso decidí separarme, pensé que con eso mejoraría en algo la relación, pero no, y nunca quise separarlo de mi hija, porque ella siempre preguntaba por su padre, pero pues la verdad nunca ha tenido tacto para tratar con su hija. Ya teniendo un trabajo estable, tuve otra relación que tampoco fue muy buena, me da pena con mi hija haberla arrastrado a esta otra relación, ya que era una persona que tenía problemas de adicciones, traté de ayudarlo, pero lejos de ello, solo recayó una y otra vez, hasta terminó en cosas feas que hicieron que lo asesinaran. Afortunadamente mi hija nunca tuvo mucha relación con él, pero bueno, afortunadamente conoció a Tierra, y con él si ha tenido una buena relación, por eso me preocupa mucho su diabetes, ya que no se me hace justo que ahora que por fin tanto yo como mi hija hemos encontrado a una buena persona, ahora una enfermedad como la diabetes nos pueda complicar la vida... Aunque por otro lado no podemos comparar algo como la diabetes a las adicciones o a ser un imbécil violento... perdón por la palabra pero si me da mucho coraje cuando pienso en eso... {No te preocupes}... (Marte, mujer, 40 años, 2022)

Al señor mi esposo, pues eso fue lo primero que vi de él, y luego pues un hombre, y estaba guapetón pues... [Risas]... pues sí me intereso; era medio bolo⁵⁰, pero bueno, no se puede todo en la vida, pero tampoco me asustaba porque en mi familia siempre hemos estado en la religión, entonces, no tuve experiencias desagradables con el alcohol... [¿Incluso después de casarse?].... Pues no, fíjese que a pesar de que tomaba, nunca fue violento, mujeriego y esas cosas... si llegó a ser irresponsable con el gasto de la casa, su trabajo y así, pero creo que te habló de eso, no me voy a meter más en eso... Pero lo que si es que para mí estar con alguien de trago⁵¹, no significa mala persona pues. (Saturno, mujer, 50 años, 2022)

⁴⁸ Cáncer de piel.

⁴⁹ Dado lo emotivo que fue esta experiencia, ya no se insistió más en el tema.

⁵⁰ Se refiere a persona que consume alcohol de manera regular, especialmente de forma descontrolada.

⁵¹ Sinónimo de alcohol.

Brujería, un padecimiento estigmatizado, relaciones violentas de pareja y alcoholismo, son ejemplos de antecedentes en las historias de vida que reflejan posicionamientos claros tanto para la DM como para el cuidado mismo, de esta manera: Brujería; se refuerza, o más bien, se fundamenta desde una perspectiva familiar y de experiencia vivida, la convicción de la causalidad de los padecimientos por factores externos como la envidia, celos o deseo, y se convierten en factores de infortunio más allá del ámbito personal, a tal grado que su prevención o atención forma parte de una estrategia familiar, ya que al descuidar al eslabón más débil de esta red social, se vulnera y afecta tanto al individuo en cuestión como a todo el núcleo familiar, que en épocas recientes afecta a un hermano con la DM, pero se cuenta con una larga data e historia de afectaciones al respecto, con lo cual las estrategias terapéuticas de la brujería y/o el mal echado, forma parte intrínseca del cuidado y atención, ahora a la DM del familiar, le parezca o no, le guste o no, crea o no crea.

Padecimiento estigmatizado por otra parte, se refiere a la experiencia de convivir con un padecimiento considerado como inusual y que por las características de sus síntomas, se le adjudican causalidades hasta sobrenaturales o producto de una especie de maldición o mal echado, lo cual causa en el familiar una predisposición al miedo, preocupación e incluso culpa de tener que llevar a cabo lo necesario con ella/él mismo y con el familiar para evitar lo más posible remordimientos, o por el contrario, emprender acciones que puedan contribuir a un mejor cuidado, interacción personal o defensa del familiar tanto de su propias consecuencias biológicas derivadas del padecimiento, como de las cargas sociales que éste pueda acarrear, ya que, especialmente estas últimas, tienen un componente simbólico importante para el familiar, sobre todo en episodios de fatalidad de quien vive con el padecimiento, porque puede haber de parte del cuerpo social, un cuestionamiento o evaluación sobre el proceso de cuidado, asignado sobre todo a las personas cercanas.

Relaciones violentas de pareja: en este contexto, contribuye a argumentar cómo la carrera vital propia de los familiares contribuye a la búsqueda de la persona para romper ciertos círculos negativos dentro de su historia de vida, y que, cuando un evento clínico como la DM aparece, éste es sometido a un escrutinio existencial de valoración en relación con el resto de su historia de vida, resultando, en una ponderación positiva de la DM respecto a una historia de vida circunscrita en episodios de violencia patrimonial o relaciones de pareja cuyo desgaste emocional no se compara con la DM, y, sin desdeñar la preocupación, miedo y angustia que este padecimiento acarrea, la DM llega a contener elementos para un

sentido de bienestar para una joven vida en pareja y para los propios estados de salud, como se verá más adelante.

Finalmente en este somero acercamiento a los antecedentes previos a la DM por parte de los familiares, y ligado a la valoración anterior sobre las relaciones de pareja, existen elementos que en el imaginario social están altamente estigmatizados como el alcoholismo, pero que en el contexto de la DM, son infravalorados por parte de familiares, al ver cómo sus efectos o estrategias terminan por contribuir a un mejor cuidado de la DM, sobre todo cuando el alcoholismo se convierte en causal o consecuencia de violencia familiar, éste, sin embargo, es positivamente valorado por una mujer y esposa indígena rural, en el que la dupla alcohol/violencia, ha sido ampliamente documentada con consecuencias incluso fatales, especialmente en mujeres e infancias.

6.3.-Lo aprendido, lo sufrido, la esperanza

De esta manera, se llega a una serie de experiencias y conocimientos a partir de un espejeo con la DM, con los propios estados de salud, y sobre cómo la DM les ha enseñado a vivir una nueva realidad, en la que familiares, dan un peso importante a la búsqueda de un sentido de bienestar familiar en las estrategias de cuidado del padecimiento y de la persona afectada.

Alguna vez escuché de su música de Tierra que hay que tocar el infierno para saborear el cielo, y lo comento porque si tenemos retos que hacer respecto a nuestra salud, pero pues la diabetes de Tierra me ha forzado a mí a pensar en mi propia salud, entonces eso nos ha unido y nos ha hecho avanzar juntos, claro yo no tengo aún algo activo como lo tiene Tierra, así que mi preocupación se basa más en la prevención, y Tierra en la atención, entonces a veces hay algunos roces, de que yo me salga de la dieta o cosas así, pero aun así, el hecho de tener el ejemplo de alguien que ya está superando esos retos, para mí es inspirador, y si es la persona que uno quiere, todavía más. (Marte, mujer, 40 años, 2023)

Ahí sí le puedo dar mi opinión, sería que yo sí quiero ver a mis nietos, es que lo veo con mi mamá como los goza, y ahí sí como dicen, le tengo envidia de la buena, porque es que también quiero ser como mi madre; una abuela fuerte, animosa, no toda aguada o tembleque, por eso es que igual como le dijo mi esposo, hay que cuidarse y pues la diabetes de mi esposo, también me ayuda a eso, ya que andaba yo toda cansada, sin ganas, así como inflamada me sentía, pero pues de repente alguien más ya estaba también enfermo... es que sí fue muy fuerte lo de Júpiter para mí...[pausa larga]... yo creyendo que ya su bolera⁵² le estaba causando estragos, y no, era la cochina diabetes, que me lo estaba adelgazando, mucho cansancio y él no lo toma con síntoma, pero ya estaba tomando mucha agua y ya iba mucho al baño. (Saturno, mujer, 50 años, 2022)

Así, el espejeo significa una valoración tanto personal como social del padecimiento, contrastando la propia carrera personal, con los imaginarios y simbolismos que le

⁵² alcoholismo

representen claves para el entendimiento de sus propios procesos, ya sea para mejorar los procesos de cuidado con la DM, o para un sentido de bienestar propio, ya que a final, así como para quien vive la DM, no puede determinar todos los aspectos de la vida cotidiana, ya que, para los familiares es importante también atenderse a sí mismos, ser también sujetos de cuidado e intentar ser felices, a pesar de la DM, o, utilizando o aprendiendo de él para dichos fines, es decir, la DM como un aprendizaje de vida, aun cuando no se le viva biológicamente.

creo que aunque pudiera haber un borrón y cuenta nueva, sería muy terco de nuestra parte, volver a viejos hábitos, significaría que no aprendimos nada, y que tantos esfuerzos serían en vano, y eso sólo hablaría de inmadurez, la principal enseñanza que puede dejar una enfermedad como la diabetes, es que se puede disfrutar de la vida sin excesos... {¿Crees que la palabra exceso es clave para la diabetes?}... es clave para la vida en general, sin duda, si no sabes controlar lo que haces, piensas o dices, irremediamente se te cobra una factura, ya que lo mismo podría decir de mi corazón, si no lo cuido, pues después tendré que pagar las consecuencias. (Marte, mujer, 40 años, 2021)

te digo que comenzó que se enfermaba muchísimo, sin la insulina o antes de la insulina, se enfermaba muchísimo, se la pasaba durmiendo, no tenía ganas de nada, de comer tampoco y eso fue lo que más le afectó. E igual ella dejó de hacer sus actividades... [¿Cómo te ha hecho cuestionar o plantear tu propia vida?... Muchas cosas que quería hacer, por ejemplo salir a viajar, que me gustó viajar, he limitado esa parte no, porque he dicho “¿qué tal que a ella le disgusta?, ¿qué tal no me deja ir o se angustia o se enferma?”, entonces me ha cambiado esa idea de que “por el momento no lo hagas, espérate a que ella esté bien o más tranquila”, porque a veces de un golpe se puede enfermar ¿no?, entonces, siempre he tratado de hacer eso no, y pues yo creo que ha limitado parte de mi vida personal ¿no?, sobre todo de salir. (Venus, mujer, 25 años, 2021)

Una lección aprendida por ambos actores (quien vive y convive) son las implicaciones económicas que llega a tener la DM en las finanzas familiares, ya que, además de la alimentación sana o adecuada, seguir con una terapia con medicamentos de por vida, aunque los fármacos sean de bajo precio, a la larga significan una fuerte inversión monetaria, sin contar los gastos propios de un seguimiento periódico, aún, contando con seguridad social.

En meses recientes, la verdad, la familia ha estado pasando por cuestiones económicas graves, en mi caso mi negocio está prácticamente cerrado, mi madre se nos ha estado enfermando y a mi hermanito le está costando trabajo sacar sus estudios, y para acabar, mis sobrinos también ya están de enfermizos de nuevo, y mi hermano sigue igual, lejos de levantarse y ayudarnos, sigue en su mismo modo, y no creo que realmente se esté cuidando. (Luna, mujer, 40 años, 2023)⁵³

6.4.-Ejercitando el imaginario

Esto conlleva una serie de ejercicios de memoria histórica sobre la epidemiología local del medio en el que se vive, con la finalidad de encontrar posibles estrategias que puedan

53 Tres meses después de esta entrevista, mi esposa me comentó que habló con Luna y su hermano tuvo un accidente en la motocicleta en la que trabaja, y están preocupados, porque sus heridas no se están aliviando como quisieran.

recuperarse de los imaginarios construidos en torno a la salud, especialmente cuando ya se viven bajo ciertas situaciones como la DM. Y esto, se ve potencializado en contingencias como la vivida con la pandemia de Covid, evento coyuntural que se convierte en un espacio para el conocimiento y el cuidado de la DM.

muchos decían, si se murió del corazón, mencionaban también que glucosa, me comentaban mis papás de que es qué; es que murió de tanto comer, y a mí me daba la duda del por qué; y sí, decían, porque comió mucho, *tonces* ya adentrando en esa situación o ya analizando, era lo que se refería a la diabetes, ¿por qué?, porque te da ansiedad de comer, entonces en ese aspecto entendí por qué morían por comer. Otro del corazón, porque la gente era gordita, era gente que, no había tu aceite de oliva, era manteca de cerdo y vámonos ¿no?, entonces era una comida menos sana, pero la más práctica, porque era lo que se consumía de la ciudad ¿no?, si eso era lo que decían, que fallecía del corazón, por comer o también por accidentes, pero eso no era mucho, eran pocas las personas, pero más era del corazón. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

pues comíamos de todo un poco, comíamos tanto como las verduras, como tanto carne, o sea, nuestra alimentación, pues, era variada, no era solo una cosa, pues como te decía, mi papá era comerciante, entonces él semanalmente nos traía las frutas o sea, toda la semana teníamos frutas, pues siempre nos traía lo que era frutas, verduras, todo lo que sobraba de la venta, era lo que nos traía y pues sí, nuestra alimentación era variada creo... sí comprábamos por acá, los huevos, chorizo, algunas verduras locales, lo que era hierva mora, los quelites, mmmm... refresco comprábamos mucho refresco, comprábamos mucha coca cola (risa), eso no podía faltar...¿Qué era lo más sano que podíamos comer, no? Pues, la frutas, de hecho, desde niñas sabíamos qué era lo bueno y qué era lo malo que podíamos comer, sabíamos que si comíamos mucha Sabritas, nos podía hacer daño, igual si comíamos fruta, sabíamos que era lo sano, entonces sabíamos qué era bueno y qué era malo. (Venus, mujer, 25 años, 2021)

Lo del cáncer fue algo que realmente llamó la atención en Villa Flores y municipios vecinos, sobre todo en mis años de adolescente, realmente la gente no se sabía explicar bien de dónde vino, ahora se dice que probablemente tiene que ver con el uso de agroquímicos, pero en aquella época hasta llegar a escuchar que se trataba de un castigo porque la gente se estaba portando mal,[¿en qué sentido?]. La verdad no sabría decirte, pero si recuerdo que eso del cáncer si estaba teniendo un impacto en la gente, fuera de eso, pues la verdad la gente se enfermaba y moría, pues del corazón, ácido úrico porque se come mucha carne por ahí, y pues diabetes y otras cosas relacionadas. (Marte, mujer, 40 años, 2022)

Recuerdo mucho las enfermedades de los niños, le digo porque para eso si era buena, pa enfermarme, mire... me dio mal de ojo varias veces, torceduras, quebraduras, empachos etc... y fíjese que para todo eso había curanderos, había... como se diría... especialista, pues para cada cosa, porque hasta eso en aquella época apenas si había clínica, y la verdad tampoco servía para mucho, así que la gente se curaba con la medicina de los abuelitos. Ahora ya casi no, pero en el caso de los niños todavía se atienden bastante. (Saturno, mujer, 50 años, 2022)

Viéndolos como imágenes, estas tres experiencias hacen referencia a la salud como algo estructural que adquiere sentido ante las eventualidades particulares en las que se manifiesta, es decir, un imaginario en salud adquiere relevancia y es digno de referencia cuando se encarna en cuerpos biológicos a través de síntomas, diagnósticos y tratamientos, sin esta encarnación biológica, la salud es repositorio simbólico y semiótico del cuerpo social, esperando a ser detonado.

6.5.-Las terapias

Una vez detonado este repositorio, se comienzan nuevos procesos de aprendizaje sobre nuevas terapias o alternativas de tratamiento, con las que los familiares llegan a tener la ventaja de observar los efectos desde fuera, sin la carga biológica que implica el manejo de los síntomas, y en este sentido, son capaces de establecer o replantear ciertas dinámicas o problemas familiares, como el lidiar o negociar con las personas con DM, sea a nivel terapéutico, emocional o financiero.

Pues como te comenté , todavía es tradición el atenderse primero con Ilo⁵⁴ y después con el médico, y yo digo que está bien porque a veces muchos problemas de salud son emocionales, y la manera que lo manejan ayuda bastante, y claro, hay enfermedades de común que funcionan con hierbas, masajes y pomadas, ahí está la partería pues, los hueseros y los hierberos que ayudan con las enfermedades comunes; una gripa, una quebradura, dolores de estómago, hueso y hasta infecciones, y eso no quiere decir que neguemos la medicina, somos los primeros que exigimos que la clínica funcione, pero eso no significa que tengamos que renunciar a nuestras tradiciones, ya así como te dije de la comida, recuperar nuestra medicina tradicional debería ser algo que debemos hacer también... con eso te digo pues que si uso la medicina tradicional, voy con el curandero que me hace emplastes para lesiones; si me embarazo, sí me gustaría darle una oportunidad a la partería también, y al mismo tiempo, llevar control con el médico... así que mi opinión es positiva, nuestra riqueza indígena hay que aprovecharla, y la medicina tradicional y el curanderismo es un patrimonio que no debemos perder... (Venus, mujer, 25 años, 2022)

“la insulina es algo que produce nuestro cuerpo, entonces es como si su cuerpo estuviera produciendo la insulina, entonces pues ella no le afecta en eso; si ahorita a veces rompe su dieta y pues no le pasa nada, a veces en los cumpleaños ya come un poco de pastel, a veces nos invitan a eventos y sí rompe a veces su dieta...” (Venus, mujer, 25 años, 2021)

De esta manera, el familiar está dispuesto (aún más que quien vive con la DM), a ser más abierto en cuanto a experimentación, a la búsqueda de nuevas alternativas y hasta a reivindicar políticamente ciertas estrategias terapéuticas. Esto, gracias a tener la ventaja de no tener que lidiar con los síntomas e invertir tiempo y esfuerzo en la vigilancia del cuerpo biológico, por lo tanto, el cuerpo político de los familiares respecto al padecimiento, adquiere más fuerza y contundencia en lo que a estrategias terapéuticas se refiere, lo cual al mismo tiempo, puede generar tensiones al interior del núcleo familiar, y la DM, adquiere características a este respecto, al ser silenciosa, cotidiana y progresiva, por lo que la cronicidad de este padecimiento, ofrece tiempo a los familiares para las estrategias, las cuales incluyen tensión, armonía y/o mucha reflexión.

como si además de mi colesterol, ahora también tuviera la diabetes, porque sabía lo peligroso que era, que no quisiera aceptarlo y tomar su medicina, así que tuvimos muchos problemas al principio, porque me daba coraje pues que no entendiera...¿ qué iba a hacer si me moría?... incluso en una de mis consultas me dijo el doctor que me estaba sugestionando, porque le dije que tenía mucho

⁵⁴ Referencia tsotsil al curandero tradicional, puede o no incluir especialidades como hierberos, hueseros, masajistas, partería etc...

cansancio y sed, y me decía que no era posible porque los niveles de mi colesterol estaban bien (Saturno, mujer, 50 años, 2022)

tenemos que incorporar ya buenos hábitos, y no digo que no podamos comer lo que se nos antoje, pero ya no podemos regresar a lo de antes... a comer cuando se puede, lo que se puede y dónde se puede, pero te diré que tener una hija adolescente no lo hace fácil, le encanta la chuchería y la verdad a veces yo no me resisto, pero trato de compensarlo haciendo ejercicio... comíamos, que si los tamalitos, la pizza y esas cosas, entonces si me dio pena por él, porque sabía lo que había pasado con su padres, pero trato de darle muchos ánimos, y que si nos cuidamos pues podemos tener una vida normal y sana. (Marte, mujer, 40 años, 2022)

La información recabada muestra cómo en los familiares, la convivencia con la DM se encuentra imbricada en sus propios cuerpos, que hay aspectos o consecuencias que las viven como si fueran propias, sobre todo a nivel emocional, esto, probablemente por el estado mismo del padecimiento, pero en algunos casos tampoco se goza de una sensación de control o equilibrio con el padecimiento, o con el familiar que lo padece de forma directa y biológica. Por lo tanto, una perspectiva tercerizada y por lo tanto social del padecimiento, proporciona una riqueza única sobre la forma de sobrellevar, entender y asumir un padecimiento como la DM.

6.6.- Convivir con el cuerpo

En términos de los familiares, habría que posicionar el elemento emocional como algo preponderante en la interpretación y percepción de la DM, ya que, el no vivir o padecer biológicamente con ésta, coloca en los familiares una incertidumbre que, independientemente del nivel de experiencia o conocimiento que se tenga sobre el padecimiento, proporciona una mirada más observante hacia las consecuencias emocionales, ya que no se tiene la carga y vigilancia fisiológica de los signos y síntomas.

Mi madre empieza con un tratamiento igual de medicamentos, de pastillas, pero empieza a manejar estos picos, baja y sube, así la llevaba. Estoy segurísimo que consideraba o pensaba que con los medicamentos ella ya podía controlarse, pero pues en una diabetes controlada tienes que ayudarte con la alimentación y el ejercicio, ella no le gustaba hacer ejercicio, ella no le gustaba la dieta, y solo tomaba los medicamentos(Tierra, hombre, 39 años, 2021)

De la misma manera, los familiares ejemplifican cómo la incertidumbre que le genera tanto la DM como los mecanismos para controlarla, hace recaer su confianza en terceros, quienes puedan tener una mayor autoridad, manejo y conocimiento, sobre todo de los procesos medicalizados, e incluso depositar un poder no verbalizado sobre la forma y modo de solucionar un probable desenlace fatal. Esto indica cómo los procesos medicalizados de la DM, inciden en la empatía biológica, y con esto nos referimos a una vinculación entre síntomas, experiencias clínicas e historia de vida y social que permitan a los familiares

percibir de mejor manera, cómo la persona con DM “siente” y vive su padecimiento, para así poder involucrarse de forma más conveniente, en el cuidado o atención, y no solamente padecer las consecuencias emocionales, financieras o familiares que esto conlleva, ya que de lo contrario se encuentran conflictos como los que plantea Luna, al señalar que una terapia de insulina, no debería ser indicada para personas jóvenes, considerando a su hermano de menos de 50 años como tal, lo que denota una perspectiva en torno a la insulina, de una especie de derrota clínica, en la que se asume como una incapacidad corporal que requiere de un elemento externo, artificial y de por vida para sobrellevarla, lo cual en términos de la medicalización supone, al contrario de Luna, una oportunidad para el control y disciplinamiento corporal a un nivel biológico profundo, muy difícil de asumir y aceptar para quien vive con diabetes, ya que al recuperar cierto control del padecimiento y sus síntomas, puede llegar a verlo y sentirlo como un milagro, pero desde la perspectiva del familiar, se puede llegar a tener un punto de vista más crítico de estas terapias, al menos a este nivel de convivencia con la DM, ya que teniendo empatía biológica, sólo podemos inferir que las interpretaciones sobre la DM, podrían ser diferentes, cosa que, en concordancia con Foucault (1990), es muy difícil dada la aplastante estructura que suponen los instituyentes medicalizados. “me daría mucho miedo no saber qué hacer, creo que me apoyaría mucho en su hermano, no solo porque es médico, sino porque sabe por experiencia propia qué es vivir con la diabetes⁵⁵, además de que creo que Tierra lo escucharía”. (Marte, 2022)

{¿y ustedes qué pensaron cuando el médico les mencionó la insulina?}... La verdad no queríamos eso, nos preocupaba que fuera otro gasto más fuerte, y que sobre todo no le sirviera de mucho, ya que es algo que dicen que es de por vida, ¡imagínate!, todavía esta joven, tener que estar inyectando quien sabe cuántos años más, no gracias, mejor vemos de que otra manera lo podemos controlar... (Luna, mujer, 40 años, 2022)

Esto tiene que ver con una estructuración de tres fases básicas en el proceso de cuidado de la diabetes, elaborado por Venus, en calidad de hija y principal cuidadora de su madre con DM. De esta manera para entender esta tecnología, lo primero que hay que considerar, es que en base a sus experiencias (positivas y negativas) en torno a la diabetes y las emociones que le causó, es que justifican la frase “que no le pase nada”, existe una primera fase de crisis y drama social determinada por el descontrol y/o las manifestaciones sintomáticas del padecimiento, en la que éste tiene prácticamente el control de la situación de salud.

⁵⁵ Hablando de las experiencias de su padres con diabetes como hijo.

En una segunda fase, está un proceso denominado “estabilización”, en el cual, después de documentarse sobre el padecimiento, poner en marcha una serie de estrategias y posicionamientos al respecto, el padecimiento mismo, inicia una etapa en la que tanto la persona con DM como sus familiares reconocen los alcances de las estrategias, sus limitaciones y las condiciones en las que se puede y no manejar el padecimiento; para iniciar una tercera fase que implica situaciones tanto positivas como negativas dentro de la vivencia y convivencia con el padecimiento, es decir, la etapa de “mejorar” o “empeorar”. Lo cual implica dos perspectivas claras, la primera que conduce a un estado de bienestar o de calidad de vida, a un estado positivo de salud que implica, no sólo un control del padecimiento, también un mejoramiento de la vida cotidiana, al ser recuperados aspectos perdidos o puestos en pausa a causa de las dos fases anteriores. Esto es importante para los familiares, quienes sufren un desgaste físico, emocional y mental a causa de un padecimiento que no les pertenece en cuanto a su cuerpo físico, pero sí a su cuerpo social en tanto que es familiar. Y por otra parte, en esta tercera fase de padecimiento planteada por Venus, si este empeorara en un proceso de descontrol, con las consecuencias físicas y mentales que le procedan, el desgaste únicamente se agravaría, alargaría o cambiaría dependiendo de la gravedad, la temporalidad y las consecuencias de tal “empeoramiento” de la DM.

Por lo tanto, este tipo de posicionamiento posibilita colocar y priorizar los elementos comunes y hasta estructurales del padecimiento, favoreciendo un acceso más claro a un imaginario sobre la salud, que permite pensar en los elementos capaces de construir una calidad de vida o de bienestar, en torno a los procesos medicalizados de la DM manifiestos en las terapias convencionales biomédicas basadas en medicamentos, régimen alimenticio y actividad física.

De esta manera, se generan actitudes básicamente desde una comprensión más bio orgánica de los síntomas, los cuales pueden aportar al cuidado en dos sentidos: desde terapias más estrictas y disciplinadas; hasta la alcahuetería, entiéndase esto como actitudes y prácticas de permisibilidad y complicidad en rupturas con algunos elementos terapéuticos, en especial la dieta o régimen alimenticio. Así, cuando se menciona el dejar su propia alcahuetería por sus propios padecimientos, se inicia una dinámica de negociación con la DM al enterarse del diagnóstico del familiar, y comenzar un proceso de empatía, no sólo emocional, sino hasta biológica, entre los padecimientos de uno y otro lado.

Al observar o experimentar de forma directa las complicaciones de una DM mal controlada se adquiere una particular sabiduría respecto al padecimiento gracias a una mezcla de emociones y sentimientos tanto positivos como negativos.

Una primera fuente de conocimiento ante el padecimiento, son sus propias carreras terapéuticas, e incluso cómo la misma pandemia funcionó como un proceso de aprendizaje para ambos actores y aunque su enfoque se dirige hacia la DM, sobre todo Marte y Saturno han encontrado una especie de equilibrio entre los padecimientos de ambos, un proceso tanto armónico como tenso, con elementos que aunque de entrada puedan verse como nocivos, como el consumo de alcohol, como lo señaló Saturno, este elemento para ella, significa un factor para la disciplina corporal que le está ayudando a su esposo a llevar un mejor control de su DM, es decir, la abstinencia ante el alcohol de su esposo, ha beneficiado en términos de la DM no sólo a su familia, sino a ella misma, dando la oportunidad de empatar ambos, sus estrategias terapéuticas.

una cura de la diabetes en mi esposo, sería más perjudicial que beneficioso, porque mucho de su soporte para cuidarse de la diabetes es el no tomar, y la verdad él no toma, es como él dice “ un día a la vez”, entonces si se cura de la diabetes, no sé qué tan fuerte quedará su voluntad de seguir sin beber, es un vicio don Miguel, no es tan fácil. (Saturno, mujer, 50 años, 2023)

Siguiendo este mismo hilo, la angustia y preocupación que genera en Saturno el que su esposo en un principio no se cuidara, significó en un primer momento para ella, la determinación de dejar de momento sus propias dificultades de salud, para convertirse en un ejemplo de fortaleza y disciplina ante sus padecimientos, y esto, junto al logro de su esposo para evitar el consumo de alcohol, permitió una apertura para la negociación entre ambos.

Cabe señalar que tal angustia y preocupación persiste ante la posibilidad de que su esposo vuelva a ingerir dicha sustancia, lo cual indica que, dentro de las experiencias con la DM, elementos aparentemente negativos, cambian su función o valoración en términos de las propias circunstancias de vida o de los padecimientos mismos.

Otro elemento de intranquilidad y preocupación mencionado de forma reiterada en todos los interlocutores es el financiero, sobre todo en episodios de crisis o descontrol, remarcados en especial por Luna y Venus, quienes al haberlos experimentado, incluso mediante ingresos hospitalarios, señalan la dimensión fenomenológica de los aspectos económicos de la vida cotidiana, en especial en un país en donde un episodio de crisis en

salud, aún puede significar un quiebre financiero, las consecuencias de esto en términos mentales y con padecimientos como la DM, la incertidumbre e intranquilidad son componentes que deben tomarse en cuenta en un padecimiento en el que se pueda llegar a un punto de no retorno en una cascada de complicaciones que puedan agravar tal situación financiera, por lo tanto, tener acceso a seguridad social, se coloca como un factor, no sólo para la certidumbre financiera, sino incluso para la atención integral de los efectos colaterales que puedan surgir, como señala Luna respecto a sus sobrinos infantes, quienes también sufren de consecuencias de tales episodios de crisis con la DM, como temores e incertidumbre.

Que esta especialista le haya hecho cambiar la vida, en sentido tanto psicológico como físico, a eso me refiero, porque era todo un proceso, lleva medicamentos controlados, y eso fue como una bendición para nosotros, porque no teníamos esa capacidad tanto de comprar los medicamentos porque son muy caros los que le recetan, entonces también ella solicitó un apoyo para que mensualmente le den su insulina (Venus, mujer, 25 años, 2021)

Esto demuestra cómo en la forma de convivir con el padecimiento, el peso de la propia historia y condiciones personales determina el ánimo, la energía y preocupación que se puede o debe aplicar, y aunque la DM se convierte en un peso para el familiar, que, aunque no es producto de su propia historia personal, sí es social como familiar, y bajo este entendido, esto puede llegar a tener un mayor peso para su atención y cuidado en comparación a ciertos episodios personales.

Ahora bien, ya dentro de la determinación ante el cuidado y atención de la DM, existen elementos que funcionan como una especie de medida o estándar para evaluar los resultados o ponderaciones respecto al cuidado, y por ende, el estado del padecimiento y la persona que viven con DM.

Hay que aclarar que tal ponderador o medida no se refiere única o necesariamente a los aspectos clínicos del padecimiento, sino que se configura de una serie de elementos y valoraciones subjetivas de emociones en relación con la sintomatología y una fuerte valoración de los estados mentales y emocionales, tanto de quien vive como de quien convive con la DM.

