CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL.

"*VIVIENDO CON LA ENFERMEDAD.* COMPARACIÓN DE CÓMO VIVEN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 'LOS PINOS', EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS."

TESIS

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL.

P R E S E N T A.

CECILIA GUADALUPE ACERO VIDAL.

DIRECTOR DE TESIS.

Dr. Jaime T. Page Pliego.

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; Octubre 2012.

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

CENTROS PÚBLICOS CONACYT

MAESTRÍA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL OCCIDENTE-SURESTE

PROMOCIÓN 2010-2012

COMITÉ DE TESIS

Título: "*Viviendo con la enfermedad.* Comparación de cómo viven la Diabetes Mellitus tipo 2 las personas que acuden al centro de salud 'Los Pinos', en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas."

Alumna: Cecilia Guadalupe Acero Vidal.

DIRECTOR:
Dr. Jaime Tomás Page Pliego.

LECTORES:

Dra. Diana Reartes Peñafiel.

Dr. Sergio Lerín Piñón.

Dr. José Enrique Eroza Solana.

En memoria de Mario Acero Molina (†)

Mi ángel y mi inspiración.

"Quisiera preguntar a la distancia, si tienes para mí un pensamiento…"

Para mi papá y mi abuelita Toñita.

Gracias por seguir luchando y viviendo con diabetes.

Con amor y admiración para la otra parte de mi ser,

Miguel.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres: Lupita y Raúl por todo el amor, el apoyo y comprensión que siempre me han dado, los amo.

A Miguel A. Urbina Pérez por estar a mi lado y llevarme de la mano, por tantas aventuras y retos que la vida nos pone a cada instante.

A doña Ángela, Angelina, Asunción, Betty Luz, Ernesto, Erwin, Esperanza, Gerónima, Héctor, Horacio, José Luis, Juanita, Julia Ignacia, Mari, María del Rosario, Sebastiana, Margarita, Mercedes, Otilia, Petra A., Petra y Ramona por permitirme conocer una parte de su vida, por compartir las alegrías y tristezas durante las charlas y por confiarme su palabra; y a todos los integrantes del GAM "Los Pinos", por abrirme las puertas de su segundo hogar, por su cariño y su amistad.

Al Dr. Jaime T. Page Pliego por cada uno de sus comentarios que me alimentaban y me impulsaban a seguir adelante, por su amistad y cariño, por las jaladas de orejas que me hacían reflexionar y saber que podía dar más.

Al Dr. José María del R. Gómez por su amistad, sus pláticas, consejos y enseñanzas.

A la Dra. Diana Reartes Peñafiel, al Dr. Sergio Lerín y al Dr. Enrique Eroza por sus comentarios y aportaciones al texto.

A mis hermanos (Raúl y Mario) por su cariño y ayuda en este proceso; y a mis hermanas (Adriana, Jaqueline, Karla y Sihomara) por las porras y buenas vibras desde el momento en que supieron que había sido aceptada en la maestría.

Al Ing. Manuel Díaz y a Gabriela Camacho, por su amistad y apoyo siempre.

A CIESAS: los profesores por las experiencias compartidas, los administrativos y al personal de apoyo por todas las molestias causadas, en especial a Raúl Gutiérrez, Lupita Salazar, Efraín Urbina, doña Manuelita, Eduardo y don Fila.

A mis compañeros de generación, por su amistad y compañía en este camino, sobre todo a la línea de Salud y Medio Ambiente; a Alberto. Alejandra, Liliana y Lupita por los consejos, ánimos, comprensión, cariño y amistad. Un agradecimiento muy especial a Alejandra por el acompañamiento y los talleres facilitados al GAM.

A la Dra. Limón, al Dr. Salvador y a la Lic. Cecilia, por su tiempo y su ayuda.

A Bugalú por estar a mi lado mientras escribía la tesis y por alegrar mi vida.

A CONACYT por el apoyo a través de la beca durante dos años.

RESUMEN.

La investigación titulada "*Viviendo con la enfermedad.* Comparación de cómo viven la diabetes mellitus tipo 2 las personas que acuden al centro de salud 'Los Pinos', en San Cristóbal de las casas, Chiapas", busca analizar los elementos y circunstancias similares o diferentes en que viven la enfermedad las personas que a este acuden teniendo en cuenta las condiciones que permiten o dificultan el cuidado en cada una de las experiencias relacionadas con la diabetes.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), como enfermedad crónica y degenerativa, es compleja y dinámica. La idea en esta investigación, es ver esa complejidad y dinamismo desde las propias personas que viven con la enfermedad. La biomedicina tiene su propia manera de ver la diabetes, su propia concepción del manejo, sus propios tratamientos y su muy particular forma de evaluar dichos tratamientos a través de un "control" mediante medidas establecidas. Por lo tanto, están preocupados por la enfermedad más no por el enfermo. Pero se olvidan que la enfermedad es experimentada por personas, por lo tanto, cada una de ellas la vive de diferente manera. Esta convivencia es dinámica y compleja en cada situación, es por ello la importancia de ver a la DM2 desde la perspectiva del enfermo, es decir, ver enfermos y no sólo la enfermedad.

Por lo tanto, se parte de una idea que vaya más allá del "manejo" y del "control", pues una enfermedad como la DM2 es experimentada con tratamientos que van más allá de la biomedicina, aspectos que son discriminados por ésta pero no por la persona que vive con la enfermedad. En esta investigación, el término "vivir" se refiere al proceso en que la persona enferma se adapta a las circunstancias de la enfermedad al poner en práctica habilidades, destrezas y estrategias que retoma de la utilización de diversos recursos que se encuentran alrededor de dicha circunstancia, pero principalmente de su propia experiencia. "Vivir" en el sentido de mantenerse y de subsistir.

Los participantes en ambos Queens son quienes están más apegados al tratamiento biomédico, ven en éste la mejor manera para tratar la enfermedad sin embargo existe mucha información y utilización de otras medidas como las yerbas, pero nula utilización de de especialistas no alópatas; hay algunas diferencias entre estos dos grupos, principalmente en la forma de llevar la dieta, pues Queens 2 está más apegado a ésta. No Queens y GAM Pasivos están en medio de los extremos en relación al tratamiento biomédico, algunas personas de ambos grupos sí consideran a la biomedicina como la única opción para tratar su enfermedad, aunque hay un mayor juego con la dosis prescrita en comparación a los

primeros dos grupos, es decir no están tan sujetos a las prescripciones médicas. La mayoría de los integrantes del grupo No GAM aceptan la biomedicina como la única opción para convivir con la diabetes, sin embargo no llevan a cabo todas las recomendaciones, en especial la dieta y existe mayor búsqueda de opciones médicas.

Los ajustes a los tratamientos se realizan porque existen problemas para llevar a cabo uno o más tratamientos, ya sea por dificultades (económicas, familiares, emocionales y/o físicas), por desacuerdo y/o debido a una resistencia; como consecuencia, existen reajustes en los mismos. En general, la mayor resistencia se da en el tema de la dieta, seguido de la insulina; las dificultades se enfocan a problemas en la relación médico-paciente, pero también familiares y laborales; mientras que los reajustes se dan al no estar de acuerdo con el tratamiento o en el uso de más de un tratamiento al mismo tiempo. Es decir, los grupos que tienen menos resistencias a la dieta, son aquellos que han aceptado que el cambio de alimentación es importante para cuidar su salud; quienes tienen menos dificultades para seguir el tratamiento biomédico, son aquellos que la relación médico-paciente es más armoniosa; y quienes realizan menos reajustes son quienes están de acuerdo con los tratamientos o quienes no utilizan muchos tratamientos al mismo tiempo.

La forma en cómo poder convivir con la DM2 debe ir más allá de la visión biomédica, teniendo en cuenta que las personas viven día a día con ella, y por lo tanto, esta convivencia se vuelve compleja, dinámica pero sobre todo problemática pues las personas tienen que experimentar diferentes momentos, desde los síntomas, el diagnóstico, los diversos tratamientos (los problemas y resistencia hacia éstos), la idea que es una enfermedad crónica y degenerativa por lo que existirán cambios en su estilo de vida, los cuales serán importantes para poder "vivir" con la enfermedad mucho tiempo.

Por lo tanto, se piensa que sería importante que las personas con este tipo de padecimientos tuvieran espacios independientes de cualquier tipo de instancia médica en donde puedan obtener información necesaria de la enfermedad, pero sobre todo un acompañamiento físico y emocional, en donde no existan prejuicios hacia ningún tipo de tratamiento pero sobre todo donde se le dé importancia al enfermo y no a la enfermedad.

ÍNDICE.

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.	V
RESUMEN.	7
INTRODUCCIÓN.	10
CAPÍTULO I "MARCO REFERENCIAL".	
Introducción**.**	21
1.1 Diabetes Mellitus tipo 2.	22
1.2 Jurisdicción Sanitaria II.	32
1.3 San Cristóbal de Las Casas.	35
1.4 Centro de Salud "Los Pinos"**.**	42
1.5 Grupo de Ayuda Mutua**.**	44
1.6 GAM "Los Pinos"**.**	50
CAPÍTULO II "MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL".	
Introducción**.**	59
2.1 Estado de la cuestión.	60
2.2 ¿Cómo observar la problemática?	67
2.3 Conceptos.	74
CAPÍTULO III "VIVIENDO CON DIABETES".	
Introducción.	79
3.1 Queens 1.	80
3.2 Queens 2.	94
3.3 No Queens.	102
3.4 GAM Pasivos.	113
3.5 No GAM.	124
3.6 Comparación.	134
CAPÍTULO IV "ANÁLISIS COMPARATIVO DEL VIVIR LA ENFERMEDAD".	
Introducción.	138
4.1 Implicaciones del vivir con Diabetes Mellitus tipo 2.	138
4.2 Consideraciones finales.	152
ANEXOS.	160
BIBLIOGRAFÍA.	171

INTRODUCCIÓN.

Después de trabajar en un proyecto de investigación con el Dr. Sergio Lerín, relativo a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM en adelante) de enfermedades crónicas en tres estados de México (Coahuila, Guanajuato y Chiapas), estuve en contacto con muchas personas que vivían con la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2 en adelante), y cada una de ellas la experimentaba de manera particular, por lo tanto me encontré con diversas concepciones de la enfermedad, de las causas y de la forma de tratarla. Noté que había aspectos relevantes para las personas que no eran tomados en cuenta por el médico, tales como los problemas personales, económicos y familiares que provocaban reacciones importantes en su vida y en su enfermedad.

Sin embargo, el momento crucial para mí, fue el largo y doloroso proceso de la enfermedad de mi abuelo paterno, quién desde mediados del 2009 comenzó a sufrir complicaciones de la diabetes. Durante un año, toda la familia vimos como se apagaba poco a poco el brillo de sus ojos, su sonrisa, su chispa y su sentido del humor, el 24 de febrero de 2010, falleció. Fue un momento de impotencia y sufrimiento, en el cual llegué a odiar esta enfermedad, pues además la mayoría de las personas que más quiero en esta vida han sido diagnosticadas de DM2. Fue ahí donde supe lo que quería plantear en mi investigación: ¿Por qué las personas, sabiendo que están enfermas de diabetes, que es una enfermedad incurable, no están en constante cuidado y chequeo médico?

Pensaba en el control biomédico, como el estado perfecto y al cual deberían de llegar todas las personas que fueran diagnosticadas con esta enfermedad. De igual forma, hacía referencia a un tipo de "paciente modelo", el cual asistía a consultas médicas mensuales, hacía ejercicio, llevaba una dieta, aceptaba el hecho de estar enfermo y asistía al GAM. Este pensamiento reflejaba mi enojo del por qué tanto mi abuelo como mi padre no se cuidaban, lo cual trajo terribles consecuencias para mi abuelo. Tenía la idea de que si mi abuelo desde un principio hubiera acudido al médico, si hubiera seguido todas las instrucciones al pie de la letra, hubiera cuidado su alimentación, tenido mayor actividad física y dejado el alcohol, quizá aún estaría con nosotros. Esta noción se fortalecía aún más, al ver a mi padre siguiendo los mismos pasos de mi abuelo, sin acudir al médico, sin tomar su medicamento, no cuidándose en su alimentación, sino al contrario comiendo y tomando cosas que aumentaban su peso. Pero no me daba cuenta de las diversas maneras en que llevaban trataba su enfermedad, que no necesariamente tenía que ser a través del

medicamento, sino tomando tés, no preocupándose por los demás, incluso el no hacer nada y pensar que si de todas maneras se van a morir, porqué no disfrutar de la vida comiendo y tomando lo que les gusta, sin hacer dieta.

Estoy segura que el aspecto personal le da sentido al por qué de mi tema, al por qué de la problemática y sobre todo del por qué acercarme así a la gente. He comprendido que nada está separado, que todo tiene sus raíces en la experiencia personal. Mi investigación no comenzó en el momento de entrar a la maestría, ni mucho menos cuando apareció el tema en mi pensamiento, va mucho más allá, está en mi vida, en mi ser, en mi familia, en mi camino, es decir, ver la investigación como parte de mi vida, como un proceso más que es alimentado y que a la vez alimenta mi paso por este mundo.

Este proceso me ayudo a entender que cada cambio, cada párrafo, cada justificación, cada elemento de mi investigación se conecta conmigo; por lo que para mí, esta parte es la génesis de todo el proceso, es la causa pero sobre todo la razón de ser del producto final que es la tesis y sin explicarla el lector no podrá comprender aspectos importantes de este proceso.

La investigación trata de ir en contra de una visión limitada y discriminatoria, como lo es la medicina moderna alópata, que en su idea de presentarse como la única opción para "controlar" la diabetes, no está viendo la realidad del problema, las diferentes experiencias que tienen las personas que viven con diabetes ante una enfermedad que las acompañará por el resto de sus vidas.

Frente a una biomedicina privada, que sobrepasa a la pública en términos de disponibilidad de recursos, las personas que dependen de esta última, viven la enfermedad en los espacios domésticos, se nutren en las pláticas y recomendaciones de personas que ya viven con diabetes, e incluso y a pesar de que la medicina alópata plantea a ésta como la única para poder "controlar" la enfermedad, recurren a otras prácticas médicas tanto populares como originarias que también atienden la diabetes.

Los motivos ya expuestos se sustentaron al saber que en los últimos años la DM2 se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial, nacional y estatal, pues sus cifras tanto en morbilidad como en mortalidad aumentan año con año.

Así, este proyecto de investigación busca analizar los elementos y circunstancias similares o diferentes en que manejan la enfermedad las personas que acuden al centro de salud "Los Pinos" situado en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, teniendo en cuenta las condiciones que permiten o dificultan el cuidado en cada una de las experiencias relacionadas con la diabetes. A partir de estas reflexiones, esta propuesta de investigación se centra en dos preguntas principales:

1) ¿Qué diferencias y similitudes existen en la manera en que viven la DM2 las personas, según el grupo de análisis en que se inscriben?
2) ¿Cuáles son los aspectos, tanto del propio enfermo como del personal médico del centro de salud, que favorecen o impiden el tratamiento de la enfermedad, considerando al respecto las diferencias que pueden existir según la adscripción a los cinco grupos de análisis?

Iniciando el trabajo de campo con dos hipótesis: La primera en relación a la forma de tratar la enfermedad, pensando que existen diferencias en los cinco grupos de análisis, es decir: Se espera que las personas que integran los dos grupos "Queens" viven la enfermedad más apegada a biomedicina, es decir, estén sujetos a la noción de la medicina alópata sobre el "control" y el GAM constituye un elemento principal. Utilizan la biomedicina como el medio más adecuado para tratar la enfermedad y hay poca o nula utilización de otras alternativas; mientras que las personas que forman parte del grupo No Queens y GAM Pasivos están menos sujetas a los parámetros de "control" de la medicina alópata, por lo tanto no llevan al pie de la letra las sugerencias ni del médico ni del GAM. Para ellos, la medicina alópata es una opción importante para convivir con la enfermedad, sin embargo conocen y utilizan otras alternativas médicas. Y se espera que las personas que sólo acuden al centro de salud y no al GAM, reconocen la utilidad de la medicina alópata, pero no la perciben como la única posibilidad para tratar la enfermedad, sino como una más dentro de otras alternativas que ellos conocen y llevan a la práctica.

La segunda hipótesis se centra en la elección y experiencia en el centro de salud, pues cuando las personas están insatisfechas del servicio que reciben del centro de salud, ya sea por la mala atención por parte del personal operativo o porque el tratamiento de la enfermedad no ha dado resultados significativos en su salud, van en busca de otras alternativas, las cuales pueden ser biomédicas o de otro tipo, o bien abandonan el tratamiento.

Así que, para poder afirmar o refutar tales hipótesis, se plantearon dos objetivos centrales: 1) Describir los elementos principales de la vivencia de la DM2 de las personas que asisten al centro de salud "Los Pinos", en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, organizados en cinco grupos de análisis; a través de la observación de sus prácticas y representaciones[1] sobre la enfermedad, para poder analizar y comparar las diferencias y

[1] Retomando la posición de Jean-Claude Abric (2001), quién parte de la idea de Moscovici de que las representaciones son guías para la acción respecto a las representaciones sociales; entonces, por representaciones me refiero a la explicación sobre la causa de la enfermedad, así como de lo que es para ellos

similitudes de este proceso; y 2) Indagar y analizar los aspectos, tanto del propio paciente como del personal médico del centro de salud, que favorece o impide un tratamiento favorable de la enfermedad, considerando al respecto las diferencias que pueden existir en cada uno de los cinco grupos de análisis.

METODOLOGÍA Y NOTAS DE CAMPO.

En los primeros días de campo me di cuenta que no eran tres sino cinco grupos de personas que viven con diabetes relacionadas a mi tema de investigación: 1) Queens 1; 2) Queens 2 (ambos grupos formados por el doctor de consulta para fines de evaluación a nivel Secretaría de Salud); 3) No Queens (Personas que acuden al GAM pero no forman parte de ningún Queens); 4) GAM Pasivos (Personas que por algún tiempo fueron al Grupo de Ayuda Mutua pero que actualmente ya no); 5) No GAM (Personas que sólo acuden al centro de salud pero no al GAM). Frente a esto, tomamos la decisión junto con mi director de no omitir ningún grupo, pero sí era necesario reajustar el número de entrevistas debido al corto tiempo de la investigación, por lo que quedamos en tomar en cuenta a cuatro personas de cada grupo sin dejar a un lado las características específicas ya planteadas (Ambos sexos, sin importar el número; rango de edad de 40 a 70 años; personas que viven con diabetes con un mínimo de 3 años desde el diagnóstico).

La información requerida para esta investigación se obtuvo a través de diversos procesos dirigidos a cada una de las personas y lugares, mediante el empleo de diferentes técnicas de investigación como la encuesta, la entrevista, la etnografía y el diario de campo. Al inicio, se planteó realizar encuestas a las personas que viven con diabetes de los cinco grupos, sin embargo, después de tres semanas en campo, se decidió que las encuestas se aplicarían únicamente a personas que acuden al centro de salud a consulta, es decir, la población abierta, puesto que el médico encargado del GAM otorgó listas con información básica de los integrantes Queens 1, Queens 2, No Queens y GAM Pasivos. Sin embargo, en los primeros días de campo, sentí la necesidad de aplicar algunas encuestas para volver a familiarizarme con las personas y para que me recordaran. Las entrevistas a personas que viven con diabetes se llevaron a cabo a los cinco grupos antes mencionados, procurando tener mínimo a un hombre dentro de las cuatro personas de cada grupo. Comencé a realizar las entrevistas con las personas que me recordaban mejor (Queens 1), después con

---

la vida y la muerte contribuyen a entender y explicar las decisiones, conductas y prácticas que han llevado a cabo a lo largo de su enfermedad. Como Prácticas me refiero básicamente al pedido de ayuda, tratamiento, dieta, ejercicio, medicamentos (cualquier tipo), actividades cotidianas, estilo de vida, apoyo (familiar o de amistades).