Nosotros pensamos siempre en qué puede comer y qué no, también nosotros porque comemos algo que no puede, eso pasaba antes de la insulina, porque no podíamos comer algo que ella no pudiera comer, porque igual nosotros nos sentíamos mal de que se le antojara a ella y no lo pudiera comer, entonces cuidábamos mucho esa parte, pero después como que ella lo fue asimilando y no pues ustedes coman, conmigo no pasa nada, entonces fue como un proceso de aceptación también para ella. (Venus, mujer, 25 años, 2021)

no hacía caso, hasta que de plano yo y mis hijas le dijimos “Pues si no te vas cuidar tú, nosotras tampoco, y a ver cómo le haces, que te quedes sólo”, y como nunca nos había escuchado así, pues creo que le caló porque luego ya me dijo “es que primero quiero dejar de tomar”, y pues al principio no le entendí, pero creo que tenía razón, porque nomas empezó a dejar de tomar, y ya se tomó más en serio su diabetes, eso sí, su medicina nunca lo dejó, porque hay estábamos atrás de él. (Saturno, mujer, 50 años, 2022)

[¿ y qué pensó cuando, todavía tomando su esposo, le dijeron que tenía diabetes?].… Pues le digo que ahí estuvo el pleito con él, porque pues si descuidaba su diabetes y le pasaba algo, ahí si nos iba a desgraciar, y luego yo también con mis cosas, no ahí si le dije que le toleraba su trago, pero que terminara amputado y tirado por ahí de un coma, ahí si ya no, entonces la verdad yo nunca lo obligué a dejar de tomar, salió de él, y qué bueno, se lo agradezco. (Saturno, mujer, 50 años, 2023)

Para ir cerrando el planteamiento los familiares en relación con la DM, se puede argumentar que la experiencia y emociones de los familiares en relación con el padecimiento, están íntimamente ligados al cuidado y la atención de las personas con DM.

Esto se suscita varios niveles, perspectivas y situaciones de conflicto que van desde un aspecto crítico, hasta grados de afectación física y mental ligado a la DM, y desde atenciones meramente sintomatológicas, hasta la colaboración y coexistencia entre padecimientos, estrategias y hasta posicionamientos políticos. Ya que en este punto, estas tensiones involucran, no sólo la convivencia con la DM, también los propios padecimientos de los familiares, sus historias de vida y trayectorias de salud.

Convivir con la DM desde el cuerpo implica entonces, poner al servicio del cuidado, atención y aprendizaje, una especie de alter ego hacia la DM, pero sin los “sesgos” de vivir y sentir en carne propia la sintomatología propia de esta.

De esta forma, el convivir permite vislumbrar los estados de salud como una dinámica social a través de lo individual, en que las historias y la experiencia de los familiares complejizan los procesos de cuidado y atención del padecimiento, al agregar sus propios estados de salud en un ya de por sí, complejo proceso individual de aquel que ha sido diagnosticado, por ende, el propio autocuidado se redefine individual y socialmente por aquellos que conviven con el padecimiento, y esto nos permite argumentar la poca viabilidad de individualizar enfermedades y padecimientos, ya que, dentro de los procesos de cuidado y atención, se ven involucradas otras historias, otros padecimientos, condiciones económicas, históricas y culturales que necesariamente entran en tensión, y dialogo constante entre diferentes actores, para un éxito en el cuidado, atención y control de la DM, y con éxito nos referimos a, desde una esperanza de cura hasta un buen morir, pero siempre

permeados por un mínimo de bienestar y felicidad para quien vive y quienes conviven con... en este caso, la DM.

Cuerpo político, social e individual de los familiares son parte fundamental para el cuidado, atención, visión y hasta prospectiva del padecimiento como familiares, pero también son actores pasivos/activos de las causas y los efectos de la DM; manos derechas en la toma de decisiones y estrategias; cómplices y jueces en ciertos comportamientos, hábitos, posicionamientos y situaciones de crisis y vida cotidiana; y todo, sin sentir, vivir y padecer la DM en su propia conformación corporal física y biológica.

De esta manera los ejercicios corporales autónomos de familiares, pueden manifestar de mejor forma la otras tecnologías (Producción, sistemas de signos, de poder) que circunscriben al padecimiento, al no cargar el peso biológico y sintomático del padecimiento en particular, aunque al vivir sus propios procesos, la estructura de roles (Douglas, 2002) se ve trastocada por la DM de manera directa en sus propias experiencias, emociones y referentes imaginarios, por lo tanto, a manera de percepción desde la DM, pareciera que, como familiar, sus propios cuerpos se ven involucrados en los cuerpos de aquel que padece, y por lo tanto, la perspectiva social y familiar de la DM adquiere un mayor peso que los aspectos fisiológicos de este, o por lo menos se convierte en un elemento para las relaciones de poder que se generan derivadas de un diagnóstico, tanto al interior del núcleo familiar, como con los procesos medicalizados, encargados en profesionales de la salud, principalmente.

Capítulo 7

La epidemia en pandemia

La pertinencia de abordar la pandemia de Sars-Cov2 en esta investigación, además de su pertinencia social, metodológica y temática al estar imbricado con la Diabetes Mellitus (DM); una contingencia sanitaria como ésta presenta elementos que dentro de las dinámicas de la DM pueden considerarse o analizarse desde sus consecuencias, es decir, la DM como comorbilidad clave para el nivel de afectación e incluso mortalidad en caso de contagio ante el virus en cuestión. En términos de los tres cuerpos, puede considerarse a la pandemia como una complicación asociada a la DM, ya que, de no existir dicha comorbilidad, las afectaciones o consecuencias tal y como hasta ahora se han documentado, serían menores.

En este sentido, la pandemia permite acercarse a la forma en que los cuerpos individual, social y político funcionan en episodios de contingencia, con toda la carga que implica vivir y convivir con la DM, que en su rutina cotidiana se ven trastocadas las seguridades, perspectivas y prospectivas que hasta el momento se tenían respecto a la DM. Por lo tanto, el siguiente análisis, se enfocará en tratar de abordar las dinámicas de los tres cuerpos a lo largo de los testimonios recopilados de esta contingencia sanitaria.

Para esto, se presenta este análisis a través de los tres subtemas planteados en las entrevistas, tratando de obtener y mayor contexto y contenido posible. Por lo tanto, se aborda desde lo que se denomina A) el confinamiento, en el que se comentan todos los elementos involucrados en lo que se denominó “jornada nacional de sana distancia”, para después hablar de B) el manejo que se tuvo de la DM en este confinamiento, mientras que C) las implicaciones, se refiere a las posibles consecuencias o resultados de ambos procesos, a saber, la pandemia en el A) confinamiento, y B) el manejo de epidemia de la DM.

Como se ha señalado antes, el objetivo analítico de este apartado, es plantear la pandemia de Sars-CoV2, como un ejemplo de cómo los tres cuerpos interactúan y se traslapan en torno a la DM como una respuesta, explicación y afrontamiento de las implicaciones que un evento como la pandemia les significa a las personas que viven y conviven con la DM.

Metodológicamente, al estar trabajando con un grupo relativamente homogéneo en términos de que aún no padecen complicaciones graves o incapacitantes a causa de la DM a nivel físico, mental o emocional, se considera a la pandemia una forma de ejemplificar dichas complicaciones retomando al virus Sars-CoV2 como una implicación directa en las personas que viven y conviven con la DM, en tanto que una comorbilidad que las coloca en un particular grupo de riesgo.

De manera general, la pandemia representó y representa nuevos estados de salud a nivel planetario, en que las condiciones de vulnerabilidad al virus Sars-Cov2 ante la humanidad, no se reducen a grupos de riesgo o comorbilidades, sino a las condiciones económicas, políticas, sociales y ambientales de vida, es decir, la forma en que vivimos, lo que pensamos y /o creemos.

Característico de este fenómeno fueron las cifras más altas de mortalidad de este virus, que se centraron en países de América del norte y Europa, por sus particulares características sociodemográficas y epidemiológicas, por ejemplo, una pirámide poblacional inversa o altas tasas de obesidad y morbilidades asociadas.

Tabla 21. Mortalidad mundial por Covid.

Región	Países	Promedio Casos	Promedio Muertos
Europa (21)	Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía, Rusia, Serbia, Suecia, Suiza, Turquía, Ucrania.	52733 ± 63336	4974 ± 7938
América del Norte (3)	Estados Unidos, Canadá, México.	2745597 ± 436354	14656 ± 23318
América Central (7)	Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, República Dominicana.	1737 ± 2058	66 ± 85
América Sur (9)	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Chile, Paraguay, Perú, Uruguay	9508 ± 12924	441 ± 797
Asia (13)	Arabia Saudita, China, Corea del Sur, Filipinas, India, Indonesia, Irán, Israel, Japón, Malasia, Pakistán, Singapur, Tailandia	20627 ± 27994	961 ± 1770
África y Oceanía (7)	Argelia, Australia, Burkina Faso, Camerún, Egipto, Nueva Zelanda, Sudáfrica	2705 ± 2019	121 ± 140

Fuente, elaboración y referencia: Zevallos, Javier Cieza, & Uriol Lescano, Celene. (2020)

Para apoyar esta hipótesis, se puede hacer referencia al caso africano, en el que se encuentran las estadísticas más bajas de mortalidad, teniendo el menor acceso a las vacunas, carencia alimentaria y poco acceso a servicios de atención a la salud, tanto

cuantitativa como cualitativamente, y sin contar los posibles subregistros respecto al impacto y contagios durante la pandemia. Esto aunado a los tamaños de población, condiciones medioambientales, densidad de población etc... El punto de este argumento es que la base fenomenológica e imaginaria de esta pandemia tiene como cimiento semántico la incertidumbre; en que los mecanismos, estrategias y explicaciones hegemónicas basadas en la ciencia, democracia y cultura occidental, fueron rebasadas, al menos en principio, para la atención y explicación de esta emergencia sanitaria, no solo a nivel clínico de atención de salud, sino en lo relativo a aquellas preguntas existenciales, sociales y epidemiológicas surgidas de tal fenómeno.

Estos testimonios ofrecen una perspectiva urbana y rural con una relativa accesibilidad a servicios de salud, ya que tanto en Nachig como Navenchauc se cuenta con clínicas de atención las cuales se convirtieron en centros Covid para las localidades circundantes. Sin embargo, la diferencia básica en relación con San Cristóbal, radica en sus condiciones socio demográficas, ya que mientras la primera manejó una dinámica más “estricta” respecto a la medidas sanitarias, y en el ámbito rural de este estudio, dichas medidas fueron poco o nulamente atendidas, y quienes las atendieron, como lo fue en este caso, experimentaron un proceso de apropiación de la pandemia, que en algunos ejemplos, trastocaron la dinámica comunitaria en ese momento.

Por lo tanto, abordar este análisis de una perspectiva urbano/rural en este caso, parece pertinente para dimensionar, desde dos formas diferenciadas de vivir y convivir con la pandemia de Sars-CoV2 y con la epidemia de DM.

7.1.- El confinamiento (urbano)

Cabe comenzar con el cómo, las formas y las primeras impresiones respecto a la información obtenida sobre este episodio contingente, sanitario y global. Estas primeras impresiones son variopintas, pero de forma general, los círculos y redes sociales más cercanas, funcionaron como las primeras fuentes de información, seguidas de fuentes oficiales y medios convencionales de comunicación, fuesen éstos alternativos o masivos.

Con esto en mente, cabe destacar que en los testimonios se cae en cuenta de la seriedad y gravedad de la pandemia por los primeros efectos de esta, que no necesariamente se vinculaban a su aspecto clínico o epidemiológico, sino al social, especialmente en lo que

concierno al impacto en las actividades laborales y económicas del confinamiento, lo cual podemos interpretar como la primera consecuencia, ya que su efecto en la vida de las personas les hizo reflexionar sobre el virus propiamente:

Yo no tengo tiempo para ver noticias o escuchar la radio o la televisión, así que, la verdad no sabía lo que estaba pasando, la verdad al principio ni siquiera lo creía, y hasta la fecha tengo mis dudas... Pero pues cuando en el trabajo nos dijeron que cerrarían por eso, caí en cuenta, porque el dueño es bastante avaro, entonces, si iba a cerrar su negocio, ha de ser por algo muy importante... {¿y que dudas te generó la existencia del virus o la pandemia?}... Pues la pandemia si existía, digo, los negocios empezaron a cerrar, la gente se empezó a encerrar, o sea algo estaba pasando, pero de ahí a que fuera un virus que nadie conocía ni se sabía nada, no sé... digo parecía como una pulmonía, y eso te podía dar de muchas cosas... (Sol, hombre, 45 años, 2021)

Lo que en un principio me dio desconfianza, fue el nivel de alarma con el que se manejó, casi apocalípticas, en donde, en China se estaban muriendo como moscas y no había ninguna cura, como si fuera una serie de estas nuevas que pasan en la televisión, solo faltaba que dijeran que volvían a la vida como zombis, y es que ya lo habíamos pasado pues, el H1N1, la gripe aviar, que si de los puercos, la vacas locas... y pues en un principio si tuve mis dudas de que fuera tan grave esta cuestión (Luna, mujer, 40 años, 2022).

Como puede observarse, el elemento incertidumbre comienza a tener una primera implicación en esta coyuntura, e incluso los primeros posicionamientos políticos al respecto, en una negación e incredulidad, basada en asombro y miedo ante algo desconocido e inverosímil, colocando incluso un sentido apocalíptico ante la humanidad; pero incluso ante ese imaginario, las condiciones materiales de existencia siguen teniendo una prioridad por encima de proyecciones catastróficas, y de las estrategias sanitarias.

Cabe resaltar como, al ser una sociedad mediatizada, estos imaginarios apocalípticos se impregnan de referentes provenientes de una cultura pop globalmente extendida a través de medios electrónicos, en el que series, películas y música abordan temáticas referentes a un fin de la humanidad tal y como se conoce, y en años recientes, la idea de que dicho fin provenga de un elemento biótico como los virus, puede haber tenido una gran influencia en la manera en que se concibió esta pandemia, recuerdo por ejemplo, que de adolescente esta idea estaba impregnada sobre la hipótesis de que dicho fin sería a través de las maquinas, dado el rápido crecimiento en cuanto a informática y programación se refería.

Esta incertidumbre adquiere un sentido diferente cuando la experiencia y conocimiento respecto a la pandemia, provienen de fuentes más directas, como el contacto con las estrategias de estado al trabajar o contar con referencias dentro del ámbito de la atención a la salud. Y con esto en mente, la información surgida de esta coyuntura, si bien genera miedos y preocupación, su impacto a nivel particular o familiar es re evaluado de manera diferente.

Esto indica que, teniendo una forma directa de acceder a la información, hace que el sentido de su evaluación, en su impacto y atención es diferente, tanto cuantitativa como cualitativamente; cuantitativa al hacer un contraste con cifras, y cualitativamente al realizar una valoración moral y ética respecto a su impacto en particular.

La “jornada de nacional de sana distancia”, también conocida coloquialmente como confinamiento, encierro o cuarentena; se caracterizó por la cancelación o reducción de actividades sociales y económicas principalmente, y priorizando aquellas actividades consideradas como esenciales. Ahora bien, en México al contar con una población mayoritaria con actividades económicas informales, tales medidas restrictivas, debían adecuarse a dicha condición, y tal y como se documentó, la reactivación de actividades esenciales como la elaboración o reparto de alimentos, constituyó una particular forma de sobrevivir al confinamiento, sin la opción de poder abandonar las actividades laborales.

En este sentido, se percibieron ciertas ventajas respecto a esta situación ya que la actividad laboral e ingresos se incrementaron durante esta etapa, cosa que, a pesar de un potencial contagio, el riesgo bien valía la pena, incluso siendo una persona que vive con diabetes:

Pues es que aunque tengo mis ahorritos, sin trabajar y con tres hijos en 15 días nos quedábamos sin nada, entonces tenía que seguir trabajando, pero como te comenté antes, resulta que me fue mejor con mis suplementos que con lo demás porque pues hasta eso, no había mucha gente comprando, pero un día me puse abusada y se me ocurrió promocionar mis vitaminas ahí con la gente que veía en el mercado, y resulta que mucha gente me comenzó a pedir, y entonces mi trabajito secundario fue lo que más me dejó en esta pandemia. (Urano, mujer, 28 años, 2022)

“Así que, a pesar de todo {hablando de su trabajo como repartidor de comida}, me fue bien, igual mi familia, así que tan malditos no estamos” (Sol, hombre, 45 años, 2021).

Bajo estas circunstancias, el cuerpo social adquiere una relevancia al someter a juicio diferenciado, un confinamiento basado en la paralización total o parcial de la actividades cotidianas, y en donde no sólo la necesidad de subsistencia se convierte en una prioridad mayor a las precauciones o medidas sanitarias, sino que además, se adquiere una percepción basada en esas necesidades materiales y en donde se documentaron eventos como violencia social, en la que, paralelamente a un beneficio económico, se padecía de las consecuencias sociales de un trastocamiento en la cotidianidad.

En contraste, se encuentra la visión de aquellos con las posibilidades de llevar a cabo el encierro como lo indicaba la “jornada nacional de sana distancia”, en la que se percibe de manera más nítida la fenomenología del confinamiento espacialmente representado en una

casa, como un hecho social que trastoca la cotidianeidad individual y familiar al “obligar” a una convivencia estrecha y de tiempos prolongados, que en una situación anterior, hubiera sido complicado de configurar, sobre todo por los tiempos que se invierten en las jornadas laborales.

Para ejemplificar esto, que mejor que analizar el siguiente testimonio sobre la rutina que Tierra manifestó durante el confinamiento:

“Pues la rutina era más o menos así: nos levantamos temprano a caminar, de buenas nos echábamos hasta 10 kilómetros, desayunábamos, y ya nos poníamos a leer, a escuchar música, {risas}, ya tenía rato que no me ponía a escuchar discos completos, ¿te acuerdas?... me dio gusto poder echarme los 36 discos de Kiss, y hasta descubrí nuevas bandas, y pues bueno cuando veníamos a ver, había que hacer la comida, claro, eso sí, no había que hacer mandados, que como te comenté, era yo el que se aventaba el tiro, y te he de decir que el pinche cubre bocas me costó para acostumbrarme, nunca me ha gustado tener cosas en la cabeza o la cara, vaya ni las bufandas me gustan, así que ya sabrás, pero bueno, en esa etapa de la pandemia, pues era casi de vida o muerte, así que había que apechugarle... luego en la tarde nos echábamos la conferencia que daban sobre el Covid, y después jugábamos o platicábamos sobre las tareas de la niña, de la chamba o de cualquier cosa, y pues como había tiempo, nos poníamos a ver series o seguir leyendo... la cosa es que... conforme fue pasando el tiempo, esta rutina, empezó a tener roces entre nosotros, por ejemplo, nos empezaba a fastidiar la música de uno u otro lado, alguien quería romper la dieta, y en un principio lo acepté, pero pues ya después de que eso incrementó el gasto, pues empezaron los choques, porque el día que aquellas comían pizza, pues yo tenía que preparar lo mío etc... mi esposa tenía que trabajar hasta tarde y pues a mí me agarró el insomnio, en fin, la cosa se empezó a poner tensa... y pues en lo que respecta a la salud, me empezó a dar un poco de ansiedad y frustración saber que era más sensible, ora sí que a morir por las comorbilidades, pero pues, conforme se fue conociendo más del virus eso cambió, y más con las vacunas” (Tierra, hombre, 39 años, 2022).

Haciendo un análisis a profundidad de este testimonio, se pueden identificar diferentes etapas, a saber: a) **aceptación**; implícita en el hecho de que, al haber dimensionado el problema, se decide entrar en la dinámica de las recomendaciones de estado, teniendo la posibilidad de hacerlo, y ante el cese de su actividades laborales, b) **adaptación**; manifiesta a lo largo del relato, en el que actividades, rutinas y hasta gustos se ven reconfigurados en un solo espacio y de tiempo completo para todos los integrantes de la familia, c) **disfrute**; surgido de un apropiación positiva del espacio y tiempo pandémico a través del ocio, que en circunstancias “normales” serían menores si no imposibles, con lo cual, se reconecta con los aspectos de la vida que hicieron del confinamiento un momento positivo de reflexión y hasta disfrute, d) **tensión**; derivada en parte de la etapa anterior, el constante e incluso nuevos tipos de convivencia familiar comienzan a tensionar relaciones que ponen a prueba aspectos como la tolerancia, comunicación e incluso aspectos financieros, en un punto en el que los gastos comienzan a superar los ingresos, o los diferentes tipos de gustos, historias de vida y personalidades comienza a chocar, e) **reposicionamiento**; en el que juega un papel importante la DM que se abordara más adelante, pero que en términos del

confinamiento pone en discusión y balance c) disfrute y d) tensión, surgida en el seno familiar, en una mezcla de ansiedad y preocupación con las esperanzas, conocimiento y certezas que surgen conforme la epidemiología de la pandemia se desarrollaba.

Como hipótesis, se puede argumentar que estas etapas se convierten en un ciclo de comportamiento en el marco del padecimiento, en la medida que surgen factores para su implementación, por ejemplo, la vacuna, que se replantea en un ciclo de a) aceptación; b) adaptación; c) disfrute; d) tensión; y e) reposicionamiento, que ya no se alcanzó a documentar, pero que se puede bosquejar a partir de arriba analizado.

Para fortalecer este argumento, es pertinente presentar un testimonio de Marte (esposa de Tierra) que sintetiza esta experiencia fenomenológica, y que puede dar paso también al análisis de la DM en este particular evento pandémico, no sin antes abordar el confinamiento desde la perspectiva rural de Zinacantán.

No quiero sonar egoísta o insensible, pero estas experiencias como te digo, solo nos fortaleció como familia, porque; sí, descubrimos la diabetes de Tierra, tengo mis achaques, aún me duele lo que pase con mi hija, nos estresamos con el encierro, el miedo a los contagios, y todo lo que se te ocurra, pero estuvimos juntos, lo enfrentamos unidos, y hasta pudimos mejorar nuestro estilo de vida, siguiendo la dieta y los ejercicios con mi esposo, así que con todo lo malo que se pueda decir o haber experimentado con la pandemia, nos fue muy bien gracias a Dios, y digo muy bien, porque el hecho de que tú o alguien cercano no haya muerto por ese virus, créeme, y por todo lo que te conté, nos fue de maravilla (Marte, mujer, 40 años, 2022).

Fotografía 14.- San Cristobal en pandemia (unidad administrativa)



Fuente y elaboración: Propia, 2020.

7.2.- El confinamiento (rural)

De manera general se puede decir que la forma en que la información respecto a la pandemia, circuló de la misma forma que en San Cristóbal, pero al desarrollarse en un ámbito rural comunitario, la forma de socialización y posicionamiento respecto a ésta, es lo que marca la diferencia, ya que existió una especie de evaluación de impacto comunitario y al observar que dicho impacto no representaba un mayor peligro, al menos en las dos localidades abordadas, los interlocutores manifestaron observar un comportamiento “normal” en las actividades cotidianas.

Aquí en el pueblo, todos lo tomaron normal, o sea, se sabía pues había nueva enfermedad, pero pues todos siguieron haciendo su vida, y si algo pasaba, pues ya se veía la manera de atenderlo, como siempre lo hacemos... {¿Quiere decir que así lo hacen con todas las enfermedades?}... pues sí, qué más se hace, por eso es que aunque tenemos la clínica, muchos se atienden primero con Ilo1... { ¿y qué les decía le Ilo1 respecto a Covid?} ... Pues la verdad no sé, yo no me quise arriesgar, pero supongo que dependía de los síntomas, es que, como le digo tuvo raro, mucha fiebre y diarrea, pero no lo que decían en la tele, así que quien sabe cómo lo hicieron los Iloles... {Pero, ¿y los de la clínica que decían?}... ahhh... ellos tranquilos, ya saben cómo es acá en el pueblo, y pues tenían cosas que hacer porque acá iba a estar un hospital de Covid... { ¿y cómo vio los casos en ese hospital?}... pues no me enteré de muchos, pero fueron pocos casos, y fueron de acá de Navenchauc, que yo haya sabido, ni siquiera eran de las demás comunidades, así que como le dije, si hubo

contagio no pasó casi nada, y si lo hubo pues creo que cada comunidad se atendió como pudo. (Mercurio, Mujer, 52 años, 2022).

Esto a pesar de los contagios que se vivieron:

Pues fuera de los días en que la familia se contagió, y que estuve cuidando a mi mamá, la verdad eso de la cuarentena, no lo seguimos, y pues casi nadie del pueblo, una porque la verdad no vimos una verdadera emergencia, y dos, creo que anuqué la hubiera habido, somos comerciantes la mayoría, y pues si no vendes, no comes, así que aunque todo mundo estuviera en su casa, la gente tenía que salir a hacer su comercio como pudiera... {¿Dirías que esta pandemia no encajaba o chocaba con su modo de vida?}... pues no es que chocara, digo somos humanos como cualquier otro, pero pues siendo pobres, no teníamos mucho de donde paralizarnos, lo primero siempre va a ser comer... ahhh, pero otra cosa, tampoco vayas a pensar que somos insensibles, por eso te decíamos que los primeros días, sí estuvimos muy atentos a ver cuál podía ser las consecuencias, pero conforme vimos que no estábamos enfermando como en otras ciudades como Tuxtla o San Cristóbal... no somos tontos, rápido nos dimos cuenta de que podíamos seguir con cierta normalidad. (Venus, mujer, 25 años, 2022.)

Esto indica que a pesar del conocimiento y consciencia sobre la pandemia, sus condicionantes laborales y sociales, su percepción sobre la enfermedad causada por el nuevo virus; si bien no llegaron a un estado de negación, siempre existió la duda sobre el contagio, sobre todo por la ausencia de, o las características particulares de la sintomatología, la cual no necesariamente concordaba con los síntomas “oficiales” o de su referencia geográfica inmediata, como Tuxtla Gutiérrez o San Cristóbal de Las Casas.

A pesar de esto, lo que sí se mantuvo fue una precaución ante las personas que se percibían como vulnerables, llegando incluso a vivir auténticas travesías para llegar a estar junto con la familia y compartir en casa el proceso de confinamiento, especialmente para aquellos que decidieron o pudieron llevarlo a cabo:

mi familia me dijo que mejor me quedara mientras pasaba esto, pero ya estaba a días de terminar mi trabajo, y si me quedaba implicaba que iba a comenzar a gastar la paga que había ganado pues, y la otra es que siempre compro mi medicina en San Cristóbal o me la surten allá, porque en otros lugares o es más caro o de plano no hay, entonces quedarme iba a ser muy difícil, así que lo pensé, y dije: “pues de una vez, que tal que luego no hay chamba”, como dicen que estaban cerrando todo, y así por lo menos podríamos tener un ahorrito allá en la casa (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

Cabe destacar que se logró documentar una tercera fuente de información, con un gran peso en aquellos que decidieron llevar a cabo el confinamiento, ya que ciertas iglesias o cultos, al considerar sus actividades no esenciales, funcionaron como un medio de convencimiento, al menos al principio, ya que después también se difundió por parte de estas entidades, información contradictoria, cosa que en los casos documentados no funcionó al complementar, contrastar y posicionar con la información oficial, difundida sobre todo en las conferencias vespertinas.

La gente andaba como si nada, como muchos son comerciantes acá, iban y venían sin pena, eran pocos los que se estaban cuidando, entonces comencé a sospechar si esto era cierto, pero platicando ya con calma con mi esposa, como somos de la religión, me dijo que las iglesias habían cerrado y que el pastor les dijo que por favor se encerraran y se cuidaran hasta nuevo aviso, y que la instrucción venía desde la junta internacional, entonces si dije: pues esta sería la cosa, así que sin saber mucho al respecto, mejor le dije a mi familia que le echáramos ganas a nuestra milpa, y con nuestro ahorritos, mejor nos cuidáramos(Júpiter, hombre, 55 años, 2022).

Pues exactamente, cuando en una de mis bajadas a San Cristóbal me enteré de lo que estaba pasando, y como le había dicho, pues no creía, más pues que acá la gente estaba como si nada, pero en San Cristóbal si se empezó a ver cómo había poca gente en la calle, los negocios cerrados, y pues lo supe pues porque a donde llevaba mis artesanías cerraron, así que pues me tuve que regresar, y ya cuando en la iglesia nos empezaron a informar, pues como que lo empezamos a tomar en serio, porque nuestro pastor no se perdería ningún culto a menos que fuera algo muy importante. Fue que con mis hijas empezamos a ver qué íbamos a hacer, más que no sabíamos si su papá iba a poder regresar o no, porque andaban diciendo que estaban encerrando a la gente en algunos lados, y pues conozco a los de mi pueblo, son buena gente, peroooo, cuando se ponen mulas, ni quien los haga entrar en razón (Saturno, mujer, 50 años, 2022).

Es así, entre un aceptación, total o parcial sobre el fenómeno sanitario y las estrategias locales de “normalidad” social, se configuró al interior de las localidades una serie de tensiones políticas que terminan por estigmatizar a aquellos que decidieron llevar a cabo el confinamiento, y aunque no existieron medidas coercitivas al respecto, sí generaron una serie de dinámicas de chisme y señalamientos, que habría que documentar, pero de momento, lo que se puede argumentar es que, a diferencia del ámbito urbano, el sentido comunitario y su lógica rural, sigue teniendo un gran peso en los posicionamientos políticos y manejo de la experiencia en episodios de contingencia, pero lo que se puede observar, es un carácter dinámico de la lógica rural, de adaptación a estos fenómenos, al menos en municipios como Zinacantán (no me aventuro a aseverarlo respecto a otros municipios, ni siquiera los alteños de Chiapas), lo cual pone a debate la visión monolítica y estática que aún se maneja al abordar el mundo y perspectiva rural de vida comunitaria.

Así que, aunque a nivel comunitario se lleva a cabo una estrategia de “normalidad”, ante sus condiciones materiales, sociales y culturales de vida, esto ya no implica que a nivel personal o familiar no se puedan establecer otro tipo de estrategias, con todo y el estigma o carga social que esto conlleve, ya que al menos en términos de salud, existe un elemento que impulsa en mayor o menor medida un dinamismo social, en términos de cuidar de los más vulnerables, que en este caso es representado por las personas con DM, que más adelante se analizará en el contexto de la contingencia sanitaria.

Fotografía 15.- Nachig en pandemia



Fuente y elaboración.- Mercurio, 2021.

7.3.- Manejo de la Diabetes Mellitus (Urbano)

Como introducción, cabe señalar que, ante la pandemia, los procesos de cuidado sobre la Diabetes Mellitus (DM) se multiplicaron, ya que, en términos clínicos y epidemiológicos, el virus Sars – CoV2, se agregó como un factor de riesgo adicional al tratamiento o seguimiento de la DM. Y bajo este entendido, las dinámicas de cuidado fueron desde la despreocupación por la DM, hasta ver al confinamiento como una oportunidad de estabilizar y llevar un manejo de la DM por el tiempo que dicho confinamiento brindó, para poner atención y acción sobre los tratamientos y estrategias terapéuticas.

Desde un primer extremo, se encuentra el que, por condiciones materiales de quien vive con DM, al no poderse paralizar en términos laborales ante la pandemia, continua con sus actividades normales y con medidas sanitarias relajadas, al igual que el cuidado de la DM, que por condiciones propias del trabajo, se toman algunas medidas precautorias, como el

uso de gel antibacterial o cubre bocas, pero sin realmente considerarlas como factores preventivos ante el riesgo de un contagio, potenciado en su letalidad por vivir con DM.

De por sí casi no tengo tiempo de andarme preocupando por la diabetes, y más ahora que las cosas se pusieron raras con el trabajo, y había que estar en chinga, además usé el cubre boca y me ponía gel, no entendía para qué tanto gel todo el día, pero fueron también condiciones que nos pusieron en la chamba para que los clientes no se quejaran o se pudieran contagiar, no armé bronca, porque me estaba yendo bien, así que nada me costaba tampoco seguir las reglas, y si en algo me servía a mí, pues adelante (Sol, hombre, 45 años, 2021)

Siguiendo esta misma línea, pero desde la perspectiva del familiar, al no encontrar estrategias de seguridad ante la pandemia y/o la DM, se priorizan otros elementos considerados como vulnerables dentro del núcleo familiar, como pueden ser las infancias, quienes además de lidiar con la DM en su buen o mal manejo, la ausencia de actividad social para éstas, las colocó en un particular estado de vulnerabilidad, a pesar de que epidemiológicamente no era un grupo particularmente de riesgo en términos de la enfermedad Covid, pero sí de las consecuencias psicosociales del confinamiento.

Ya le dijimos que tiene que ponerse estricto, pero a veces no entiende, solo porque se siente bien cree que así va estar siempre, hasta que no es así, la pandemia le debió haber enseñado algo, pero sigue igual de necio, dice que quiere mucho a sus hijos, pero dejándolos huérfanos sólo porque no se cuida, no es forma de quererlos, así que, si un virus mortal no lo hizo reflexionar, dudo mucho que otra cosa lo haga. (Luna, mujer, 40 años, 2022)

Como les había comentado, me preocupa cómo mi cuñada no les está enseñando la realidad de la enfermedad de su papá, incluso se dedica a espantarlo con que si no la obedecen o comen lo que ella les da, se podrían enfermar como su padre, y eso, a mí parecer ya los tiene hasta traumatados... entonces con lo de la pandemia, todavía más, porque ir a la escuela era como un escape para ellos, incluso, no me consta, pero estoy más que segura que a su dulce se comían; era un lugar donde cambiaban de ambiente, lejos de los descuidos de su papá, y la *chentés* de la mamá... así que con mi hijo tratábamos de ir a verlos, y si podíamos los sacábamos a pasear un rato, al menos que se distrajeran... también nos servía a nosotros, pues que más hacíamos, y como vimos que la cosa no estuvo tan fatal en San Cristóbal, y menos en mi barrio, pues nos relajamos un poco (Luna, mujer, 40 años, 2022)

Como puede observarse, el posicionamiento político respecto a la pandemia, contiene argumentos que coinciden con los de la DM, básicamente en las condiciones materiales de existencia, y aunque existen otros elementos históricos y existenciales de vida sobre los que se profundizará en el siguiente tema, el hecho de poder adecuarse a los estándares de seguridad y prevención ante la pandemia, activa la misma lógica sobre la DM, es decir, establecer estrategias terapéuticas con lo que se puede y tiene.

Además, se observan de manera más clara, las consecuencias sociales indirectas que conllevan estos posicionamientos políticos, en familiares que quedan inmersos entre las consecuencias e inseguridad de la DM y el confinamiento dentro del núcleo familiar. Esto

permite ver cómo el cuerpo político influye dentro de las experiencias y emociones de cuerpos individuales y sociales de terceros.

En el otro extremo, están las experiencias pandémicas que permitieron un espacio de meditación, control y seguimiento para la DM, configurando al confinamiento como un momento vital para acceder al imaginario social de la salud, y un análisis sobre la historia social personal y familiar. Esto establece los parámetros para las estrategias y posicionamientos respecto a la pandemia, y, la DM, tanto en su aspecto clínico, existencial y hasta material, ya que, aunque se pudiera contar con recursos para sobrevivir durante cierto tiempo, la prolongación del confinamiento también comienza a cuestionar el estado financiero familiar.

Pues resumiendo, la verdad el confinamiento, me sirvió para llevar un buen control de mi diabetes, claro, por el cierre de espacio laboral, pues llegó un momento en el que me preocupé, porque esto ya estaba tardando demasiado, pero en lo que respecta a mi tratamiento, pues en casa, pude comer bien, hacia ejercicio y llevaba en regla mis medicamentos, te digo que la cosa fue cuando regresé a trabajar, tenía que cuidar el recurso económico, y comer sano, cuesta, especialmente donde salía a trabajar (Tierra, hombre, 39 años, 2021).

{como cuando decían: mientras más comorbilidades tengas, ora sí que, más chance hay de *petatearse*⁵⁶} ... Si caaa... uta, al menos yo contaba tres comorbilidades, si llegué a decir: ya me cargó el payaso... con diabetes, con antecedentes familiares de hipertensión, sobrepeso, y encima en los últimos años fumando, si decías que “ya te fregaste”. Pero pues si ya fuera de desmadre, la neta si me puse a arreglar mis asuntos; la casa, la herencia de mis cosas, hasta el pinche XXX (hermano) le dije cómo íbamos a quedar con la colección de discos... ya ves cómo es ese cabrón, me mandó a la chingada porque me dijo que no tuviera miedo, pero siendo abogado, ya he visto muchos pedos por no arreglar las cosas antes... pero si al principio si sacó mucho de onda el Covid. (Tierra, hombre, 39 años, 2021)

En este mismo sentido, desde la experiencia familiar, los conocimientos, sentimientos y posicionamientos respecto a la pandemia y el confinamiento se traslapan con la fenomenología de la DM, generándose miedo y preocupación, por un lado, y un espacio para mejorar e implementar estrategias para el cuidado de la DM y por ende, la pandemia misma.

Este espacio (el confinamiento) representó una pausa para las dinámicas cotidianas anteriores, los familiares se replantean a sí mismos en sus estados de salud, sobre todo cuando sus estrategias terapéuticas coinciden total o parcialmente con la de su familiar con DM.

Pues como lo que nos dijo el médico y su hermano, era que lo primero era estabilizar su glucosa, nos pusimos estrictos con el tratamiento, entonces salíamos a caminar y comíamos muy bien, y si, hasta

⁵⁶ Morir, fallecer.

bajé unos kilos, y pues si me di mis anteojos, pero la verdad si me fue bien siguiendo la rutina de Tierra, lo que si me costaba, era que mi hija le entrara a la terapia, pero bueno, es adolescente y ya sabes que se ponen románticos, y no la quise presionar tampoco, porque pues ya para ella era difícil estar encerrada, sin ir a clases ni ver a su amigos, así que con ella teníamos ciertas consideraciones, pero pues nosotros si nos pusimos estrictos, y al final nos fue muy bien. (Marte, mujer, 40 años, 2022)

Por lo tanto, aún con las preocupaciones e implicaciones que un confinamiento de meses pudiera afectar al núcleo familiar; contar con los recursos materiales, un conocimiento sistemático sobre la pandemia y condiciones sociales para soportar las consecuencias de dicho confinamiento, por supuesto que contribuye a un buen manejo de la DM. No obstante, cuidar de forma adecuada la DM en medio de un potencial contagio, convierte a la incertidumbre en un factor tanto positivo como negativo; positivo al existir un cierto control sobre algo, la DM, y negativo al existir un potencial factor de daño, y que en su caso sólo queda “confinarse”, esperando lo mejor de ambos factores epidemiológicos, uno potencial, el Covid, y otro rutinario, la DM.

De esta forma, el cuerpo social imaginado sobre la pandemia, se convierte en una implicación directa en el cuerpo individual y sus certezas respecto a la salud, y en donde la imagen social “confinamiento” simboliza la esperanza del mejoramiento del manejo de la DM, así, lo malo se convierte en algo bueno por este coyuntural estado de salud implantado globalmente desde el cuerpo social en esta catástrofe sanitaria, y es catástrofe, más que por su impacto clínico, por su impacto social basado en no saber, y especular y esperar lo mejor.

De esta forma, ambos extremos de atención y cuidado de la DM, lo que muestran es que el medio urbano, con toda su información, certezas y mejor atención a la salud, conforma un medio más hostil para la DM en tiempos de pandemia, cuando a la manera de Foucault (1977), un aplastante modelo medicalizado, hace de la incertidumbre un hervidero semiótico y un manejo endeble de la autonomía corporal, y esto no significa que no se tenga la capacidad de acción o reacción, simplemente que el medio en el que se experimenta, lo dificulta o por lo menos lo complejiza, y en esto radica la diferencia respecto a la experiencia de la DM en un medio con una historia social diferente como el rural, como se verá a continuación.

7.4.- Manejo de la Diabetes Mellitus (Rural)

A diferencia del ámbito urbano respecto al manejo de la Diabetes Mellitus (DM) en la pandemia, se documentaron experiencias y estrategias relativamente homogéneas, aunque con sus matices o elementos particulares, pero no en los extremos, como se analizó en el apartado anterior.

En primer lugar, existe una percepción disociada entre la pandemia y la DM, es decir, se reconocen ambos fenómenos, pero no necesariamente se imbrican. Y en este sentido, las estrategias respecto a la DM se fortalecen o reemplazan en los términos propios de este padecimiento, sin una necesaria vinculación o potencialización a la coyuntura sanitaria experimentada.

Pues después de mi travesía *pa* llegar acá a la casa, le digo que lo que me preocupa también de mi diabetes, es la resurtida de mi medicamento, que, aunque lo pagara, pues allá en Yajalón es más caro y a veces no hay, y más pues que ahora si me ando cuidando bastante, pues tener mi medicina era importante, pero de ahí en fuera, si me siguieron atendiendo gracias a Dios, y pos va bien mi glucosa, ya no lo manejo a más de 200 como lo tenía antes, por eso mi cuerpo ya no se cansa mucho. (Júpiter, hombre, 55 años, 2022).

Pues en mi religión, hacemos promesas, para conectarnos espiritualmente, y demostrar nuestro compromiso... el mío fue dejar de jugar con la diabetes, tomarla en serio, ya que eso es también dejar cosas que nos atan a este mundo, y dejar el alcohol y cosas que dañan nuestro cuerpo, para mi es importante, ya que demuestra mi compromiso con mi Dios y mi familia... {¿Entonces cuidar su diabetes significa también ser buen cristiano o persona?}... así es, ser buen cristiano significa también compromiso y humildad, así que aceptar y cuidar mi diabetes, es también ser humilde y cuidarme es tener un compromiso de amor con mi Dios (Júpiter, hombre, 55 años, 2022)

“pues no es que no me preocupara el virus, pero gracias a Dios recuperé algo de mi vida con la insulina, así que también quería disfrutar sentirme un poco mejor” (Mercurio, mujer, 53 años, 2022).

Aquí cabe recalcar el argumento anterior sobre la disociación pandemia – DM, ya que, elementos como la insulina y la promesa de abstinencia al alcohol, son elementos de más peso en el cuidado y seguimiento de la DM, más que la pandemia misma, y un elemento como la vacuna es el que suma indirectamente con la DM, cuya función es percibida o asociada al fenómeno sanitario de la pandemia y la vulnerabilidad de ciertos grupos, más allá de ser o no personas con diabetes.

Pues hasta eso la vacuna sirvió de mucho, no solo para darnos más tranquilidad con mi mamá y su diabetes, sino en general, y aunque como te digo, acá no nos afectó como en otros lados, que la gente se vacune siempre es bueno, pero pues también está la visión de que como no se enfermaron, pues para qué vacunarse, pero según he escuchado de familiares y conocidos, si andan vacunando a las personas que puedan tener riesgos, como mi mamá, pero en un principio, si hasta ni querían vacuna (Venus, mujer, 25 años, 2022).

Y aunque el elemento vacuna se aborda más adelante en las implicaciones, vélgase su mención para argumentar el hilo disociado antes mencionado entre pandemia y epidemia de DM. En términos más llanos, primero lo primero, y lo primero, en este caso es la DM, ya que esto es algo con lo que se seguirá viviendo cotidianamente, independientemente de cómo o cuándo termine la pandemia. De esta manera, viviendo en un ámbito con históricas carencias materiales y condiciones de exclusión, racismo y clasismo, obliga a priorizar los dramas sociales, existenciales y en este caso, de salud.

En segundo lugar, están las dinámicas sociales que se generaron y manifestaron en torno al cuidado de la DM en un contexto de pandemia, de las cuales destacan dos:

- 1) Una de las características sociodemográficas en el medio rural de Chiapas, es la baja cobertura de servicios de salud y mientras más alejadas se encuentren las localidades, más baja es dicha cobertura, y aunque el presente estudio se centró en dos localidades núcleo, es decir, por su tamaño poblacional y servicios, cuentan con centro de salud, cuya atención no se limita a la localidad en cuestión, sino a también a las localidades circundantes. Por lo tanto, dejar de brindar servicios de este tipo, no es una opción a la ligera, y aunque sufrieron un proceso de conversión hospitalaria para la atención de casos Covid, por la propia dinámica social local que se llevó a cabo, tampoco se permitió dejar de brindar atención normal y rutinaria.

Pero como cada mes me toca cita en el centro de salud, y aparte de ir a citas, nos dan una plática, tenemos un taller sobre cualquier enfermedad que venga, porque también nos dan la vacuna anti-influenza y todo eso. Entonces, como vino esa enfermedad y todo, ya el doctor nos daba una plática, cómo cuidarnos, qué síntomas y de qué se trata la enfermedad, y que si uno se pone a pensar en que le va dar y esas cosas, pues que tampoco es bueno ponerse a pensar porque se ponen como depresivas, entonces, eso les hace daño, y entonces dijo que “piensen que están bien, que no están enfermas y hagan sus actividades normales”, es lo que nos decían... Aquí no cambió mucho, porque la gente aquí de comunidad no permite que haya mucho cambio, y por eso no vi el cambio pues acá, solo que, si hay que ir con cubrebocas y todo, pero no fue mucho el cambio. (Mercurio, Mujer, 52 años, 2021).

Y es que dentro de esta atención rutinaria, se encuentra el seguimiento y control de la DM, y en ese sentido, además de la atención clínica en los centros de salud se tiene:

- 2) La dinámica que se lleva a cabo respecto al cuidado y atención a la DM en el ámbito familiar, en la cual, al igual que en el ámbito urbano, también se aprovecha la coyuntura para mejora el cuidado de este padecimiento, y el estigma que pudiera haberse tenido por “desafiar” la normalidad comunitaria, existió la posibilidad de realizar ejercicios corporales autónomos dentro del hogar, sin cuestionar la

pandemia y abocarse a las estrategias de atención a la DM, sobre todo, contando con las condiciones favorables dentro de la familia para ello.

Pues mi esposo sabe cocinar, para que le miento, pero está acostumbrado a cocinar para él mismo cuando está trabajando fuera, así que no le sabe calcular, así eso fue lo que más trabajo le costó, y pues donde anduvimos probando ambos fue con la sal, porque le teníamos que bajar a eso, entonces pues a mí también me costó esa parte... y pues ya después era ponernos a platicar lo que comían nuestros abuelos, porque ellos si comían mucha verdura, fruta, carne sin grasa o nervio como le dicen acá, y pues esas cosas que para nosotros era lo que hacía que nuestros viejos vivieran tanto.

Entonces, así, aprovechando que estábamos en la casa, nos pusimos a cocinar *nabitos*, repollo y lo que no teníamos, quedamos que buscaríamos semilla para cultivar ahí en el traspatio, le calculábamos cuánto huevo o tortilla debíamos comer por ejemplo, y así nos la llevamos para hacer nuestra comida, pero pues taban mis hijas, entonces lo que cocinábamos tenía que funcionar para ellas también, y así fuimos cambiando nuestra forma de comer, ya dejamos la sopa... la sopa *nissin* digo, de la otra normal, sí lo comemos pero ya menos cantidad... el refresco ya voló... no falta el vecino que viene de visita y trae la coca pa la platicada... es que es tradición pues, y a veces uno tiene que ofrecerlo, entonces eso sí tomamos todavía, pero sólo con la visita o cuando de plano hay que entrarle. Lo que me llegó a preocupar, fue el traguito de mi esposo, el doctor le dijo que debía dejar de tomar, porque eso le afectaba su azúcar [...] le costó a mi esposo, había días que le temblaba su mano, yo creo de antojo, pero pues me dijo que no comprara, ni le ofreciera, que era parte de su tratamiento, y tenía que cumplirlo. Así que así lo hice, pero si me dio pena en un principio. (Saturno, mujer, 50 años, 2022).

Para profundizar en estas estrategias, remítase al anexo 9, para ejemplificar cómo la forma de comer en el pasado, sirve ahora como estrategia terapéutica en el presente ante la DM.

De esta manera, el ámbito rural muestra su dinamismo social en un contexto de tensión y relaciones de poder, como lo es, permitir la reconversión hospitalaria, pero sin dejar de atender sobre los aspectos prioritarios de las personas ;que ponen a prueba sus imaginarios construidos y simbolizados de su historia social se readaptan a las contingencias, lo característico, es que, el ámbito rural y particularmente el indígena en Chiapas, desde la colonia, ha vivido en constantes contingencias; políticas, económicas, sociales y culturales, que encuentran sus mecanismos de defensa y auto conservación , en una compleja maraña de relaciones y acciones sociales de tipo comunitario, y que en el caso de la pandemia, mostró haber adquirido sus propios mecanismos de control y evaluación epidemiológica, priorizando, de acuerdo con sus experiencias acumuladas, aquel mal que necesitaría de una mayor inversión de tiempo y esfuerzo, que en este caso, resulto ser la DM, una epidemia de la cual tienen un mayor conocimiento y control, a contracara de aquello que se presentó como nuevo y desconocido.

Por lo tanto, un nuevo patógeno es tratado como históricamente lo han afrontado; sacrificando y poniendo el cuerpo por delante, esperando adaptarse y sobrevivir como sus antepasados lo hicieron, siempre con una racionalidad y sentido, demostrado en su atención

a la DM, y no cerrándose a la posibilidad de una cura posible, como el caso de las vacunas, como se verá más adelante. Y con la convicción de que, aún sin vacunas, existió un proceso de adaptación en el cual siempre hay que morir para poder vivir, haciendo alusión al cuerpo social, y lo que representa en términos de la colectividad.

Y es tratando de seguir en este mismo hilo argumentativo, es que me gustaría dar algunos apuntes finales respecto a este tema, es decir, la forma en que lo general se problematiza y aborda desde lo particular, en donde lo general es la pandemia y lo particular es la epidemia (DM)⁵⁷. En este sentido, la pandemia aparece como elemento disruptor en la normalidad diabética, rompiendo o descolocando las pocas o muchas certidumbres que se tienen respecto a la DM, independientemente del tiempo que se tenga viviendo con ella, las complicaciones que se tengan, o el nivel de cuidado o autocuidado que se lleve a cabo.

La DM como epidemia, representa un nivel de normalidad personal, familiar, y comunitaria en el que se tiene un cierto grado de control, comprensión y posicionamiento, que la hace soportable o manejable en la cotidianidad, pero cuando un evento pandémico global se presenta como un factor de riesgo a esa normalidad, las estrategias van desde la negación hasta la reflexión como especie y sus vulnerabilidades, y ahí, la DM se convierte en un elemento positivo para dichas reflexiones, cuando ya de por sí, en la normalidad diabética existe algún grado de responsabilidad o culpa por lo que como especie no se está haciendo bien.

Por lo tanto, la DM ante la pandemia, simboliza una especie de muerte chiquita, en el sentido de llamar a los involucrados a las formas y modos de vivir y convivir con la DM, en un juego disonante de emociones, ya que cuando la pandemia se presenta como una guadaña ante la existencia humana, hay una pequeña batalla perdida desde antes, encarnada en la DM, y que sin ella, se contaría con más herramientas para enfrentar el gran evento sanitario global, pero en lugar de eso, se invierte una gran cantidad de recursos materiales y emocionales en atender esa muerte chiquita (DM).

7.5.- Implicaciones de la pandemia (Urbano)

En primer lugar, se coloca la vacunación para la prevención de enfermedad grave de Covid, que estuvo flotando a lo largo de los textos anteriores, dicha estrategia sanitaria se dio

⁵⁷ En donde lo general se presenta como un evento global que afecta la cotidianidad de lo particular, en este caso la comunidad, ciudad, familia e individuo.

prácticamente después de la llamada “jornada nacional de sana distancia”, parece prudente manejarla como una implicación de ésta, para después analizar una serie de eventos, circunstancias y experiencias que pueden o no estar ligadas al virus Sars CoV2 o la Diabetes Mellitus (DM), pero sí se vinculan a la experiencia pandémica en general.

El elemento vacuna, se lleva a cabo prácticamente después del denominado confinamiento, cuando se comenzaron a retomar las actividades económicas y sociales. Con esto en mente, se puede comenzar con las implicaciones económicas, ya sea como factor de ventaja para aumentar el ingreso de recursos si se venden suplementos alimenticios, o se dedica uno a actividades potencializadas durante el confinamiento, como fue el caso de Sol o Urano, e incluso como una ventaja para evitar quiebres financieros familiares.

De esta forma, cuando se levantó una segunda entrega de información por parte de los interlocutores, ya habían recibido al menos una primera dosis de la vacuna, y justo son también contagiados, y con una variedad y gravedad de síntomas, ninguno terminó en un caso grave de Covid. Sin embargo, al menos en dos casos, existieron procesos de culpa en dos sentidos, culpa por el contagio, y preocupación por generar más contagios.

En el primero, relacionado con un familiar que se adjudica responsabilidad por el contagio al trabajar en un medio propicio para que ocurra, como puede ser el sector salud, lo que al tener alguien en casa con comorbilidades, como la DM, su situación de vulnerabilidad coloca al familiar en un estado de culpa por llevar el virus a casa. Mientras que en el otro sentido, surge la preocupación cuando, al estar con síntomas fuertes, la única forma de recibir cuidado, es de parte de un miembro con vulnerabilidad dentro de la familia, en particular una persona de la tercera edad.

Parece que me dio, pero como andaba un poco mal de mí diabetes, ni lo tomé mucho en cuenta, pero si me llegó a dar una gripa, estuvo fuerte, pero pude hacer mis cosas, pero sólo yo, ni mi esposo ni mis hijos les dio... creo que si hubo una fuerte enfermedad, porque me decían muchos clientes que los suplementos les servían para prevenir o para ayudar a curarse... {¿Te comentaron cómo eso les ayudaba?}... Pues no, pero esto es para subir las defensas y no estar tan débil. Yo digo que eso ayuda, a mí me ayuda... {¿y ya te vacunaste?}... pues hasta el momento mi esposo todavía no, cuando le tocó a los de mi edad, sí fui a vacunarme, no sé qué tan buena sea, pero de algo ha de ayudar... {¿y qué piensas de los que no quieren vacunarse?}... Pues cada quien su vida, no tengo por qué juzgar, sus motivos que tienen, ha de ser miedo digo yo... {¿Miedo a qué?}... a enfermarse más tal vez, ya ves que hay gente que dice que la vacuna los hace sentir mal y por eso no se la ponen. (Urano, mujer, 28 años, 2022).

Pues la vacuna ya nos la pusimos después de que nos dio, ora sí que como ya lo sentimos en carne propia, como buen mexicano, ya de carrera nos fuimos a poner las vacunas, no sé si mi hermano siempre se la puso, debería, por su diabetes, pero si ando atento a que al menos se vacune mi cuñada

y mis sobrinos, como prevención, es importante para evitar más quiebres económicos en la familia (Luna, mujer, 40 años, 2021).

Pues si recuerdas, te había comentado que mi esposo fue diagnosticado prácticamente durante la pandemia, y hasta eso porque se aprovechó para hacerse unos estudios junto conmigo, entonces por eso era muy importante cuidar su diabetes, no fuera a ser que se me complicara, y aunque gracias a Dios tenemos seguridad social, por todo lo que vi en el trabajo, que se me complicara mi gordo, me iba a matar a mí también, gracias a Dios ya tenemos las vacunas, no si te comentó aquel, pero justo nos ponen la primera dosis, y que nos contagiarnos, pero gracias a Dios fueron síntomas leves, no sé qué hubiera pasado si nos hubiéramos contagiado antes, tanto por mis males, como por la diabetes de Tierra (Marte, mujer, 40 años, 2022).

Al principio si me dio ansiedad y en cierto momento hasta culpa, siempre piensas que no te cuidaste bien, en dónde te pudiste contagiar, en fin, esas cosas, pero ya platicando con Tierra, me dijo que no valía la pena estarse estresando con eso, que nos cuidáramos y confiáramos, y que estuviéramos al pendiente (Marte, mujer, 40 años, 2022).

De inicio, se puede argumentar que la vacuna se encuentra dentro de un sentido de control, seguridad individual y social respecto a la pandemia, pero realizando un ejercicio más a profundidad, con la vacuna, surge con más claridad el elemento contagio, que al parecer, y esto es una inferencia, pareciera haber estado oculto en su real dimensión en medio de la incertidumbre, miedo o desdén y despreocupación por el virus durante el confinamiento, caso contrario, hubiera tenido algún protagonismo en los testimonios en ese particular tiempo y espacio.

Sin embargo, al generarse una seguridad individual y social con la vacuna, se generan también las causas y condiciones para pensar o sentir otros procesos epidemiológicos propios de este fenómeno, es decir, la dinámica de movilidad del virus a través de los cuerpos biológicos manifestado en los contagios; este proceso biológico, al ser concientizado en las personas, detona procesos sociales, manifiestos en culpa y una vigilancia epidemiológica corporal, sabiendo incluso que los factores de mortalidad del virus, son reducidos o anulados por la seguridad o blindaje proporcionado por la vacuna.

Ahora bien, siguiendo en el ámbito urbano y las implicaciones de la pandemia, se identificaron al menos cuatro principales aspectos:

- a) **Violencia social:** Surgida de una percepción de que, durante la pandemia, fuera del ámbito del confinamiento, en los espacios sociales externos, en los que se llevó a cabo una relativa normalidad en relación a la contingencia, se exacerbaron los casos de violencia social, al menos en términos de la delincuencia, debido, ya sea a un relajamiento de la vigilancia policiaca, o derivado de un aumento del encono en los

actos delictivos, en los que se aprovechó de una dinámica social relajada o disminuida:

La cosa estuvo así; empezamos a tener muchos pedidos en varias zonas de la ciudad, pero muchos eran nuevos clientes, así que en un pedido que realicé por la colonia primero de enero, allá por el mercado Tielmans, por ahí de las seis de la tarde, llegando al domicilio que nos habían dado, resulta que la casa donde era la entrega nos dijeron que no habían pedido nada, pero ya casi para regresarme, en la esquina me llamaron un tipos que decían que ellos habían hecho el pedido, pero como andaban *pisteando* lo habían pedido por ahí, y ahí voy de sonso y me acerco para entregar pedido, y en eso me rodean otros tres, y me quitaron el celular y la moto, me dieron unos chingadazos y se dieron a la fuga... Ya después unos vecinos me auxiliaron y me dijeron que tuviéramos cuidado por esa zona, porque andaban asaltando mucho y no había sido el primero... ya que reporté el robo al negocio, días después el dueño nos mandó a llamar a todos, para decirnos que en la policía les habían comentado que la delincuencia estaba teniendo nuevas formas de asaltar, y los repartidores éramos uno de los blancos preferidos porque éramos los que más no estábamos moviendo, así que nos pidieron tomar medidas para asegurarnos que las entregas fueran seguras.. y así pasó pues, como dicen, cuando los gatos se encierran, las ratas hacen fiesta (Sol, hombre, 45 años, 2021).

- b) **Educación formal:** Uno de los efectos que aún no se ha documentado lo suficiente, es el impacto que tuvo el confinamiento y la pandemia en general sobre la comunidad escolar, que no solo vio suspendida sus actividades sociales, sino una reconfiguración en sus dinámicas académicas, cuyas consecuencias todavía no se han documentado con una perspectiva generacional; sin embargo, en los testimonios recabados, esta reconfiguración del espacio escolar (académica y social), generó una serie de tensiones en el núcleo y entorno familiar con docentes en particular, en juegos de poder que tensionaron sus relaciones, quedando el alumnado atrapado entre estos dos actores.

Pues ya le había comentado a tu esposa, los problemas que tiene uno con los maestros en esa escuela, pero con la pandemia fue peor, muchos maestros lo agarraron como sus vacaciones, en el mejor de los casos, cuando tenían sus clases en línea, sólo se dedicaban a dejar tareas, pero ahora que platicamos con otros grupos, hubo otros que de plano se desaparecieron, y luego cuando regresaron a clases, por cualquier cosa suspendían, *ques que* porque había contagios, si eran ellos lo que se la pasaban de fiesta, paseando, o sea, los que tuvimos que cargar realmente con la educación de los hijos en la pandemia, fuimos nosotros, como si no tuviéramos otra cosa que hacer, yo pude porque tenía ahorros, aunque tuviera cerrado el negocio, pero los que no pues; inconscientes de veras, por eso ya nadie los quiere apoyar. (Luna, mujer, 40 años, 2022)

- c) **Readaptaciones laborales:** Como parte de las actividades económicas, si las infancias y juventudes sufrieron cambios y adaptaciones en el ámbito escolar, la fuerza laboral también reconfiguró sus formas y modos de trabajo y jornadas laborales, ya sea desde el denominado *home office*, hasta la readaptación de sus actividades, las cuales se incrementaron para bien o para mal. Pero de los

testimonios recabados, Tierra y Marte presentan una perspectiva muy particular y propia, diría yo, de lo que sucedió en el ámbito urbano, en el cual dicha readaptación y reordenamiento causó, al momento de reanudar actividades “normales”, un gran estrés y tensiones, al tener que readaptarse a un ritmo y modo de trabajo pre – confinamiento, ya que durante éste, la vida laboral y hogareña se imbricaron de tal manera, que cuerpo individual y social dieron lugar a ejercicios corporales autónomos par un mayor autocontrol de su vida laboral, al comenzar a trabajar por objetivos, más que por tiempos, por ejemplo. Y que, para cuando regresaron a su rutina pre – confinamiento, se generan ritmos y actitudes difíciles de empatar ante el ambiente laboral en casa, con lo que hasta los procesos de cuidado en salud corporal se vieron afectados.