Queens 2, en lo que iba conociendo a los integrantes del tercer grupo (No Queens); al final quedaron los dos grupos más difíciles, pues eran personas con las que no estaba en contacto y que no me conocían.

Para localizar a personas del grupo GAM Pasivos, tuve que recurrir a la lista facilitada por el médico de consulta pero también a los integrantes actuales del GAM, quienes conocían a personas que ya no llegaban a las pláticas, así como a la asistencia a otro club de personas adultas ubicado en el centro de la ciudad, en donde localicé a dos personas. Para el último grupo (No GAM) fue aún más difícil, pues estar en la sala de consulta todo el día esperando a que apareciera una persona con diabetes no era tarea fácil, así que me ayudé de la técnica de "bola de nieve".

Las entrevistas a personas con diabetes fueron estructuradas teniendo dos ejes: Aspectos relevantes de su vida y las Trayectorias de atención en relación a la enfermedad, desde sus inicios hasta el estado actual. Las entrevistas al personal de salud también fueron estructuradas y se realizaron un total de cuatro: a la Dra. María Eugenia Limón Ponce (Coordinadora del programa de la salud del adulto y adulto mayor a nivel estatal), al Dr. Salvador López Jiménez (Coordinador del programa de la salud del adulto y adulto mayor en la Jurisdicción Sanitaria II, San Cristóbal de Las Casas), a Lic. Rosa Cecilia Estrada Sánchez (Encargada del programa del control cardiovascular y del los GAM en la Jurisdicción Sanitaria II) y al Dr. José María del Rosario Gómez Gutiérrez, encargado del GAM de "Los Pinos". Por último se decidió entrevistar a la entonces presidenta de la mesa directiva del GAM, la señora Patricia, quién además fue una de las primeras integrantes.

La etnografía se realizó en las sesiones del Grupo de Ayuda Mutua y en los hogares de las personas que viven con diabetes que fueron entrevistadas; tanto la etnografía como la observación (participante y no participante) me ayudaron a conocer las prácticas que llevan a cabo las personas que viven con diabetes, tanto en espacios públicos (centro de salud, GAM) así como en espacios privados (hogar, consulta), pues se pedía a las personas que me llevaran al espacio donde se sintieran cómodas (su sala, el jardín, el patio), incluso en ocasiones la entrevista se alargaba tanto que les pedía que hicieran sus actividades normales mientras continuábamos con la pláticas, así muchas mujeres me permitieron entrar a la cocina y estar presentes en el momento de la preparación de los alimentos, mientras otras me llevaron a rincones de su casa donde guardan recuerdos gratos como fotografías o cartas.

El diario de campo se escribió en todo momento del trabajo de campo, es decir, durante las entrevistas a las personas que viven con diabetes, en las entrevistas al médico del GAM y a las personas de la jurisdicción, durante las etnografías, en las mediciones de

glucosa, para poder anotar aspectos que no pueden ser registrados en los audios, tales como gestos, señales y actitudes.

El primer día de trabajo de campo (jueves 1ero de septiembre), me presenté con el Dr. Román (director del centro de salud Los Pinos), dándole el protocolo de investigación así como las encuestas que se aplicarían. El Dr. Román me comentó que por parte de él no había ningún problema para que se llevara a cabo la investigación, sin embargo era necesario hablarlo con las personas que acuden al GAM, ya que ha habido algunos detalles con ellos (Situación que descubrí más tarde), advirtiéndome que el único requisito para dar el permiso era que la actividad que realizara en el GAM no trajera gastos para los asistentes, ni propagandas.

Le comenté que ya había hablado con el Dr. José María (Médico del GAM), y con doña Patricia (Presidenta de la mesa directiva del GAM), pero que esperaría su intervención y el resultado de la misma el día miércoles. Enseguida, pasé a hablar con el Dr. José María, me comentó que la toma de muestra que se realiza para la reacreditación, se hace una vez al mes, tanto para el grupo "Queens 1" como para "Queens 2" en días diferentes. Le entregué los documentos y le platiqué lo que el director me había dicho. El Dr. José María me dijo que le parecía muy extraño que el director me haya dicho que lo tenía que hablar primero con el GAM, pues casi nunca acude a las reuniones.

Después el Dr. Gómez comentó que quizá era por la experiencia que tuvieron con una estudiante de la maestría en ECOSUR a quién se le pasó el detalle de pedir permiso con la presidenta del GAM para realizar su investigación, por lo que le cerró las puertas del GAM; así que la investigadora tuvo que realizar las entrevistas en los domicilios particulares y nunca acudió a las reuniones del GAM. Le comenté que ya quería iniciar con las encuestas pero que me parecía importante esperar la respuesta del director el día miércoles, a lo que el Dr. José María respondió que le parecía lo más adecuado. Así que ese día sólo iba a presentarme de manera informal ante las personas que llegaran, aunque no iba a haber sesión debido a la celebración del cumpleaños de doña Patricia.

La asistencia a las pláticas fue constante, todos los martes y jueves hábiles del período de trabajo de campo asistí a las sesiones donde llevé a cabo la descripción etnográfica de las actividades que ahí se realizan, así como la participación y comportamiento de los asistentes. Lo mismo durante los eventos del centro de salud relacionados con el GAM como el día internacional de la lucha contra la diabetes (14 de noviembre).

La sesión del GAM consta de dos horas, que se divide en una hora de plática con el Dr. José María y la otra hora de ejercicio con los profesores pasantes de educación física en

la cancha del Centro de Extensión de Conocimiento (CEC), que depende del IMSS, para realizar las actividades físicas.

A mediados de septiembre el médico encargado del GAM tuvo dos semanas de vacaciones pero quería que las sesiones continuarán aunque él no estuviera presente, así que realizó un cronograma de actividades en el cual involucró a personas allegadas al grupo, quedando de la siguiente manera: Martes 20 de septiembre: Plática con el Dr. Salvador sobre hipertensión; Jueves 22 de septiembre: Dinámica con la enfermera Isabel; Martes 27 de septiembre: Yo hablaría sobre cifras de diabetes a nivel mundial; Jueves 29 de septiembre: Dinámica con la enfermera Isabel. Por lo que fue un buen momento para integrarme mejor al GAM, pues tuve la oportunidad de estar más cerca de ellos, sobre todo el día que me tocó dar la plática. La idea era dar la información de cómo está la diabetes a nivel mundial, nacional y estatal a través de preguntas con la idea de que ellas adivinaran y estuvieran pendientes, así también se pensó llevar diapositivas para que estuvieran atentas y no sólo escuchando la información.

Como parte de esta integración y relación al GAM tuve la oportunidad de ofrecer un taller sobre autoestima a petición del doctor de consulta gracias al apoyo de una compañera de la maestría. El objetivo del taller fue que las personas se dieran cuenta de la importancia de la autoestima en su vida pero sobre todo en su salud. La estructura del taller fue la siguiente: Comenzar con la pregunta ¿Qué es autoestima?, continuar con un ejercicio de recordar la infancia y la juventud; seguido del comentario de las experiencias del recuerdo y hablar sobre autoestima relacionándolo a la etapa en la cual se encuentran. Para finalizar se realizó un ejercicio en el cual los integrante debían de hacer un dibujo sobre ellos, específicamente su cuerpo, tenían que explicarlo y mencionar tres compromisos que pudieran observar los demás integrantes, con la idea de que todos fueran testigos de los compromisos de todos.

A finales de noviembre se dio la segunda parte de este taller, que inició con el recuento de los compromisos hechos en la sesión pasada y los resultados obtenidos durante el tiempo entre la primera sesión del taller y ésta. Al finalizar se le dio a cada asistente tres secciones de hojas de colores unidas con las siguientes leyendas: 1 mes, 1 año, 5 años. Con la intención de que en ellas escribieran, dibujaran o señalaran ¿Cómo se querían ver en ese tiempo? o ¿Qué cosas les gustaría estar haciendo en ese tiempo?

En relación a la forma teórica-conceptual de ver la problemática fue un proceso bastante complicado, la idea inicial fue de no ir a campo con conceptos preestablecidos pues podría sesgar la información; pero las clases de teoría me sedujeron a tener en cuenta la teoría de Agencia, y aunque no estaba completamente de acuerdo con algunas cuestiones,

después fueron aclarándose al incorporar la Teoría de la Práctica de Ortner (2006) y las aportaciones de Sewell (1992).

Al tener sistematizados los datos del trabajo de campo, me di cuenta que a pesar de que estas teorías me ayudaban a ver y comprender el problema no tenía elementos para realizar la comparación entre los grupos, así que decidí dejarlas a un lado. En ese momento recordé el libro, que el Dr. Jaime me sugerido, de Fitzpatrick (1990) que habla sobre la; al mismo tiempo, comencé a leer a Kleinman (1988). Ambos me abrieron el panorama para poder entender y analizar la información.

El concepto de Padecimiento (Illness) de Kleinman coincidía con la forma en que se retomaría la diabetes, es decir, vista desde las personas que conviven con ella y no desde la biomedicina, por lo tanto fue retomado como punto de partida para hacer el análisis; mientras que Fitzpatrick se volvió el eje para poder analizar la información, pues al leerlo me venían a la memoria las historias encontradas en campo, así que fui encontrando las herramientas necesarias para sustentar teóricamente la problemática de la investigación.

¿QUÉ PENSABA ENCONTRAR EN CAMPO Y QUÉ ENCONTRÉ?

Antes de iniciar el trabajo de campo pensé que por lo menos las entrevistas a los tres primeros grupos (Queens 1, Queens 2 y No Queens) se me iban a facilitar pues todos llegan a pláticas dos días a la semana al centro de salud, sin embargo me costó mucho trabajo iniciar con las entrevistas. Para Queens 1 y Queens 2, quienes ya me conocían, era fácil identificarme y saber lo que estaba haciendo al estar ahí, lo cual facilitó la entrevista para algunas personas pero para otras no pues como ya había realizado un trabajo anterior no quisieron ser entrevistadas nuevamente. Sin embargo, estos tres grupos en comparación a los otros dos (GAM pasivos y No GAM) las entrevistas se dieron más rápidas.

Muchas personas no quisieron darme la entrevista, además de la excusa antes mencionada, las otras evasivas fueron que no tenían tiempo, que trabajaban y no estaban en casa todo el día o que negaban tener diabetes, pero el recibimiento, la aceptación de estar presente en las pláticas y convivios así como la estancia en general en el GAM fue mejor a lo que me esperaba. Al quinto grupo (No GAM) pensaba que sería fácil encontrarlo en la sala de espera del centro de salud, pero no fue así, pasaban días y no encontraba a nadie con diabetes, lo cual me impedía seguir avanzando; así que decidí preguntar a quienes llegan al GAM por personas o familiares que únicamente llegaran al centro de salud y no al GAM, así fue que pude localizarlos.

Pensé que me iba a ser difícil que los pocos hombres que asisten al grupo me dieran la entrevista, pero no fue así, las entrevistas fueron agradables y fluidas; el único hombre que casi no habló durante la entrevista y que me costó más trabajo platicar con él fue don Hugo (integrante del grupo No GAM), la entrevista la esperé más de un mes y fue la más corta de todas. En relación al rango de edad que me había planteado me di cuenta en campo que 70 años no podía ser la edad máxima pues encontré mucha población que sobrepasaba los 70 años y que recordaba perfectamente los inicios de la enfermedad, así que tuve que dejar a un lado ese límite de edad y entrevistar a personas que tenían más de 70 años.

Imaginé que las personas no usarían los términos "diabético" y "control", sin embargo en todas las entrevistas aparecieron estas palabras para definirse a sí mismos como personas que viven con diabetes y a la manera de evaluar su enfermedad.

¿CÓMO NEGOCIAR EL ROL DE ANTROPÓLOGO?, ¿QUÉ IMPLICA?

La negociación del rol de antropólogo me implicó diversas actividades que no estaban contempladas en el tiempo de trabajo de campo, lo cual hacía que me atrasará en la obtención de la información, sin embargo esas negociaciones no fueron en ningún momento algo que me disgustara. Como parte del GAM, el médico me pidió en una ocasión que diera una plática sobre los números de la diabetes a nivel mundial, debido a que él tenía que ausentarse. Actividad que me llevó varios días para preparar la presentación pero sobre todo pensar la forma en cómo hablarles de números y que no se aburrieran, así que preparé una presentación en PowerPoint con dibujos e imágenes relacionadas a la enfermedad, así como la utilización de una dinámica para hacerles preguntas sobre lo que estábamos hablando y así estuvieran pendientes.

Los integrantes del GAM pidieron mi ayuda para la creación de una tabla rítmica para presentarla el día de la lucha mundial contra la diabetes. Este fue un trabajo muy difícil desde la elección de la música hasta de los pasos sobre todo teniendo en cuenta que algunos tienen un carácter dominante, hubo momentos de desesperación de mi parte pues no se podían aprender los pasos o algunos se enojaban con los que no llevaban el ritmo. La tercera experiencia fue montar una coreografía con cuatro señoras para la posada de las instalaciones donde hacen ejercicios (que pertenece al IMSS), ésta fue más fácil y más entretenida.

En relación a las entrevistas, tuve que convertirlas a una plática para que se sintieran en confianza; tenía que darme cuenta de cómo empezaban a contar su historia e ir

revisando la guía de entrevistas para ubicar qué preguntas ya habían sido respondidas y cuáles faltaban, no pude seguir la guía tal y como estaba pues no quise cortar ninguna historia y hacer que regresaran a mi propia estructura de entrevista. En varias ocasiones preguntaba si estaba cansada(o) o si necesitaba hacer una pausa; también tuve que platicarles ejemplos de mi propia experiencia al tener un papá y abuelos que viven con diabetes. Durante las entrevistas me hacían preguntas médicas, como si yo fuera una especialista del tema, a lo cual trataba de responder lo más cuidadoso posible; también me toco explicar en muchas ocasiones lo que significa y para qué se crearon los grupos Queens 1 y Queens 2.

CONDICIONES DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

El médico aceptó mi participación con la condición de que obtuviera la información por mis propias medios y mucho trabajo, es decir, la constancia y el compromiso de acudir a todas las sesiones del GAM durante el periodo de septiembre a diciembre, él no iba a darme los datos que necesitaba, yo tenía que llegar a trabajar con la obtención de otro tipo de información, como los expedientes clínicos, en horarios que no fueran los de las sesiones del GAM, pero sí en su horario de trabajo, es decir: lunes, miércoles y viernes de 14:00 a 20:30 horas; martes y jueves de 14:00 a 16:00 y de 18:00 a 20:30 horas.

Para las entrevistas tuve que adaptarme a los horarios y días en que las personas podían darme la entrevista, hubo días en que a pesar de hacer una cita llegaba a casa de la persona y no la encontraba o no me podía dar la entrevista; si a media entrevista se acordaban de algún pendiente se terminaba la entrevista, así como si llegaba alguna visita, por lo que hubo entrevistas que se hicieron en tres o cuatro momentos diferentes.

ESTRUCTURA DE LA TESIS.

Para poder dar cuenta del trabajo realizado en esta investigación, así como el análisis de la información recabada en campo, la tesis se estructura de la siguiente manera:

El capítulo I corresponde al marco referencial tanto del municipio donde se realizó el trabajo de campo, como de aspectos generales de la enfermedad, de la salud en San Cristóbal de Las Casas y de la Jurisdicción II de la cual forma parte el Centro de Salud "Los Pinos"; así como la etnografía del centro de salud y una breve historia del Grupo de Ayuda Mutua, con la idea de que el lector tenga los elementos básicos para comprender el problema planteado. El capítulo II se destina al marco teórico y conceptual, para que el

lector pueda conocer los conceptos claves y la teoría que se manejará en el análisis posterior.

Antes de pasar al análisis, se pretende dar un panorama de las historias encontradas en campo, por lo cual el capítulo III tratará de la presentación de los 20 casos a través de las similitudes y diferencias encontradas por cada grupo, tomando en cuenta viñetas de las historias más representativas de los diferentes grupos contada por las personas a través de las entrevistas, aquí se mostrarán elementos generales de las historias así como el inicio de la enfermedad, la experiencia en el centro de salud y en el GAM, así como el conocimiento de la misma.

El capítulo IV pretende realizar el análisis comparativo de la historia de la vivencia de la enfermedad por grupos, lo cual tiene que ver con la búsqueda de ayuda, los diversos tratamientos de la enfermedad y el estado actual; seguido de algunas consideraciones finales. Se finaliza con los anexos y la bibliografía.

La idea del esquema del capitulado es primero dar los elementos necesarios para que el lector llegue al capítulo del análisis con el conocimiento necesario, tales como los conceptos, la teoría, el conocimiento del espacio, el tiempo y las personas involucradas en la problemática.

CAPÍTULO I
MARCO REFERENCIAL.

INTRODUCCIÓN.

El objetivo principal de este capítulo es dar a conocer los aspectos generales de cada uno de los elementos del contexto de esta investigación, por lo que se intentará dar un panorama general de la DM2 para la comprensión de la enfermedad, tales como: su definición, las diferencias con la Diabetes tipo I, diagnóstico, complicaciones, tratamientos y control, así como de la situación de la moribi-mortalidad a causa de la DM2, a nivel nacional y estatal.

Para relacionar los dos temas generales de este capítulo: San Cristóbal de Las Casas y la DM2, se pretende dar cuenta del Sector Salud en el municipio, principalmente de la estructura de la Secretaría de Salud a través de la Jurisdicción Sanitaria II en donde se encuentra registrada este municipio y por lo tanto el Centro de Salud "Los Pinos". Tomando en cuenta estadísticas de la Secretaría de Salud pero también el testimonio recabado durante el trabajo a tres funcionarios de la secretaría: La coordinadora estatal del Programa de la salud del adulto y adulto mayor, el coordinador del programa de la salud del adulto y adulto mayor en la Jurisdicción Sanitaria II y la coordinadora del programa Control Cardiovascular en la Jurisdicción Sanitaria II.

Se finalizará con información general de la estrategia de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), retomada de la Norma Oficial de la Diabetes, el Programa de prevención de la Diabetes, así como estadísticas de la Secretaría de Salud. Se dará cuenta de la situación de los GAM en la jurisdicción II así como el ejemplo del GAM "Los Pinos" mediante la información recabada en la entrevista al coordinador de este GAM así como de la, ahora, ex presidenta de la mesa directiva.

1.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2.

> "Se ha descuidado el hecho de que la diabetes se vive en la casa del enfermo, la diabetes no se afronta en un consultorio médico, no se afronta en una institución. La diabetes se vive cotidianamente en la casa, con la familia, en el trabajo, se vive en sociedad, se afronta en el ámbito social, en el ámbito personal del enfermo" (Cardoso, 2009:67).