Secuelas psicológicas, no creo, pero lo que sí, es que retomar la rutina y ritmo de trabajo si costó un poco, sobre todo porque allá los jefes, querían recuperar lo perdido, y ora que casi, casi, era de [ya los ayudé no quitándoles la chamba, ora a desquitarse], entonces las jornadas si han sido pesadas, porque es sector servicios pues, ya ves que ese fue un sector bastante golpeado por la pandemia, pero pues para mí fue peor, porque no he dejado de atender casos, y en los últimos meses me han caído bastantes divorcios, entonces sí ha sido bastante agitado... {¿Serán divorcios por la pandemia vos?}... jajaja, pues no lo dudo Migue, sólo la gente sabe lo que pasó estando encerrada, pero pues al menos dos casos, si te puedo platicar que fue a raíz de la pandemia, matrimonios jóvenes, que no se aguantaron entre ellos ya estando encerrados, eran matrimonios de entre dos y cinco años, nomás ya no se aguantaban... {¿y cómo sientes ese ritmo de trabajo con el cuidado de tu diabetes?}... pues si me ha costado, sobre todo con la comida, porque del ejercicio, me la paso de arriba abajo todo el día, pero si la comida, a veces cuesta encontrar dónde comer sano, y pues si cuesta más, y como ahora los viáticos los tienen bien medidos, termino completando de mi dinero, pero pues forma parte de la chamba... ni modo. (Tierra, hombre, 39 años, 2022)

El regreso fue paulatino, pero si te refieres a cuando ya nos dieron todas nuestras horas laborales en el lugar, pues si fue chistoso, que muchos ya se habían acostumbrado, y como que se molestaban de que les anduvieran dando órdenes, en mi caso lo que me costó fue volver a convivir como estábamos antes, ya me había acostumbrado a estar en mi mundo, y si necesitaba algo era por teléfono... y digo que a diferentes niveles, pero todos andamos todavía readaptándonos, lo que si vi, es que algunos médicos están recibiendo orientación psicológica, seguramente por las experiencias que sufrieron durante la parte más dura de la pandemia... mucha gente no lo entiende, pero como gremio si nos fue muy pesado este proceso, y si como administrativo lo siento, no me quiero imaginar a los médicos que tuvieron que enfrentarlo directamente. (Marte, mujer, 40 años, 2022)

- d) **Evaluación de políticas públicas:** Afortunadamente, dentro de los testimonios recabados, se logró una mirada interna e institucional de las estrategias implementadas dentro del sector salud gubernamental, en la cual se realiza una somera comparación entre el episodio sanitario de la Covid con el fenómeno epidemiológico del H1N1 en 2009, en la cual se valora un cierto desdén por esta crisis sanitaria, al menos al priorizar los factores económicos o políticos por sobre el

humanitario, y aunque en términos del impacto sanitario son dispares, en términos de la experiencia, se valora el sentido del cuidado a las personas durante la pandemia de Sars Cov 2, que permitió, al menos, repensar los estados de salud de la población mexicana, y cómo sus propias epidemias, como la obesidad, DM o la hipertensión que se colocan como un preocupante factor de vulnerabilidad.

Tenía poco tiempo de haber comenzado a trabajar en la Secretaría, cuando sucedió lo de la influenza y de cómo se empezaron a manejar la cosas, creo que a comparación, esta pandemia se manejó mejor, en ese entonces sólo se pensaba en que las cosas siguieran funcionando, no en si la gente corría peligro o no, tal vez ya lo tenían calculado, pero de todas maneras, nunca se pensó en llegar a los extremos como en esta ocasión; creo que esta vez además de los cálculos, si se tomó en cuenta el estado de salud de la población y sus propias pandemias, pues la obesidad, la diabetes y todo eso que ya se ha dicho, y esta vez sí vi una gran movilización y preparación, y de haber sabido que se iba a poner tan feo, creo que desde antes nos hubiéramos preocupado como sociedad en mejorar nuestra salud y esto nos afectara lo menos posible, si supe de historias muy tristes que nos contaban los médicos y cómo se pudo haber prevenido muchas muertes de no haber sido por tantas enfermedades pre existentes"... {¿Y eso que te hizo pensar sobre la diabetes de Tierra y tus propias enfermedades?}... Pues por eso me dio tanto miedo, más por Tierra porque recién lo habían diagnosticado y teníamos que controlarlo lo más pronto posible, pero gracias a dios, como te digo, el hecho de que esto sucediera en pleno confinamiento, nos ayudó a tener un buen régimen alimenticio, ejercicio y ya con sus medicamentos, controlar su diabetes fue rápido (Marte, mujer, 40 años, 2022)

7.6.- Implicaciones de la pandemia (rural)

En el caso rural, las implicaciones sobre la vacuna, tienen una gran similitud con el urbano, salvo que por la dinámica comunitaria vivida durante el confinamiento, la prioridad sobre la vacunación se centró en aquellas personas consideradas vulnerables, mas no para la población en general, ya que se consideró una especie de complemento terapéutico para estas personas.

Al plantear algunas preguntas sobre las posibles causas o consecuencias que se hayan percibido sobre la pandemia, tanto a nivel general como particular en el plano personal o familiar, los testimonios se abocaron hacia dos aspectos reflexivos fundamentales:

- a) **Causas estructurales:** Razonamiento surgido de un análisis de la información disponible sobre la pandemia y de la vida cotidiana coyuntural y retrospectiva, de lo cual resalta un análisis comparativo entre los estilos de vida urbano y rural, una interpretación epidemiológica local, y un posicionamiento en base a la información disponible, con elementos existenciales y subjetivos de la naturaleza, moral y ética humana.

De la otra vez que platicamos, me quedé pensando, y ora que me pregunta más sobre la pandemia y de dónde viene, pues desde que platicamos, llego a mis consultas pues, y me

atreví a preguntarle al doctor si sabía por qué nos había afectado así la pandemia, porque acá en el pueblo fue poco, pero por ejemplo en Tuxtla sí estuvo muy duro, y me decía que tiene que ver con nuestro estilo de vida, que ya no hacemos ejercicio y que no comemos sano... entonces, *orita* que pregunta, digo que hay razón, porque como le dije, acá recogemos leña, subimos y bajamos cerro, comemos verdura que nosotros mismos sembramos, y pues tenemos vida más tranquila... {¿a qué se refiere con vida más tranquila?}... pues que no andamos corriendo como en la ciudad, el tiempo como que pasa más lento acá en el pueblo... ora que le voy a decir, cuando me regresé de Tuxtla para vivir acá, le comenté que lo que más me costó fue adaptarme otra vez a la comida de pueblo... y es que la comida de ciudad es rica, le gusta al paladar pues, y además se encuentra en casi cualquier lado, y lo veo pues que vendemos en Tuxtla también, como la gente regatea la verdura, pero no regatea su jamón, ¿por qué?, porque les gusta, aunque les haga daño... {¿y cómo piensa usted que la gente de ciudad podría regresar a comer lo que ustedes comen?}... Pues para empezar como le digo, que dejen de regatear la comida pues, uno a veces lo termina tirando porque se pudre, si lo pagaran bien podrían comer cosas sanas, porque lo saben, hay que ser muy ignorantes para no saber que la verdura hace bien, aunque como también le comenté, pues ya no es como antes, sin tanto químico, pero finalmente es verdura, mucho mejor que su jamón, su pan o su enlatado (Mercurio, Mujer, 52 años, 2022).

Y no era mucho como decían que impactó a los chinos, de que los chinos les daba pulmonía, una pulmonía que no se curaban, pero si te das cuenta, acá en esta región como que el virus mutó, cambió, se volvió menos ofensivo y si te das cuenta en San Cristóbal, no sé, por decir, pero los que somos indígenas, no usamos cubre bocas, me incluyo a veces, y no tienen las medidas, ni la sana distancia ni nada de eso, ¿pero qué paso?, nadie se enfermó, en mi casa y en mí pueblo sólo como cinco y es una comunidad grande... si te das cuenta, aquí nuestra alimentación, no la podemos comparar con los de la ciudad, los de la ciudad comen más cosas, pero inclusive acá con lo que te digo que hay productos acá que son malos, que son chatarra, todavía seguimos consumiendo productos de la tierra, todavía comemos verduras, y en cambio la alimentación de esos países, por ejemplo China, ¿que comen los chinos?, puras cosas enlatadas, que son chatarra, entonces eso también influye, mucho de eso influye. (Venus, mujer, 25 años, 2021)

Estando en paz con Cristo, nada de esto nos afectaría y pues eso me volvió a confundir, pero escuchando las noticias que pasaban en las tardes entendí que gente como mi esposo y yo con enfermedades, teníamos más riesgo hasta de morir, entonces entre que sí y no, les dije a mis hijas que mejor nos cuidáramos... {¿y qué más aprendió de esas noticias en la tarde?}... pues la verdad no entendía mucho, pero mis hijas que tienen más estudio me decían que lo que hacían era informar de cómo la gente se iba enfermando y cómo morían... y escuchar eso, de que la gente estaba muriendo, fue lo que más miedo me dio como para no arriesgarme... mire don Miguel, no es por ser grosera, perdón por la palabra, pero sabiendo que uno se puede morir, es ser muy pendejo para no hacer caso, digo yo y mi esposo ya nos está costando estar sanos, como para echarlo a perder por una imprudencia, por eso le digo que hasta problemas tuvimos acá en el pueblo, porque hasta burla te hacían algunos por andar creyendo en esto. (Saturno, mujer, 50 años, 2022)

De esta manera, la pandemia se convierte en un momento de reflexión, disección y posicionamiento de carácter comunitario, que cuestiona los actuares presentes y cuya reflexión, lejos de proyectarse a un futuro sobre las cosas que deberíamos hacer, se centra en las cosas que hemos dejado de hacer como especie, que van desde la alimentación, estilo de vida, hasta valores morales, éticos y espirituales, sobre todo cuando, viviendo ya en condiciones difíciles de existencia, proyectarse hacia el futuro sobre algo que en el presente se revela como algo incierto, las mejores certezas se encuentran en el pasado, tratando de

recuperar viejos pero funcionales estilos de vida, y en valores éticos y morales que sean pertinentes ante los errores que se cometieron al enfrentar una emergencia como ésta, que como también se mencionó en el ámbito urbano, sacó lo mejor y lo peor de la especie humana.

- b) **Rutinas y vida cotidiana:** Así como se realizó una valoración estructural sobre la pandemia, este aspecto gira en el mismo sentido, pero desde una perspectiva más fenomenológica, dando prioridad a estrategias que aunque vinculadas al cuidado de la DM, tienen una relación con otros aspectos del curso de vida de las personas y que en el episodio del confinamiento adquirieron un sentido y significado particular, en el que se reacomodaron aspectos laborales, de autocuidado en la salud y hasta el reforzamiento de mandas o promesas espirituales.

Pues la chamba no paró, simplemente pues la entrega se retrasó, en tanto se veía que no hubiera mucho riesgo de andar en la calle o viajar; entonces pues trabajar en casa, me ayudó a poner regla en mis comidas, ya ve que cuando anda uno corriendo, se come cuando se puede, entonces pues arreglé mis tiempos, comía bien, y sobre todo me ayudó a controlar lo del trago, ya ve que esas tentaciones se dan con las malas compañías, o estando afuera, así que me puse serio con eso, y gracias a Dios estoy bien, tranquilo, y como que ya se me hizo rutina, ya así eso de comer bien, no tomar, bueno agua, ya tomo mucha agua, y así por fin ya me estoy controlando la azúcar... {¿Y si no hubiera existido la pandemia, cree que lo podría haber logrado?}... *hijole*, yo creo que sí, pero si me hubiera costado más trabajo, y es que desde antes ya había hecho mi promesa, así que lo que dice de la pandemia, lo tomo como una ayudita de allá arriba, ya lo dicen los textos, el señor actúa de formas misteriosas (Júpiter, hombre, 55 años, 2022).

Esto nos indica, que aun en la lógica y dinámica comunitaria rural de “normalidad” ante la pandemia, en aquellos núcleos familiares, en la que se tuvo la oportunidad o determinación de llevar a cabo un confinamiento, éste se convirtió en un espacio, como en el ámbito urbano para la reflexión y recomposición personal y familiar. La profundidad o durabilidad de ésta, aunque no se pudo determinar, dada la falta de seguimiento pos pandemia, lo que indica es que las implicaciones de este fenómeno se dieron tanto a nivel personal como social, en una reflexión sobre el ser y estar humano en situaciones de crisis.

7.7.- La Diabetes no es gripa, la pandemia parece que sí

De esta manera, se puede afirmar que la pandemia como proceso social y epidemiológico, impactó en diversos niveles y formas, incluso en la negación o indiferencia ante este fenómeno. los cuerpos individual, social y político, se interrelacionan y traslapan de manera constante en diversas etapas y dimensiones de la vida cotidiana, primero en el confinamiento, colocando en la palestra un nuevo virus como elemento disruptor en las

seguridades existenciales y sociales que se percibían y vivían antes de este fenómeno, teniendo rápidamente que tomar posicionamientos respecto a éste, realizar ejercicios corporales autónomos que justificaran los cambios ocurridos a nivel social, con la dinámica familiar y laboral sobre todo. Y, a nivel individual, las propias historias de vida son puestas en tela de juicio ante miedos e inseguridades biológicas y psico sociales.

En este particular caso de estudio, se consideró de relevancia, además, tener que atender una cotidianeidad epidemiológica, representada por la DM, dada su importancia epidemiológica y proximidad con una potencial enfermedad de covid grave, y hasta letal; las imágenes de un respirador, una hospitalización, “pulmonías” atípicas, y hasta las cifras y estadísticas, agregaron a su imaginario en salud, la idea de que, la DM tanto con quien la vive y quien convive con ella, tendrían que tener una inversión extra de tiempo y esfuerzo, lo cual agregó un pico más de miedo y angustia al proceso pandémico.

De esta manera, pandemia de Sars CoV2 y epidemia de DM generan una serie de experiencias y emociones que son puestas a prueba, inmediatamente después del confinamiento, en la forma de adaptarse a una nueva – vieja normalidad, nueva por ser un proceso pos pandemia, y vieja, porque al menos en este caso, el regreso a dicha “normalidad” se pintó de un aura imaginaria pre pandemia, es decir, sin un planteamiento diferenciado a nivel social o cultural reflexivo acerca de que algo debía cambiar, después de experimentar una crisis humanitaria planetaria.

Así, sin mayores cambios en imaginario social de la salud, se generan nuevos ejercicios corporales autónomos, para una nueva adaptación y regreso a la medicalización normalizada antes de la pandemia, incorporando las implicaciones, análisis e interpretaciones que bien o mal se realizaron durante el proceso pandémico, tanto en sus dimensiones fenomenológicas y estructurales, que dejan finalmente a la pandemia como una experiencia individual y global de vida, y cuya semiótica aún se desconoce en toda su dimensión comprensiva.

Capítulo 8

Cuerpos con diabetes (Apuntes finales y conclusiones)

“Alguien me habló todos los días de mi vida al oído, despacio, lentamente. Me dijo: ¡Vive, vive, vive!. Era la muerte.” (Jaime Sabines)

8.1.- Vivir y convivir con los tres cuerpos

Schepper Huges y Lock (1987), señalan que el cuerpo político es básicamente un mecanismo de control social pero ejercido en el cuerpo individual, por lo tanto, parece un buen punto de partida para analizar cómo este control implica posicionamiento respecto al vivir con Diabetes Mellitus (DM).

Cabe recalcar que este cuerpo político se ha acotado básicamente a los conceptos de medicalización y tecnologías del yo, el primero anclado en el ámbito social de la práctica clínica (dimensión individual), básicamente enfocado en la relación médico – paciente; y los sistemas de atención a la salud (dimensión social), en tanto que las tecnologías del yo, surgido de las operaciones corporales individuales, tienen un impacto directo e indirecto al menos en el ámbito familiar (dimensión social).

Comenzando con la medicalización como un proceso estructurante se plantean una serie de posicionamientos y estrategias derivadas de la relación no solo médico – paciente, sino de los sistemas terapéuticos en general, previa experiencia y evaluación de los mismos, todo esto surgido de conocimientos, antecedentes, situaciones y evaluaciones económicas respecto al padecimiento, que fuerzan a los individuos y a sus familias a forjar una relación crítica, pero no negada, hacia los sistemas de atención, especialmente al biomédico, que es el estándar de atención y autoridad clínica y epistemológica respecto al padecimiento, para preservar y administrar la vida, e incluso la muerte, pero es con la muerte que la lógica de control y disciplina de los cuerpos adquiere respuestas contestatarias, lo cual conlleva al posicionamiento desde las tecnologías del yo en que el que vivir con DM “una lección de vida”; “ una enfermedad costosa”, o seguir aplicando y buscando alternativas terapéuticas,

se vuelven parte de un conocimiento generalizado sobre lo que es, e implica vivir con DM, aún en un estado temprano del padecimiento, y que al no experimentarse complicaciones graves que impliquen alguna discapacidad, por ejemplo, se cuenta con el ánimo o valentía para desafiar algunos estándares clínicos o epidemiológicos. Con lo que, incluso, se logran ver ventajas de vivir con DM, y aunque vinculada a los imaginarios y símbolos dominantes sobre la estética y salud corporal, o el buen vivir, se le considera una ventaja al proveer un sentido de bienestar y sabiduría que implica un padecimiento incurable y crónico.

Los usos representativos e imaginarios del cuerpo, y el cuerpo como símbolo y significado en relación con las formas de vivir con la (DM), se fundamentan empírica y básicamente, en los conocimientos, ventajas y desventajas experimentadas en el tiempo actual y previo a la DM.

En este sentido, se hacen referencias a un imaginario de la salud como “algo” que se ha perdido o extraviado, y que es necesario recuperar, y de ahí la convicción de recurrir a cuantas estrategias terapéuticas sea posible, especialmente cuando se declara a la DM como algo incurable, donde dicho término representa una serie de culpas y remordimientos por algo en lo que se ha fallado, y es por esto que cualquier esperanza de enmendarlo adquiere una validez, aunque en el camino se pueda incluso mermar el ya de por sí cuestionado estado de salud imperante.

En esta búsqueda de salud, se llega incluso a librar batallas alternas, como el combate a adicciones o el intento de cambiar regímenes alimenticios, por ejemplo, que ya de por sí hacen referencia a una serie de instituyentes y magmas de significados que agregan conflicto a la hora de la toma de decisiones respecto a la DM.

Ahora bien, en este contexto, la muerte deviene en una representación de pérdida en la recuperación de la salud, si lo que lleva a este fin son las complicaciones por la DM, ya que no se tiene dentro de los significados, una asociación clara entre salud/muerte, viéndolos como opuestos, cuando el imaginario asume la salud como la preservación de la vida. Por lo tanto, en tanto vida, el cuerpo simboliza la forma y modo de preservar a ésta, pero en tanto cuerpo, también incluye los significados de la muerte, y en tanto cuerpo idealizado; la glotonería, los malos hábitos, la insulina, la sobriedad, las redes sociales y la búsqueda de recursos para una alimentación sana, se convierten no sólo en estrategia, sino en

aspiraciones a alcanzar o rechazar, en aras del cuerpo idealizado como sano, fuerte y productivo, necesario en un sistema que castiga la irresponsabilidad en el cuidado personal.

Al mismo tiempo, el cuerpo como símbolo permite ver su fragilidad ante las infidelidades del ambiente (Canguilhem, 1986), las tentaciones, las pandemias y demás coyunturas, colocan en el espejo esa idealización frente a las condiciones materiales y morales de existencia de quien vive con la DM, en un proceso dialéctico de aceptación/negación y de balance que permite una crítica a los imaginarios construidos alrededor, no sólo del cuerpo, sino de la salud que está en juego, y que permite finalmente, los posicionamientos políticos arriba referenciados para aportar una lógica y sentido a estrategias que podrían juzgarse contraproducentes o hasta risibles para unos, pero perfectamente aplicables a ciertas realidades en las que la brujería, la devoción religiosa o la eutanasia, son caminos viables para la explicación, sobrevivencia y tolerancia de un padecimiento, que aunque se olvide sintomáticamente, resuena a través de las redes de apoyo, medios de comunicación, terapeutas y hasta contingencias sanitarias.

La experiencia como convicciones del querer, desear y sentir; vale la pena distinguir en torno a la Diabetes Mellitus (DM), la diferenciación de Turner (1985) en torno a “experiencia” y “una experiencia”. Para esto, se utiliza al diagnóstico como disruptivo y punto de quiebre entre un antes y un después, entre la experiencia sobre la diabetes y una experiencia sobre ella a partir de este punto de quiebre en la fenomenología del padecimiento previo al diagnóstico. Como experiencia previa, ésta se basa en un cúmulo de opiniones y conocimientos directos e indirectos sobre algo con lo que aún no se vive de manera íntima y corporal, pero al momento del diagnóstico, azaroso en la mayoría de las veces, este cúmulo de opiniones y conocimientos se transporta al ámbito de la percepción, ya que se convierte en una experiencia que exige una atención consciente de quien la vive, ínsita una serie de emociones para el actuar, así como imaginarios y símbolos para reflexionar y dar sentido a este nuevo estado de salud, para finalmente llevar a cabo un proceso encaminado a definir, replantear o fortalecer los posicionamientos políticos previos, presentes y futuros sobre el padecimiento.

En este entendido, las emociones juegan un papel tanto social como individual al ser el eslabón entre experiencia, simbolismo y demás dimensiones del cuerpo (social y político), al ser el aspecto de lo humano que vincula lo biológico, como la sintomatología

con las estrategias mediadas por los sistemas de atención, los tabúes, estigmas, idealizaciones sobre el padecimiento, mediados por una compleja racionalización de las ventajas, desventajas y consecuencias aprendidas en el presente y pasado, y lo que queda por aprender (futuro).

Experiencia y emoción son dos aspectos de una misma cosa, y en términos de la DM, la primera indica lo que no se debe olvidar (experiencia), mientras que la segunda indica el por qué no se debe olvidar (emociones), ya que el olvido en términos de un padecimiento silencioso, crónico y degenerativo llega a significar un mayor peligro en términos de su control. Las emociones, vinculadas a los síntomas, conforman un piso para el correcto cuidado y atención del padecimiento, y son receptáculo del conocimiento y la fortaleza moral para defender ejercicios corporales autónomos, mientras que la experiencia fundamenta la crítica sobre aquello que en lo particular, puede o no estar funcionando en términos del cuidado al padecimiento.

Por otro lado, en un proceso y consecuencias de un descontrol por olvido (consciente o inconsciente), las emociones adquieren un sentido negativo, llevando a la culpa, el remordimiento e incluso hasta el nihilismo, en donde se niega al padecimiento careciendo de sentido en la vida; mientras que la experiencia se convierte en batallas perdidas ante el control de la DM, de ahí que el manejo de la insulina se perciba como una de estas batallas perdidas, aunque después en un reposicionamiento político pueda verse como una lección aprendida de la cual es posible renovar el ánimo y control del padecimiento.

En todo este traslape de los cuerpos individual, social y político, se generan epidemiologías locales para valorar las contingencias y coyunturas sanitarias existentes, priorizan su condición de clase, por sobre los estándares medicalizados de atención a la salubridad y disciplina corporal.

A nivel familiar y comunitario, es en donde las trayectorias terapéuticas se interconectan para fundamentar las estrategias de cuidado que se llevan a cabo en momentos de coyuntura y crisis, y dado que guardan en su interior una larga data de historia social, se activan al mismo tiempo las prospectivas sobre lo que se quiere evitar, con base en todo el bagaje histórico adquirido y heredado, siempre tratando de evitar todo aquello que amenace la propia existencia, la armonía o bienestar dadas las condiciones materiales en las que se subsista.

La muerte, desde esta perspectiva, no significa evitar o perpetuar la existencia, sino de otorgarle un mínimo de dignidad y decoro a este inevitable hecho, dada nuestra propia mortalidad, la cual es marcada por el cese de los signos vitales, pero que no significa el fin de la experiencia y la historia social de quien termina su vida biológica, con lo que a diferentes niveles, se trata de dejar un legado social y cultural que sirva de referente generacional para los relevos, y no perpetuar las mismas condiciones de existencia de aquel o aquellos que abandonan un plano terrenal de existencia.

De esta manera, se entiende que algunos priorizan trabajar por sobre atender citas médicas, o adherencia disciplinada al medicamento o el régimen alimenticio cuando tienes hijos en edad de crecimiento, que en términos de vulnerabilidad están por encima de un estado de salud como la DM.

Esto se entiende por lo que Navarro denomina la expropiación absoluta de la salud “cuando la pérdida de la misma se deriva de la apropiación de la plusvalía absoluta” (1982: 13); con subcontrataciones, salarios paupérrimos, largas jornadas de trabajo y sin acceso a seguridad social. ¿Cómo pensar en salud (cualquiera que sea a su definición a adoptar), sin pensar o incluir las necesidades básicas, orgánicas y sociales para mantenerse vivo?

Ahora bien, la cultura como un entramado semiótico de símbolos que articula la forma en que se entiende y racionaliza la vida cotidiana (sacra y mundana) engarzando creencias, utopías, realidades y fantasías. Se pudo documentar con la religión, brujería y curanderismo, en donde Dios, la fe, envidia, celos, abstinencia y la propia DM como elementos culturales, reconfiguran la forma de concebir la vida y la muerte a través de referentes sacros del ser y estar. Y ya en el plano mundano, la cultura se articula con la praxis cotidiana a través de los modos de vida, diferenciados en esta investigación entre los ámbitos urbano y rural; el primero caracterizado por un contrato social basado en una asociación de intereses de carácter individual en su mayoría, en donde la colectividad se conforma de una suma de particularidades cohesionadas a través de intereses mutuos que se dinamizan de acuerdo al sistema hegemónico de relaciones sociales, económicos y políticos dominantes.

En tanto, el ámbito rural, basa su estructura organizativa y cohesiva en una larga data histórico – social basado en la comunidad, entendiendo a esta, como una serie de relaciones basadas en estrategias de supervivencia en común, en donde los colectivos se perciben

como un todo orgánico e interdependiente, lo cual no exime de tensiones y relaciones de poder que hace de su convivencia no siempre armónica. Pero por su efectividad para la cohesión y funcionamiento social, continúa existiendo a pesar de la hegemonía antes mencionada.

De esta manera, en la familia, la comunidad y la persona, la cultura y sus modos de vida se manifiestan en aspectos como la crianza; entendida como la forma en que los miembros, especialmente los infantes, deben desarrollarse tanto biológica como socialmente; el cuidado, que se refiere a las formas y acciones a realizarse en caso de contingencias que requieren de una inversión de tiempo y esfuerzo por uno o más miembros de la familia o comunidad para preservar la integridad física, moral, emocional o social de uno o varios de sus integrantes, y en donde las estrategias de cuidado están permeadas por percepciones e imaginarios instituidos sobre la salud, la vida y la muerte, basada en experiencias pasadas, coyunturas presentes y deseos o prospectivas futuras.

De esta manera, la maldición familiar planteada en esta investigación, conforma un ejemplo en el que el cuidado, prospectivas, crianza y creencias se conjugan para conformar una construcción cultural centrada sobre un imaginario sobre la muerte, y se denomina maldición familiar a un ciclo en espiral en el que a partir de una situación de salud, se llega a concebir al padecimiento como una serie de experiencias y emociones que no se quiere reproducir y en el que incluso estrategias como la eutanasia o el no desear hijos, adquieren una lógica coherente para detener tal ciclo, al haber sopesado los riesgos y beneficios de cada uno de los elementos que conformen dicha maldición.

Gracias al evento pandémico se pudo sistematizar ciclos de padecimiento que consta de cinco etapas: a) aceptación; b) adaptación; c) disfrute; d) tensión; y e) reposicionamiento, las cuales permean en las interacciones y dinámicas familiares, en ciclos que pueden ser analizados en larga data, es decir, la DM en este caso como un solo ciclo, y coyunturalmente con ciclos concéntricos en episodios de crisis o descontrol de este padecimiento, pero lo importante de estos ciclos es que cada una de sus etapas develan en cada caso, una serie de dinámicas captables y sistematizables sobre el comportamiento del y ante el padecimiento, tanto de quien vive como de quien o quienes conviven con tal o cual padecimiento.

Circunscribiendo estos ciclos de padecimiento al cuidado en el que dos actores; el cuidador y el cuidado, se entrelazan dialécticamente en círculos en el que ambos roles, se van intercalando, una vez más en procesos de larga data, desde el descubrimiento o diagnóstico del padecimiento hasta su cura o culminación, cualesquiera que este sea, o de una forma intermedia en los eventos de crisis, control o descontrol. El ciclo de cuidado, lo que demuestra, es la permeabilidad de ambos actores en una dinámica social de autopreservación y subsistencia vital.

Como corolario de este apartado, cabe mencionar que aunque la crianza es en sí todo un sistema de relaciones e implicaciones sociales, culturales e históricas dentro de la familia a través de sus estados generacionales, para fines de esta investigación, se analiza a través de uno de sus elementos directamente relacionado con la DM; los hábitos, formas y modos de alimentación sean heredadas y/o aprendidas desde la infancia y que invariablemente influyen en las racionalizaciones y decisiones que la DM obliga al formar parte importante para su manejo.

De esta manera, aunque las generaciones presentes en esta investigación, recibieron o tuvieron acceso a una alimentación más sana, variada y balanceada durante su infancia, se observó que mientras generaciones nacidas en los años 70s y 80s aún observaron a sus adultos mayores con una gran longevidad y calidad de vida excepcional para su época, en años y generaciones recientes, esto se imagina como una prospectiva prácticamente imposible, ya que derivado de los problemas ambientales en las que viven, acceder a una alimentación adecuada y sustentable se convierte en una distopía, dadas las condiciones actuales de su acceso, cantidad y calidad, y quien tenga acceso, debe estar preparado para realizar una inversión financiera extra, lo cual viviendo o conviviendo con la DM, resulta ser un problema prioritario, lo cual nos lleva de vuelta a la importancia y peso de las condiciones históricas y materiales en términos de la salud.

Bajo este entendido, la salud, sí es algo que se pierde o se merma, pero no como un todo, sino como alguna (s) de sus partes, en el que si no se logra recuperar, deja al menos un mínimo de experiencia para restablecer un estado de equilibrio y retomar una normalidad en salud.

Sintetizando, la salud es sinónimo de vida, y todo lo que implique, y la antítesis de esta condición de existencia, es aquello que amenace dicha vitalidad a través de enfermedades, padecimientos, o situaciones de existencia adversas, incluyendo la propia muerte.

De esta manera, ante las carencias, inaccesibilidad o falta de convencimiento ante el sistema biomédico de atención, o por convicciones y tradición: las medicinas tradicionales, que a través del tiempo han logrado sobrevivir sobre todo en ámbitos rurales, y tal y como se documentó, su principal cualidad se encuentra en complementar los huecos que el sistema biomédico no cubre, por su propia lógica racional-biologista. En lo aquí documentado, la brujería y curanderismo forman parte complementaria del diagnóstico, control y seguimiento de la DM, cuando este padecimiento se encuentra intrínsecamente ligado a las emociones, es decir, un aspecto de la dimensión cultural de la salud. Por lo tanto, independientemente de evidencia científica al respecto, la parte emocional del padecimiento, es importante para la prevención, diagnóstico y tratamiento para la DM, y, las medicinas tradicionales, al no desasociar lo físico de lo emocional, adquieren un sentido de empatía en padecimientos como la DM.