Los médicos de la antigua Grecia también conocieron esta enfermedad y fueron ellos quienes le pusieron el nombre de diabetes, que significa "sifón" en griego. Esto hace referencia a uno de los síntomas más prominentes del padecimiento, la frecuencia de orina. No fue sino hasta fines del siglo XVII que se añadió el adjetivo mellitus al nombre, para distinguirlo de otra enfermedad llamada diabetes insípida. "Mellitus tiene su origen en la palabra latina que significa miel y se refiere al hecho de que los diabéticos tienen azúcar en la orina. En 1860, Étienne Lanceraux, médico parisiense declaró su convicción de que la diabetes era consecuencia de un páncreas desordenado" (Dolger y Seeman, 1980: 12-13).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994:4), la DM2 es definida como "[…] enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas".

La Diabetes es una enfermedad metabólica, es decir:

> "El metabolismo es un proceso continuo que proporciona calor, energía y sustancias vitales por medio de los alimentos que consumimos y el aire que respiramos. Envuelve dos procesos fundamentales […]: el anabolismo (síntesis de moléculas) y el catabolismo (degradación de nutrientes) […] Estos dos procesos del metabolismo son continuos […]. No obstante, el ritmo al que funcionan cambia constantemente conforme van cambiando las exigencias de nuestro cuerpo de acuerdo con la tensión, la actividad, el crecimiento, las enfermedades o el envejecimiento" (Dolger y Seeman, 2006: 19-20).

Las enfermedades incluidas en el Síndrome Metabólico por la Secretaría de Salud en México son: la obesidad central, alteraciones en el metabolismo de la glucosa (con o sin DM2 y resistencia a la insulina), hipertensión arterial, dislipidemia con colesterol HDL disminuido e hipertrigliceridemia. (Méndez, et. al, 2009). Para que exista salud, ambos procesos (anabolismo y catabolismo) deben estar equilibrados, lo cual nos lleva a relacionar los alimentos que consumimos y las necesidades metabólicas que exige nuestro cuerpo, por lo tanto, cuando el proceso metabólico es alterado la persona tiende a ser vulnerable a la Diabetes. Esta enfermedad afecta principalmente el páncreas, glándula que produce la

hormona llamada "insulina"[2], en consecuencia el organismo no puede utilizar adecuadamente glucosa, ácidos grasos y proteínas provenientes de los alimentos.

La biomedicina distingue dos tipos de diabetes: Diabetes Mellitus tipo 1: "Los pacientes […] son deficientes en insulina y prácticamente las células beta no responden a estímulos con glucosa y sin glucosa" (Byrne, et. al., 2003: 136). También es conocida como diabetes juvenil ya que "es la forma que adquiere la enfermedad en todos los niños y adolescentes diabéticos. Sin embargo, no está limitada a los jóvenes" (Dolger y Seeman, 2006: 36). La Diabetes Mellitus tipo 2 que: "[…] se caracteriza por perturbaciones de la actividad y la secreción de la insulina, de las cuales una y otra pueden ser el signo predominante, y que por lo común ya están establecidas en la fecha en que el trastorno se manifiesta clínicamente" (Bennett, 2003: 674). A diferencia de la Diabetes Mellitus tipo 1, en donde, con algunas excepciones, las personas sólo pueden conllevar la enfermedad a través de inyecciones de insulina (Insuficiencia de insulina absoluta), quienes padecen la DM2, pueden manejarla a través de diversas estrategias, ya que la insuficiencia de insulina en su organismo es relativa, menos grave y también menos repentina. Esto es interesante para mí, ya que me permite observar cómo se van utilizando las estrategias alrededor de la enfermedad.

Algunos médicos señalan que hay un tercer tipo de diabetes, la llamada diabetes gestacional, la cual se define como "la intolerancia a los carbohidratos de severidad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. En el 2 al 3 % de mujeres embarazadas se establece el diagnóstico de diabetes gestacional. Los criterios utilizados para el diagnóstico son específicos para el embarazo y son diferentes a los que se utilizan para el diagnóstico de la diabetes o para la alteración de la tolerancia a la glucosa en personas no embarazadas" (Coustan, en Lebvovitz, 1994: 9). Por lo que la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda hacer un escrutinio de diabetes gestacional a toda mujer embarazada entre la semana 24 y 28.[3]

Los factores de riesgo para la diabetes tipo II, se relacionan con antecedentes de familiares con diabetes, el sobrepeso, la presión arterial alta, el colesterol alto, los

---

[2] La insulina "es descargada en la circulación por las células beta del páncreas en respuesta a las concentraciones crecientes de glucosa en sangre. Se une a receptores específicos presentes en las superficies celulares, lo que sirve de señal para la captación de nutrimentos, el almacenamiento de energía y crecimiento. Un descenso en los valores de insulina en respuesta a la hipoglucemia da por resultado la liberación de esta energía almacenada y la síntesis de glucosa por el hígado. La falta de secreción de insulina o el deterioro en la acción de esta traen consigo trastornos metabólicos característicos de la diabetes mellitus" (German, 2003:13).
[3] La prueba consiste en que: "mediante la administración oral de 50 g de glucosa sin tener en cuenta la hora del día ni el intervalo desde el último alimento. Si la glucosa plasmática es > 140 mg/dl (> 7,8 mM) se debe practicar un test de tolerancia a la glucosa oral (TTOG) de 3 horas con 100 mg de glucosa" (Coustan, en Lebvovitz, 1994: 9).

triglicéridos altos y el sedentarismo. Los síntomas son diversos y no todas las personas llegan a presentar todo, incluso algunas no tienen sintomatología; principalmente son tres: el aumento en la cantidad de orina (poliuria), mucha sed (polidipsia) y comer mucho (polifagia), aunque hay personas que presentan otros como: pérdida de peso, cansancio, dificultad para que sanen las heridas, piel seca, visión borrosa, hormigueo en las extremidades e infecciones frecuentes.

Según la Norma oficial NOM-015-SSA2-1994, se diagnostica diabetes, cuando se cumple con cualquiera de los siguientes criterios:

- "Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual >200 mg/dl (11,1 mmol/l);
- Glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia >200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día" (Pág. 34).

Una vez diagnosticada la enfermedad, el enfermo debe iniciar un manejo biomédico. Según la Norma Oficial de diabetes, dicho manejo tiene el propósito de aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida así como reducir la mortalidad por complicaciones y debe comenzar con un cambio de estilo de vida, es decir, modificando la alimentación y aumentando la actividad física y posteriormente de acuerdo a la evolución de la enfermedad dar paso al manejo farmacológico.

> "El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.
>
> Manejo no farmacológico.
> Es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.
>
> - Control de peso: Se considera que un paciente ha logrado un adecuado control de peso, si mantiene un IMC >18 y <25; se pueden establecer metas intermedias, de acuerdo con lo especificado en el Apéndice normativo E. Para mantener el control de peso se debe seguir el plan de alimentación, actividad física y ejercicio en los siguientes términos.
> - El monitoreo de glucosa y colesterol servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento.
> - Educación del paciente y su familia. El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento.
> - Grupos de ayuda mutua.
>
> El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática. Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del

> tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que, de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas" (Pág. 34-36).

Es decir, cuando la persona no puede nivelar su glucosa únicamente con dieta y ejercicio, el médico debe indicar medicamentos. Por lo observado en campo, es muy difícil tener un diagnóstico de la enfermedad en sus primeros meses, cuando se recomienda sólo el cambio de estilo de vida, pues regularmente se hace la detección cuando la persona ya presenta síntomas o incluso complicaciones, por lo tanto el tratamiento pasa inmediatamente a esta segunda etapa. Los medicamentos utilizados en esta etapa son las sulfonilureas y la Metformina.

Desde hace más de 40 años se han utilizado las sulfonilureas para el tratamiento de la diabetes mellitus, pero su mecanismo de acción es complejo, "… aumentan la secreción de insulina. (…) Se han definido claramente varios efectos metabólicos de las sulfonilureas. Reducen los índices acelerados de producción hepática de glucosa en la diabetes tipo II, revierten parcialmente el defecto posreceptor de la acción de la insulina, inducen un aumento en el número de receptores celulares de insulina e incrementan la eficiencia de la secreción de insulina" (Lebovitz, 1994: 107). Algunas personas no reaccionan a las sulfonilureas (fallo primario), mientras otras responden bien al inicio pero pueden no responder tan bien después de algunos años (fallo secundario) y una de las contraindicaciones de las sulfonilureas es la hipoglucemia (la baja de glucosa en la sangre menor a 70 mg/dl).

La Metformina pertenece al grupo de las biguanidas que son derivados de la guanidina han sido utilizadas para tratar la hiperglucemia (glucosa mayor de 140 mg/dl en la sangre) en personas que padecen diabetes mellitus desde los años 50 (Lebovitz, 1994). La Metformina es un antidiabético oral que tiene una estructura distinta y diferentes mecanismos de acción de las sulfonilureas: "Varios estudios han mostrado que la acción antihiperglucémica primaria de la metformina es producto de una mayor sensibilidad a la insulina, ante todo en el hígado y secundariamente en músculo. Juntos, esos perfeccionamientos parecen aumentar en 20 a 53% la utilización de glucosa, incremento que se ha atribuido a una mayor disposición no oxidativa de glucosa en el hígado, como por formación de glucógeno o glucogénesis, y mayor incorporación del carbohidrato a triglicéridos" (Garber, 2003: 970). La Metformina no estimula la secreción de insulina, no induce al aumento de peso y no causa hipoglucemia. Los efectos secundarios de la Metformina son gastrointestinales (náuseas, anorexia, dolor abdominal y diarrea). "La

Metformina se debe administrar por vía oral en dosis de 1,0-3,0 g/día en 2 o 3 dosis divididas. La administración de Metformina se asocia frecuentemente a síntomas gastrointestinales, y el tratamiento debe iniciarse con una sola dosis de 500 g/día e incrementarse a intervalos semanales hasta que se obtenga el efecto deseado sobre la glucemia o se alcance la dosis máxima tolerada" (Lebovitz, 1994: 114).

En muchos enfermos con diabetes tipo II, la capacidad de secretar insulina disminuye con el tiempo, y los que estaban controlados con uno o más agentes orales pueden perder el control de la glucemia. En esa fase, probablemente se hace necesaria la adición de insulina. La insulina tiene tres características principales: el tiempo de actividad biológica, el grado de pureza y la especie en que se originan (Skyler, en Lebovitz, 1994). El principal problema del tratamiento con insulina es el riesgo de hipoglucemia, algunas reacciones menores pueden ser cutáneas, alergias o resistencia a la insulina.

De acuerdo con este tratamiento, las personas con diabetes tipo II pueden dividirse en cuatro tipos dependiendo del grado de severidad:

> "**Diabetes tipo II leve**. Prácticamente nunca se necesita insulina en los pacientes con diabetes tipo II leve, p. ej., los que tienen glucosa en ayunas <140 mg/dl (< 7,7 mM).
> **Diabetes tipo II moderada**. (…) p. ej., los que tienen glucosa en ayunas de 140-200 mg/dl (7,8-11,1 mM), si se utiliza insulina, el tratamiento con insulina basal generalmente es suficiente, ya que la secreción de insulina endógena es adecuada para controlar las excursiones glucémicas posprandiales. La insulinemia basal se consigue con 1) insulina de acción intermedia al acostarse con o sin una dosis pequeña en la mañana o 2) 1 o 2 inyecciones/día de insulina de acción prolongada. Las dosis requeridas generalmente se encuentran en el rango de 0,3-0,4 U kg^{-1} día $^{-1}$. El efecto máximo de la insulina de acción intermedia al acostarse coinciden con el período anterior al desayuno, controlando así la glucemia basal (en ayunas).
> **Diabetes tipo II severa**. (…) p. ej., los que tienen una glucosa en ayunas > 200 mg/dl (> 11,1 mM) se necesita insulinización durante todo el día. La mayoría de enfermos de esta categoría requieren la adición de insulina rápida para alcanzar un control adecuado de la glucosa. La dosis requeridas generalmente están en el rango de 0,5-1,2 U kg^{-1} $día^{-1}$.
> **Diabetes tipo II muy severa.** Los enfermos (…) son los que no tienen respuesta normal de insulina endógena a los alimentos, por lo que la glucemia posprandial no se restablece a niveles basales 5 h después. (…) la glucosa en ayunas generalmente se encuentra bastante elevada, p. ej., >250-300 mg/dl (13,9 mM), pero puede incluir pacientes con menos grados de hiperglucemia en ayunas. La similaridad con la diabetes tipo II indica que deben tratarse como pacientes con diabetes tipo I inicialmente" (Skyler, en Lebovitz, 1994: 129).

Las complicaciones de la DM2 son divididas en agudas y crónicas, las primeras hacen referencia a la hipoglucemia y a la hiperglucemia. La hipoglucemia se presenta cuando la persona tiene una baja de azúcar menor a los 70 mg/dl y puede presentarse por no comer a tiempo, no tomar los medicamentos o error en la dosis del mismo. Mientras que la hiperglucemia se da cuando la glucosa sobrepasa los 140 mg/dl, debido a la vida sedentaria, consumir más alimento o no tomar los medicamentos (ROCHE, 2010).

Las complicaciones crónicas ocurren cuando los niveles de glucosa se mantienen altos por mucho tiempo, por lo regular suceden después de muchos años con la enfermedad. Las principales complicaciones crónicas son: la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía.

La retinopatía se da porque los niveles elevados de glucosa ocasionan cambios que afectan los vasos sanguíneos de la retina, a menudo es asintomática pero sí presenta algunos síntomas como visión borrosa, dolor y/o destellos de luz, "se encuentra en ~ 20% de los casos al establecer el diagnóstico, y esta cifra aumenta al 60-85% después de 15 años. La retinopatía diabética se encuentra en 3-4% de pacientes con <4 años, y después de 15 años está presente en el 5-20% de la población con diabetes tipo II" (Aiello y Caballerano, en Lebovitz, 1994: 221-222).

La nefropatía consiste en la insuficiencia renal acompañada por hipertensión, inclusive puede ser tan crónica que no puede ser posible la vida de la persona sin un tratamiento sustituto como la diálisis o el trasplante renal (Friedman en Lebovitz, 1994). La neuropatía incluye pérdida de sensibilidad en el pie, "la neuropatía motora afecta a todos los músculos del pie y produce deformidades características.

La neuropatía autonómica ocasiona un pie falsamente caliente, secundario al flujo sanguíneo alterado. La reducción de la sudoración da lugar a piel anormalmente seca que se fisura y se abre con facilidad" (Gibbons y LoGerfo en Lebovitz, 1994: 325).

Para evitar las complicaciones y la muerte a causa de la diabetes, la biomedicina ha establecido un proceso denominado "control", el cual hace referencia a la evaluación del tratamiento, el cual se obtiene a través de medidas físicas sobre glucosa principalmente, como se muestra en el cuadro 1.

CUADRO 1

APENDICE NORMATIVO E
METAS BASICAS DEL TRATAMIENTO Y CRITERIOS PARA EVALUAR EL GRADO DE CONTROL DEL PACIENTE

Metas de l tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200.0	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27
HbA_{1c}*	<6.5%mg/dl	6.5-8%mg/dl	>8%mg/dl

* En los casos en que sea posible efectuar esta prueba. ** Es necesario un control estricto de la P.A. para reducir el riesgo de daño renal. Si el paciente fuma una meta adicional es dejar de fumar.

Fuente: NOM-015-SSA2-1994:48.

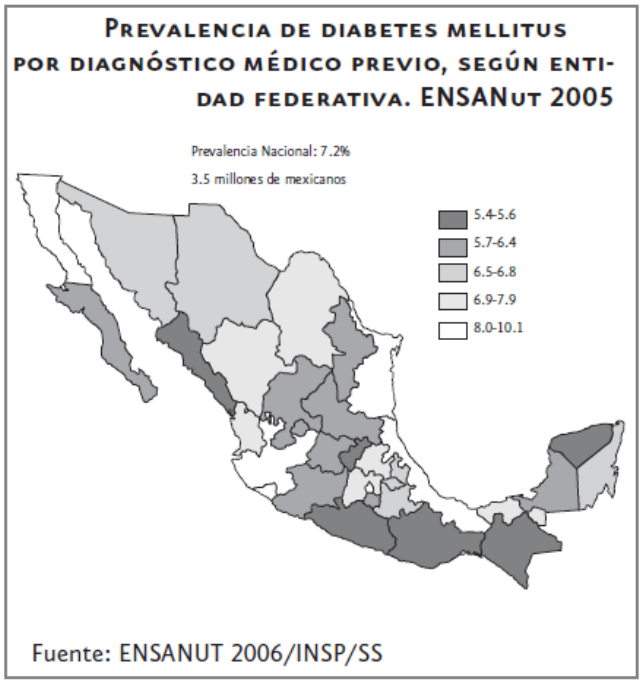
Por lo que, si una persona tiene cifras iguales a la columna "bueno" significa que su enfermedad está controlada, así el enfermo de diabetes para la biomedicina se clasifica como bueno, regular o malo, o en términos más estrictos: controlado o no controlado.

La epidemia de la DM es reconocida por la OMS como una amenaza mundial, "se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030" (Lara, 2009:152). En México, hasta 1940 la diabetes no formaba parte de las principales causas de mortalidad, fue a partir de los años 1980 y 1990 que la tasa de mortalidad aumentó significativamente "21.8 y 31.7 defunciones por cada 100 000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente y en el año 2000 llegó a 46.8" (Lara, 2009: 153), fue el año en que se convirtió en primera causa de muerte en mujeres y tercera en hombres; el aumento de muertes a causa de la DM2 puede observarse en el cuadro 2, "en 1990 se registraron 25,733 muertes, cifra que se incrementó a 82,744 en 2010, lo que significó un 221.5 por ciento de aumento" (SSA, 2011a:28).

Desgraciadamente, la DM se ha convertido en una epidemia y ha sido reconocida por la OMS como una amenaza mundial, "se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030" (Lara, 2009:152). En México, la DM2 representa 97% del total de casos nuevos registrados. En el período de 2001-2007 se aprecia un incremento del 28% al pasar de una tasa de 291 a 375 por 100 000 habitantes. "En el año 2000 se reportaron 394 360 casos nuevos, de los cuales un tercio corresponde a población abierta (35%) y más de la mitad a población derechohabiente (51%)" (Lara, 2009: 154). (Ver cuadro 2).

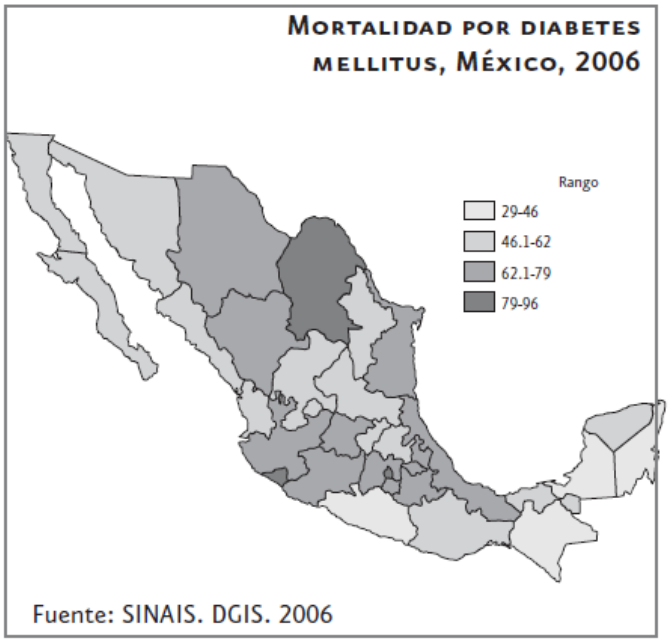
En México, hasta 1940 la diabetes no formaba parte de las principales causas de mortalidad, fue a partir de los años 1980 y 1990 que la tasa de mortalidad aumentó significativamente "21.8 y 31.7 defunciones por cada 100 000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente y en el año 2000 llegó a 46.8" (Lara, 2009: 153), fue el año en que se convirtió en primera causa de muerte en mujeres y tercera en hombres; el aumento de muertes a causa de la DM2 puede observarse en los cuadros 3 Y 4, "en 1990 se registraron 25,733 muertes, cifra que se incrementó a 82,744 en 2010, lo que significó un 221.5 por ciento de aumento" (SSA, 2011a:28).