En contracara, así como existen tensiones y relaciones de poder entre quien vive o convive con el padecimiento y el sistema biomédico, encarnado en médicos, enfermeras, técnicos, clínicas y hospitales; estas mismas tensiones también se pueden encontrar en los sistemas tradicionales o alternativos, ya que, la figura de experto y especialización genera ciertos poderes, en los que sanadores, curanderos, brujos, sobadores y demás, adquieren facultades tanto para ayudar como para perjudicar, ya sea por cuenta propia o por encargo. Por lo que, en las medicinas tradicionales, una mala atención es asignada al poderío del mal que subyace cualquier padecimiento en sus dimensiones éticas, morales y espirituales; mientras que en el sistema biomédico, la mala atención es asignada a una falla en los resultados de las terapias, los tratos por parte del personal, o a una percepción sobre la mala preparación de los médicos, por no darse a entender o desdeñar ciertos síntomas o contextos que no consideren de importancia para el diagnóstico o tratamiento.

Ahora bien, en el caso de la evaluación y seguimiento de los eventos y contingencias sanitarias, se puede trasladar al seguimiento de la DM, bajo el entendido de que, como epidemia, la DM adquiere ciertas características susceptibles de evaluación de parte de quien vive y convive con este padecimiento.

Entendiendo esto, es epidemia basándose en el número de casos reportados, conocidos o estimados, en el que prácticamente la población en general tiene algún tipo de contacto o impacto de la DM, sean como una persona que vive con, como familiar nuclear o extenso, o simplemente como alguien que conoce a otra con este padecimiento, dentro de sus círculos y redes sociales cercanas, por lo que la DM adquiere una cierta naturalización endémica que permite su evaluación, seguimiento y escrutinio social en la vida cotidiana y pública.

Una segunda característica es la cronicidad propia de la DM, en donde la línea de tiempo vital es trastocada por un diagnóstico o descubrimiento, siendo partícipe activo y directo de una epidemia que, antes evento disruptor global como la pandemia, se aparecía como un contexto o referente epidemiológico. Ahora que se vive y convive con la DM, crónico significa algo que nunca sé ira, se convierte en rutina que activa o sobre estimula la escucha corporal, tanto biológica como social y en ambos actores, activa la reacción y posicionamiento político ante el padecimiento, y aun cuando se niegue o se subestime la DM, su cronicidad sólo se vuelve más silenciosa, pero que irremediamente se hará escuchar a través del cuerpo.

La cronicidad también implica y determina a ambos actores a asumir roles y posicionamientos ante el padecimiento; el que vive con una responsabilidad hacia el cuerpo biológico y sus manifestaciones físicas prioritariamente, ya que solo este puede tener una escucha atenta a este nivel, y el que convive, con aquellos síntomas que quien vive probablemente puede pasar por alto, cambios de humor, por ejemplo. Esto no quiere decir que dichos roles o posicionamientos sean definitivos, exclusivos, o inmutables por parte de ambos actores, este razonamiento surge de los testimonios que muestran, cómo el que convive tiene más posibilidades de atender dimensiones culturales y sociales de mejor manera, al no tener que experimentar las implicaciones físicas y sintomatológicas propias del padecimiento.

De esta manera, lo crónico se convierte en una obra que se repite todos los días, que se vivió ayer, se vive hoy, y se vivirá mañana, y estar atento de cualquier cambio en el guion, puede ser tan relevante hasta niveles de supervivencia en cuanto a cantidad y calidad de vida y muerte.

Finalmente, el aspecto degenerativo de la DM, puede tener un sentido de control en tanto las estrategias de cuidado y control funcionen, pero lo crónico, es lo que realmente activa a

los involucrados para bien o para mal en la aplicación de una epidemiología local, todos los días, durante todo el día, especialmente en coyunturas de descontrol; finalmente la cronicidad de la DM significa, aun teniendo un buen manejo, que ya nada será como antes.

Bajo esta lógica, se lleva la trayectoria terapéutica, entendida como las experiencias y estrategias al respecto de la DM una vez diagnosticado o descubierto dicho padecimiento, y que está enfocado en las formas y modos de tratamiento y control que se ha llevado a cabo respecto a este, hasta el momento de la entrevista, y en su caso, proyectar la ruta que se gustaría tomar respecto al cuidado de la DM, en cuanto a terapias se requiera.

Es importante realizar esta aclaración, ya que existen perspectivas metodológicas en la cual se puede confundir con estrategias como la “carrera del enfermo”, lo cual es básicamente los procesos terapéuticos incorporando sus características sociales y culturales a través de historia de vida o biográfica.

La identificación y descripción de las formas de atención la iniciamos a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos. En términos metodológicos iniciamos la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales porque a partir de los mismos, especialmente de la trayectoria de la "carrera del enfermo" o "carrera del paciente" podemos identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener – por muy diversas razones – si partimos inicialmente de los curadores. (Menéndez, 2003: 187)

En este caso, dicho seguimiento se encuentra acotado como un elemento inherente al cuidado y enfocado a los tres elementos básicos para el control bioquímico de la DM, entiéndase; medicamento, ejercicio y régimen alimenticio. En este sentido, las trayectorias terapéuticas documentadas son permeadas; primero, por un conocimiento sobre la terapia clínica convencional; segundo, prácticas alternativas a esta terapia convencional de forma casi generalizada, sobre todo en el ámbito rural; y tercero, un dejo de incertidumbre, sustentado en la posibilidad de seguir teniendo las estrategias presentes como efectivas a un largo plazo, sea por cuestiones económicas, por un descontrol, o por otros imponderables que puedan dificultar las estrategias actuales.

Finalmente esta el cuidado, brevemente esbozado durante este texto, vale la pena mencionar que el cuidado no es solamente las estrategias terapéuticas, su cumplimiento o no, sino que en este caso, el cuidado incluye la atención de ida y vuelta de los actores de la vida de forma integral, tanto quien vive como de quien convive con la DM, y es ahí en donde las terapias alternativas adquieren sentido, ya que funcionan no solo como

complemento o alternativas a las terapias convencionales, sino por las características holistas que contemplan las dimensiones subjetivas del padecimiento, que en términos del cuidado son importantes.

De esta manera, el cuidado, como se menciona antes, se fundamenta en el primordial principio de la conservación de la especie, y bajo esta lógica, en que el cuidado incluye lo físico, mental y emocional; lo real y lo imaginario; lo utópico y lo distópico; el pasado y el presente; el padecimiento y el padecer; y esto último, no puede limitarse solo a la DM, ya que existen otra serie de cuidados tanto de quien vive como de quien convive, lo cual se encuentra documentado por ejemplo, en los intercambios terapéuticos entre la DM de una persona, el colesterol de otra, valoraciones intersubjetivas en la violencia y la DM, y las diferentes estrategias de cuidado, que van desde limpias y rezos ante la brujería (causa de la DM), hasta una sacralización de la insulina; todas estas estrategias tienen por finalidad, a través del cuidado, un sentido de bienestar ante los imponderables, coyunturas y hasta catástrofes de la vida y la muerte, en sintonía con cinco procesos básicos del cuidado; conocer, estar con, hacer por, facilitar, mantener la creencia. (Swanson, 2015)

8.2.-El cuerpo con diabetes

En efecto: sí, después de haber captado *mi* conciencia en su interioridad absoluta, trato, por una serie de actos reflexivos, de unirla a cierto objeto viviente constituido por un sistema nervioso, un cerebro, glándulas, órganos digestivos, respiratorios y circulatorios, cuya materia es analizable químicamente en átomos de hidrógeno, carbono, azufre, fósforo, etc., encontraré insuperables dificultades: pero estas dificultades provienen de que intento unir mi conciencia no a *mi* cuerpo sino al cuerpo de los *otros*. En efecto: el cuerpo cuya descripción acabo de esbozar no es mi cuerpo tal cual *para mí* [...] (y a manera de ejemplo): partir de las experiencias que los médicos han podido hacer sobre mi cuerpo es partir de mi cuerpo *en medio del mundo* y tal como es para otro. Mi cuerpo, tal cual es *para mí*, no se me aparece en medio del mundo. Sin duda, he podido ver yo mismo en una pantalla, durante una radioscopia, la imagen de mis vértebras; pero yo estaba, precisamente, *afuera*, en medio del mundo;... (Jean Paul Sarte)

La idea de adentrarse en la filosofía existencialista y la fenomenología para entender el cuerpo, tuvo por propósito profundizar los elementos teóricos y metodológicos necesarios para establecer a la DM como una forma de ser y estar en el mundo; como un estado de salud vinculada orgánica y socialmente a través de la biología humana. De esta forma, se retomó al mismo Sarte, Husserl, Shultz, Heidegger y Merleau-Ponty para posicionar los elementos que fundamentan al cuerpo como un campo de estudio.

Para comenzar, Jean Paul Sarte (1993), identifica tres dimensiones del cuerpo:

- I. El cuerpo que se reconoce como vivo, con sus cualidades, defectos, habilidades y vulnerabilidades. El padecimiento y la enfermedad puede ubicarse en esta dimensión.
- II. La forma en que otros observan, examinan, aprecian o desprecian el cuerpo, esto se aplica también al cuerpo propio al hacer esto con sus partes.
- III. Cuando nos damos cuenta que otros observan, examinan nuestro propio cuerpo.

De esta forma, el cuerpo con DM se observa y es observado como un todo y en sus partes, cuyo énfasis al momento de un diagnóstico, se centra de primera instancia en una enfermedad metabólica crónica, para en esa instancia, transformarse en un objeto y sujeto de escrutinio, revisión y vigilancia personal y familiar.

De esta manera, la DM reconoce la primera dimensión, el diagnóstico como proceso de escrutinio, y juicio corporal se identifica en la segunda, y los procesos terapéuticos se encuentran en la tercera dimensión, todos en un empalme entre lo individual y lo social.

Esto fundamenta desde la filosofía existencialista, el sustento epistemológico de los tres cuerpos acá analizados, en tanto que la posición temporal retomada en este estudio se recupera a partir de la concepción de experiencia desde Husserl, que hizo hincapié, en que toda experiencia de objetos tiene lugar en un curso de experiencias, donde cada momento presente lleva en sí, las experiencias pasadas, y a la vez anticipa o proyecta las posibles experiencias futuras a partir de lo efectivamente experimentado.(Aceves,2001: 28)

Finalmente, el mundo es la integración de todas estas experiencias y perspectivas, en donde subyace la premisa continuidad, que enriquecerá, cambiará o resignificará, la forma en que, en conjunto es visto el mundo, por lo tanto ninguna visión excluye en principio a las demás, pero todas tienen una “figura ideal” del mundo, inalcanzable por definición (Husserl, 1962).

Después de la observación, continúa un largo proceso de intervención del cuerpo, en el que pasado y presente se convierten en una serie de acciones u omisiones intencionadas para construir o replantear un bagaje sociocultural tendiente a dimensionar y proyectar el devenir deseado de la DM, aprendiendo a escucharlo, a interpretarlo y controlarlo.

Por lo tanto, cuando se piensa en prospectiva se hace alusión de esta figura ideal, que por definición es utópica, aunque efectivamente el “futuro” se consume en el momento mismo en que se manifiesta, y la forma en que puede ser captado es en el ámbito colectivo, gracias

a los imaginarios vividos en la cotidianeidad, y en este sentido, Shultz, nos invita a llevar el ámbito de la acción social a un nivel colectivo a través del dialogo intersubjetivo que se lleva a cabo entre los actores, que el autor denomina mundo de vida (Shultz, 1974), es decir, el ámbito de la vida cotidiana; en estos mundos, Shultz describe seis rasgos característicos:

- 1) Respecto a que existe un estado de alerta en el que se presta atención a las exigencias, comportamientos y requisitos, manifiesto en los síntomas o consecuencias de la DM.
- 2) El actor no duda de la existencia del mundo, en un posicionamiento de negación o aceptación del padecimiento.
- 3) Es el mundo donde se trabaja, manifiesto en las interacciones y conflictos familiares.
- 4) Se experimenta un “yo propio”: Reforzando la idea de Husserl (1962), de que antes o detrás de una acción social, existe una experiencia personal; en donde las estrategias terapéuticas se vuelven mutables y adaptables a las circunstancias que el padecimiento vaya planteando.
- 5) Existe una sociabilidad específica en la cual se lleva a cabo la intersubjetividad tanto de la comunicación como de la acción social; replanteando las dinámicas familiares tanto presentes como futuras, como lo fue la insulina o seguir conservando la sobriedad ante el alcohol.
- 6) Se tiene una perspectiva específica del tiempo, en la intersección del tiempo personal y del tiempo de la sociedad; en la esperanza de una cura, que puede significar desde mantener un ritmo de vida más o menos estable, sin que la DM moleste, hasta el efectivo retroceso de este síndrome, retornando al órgano biológico en cuestión, a un estado anterior de normalidad.

El mundo de vida de la DM, es intervenido por al menos dos actores fundamentales; aquel quien recibe el diagnostico, el que vive con dicho desorden metabólico, al que pertenece el órgano disfuncional, quien siente sus consecuencias fisiológicas, y quien por ende, es el primer actor digno de escucha; para que el segundo actor, el familiar, tenga la información y haga uso de sus herramientas corporales para asimilarse, empatarse y enrolarse sobre las consecuencias, logros, atinos y desatinos de un nuevo estado de salud, sopesando y hasta

anteponiendo este nuevo estado por sobre los suyos propios, que más temprano que tarde, se vuelven parte de un círculo virtuoso o desesperanzador en la búsqueda de un equilibrio tanto de la vida de quien vive con el padecimiento, como de sí mismo.

En este devenir fenomenológico, la DM se presenta como un hecho biológico que devela toda una nueva hermenéutica del cuerpo, la salud y la enfermedad, al “activar” la experiencia a través de emociones e imaginarios vividos y contruidos de aquellos hechos o vivencias ocultas hasta el momento de un diagnóstico de DM, y de forma cotidiana, a través de la escucha y acción corporal de síntomas, ventajas y desventajas que este nuevo estado de salud va presentando.

Finalmente, Merleau Ponty retoma los postulados de Husserl para llevarlos más allá y dar una perspectiva aplicable a la antropología, planteando al cuerpo como un modo de ser en el mundo (retomado de Heidegger), pasando de la fenomenología de la vida a la fenomenología de la carne, en donde esta pretende superar el dualismo de objeto / sujeto, entendiendo a la carne como “La carne es el hecho de que mi cuerpo es pasivo-activo (visible-vidente), masa en-sí y gesto. La carne hace visible que soy, que sea vidente, mirada o lo que es lo mismo, tiene un dentro más el hecho de que lo visible exterior es también visto, es decir, que tiene una prolongación, en el recinto de mi cuerpo” (Merleau-Ponty, 2010: 324, 325)

Un buen ejemplo de ser y estar en el mundo respecto a la DM son los familiares. Este actor demostró cómo la DM al ser social, es necesariamente individual, involucrando a quién, teniendo o no un rol de cuidado, encarnan también las consecuencias de este padecimiento, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, pero siempre siendo y estando con este nuevo estado de salud.

Bajo estos argumentos, Merleau-Ponty, elabora lo que se conoce como fenomenología del cuerpo y de la percepción, la cual se enfoca en el estudio de la subjetividad humana y las relaciones entre ésta y el mundo, en el que existen varios rasgos que identifican esa forma de ser en el mundo, entre ellos: el cuerpo es nuestro anclaje en el mundo; el cuerpo es en sí el punto cero o punto de referencia de cualquier orientación, puesto que todo lo que nos rodea está circunscrita en relación al cuerpo; el cuerpo es entendido en torno a sus capacidades; el cuerpo como un modo de expresión; el cuerpo como sujeto de la percepción, es decir, que puede ver y ser visto, tocar y ser tocado; el cuerpo al estar

posicionado en el mundo es entendido como sujeto de espacio y tiempo; y finalmente, el cuerpo es intersubjetividad e intercorporalidad, es decir, social.

Así, un cuerpo con DM es un cuerpo observado y observable a partir de un síndrome metabólico, en un largo y constante proceso de intervención biológica y social interno y externo, con la finalidad de aprender, escuchar, controlar e interpretar un nuevo estado de salud. En donde quien vive y convive con la DM, deberá hacerse de las herramientas necesarias para sobrevivir a ese largo proceso de intervención medicalizada, creando y destruyendo nociones, estrategias y posicionamientos, para perfilar una serie de prospectivas posibles respecto a la DM; padecimiento que ha decidido colocarse de forma permanente en la interacción de los tres cuerpos en el devenir del ser como humano y estar en el mundo, encarnado en quien vive y convive con este padecimiento.

Dado que el objetivo de esta investigación es retomar al cuerpo como campo de estudio, la líneas analíticas anteriores, pretendieron posicionar al cuerpo como la forma de abordar los fenómenos, lógicas y comportamientos que van desde los individual, biológico, local, particular, en un juego dialectico con lo colectivo, social, general y global.

Habiendo hecho este posicionamiento del cuerpo, se puede recurrir a un análisis a partir de los conceptos acotados en esta investigación como secundarios, para dar un panorama un poco más ordenado a este complejo sociocultural que implica hablar, analizar e interpretar a partir del cuerpo. Por ejemplo, aunque se retoma la pandemia de Sars CoV2 como Imaginario Social (IS), esto no implica que se pueda analizar desde la medicalización, pero dado los objetivos de esta investigación, resulta más efectivo su asociación desde los IS, para interpelar en términos de muerte o prospectiva, por ejemplo.

Emoción

No hace falta argüir la importancia de las emociones en el ser y estar humano, pero si es importante mencionar cómo las emociones funcionan ante ciertos eventos o coyunturas en la vida de las personas, y para este caso, el diagnóstico o descubrimiento de la Diabetes Mellitus (DM) es permeada por una serie de emociones cuyo detonante se origina a partir de sentimientos⁵⁸ en el momento de recibir dicha información. Entonces, de un sentimiento de

⁵⁸ No es que los sentimientos no actúen o contengan una racionalidad o referentes socioculturales, pero en términos de esta investigación y respecto a la DM, en un primer momento, sus reacciones primeras son a nivel biológico antes que psicosocial. Los sentimientos acceden primero al cerebro reptiliano, en términos del

ira, tristeza, entre otros... se genera un proceso racional en el que a partir de referentes culturales⁵⁹ e historia de vida, surgen emociones como el miedo, la incertidumbre o la culpa en la que la DM se convierte en un punto de quiebre o disruptor de una normalidad bio-cultural, que hasta el momento del diagnóstico se tenía, independientemente de sospechas, síntomas o referentes previos, la autoridad médica⁶⁰ y su confirmación es la que detona lo antes mencionado, y se procesa el “usted tiene” o “bienvenido al club”.

De esta manera, las emociones son construcciones culturales y racionales que “conforman un propósito lógico que proceden sobre la base de un silogismo: un deseo unido a una creencia acerca de cómo satisfacer ese deseo; y el resultado es una razón para la acción.” (Hinshelwood, 2005: 43-44); esto basado en las manifestaciones físicas y biológicas que en una coyuntura de vida como el diagnóstico, se genera toda una fenomenología del padecimiento que llega a racionalizar posicionamientos como el de la “derrota clínica” por ejemplo, lo cual significa, en términos de la DM, el efecto de una serie de estrategias, modos de vida y responsabilidades personales y familiares, y en una “resonancia íntima de las cosas y los sucesos tal como los dispensa la vida cotidiana en una trama discontinua, ambivalente, inasible por su complejidad y su mosaico” (Le Breton y Pons, 1999:105), en donde las consecuencias llevan ahora a estos actores a reposicionarse ante un padecimiento que “no es una gripa”, que implica todo un replanteamiento de la vida cotidiana, al iniciar una relación estrecha con una DM, a la cual hay que invertir una cantidad y calidad de tiempo, escucha y hasta dinero para que “no moleste”, y si lo hace, evitar procesos de descontrol que impliquen consecuencias físicas, mentales y emocionales mayores las que ya se tienen, y así, evitar lo más posible un contacto con la muerte por estas causas, ya que, se tenga o no experiencia a este respecto, se cuenta con un mínimo de información como para interiorizar las potenciales implicaciones y angustias que pueda acarrear desdeñar este nuevo estado de salud.

De esta manera, al ser las emociones relaciones que envuelven la afectividad nacidas de “una evaluación más o menos lúcida de un acontecimiento por parte de un actor nutrido con una sensibilidad propia; son pensamientos en acto, apoyadas en un sistema de sentidos y

cerebro truíno de McLean (1990), en donde se encuentran o representan los instintos más básicos de la especie humana.

⁵⁹ Esto puede ser tan rápido como el instante mismo en que se recibe la noticia.

⁶⁰ Puede ser tanto un biomédico, como el curandero, brujo o incluso alguna otra persona a la que se considere con la suficiente autoridad o conocimiento al respecto.

valores (Le Breton y Pons, 1999); en la cotidianeidad, los actores involucrados “quien vive y convive”, tendrán que lidiar y responder ante imponderables que la misma DM impone, aun teniendo un debido control sintomatológico o bioquímico de esta, y que existen manifestaciones sutiles que recuerdan a estos actores, que la DM ahí está, y esta para quedarse, y un ejemplo claro son los estados de ánimo que se manifiestan en subidas o bajadas de glucosa, efectos del propio medicamento o el régimen alimenticio, hasta episodios psicológicos y emocionales derivados de hechos sociales, que se manifiestan de manera diferenciada viviendo y conviviendo con la DM.

Experiencia

Para vincular y profundizar la lógica anterior, cabe retomar la diferenciación clara de Turner (1986) sobre experiencia y una experiencia, cuando el primero lo vincula a un acto pasivo de aceptación, lo cual no significa un acto nulo o neutro, sino que tiene que ver con actos coyunturales o disruptores como la DM representado por el diagnóstico, y este evento es la experiencia; en tanto que una experiencia se refiere entonces, a todo el proceso vinculante en donde, pasado y presente se convierten en una amalgama de referentes y conocimientos en pro de un sentido de control ante una nueva cotidianeidad influenciada por el estado de salud que la DM significa, siendo “estructuralmente poco importante si el pasado es “real”, “moral” o “amoral” (Turner, 1986: 36).

De esta manera, el sentido de control deseado para la DM implica una revisión sintomatológica, las consecuencias propias e indirectas de un descontrol, y de las lecciones de vida que deban aprenderse para esta nueva realidad terapéutica, y para eso, la experiencia se convierte en la herramienta sociocultural básica para alcanzar dicho sentido de control, en una organización temporal⁶¹ de significados, valores y fines, en donde significado es una estructuración cognitiva orientada al pasado, valor, una estructura afectiva atada a las visceras del presente, y fines, como una voluntad atada a un comportamiento orientada hacia un futuro emergente (Turner, 1985).

El pasado, a través de la resignificación de las biografías, tradiciones y maldiciones familiares, manejo de contingencias y los procesos de maduración personal, se vincula dialécticamente con experiencias recientes significativas, como la pandemia y su confinamiento, por ejemplo, en pro de una “normalidad diabética” que re equilibre no sólo

⁶¹ En referencia al tiempo, no a un evento pasajero.

el estado de salud generado por la DM, sino los demás estados involucrados de la historia personal y de los demás actores, muy bien representados en esta investigación por los familiares, tanto en la vida cotidiana en donde funciona una racionalidad y sentido común, pero sobre todo en su fase liminal, en donde se encuentra el “modo subjuntivo” de la cultura, es decir, en el ámbito de la posibilidad, incertidumbre, hipótesis, fantasía, presunción, deseo; según se encuentre el pensamiento, sentimiento y voluntad, que son, en palabras de Dilthey “estructuras de experiencia” (Turner, 1985).

De esta manera, en la experiencia de la DM; los padecimientos, estados de salud y las vidas pasadas y presentes de los involucrados, tanto individuales como sociales, son el repositorio existencial y fenomenológico al que se hará referencia para explicar y fundamentar las estrategias y posicionamientos que se requiera para aceptar el diagnóstico, aprender a vivir o convivir con la DM, o a sobrevivir en caso de descontrol o incluso desenlaces fatales; recordemos que la muerte de quien vive no se termina con el padecimiento, queda todavía los que convivieron, y requieren de su propia experiencia para seguir lidiando con las consecuencias de la DM; la “experiencia es, a la vez, siempre una interpretación y requiere una interpretación. Lo que cuenta como experiencia no es ni evidente ni claro y directo: está siempre en disputa, y por lo tanto siempre es político” (Scott, 2001: 72), ya que “el mundo de la vida, “el día a día”, es un fluir constante lleno de conflictos, alianzas, rupturas, contradicciones y reconfiguraciones —“un estira y afloja”, dicho coloquialmente. (Santana, 2017: 348)

Así, la experiencia trae a la mesa todas aquellas lecciones de vida, tradiciones, referentes sociales y culturales funcionales a un estado de salud como la DM, no importando cuán lógicas o racionales sean, en tanto funcionen, formaran parte de la experiencia de la DM y como tal, tendrán sentido para los actores involucrados. Así, la experiencia da sentido a las emociones, le brinda significado y un potencial explicativo para sus dimensiones simbólicas e imaginativas y un sustento para sus dimensiones políticas.

La experiencia en la DM, termina siendo el tratamiento real para este padecimiento, más aún cuando el tiempo es su factor más relevante y en común, gracias a la cronicidad de uno, el constante referente al pasado y presente es de importancia, si se quiere construir una prospección imaginaria de un futuro para la persona, la familia y el propio padecimiento.

Una perspectiva que puede concatenar emoción y experiencia en un padecimiento como la DM, es la disrupción biográfica de Michael Bury (1982), en la que retoma el concepto de Giddens (1979) sobre “situación crítica” en donde “Podemos aprender mucho sobre situaciones cotidianas en entornos rutinarios analizando las circunstancias en las que esos entornos se ven radicalmente perturbados.” (Giddens citado en Bury, 1982: 169)

De esta manera padecimientos crónicos como la DM, son

el tipo de experiencia donde las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento que los sustentan se ven alteradas. La enfermedad crónica implica un reconocimiento de los mundos del dolor y el sufrimiento, posiblemente incluso de la muerte, que normalmente sólo se ven como posibilidades distantes o la difícil situación de los demás. Además, enfrenta a las personas, a sus familias y a redes sociales más amplias con el carácter de sus relaciones de forma cruda, alterando las reglas normales de reciprocidad y apoyo mutuo. (Bury, 1982: 169)

Símbolo

Existe un debate en antropología sobre lo que es, cómo funciona o a qué se refiere el símbolo en la dimensión cultural de comportamiento humano, lo cual explica la importancia de este debate. Basta citar tres argumentos que me parece importante tomar en cuenta:

En parte, puede notarse que no hay un objeto *símbolo* que esté consensuado. La función simbólica en Lévi-Strauss se construye a partir del mito y el ritual de pueblos cazadores recolectores; el símbolo de Geertz se construye a partir de lo que él llama sistemas culturales, la religión, la ideología, el arte o el sentido común, en sociedades estatales que por efecto del impacto occidental se transforman en estados-naciones; Mary Douglas, en la tradición comparativa británica, amplía el rango de sus observaciones, pero aquí la construcción de lo que son los sistemas simbólicos abarca las reglas de contaminación, los rituales y los sistemas clasificatorios, es decir, conforma también un universo extremadamente específico. (Costilla, 2010: 314)

Por lo tanto, y siguiendo la línea argumentativa de Douglas (1975), quien como Durkheim refiere que el orden simbólico de clasificaciones refieren al orden social, y esas correlaciones estructura social y símbolos son hechos objetivables, en donde “un control social fuerte corresponde un control corporal igualmente estricto.” (Douglas, 1975: 96), permeando a individuos y colectividades sobre lo puro e impuro, lo correcto o incorrecto de las cosas, fenómenos, hechos sociales y comportamientos.

Partiendo de que los símbolos pueden ser cualquier tipo de objeto, acto, acontecimiento o cualidad que sirva para vehicular ideas o significados, los entiende entonces como *fuentes de información* (suministran un patrón o modelo en virtud del cual se puede dar una forma definida a procesos exteriores) *externa* (extrapersonal) que los humanos usan para organizar su experiencia y sus relaciones sociales. Son *modelos* de realidad (interpretaciones y representaciones de la realidad) y *modelos para* la realidad (que ofrecen información y guía para organizarla) (Bolán y Mantecón, 1991: 45)

En este sentido, la DM como símbolo de lo puro e impuro (sano/enfermo) del y en el cuerpo, se puede explicar a partir de cinco elementos semióticos que permiten una interpretación de parte de quien vive y convive hacia el estado de salud que este padecimiento representa:

- 1) Alimentación: Surgido del análisis de una de las estrategias más incómodas manifestadas, la alimentación, representada por la dieta o régimen alimentario para el control de la DM, el índice glucémico y un mejor aprovechamiento de los nutrientes; el alimento y más específicamente la comida, se convierte en un factor de valoración subjetiva de los actores involucrados, categorizando sus acciones respecto a la alimentación como buena o mala, independientemente de los factores internos o externos para llevar a cabo tal o cual régimen.

Entre la culpa o remordimiento y la satisfacción y alegría, el alimento contribuye a construir a la DM como símbolo de control/descontrol; responsabilidad/opacidad; apego/ruptura con el tratamiento, sin importar si se tiene acceso o no a los alimentos recomendados; si las condiciones de vida lo permiten o incluso si por convicción personal o familiar se decide no “creer” en el padecimiento; el peso simbólico de la alimentación siguen siendo el mismo.

- 2) Ser ejemplo: Si se conjunta un buen régimen alimentario, toma correcta y sistemática de los fármacos y llevar a cabo las rutinas de ejercicio recomendado, en la estructura simbólica de la DM, tanto quien vive como quien convive con este padecimiento, se convierte en un estándar o modelo para un rol de enfermo ejemplar, una apropiación a ser ejemplo respecto a la DM, no es útil solamente para un bienestar personal o familiar, sino que sus consecuencias sociales son percibidas como una contribución hacia la “lucha” contra la epidemia de la DM, por lo tanto, una DM bien controlada en estos aspectos convierte a este padecimiento como símbolo de la “buena vida” en la que incluso se nos da la bienvenida, como si este trastorno metabólico, abriera las puertas a una disciplina corporal, que la mayoría sin DM omiten o desdeñan por su propia “normalidad” de salud.

No hace falta decir que, caso contrario, la DM simboliza la anomia social de transgresión e inconsciencia, y las consecuencias deberán asumirse al haber transgredido las “virtudes” de la DM como símbolo de la “buena vida”.

3) Diagnóstico: como elemento detonante de emociones y experiencias en la vida de las personas, para abordarlo a nivel simbólico respecto a la DM, habrá que complejizar un poco más sobre este elemento, por lo que, si se amplía la mirada hacia el padecimiento en sí como disruptor de la vida cotidiana, la DM simboliza resistencia y cuestionamiento al mismo tiempo que disciplina y obediencia a un sistema medicalizado, ya sea desde su aspecto clínico, social y cultural; clínico desde los tratamientos; sociales desde los roles; y culturales desde las formas de ser con el padecer y estar con el padecimiento.

4) Vida en pausa: efectos derivados de eventos de descontrol, miedo y proyecciones sobre el padecimiento, y aunque manifestados en su mayoría por los familiares, se puede extrapolar dichas consecuencias a quien vive con la DM. De esta manera, la vida en pausa significa colocar ciertas metas, aspiraciones, gustos o planes de vida en un estado de reflexión u onírico en tanto se percibe un peligro a la normalidad diabética, en tanto el padecimiento manifieste molestia o incluso un caos fisiológico, mental o emocional a los actores involucrados.

Dichas metas, aspiraciones, gustos o planes, a menos que sean convertidos en estrategias para la DM y su control, tienen que ponerse en una pausa indefinida o incluso definitiva, dependiendo el caso, situaciones y condiciones de vida.

5) Flujos de energía: desafortunadamente, no me siento con el suficiente soporte empírico etnográfico para argumentar a profundidad prácticas como la brujería o el curanderismo con la información recopilada, pero al menos, se puede argumentar que a través de flujo de energía generados por la envidia, celos y miedo, o, en un flujo contrario, esperanza, el milagro y la religiosidad, marcan posicionamiento ante la DM, convirtiendo a esta en un símbolo de salvación/ maldición humana, por acción u omisión.

Al ser la DM un padecimiento silencioso y escandaloso, dependiendo de su estado fisiológico, mental o emocional sobre todo en episodios de descontrol; un padecimiento sin cura; sin más avances técnico – médicos que las terapias recomendadas; y al no prestar la suficiente atención a sus estados emocionales, se deja el campo abierto a la interpretación sobre o supernatural, idílica y existencial, en donde, por culpa o responsabilidad se acepta una autocondena por las fallas de ser – humano, y al mismo tiempo, o bajo otras circunstancias, también se revela la

oportunidad de salvación, a través de un respecto por el cuerpo y la disciplina moral.

En términos de la salud, la DM simboliza entonces, control/descontrol; buena vida/anomia social; resistencia/obediencia; salvación/maldición y un delgado hilo existencial; se puede inferir la clasificación de pureza/impureza a la que se refiere Douglas (2002), aunque, bajo una apropiación personal de los términos aplicados a la DM, cambiaría lo puro por sano, lo impuro como enfermo, ya que, en el vivir y convivir con la DM, lo que importa para explicarla se encuentra en lo que se hizo o se dejó de hacer (pasado); para sobrevivirla importa lo que se hace, piensa y dice (presente); pero para que no mate, mutile o incapacite, lo que importa es lo que se hará (futuro), y esa, es una valoración moral y ética más digerible desde lo bueno y lo malo.

Imaginario social

Los Imaginarios Sociales (IS) son algo impuesto, padecido, diría Castoriadis (1975), hegemónico, inmerso en lo más recóndito de la psiquis individual y colectiva, pero que “flota” en la mente colectiva como una especie de subconsciente, pero para que tenga un impacto inmediato en situaciones de crisis, coyunturas o eventos relevantes de la vida social, deben activarse mecanismos que los recolquen o despierten en los cuerpos de las personas, por ejemplo: ¿Qué es lo primero que pasa por nuestra mente cuando decimos salud?, pues bien, cualquiera que haya sido su respuesta, no crea que es original o disruptiva, pertenece a un imaginario instituyente manejado por políticas de salud, postulados religiosos, académicos, entre otros. “El impacto de los imaginarios sociales sobre las mentalidades depende ampliamente de su difusión, de los circuitos y de los medios de que dispone. Para conseguir la dominación simbólica, es fundamental controlar esos medios que son otros tantos instrumentos de persuasión, de presión, de inculcación de valores y creencias” (Baczko, 1991, p. 31).

De esta manera, el IS es una forma de fundamentar la sociedad representando la vida social, “en suma, puede decirse que la imagen, lo simbólico, lo imaginario, la imaginación se ponen en primera línea de la escena para interpretar un papel principal” (Mafessoli, 2003: 149). Ahora bien, esto no significa, como ya se mencionó antes, que los IS sean estáticos o inamovibles, simplemente que, por su naturaleza, el cambio es lento y progresivo, probablemente perceptible a través de, mínimo, relevos generacionales.

Lo imaginario presenta una doble fase ambivalente: por una parte, puede ser instrumentalizado al servicio del poder para contribuir a una legitimación de la realidad social existente, y contrariamente, puede movilizar la energía social para impulsar la transformación de la realidad socialmente instituida. Esta duplicidad de lo imaginario está ligada a la reprimida fuerza social del sueño y la ficción, de modo que tanto la conservación de lo real o su dislocación necesite, en ambos casos, de la eficiencia social de lo imaginario. (Carretero, 2003: 5)

El ensueño, la fantasía, la ficción terminan por ser fuentes vitales para la dimensión imaginaria del ser humano, y eventualmente existiría una potencia social, que en una expresión del querer vivir, dinamiza lo social. (Mafessoli, 2007).

Ahora bien, tanto Representaciones Sociales (RS) como los IS, utilizan las imágenes como forma de acceder e interpretar la información necesaria para sus fines, solo que la RS al concebirlas como una reproducción mental en cierto sentido especulativa y pasiva (Girola, 2012). Para los IS una imagen gira en torno a una “constelación de símbolos” y significaciones isomórficas entre sí. Por supuesto, la idea de imagen remite al valor arquetipal de la rememoración de un imaginario que dé cuenta de la existencia humana, y estos conjuntos simbólicos expresan su sentido, significación social y antropológica (Cegarra, 2012), en donde la imagen es una actividad mental que representan estados de conciencia, básicamente desde lo individual, pero que participa de lo colectivo como fuente de impresiones (Ugas, 2007).

Habiendo hecho estas aclaraciones, pensar en una IS de la salud remite a una serie de imágenes, que en sí mismas podrían llegar a ser IS, pero dada la falta de mayor información empírica, se simplificaran su interpretación para discutir las como imágenes que permean un IS en salud necesaria para los fines de comprensión en términos de la DM, como lo es su aspecto crónico, degenerativo y la cura de la DM.

Lo crónico, implica una necesidad de constante búsqueda para establecer una nueva normalidad, que naturalice al padecimiento en los cuerpos y su control en el desarrollo y mantenimiento de una disciplina corporal individual, social y política de los actores involucrados, siempre con una atenta escucha ante el peligro que pueda originarse por procesos de descontrol. Lo cual lleva al elemento degenerativo, que ya de entrada con el diagnóstico tiene un impacto en los cuerpos involucrados, pero en procesos de descontrol constantes o prolongados se desencadenan anomias fisiológicas irreversibles, con lo que las preocupaciones hacia la DM no se limitan a un control glucémico, sino de elementos externos, ya sean clínicos o sociales que pueda afectar en procesos degenerativos en

potencia o en proceso; es por eso que fenómenos como la pandemia funcionan como revelaciones hacia los peligros y vulnerabilidad de una fuerte o débil normalidad diabética, que se alcanza hasta el momento de tal o cual coyuntura.

Cabe destacar que la atenta escucha a este padecimiento, surge de su carácter silencioso, en donde no existen signos de alerta preventivos claros en la rutina con la DM, salvo por ejemplo, algunos dolores de cabeza que puedan indicar altas o bajas de glucosa, pero por lo general, cuando la DM se manifiesta, son con procesos degenerativos que son controlables en su avance o sintomatología, pero del cual no existe un punto de retorno; por ejemplo, hormigueo en manos o pies indican neuropatías periféricas, las cuales, ya no se “curan”. Es por esto que se requiere un fuerte estado de bienestar ante el padecimiento, para que no solo física, sino mental y emocionalmente se cuente con un mejor cuidado, y por ende, una prometedora prospectiva sobre la DM.

Hablando de cura, esta es otra característica que implica en la DM una constante tensión y estrés, al no poder acceder a los “milagros” tecnológicos biomédicos que les puedan prometer, si no volver a un estado anterior de salud, al menos detener los procesos crónicos y degenerativos de la DM. Y en ese sentido, los elementos prospectivos que ofrece la experiencia, la fantasía, ilusiones y sueños se convierten en elementos utópicos fundamentales para la disciplina, normalidad y bienestar necesaria para lidiar con el padecimiento, y por qué no, en una elaborada prospectiva de la vida y la muerte con la DM, pueda existir una cura post diabetes, en donde la muerte adquiere una relevancia en las aspiraciones arriba mencionadas.

Si... la salud se entiende como una serie de condiciones, situaciones y estados bio sociales de vida, que son perturbados por cambios, irrupciones o detonantes biológicos o psicológicos, que generan cambios o afectaciones a las situaciones consideradas como “normales” para quien lo experimenta. La salud sí es algo que se pierde en alguna o algunas de sus partes, no en su totalidad, que genera un mínimo de experiencia vital para restablecer un equilibrio para retomar una normalidad vital y de salud... **Entonces**, la DM es un detonante biológico crónico, degenerativo, incurable y silencioso que permite acceder a la dimensión imaginativa de la salud, en donde las posibilidades de un nuevo estado de salud son posibles, incorporando elementos como la prospectiva, la muerte, el azar y la coincidencia como factores para sobrevivencia, bienestar y cuidado a un padecimiento

afecta no solo a quien se le detona la DM a nivel fisiológico propio, sino a todo aquel a que afecte en su radio y ondas de impacto.

Medicalización

De acuerdo con Conrad (1992), la medicalización es un proceso por el cual la biomedicina se introduce cada vez más en la vida y prácticas cotidianas de las personas, que finalmente se convierte en las sociedades en una especie de comportamiento hacia la vida, en la cual cualquier problema o enfermedad, se espera que la medicina ofrezca algún tipo de tratamiento.

De acuerdo con Conrad (1992), esta medicalización se produce u ocurre en tres niveles:

- El conceptual:** se refiere al conocimiento médico que, a través de su lenguaje, ordena o define el problema en cuestión.
- El institucional:** que se refieren a aquellos “distribuidores” que, a nivel institucional, adoptan una postura médica para tratar un problema en particular, en este nivel se encuentran no solo la política pública, sino también la industria farmacéutica, los medios de comunicación y la publicidad.
- El interaccional:** se refiere al espacio en donde los médicos están más directamente involucrados, es decir, la práctica clínica, que es en donde se lleva a cabo la interacción médico – paciente.

En estos tres niveles, las personas y colectivos varían las formas y lectura para aplicar, rechazar o aceptar las terapias, sea de forma completa o parcial. Podríamos decir que existe un proceso de secularización (racionalización) que conduce a la medicalización y esta precede al control social.

Aunque la medicalización estará centrada en la relación médico – paciente y sus implicaciones en la DM, cabe aclarar que la lógica y análisis realizado por Foucault (1990) se centra en la lógica biomédica occidental, y en este caso, se documentó al menos uno más; el sistema tradicional, representado por la curandería, la cual tiene sus propias lógicas medicalizadas contando también con una relación médico – paciente. Incluso, me atrevería a mencionar a la religión documentada en una relación pastor o congregación – feligrés, aunque al no contar con demasiada información al respecto, tan solo se mencionara su

importancia al respecto en tanto dicha relación se involucra en las estrategias de control y cuidado de la DM a través del control o abstinencia del control de ingesta de alcohol.

De esta manera, se realiza un ejercicio comparativo de estos de tipos de medicalización (biomédico y tradicional) en torno al tratamiento para la DM colocando sus principales elementos y características de acuerdo con la información empírica recopilada.

Tabla 12. Lógica biomédica & Tradicional

Biomédica	Tradicional
A) Individual con determinantes sociales	A) Colectivo con implicaciones individuales
B) Eficacia (Funcionalidad)	B) Eficiencia (Bienestar)
C) Lo subjetivo explicado racionalmente	C) Lo subjetivo es racional

Fuente y elaboración: Propia.

A) **Individual/Colectivo:** No es calificar uno sobre otro, sino que son perspectivas diferentes sobre cómo abordar y tratar el padecimiento, que en el caso de la DM, se da desde la perspectiva biomédica en un fenómeno biocorporal personal en donde el contexto funciona como detonantes o circunstancias coadyuvantes al fenómeno personal, por lo tanto, en su tratamiento, serán tratados como indicadores para el éxito o fracaso de las estrategias terapéuticas, en las que incluso la formación médica llega a tener un papel relevante en esas concepciones no solo del padecimiento sino del paciente.

Ambiente, salud mental e historia clínica funcionan como estos indicadores, ya que lo principal se encuentra centrado en la disciplina corporal del individuo al tratamiento, en tanto que familiares se espera asuman el rol de apoyadores a tal disciplina.

Mientras que en el modelo tradicional, se reconoce la dimensión personal de padecimiento, pero en sus procesos de diagnóstico- causal, tratamiento y prospectiva, la dimensión colectiva del padecimiento se encuentra intrínsecamente ligado al proceso de cuidado y atención, y no únicamente como factores coadyuvantes o detonantes, sino como parte integral del padecimiento. Es por esto que independientemente de los tratamientos bioquímicos, a través del consejo, escucha, rezo y otras estrategias, se concibe a padecimientos como la DM como

procesos familiares o comunitarios con implicaciones e impacto personal. Más aún, cuando el modelo tradicional se convierte en alternativa al biomédico, el hecho de que este último no maneje una prospectiva de cura ante la DM, se permite el detonante de la dimensión imaginaria del padecimiento, en el que el modelo tradicional de la atención a la salud lleva ventaja, al equiparar el impacto personal biológico, con el complejo sociocultural que implica cualquier padecimiento.

B) Eficiencia VS eficacia: derivado de lo anterior, bajo una lógica de resultados sobre los tratamientos y estrategias terapéuticas implementadas, puede observarse desde la lógica biomédica en términos de eficiencia, en la que a través de un procedimiento estandarizado se evalúa cada cierto tiempo el impacto de las terapias establecidas para determinar un buen o mal control sobre la DM, bajo el entendido de que, controlando los signos y síntomas, se pueden establecer bonos de bienestar directa o indirectamente de los involucrados. “la falta de comprensión y comunicación caracteriza generalmente la relación médico-paciente porque durante la interacción médica cada uno construye diferentes “realidades clínicas”, basadas en su particular percepción cultural o modelo explicativo de la salud y la enfermedad.” (Lazarus, 1987:37)

En tanto que, desde la perspectiva tradicional, puede argumentarse una convicción más cercana hacia la eficiencia de las terapias, es decir, más que cumplir debidamente con procedimientos estandarizados, estos son más flexibles y orientados hacia un sentido de bienestar que está más allá de la persona o el padecimiento en sí, ya que se concibe a este como un conglomerado sociocultural que involucra a diferentes actores y factores que deben atenderse al mismo tiempo, por lo que la evaluación de los tratamientos y terapias son más subjetivas.

El autocuidado resuena con ideas culturales profundamente arraigadas de lucha y autogestión frente a la adversidad social. Gracias a un acto de “equivocación” no planificado y espontáneo, las exhortaciones de los médicos a cuidarse (cuidarse a sí mismas) tenían perfecto sentido [...] que sentían que su propia existencia (no sólo su salud) dependía de su capacidad de autocuidado. (Montesi, 2019:3)

C) Lo subjetivo y la racionalidad: Las características subjetivas de la DM, invita a pensar la forma en que estas son abordadas por ambas lógicas, en donde la biomedicina por su propia formación pedagógica científicista del cuerpo, la enfermedad y el individuo, supone que los elementos culturales, oníricos y

emocionales, al no poder ser objetivados en signos físicos propios del padecimiento en cuestión, se deja su valoración subjetiva en la interpretación médico – paciente.

“Se considera que la naturaleza de la práctica médica está determinada en gran medida por la relación del profesional con sus colegas y sus instituciones y por la relación de la profesión con el Estado. Pero la práctica no puede existir sin los clientes, y los clientes a menudo tienen ideas sobre lo que quieren que difieren marcadamente de las que supuestamente tienen los profesionales que consultan.” (Freidson, 1960: 374)

Mientras que en la lógica tradicional; lo emocional, imaginario y político inherentes al vivir con el padecimiento, tienen una explicación racional per se, es decir, lo que se ve y se siente no se encuentran desasociados, por lo tanto, signos y síntomas tienen el mismo tratamiento; el rezo, por ejemplo, es funcional tanto para la angustia como para la híper o hipoglucemia. Son razonamientos no desasociados en todo el proceso de atención y cuidado del padecimiento.

pese a que hay quienes adoptan visiones biomédicas y actúan en conformidad, ello no impide reinterpretarlas desde miradas socioculturales y experienciales que aportan profundos y novedosos significados tanto al vínculo entre alimentación y diabetes, como a la diabetes en general, que también puede ser circunscrita a un marco de referencia más amplio que posibilita dilucidarla a partir de ideas relativas a la retribución divina, a brujería, a concepciones espirituales, y a su conexión con tensiones sociales que la alinean junto a otras expresiones de enfermedad e infortunio. Mas no hablamos de creencias estáticas, sino que son continuamente enriquecidas por el vínculo entre las experiencias sociales y lo que el cuerpo informa sobre el padecer. (Eroza & Muñoz 2020: 274)

De esta forma, mientras que el tratamiento tradicional tiene un énfasis en lo cualitativo, el biomédico en lo cuantitativo, sin que uno sea mejor que otro, al final, el “paciente” es quien lo determina, en relación con sus propias lógicas, posicionamientos políticos y ejercicios corporales autónomos.

Tecnologías del yo

Planteadas como ejercicios corporales autónomos, estos se encuentran basados en una génesis antitética de Foucault (1990), en un ejercicio filosófico e histórico, siguiendo su influencia Nietzscheana sobre la genealogía, en la que se plantea la política como “la posibilidad de que ciertas prácticas operen sobre los sujetos y sobre lo real; en esa línea se inscriben las prácticas de sí como prácticas transformadoras. En realidad, el pensamiento es una opción política porque, para el pensador francés, no hay pensamiento que no sea político” (Colombani, 2023: 123), en la conformación de una “cultura de sí” entendido como

Abordar las formas de saber, las formas de poder y las formas de subjetividad, en el marco de lo que conforma una intensificación de la atención que los sujetos se han prestado a sí mismos, como modo de poner en acto un ideal de hombre que roza la excelencia antropológica y la problemática de la autoridad, ya que la *arete* es, en última instancia, un ejercicio de la *arkhe*, del poder sobre sí. Si, en efecto, el cuidado de sí intensifica el trabajo del sujeto sobre sí mismo y esto conlleva una puesta a punto del andamiaje racional, sin duda, se verificará en un cosmos social más armónico. Las artes de la existencia procuran, precisamente, la soberanía de la razón por encima de los apetitos irracionales que pueden ensombrecer la conducta de los individuos. De allí la dimensión social del dispositivo. (Colombani, 2023: 118)

Por lo que en esta parte final, habría que cuestionar la autoridad y la subordinación, en donde la primera

[...] Es verdad que la autoridad es en primer lugar un atributo de personas. Pero la autoridad de las personas no tiene su fundamento último en un acto de sumisión y de abdicación de la razón, sino en un acto de reconocimiento y de conocimiento: se reconoce que el otro está por encima de uno en juicio y perspectiva y que en consecuencia su juicio es preferente o tiene primacía respecto al propio, (Gadamer, 1984:347).

Mientras que en términos Foucaultianos la subordinación de la que son presa los sujetos se refiere a las lógicas hegemónicas de un poder disciplinario corporal, y con base en una relación de dominación, discurso e ilusión de libertad (1990). Entendiendo esto, se puede comprender de mejor manera los ejercicios corporales autónomos documentados, no como una reacción, rabieta o irracionalidad frente a la DM, basados en ignorancia, decidía o irresponsabilidad, sino como auténticos posicionamientos y racionamientos políticamente fundamentados a partir de un complejo análisis, meditación y comprensión de todo lo que los cuerpos individual y social implican.

En síntesis, el proyecto de “La tecnología del yo” pretende adentrarnos en: a) los modos de producción y utilización del yo, debido a que los seres humanos producimos y hacemos cosas; b) en las tecnologías de los signos, las cuales manipulan sentidos, significados, símbolos y conceptos; c) en las tecnologías del poder, que determinan la conducta y someten a la dominación por la fuerza, la autoridad o por la punición; d) en las tecnologías, las cuales permiten al sujeto interactuar con las operaciones del cuerpo, el alma, su pensamiento, felicidad, inteligencia y su sabiduría, entre otros aspectos de las relaciones humanas. (Navarro & Mejía, 2017: 152)

De esta manera, se re conceptualiza una serie de posicionamientos documentados a lo largo de este texto a manera de pequeños manifiestos ante a la DM, no en aras de una confrontación con modelos medicalizados, sino buscando “el cuidado de sí” a partir de las herramientas y técnicas corporales disponibles.

- Brujería: Las energías existen, se crea en ellas o no, se manifiestan en la envidia de la gente; y sin antecedentes claros de DM y obesidad, cualquier opción para seguir funcionando en las prioridades de la vida, es factible y plausible.
- Experimentación: Las manifestaciones físicas y mentales están más allá de la comprensión médica, las urgencias diarias por sentirse bien o al menos normal,

buscar opciones de tratamiento complementario es válido y necesario; al final, la biomedicina también es un experimento estandarizado, y además, un negocio.

- No es gripa: Al ser crónica, significa que la DM es un padecimiento que ahí está y no sé irá, por lo tanto, forma parte de la vida cotidiana, creas en el padecimiento o no. La gente debe entender que bien o mal controlada, la DM es un peso que se carga día con día, en donde la comprensión debe surgir de la empatía, no de lástima o de autoridad médica.
- Disciplina y manejo corporal: Ya que cada cuerpo es un mundo, estar con la DM todos los días, obliga a quien lo vive e incluso a quien lo cuida, a organizar su propio manejo, lo cual incluye no solo lo bueno, sino lo malo y lo feo, y de acuerdo a gustos y realidades, lo bueno puede ser la dieta, lo malo usar insulina y lo feo seguir las recomendaciones médicas.
- Rata de laboratorio: Aun sin cura y siendo un padecimiento lucrativo para la industria farmacológica, o para los científicos, cualquier innovación o protocolo terapéutico prometedor, bien vale la pena arriesgarse, más aún cuando se viven procesos de descontrol, nada peor que no tener control de tu propio cuerpo.
- Personalización de la DM: Reconociendo si conceder de parte de los médicos, las cuestiones emocionales y mentales que acompañan a la DM, se requiere un proceso personal y familiar de particularizar el padecimiento, alejarse de los estándares y las medias epidemiológicas y clínicas, y realizar una autorrealización del padecimiento, apropiárselo, odiarlo, amarlo o al menos, aceptarlo.

8.3.-Conclusión, recomendaciones e implicaciones

Finalmente, en esta travesía analítica sobre los tres cuerpos, se puede concluir que:

- ✓ El diagnóstico es un punto de quiebre o disruptor de la normalidad bio-cultural.
- ✓ La DM como replanteamiento de la vida cotidiana, contiene una serie de percepciones, imaginarios y estrategias dirigidas a repensar la muerte como un proceso de atención a la vida, el padecimiento y sus potenciales consecuencias.
- ✓ Los imponderables que establece la DM, son asumidos y respondidos por al menos dos actores primordiales en el proceso de cuidado; quien vive con el padecimiento, y quien convive con el mismo, como familiares o cuidadores, lo cual ayuda a sobrellevar y detectar sutiles manifestaciones de la DM, sean estas físicas, mentales o emocionales, y están ahí para quien vive, en el cuidado, como apoyo, cómplice o

incluso como juez, en la cotidianeidad con el padecimiento, en las buenas y en las malas, en el control y el descontrol, en lo correcto o lo incorrecto que implique la DM.

- ✓ Los actores involucrados en el cuidado de la DM, encarnan un padecimiento social (familiar), cotidiano (crónico) y potencialmente maligno (degenerativo).
- ✓ El pasado y el presente conforman una amalgama de referentes y conocimientos orientados hacia un sentido de control y bienestar con la DM; la experiencia se convierte en una herramienta sociocultural básica para la organización tiempo – espacial de significados, valores e imaginarios funcionales para la sobrevivencia con y desde el padecimiento.
- ✓ La normalidad diabética busca el equilibrio biológico y social con la vida cotidiana, en cuya fase liminal, entre lo sano y lo enfermo, se encuentra el ámbito de la posibilidad, incertidumbre, hipótesis, fantasía, presunción y deseo.
- ✓ La DM como padecimiento crónico – degenerativo permite generar experiencias del padecer muy particulares, con la capacidad de explicar y fundamentar diferentes estrategias y posicionamientos políticos respecto a la vida y la muerte de forma dinámica o cambiante. En este sentido, la experiencia termina siendo un tratamiento efectivo para el cuidado de la DM.
- ✓ La DM simboliza una relación dialéctica entre control/descontrol; buena vida/anomia; resistencia/obediencia; salvación/maldición en la vida cotidiana, los estados y cuidado de la salud, que afectan de igual forma, pero en diferente sentido, tanto quien vive como a quien convive con este padecimiento.
- ✓ Al ser los Imaginarios Sociales (IS) impuestos en la colectividad como una especie de subconsciente, las imágenes sobre la DM se convierten en herramientas percepto – sensorial – cognitivas para crear sentido en torno al padecimiento, y a través del ensueño, la fantasía y la ficción, al expresar la fundamental sentencia del “querer vivir”.
- ✓ Crónico implica la necesidad de una búsqueda constante de una nueva normalidad, que naturalice el padecimiento en los cuerpos (individual, social, político), retrasando el proceso degenerativo lo más que se pueda.
- ✓ Por su carácter silencioso, la DM requiere de una escucha corporal atenta, además de un fuerte sentido de bienestar, no para olvidar el padecimiento, sino para evitar

catástrofes sanitarias, mentales o morales, en donde la muerte adquiere un símbolo de centinela existencial, y en casos extremos como una cura post diabetes.

- ✓ La cura para la DM se encuentra en los ámbitos prospectivos e imaginativos del proceso de cuidado, independientemente del sistema medicalizado al que se recurra para su tratamiento o control, la tecnología aplicada a estas prospectivas, al estar destinada a un cuidado de sí, tendrán una lógica plausible para quien las ejerza, viva o conviva con el padecimiento.
- ✓ Una complicación grave a raíz de los procesos de descontrol de la DM, reconfiguraría los tres cuerpos entendiéndolo como un punto de quiebre, pero en este caso, dicho punto se manifestó a través del diagnóstico, en personas con un periodo relativamente corto con el padecimiento y sin complicaciones graves que atender, por lo que, en esta etapa de la vida de las personas, la primera gran complicación de la DM, es el diagnóstico y todo lo que implica, y que se ha documentado aquí.

Ahora bien; antes de concluir, quisiera realizar una pequeña argumentación en términos de la DM, tratando de involucrarme ahora más que como investigador, como persona que vive con este padecimiento, con intereses personales con respecto al tema, colocándome como persona de interés respecto a la DM, y como actor – investigador con una particular relación con los demás participantes en este estudio.

En ese sentido, comparto de manera general la apreciación de que, la DM es un padecimiento que “está ahí”, en el cuerpo, en su carne, músculos, órganos, dando señales o manifestaciones físicas cuando nos descuidamos; en la mente, cuando analizando los posibles escenarios tanto positivos como negativos, pueden llenarnos de esperanza, frustración o negación, a veces como mecanismos propios de defensa, ya que hacer y no hacer son posicionamientos políticos.

En lo social, cuando discutimos con la familia sobre los antojos, los medicamentos, el qué dirán, sobre las culpas o remordimientos, pero también con el gusto de poder compartir lo prohibido con los nuestros, de no sentirnos solos socialmente, ya que, sin ser insensibles, que la DM sea una epidemia en la que todos conocemos al menos a alguien con DM, da la sensación, no de tranquilidad, pero si de un cierto alivio en saber que somos millones, y dejamos de ser una anomia rara, bizarra y producto de una disfuncionalidad en el sistema por no seguir, proponernos o esforzarnos por llevar a cabo los ideales imaginarios de “una

vida sana”, que por ignorancia o desidia no leímos la letra chiquita de la coca o la sabritas que dice “aliméntate sanamente, come frutas y verduras”.

Ahora bien, en lo que podría discutir o debatir con mis pares respecto a su percepción, vivencias e imaginarios respecto al DM y la salud, es en torno a lo que aquí se denomina el “olvido”, ya que estamos de acuerdo en que nadie de los aquí aludidos, vivan o no la diabetes (en alusión a los familiares), aspiran a sufrir las consecuencias de un descontrol caótico de la DM, llegando incluso a la muerte, y terminar siendo una carga y sufrimiento extremo para quien nos ama o se preocupa por nosotros. Siento que, tal vez por la misma etapa de la DM en la que nos encontramos, dicho “olvido” se manifiesta en nuestro actuar y posicionamiento respecto a este padecimiento, que va desde una negación, hasta una aceptación demasiado rígida con los cuerpos (individual, social, político). De esta manera, un olvido por negación lleva a pensar y actuar buscando una cura o escape antes de haber aceptado el padecimiento, recordando los posicionamientos de Sol, por ejemplo. Y un olvido, por una rígida aceptación, lleva al extremo de no querer tener hijos, por ejemplo, pensando en Tierra. Así que, considero que entre estos dos extremos hay matices que deberíamos discutir entre pares, tratando de fundamentar una especie de diabetología basada en nuestras experiencias, percepciones y posicionamientos, incluyendo también, a nuestros familiares, cuidadores y personas cercanas, ya que debiéndola y temiéndola, también padecen la DM, y no solo discutiendo en que hicimos bien o mal, o calificando nuestros comportamientos solo en términos clínicos, pasándonos recetas o exorcizando culpas.

Todo esto bajo el argumento de que, como dice Mercurio, no estamos ante una “gripa”, aunque con la pandemia, considero que la “gripa” también debería replantearse. Y tocando el punto de la pandemia, considero que en diferentes niveles, este episodio sanitario nos cambió como personas que viven y conviven con la DM, ya que fue una sacudida personal y familiar para quienes padecemos de esta epidemia (la DM), colocándonos en una particular situación de vulnerabilidad (real o imaginada) respecto a un virus nuevo al que tuvimos que adaptarnos, pero, agarrándonos con un sistema inmune sin las mejores condiciones, nos debería hacer reflexionar sobre cómo esta situación de salud puede o no seguir abonando en futuras contingencias, cuando incluso en el momento de escribir estas líneas, aún no se tiene un diagnóstico real o completo sobre las consecuencias pasadas, presentes o futuras de lo que implico esta sacudida ambiental.

Como corolario, solo quisiera dedicar algunas líneas a los familiares que participaron en esta investigación, diciendo que su perspectiva abrió, a mi particular forma de ver este fenómeno, nuevas vetas de investigación respecto a estos temas, fueron el elemento disruptor en la forma en que se ha abordado padecimientos como la DM, colocando lo social en un lugar privilegiado en el abordaje de este tipo de temas, cuestionando perspectivas que argumentan los padecimientos sobre una base individual del padecer, en donde quien realmente importa es el que vive (enfermo, paciente, o como quieran llamarle), cuando desde el diagnóstico (e incluso antes), como aquí se argumentó, el familiar o las redes de apoyo cercanos llegan a tener un impacto incluso peor que quien recibe dicho diagnóstico, por lo que de entrada el aspecto individual (en términos de personas) se ve opacada por su dimensión social a través de este actor poco abordado como alguien que también padece, en este caso, la DM.