CUADRO 2



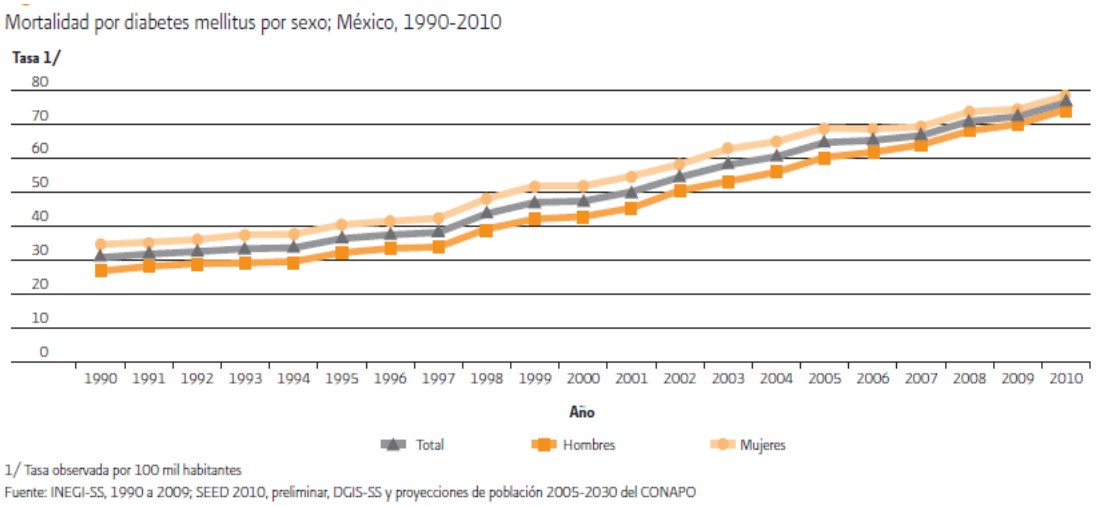
Fuente: Secretaría de Salud, 2008: 20.

CUADRO 3



Fuente: Secretaría de Salud, 2008:18.

CUADRO 4



Fuente: Gobierno Federal, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2011, en: www.dged.salud.gob.mx (Consultado el 25 de junio de 2012).

Por todo lo anterior, el costo de la atención de esta enfermedad es muy alto, en México en las últimas dos décadas ha incrementado su importancia como problema de salud, retomando las complicaciones, la diabetes es la primera causa de ceguera prevenible, de amputaciones no traumáticas y de insuficiencia renal crónica, por lo tanto el acceso a los servicios de salud representa un aspecto definitivo ante el reto de esta enfermedad (Villalpando, 2009). Según datos del Gobierno Federal en 2009 el presupuesto ejercido para el programa de la prevención de enfermedades crónico-degenerativas fue de 429 millones de pesos y en 2010 fue de 509. 6 millones de pesos. En ambos años fue el 4to programa en el presupuesto de la secretaría de salud (SSA, 2011a).

En relación con estas circunstancias, la Secretaría de Salud de México, propuso en 2001 un cambio de paradigma para el tratamiento de la diabetes: "pasar de los medicamentos como eje de control a la modificación de los estilos de vida". Proponiendo un objetivo principal: Fomentar la creación de entornos favorables a la salud que orienten a la mejora de los ambientes en los que el individuo vive, estudia, trabaja, se ejercita y se divierte" (Cardoso, 2009: 67).

La Dra. María Eugenia Limón Ponce[4] es la coordinadora del Programa de la salud del adulto y adulto mayor a nivel estatal[5], dicho programa está constituido por tres

[4] Tiene 58 años, es originaria de Jalisco-D.F.-Puebla. Médico, egresada de la UNAM y Epidemióloga de la UNACH. 20 años viviendo en Chiapas y trabajando en la Secretaría de Salud. Trabajos en la SSA: Regulación de servicios de salud (que ya no existe ahora) por 2 años, 1 año en el departamento de enseñanza, departamento de planeación en el área de evaluación por 5-6 años, área de epidemiología donde fue coordinadora estatal del programa de atención a la adolescencia, luego en el programa de cólera, después en el

subprogramas: prevención y control de la DM2, riesgo cardiovascular y envejecimiento. Así que, en cada jurisdicción del estado tiene un homólogo quién supervisa la aplicación y los resultados de las estrategias, sin embargo ella comenta que en Chiapas hay jurisdicciones en donde una persona coordina tres o cuatro programas. Las estrategias que aplican son las mismas a nivel federal, los recursos y la papelería se distribuye de manera general para que el programa concuerde en los tres niveles. A nivel nacional el responsable del programa de la salud del adulto y adulto mayor es el doctor Cuauhtémoc Sánchez, con sus coordinadores en cada una de las tres áreas antes mencionadas, donde el doctor Antonio de León es el coordinador del programa de diabetes mellitus.

El programa se lleva a cabo con todas las partes constitutivas, tales como el plan de trabajo (evaluaciones estatales y nacionales), seguimiento de metas a través de documentos para que las evalúen y si no se alcanzan tienen que justificar el porqué (puede ser por cambio de personal, o falta de insumos, entre otras). La evaluación se hace a través de indicadores del programa "Caminando a la excelencia" que evalúa a todos los programas además de los indicadores por cada área. La evaluación a nivel nacional la hacen trimestralmente y el seguimiento a nivel estatal se hace mensualmente a través de sistemas de información ya sistematizada en formatos especiales específicos de cada programa.

El objetivo del programa es prevenir y controlar enfermedades crónico-degenerativas, sin embargo, en relación a las estrategias, cada estado y jurisdicción las va personalizando dependiendo del tipo de población con la que trabaja pero guiándose de las normas oficiales (de cada enfermedad). La principal estrategia del programa a nivel nacional es la formación de Grupos de Ayuda Mutua; otra estrategia, a la que se le ha dado impulso desde el 2011 a través del programa de salud alimentaria, es la de los "5 pasos por tu salud" (Toma agua, come frutas y verduras, muévete, mídete y comparte con tu familia), para llevar a cabo el programa se contrataron, desde el año pasado, a un activador físico y una nutrióloga en cada jurisdicción, ellos están contratados por el programa de riesgo cardiovascular y apoyan a los GAM para implementar la estrategia de los 5 pasos, pero también en el ámbito laboral con los trabajadores de la secretaría de salud y de cualquier empresa (privada o de gobierno).

También menciona la existencia de otra instancia médica para enfermos crónicos, la UNEME (Unidad Médica Especializadas), que supuestamente debería de haber una en

---

programa de infecciones nosocomiales y desde el 2009 está a cargo del Programa del adulto y adulto mayor diciembre a nivel estatal.

[5] "Aquí en el Estado yo soy la coordinadora de los tres programas pero en otros estados del país hay un coordinador por cada subprograma, pero aquí están todos juntos y al fin de cuenta son programas muy relacionados" (Dra. Limón, diciembre 2011)

cada jurisdicción sanitaria, sin embargo en el estado únicamente existen tres (Tuxtla, San Cristóbal y Tapachula), las cuales comenzaron con sus actividades hace aproximadamente dos años:

> "Son clínicas especializadas no son ni de primero ni segundo nivel, son intermedias y atienden únicamente a pacientes con síndrome metabólico que tienen que ser referidos de los centros de salud" (Dra. Limón, diciembre 2011).

1.2 JURISDICCIÓN SANITARIA II.

En México, acatando la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (1998) para incidir en países con población indígena con la bandera de la equidad, solidaridad, respeto e integridad, a través de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), pone en marcha "Durante la década de los cincuentas, la Secretaria de Salud estableció en México los Distritos Sanitarios, con el fin de mejorar la organización y administración de sus servicios. Posteriormente se transformaron en lo que ahora conocemos como Jurisdicciones Sanitarias. Su desarrollo ha sido heterogéneo pero en términos generales es rudimentario. Sin embargo, constituyen la base para transformarse en verdaderos sistemas locales de salud." (Gutiérrez, 1991).

La Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico-administrativa que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área. Tiene un papel relevante debido a que es el área técnico-administrativa que está más próxima al sitio donde se otorgan dichos servicios a la comunidad, debe realizar el diagnóstico, la programación y la instrumentación de acciones de salud que respondan a las necesidades locales. Ello obliga a la Jurisdicción Sanitaria, a que además de contar con recursos financieros y materiales, disponga de personal técnicamente preparado y con facultades suficientes para tomar decisiones que le permitan cumplir con sus funciones.

Chiapas se divide en diez jurisdicciones (I: Tuxtla Gutiérrez, II: San Cristóbal de Las Casas, III: Comitán, IV: Villaflores, V: Pichucalco, VI: Palenque, VII: Tapachula, VIII: Tonalá, IX: Ocosingo y X: Motozintla), las cuales se ubican en el municipio central de la región pero cada una abarca los municipios que están a su alrededor. La Jurisdicción II contempla los municipios de Aldama, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Las Rosas, San Cristóbal de Las Casas, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán; con una población total en 2010 de 261, 957 personas (128,633 hombres y

133,324 mujeres) de una población de 627,292 habitantes (308,029 hombres y 319,263 mujeres), es decir que atiende el 41.75% de la población total. (Ver cuadro 5).

CUADRO 5

POBLACIÓN JURISDICCIONAL DEL ESTADO DE CHIAPAS POR SEXO Y GRADO DE MARGINACION 2010

JUR	Municipios	POBLACION ESTATAL			POBLACION DE RESPONSABILIDAD			GRADO DE MARGINACIÓN
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
	GRAN TOTAL	4,553,358	2,230,768	2,322,590	1,901,482	931,569	969,914	
	SUBTOTAL JURISDICCION II	627,292	308,029	319,263	261,957	128,633	133,324	
II	004 Aldama	5,962	3,021	2,941	2,490	1,262	1,228	Muy Alto
II	008 Amatenango del Valle	10,002	5,194	4,808	4,177	2,169	2,008	Muy Alto
II	019 Chalchihuitán	14,761	7,338	7,423	6,164	3,064	3,100	Muy Alto
II	020 Chamula	73,354	34,791	38,563	30,633	14,529	16,104	Muy Alto
II	021 Chanal	10,647	5,179	5,468	4,446	2,163	2,283	Muy Alto
II	023 Chenalhó	33,954	17,375	16,579	14,179	7,256	6,923	Muy Alto
II	041 Huixtán	18,919	9,245	9,674	7,901	3,861	4,040	Muy Alto
II	051 Larráinzar	17,151	8,643	8,508	7,162	3,609	3,553	Muy Alto
II	060 Mitontic	27,736	14,110	13,626	11,583	5,892	5,690	Muy Alto
II	069 Oxchuc	10,897	5,222	5,675	4,551	2,181	2,370	Muy Alto
II	071 Pantelhó	45,282	22,498	22,784	18,910	9,395	9,515	Muy Alto
II	079 Rosas, Las	21,739	11,004	10,735	9,078	4,595	4,483	Muy Alto
II	083 San Cristóbal de las Casas	191,834	94,006	97,828	80,110	39,257	40,853	Medio
II	085 San Juan Cancuc	29,230	14,534	14,696	12,206	6,069	6,137	Muy Alto
II	087 Santiago El Pinar	3,446	1,745	1,701	1,439	729	710	Muy Alto
II	101 Tenejapa	42,129	20,560	21,569	17,593	8,586	9,007	Muy Alto
II	102 Teopisca	38,032	18,366	19,666	15,882	7,670	8,213	Muy Alto
II	118 Zinacantán	32,217	15,198	17,019	13,454	6,347	7,107	Muy Alto

Fuente: Secretaría de Salud, departamento de epidemiología estatal.

El Dr. Salvador López Jiménez[6] es el Coordinador del programa de la salud del adulto y adulto mayor[7] de la jurisdicción II, este programa está relacionado con el programa de Control Cardiovascular a cargo de un preparador físico y una nutrióloga. El programa se encarga de observar y evaluar la atención de los pacientes crónicos degenerativos en las unidades básicas comunitarias, los centros de salud (con y sin hospitalización), las caravanas móviles y las casas de salud, revisando el abasto de insumos para el diagnóstico y tratamiento[8]; también llevan el censo de todos los pacientes crónicos de la jurisdicción,

[6] Tiene 27 años, hizo su servicio hace un año en la secretaría de salud en la secretaría de salud (Jurisdicción II).

[7] No tuvo una capacitación previa al puesto pero ya estando en el puesto ha tomado diplomados sobre el tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas enfocados al estilo de vida y cursos con médicos del deporte, también tuvo la oportunidad de platicar con los coordinadores anteriores en relación a las funciones y actividades que tenía que desempeñar.

[8] El programa no suministra los medicamentos, anteriormente lo hacía pero ahora el departamento de sistema de abasto es quien se encarga.

organizan las campañas de detecciones, los eventos como el día mundial de la lucha contra la diabetes y la semana de hipertensión.

Las funciones de este programa también involucran la revisión de los expedientes clínicos de acuerdo a lo establecido en la norma oficial, es decir, que contengan datos como: la fecha, la hora de entrada, especificar porqué llega el paciente, cómo se siente, lo que uno observa, la medición de glucosa, presión arterial, índice de masa corporal, talla, peso, revisión de pies y de fondo de ojo, estudios de laboratorio, de orina para glucosa, los medicamentos que da, los pronósticos, el diagnóstico, las indicaciones y referencias a segundo nivel (especialista como cirujano, cardiólogo, etc.).[9]

> "El expediente del paciente diabético se tiene que hacer por cuestiones médicas y por cuestiones legales, la historia clínica es la mejor arma que tenemos nosotros como médicos ante cualquier situación que se presente, eso nos avala" (Dr. Salvador, diciembre 2011).

El programa también está a cargo del funcionamiento de los GAM y de la UNEME, aunque comenta que ésta conforma una pequeña jurisdicción aparte por lo tanto tienen cierta autonomía. La UNEME, atiende a pacientes que son transferidos desde el centro de salud o del CEDEM[10], los cuales no pueden ser "controlados", para que en la unidad médica sean tratados durante seis meses, después de ese tiempo quienes se adhieren al tratamiento son regresados al centro de salud y quienes aún continúan con cifras altas de glucosa continúan seis meses más, al término de un año, aunque no hayan logrado el control, también retornan al centro de salud. También trabajan la prevención de enfermedades crónicas con el personal de la cervecería Cuauhtémoc Moctezuma (Superior) y en la refresquera de Coca-Cola.

Algunas personas entrevistadas tuvieron la experiencia de estar durante un año, una vez al mes, en la UNEME, en donde tuvieron pláticas sobre diabetes, hipertensión y obesidad, también sesiones de ejercicios y, a pesar de tener buenas impresiones del personal y de las instalaciones, coinciden en que no querían dejar de asistir a las pláticas sin embargo el médico encargado las regresó con su médico del centro de salud. Hay algunas críticas del personal médico del centro de salud y de la jurisdicción hacia la UNEME, en relación de que han recibido mucho recurso económico, humano y material para realizar su labor pero que trabajan con poca población al año. También comentan que debería de recibir pacientes de toda la jurisdicción pero hasta el momento sólo se encargan de las personas transferidas por las unidades médicas de San Cristóbal, además de que la localización no es

[9] Comenta que en toda la jurisdicción ha habido algunos errores en el manejo del expediente clínico pero se revisan y se solucionan.
[10] Existen algunos consultorios médicos de la Jurisdicción que se localizan en el Centro Deportivo Municipal (CEDEM).

muy buena pues está en la colonia Santa Marta (cerca del mercado del norte) y muchas personas no tienen el recurso económico para poder trasladarse hasta allá.

Como ya se mencionó, el doctor Salvador es el encargado de recibir recursos materiales para detecciones, pero también recursos materiales para ciertos estudios especializados, como lo es la Hemoglobina glucosilada[11], la cual debería ser una prueba obligada cada tres meses para toda persona con diabetes que lleve el tratamiento en cualquier unidad médica de la jurisdicción, sin embargo la Secretaría de Salud sólo realiza éste estudio entre los integrantes de los GAM que están en un proceso de acreditación[12]; la justificación se basa en que la población, en comparación a la población abierta que se atiende en el centro de salud, está más comprometida con su salud y es menor.

> "tienen preferencia los GAM acreditados y re acreditados como Queens 1, Chanal, a ellos nunca les ha faltado de hecho tenemos kits apartados para ellos que son exclusivos" (Dr. Salvador, diciembre, 2011).

1.3 SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS.

Actualmente, San Cristóbal de las Casas, tiene 185,917 habitantes (158 027 en zona urbana y 27 890 en zona rural), de los cuales 88 996 son hombres (47.87%) y 96 921 mujeres (52.13%), todos ellos distribuidos en sus trece localidades: la cabecera municipal que es la ciudad de San Cristóbal, La Candelaria, San Antonio del Monte, Mitzitón, San José Yashitinín, El Pinar, Pedernal, Corazón de María, Zacualpa Ecatepec, Fray Bartolomé, Agua de pajarito, Napité y El Bosque. "El municipio de San Cristóbal de Las Casas geográficamente está dividido en dos áreas: la parte principal colinda al norte con los municipios de Chamula y Huixtán; al este con Huixtán y Teopisca; al sur con Teopisca , Totolapa y San Lucas; al oeste con San Lucas y Zinacantán. La fracción restante colinda al norte con los municipios de Huixtán y Chanal; al este con Chanal y Amatenango del Valle;

[11] HbA1c, es un examen de laboratorio que muestra la cantidad promedio de azúcar en su sangre durante tres meses. Un valor de HbA1c del 6% o menos es normal. Los siguientes son los resultados cuando el HbA1c se están usando para diagnosticar diabetes: Normal: menos de 5.7 %; Prediabetes: 5.7 a 6.4%; Diabetes: 6.5% o superior. Los resultados anormales significan que usted ha tenido altos niveles de azúcar en la sangre durante un período de semanas o meses. Si su nivel de HbA1c está por encima de 6.5% y usted ya no tiene diabetes, le pueden diagnosticar esta enfermedad. Si su nivel está por encima del 7% y tiene diabetes, esto significa que su control de la enfermedad puede no ser tan bueno como debería. En general, cuanto más alto esté su HbA1c, mayor será su riesgo de desarrollar problemas como: Enfermedad ocular, Cardiopatía, Enfermedad renal, Daño neurológico, Accidente cerebrovascular. Si su nivel de HbA1c permanece alto por un período de tiempo largo, el riesgo para estos problemas es incluso mayor. (ADA, en: Medline plus: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003640.htm, consultado el 26 de junio de 2012) Pregúntele al médico con qué frecuencia se debe hacer revisar el nivel. Los médicos generalmente recomiendan hacerse el examen cada 3 o 6 meses.

[12] Proceso detallado más adelante en el apartado de Grupo de Ayuda Mutua.

al sur con Amatenango del Valle; al oeste con Amatenango del Valle, Teopisca y Huixtán." (INEGI, 2010).

De acuerdo a los grupos de edad, en el 2011 había 48, 995 personas entre los 0 y 14 años (31%), 100, 235 entre los 15 y 64 años (63.43%), 5 204 de 65 años y más (3.29%) y una población de 3 593 que no especificó la edad (2.27%). La población de la cual se habla en esta investigación está en un rango de edad de entre los 40 y 80 años aproximadamente, por lo cual una parte considerable está en el rango de edad con más población en el municipio (15 a 64 años); en ambos grupos de edad la mayoría de la población son mujeres, el primero con un total de 68, 758 (51.59%) y en el segundo de 4, 209 (57.67%).

En relación a la lengua hablante en todo el municipio, el 79.15% de la población total, es decir, 49,240 personas hablan español y el 18.55% (11,540 personas) hablan otras lenguas tales como: Tseltal 25.31% (15, 742), Tsotisil 72.73% (45,241), Chol 0.92% (575), Zoque 0.14% (84), Tojolabal 0.07% (41), Mam 0.03% (18), Kanjobal 0.02% (10), otras lenguas 0.33% (207) y un 0.47% (290) no especificaron la lengua que hablan (INEGI, 2010).[13] De la población entrevistada, 3 personas hablan Tseltal y 3 personas Tsotsil, aunque el español es su segunda lengua en la actualidad hablan más español que su lengua materna.

En lo que respecta a la salud, revisando algunos autores como Trens (1957), Cruz (1981), De Voz (1986) y López (1989), se puede dar cuenta de la manera en cómo la población del municipio ha restablecido su salud desde los primeros pobladores. Algunos autores llaman a los tratamientos como supersticiones, remedios o menjurjes y a los practicantes como hechiceros, herbolarios y brujos; pero todos hablan de la medicina propia de los pobladores originarios de estas tierras. Es así que se trataban "males de ojo", el "azar", el "espanto" y el "mal aire", como lo muestra el siguiente relato:

> "Hay entre ellos (indios) algunos sabios en el conocimiento de las plantas medicinales y de las venenosas, lo que guardan con un profundo secreto, apenas transmisible de padres a hijos, y practican con aparatos sombríos y misteriosos. Curan la hidropesía de varios modos, la gangrena, la jaqueca, la gota y otras muchas dolencias incurables para algunos médicos… El resto del pueblo mira a estos sabios con un respeto mezclado con terror y desconfianza, cree que son la causa de la apeste y de las calamidades domésticas, y en secreto le dan el nombre injurioso de brujos" (Emérito Pineda en, Trens, 1957, 134).

Durante la colonia, algunas de estas prácticas tradicionales fueron suplantadas por prácticas relacionadas con la religión católica, como rezos, procesiones, novenarios, triduos, que según los creyentes ayudaban a sanar "milagrosamente" a los enfermos o para que los

[13] Incluye una estimación de población residente en viviendas sin información de ocupantes. Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena. c/ Incluye otras lenguas indígenas de México y América.

menjurjes fueran efectivos.[14] Las "tomas"[15], como lo menciona López (1989), eran ingeridas por los mestizos para curar algunas enfermedades; eran preparadas principalmente con aceites, aguardiente y otras sustancias específicas para cada problema y el sabor era muy fuerte. Algunos ejemplos de nombres de tomas y la utilidad son las siguientes: Aceite guapo (es ingerido para ser valiente)[16], Fuerza para el trabajo (El indígena lo denomina "aceite de acero")[17] y para el hígado (Lo toman cuando tienen manifestaciones de Ictericia).[18]

En la época colonial, el papel de la iglesia en relación a la atención de las enfermedades fue importante. Las primeras atenciones médicas por frailes fueron principalmente otorgadas en el convento de Santo Domingo, en donde había una enfermería; tiempo después los franciscanos fundaron un pequeño hospital de San Diego y Santa Lucía en un anexo al convento; a la llegada de los jesuitas, éstos ayudaban a la curación de enfermos mediante sus conocimientos.[19] Sin embargo el papel de la iglesia iba más allá, pues fray Francisco Núñez de la Vega expidió las constituciones diocesanas en las cuales venían especificaciones sobre la práctica de los médicos:

> "También obliga este precepto (el de la confesión) siempre que hubiere peligro de muerte. Donde se advierte a los médicos, que cuando reconocieran riesgo de ella en la enfermedad tienen obligación de amonestar al enfermo, que se confiese, y reciba los Santos Sacramentos, y si al tercer día no lo hubiere hecho, no deben visitarle; y para que así lo ejecuten, establecemos y mandamos a todos y cada uno de los médicos que hubiere o hay en esta ciudad (Ciudad Real), o en otra cualquiera parte de nuestro distrito que cuando en la enfermedad reconocieran probable peligro de muerte amonesten al enfermo que reciba los Santos Sacramentos con apercibimiento de que así no lo ejecutan, los declararemos por incursos en las penas contenidas en la Constitución de Beato Pío V, que son de infamia, eclesiástico entredicho y multa pecuniaria que dejamos a nuestro arbitro reservada, y por el tenor de esta Constitución les intimamos la pena de excomunión, con que se le prohíbe el que directa o indirectamente aconsejen a los enfermos que para la salud del cuerpo usen de medios en que interviniere ofensa de Dios, y encargamos a los párrocos y curas de indio que a los tales curanderos de los pueblos los castigaremos con penas severísimas de azotes,

[14] "Con relación a los menjurjes (…) Se preconizaba para el dolor de costado (pulmonía) el corazón del Guatecomate en infusión, el cocimiento de flores de borraja y las cataplasmas locudolenti de salvado, vino blanco, orina humana, sal y boñiga, y en casos rebeldes una sangría. Para el cólera se usaba la célebre mixtura anticolérica, la nieve de limón, el cocimiento de linaza, malva, goma y arroz, las friegas de aceite caliente de ruda en los brazos y las piernas contra los calambre, la infusión de manzanilla con láudano, los sinapismos de mostaza harina y vinagre en la boca del estómago (epigastrio) contra los vómitos, las friegas en todo el cuerpo con bálsamo anodino y aceite de almendras y la aplicación de sanguijuelas en el orificio o en la barbilla. (Trens, 1957, 138)

[15] "Una dosis que se ingiere en una sola vez, recibe el nombre vulgar de "toma" (López, 1989: 116).

[16] Aceite de comer: 50 gramos; Aguardiente: 50 gramos y Ausén de Hinojo: 30 gramos. (López, 1989: 116).

[17] Aceite de comer: 100 gramos; Aceite de almendras: 100 gramos y Aguardiente: 350 gramos. (López, 1989: 117).

[18] Tintura de Semilla de Bálsamo (gotas amargas): 30 gramos; Tintura de Nuez Vómica: 5 gramos; Tintura de Nuez Moscada: 10 gramos y Aceite de Almendras: 30 gramos. (Para seis tomas. Este producto siempre se despacha en número de 6 tomas) (López, 1989: 117).

[19] "Sus conocimientos que espigaban en sus infolios de Farmacopea de Palacios, la Matritense o la de Martín Rolando, el Florilegio medicinal, el Diario Médico de Silva o el de Cuestiones Médicas" (Trens, 1957: 134).

> y otras, si curasen con soplos y palabras supersticiosas, ni con otras cualesquiera, aunque parezca o sean buenas y santas, porque tenemos experiencia que usan de ellas acompañados de muchísimas supersticiones, y medicamentos de virtud natural no conocida y sin conexión alguna conducente a las enfermedades" (Trens, 1957, 135-136).

Cuando se implementaron las regidurías de salubridad entre 1976 y 1911, las acciones para tener una ciudad "limpia" consistían en asear jardineas y lugares públicos para evitar la putrefacción de sustancias así como el desecamiento de pantanos, se prohibió la construcción de fábricas, establos y cualquier tipo de industria que contaminara la ciudad. También tenía la función de prohibir el abuso de los propietarios de las boticas, expendios de medicina y drogas, es decir, la vigilancia a los boticarios, médicos y parteras para que ejercieran su actividad con ética. En relación a la muerte por epidemia[20], el regido ordenaba que se construyeran espacios especiales para el entierro (Contreras, en Camacho 2007).

Los servicios médicos en la región Altos, incrementaron a partir de segunda mitad del Siglo XX, a partir de la creación de los servicios médicos en las comunidades indígenas por el INI; mientras que a nivel municipio el Departamento de Sanidad formó los Servicios Coordinados de Salud, es así que desde hace más de 60 años existen en San Cristóbal instituciones médicas como la SSA, el IMSS y el ISSSTE. En 1962 se crea el Centro de Salud "Los Pinos" y el Hospital Regional, continuando con la Clínica de Campo del IMSS-COPLAMAR y más tarde una pequeña clínica del ISSSTECH. "Entre todos cuentan con seis quirófanos y poco más de 130 camas censables. Equipos y aparatos nuevos como tres ultrasonidos, varios aparatos cardiovectores, electrocardiográficos, monitores, etcétera" (Millán, en Camacho, 2007: 279).

La Clínica de Campo de San Felipe Ecatepec otorga servicios a población abierta desde los años setenta y funciona con recursos del gobierno federal, sin embargo, comenta Millán (2007), que la demanda de población ha aumentado pero los servicios no, así que ofrece servicios irregulares por falta de personal médico. "No se da abasto con tanto

[20] "(…) varias veces se vio asolada Ciudad Real por los estragos de las epidemias, y así en 1565 hubo una grave pestilencia en Zinacantán, que llegó hasta la capital y mató gran número de mujeres, niños, mancebos y muchos hombres; en 1780 una epidemia de tabarillo y viruela hizo terribles estragos en la ciudad y también mató a mucha gente; los años de 1833 y 1850 azotó el Cólera Morbus a Chiapas, y D. Quirino Domínguez, en el primero de los años citados, en unión del Prefecto del centro y de acuerdo con el ayuntamiento, dictaron las disposiciones que estimaron convenientes para combatir tan terrible mal en la capital. Dispusieron fumigaciones en la ciudad, y cada vecino tenía obligación de prender frente a su casa una hoguera de madera resinosa a la cual se agregaban cuernos de animales para que humeara mejor, hogueras que también se prendían en los conventos, atrios de los templos, plazuelas y demás lugares en que hubiera reunión de gentes, y que ardían de las 6 de la mañana a las 10 de la noche, pues la enfermedad se atribuía a los miasmas pútridos del aire, y como causas coadyuvantes a los malos humores y al exceso del humor pecante. En todas estas epidemias el clamoroso campanil se hacía inusitado, y la piedad de las gentes recurría a las rogativas, novenarios, triduos, misas, procesiones de penitenciarios al Señor del Sótano, a la ermita de la Caridad, y las iglesias se veían pletóricas de fieles que clamaban misericordia" (Trens, 1957, 137-138).

enfermo. Después de haber sido por años un lugar que frecuentemente proporcionaba mal servicio y por lo mismo, tenía muy poca demanda (…)" (Millán, en Camacho, 2007: 282).

En 1996, se pone en funcionamiento la clínica Esquipulas a las afueras de la ciudad de San Cristóbal, en la carretera hacia el municipio de San Juan Chamula, teniendo como objetivo el apoyo a los habitantes de las comunidades indígenas. "Está registrada ante la Organización de las Naciones Unidas como una Organización No Gubernamental (ONG). Se fundó en la ciudad de Monterrey, N.L. No tiene filiaciones políticas o religiosas, vive, gracias a un grupo de familias, empresas, instituciones, médicos y personas que tienen el deseo de apoyar al indígena de Chiapas, orgullo de todos los mexicanos por su trascendencia histórica en el pasado, presente y futuro de este país" (Fundación Esquipulas, 2002).

El Dr. Francisco Millán Velasco en 2007 habló sobre la necesidad de un nuevo hospital para la población abierta en la ciudad, pues los que en ese momento daban servicio eran ineficientes, lo cual no significaría eliminar el hospital regional sino convertirlo en un hospital materno infantil en donde se pudiera dar capacitación a las parteras. Fue así que el gobierno federal construyó el Hospital de Las Culturas, el cual según el gobierno estatal abarcaría una población de 627 personas, mayoritariamente indígenas, y a finales del 2010 se inauguró "disponiendo de cuatro quirófanos y tres salas de expulsión, un área de hospitalización, unidades de especialidades médicas, de cuidados intensivos, así como auxiliares de diagnóstico, y 60 camas censables" (Revista El Orbe, 2012). Además cuenta con un área para la medicina tradicional con área de masaje, farmacia, área de meditación, temazcal, entre otros espacios.

Sin embargo, ha habido críticas en la ciudad sobre la idea del hospital de las culturas, primero en cuanto a que en un inicio parecía un "elefante blanco" pues estaba las instalaciones pero no había el recurso para contratación del personal médico y administrativo. Segundo, que bajo la bandera de la interculturalidad se ha querido incluir a parteras, al igual que en otros hospitales como el de Larráinzar, en donde se ha demostrado que no hay tal relación.

Además de estas opciones de medicina alópata para población abierta y derechohabiente, existen diversas clínicas y consultorios médicos particulares en la ciudad; los más conocidos son: el del Dr. Ornelas y el del Dr. Bonilla.

En el 2010, el 53.44% (99,367 personas) de la población total del municipio era derechohabiente a alguna institución: el 55.91% (55,552) con seguro popular, el 18.83% (18,706) al ISSSTE, el 18.68% (18,561) al IMSS, el 2.80% (2,787) al ISSSTECH y un 4.50%

(4,474) a otra institución.[21] (INEGI, 2010). En infraestructura, hay un total de 95 unidades médicas, 86 de consulta externa y 6 de hospitalización general. (Ver cuadro 6).

CUADRO 6

INFRAESTRUCTURA MÉDICA SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS

Concepto	Total	%	Seguridad Social	Asistencia Social
Unidades Medicas	95	**8.00**	3	92
De Consulta Externa	89	*93.68*	1	88
IMSS	86	*96.63*	1	85
ISSSTE	0	*0.00*	0	0
ISSTECH	0	*0.00*	0	0
ISA	3	*3.37*	0	3
De Hospitalización General	6	*6.32*	2	4
IMSS	2	*33.33*	0	2
ISSSTE	1	*16.67*	1	0
ISSTECH	1	*16.67*	1	0
ISA	2	*33.33*	0	2

Comparado con valor Estatal.
Comparado con valor Municipal.
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI. Anuario Estadístico de Chiapas 2011.

En lo que respecta a la DM2 en instituciones de la secretaría de salud, de acuerdo a la base de datos epidemiológicos sobre enfermedades crónico-degenerativas de la Jurisdicción Sanitaria II, se han captado un total de 2,201 personas que padecen DM2 en el 2011, en diciembre de ese año ingresaron a tratamiento 38 personas (18 mujeres de entre 20 a 59 años y 4 de más de 60 más; 13 hombres de entre 20 y 59 años y 3 de más de 60 años); para esa misma fecha habían en tratamiento 1,609 personas: 1,151 Mujeres y 454 hombres, de ambos el mayor grupo de edad está entre los 20 y 59 años (844 mujeres y 299 hombres); y un total de 554 personas en control: 406 mujeres y 148 hombres. (Ver cuadro 7).

[21] La suma puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud, incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA). Incluye Pemex, Defensa o Marina y Privadas.

CUADRO 7

POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS.

JURISDICCIÓN SANITARIA II

Sistema de Información en Salud Mes: DICIEMBRE Año: 2011

Información de Actividades: CRONICO-DEGENERATIVOS.

Variable	TOTAL
054 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE DIABETES MELLITUS.	
ADM01.-INGRESOS A TRATAMIENTO-MUJER-<20 AÑOS	0
ADM02.-INGRESOS A TRATAMIENTO-MUJER-20 A 59 AÑOS	18
ADM03.-INGRESOS A TRATAMIENTO-MUJER-60 AÑOS Y MAS	4
ADM04.-INGRESOS A TRATAMIENTO-HOMBRES-<20 AÑOS	0
ADM05.-INGRESOS A TRATAMIENTO-HOMBRES-20 A 59 AÑOS	13
ADM06.-INGRESOS A TRATAMIENTO-HOMBRES-60 AÑOS Y MAS	3
ADM07.-EN TRATAMIENTO-MUJER-<20 AÑOS	15
ADM08.-EN TRATAMIENTO-MUJER-20 A 59 AÑOS	844
ADM09.-EN TRATAMIENTO-MUJER-60 AÑOS Y MAS	292
ADM10.-EN TRATAMIENTO-HOMBRES-<20 AÑOS	26
ADM11.-EN TRATAMIENTO-HOMBRES 20 A 59 AÑOS	299
ADM12.-EN TRATAMIENTO-HOMBRES-60 AÑOS Y MAS	133
ADM13.-CONTROLADOS MUJER-<20 AÑOS	2
ADM14.-CONTROLADOS-MUJER-20 A 59 AÑOS	283
ADM15.-CONTROLADOS-MUJER-60 AÑOS Y MAS	121
ADM16.-CONTROLADOS-HOMBRES-<20 AÑOS	5
ADM17.-CONTROLADOS-HOMBRES-20 A 59 AÑOS	100
ADM18.-CONTROLADOS-HOMBRES-60 AÑOS Y MAS	43
TOTAL	2201

Fuente: Base de datos otorgada por el departamento de Epidemiología de la Jurisdicción II.

Del total, 805 personas fueron registradas en las diferentes unidades médicas de San Cristóbal, especialmente en el centro de salud "Los Pinos" y en el CEDEM, sin embargo los datos referentes al centro de salud únicamente representan a la población abierta que ha demandado el servicio, más no los integrantes del GAM. Por lo tanto, según los datos de la jurisdicción, en San Cristóbal existe una población de 805 personas con diabetes registradas en las unidades médicas de la secretaría de salud (557 en el centro de salud y 248 en el CEDEM), 6 ingresaron en el mes de diciembre: 3 mujeres (2 del centro de salud y 1 del CEDEM) y 1 hombre del CEDEM; 599 personas están en tratamiento: 445 mujeres (1 menor de 20 años, 335 entre 20 y 59 años y 109 mayores de 60 años) y 154 hombres (116 entre 20 y 59 años y 38 mayores de 60 años) y 200 en control: 168 mujeres (109 entre 20 y

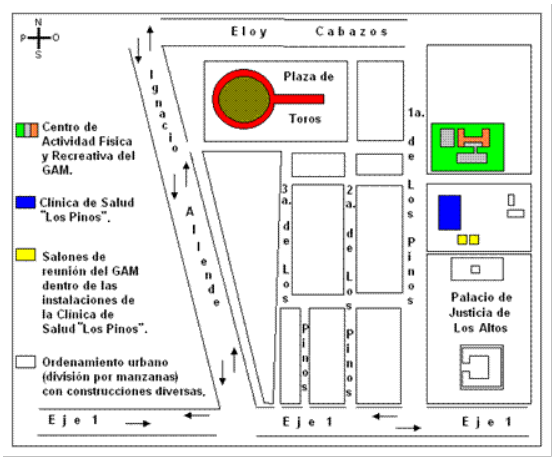
59 años y 59 mayores de 60 años) y 32 hombres (25 entre 20 y 59 años y 7 mayores de 60 años). (Epidemiología de la Jurisdicción II).

Es decir que el grupo de edad con la mayor cantidad de personas con diabetes en las unidades médicas de la secretaría de salud corresponde al de 20 a 59 años, donde se ubican 9 de las 20 personas entrevistas en esta investigación, sin embargo, el grupo de edad que contiene más población en los datos de campo aquí mostrados se ubica en el grupo de edad de mayor de 60 años con 11 personas. Me parece que el rango de edad (20 a 59 años) no permite tener una idea de los grupos de edad en que se presentan más casos, es decir, que sería mejor si las estadísticas mostraran datos por rangos de edad de 10 años. En este trabajo, las personas que viven con diabetes tienen una edad mínima de 38 años y una edad máxima de 78 años, con un promedio de 59.75 años.

1.4 CENTRO DE SALUD "LOS PINOS".

En San Cristóbal existen diversos centros de atención médica de la Secretaría de Salud, como: el Hospital de las Culturas, CEDEM, el Centro de Salud Urbano "Los Pinos", la Clínica de la mujer, la UNEME (Unidad de Especialidades Médicas para enfermos crónicos). Con un total de población captada en el 2010 de 80,110 personas: 39,257 hombres y 40,853 mujeres; es decir el 41.76% de la población total del municipio en ese año (191,834 habitantes). El centro de salud, el cual será la base espacial para la recolección de datos, se ubica en la colonia Los Pinos, en la 1a avenida de Los Pinos, en la zona sur-este de la cabecera municipal.

CUADRO 8
CROQUIS DEL CENTRO DE SALUD "LOS PINOS"



Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse en el cuadro 9, en los 8 consultorios a cargo de médicos[22] de ambos turnos, se atiende a un total de 421 personas con DM2, es decir sólo el 0.005% de la población total del centro de salud, de las cuales 303 son mujeres (229 entre 20 y 59 años y 74 con más de 60 años) y 118 hombres (88 de entre 20 y 59 años y 30 mayores de 60 años), el centro de salud reporta mensualmente la cantidad de pacientes que atiende al SIE (Sistema de Información Epidemiológica).

CUADRO 9

POBLACIÓN DE CONSULTA ABIERTA* CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL CENTRO DE SALUD "LOS PINOS" 2011

POBLACIÓN	*EDAD*	*EN TRATAMIENTO*	*EN CONTROL*	*%*	*SIN CONTROL*	*%*
Mujeres	20-59 años	229	157	68.5	72	31.5
	60 años y más	74	49	66.2	25	33.8
Hombres	20-59 años	88	44	50	44	50
	60 años y más	30	14	46	16	54
TOTAL		421	264	62.7	157	37.3

*Sin tomar en cuenta la población del GAM.
Fuente: Dr. José Antonio, encargado del departamento de epidemiología del centro de salud "Los Pinos."

Los datos que presenta el departamento de epidemiología del centro de salud son específicamente de personas que acuden a consulta externa sin contar aquellas que asisten al GAM, pues el director comenta que esta última población es independiente del centro de salud, es decir, que las ven como personas ajenas pues algunas acuden a consulta médica a otra institución.

Aunque en la Norma Oficial se dé la misma importancia al manejo como al control de la enfermedad, en la práctica, por lo observado en campo, para gran parte de los médicos el manejo de ésta consiste en dar el tratamiento farmacológico e indicaciones para que la persona realice cambios en su estilo de vida (tratamiento no farmacológico: ejercicio

[22] Los médicos del centro de salud: Leticia del Rocío Carballo Aguilar, Mélvis Vázquez Cruz, Guadalupe Andrade Salazar, Libia Karina Martínez Aguilar, Olivia Guadalupe Maciel Mora, Keylla Daniella Gutiérrez Enríquez, Gabriela García Salazar, Hilda Rodríguez Hernández, Sonia Ramos Trujillo, Claudia Zamayoa Mendoza, Liz Saed Cuevas Palacios, Tarciso Cancino Aguilera, José Cristóbal Penagos Martínez y Gonzalo Ortiz La Parra.

y dieta); y se inclinan a valorar más el control de la enfermedad mediante los resultados de laboratorio.

En relación al GAM, entre los médicos de cada consultorio se acordó invitar a las personas con diabetes a acudir al GAM, sin embargo muchos de los pacientes aunque se les ha hecho la invitación no acuden, el médico encargado del GAM piensa que esto sucede porque las personas no acuden al centro de salud por su voluntad sino por la exigencia del programa Oportunidades, por lo tanto no están convencidos de la importancia de la prevención o el cuidado y porque aún no se ha podido concientizar al enfermo crónico, sin embargo, hay otras causas dadas por los propios enfermos, de las cuales se hablarán en el siguiente capítulo.

1.5 GRUPO DE AYUDA MUTUA.

La Secretaría de Salud en México a través del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) ha implementado los Grupos de Ayuda Mutua desde la década de los 90's, llamándolos entonces Club de Diabéticos, que surge a partir de la Asamblea Mundial de la salud de 1978 y la Carta de Ottawa de donde proviene la idea de la participación social de la comunidad de pacientes con enfermedades no transmisibles:

> "En 1978 la Asamblea Mundial de la salud reunida en Alma-Ata manifestó que la Asistencia Primaria de Salud es el punto donde convergen todos los problemas sanitarios de la comunidad y es el lugar desde donde se han de desarrollar acciones para resolverlos (…) Y en 1986 se efectúo la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa Canadá, donde se sentaron las bases para impulsar la capacidad de la comunidad y la participación comunitaria en las acciones de salud. Destaca la necesidad de que las acciones de salud busquen fortalecer la actuación de los individuos y de los grupos, sugirieron la implementación de acciones de soporte social a las comunidades que estimulen procesos de autoayuda y acciones de educación para la salud" (SSA, 2011b: 16).

En 2007 se establece como Estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua[23] de Enfermedades Crónicas (GAM EC), donde las actividades son coordinadas por el personal

[23] "La ayuda mutua es una condición natural en el ser humano de buscar contacto con otras personas, en las cuales confiar ante una situación de enfermedad, peligro o de ansiedad, es decir buscar a otro para compartir aquella situación y en la medida en que se comparte, nuestro estrés, nuestro temor, nuestro miedo se alivia. La ayuda mutua he evolucionado junto a la historia de la humanidad, adoptando diferentes formas según el momento histórico y las circunstancias sociales y culturales, están determinados por las tendencias demográficas existentes, los procesos de fuerte urbanización, los movimientos de migración, los cambios en la estructura familiar, los problemas económicos y la aparición de nuevos patrones epidemiológicos y de salud pública" (SSA, 2011b: 17).

de salud de las unidades médicas de primer nivel de atención de esta institución, pues desde 1994 está escrito en la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994), en su apartado 11.7, el surgimiento de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) con el propósito de incorporar a las personas con diabetes en el autocuidado de su enfermedad y facilitar su capacitación; fomenta la creación de GAM en todas las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, pues la funcionalidad de éstos servirá para la estimulación de la adopción de estilos de vida saludable, lo cual involucra actividad física, alimentación idónea, automonitoreo y cumplimiento de las metas médicas.

En 2011, la Secretaría de salud reportó 8,512 GAM EC trabajando con un total de 212 800 integrantes que son asesorados por personal de salud de cada una de las unidades de salud participantes. La estructura de un GAM debe estar formada por: 1) un organizador, que debe ser personal de salud (médico, trabajador social, enfermera, psicóloga y nutrióloga), encargado de la programación y coordinación de las sesiones además de gestionar el apoyo del personal de otras disciplinas como nutriólogo, activador físico, psicólogo, médicos internistas, entre otros; 2) Una mesa directiva conformada por un presidente (quien debe ser una persona en control y elegida por los integrantes), un secretario (encargado de registrar los acuerdos), un tesorero (responsable de las finanzas) y vocales (dos o más, encargados de las diversas comisiones), además de las personas que acuden a las sesiones.

La Dra. María Eugenia Limón comenta que el GAM es una estrategia que no se utiliza únicamente para enfermedades crónicas sino también para otras enfermedades como el VIH; que siempre ha existido en el Estado a partir de que fue constituido en la Norma Oficial[24] pero que ha sufrido modificaciones a lo largo de este tiempo. Menciona que al inicio de su trabajo en la coordinación del programa (hace dos años) había muchos GAM reportados pero no todos en funcionamiento. El GAM ideal debería estar formado por: un médico encargado, un(a) nutriólogo(a), un(a) psicólogo(a), un(a) trabajador(a) social y el personal de los 5 pasos (un activador físico), sin embargo el Dr. Salvador menciona que para poder tener la plantilla completa depende mucho de la apertura del personal del centro de salud.

[24] Aunque cuando se le preguntó si el GAM estaba contenido en la Norma Oficial de la diabetes como una estrategia comentó que no sabía, incluso buscó y mandó a su secretaria a buscar la norma para revisarla, cuando la encontró buscó lo que se le había preguntado y dijo: Sí está en la norma, en el apartado de tratamiento y control se menciona a los GAM, en el apartado 11.5" (Dra. Limón, diciembre 2011)

La Lic. Rosa Cecilia Estrada Sánchez[25], es la encargada del programa Control Cardiovascular[26] en el departamento de Epidemiología de la Jurisdicción II. El objetivo principal del programa es trabajar con los GAM para orientarlos, trabajando a través de los coordinadores de los GAM para que se fortalezca el equipo, además de tener un control de todos los pacientes con enfermedades crónicas, visitas a los centros de salud, reuniones con los encargados de los GAM, hacer capacitaciones para recabar información, recordar los eventos sociales importantes como el día del abuelo y el día mundial de la diabetes. Pero su principal objetivo es la acreditación de los GAM. "El proceso de Acreditación tiene como objetivo lograr que sus integrantes alcancen las metas de tratamiento para coadyuvar en el control de su padecimiento y así evitar las complicaciones" (SSA, 2011b: 25). El proceso consiste en tres momentos: la acreditación, la reacreditación y la acreditación por excelencia:

"Requisitos para participar en el proceso de acreditación:

- Que el GAM este reportado en el Sistema de Información en Salud (SIS) y Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua EC.
- El grupo deberá contar con Acta constitutiva de integración de GAM, donde se registren las firmas de los integrantes.
- Disponer del Registro mensual de las Metas de Tratamiento (mínimo tres meses consecutivos) al momento de la acreditación.
- Disponer de insumos necesarios (báscula, cinta métrica, glucómetro) para el funcionamiento del GAM y documentos básicos (NOM's, Manuales, guías, etc.)
- Tener coordinación y apoyo de un profesional para la realización de actividad física.
- Informar de la Acreditación a nivel estatal y nacional con oficio firmado por sus autoridades.

Acreditación:

- Disminución del 3% de peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura (solo se evaluará a los pacientes que en el registro basal tengan el índice de masa corporal > de 25)
- Promedio grupal de glucosa igual o menor a 156 mg/dl entre los integrantes con diabetes o diabéticos mixtos.
- Promedio grupal de cifras de presión arterial será igual o menor a 130/85 mm Hg en los integrantes hipertensos o hipertensos mixtos.

Re-Acreditación:

- Deberán estar presentes al momento de la Re-acreditación al menos el 80% de los integrantes del grupo de inicio.

[25] 34 años, nutrióloga y tiene dos años trabajando en el programa. Recibió una capacitación en Zacatecas durante tres días antes de llegar al puesto, en donde se les explicó el programa, los compromisos para realizar en cada jurisdicción; y en los primeros meses de trabajo recibió un taller sobre el SIVEGAM.

[26] El cual forma parte integral del programa de la salud de adulto y adulto mayor, surge a partir del acuerdo nacional de la salud alimentaria, donde dijeron que se iban a prohibir ciertos alimentos en las escuelas, pero sigue siendo lo mismo pues es un gran monopolio de las grandes empresas. Sólo le incluyeron algo de fibra, redujo cantidades pero sigue habiendo grasas en los alimentos, pero también tiene que ver con los medios de comunicación (Lic. Cecilia, diciembre, 2011)

- Disminución del 5% del peso corporal grupal o 2.5 cm de cintura (solo se evaluará a los pacientes que en el registro basal tengan el índice de masa corporal > de 25)
- Promedio grupal de glucosa será igual o menor a 126 mg/dl en los integrantes diabético o diabéticos mixtos.
- Promedio grupal de cifras de presión arterial será igual o menor a 130/85 mm Hg en los integrantes hipertensos o hipertensos mixtos.

Acreditación por Excelencia.

- Deberán estar presentes al momento de la Re-acreditación al menos el 80% de los integrantes del grupo de inicio.
- Disminución del 10% del peso corporal grupal o 5 cm de cintura (solo se evaluará a los pacientes que en el registro basal tengan el índice de masa corporal > de 25)
- Promedio grupal de hemoglobina glucosilada de 6.5 mg/dl de los integrantes con diabetes o diabéticos mixtos.
- Promedio grupal de cifras de presión arterial será igual o menor a 130/85 mm Hg en los integrantes hipertensos o hipertensos mixtos" (SSA, 2011b: 26-27).

Para la Lic. Estrada, el proceso de acreditación consiste únicamente en el reconocimiento del trabajo tanto del personal de salud como de los pacientes, pero también a través de este proceso son reconocidos a nivel nacional lo cual implica que son considerados dentro del presupuesto de recursos de insumos tales como estudios de laboratorio, medicamentos y otros estudios que difícilmente son otorgados por el centro de salud debido a su costo, como la hemoglobina glucosilada y la microalbuminuria.[27]

Para iniciar el proceso de acreditación, la licenciada Cecilia tiene que visitar a los centros de salud de la jurisdicción que reporten la existencia de un GAM, para reunirse con el persona a cargo de éste, principalmente con el coordinador[28], para explicarles que para la acreditación no basta con dar pláticas sobre las enfermedades crónicas sino de un número específico de muestras químicas y físicas medibles para realizar un reporte mensual

[27] Examen de microalbuminuria. Usted puede recoger toda la orina en la casa. Esto se puede hacer por 4 horas, durante la noche o durante 24 horas. Para hacerlo, usted utilizará un recipiente con una tapa que el médico le entregará. También puede ser necesario hacer exámenes de sangre para buscar daño renal.
Cualquier persona con diabetes debe hacerse este examen anualmente y con él se buscan signos de problemas renales iniciales.
Valores normales: Normalmente, la proteína permanece en el cuerpo y poco o nada de ésta aparece en la orina. Un resultado de menos de 30 microgramos por miligramo (mcg/mg) es normal. Esto significa que sus riñones muy probablemente están funcionando bien.
Resultados anormales. Los resultados anormales pueden significar que los riñones están empezando a dañarse, pero que el daño todavía puede no ser grave. Hay dos formas como usted puede ver el informe de los resultados anormales: El rango de 20 a 200 μg/min, el rango de 30 a 300 mg/24 horas. (American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes -- 2011. *Diabetes Care*. 2011;34:S11-S61.http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003591.htm, consultado el 25 de junio de 2012)

[28] En los GAM de la jurisdicción el único coordinador hombre es el encargado del centro de salud Los Pinos, las demás son mujeres, mayormente psicólogas.

de las actividades, el mismo tendrá que ser enviado por ella al sistema llamado SIVEGAM[29] (Sistema de Vigilancia y Estudio de Grupos de Ayuda Mutua) para comenzar el proceso de acreditación, que da inicio con la organización de un pequeño grupo de entre 20 y 25 personas.[30]

Para comenzar con el proceso de acreditación se necesita una "basal", es decir, una base de datos de las personas registradas en un grupo tomando en cuenta la glucosa, el peso, tamaño cintura y la presión arterial; la basal será el punto de partida y también el de comparación para todo el proceso, pues los números en los registros deberán ir disminuyendo en cada paso de la acreditación. La acreditación se realiza después de tres meses consecutivos de cambios positivos, para que al cuarto mes acuda el personal del programa a nivel estatal a corroborar los datos. La reacreditación es un proceso ininterrumpido de seis meses, tomando en cuenta los tres de acreditación si los números siguen siendo positivos, pues si hay aumento en los promedios por lo menos en un mes el proceso tendrá que reiniciarse; y la acreditación por excelencia consta de un año de tratamiento con disminución en los números de la basal.

Menciona que en la Norma Oficial de la diabetes está reglamentada la existencia de un GAM en cada centro de salud, sin embargo esto no sucede en la realidad por diversos motivos, como el hecho de que no todos los centros de salud cuentan con el personal médico suficiente, algunos tienen localidades muy lejanas y el acceso de las personas es difícil o quizá no se ha realizado una buena programación para involucrar al personal médico existente en un centro de salud.

Como puede observarse en el cuadro 10, en la jurisdicción II, los municipios que reportan GAM son: Chanal, Oxchuc, Yabteclum (Chenalhó), Pantelhó, Larráinzar, Las Rosas, San Cristóbal de Las Casas, Teopisca y Santiago El Pinar. "Oxchuc tiene uno aunque no está muy bien establecido pero funciona, en Chanal ya hay un GAM acreditado que se acaba de reacreditar en enero de 2012 y está sumando puntos para la acreditación por excelencia pero tiene un grupo más que está conformado pero no ha sido acreditado, en San Cristóbal sólo el centro de salud de Los Pinos cuenta con dos grupos acreditados y

[29] Es un sistema informático en internet que nos permite capturar, validar, hacer seguimiento y evaluaciones de la información de los Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas que se genera en las 32 entidades federativas en las 237 jurisdicciones sanitarias del país. El objetivo general es contar con un registro del seguimiento de los GAM EC y de las personas con enfermedades crónicas y sus familiares que los integran; que nos permita conocer y medir las variaciones en su estado de salud o de enfermedad a lo largo del tiempo cuando se han realizado intervenciones específicas (Gobierno federal, 2011: 29)

[30] "El mínimo es de 20 pacientes pero recomendaron que sean más porque lamentablemente hay bajas, por cambio de domicilio o muerte, pues si se quedan con menos de 20 el sistema lo elimina y se tendría que comenzar de nuevo" (Lic. Cecilia, diciembre 2011)

reacreditados, que van por la acreditación por excelencia, uno más que está activo pero no acreditado" (Lic. Cecilia, diciembre 2011).

CUADRO 10

MUNICIPIOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA II QUE TIENEN GAM.				
MUNICIPIO	*LOCALIDAD*	*No. DE GAM*	*INTEGRANTES*	*PROCESO*
Chenalhó	Yabteclum	1	23	En funcionamiento
Oxchuc	Cabecera	1	22	En funcionamiento
Pantelhó	Cabecera	1	23	En funcionamiento
Larráinzar	Cabecera	1	23	En funcionamiento
Las Rosas	Cabecera	1	22	En funcionamiento
	El Piñuelar	1	20	En funcionamiento
Zinacantán	Cabecera	1	25	En funcionamiento
Chanal	Cabecera	1	22	Reacreditado
San Cristóbal de Las Casas	C.S. "Los Pinos"	2 (Queens 1 y Queens 2)	23 (c/u)	Reacreditados
Chamula		0		Lo va a retomar
Teopisca		?		No tienen el reporte
Santiago El Pinar	Cabecera	1	?	No tienen el reporte
TOTAL		11	226	

Fuente: Entrevista a la Lic. Rosa Cecilia Estrada, diciembre 2011.

El GAM de Las Rosas es el más grande de la jurisdicción, lo han trabajado desde hace años pero sin ninguna guía de actividades, sin embargo para el proceso de acreditación se tendrán que formar grupos pequeños de 20 personas pero por el momento sólo se ha formado uno; Chamula en la actualidad no tienen ningún GAM aunque ya tuvieron la experiencia de formar uno hace unos años pero no tuvo el éxito esperado; uno de los compromisos con el director del centro de salud de Chamula es retomar la organización de un GAM. Aún no tienen el reporte exacto del GAM de Teopisca aunque sí tienen conocimiento de la existencia de un grupo[31]; Santiago El Pinar cuenta con un centro de

[31] El reporte dado hace dos años en el proyecto del Dr. Sergio Lerín se menciona de la existencia de un GAM en el centro de salud de Teopisca con alrededor de 30 integrantes, los cuales se reúnen una vez al mes.

salud de servicios ampliados pero aún es nuevo, por lo que a finales del 2011 se reportó un GAM que no ha sido visitado por los encargados a nivel jurisdiccional.

La mayoría de los GAM de la jurisdicción, se reúne una vez al mes, a excepción de Oxchuc que se reúne cada tres meses, por lo que la Lic. Estrada menciona que no se les puede considerar como un GAM pues la frecuencia de reuniones debe de ser mínimo una al mes.

Cuando la Lic. Estrada llegó a la jurisdicción no había ningún reporte de GAM en el sistema pero sí habían GAM trabajando desde el 2004, aproximadamente, pero no se les había visitado ni siquiera para la capacitación para su funcionamiento, ni mucho menos para explicarles el proceso de acreditación, así que a partir del 2010 comenzó a trabajar con las visitas y el proceso de acreditación. Para ella, un GAM debe estar conformado por personas, tanto personal médico como pacientes, realmente comprometidos a asistir con convicción no por conveniencia, que estén conscientes de que no se solucionará su enfermedad pero si podrán conocer más sobre ella pero sobre todo conocer a otras personas que están pasando por la misma enfermedad, para así ver la enfermedad de otra manera. La jurisdicción sanitaria II es la única que cuenta con tres GAM reacreditados y en proceso de acreditación por excelencia en el Estado.

Después de dos años de estar trabajando con los GAM, la Lic. Cecilia Estrada se ha dado cuenta de que hace falta concientizar a las personas con diabetes de que su enfermedad se incrementará y que necesitan tener la información necesaria para enfrentarla; mientras que en los que ya están funcionando es necesario más compromiso, tanto de los enfermos como del personal de salud para que un grupo pueda funcionar mejor, pues ha visto que en ciertos grupos hay apatía de alguno de estos elementos.

1.6 GAM "LOS PINOS".

> "En el GAM nos dedicamos a cambiarle la mentalidad al paciente crónico, en el sentido de que el control no depende sólo de los medicamentos, pues todos llegan a pedir la cura así que les digo que no los puedo curar pero sí enseñarles a cómo manejar el problema"
> (Dr. Gómez, enero 2012).

Hace 13 años un grupo de 5 personas, con enfermedades crónico-degenerativas comenzaron a hacer ejercicios en el centro de salud "Los Pinos" por recomendación del Dr. Rosales, después de unos meses el nutriólogo del centro de salud comentó a los asistentes que tenía la idea de formar un grupo, así que fueron a hablar con el director, el

Dr. Román, y él aceptó, así que el grupo quedó conformado el 28 de agosto de 1998 por 7 integrantes y el Dr. Rosales como encargado del mismo. Desde los primeros días los integrantes decidieron conformar una mesa directiva para administrar las actividades.

El Dr. Rosales les decía qué tipo de ejercicios realizar y se iban a la parte de atrás del centro de salud, donde ahora está la unidad administrativa y poco a poco fue incrementando el número de integrantes.

> "El doctor Rosales programaba y hacía equipos y rifábamos para ver a qué casa íbamos para hacer platillos (comida o postres) con cantidades de calorías, cada uno llevaba algo para cocinar, nos dio manuales; al final nos sentábamos a comer midiendo cantidades. Íbamos nosotros, el doctor y la nutrióloga. La psicóloga daba talleres pero fuera del centro de salud, en casa de nosotros, porque no teníamos espacio ahí, la mayoría de los talleres eran en mi casa porque había más espacio, cuando queríamos terapias individuales nos daba citas" (Patricia, enero 2012).

Al año de haber iniciado las actividades (Septiembre de 1999)[32] se hizo cambio en la mesa directiva, quedando como presidenta doña Patricia[33], quién estuvo en el cargo hasta principios del 2012. Para esa fecha ya estaban trabajando con ellos la nutrióloga y psicóloga del centro de salud dando talleres, también dos enfermeras que ayudaban al doctor a dar consultas. A partir de la llegada de la nueva presidenta se institucionalizó el aporte económico de 5 pesos semanales para los gastos del grupo.

Cuando se construyó la unidad administrativa tuvieron que buscar un espacio para realizar los ejercicios, así fue que la presidenta pidió a la presidencia municipal el apoyo para que les facilitaran el auditorio municipal, en donde estuvieron un par de meses pues les pidieron que dejaran de ir porque iban a pintar, aunque doña Patricia cree que fue porque al darle el espacio la única condición fue que lo cuidaran pues como estaba hecho con duela se prohibía el uso de zapatos de vestir pero algunos integrantes no hacían caso; así que después solicitaron la casa del abuelo, en donde tuvieron que limpiar y ordenar para poderla utilizar, sin embargo a los pocos meses un grupo de la tercera edad comenzó a pelear el espacio así que el municipio para evitar problemas decidió dar el espacio a

[32] Es la fecha en que se celebra el aniversario. "Anteriormente se celebraba muy alegre el aniversario con un evento en el centro de convenciones o en el salón del PRI, todo eso lo había organizado yo, pero en una ocasión en el centro de convenciones la gente fue muy abusiva se cortaron el chayote de las matas y lo dejaron amontonado, el encargado me reclamó porque robaron los quemadores de las estufas y varias cosas, así que tuve que pagar 300 pesos de las cosas que se llevaron y nadie me apoyó ni dijo nada, les dije que si llevaban a sus familiares sólo para hacer perjuicio mejor no los llevaran y algunas se molestaron. Así que desde hace dos años no lo celebramos porque se me quitaron las ganas de organizarlo" (Patricia, enero 2012).

[33] Tengo contactos desde hace muchos años y tiene la experiencia de tener cargos organizativos:
Presidenta de abarroteros y licoreros; Presidenta de la cámara de comercio; Representante de abarroteros y licoreros (pequeños) a nivel estado; Representante de las mujeres feministas (SCLC) y Aval ciudadano del centro de salud desde el 2002, en el 2005 fue a la ciudad de México en eventos nacionales o internacionales y tiene comunicación con los secretarios de salud y representantes.

Protección Civil. Por un tiempo estuvieron en las oficinas de la jurisdicción (Barrio Sta. Lucía) hasta que doña Patricia habló con la encargada de la cancha del IMSS que está a un costado del centro de salud para que les permitieran hacer ejercicio, la única condición que les pusieron para ser uso del espacio fue que en diciembre los apoyaran con el préstamo de carpas y tarimas además de una participación artística del grupo en la posada.

Años más tarde, hubo cambio de director del centro de salud y también en el GAM, pues el médico encargado dejó de laborar en el centro de salud y a partir de esto pasaron diferentes médicos al frente del grupo: la Dra. Laura Lascurain, el Dr. Mariscal, el Dr. Salazar, la Dra. Georgina y la Dra. Carbajal y desde hace siete años está a cargo el Dr. José María Gómez. Doña Patricia menciona que antes de la llegada del Dr. José María tenían personal del centro de salud que los apoyaba, quizá porque los otros médicos no estaban muy preparados, pero desde que está el Dr. Gómez tanto el psicólogo como la nutrióloga dejaron de llegar al GAM. Fue por eso que ella junto con dos personas más del GAM se dieron a la tarea de buscar ayuda tanto en la escuela de educación física como en la de psicología para que los alumnos llegaran a apoyarlos como parte de su servicio social.

La presidenta también solicitó al municipio la construcción de un espacio para las pláticas, pues como el esposo de doña Patricia era regidor tuvo la oportunidad de ganar la construcción de unas cabañas a través del programa de "Hábitat". Sin embargo, el centro de salud ha utilizado las cabañas como módulo del adolescente, estimulación temprana y para las reuniones del programa Oportunidades, además de las sesiones del GAM en el mismo espacio. Cada año, doña Patricia con otra integrante del grupo asistían a las reuniones de los GAM a nivel nacional donde conoció a integrantes de otros lugares, en esos espacios podían compartir sus experiencias como integrantes del grupo.

Sin embargo, a finales de 2011 la presidenta gestionó la pavimentación del espacio entre las cabañas y la parte de atrás de laboratorio del centro de salud, fue a hablar con el director pero él les dijo que no podían construir ahí porque esa parte del terreno era del municipio, por lo que fue al departamento de obras públicas y solicitó permiso para pavimentar, fue así que desde principios de 2012 ahí llevan a cabo sus actividades deportivas y también actividades sociales.

El Dr. José María del Rosario Gómez Gutiérrez[34], encargado actual del GAM "Los Pinos", comenta que cuando llegó al centro de salud hace siete años además de atender

[34] 57 años, médico cirujano, licenciatura en la UNAM y posgrados en la UNAM (Diplomado en metabolismo, nutrición y obesidad), Instituto Politécnico Nacional (Medicina china y acupuntura), UNACH (Gerontólogo-geriatra), UNICACH (Diplomado en atención del enfermo crónico), Universidad de Valencia (Maestría en gerontología social), Estudios sobre nutrición en el hospital de nutrición Salvador Suviran en México, diplomado en Tanatología y un diplomado relacionado a la atención integran del enfermo crónico.

consultas de urgencias le encomendaron la tarea de coordinar el GAM. "Cuando llegué venía a cubrir un interinato de enfermería, pero la persona que me entrevistó (Dra. Alied Bencomo) me dijo "Se va a dedicar a levantar al grupo de ayuda mutua", yo no sabía qué era un GAM, ni siquiera que era la normativa porque no existía en sí el grupo formado legal ni socialmente" (Dr. Gómez, enero 2012). Estuvo en ambas actividades hasta el 2010 cuando el director le dio el cargo de la atención exclusiva del enfermo crónico que asiste al GAM. Cuando él retomó el grupo estaba desorganizado y únicamente tenía 15 integrantes, él piensa que debido a tantos cambios, tanto de médico como del lugar para realizar las actividades, contribuyó a que la gente se desmotivara y se fuera. Así que su labor consistió en reconquistar a las personas que se habían retirado, también comenzó a abrirles expedientes clínicos para formalizar la asistencia, regularizó las citas una vez al mes, les aseguró la obtención de medicamentos y los análisis de laboratorio.

Como parte de su trabajo y de la idea de un manejo integral del enfermo crónico, debe de tener buena relación con el personal del laboratorio, odontología, la psicóloga, la nutrióloga, la trabajadora social y farmacia porque son pacientes que requieren de todos estos servicios, pero aún así no tiene el apoyo de los departamentos así que termina haciendo todas las actividades él solo. En cuanto a la relación con la jurisdicción comenta que tiene buena relación con los supervisores de los programas relacionados a la salud del adulto mayor y que la jefa jurisdiccional (Dra. Montoya) está contenta con el trabajo del GAM, aunque está seguro que ella no tiene la información completa del funcionamiento y los resultados positivos del trabajo que están realizando, pues después de 7 años de trabajar con las personas no ha tenido ninguna complicación crónica[35], a excepción de una señora que por mal trato en otra institución médica termino con diálisis pero aún asiste a las pláticas, por lo que esto indica que el trabajo está dando buenos resultados. "En el GAM hay pacientes que tienen más de 20 años con diabetes, que estuvieron mal controlados pero desde hace 5 años están controlados y se sienten bien, están íntegros y hay algunos que ya no toman medicamentos. Muchos los encontré con "Polifarmacia" porque tomaban 15 ó

Experiencia laboral: 1980 egresó de la universidad y comenzó a trabajar con enfermos crónicos, tiene trabajando con ellos más de 30 años; durante 1 año manejó el programa del IMSS-Solidaridad hace trece años aquí en la selva pero no lo dejó satisfecho, renunció y regresó al distrito federal donde trabajó en consultorio particular por 25 años pero tuvo problemas sociales y se regresó a Chiapas. Hace 7 años comenzó a trabajar en la secretaría de salud: Inició en mayo del 2005, estuvo un año en Tapachula como médico de primer contacto de paciente oncológico en el centro de cancerología, trabajando por honorarios.

[35] "Es importante diferenciar entre complicaciones tempranas y tardías, todos los pacientes en GAM tienen en cierto grado tienen problemas de neuropatía o de vasculopatía porque son pacientes que llegaron al GAM cuando ya tenían más de 5 años de diabetes descontrolados, y estudios demuestran que pacientes con más de tres años descontrolado presenta complicación irreversible. Pero he tratado de que con las enseñanzas que las complicaciones sean menos, enseñarles que son situaciones con las que van a vivir, enseñarle a vivir al paciente con lo que tiene y que trate de cuidarse para que no avance. La complicación tardía sólo hay una persona en el GAM" (Dr. Gómez, enero 2012).

20 pastillas al día y ahora ya no toman tantos medicamentos porque aprendieron a hacer cambios en sus hábitos cotidianos, a eso le llamo educación" (Dr. Gómez, enero 2012).

Tomando como punto de partida el principio de los GAM del autocontrol y automonitoreo, afirma que si en cada centro de salud existiera un GAM funcionando de acuerdo a la normativa tendrían resultados excelentes pues él se ha dado cuenta de que la persona sí puede llegar a concientizarse sobre su enfermedad. Sin embargo se ha dado cuenta de que existe una apatía por parte de los médicos para con los enfermos crónicos, entonces la falta de aptitud y actitud del personal ha traído como consecuencia de que el médico y el paciente no se complementen ni se comprometan.

Respecto al proceso de acreditación, el Dr. Gómez comenta que en el 2009 le llegó una invitación por parte de la jurisdicción para este proceso, el coordinador del programa del adulto mayor en ese entonces lo animó a que ingresara a una parte de su grupo pues tenía lo necesario para poder acreditar, sin embargo esta persona no pensó en preguntarle a los integrantes si querían o no comprometerse a estar en este proceso, por lo que fue lo primero que hizo el Dr. Gómez pues pensó que quizá podría provocar un sentimiento de angustia por alcanzar las metas, pero afortunadamente sí aceptaron, así que escogió 25 personas que asistían regularmente a consulta para formar Queens 1, después tuvo la información de que no sólo era registrar y acreditar al grupo sino que habían dos pasos más a seguir que eran la reacreditación y la acreditación por excelencia, lo cual implica más trabajo y más compromiso; más sin embargo no sólo hizo un grupo sino dos (Queens 1 y Queens 2), ambos ya están reacreditados y están en proceso de acreditación por excelencia.

Se ha dado cuenta que a partir del proceso de acreditación el personal de la jurisdicción y de la secretaría de salud a nivel estatal han volteado a ver al GAM que él coordina, sobre todo a Queens 1 y 2 como el aportador de resultados pero no para darle mejorías o recursos, del único que ha tenido apoyo desde el inicio ha sido del director del centro de salud, quién se ha mostrado con la mejor disposición para asegurar mínimamente los medicamentos y los análisis. "la jurisdicción voltea a ver cuando quiere hacer un evento; a nivel estatal lo ha visto bien porque es Queens quien le está sacando la información, quién le da los números para informar a México que están trabajando, ven a Queens como el productor de resultados, para beneficios de ellos pero no para involucrarse en el grupo porque requiere de estímulos" (Dr. Gómez, enero 2012).

Algo que no le agrada es que a nivel jurisdicción el trabajo del GAM ha sido tomado por las autoridades para justificar y representar el trabajo de otras unidades como la UNEME, pues comenta que en una ocasión que estaban celebrando el aniversario del grupo llegaron personal de la secretaría de salud estatal de sorpresa para inspeccionar el

trabajo de la UNEME, pero como ésta no tenía actividades las personas de la jurisdicción los llevaron a las instalaciones del centro de salud y presentaron al GAM como parte de la UNEME. "En la UNEME, se suponen que deben de tener a este tipo de paciente para concientizarlos y adherirlos, debe disminuir los costos en el tratamiento del paciente crónico pero trabajan con pocos pacientes al año y tienen todo el recurso humano, económico e infraestructura, es un desperdicio de recurso. Pues teniendo a médicos comprometidos en los centros de salud que trabajaran con GAM no necesitaríamos de UNEME. Mejor preparar médicos especialistas y no hacer más gasto, es una estupidez de las autoridades, que están en ese lugar por recomendación pero que no conocen del problema" (Dr. Gómez, enero 2012).

En relación a la población del GAM, comenta que cada persona en diferente, en general están comprometidos a acudir a consulta, en mantener los niveles de glucosa, hay pocos que están convencidos de la importancia del cambio en la alimentación pero la mayoría son resistentes a este cambio, sobre todos los hombres (4 en total) que son los que más fácilmente abandonan el tratamiento y el GAM por períodos. La asistencia de más mujeres que hombres lo relaciona a que, además de que hay más mujeres que hombres en todo el país, la mujer es quién se preocupa más por su salud y el hombre es más resistente a aceptar una enfermedad sobre todo por el hecho de que es el proveedor económico de la familia por lo mismo no tiene tiempo para ir al médico; las mujeres son quienes en las estadísticas nacionales se ven más afectadas por esta enfermedad, pero también son más responsables y comprometidas.

El GAM tiene un promedio del 95% de control, en comparación a la población de consulta externa del centro de salud (62.7%). A pesar de esto muchas personas abandonan el tratamiento y al GAM, el Dr. Gómez cree que en lo que a él le compete quizá es porque es muy exigente a que sean constantes, es muy enérgico y en ocasiones les habla duro. El parámetro para el "control" del paciente es la siguiente tabla que el Dr. José María nos describió:

CUADRO 11
PARÁMETROS PARA MEDIR EL CONTROL DE LOS PACIENTES,
DR. JOSÉ MARÍA.

EL PACIENTE ES:			
EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
1año con medidas menores a 110 mg/dl.	Glucosa menor a 110 mg/ dl.	Glucosa entre 110 a 140 mg/dl.	Glucosa mayor a 140 mg/dl.

Fuente: Entrevista al Dr. José María (2011).

Es decir, que a pesar de hablar de un manejo integral, en donde sólo menciona especialistas biomédicos, la forma de evaluar la enfermedad sigue siendo la misma, es decir, mediante números y resultados de laboratorio.

El Dr. José María no ve ninguna diferencia entre Queens 1 y Queens 2, pues los integrantes de ambos son heterogéneos pero todos tienen las mismas ideas y los mismos patrones pues son "cuadrados" y resistentes al cambio del estilo de vida. Sin embargo, la Lic. Estrada habla de una diferencia entre ambos grupos en relación al compromiso, pues ha visto que los integrantes de Queens 2 se preocupan más por su salud pues los resultados de las medidas mensuales dan cuenta de ello, pues en comparación a Queens 1 tiene mejores resultados:

> "Los de Queens 1 ya llevan más años en el GAM y llega un momento en que se estancaron porque ya dieron todo y a lo mejor ya se empezaron a desanimar, tal vez en el Q1 haya personas que se dejan llevar por otras personas de su mismo equipo que no es tan saludable hacerles caso, yo creo que ya cayeron en la apatía y de decir "¿otra vez lo mismo?" "Para qué le hago caso si ya lo sé", más no lo aplican; eso a lo mejor tiene que ver o de plano no les ha caído el veinte de que están mal, o tendrán problemas familiares, no soy psicóloga pero tiene mucho que ver si tienen problemas familiares para tener un buen tratamiento. El Queens 2 ha respondido mejor, no se meten con nadie y van al GAM por su salud no por otra cosa" (Lic. Estrada, diciembre 2011).

Las impresiones que ha dejado el GAM de los Pinos al encargado del programa jurisdiccional han sido positivas, pues para el Dr. Salvador es sorprendente que la gente se reúna y asista dos veces a la semana, en comparación con otros GAM que se reúnen una vez al mes, "porque se sienten bien acudiendo, encontraron apoyo, amistad, servicios, salud, eso es lo que refuerza el grupo, he visto muchos cambios positivos en ellos, son personas ya grandes que tienen muchos años ahí y que continúan llegando, es impresionante" (Dr. Salvador, diciembre 2011), para él esto se nota en las estadísticas del grupo, en los resultados mensuales de los Queens pero sobre todo en la forma de pensar, en los ánimos y su forma de ser.

Actualmente asiste al GAM un promedio de 80 personas cada martes y jueves de 4 a 6 de la tarde, realizan una hora de pláticas relacionadas a las enfermedades crónicas y una hora de actividad física. Hay personas que llegan pero sólo están unos meses y se retiran, el Dr. Gómez piensa que esto puede ser porque existe cierto ambiente en el grupo que hace que los viejos integrantes se sientan dueños del grupo y esto hace que los nuevos se sientan rechazados, esto ha sido un problema que necesita ser modificado, pues el grupo debe estar abierto a todas las personas.

Un objetivo que se planteaba el doctor a principios de este año era la idea de cambiar la mesa directiva, pues tiene los mismos integrantes desde que él llegó y han existido algunas inconformidades por parte de los asistentes al GAM, sobre todo en relación a la rendición de cuentas económicas.[36] Respecto a este tema, la presidenta comenta que no ha habido cambio en la mesa directiva porque nadie quiere tomar ese compromiso pero ella está de acuerdo que se haga el cambio.

Fue así que a principios de 2012 se realizó el cambio de mesa directiva y a partir de ese momento se han generado muchos cambios, tanto negativos como positivos, como el hecho de que tanto la presidenta como la tesorera y la secretaría dejaron de asistir al GAM pero también el ambiente, según los integrantes del GAM y el director, se ha vuelto más agradable, las personas participan más y se organiza mejor.

Lo siguiente es lo que pudo observarse en una sesión durante el trabajo de campo:

> "Faltan 15 minutos para las cuatro de la tarde pero muchas señoras ya están en la cabaña, en lo que esperan la llegada del médico acomodan las sillas y después platican de diversos temas. Esta sesión comienza con 35 integrantes (todas mujeres); mientras tanto, el Dr. José María continúa dando consulta o atendiendo dudas en su consultorio.
>
> A las 4 de la tarde, el doctor inicia comentando los resultados de las dos pruebas mensuales de cada grupo "The Queens" (1 y 2) resumiendo que fue "Bien" porque los número de glucosa y colesterol fueron buenos a excepción del peso que en dos o tres de cada grupo aún no logran bajar; además de que dos o tres de cada grupo no asistieron a la muestra.
>
> Los siguientes fueron comentarios sobre los niveles adecuados: Los niveles de glucosa después del tomar alimentos en una persona controlada son 140-160, esa es una persona sana. El peso no debe pasar el 10% del adecuado para cada persona, al igual que la presión arterial.
>
> Después de iniciar la sesión continuaron llegando personas, alrededor de 12 (sólo 2 hombres). Como no hubo espacio para todos, algunos (6) se quedaron afuera pero ya no pusieron atención pues se la pasaron platicando.
>
> La preocupación del médico, más allá de las acreditaciones ante la secretaría de salud, mencionó, es evitar las complicaciones a través de dar la información necesaria y el cuidado de cada persona. "Si un paciente presenta tres veces un nivel de glucosa de 160, yo administraría insulina"; después de mencionar esto, pregunto ¿Saben por qué?, a lo que una señora contesto: "Porque existe insuficiencia de insulina en el páncreas". El médico reafirmó la respuesta y mencionó que lo normal está entre 60-110 y que los extremos (hacia abajo o hacia arriba) son malos.
>
> Alguien preguntó que si cuando una persona sufre de glucosa baja también tiene diabetes; el médico dijo que no, a eso se llama Hipoglucemia y el problema está en las glándulas suprarrenales y no en el páncreas y que la diabetes hace referencia únicamente a la glucosa alta. Otra de las asistentes preguntó: ¿Cuántos tipos de insulina existen?, el médico respondió que hay tres tipos= Rápida, intermedia y de acción postergada, anteriormente habían cinco tipos pero se redujeron a tres.

[36] "Hubo muchas inconformes por la cooperación que se pedía cada martes, así que dejamos de pedirlo, que en el acta del grupo está asentado, pero como ya no quisieron fui a decirle al director que ya no se iba a pedir el dinero, para que estuviera enterado. El dinero servía para festejar el aniversario o para alguna otra cosa que se ofreciera, porque anteriormente ese dinero se utilizaba cuando fallecía un familiar de algún compañero, comprábamos flores y las llevábamos" (Patricia, enero 2012).

Una de las integrantes comentó que había escuchado de alguien que después de administrarse insulina se había quedado ciega. El médico contesto que eso es un mito: "el ser humano sólo acepta cosas terminantes cuando está perdido", entonces si una persona se administra insulina cuando ya presenta complicaciones puede que quede ciego pero porque antes de comenzar el tratamiento con la insulina ya presentaba esta complicación. "Y el aprender nos ayuda a que no aparezcan las complicaciones". El doctor comentó que en el tiempo que lleva como médico del GAM, de 120 personas, en promedio, sólo una ha tenido problemas en el riñón debido a su descontrol; no ha habido ninguna amputación, nadie se ha quedado ciega, por lo tanto el GAM si ha funcionado siempre y cuando las personas sean constantes y aprendan de la enfermedad.

Alguien preguntó: ¿Existe insulina humana? Sí, contestó el doctor, pero es muy cara y produce reacciones alérgicas. Hay un tipo de insulina que es Lispro pero es un químico de acción prolongada; agregó que actualmente los laboratorios buscan que la insulina sea más práctica para trasladarse y habló del ejemplo de una jeringa de insulina en forma de un lapicero, al igual que la existencia de un tipo de insulina que se inhala pero que es más cara. Por lo tanto, se utiliza la insulina de caballo porque las proteínas de los caballos son similares a las de los seres humanos.

Al final dijo que debido al peso no pudieron alcanzar la acreditación por excelencia ni la reacreditación en "The Queens 1" y "The Queens 2" respectivamente; y que en el mes de noviembre llegaría a visitarlos la doctora María Elena Montiel que es la encargada del programa de evaluación de los GAM a nivel nacional. Sin embargo dijo que está satisfecho porque ambos grupos están controlados en un 95%.

Al finalizar la plática todos se trasladaron a la cancha del Centro de Extensión de Conocimiento (CEC) "Los Pinos" del IMSS para realizar las actividades físicas. Los ejercicios fueron de estiramiento y realizaron dos actividades: la primera consistía en tomar con la boca un hilo que tenía al final un lapicero y de cuatro en cuatro caminar hacia cuatro botellas de PET para introducir los lapiceros sin usar las manos. Pero doña Sixta comentó que no estaba de acuerdo pues era antihigiénico pues eran cuatro hilos que se iban a pasar de boca en boca. Por lo que decidieron que en lugar de usar la boca detuvieran el hijo con el dedo y la barbilla" (Diario de campo, 6 de septiembre de 2011).

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.

INTRODUCCIÓN.

El gran dilema a trazar en las siguientes páginas es dar a conocer la manera en que las personas que viven con diabetes, conviven día a día con la enfermedad, es decir, la descripción de la experiencia de cada una de ellas a partir de la diabetes. Todo lo anterior ha requerido de un ir y venir entre autores, conceptos, esquemas, teorías y definiciones para poder decidir cuál o cuáles coinciden con mi forma de ver el problema de investigación.

Parto de la idea que la acción de las personas involucradas en esta investigación va más allá de una estructura estática que les dicta qué entender, qué hacer y cómo actuar, es decir que, los individuos entrevistados tienen sus propios intereses, prioridades y acciones que hacen que cada uno viva la enfermedad de manera diferente. Fue por lo cual me identifiqué con la teoría de la Agencia.

Sin embargo, después de revisar algunos autores iniciales de esta teoría me di cuenta que sólo hablaban de la Agencia sin tomar en cuenta la Estructura, así que me di a la tarea de revisar los principales autores alrededor de la noción de Agencia lo que me llevó a la Teoría de la Práctica (Ortner, 2006). Al mismo tiempo venía a la memoria la idea de pensar no sólo en el momento de actuar ante la enfermedad, sino de lo que hay detrás de esa acción, es decir de lo que la persona piensa, cree, se imagina de la enfermedad, la poca o nula información que tiene sobre ésta, entre otros elementos.

Aunque encontré elementos importantes para dar cuenta de la forma en que las personas relacionan sus representaciones con sus prácticas y que son individuos activos en relación a la manera de tratar su enfermedad en esta revisión bibliográfica (Abric, 2001; Bourdieu 1978 y 1990; Durkheim, 1898; Giddens, 1984; Jodelet, 1985; Long, 1991; Long 2007; Moscovici 1961, 1979, 1981, 1985; Nuijten, 1992; Ortner 1993 y 2006; Sewell 1992) decidí no retomar ninguna de estas teorías para analizar la información puesto que, además de que no me sentía cómoda con la propuesta completa de Abric, tampoco me ayudarían a describir y a hacer el análisis comparativo que es lo principal en esta investigación, por lo tanto, me iba a desviar de los objetivos de esta investigación.

Al encontrarme con las propuestas de Kleinman (1988) y Fitzpatrick (1990), observé aspectos relacionados a la forma de ver al individuo enfermo no como títere sino

como un actor pero sobre todo, elementos que podrían ayudarme a realizar la comparación entre los cinco grupos de análisis. Además decidí basarme en éstos autores pues además de trabajar con la temática de la antropología médica y la perspectiva centrada en el actor, hacen énfasis en las enfermedades crónicas.

2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Debido a su elevada morbi-mortalidad, el tema de DM2 ha sido recientemente investigado en México desde las ciencias sociales. Los estudios cualitativos a nivel nacional versan en dos perspectivas: por un lado, quienes se ubican en las acciones de los servicios de salud, por otro, los que abordan el problema desde la perspectiva del enfermo, principalmente desde la antropología. En lo que toca a la segunda vertiente, al respecto se ha indagado: alimentación, alternativas médicas, percepciones y representaciones de la enfermedad; subtemas que se entrelazan en los diversos estudios.

En lo relacionado a los hábitos alimentarios, Arias (2008) y Cardoso (2006) han realizado estudios con personas con DM2 en Guanajuato y Cd. Nezahualcóyotl, respectivamente. Arias (2008), desde la disciplina de la nutrición, tuvo el objetivo de diseñar, aplicar y evaluar un programa de control de DM2 desde los conocimientos prácticos sobre salud y alimentación entre adultos de la comunidad de los Sauces, Guanajuato; al respecto, implementó un programa cuya información provenía de los temas trabajados en dos grupos focales, como: conocimientos de la enfermedad, causas, síntomas, complicaciones, prevención, hábitos de alimentación, ejercicio, "menjurjes" y cultura de la salud. El programa consistió de 11 sesiones con la participación de 28 mujeres, para ello se utilizaron materiales educativos socioculturalmente adecuados al contexto. Al término del mismo se evaluó a 10 mujeres[37], concluyendo que se logró que las participantes comprendieran los obstáculos para realizar el autocuidado, y en consecuencia se observaron cambios al respecto; finalizando con una serie de recomendaciones para llevar a la práctica acciones como éstas en el sector salud, que en resumen apuntan al involucramiento de la familia y al reconocimiento de las creencias de los enfermos.

Cardoso (2006) ha realizado estudios tanto en Veracruz como en Cd. Nezahualcóyotl en relación a las representaciones, prácticas, atención, tratamiento y alimentación como una expresión cultural. Éste último tema hace referencia al porqué

[37] ¿A quién le puede dar diabetes?, ¿Dónde está el páncreas?, ¿Qué se necesita hacer para cuidarse de la diabetes?, ¿Qué es la insulina? y ¿Cuál es la agrupación de alimentos que permite una adecuada alimentación?

desde la biomedicina, si se cuenta con los recursos científicos y tecnológicos suficientes, la diabetes no ha podido ser controlada. Hace una reflexión a través del trabajo de campo realizado en la tesis doctoral del porqué es tan difícil realizar un cambio en la alimentación de las personas con diabetes, tomando como principio lo propuesto por la Secretaría de Salud en 2001 sobre "pasar de los medicamentos como eje de control a la modificación de los estilos de vida". Argumentando que esta estrategia no ha tenido el éxito esperado pues no se han tomando en cuenta las características culturales propias de la población, pues las prácticas alimentarias traen una carga de significados y comportamientos que van más allá de sólo nutrir el organismo pues también son un medio para establecer relaciones y valores entre las personas. Afirmando que si la persona llevara al pie de la letra la dieta recomendada traería como consecuencia un aislamiento social. Proponiendo cuatro aspectos que deben tomarse en cuenta en el momento de plantear un cambio alimentario: 1) Reformar la historia del individuo, 2) ofrecer platillos equilibrados y compatibles con la cultura propia del enfermo, 3) resignificar el valor cultural de los momentos de cohesión familiar y social y 4) dirigir la terapéutica también a la familia y al entorno social del enfermo.

Arganis (2005) y Alfaro, et. al., (2006) realizan estudios cualitativos en relación a dos temas fundamentales: la autopercepción y la autoatención. Arganis realiza un estudio con 10 mujeres de la tercera edad que asisten a clínicas de primer nivel en Iztapalapa, que da cuenta de que el tratamiento biomédico no es suficiente para vivir con esta enfermedad, puesto que muestran la utilización de la autoatención a través del uso de plantas medicinales y remedios caseros, predominando el uso de las plantas, sin embargo aclara que las personas están conscientes que ni con éstas la enfermedad se cura, sólo se mantienen estables los niveles de glucosa en la sangre, concluyendo que:

> "La autoatención aparece como un modelo sintetizador de distintas fuentes, que van desde sus propias experiencias de autoatención al padecimiento, de lo referido por sus familiares y amigos; además, de manera indirecta, influye el contacto con los curadores profesionales, ya que los conocimientos técnicos de médicos, personal de salud, curanderos y otros especialistas son apropiados y se les da un uso particular" (Arganis, 2005: 21).

Por otro lado, el estudio de Alfaro, et. al. (2006), consistió en la aplicación del cuestionario de calidad de vida de la OMS relacionándolo con el control glucémico, fueron 150 voluntarios mayores de 60 años procedentes de la consulta con especialistas en un Hospital General del IMSS en Guadalajara. Encontrando que más de la mitad se perciben buena calidad de vida (60%) en contra de un 40% que perciben como mala su calidad de vida. Concluyendo con la importancia de tener en cuenta la percepción de la calidad de vida

como parte del protocolo del paciente geriátrico con diabetes, aunado a esto la importancia de especialistas en Geriatría o Gerontología en el tratamiento del paciente pues ellos detectan problemas importantes para los enfermos. El estudio de Alfaro, et. al., muestra la importancia de la voz del paciente y aunque comparto su recomendación sobre la atención Geriátrica o Gerontológica, considero poco probable que los servicios de salud públicos tengan personal con este perfil en hospitales, ni pensar en el primer nivel de atención, en donde debería de existir la acción preventiva hacia las complicaciones y así no llegar al hospital. Los resultados de la investigación de Arganis son importantes pues muestran la realidad que vive la persona con diabetes, dando valor a la autoatención, sobre todo cuando existe insatisfacción de la atención biomédica.

Otro tema encontrado en relación a la diabetes es la población indígena, trabajado por Lerín, (2010) y Yañez (2012). Lerín y otros investigadores, desde el 2009 trabajan con población indígena diagnosticada con diabetes en la zona sureste de México, en los estados de Quintana Roo, Yucatán y Chiapas, mediante dos proyectos de investigación: "La diabetes entre población indígena de la región maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural de los programas de prevención de los servicios públicos de salud" y "Presencia de pertinencia cultural en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en Yucatán", ambos aún en proceso. En el primero[38] pretende Indagar, en los tres estados mencionados, el impacto que tiene la diabetes entre los diferentes grupos mayenses, así como describir la forma en que los servicios operan en contextos indígenas con el objetivo de construir recomendaciones adecuadas culturalmente para la prevención y el control de la diabetes que sean en beneficio del usuario indígena; teniendo como eje el conocimiento, los significados y las prácticas socioculturales de atención local. Mientras que en el segundo, únicamente en Yucatán, intenta explorar la forma en que los servicios de salud están llevando a la práctica las acciones de cuidado, control y prevención de diabetes mellitus, ya que la hipótesis central es que la diabetes va en aumento entre la población indígena, a través de la indagación de las causas, razones y motivaciones de la ausencia del enfermo en los servicios de salud.

Yañez (2012) realizó un estudio en el cual abordó la DM2 mediante la descripción y análisis de las formas en las que se representa la enfermedad entre los *comcaac* de *Socaaix* (Punta Chueca), Sonora, con objeto de entender las dificultades que enfrentan éstos pobladores en la búsqueda de alternativas para atender la enfermedad así como la

[38] Tuve la oportunidad de trabajar al inicio del primer proyecto en Chiapas, en donde se realizaron entrevistas estructuradas, las cuales fueron video-grabadas, en lengua tsotsil en los municipios de San Juan Chamula y Larráinzar.

problemática de demanda al presentar otras patologías relacionadas con la enfermedad, tales como hipertensión y obesidad. Partiendo de la importancia de lo cultural en la esencia de las personas, hace una descripción del espacio, las tradiciones en torno a la salud y en especial a la diabetes en este entorno. Encontrando que, los significados sobre la enfermedad tienen que ver con la manera en que se enfrenta el mal, dado que la parte que rige su comportamiento está hecha por las nociones, creencias, actitudes y valoraciones a través de los cuales se viven y aprenden los padecimientos. Las personas entrevistadas no siguen las recomendaciones del médico y rara vez cuidan de su salud, se da alta utilización de plantas medicinales pero sobre todo, el mayor problema que enfrentan son los problemas sanitarios existentes los cuales traen consecuencias en su economía, en su cultura y en la sociedad, por lo cual concluye con algunas recomendaciones para la urgencia de la intervención de la salud, tales como: hacer énfasis en la calidad de vida de las personas diabéticas, sobre todo adecuar las soluciones a cada persona, estudios que precisen el tipo de dieta necesaria, abastecer de tratamientos de por vida así como una relación más cercana entre el médico y el paciente para tener en cuenta aspectos importantes en su vida.

En Chipas se han realizado estudios epidemiológicos y cualitativos sobre la DM2. Los primeros surgen como resultado del proyecto "Prevalencia de Enfermedades Crónicas en Chiapas. Epidemiología, barreras sociales y necesidades de atención en la población adulta (ECPA)", bajo la responsabilidad de la Dra. Austreberta Nazar Beutelspacher. Los cuatro trabajos producto de ésta investigación, tienen como temáticas centrales: el género, la vejez, grupos domésticos y la pobreza en colonias de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez; todos con un eje epidemiológico. Se realizaron dos tipos de cuestionarios: un cuestionario familiar a través del cual se identificaron aspectos sociodemográficos de los grupos