Así que a la pregunta de ¿Por qué algunos se cuidan y otros no? Respondería de manera resumida: todos se cuidan; el principio básico, orgánico y primitivo de querer vivir hace imposible la premisa del “no cuidado”, solamente que no alcanzamos a comprender los complejos razonamientos que llevan a una política del cuidado del cuerpo, que se plantea y replantea constantemente, de formas que no necesariamente empatan con las normas o concepciones medicalizadas que tenemos del cuerpo, la salud y la enfermedad.

De esta manera, me atrevó a lanzar algunas recomendaciones que, bajo lo aquí argumentado, tanto como investigador, persona con diabetes y de los interlocutores con los que tuve la fortuna de trabajar, enuncio:

- A las personas con diabetes y pre diabetes: darse el tiempo para escucharse, biológica, mental y socialmente, la DM se manifiesta, pero hay que saber sentirla, y no esperar a que resuene como consecuencias de un descontrol; establecer un mecanismo de autoaprendizaje personal y familiar adaptado a las condiciones y situaciones particulares, para poder dialogar o hasta discutir con médicos, cuidadores o sanadores y develar la mejor información que pueda apoyar a estos actores, para recibir la orientación y ayuda que mejor nos funcione.
- A las autoridades médicas, sanitarias y de salud: Política de cuidado del cuerpo, en este caso, y para este padecimiento, se refiere a una serie de estrategias y posicionamientos respecto a la DM, pero también hacia el cuerpo, la salud y la

existencia misma (vida y muerte), en los que invariablemente se encuentran imbricados las dimensiones individuales y sociales del padecer y el padecimiento. Y en este sentido, considero de importancia que los sistemas medicalizados incorporen de acuerdo a sus posibilidades, herramientas y concepciones sobre la salud dichas dimensiones. Un ejemplo práctico de esta incorporación puede darse en los procesos de diagnóstico, en los que junto con el médico, se incorpore a los servicios de salud mental y trabajo social, para tomar en cuenta el impacto psicosocial, económico y cultural que dicho evento puede tener en los implicados, tomando en cuenta por supuesto, no solo a quien vivirá con el padecimiento, sino al impacto de este en los círculos y redes de apoyo inmediato de quien recibirá dicho diagnóstico, es decir los familiares, y por ende dar un seguimiento integral del padecimiento, y no solo clínico.

Estos son algunos argumentos finales para demostrar cómo en cada uno de ellos, se encuentran traslapados los tres cuerpos aquí abordados, por lo que esta “fragmentación” teórica de cuerpo, demuestra su utilidad para ubicar los ámbitos en los que se mueve el cuerpo de manera dinámica y dialógica, mientras que metodológicamente, funciona como un primer paso para profundizar en cada uno de sus aspectos a través, como se hizo acá, de conceptos más acotados.

Finalmente, existen algunos puntos a nivel metodológico que quisiera puntualizar sobre implicaciones personales, éticas, morales y de análisis que impactaron de alguna u otra manera la forma y el fondo de los argumentos aquí planteados, al jugar un papel dual en esta investigación:

- En el caso de Urano, al ser la única persona con la que no se tenía una relación previa de ningún tipo, el proceso de sistematización resultó ser manejable en términos de la despersonalización y el aislamiento de la información, aun teniendo el mismo padecimiento. Caso contrario de Tierra, con el que, teniendo una amistad de más de 15 años, siendo la primera que conversamos sobre su recién diagnosticada DM, el proceso, sobre todo de análisis, fue muy complicado e incluso incómodo al sentir estar “traicionando” dicha amistad, al estar aprovechando su confianza e intimidad en un tema aún muy sensible para él, si al menos hubiera habido pláticas previas, en el ámbito único de la amistad, al trasladar su experiencia con la DM al plano académico, tal vez hubiera sido menos complicado.

De entre estos extremos se encuentra una variedad de complicaciones analíticas con los interlocutores, cuya relación era variopinta, y colocando un punto medio, está Mercurio, a quien conocí, cuando mi propia DM apenas tenía tres años de haber sido diagnosticada, pero en el caso de ella pasaba por un proceso doloroso de descontrol en esa época, y ambos, decidimos por ocultar nuestra DM, lo cual, al momento de analizar, hizo surgir una serie de elementos respecto al estigma, que no profundizamos a nivel íntimo, tal vez por vergüenza, pena o tal vez falta de confianza.

- Pensar en tres diabetes; la mía, la del interlocutor y la de su familiar, lleva a un complejo proceso interno de disertación sobre lo que vale o no respecto a los objetivos planteados, es decir, sin mi diabetes, colocar o priorizar la información hubiera sido más fácil, que al interpelarme conmigo mismo, dicha priorización se dificulta cuando mi propia experiencia, posición e interpretación sobre el padecimiento se interpone con los marcos analíticos establecidos como investigador.
- Tal afinidad bio cultural con los interlocutores que viven con DM, implicó también una dificultad para analizar la perspectiva de los familiares, teniendo incluso, que tener conversaciones con mi propia esposa respecto a mi caso, para poder entender mejor su posición respecto a este padecimiento, y que al momento de redactar, aparecieran pensamientos o sentimientos tanto positivos como negativos respecto a sus posicionamientos respecto a la DM.
- Todas las dificultades, contradicciones y hasta emociones involucradas al momento de la sistematización y análisis, terminan por ayudar a complejizar el discurso a tal grado, que cuestiones como el marco teórico manejado en esta investigación, no sean una limitante para llevar a cabo los objetivos; y aunque tal nivel de complejización sea imposible de plasmar en un documento académico, en el proceso de racionalización, acotamiento y delimitación, este diálogo tripartita entre los tres actores aquí involucrados, permitió articular un texto al menos coherente, sincero, articulado aunque un poco desordenado por el traslape de dimensiones analíticas y argumentativas.

Se podría pensar que dichas ventajas y desventajas a este respecto se debe a que como investigador se vive de manera directa y encarnada con el fenómeno en cuestión, pero

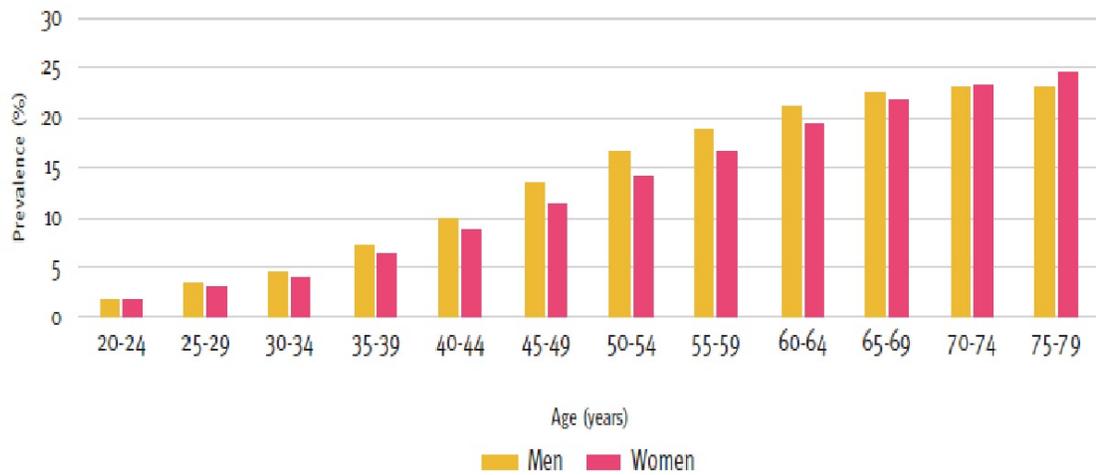
lo que en realidad se develó con este ejercicio es, lo que todo investigador lleva a cabo, solo que no se permite expresarlo en términos académicos con la redacción de sus textos, sea en aras de la objetividad o porque sencillamente no nos damos cuenta de ello. Yo mismo he caído en esta posición, por ejemplo; aunque realice un ejercicio interno en la tesis de maestría, tratando de recordarme como yo mismo ejercí, sufrí o legitimé como observador el acoso escolar (ese era el tema de investigación), dicho ejercicio retrospectivo autoentográfico no lo apliqué al momento del análisis de la información, que en cuyo caso, hubiera podido contribuir a un contraste generacional sobre el pasado y presente del fenómeno que estaba estudiando.

Pero peor aún, en el caso de la licenciatura, haciendo una tesis sobre la cultura gótica y metalera, ni siquiera me pasó por la mente verme a mí mismo, precisamente como metalero, limitándome solamente como una fuente de información respecto a la historia del metal como género musical, y habiendo tenido dificultad para encontrar y entrevistar a los metaleros de la época, bien pude haber practicado una autoetnografía en toda la extensión de la palabra, y la riqueza y aporte de esa investigación, hubiera sido cualitativamente diferente.

Lo que quiero decir con todo esto, es que, como investigadores deberíamos no solo reconocer nuestra influencia sobre el tema que investigamos, sino perder el miedo a manifestar y escribir sobre dicho fenómeno cómo parte del análisis e interpretación de este, y no es necesario tener una experiencia clara o vivida sobre lo que se escribe. Hay que recordar que existen diferentes niveles cognitivo – sensorial de experimentar los fenómenos, entiéndase: opinión – percepción – representación – imaginario. Por supuesto existirán otras formas o conceptos a este respecto, pero se utilizan estos por la línea teórica utilizada en esta investigación, pero lo que deja de manifiesto, es que se puede interpelar a la persona enmascarada de investigador sin comprometer los objetivos, marco teórico y metodología marcada, y al contrario puede, la persona – investigador, enriquecer su propio análisis del tema involucrando su propia visión al respecto.

Anexos

Anexo 1. PREVALENCIA DE DIABETES POR HOMBRES Y MUJERES (ENTRE 20 Y 79 AÑOS)



i Prevalence is standardised to each national population

Fuente y elaboración: IFT Diabetes Atlas, 2021.

Anexo 2. PREVALENCIA DE DIABETES EN ADULTOS ENTRE 20 Y 79 AÑOS POR REGIÓN

Rank	IDF Region	2021			2045		
		Number of people with diabetes (millions)	Diabetes prevalence ⁱ (%)	Comparative diabetes prevalence ⁱⁱ (%)	Number of people with diabetes (millions)	Diabetes prevalence ⁱ (%)	Comparative diabetes prevalence ⁱⁱ (%)
	World	536.6	10.5	9.8	783.2	12.2	11.2
1	MENA	72.7	16.2	18.1	135.7	19.3	20.4
2	NAC	50.5	14.0	11.9	62.8	15.2	14.2
3	SEA	90.2	8.7	10.0	151.5	11.3	11.3
4	WP	205.6	11.9	9.9	260.2	14.4	11.5
5	SACA	32.5	9.5	8.2	48.9	11.9	9.8
6	EUR	61.4	9.2	7.0	69.2	10.4	8.7
7	AFR	23.6	4.5	5.3	54.9	5.2	5.6

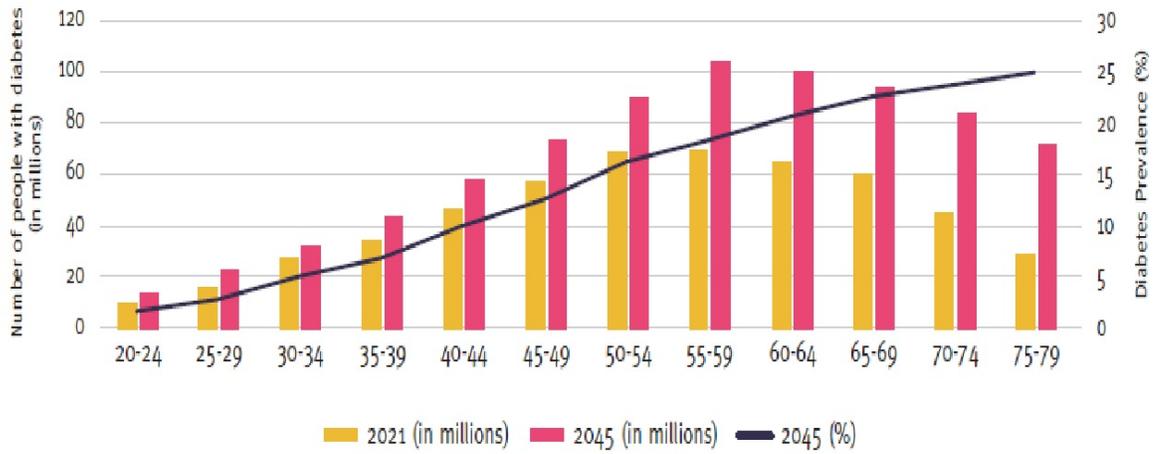
IDF: International Diabetes Federation; AFR: Africa; EUR: Europe; MENA: Middle East and North Africa; NAC: North America and Caribbean; SACA: South and Central America; SEA: South-East Asia; WP: Western Pacific

i Prevalence is standardised to each national population for the respective year

ii Prevalence is standardised to world population for the respective year

Fuente y elaboración: IFT Diabetes Atlas, 2021.

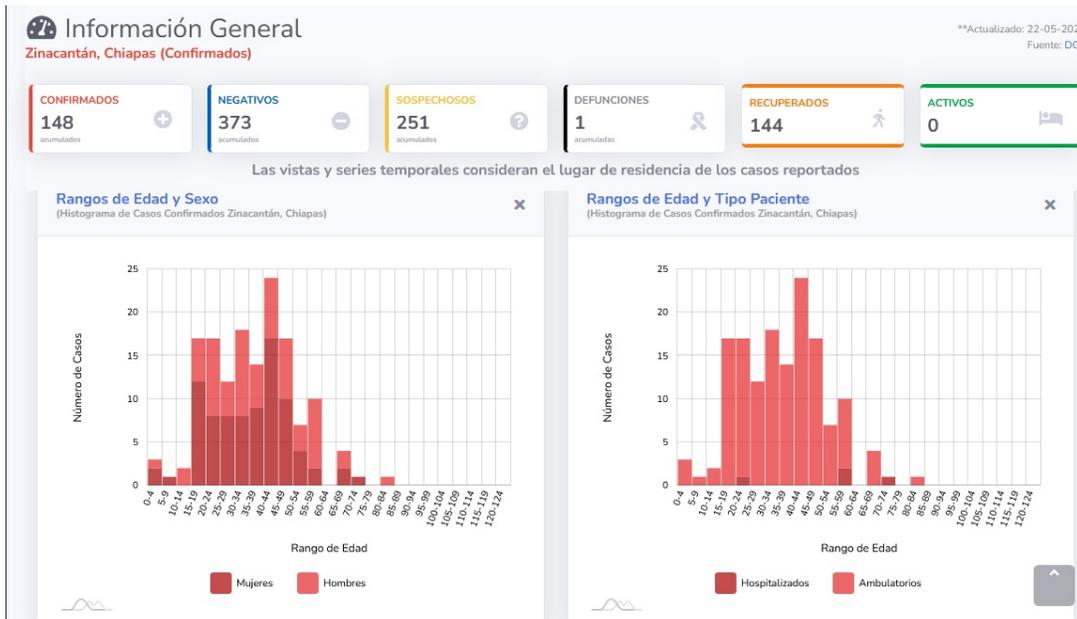
Anexo 3. NÚMERO DE PERSONAS CON DIABETES POR GRUPOS DE EDAD Y SU ESTIMADO AL 2045 (LÍNEA NEGRA)



i Prevalence is standardised to each national population

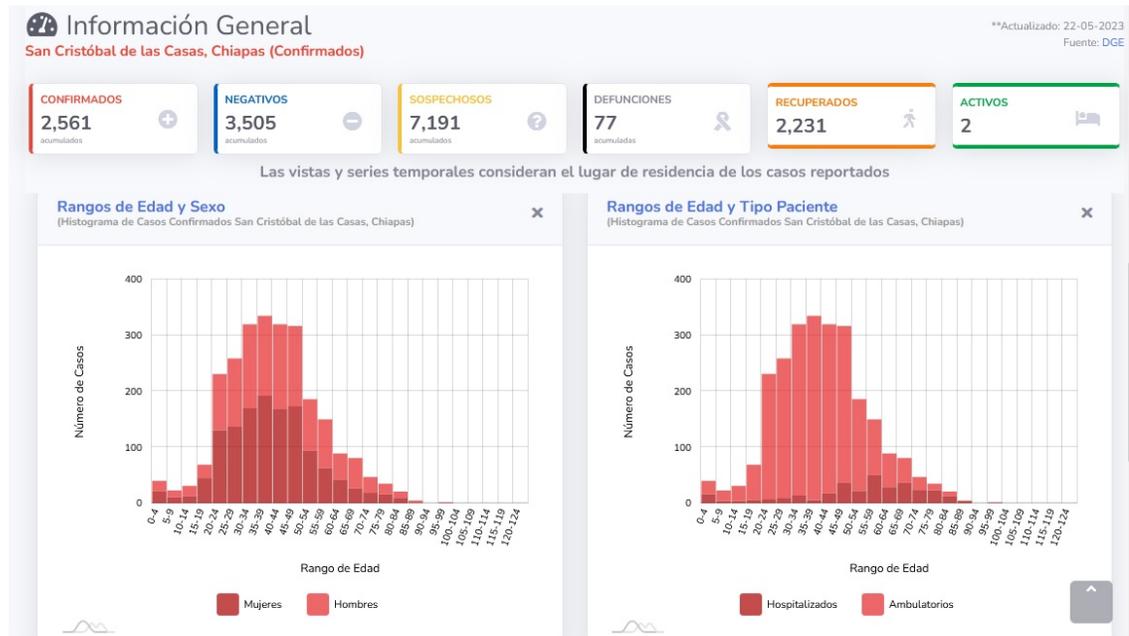
Fuente y elaboración: IFT Diabetes Atlas, 2021.

Anexo4. COVID 19 POR SEXO Y TIPO DE PACIENTE EN GRUPOS DE EDAD, ZINACANTÁN.



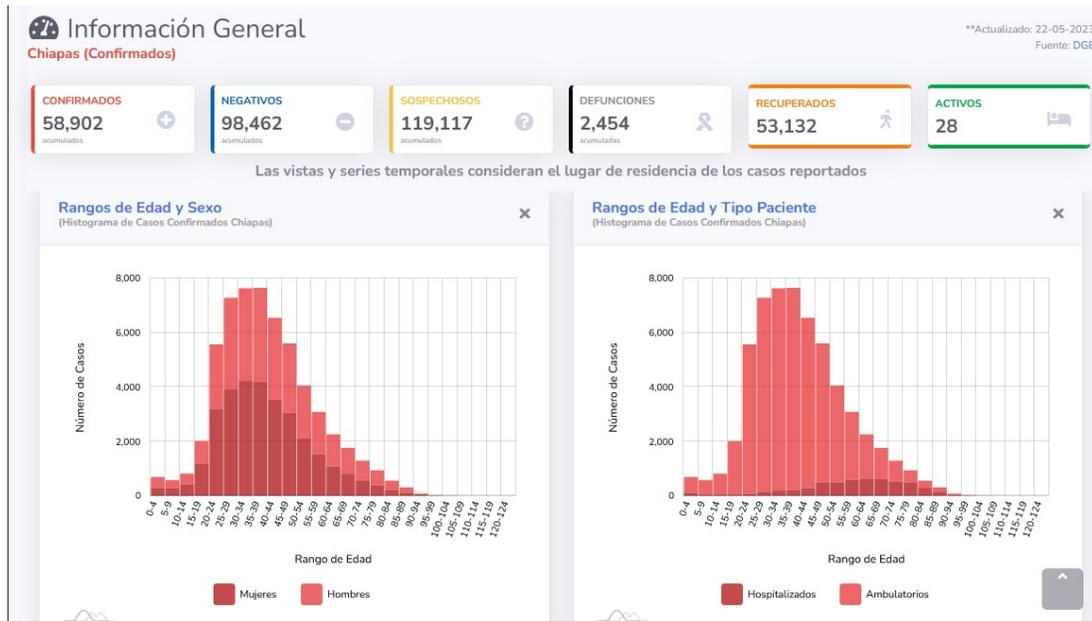
Fuente y elaboración: Dirección General de Epidemiología, 2023.

Anexo5. COVID 19 POR SEXO Y TIPO DE PACIENTE EN GRUPOS DE EDAD, SAN CRISTÓBAL.



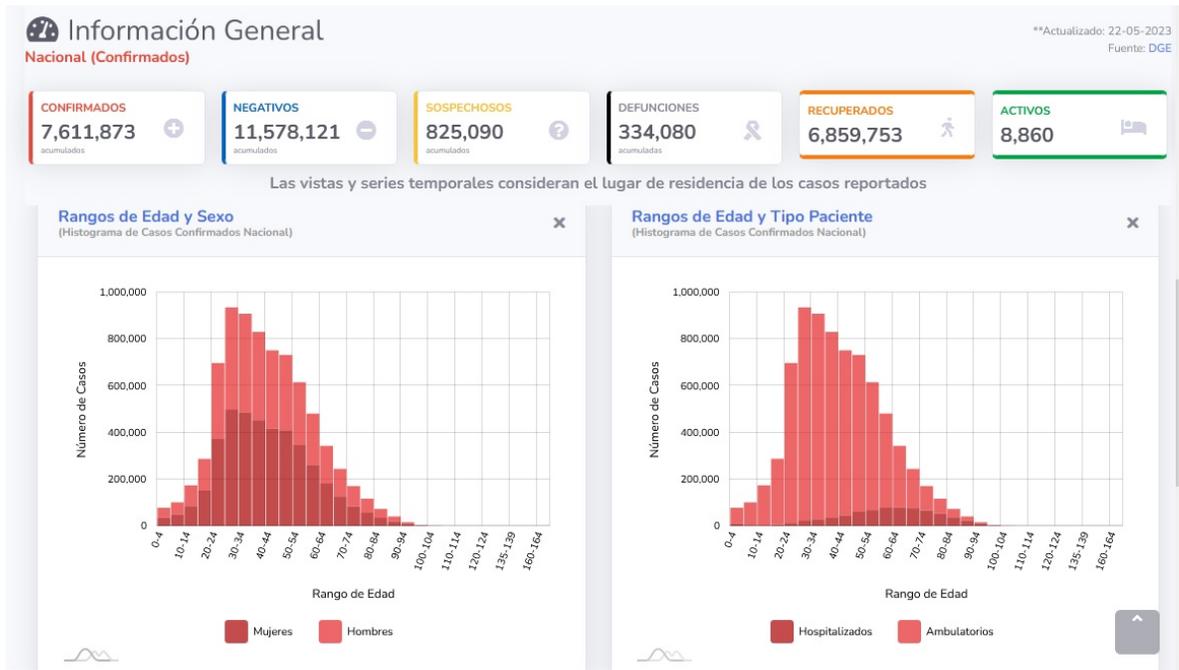
Fuente y elaboración: Dirección General de Epidemiología, 2023.

Anexo6. COVID 19 POR SEXO Y TIPO DE PACIENTE EN GRUPOS DE EDAD, CHIAPAS.



Fuente y elaboración: Dirección General de Epidemiología, 2023.

Anexo7. COVID 19 POR SEXO Y TIPO DE PACIENTE EN GRUPOS DE EDAD, MÉXICO.



Fuente y elaboración: Dirección General de Epidemiología, 2023.

Anexo 8. BOLETÍN UNAM

Boletín UNAM-DGCS-966

Ciudad Universitaria.

12:00 hrs. 13 de noviembre de 2021

En 2020, este padecimiento fue la tercera causa de decesos en México (sólo después de las enfermedades del corazón y de la COVID-19); el número de muertes fue más alto que en años anteriores.

Según datos del INEGI (julio de 2021), los tres principales motivos de muerte a nivel nacional el año pasado fueron: por enfermedades del corazón, 218 mil 885 (20.2 por ciento); por la COVID-19, 201 mil 163 (18.5 por ciento); y por diabetes mellitus (DM), 151 mil 214 (13.9 por ciento).

En nuestro país, esta última tiene una prevalencia de casos conocidos de 10.3 por ciento de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018; hoy, probablemente se encuentre cercano o superior al 15 por ciento, explica el académico de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM, Francisco Javier Gómez Pérez.

También se identificó un consumo de alimentos ricos en calorías, con abundantes cantidades de azúcares (que contienen altas dosis de jarabe de maíz o de sacarosa, como dulces, pasteles, mermeladas, chocolates, barritas, cereales, cajeta, jugos industrializados, pan de caja e incluso salsa de tomate), el cual ocurre desde temprana edad hasta en 85 por ciento de los individuos.

El experto menciona que además de los problemas de alimentación, otros factores del aumento en el número de casos son la predisposición genética, y el sedentarismo, según también se demostró en la encuesta; asimismo, tabaquismo -desde la adolescencia- que condiciona, entre otros problemas, resistencia a la insulina.

El consumo frecuente y abundante de alimentos con un contenido calórico alto y la inclusión de bebidas azucaradas, alimentos ricos en grasas saturadas y sustancias alcohólicas, elevan la prevalencia de obesidad. En el sondeo, la suma del sobrepeso y la obesidad fue de 76 por ciento, añade el especialista.

Hay que mencionar, agrega, que el síndrome metabólico -que incluye peso alto, obesidad central, aumento de triglicéridos, hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa-, se ha observado en encuestas anteriores hasta en 50 por ciento de la población.

Otro aspecto relevante es que el desarrollo de complicaciones es mayor en pacientes que inician estos problemas metabólicos desde temprana edad, lo cual tiene que ver, en parte, con una atención muchas veces defectuosa por parte de médicos con un adiestramiento insuficiente, o, lo que es peor, la falta de acceso a los sistemas de salud, refirió.

La Federación Internacional de Diabetes (FID) estimó para 2019 la prevalencia del padecimiento a nivel mundial en 9.3 por ciento; es decir, 463 millones de adultos, y se calcula que aumente a 700 millones para 2045, con una frecuencia de 10.9 por ciento.

La proporción es mayor en la población urbana (10.9 por ciento) que en la rural (7.2 por ciento) y se conoce que a escala global una de cada dos personas no sabe que la padece. La mortalidad reportada en el mundo en 2019 fue de 4.2 millones de personas y el gasto estimado de 760.3 mil millones de dólares, el cual aumentará a 845 mil millones de dólares para 2045.

Recordó que en 1993 la prevalencia en México fue de 6.7 por ciento; en 2006 se incrementó a más del doble, es decir, 7.3 millones de personas, lo que representó 14.4 por ciento de la población.

En 2019, la FID reportó 12.8 millones de diabéticos en nuestro país y estimó que para el 2045 la cifra alcanzará a 22.9 millones, ocupando en ambos años el sexto lugar a nivel mundial, después de China, India, Estados Unidos, Pakistán y Brasil, como lo informó en su momento el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD), del Sistema de Centros Públicos de Investigación Conacyt, recordó el investigador universitario.

El Día Mundial de la Diabetes, que se conmemora el 14 de noviembre, se estableció en 1991 por la [Organización Mundial de la Salud](#) y la Federación Internacional de la Diabetes en respuesta a su creciente amenaza para la salud.

Incremento significativo

El universitario asegura que los productos industrializados saben bien, son baratos y ricos en calorías. La curva ascendente de su consumo coincide con la del aumento de la

prevalencia de la enfermedad; “eso no quiere decir que no se puedan consumir, pero debe hacerse en una proporción mucho menor”.

El también investigador en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán recuerda que la diabetes consiste en una serie de padecimientos que se caracterizan por la deficiencia de insulina o de su acción (lo cual eleva los niveles de azúcar en la sangre). Se acompañan de complicaciones crónicas macro y microvasculares, como aterosclerosis que lleva a la obstrucción vascular y daño a los tejidos incluyendo infartos del miocardio, trombosis cerebrales o compromiso de la circulación de los miembros inferiores. La afección microvascular es la responsable de la retinopatía, nefropatía y neuropatía, es decir, daños en retina, riñón o nervios.

La mayoría de los casos de DM pertenece al tipo 2, asociada con resistencia a la insulina, y la minoría, al tipo 1 (cuando el páncreas no produce insulina), y otros, agrega Gómez Pérez.

El universitario refiere que la DM tipo 2 tiene generalmente un componente genético, pero también hay factores ambientales que inciden de manera importante en su manifestación. “La prevalencia comenzó a crecer de manera brutal a partir de 1970 y hasta nuestra época. Eso coincide con el hecho de que en áreas rurales se incrementó el consumo de alimentos industrializados y aumentó la migración desde pequeñas poblaciones a las grandes ciudades”, recuerda.

A eso se suma la falta de actividad física, la mecanización de los trabajos, las horas que pasa la persona sentada frente a computadoras y teléfonos “inteligentes”; escasez de espacio en las escuelas para hacer ejercicio, además del estrés. “Antes, en niños y adolescentes la mayor frecuencia de diabetes correspondía a la tipo 1; ahora va en aumento la 2, en pequeños con obesidad”.

Mejores tratamientos

En contraste, en los últimos años se han registrado grandes adelantos para el control de los diabéticos, por ejemplo, contar con diferentes tipos de insulina, de acción rápida, más tardía o duradera, que permiten obtener niveles más cercanos a los fisiológicos de la hormona. Otro avance es el desarrollo de mejores sistemas de monitoreo continuo de la glucosa que permite saber, entre otros aspectos, en qué proporción el paciente presenta hipoglucemia (o

disminución de la cantidad normal de glucosa en la sangre), o bien, un control aceptable y a qué hora del día debe modificarse la dosis de insulina. Desgraciadamente estos medicamentos y sistemas son costosos y están al alcance de pocos pacientes.

Francisco Javier Gómez recomienda que quienes tienen factores de riesgo, es decir, obesidad, preeclampsia durante el embarazo, antecedentes familiares del padecimiento o manifestaciones de resistencia a la insulina –como acantosis *nigricans*, o sea zonas de la piel oscuras y engrosadas–, se realicen estudios cada seis meses para medir glucosa y, de ser posible, hemoglobina glucosilada (un examen que mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses).

Si la persona presenta prediabetes, destaca, es posible evitar la enfermedad al seguir recomendaciones como reducción de peso, disminución de alimentos inadecuados e incremento de ejercicio. El sueño también es importante, ya que estudios señalan que una persona que duerme menos de seis o más de 10 horas desarrolla con más frecuencia obesidad y tiene mayor riesgo de presentarla.

Además se deben recordar algunos síntomas como aumento de sed y de la orina, pérdida de peso, hongos en genitales, cambios en la velocidad de cicatrización de las heridas o alguna complicación obstétrica. Una dieta adecuada baja en azúcares simples, carbohidratos y grasas saturadas; así como disminuir la carne de res.

Anexo 9. UN DÍA EN LA VIDA DE...

“Habiendo pactado con Mercurio un día viernes, atendiendo a su recomendación en la que podríamos acompañarla a cita médica, pareció una buena idea. La cuestión estaba en la distancia y el transporte, lo más temprano que se podía llegar era a la 8:00 de la mañana, a lo cual Mercurio accedió a esperarnos a esa hora.

Llegando a su casa, comentó que su cita era a las 11:30, y que había recorrido sus actividades para que no me perdiera de nada, así que tendríamos que darnos prisa. “Es que por ejemplo, a esta hora ya regresé de traer leña, tortear y hacer desayuno, pero vamos hasta donde saco leña, pero pues esa actividad ya no la haríamos”.

Nos dirigimos entonces hacia donde corta leña, actividad que realiza dos o tres veces por semana, dependiendo las necesidades... Caminamos cuesta arriba hacia el cerro detrás de su casa alrededor de 20 minutos a la zona donde realiza esta actividad, donde nos comentó que se tarda alrededor de 30 minutos hasta una hora en el corte o recolección de la leña a transportar, saliendo de su casa a las 5:00 am, por lo que puedo inferir que cuando llegué a casa de Mercurio tendría aproximadamente una hora de haber regresado. En el camino, Mercurio recordaba “ay don Miguel, qué bonito se siente poder volver a hacer sus actividades con ganas, antes que tenía descontrolada mi diabetes, era un martirio y llegó días de plano ya no venía, nomás no daba ganas de levantarse, en cambio hora hasta lo disfruto y pues es ejercicio, es doble beneficio” (Mercurio, 2022).

Llegando a su casa, dijo que había oportunidad de desayunar y que me había esperado para que desayunáramos juntos. Fue ahí en donde le confesé que también tenía diabetes... así después de una charla sobre cuándo y cómo de mi propio padecimiento, me comentó:

“Ay don Miguel, creo que me lo comento o no sé si Venus, pero bueno, ora ya puede ahorrarse la pregunta de qué quiere, ora somos compañeros le voy convidar nomás [y se rio].

Acto seguido, comimos unos quelites hervidos, tortilla, y un poco de caldo de pollo, acompañado de frijoles y queso, a manera de guarnición... Después de platicar un poco de cómo va la investigación y recordar la etapa que en que nos conocimos, nos dirigimos al centro de Navenchauc para realizar unas compras a la plaza en donde se coloca el mercado. Ahí, pude observar las compras que realizó, como fueron algunas verduras, especialmente

hojas verdes, carne de res, pan, así como algunas veladoras e incienso...(p.15)... siendo aproximadamente las 11:15 am, nos dirigimos hacia la clínica; llegando puntual a la cita, aunque todavía se esperó casi 20 minutos antes de que Mercurio entrara a su cita, entre tanto, me comentaba de las personas que conoce que también tienen diabetes, y de hecho me presentó a un par de ellas; una que encontramos en el mercado, y otra que se encontraba en la clínica, diciéndoles que si después seguía con la investigación podríamos platicar con ellas, ya que son señoras, una que lleva aproximadamente 10 años y la otra apenas un par de meses con diabetes...(p.18).

No tuve oportunidad de entrar con Mercurio al consultorio, pero platicamos un poco al salir... (p.20)... Después de la cita, Mercurio me invitó a caminar un poco por el centro de la localidad para mostrarme algunas casas en donde podría contactar con más personas con diabetes, así como también en dónde vive el curandero con el que asiste, los mejores lugares para encontrar verdura y fruta fresca, y me señaló cómo en años recientes, en las tienditas ya se surten de refrescos sin azúcar, cosa que antes era impensable, como ella menciona... “Pues como le dije que ya somos muchos, y la coca es la coca, así que ya la están pidiendo sin azúcar, aunque muchos no muy les gusta, porque deja la lengua media rara, pero pues es vicio”... (p.22)...Regresamos a su casa, ya que tenía que preparar los alimentos, sobre todo por su hija, ya que tendría clases a las 4:00 P.M, justo la hora en que tendríamos que retirarnos para poder encontrar transporte sin problemas, de lo contrario se tendría que pagar viaje especial o quedarse a pernoctar, por lo que nos limitamos a preguntar cuáles serían sus actividades vespertinas; Después de comer, básicamente era bordar, alimentar a las gallinas, el perro y el gato, lo cual realiza dos veces al día; lavar y cocer maíz y ver un poco de televisión.

Finalmente, en cuanto a la comida lo preparado fue la res en caldo con nabo y repollo, tortillas, agua de limón y un postre con manzanas de su huerto (p.24)... y de cena las opciones eran café con pan o unas dobladas de frijol y queso (Diario de campo, septiembre de 2022).

Anexo 10. MARCO MESO ESTRUCTURAL DE ANÁLISIS

D) Condiciones materiales de existencia	Violencias
	Globalización y epidemiología local
	Modos de vida urbano y rural
	Trayectorias terapéuticas
	Cuidado
II) Cultura y modos de vida	Perspectivas y prospectivas
	Modos de vida urbano y rural
	Brujería y curanderismo
	Crianza
	Religión, creencias y utopías
	Modos de vida urbano y rural
	Prospectiva y futuro
	Cronicidad
Cuidado	
III) Dinámicas sociales	Maldición familiar
	Violencias
	Modos de vida urbano y rural
	Religión, creencias y utopías
	Ciclos de padecimiento
IV) Etnia, género y generación	Circulo de cuidado
	Violencias
V) Sistemas de salud	Crianza
	Maldición familiar
	Brujería y curanderismo
	Epidemiología local y cronicidad
	Trayectorias terapéuticas
	Cuidado

Bibliografía

Abric, Jean, Claude

1994 Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.

Acero Vidal, Cecilia, Guadalupe

2019 Prácticas y representaciones sociales de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y su influencia en el surgimiento de complicaciones crónicas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, UNAM.

Aceves, Ricardo

2001 Subjetividad y mundo de la vida en Husserl y Merleau-Ponty: historia, cuerpo y cultura (Doctoral dissertation, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Filosofía. Director: Antonio Miguel López Molina).

Altamirano, Moreno, Laura

2001 Epidemiology and diabetes. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 44(1), 35-37.

Álvarez, Gerardo., Álvarez, Andrea., & Facuse, Marisol

2002 La construcción discursiva de los imaginarios sociales: el caso de la medicina popular chilena. Onomázein: Revista de lingüística, filología y traducción de la Pontificia Universidad Católica de Chile, (7), 145-160.

Ángeles Correa María Guadalupe, et al.

2022 Enfermedades crónicas degenerativas como factor de riesgo de letalidad por COVID-19 en México. Rev Panam Salud Publica; 46, mayo 2022.

Arganis, Elia Nora

2005 La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa DF. Cuicuilco, 12(33).

Arnold, Yuri, Manuel Licea, and Deysi Aldana

2011 Algunos aspectos relevantes de la epidemiología de la diabetes mellitus en Cuba. Revista Peruana de Epidemiología, 15(3), 1-7.

Aschner, P.

2010 Epidemiología de la diabetes en Colombia. Avances en diabetología, 26(2), 95-100.

Augé, Marc & Colleyn Jean-Paul

2005 Qué es la antropología (Vol. 164). Grupo Planeta (GBS).

Ayús Reyes, Ramfis, and Enrique Eroza Solana

2007 "El cuerpo y las ciencias sociales." *Revista pueblos y fronteras digital* 2.4, 38-93.

Baczko, Bronislaw, & Pablo Betesh

1991 *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.

Baeza, Manuel, Antonio

2000 *Los caminos invisibles de la realidad social: ensayo de sociología profunda sobre los imaginarios sociales*. Ril editores.

Beléndez Vázquez, Marina, Iñaki Lorente Armendáriz, and Mercedes Maderuelo Labrador

2015 Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria* 29 , 300-303.

Bellido Virginia, Pérez Antonio.

2020 Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes, *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, Volume 67, Issue 6, Pages 355-356.

Bolán, Eduardo, Nivon & Mantecón, Ana, María

1991 Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura. *Alteridades*, (1), 40-49.

Briñez Ariza, Karol Johanna, and Lucy Muñoz de Rodriguez.

2016 Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger, *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 20(45).

Bury, Michael

1982 Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.

Camejo, Manuel, García Ana, Rodríguez Eva, Carrizales Maria & Chique José

2012 *Visión epidemiológica de la diabetes mellitus. Situación en Venezuela. Registro epidemiológico y propuesta de registro. Programas de detección precoz. Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 10(1), 2-6.

Campuzano-Maya, Germán, & Guillermo Latorre-Sierra

2010 La HbA1c en el diagnóstico y en el manejo de la diabetes. *Medicina & Laboratorio*, 16(05-06), 211-241.

- Canguilhem, Georges
1986 Lo normal y lo patológico. Siglo XXI. Segunda parte, capítulo 3. Enfermedad, curación, salud. 137-155.
- Carretero, Ángel
2003 Postmodernidad e imaginario. Una aproximación teórica. Foro Interno, 3, 87-101.
- Castellanos, José Luis & Cerda, Arturo
2001 Diabetes mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México. Investigación en Salud, 150(99), 18-26.
- Castoriadis, Cornelius
1983 Significaciones imaginarias y lógica conjuntista-identitaria. L'Autoorganisation de la psique au politique. Paris, Ed du Seuil, 421-443)
1998. Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto. Barcelona: Gedisa.
2013 La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets Editores, S.A.
- Cegarra, José
2012 Fundamentos teórico epistemológicos de los imaginarios sociales. Cinta de moebio, (43), 01-13.
- Cervera Simón, Campos-Nonato Ismael, Rojas Rosalba & Rivera Juan
2010 Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. Gaceta Médica de México, 146(6), 397-407.
- Céspedes, Ela, Riverón Gretel, Alonso Celia & Gordon Lorenzo
2002 Evolución metabólica de pacientes diabéticos tipo 2 sometidos a un tratamiento combinado de dieta y ejercicios yoga. Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas, 21(2), 98-101.
- Conrad, Peter
1992 "Medicalization and social control." Annual review of Sociology 18.1: 209-232.
- Conrado Aguilar Sofia, Calderón Estrada, R., Mello García, M., & Rosas Barrientos, J. V. (2011). Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2, servicio de consulta externa de Medicina Interna del Hospital Regional 1 de Octubre. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16(1).
- Córdova-Villalobos, J. Á., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., ... & Aguilar-Salinas, C. A.

2008 Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *salud pública de méxico*, 50(5), 419-427.

Costa Filho, Antonio Alberto Ibiapina, et al.

2022 Factores asociados a la angustia mental en personas con diabetes mellitus durante la pandemia de covid-19. *Cogitare Enfermagem* 27.

Costilla, Miguel

2010 La antropología y el sentido. *Tópicos del seminario*, (23), 291-329.

Cleves-Valencia, Juan José & Ocampo-Cepeda Rita Patricia

2018 El malestar de la diabetes: tres mujeres frente al espejo, la palabra y la muerte. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 211-233.

Cruz Santana, José de Jesús

2017 El concepto de experiencia en Victor W. Turner, EP Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología.

Cubeiro, Manuel

2011 Imaginarios sociales de la locura, policontextuRalidad y biotecnologías. *Sociología y tecnociencia: Revista digital de sociología del sistema tecnocientífico*, 1(1), 1-20.

D'Agostino, Agustina

2014 Imaginarios sociales, algunas reflexiones para su indagación. *Anuario de investigaciones*, 21.

Dávila-Cervantes, Claudio & Pardo Montaña, Ana María

2014 Diabetes mellitus: Aporte al cambio en esperanza de vida en México 1990, 2000 y 2010. *Revista de Salud Pública*, 16, 910-923.

Dávila, Fredy & Seminario, Marcos

1996 Uso de Medicina Tradicional en Diabetes Mellitus No Insulino-dependiente. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 57, No. 3, pp. 180-183). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Desviat, Manuel

2010 Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 125-133.

De Saint-Exupéry, Antoine

2019 *El Principito: The Little Prince*. Editorial Verbum.

- Díaz Navarro, Silvia & Mateo Mejía, Luis Gabriel
2017 Tecnologías del yo. PAAKAT: revista de tecnología y sociedad, 7(12).
- Ditlevsen, Kia & Andersen, Sidse
2021 The purity of dirt: revisiting Mary Douglas in the light of contemporary consumer interpretations of naturalness, purity and dirt. *Sociology*, 55(1), 179-196.
- Douglas, Mary
1978 Símbolos naturales, Ed. Alianza Universidad, Madrid, 20- 55, 89 – 110).
2002 Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo. London: Routledge.
- Domínguez Alonso, Emma
2013 Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, vol. 24, no 2, p. 200-213.
- Domínguez García, María de los Angeles
2012 Experiencias y representaciones en torno a la diabetes entre grupos domésticos de Zinacantán, Chiapas, Tesis de maestría, Ciesas – Sureste.
- Durand, Gilbert
2005 Las estructuras antropológicas del imaginario. México: Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, Emile
1987 La división del trabajo social (Vol. 39). Ediciones Akal.
- Eco, Humberto
1986 Tratado de semiótica general. Madrid, España. Ed. Losada.
- Ellis, Carolyn., Adams, Tony. y Bochner, Arthur
2010 Autoethnography: an overview. *Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(1).
- Eroza Solana, Enrique
2010 Las dimensiones visibles e invisibles de la vida social. Narrativas del padecimiento entre los chamulas. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 6(10).
- Eroza Solana, Enrique, Álvarez Gordillo Ma. Guadalupe
2019 La infección por virus del papiloma humano como experiencia social: La voz de dos jóvenes tzotziles de San Juan Chamula. En *Estudios rurales en México*, Nájera Castellanos Antonio (Coords), CLACSO. P. 238-269.

Eroza Enrique, Muñoz Ruben

2020 Alimentación y diabetes, un pequeño gran dilema: el caso de los tzotziles y tzeltales de los Altos de Chiapas, en “entre diversidades, revista de ciencias sociales y humanidades. Volumen7, número 2, julio- diciembre, Instituto de estudios indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, Mexico.

Escolar Pujolar, Antonio

2009 Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿ la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad?. Gaceta Sanitaria, vol. 23, no 5, p. 427-432.

Eynard, Martín

2014 Sensaciones, Cuerpo y Clase: Percepciones del Padecimiento en Jóvenes con Diabetes de la Ciudad de Córdoba. *Diaeta*, 32(148), 31-37.

Feixa Carles

2000 Generación @ la juventud en la era digital. *Nómadas (Col)* [en línea]. (13), 75-91. ISSN: 0121-7550.

Fernández, Estrella Marin

2011 Aspectos antropológicos del dolor y la muerte. In *Cuidar cuando no es posible curar: los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado* (pp. 19-42). Universidad de La Rioja.

Feyerabend, Paul

1986 *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*, Tecnos, pp. 1-17.

Foucault, Michel

1977 "Historia de la medicalización." *Educación médica y salud* 11.1, pp.3-25.

1990 *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Vol. 7. Paidós Iberica Ediciones SA.

2005 *La voluntad de saber*. Siglo XXI veintiuno de España.

2006 "Seguridad, territorio, población" Fondo de Cultura Económica Buenos Aires.

2009 *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)*. Vol. 283. Ediciones Akal.

Freidson, Eliot

1960 Client control and medical practice. *American journal of sociology*, 65(4), 374-382.

Gallo, Héctor

2002 Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. Desde el jardín de Freud, (2), 120-127.

García Ballester, Luis

1996 Alma y cuerpo, enfermedad del alma y enfermedad del cuerpo en el pensamiento médico de Galeno. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 16(60), 705-735.

García Castro, Marlene & García González, Rosario.

2005 Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. Revista Cubana de Endocrinología, 16(2), 0-0.

García-Reza, Cleotilde, Alvirde-Vara, R., Landeros-López, M., Solano-Solano, G., & Medina-Castro, M. E.

2014 Resistencia frente a la enfermedad: relato de un cuerpo dañado por la diabetes. Aquichan, 14(4), 485-495.

Gaytán-Hernández, Ana Isabel & García de Alba-García, Javier

2006 El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44(2).

Girola, Lidia

2012 Representaciones e imaginarios sociales. Tendencias recientes en la investigación. Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales, 402-431.

Gómez-Peralta, Fernando; Padín, Cristina Abreu.

2014 ¿ Necesitamos nuevos tratamientos para la diabetes tipo 2?. Endocrinología y Nutrición, vol. 61, no 6, p. 323-328.

Green, Graham

1962 Caminos sin ley, Ed. PEUSER, Buenos Aires, Argentina.

Guajardo, Edith Gerardina; Garza, Martha Leticia & Cantú, Walter Daniel

2016 La imagen del cuerpo como imaginario plasmado por pacientes con obesidad mórbida. imagonautas. Revista interdisciplinaria sobre imaginarios sociales, (8), 1-26.

Hernández-Ávila, Mauricio; Gutiérrez, Juan Pablo & Reynoso-Noverón, Nancy

2013 Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. Salud pública de Mexico, 55, s129-s136.

- Hernández Garre, José Manuel & De Maya Sánchez, Baldomero.
2020 Antropología del cuidado: Del atomismo a la fenomenología. Ed. Universidad de Murcia. Barcelona. España.
- Heidegger Martin
1997 El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica (CFE).
- Hinshelwood, Robert
2005 Form, space, body, and emotions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12(1), 43-48.
- Husserl, Edmund
1962 Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. México: Fondo de Cultura Económica. 2 ed.
- Ianni, Octavio
1996 Teorías de la globalización. México, Siglo XXI editores.
- International Diabetes Federation
2021 IDF Diabetes Atlas, 10th Ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.
- Jodelet, Denise
1993 La representación social: Fenómeno, concepto y teoría. En: Moscovico, Serge. *Psicología social. Tomo II*. México D.F. Edit. Paidós.
- Juarez Ramirez, C., L. Theodore, Florence., Eroza Solana, Enrique.
2020 Las tramas socioculturales de la diabetes entre mayas peninsulares, XXXX.
- Lazarus, Ellen
1988 Theoretical considerations for the study of the doctor-patient relationship: Implications of a perinatal study. *Medical Anthropology Quarterly*, 2(1), 34-58.
- Le Breton, David
1994 “Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 68, octubre-diciembre; pp. 197-210. Centro de Investigaciones Sociológicas.
1995 *Antropología del cuerpo y modernidad* (pp. Buenos-Aires). Buenos Aires: Nueva visión.
1999 *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
2012 Por una antropología de las emociones. *Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*, 4(10), 67-77.

Ledón Llanes, Loraine

2012 Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.

Ledón Llanes, Loraine

2011 Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista cubana de salud pública*, 37, 324-337.

Leiva, Tamara; Basfi-fer, K; Rojas, P; Carrasco, F. & Ruz, M.

2016 Efecto del fraccionamiento de la dieta y cantidad de hidratos de carbono en el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sin terapia con insulina. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1247-1253.

Lerma, Sofía; Álvarez Gordillo, Guadalupe; Nazar Beutelspacher, Dominga Austreberta & Mondragón Ríos, Rodolfo.

2016 Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 24(47), 380-409.

Levy, Jennifer

2005 "Narrative and experience: telling stories of illness." *Nexus* 18.1, p. 8-33.

Lima-Martínez, Marcos M., et al

2021 COVID-19 and diabetes: A bidirectional relationship. *Clínica e Investigación En Arteriosclerosis (English Edition)* 33.3 (2021): 151-157.

Lock, Margaret & Nguyen, Vinh-Kim

2018 *An anthropology of biomedicine*. John Wiley & Sons.

López-Amador, K. H., & Ocampo-Barrio, P.

2007 Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 80-86.

López Rey, María José.

2016 *Epidemiología de la Diabetes Mellitus. El impacto social de la enfermedad*.

Lottenberg, Ana María

2008 Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes melito tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(2), 250-259.

Loza, Miryam Griselda Lora, et al.

2023 Apoyo familiar y calidad de vida percibida por pacientes con diabetes mellitus-2 en tiempos Covid-19. *Revista de ciencias sociales* 29.1 (2023): 357-368.

Maffesoli, Michel

2003 El imaginario social. En: Sánchez, C. (coordinador). Cornelius Castoriadis. La pluralidad de los imaginarios sociales de la modernidad. *Revista Anthropos*. Barcelona: Anthropos Editorial. Pág. 149- 159.

Marx, Karl

1971 Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (*Grundrisse*) 1857-1858 [publicados en 1939], Buenos Aires, Siglo XXI, vol. 1, p. 161.

MacLean, Paul

1990 The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions. Springer Science & Business Media.

Medina, Federico

1996 El cuerpo en la posmodernidad: la salud, el ejercicio físico y el cuerpo perfecto. *Signo y pensamiento*, 15(28), 99-120.

Menéndez, Eduardo

2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & salud colectiva*, 8, 185-207.

Merleau-Ponty, Maurice, and Claude Lefort

2010 *Lo Visible y lo invisible: seguido de notas de trabajo*. Nueva Visión.

Moreno-Altamirano, Laura

2010 Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica. *Gaceta médica de México*, 146(2), 150-156.

Moreno-Altamirano, Laura; Silberman, M., Hernández-Montoya, D., Capraro, S., Soto-Estrada, G., García-García, J. J., & Sandoval-Bosh, E.

2015 Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: algunos de sus determinantes sociales en México. *Gaceta Médica de México*, 151(3), 354-368.

Moreno-González et al.

2021 COVID-19, diabetes y el sistema inmunológico. *Nova scientia*, vol. 13, no SPE, p. 0-0.

Montalbán, Elisa; Marrón, H. O; Lucio-Villegas, D. L. G; Torrás, B. Z; Blanco, F. A., & Aguado, P. N.

2014 Validez y concordancia de la historia clínica electrónica de atención primaria (AP-Madrid) en la vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus. Estudio PREDIMERC. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 393-396.

Montesi, Laura

2020 'If I don't take care of myself, who will?' Self-caring subjects in Oaxaca's mutual-aid groups. *Anthropology & Medicine*, 27(4), 380-394.

2022 Intercambio de conocimientos científicos y legos: un diálogo urgente para comprender y actuar ante la diabetes (2022). *EntreDiversidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Vol. 9, Núm. 1 (18), enero-junio 2022. Páginas: 223-246

Moscovici, Serge

1979 La representación social: un concepto perdido. *El Psicoanálisis, su imagen y su público*, 2, 27-44.

Murea, Mariana; MA, Lijun; Freedman, Barry I.

2010 Genetic and environmental factors associated with type 2 diabetes and diabetic vascular complications. *The review of diabetic studies: RDS*, vol. 9, no 1, p. 6.

Navarro, Vicente

1982 The labor process and health, a historical materialist interpretation. *International journal of health services*, 12 (1), 5-29.

Nazar-Beutelspacher, Austraberta & Salvatierra-Izaba, Benito

2010 Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Papeles de población*, 16(64), 67-92.

Nubiola, Andreu & Remolins, Imma

2012 Dieta hipoglucídica en el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Avances en Diabetología*, 28(6), 131-135.

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia psicológica*, 29(1), 5-11.

Page-Pliego, Jaime

2013 Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula, Chiapas. *LiminaR*, 11(1), 118-133.

2015 Subjetividades sobre la causalidad de diabetes mellitus entre seis tseltales de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas. *LiminaR*, 13(2), 84-95.

Page-Pliego, Jaime; Eroza Solana Enrique; Acero Vidal, Cecilia Guadalupe
2018 Vivir sufriendo de azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur.

Pamplona, Francisco

2020 La pandemia de COVID-19 en México y la otra epidemia. *Espiral (Guadalajara)* 27.78-79, 265-302.

Parsons, Talcott

1975 The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 53, No. 3, pp. 257-278.

Paradise, Ruth

1994 Etnografía:¿ técnicas o perspectiva epistemológica. La etnografía en educación: panorama, prácticas y problemas, UNAM, 78-81.

Paal, Piret

2010 Illness narratives online. *Elore*, vol. 17, no.2.

Passerino, Leila Martina

2013 Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(2), 217-233.

Pasín, Ángel Enrique

2003 La noción de imaginario social en Michel Maffesoli. *Reis*, 199-209.

Paz-Ibarra, José

2020 Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19." *Acta Médica Peruana* 37.2, 176-185.

Pedraz, Miguel Vicente

1997 Poder y cuerpo: El (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud. *Educación Física y Ciencia*, 3.

Pedrogo, Coralee Pérez, and Alfonso Martínez Taboas

2011 Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud, *Salud & Sociedad* 2.1, 44-61.

Pérez, Maricela

2003 A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. La Habana: CD Caudales. CIPS.

Pitt-Rivers Julian

1967 Words and deeds: The ladinos of Chiapas, *Man, New Series*, Vol. 2, No. 1 (Mar., 1967), pp. 71-86.

Prasad, Rashmi & Groop, Leif.

2015 Genetics of type 2 diabetes—pitfalls and possibilities. *Genes*, , vol. 6, no 1, p. 87-123.

Puerto, Candela Poó

2009 Qué puede un cuerpo (impaciente). Reflexiones autoetnográficas sobre el cuerpo y la enfermedad. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, (15), 149-168.

Kirmayer. Laurence

1993 Healing and the invention of metaphor: The effectiveness of symbols revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry* 17: 195. Kluwer Academic Publishers. Printed in Netherlands.

Kleinman, Arthur

1988 The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. Basic books. Capítulo 2. Pp. 31-56.

Ramírez, Eugenia

2001 Antropología 'compleja' de las emociones humanas», *Isegoría*, 25, pp.177-200 (188).

Ramírez, Martha Patricia; González, José Antonio & Santillán, Eduardo Osiris

2009 Diabetes. Tratamiento nutricional. *Medicina Interna de México*, 25(6), 454-460.

Ramírez Velázquez, Josefina

2016 "Consideraciones sobre la narrativa como metodología idónea para el estudio del proceso salud/enfermedad/atención." *Revista CONAMED* 21.

Ramón, Concepción López; Ávalos García, María Isabel

2013 Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Revista cubana de salud pública, vol. 39, no 2, p. 331-345.

Ramos, Willy; López, T; Revilla, L; More, L; Huamaní, M & Pozo, M

2014 Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 31, 09-15.

Ricoeur, Paul

1995. Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido. Siglo xxi, México.

2004. Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II. FCE. Mexico.

Richardson, Laurel. y St. Pierre, Elizabeth.

2005 Writing: A method of inquiry. En Denzin N. & Lincoln Y. (Eds.), The SAGE Handbook of Qualitative Research. Estados Unidos de América: Sage.

Riffo Pavón, Ignacio

2016 Una reflexión para la comprensión de los imaginarios sociales. Comuni@cción, 7(1), 63-76.

Rivera, Ernesto

2008 Imaginario social, crimen organizado y violencia. Ide@s CONCYTEG,. Recuperado de https://issuu.com/heconversa/docs/imaginario_social_crimen_organizada

Robles, Leticia

2002 “La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a través de experiencias personales”, en Mercado, Francisco J. et. Al., *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*, UdeG-UAS-UANL., pp. 311-326.

Rodríguez, Gabriel Jesús, et al.

2018 Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. Atención Primaria 50. 10 , 611-620.

Román-González, Alejandro., et al

2021 Diabetes mellitus y COVID-19: fisiopatología y propuesta de tratamiento para el control glucémico en el tiempo de la pandemia. IATREIA [Internet]. 2021; 34 (2): 161–71.

Romano, Eduardo

2016 Cáncer, imaginario social y filmografía. *Revista Medicina y Cine*, 12(1), 33-46.

Santana, Jose De Jesus

2017 El concepto de experiencia en Victor W. Turner, EP Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, (7), 345-375.

Scott, Joan

2001 Experiencia. *Revista de estudios de género: La ventana*, 2(13), 42-74.

Sapunar, Jorge

2016 Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 146-151.

Sartre, Jean-Paul & Juan Valmar

1993 *El ser y la nada*. Barcelona: Altaya.

Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J.

2020 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Scharagrodsky, Pablo

2007 El cuerpo en la escuela, Programa de capacitación multimedial. Ministerio de Educación. Ciencia y Tecnología, Argentina. Recuperado de <http://explora.educ.ar/wp-content/uploads/2010/04/PEDAG05-El-cuerpo-en-la-escuela.pdf>.

Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret

1987 The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, vol. 1, no 1, p. 6-41

Shultz, Alfred

1974 *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.

Silva-Tinoco, Rubén, and Viridiana de la Torre-Saldaña

2021 La imperiosa necesidad de telemedicina en la atención de diabetes durante la pandemia de COVID-19. Un estudio de abordaje integral. *Gaceta médica de México* 157.3. 323-326.

Suárez, Carlos Ívan

2004 *Hacerse mujeres, hacerse hombres*. Siglo del Hombre Editores.

Swanson, Kristen. M

2015. Kristen Swanson's theory of caring. *nursing theories and nursing practice*, 521.

Thompson, Edward

1979 *Tiempo, disciplina de trabajo y capitalismo industrial* en *Tradicón, revuelta y conciencia de clase*.

Troncoso Pantoja, C., Delgado Segura, D., & Rubilar Villalobos, C

2013 Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(1), 09-13.

Turner, Bryan

1992 *Regulating bodies: essays in medical sociology*. Routledge; Edición: Reprint (4 de noviembre de 2011). Chapter 1.

Turner, Victor

1985 *On the Edge of the Bush: Anthropology as Experience* (ed. L.B. Turner). Tucson: University of Arizona Press.

1986 *The concept of experience*, en Turner, Victor Witter, Clifford Geertz, and Victor Turner. *The anthropology of experience*. University of Illinois Press.

Ugas, Gabriel

2007. *La educada ignorancia: Un modo de ser del pensamiento*. Caracas: TAPECS.

Vaggione, Alicia

2009 *Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia*. Carlos Fígari y Adrián Scribiano (Comp.). *Cuerpo (s), Subjetividad (es) y*, 88.

Van Den Berg. Jan Hendrik

1952 *The Human Body and the Significance of Human Movement. A Phenomenological Study*. essay appeared first in *Philosophy and Phenomenological Research*, 13, pp. 159-183. Reprinted by permission of the Editor.

Vargas-Uricoechea, Hernando & Casas-Figueroa, Luz

2016 *Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia*. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 28(5), 245-256.

Velasco A

2000 Aspectos metodológicos en la explicación y comprensión en las ciencias sociales, en Theorethikos: La revista electrónica de la UFG, año III, núm 2, Abril – junio.

Wallace, Carin

2006 The etiological role of susto in diabetes among Hispanics in southern Nevada.

William, Acosta, et al

2020 Consideraciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia por covid-19. Revista Médica Vozandes 31.2, 119-124.

Zárate, María Soledad

2008 Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Zenteno-López, Miguel Angel, et al.

2016. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. Enfermería universitaria, 13(2), 130-137.

Zevallos, Javier Cieza, & Uriol Lescano, Celene

2020 Letalidad y la mortalidad de Covid 19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud. Revista Médica Herediana, 31(4), 214-221.

Zuart-Alvarado, R., Morales, H. J. R., Vázquez–Castellanos, J. L., Martínez-Torres, J., & Linaldi-Yépez, F.

2010 Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad Médica familiar del estado de Chiapas. Revista Salud Pública y Nutrición, 11(4).

Enlaces

<http://www.who.int/diabetes/global-report>

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf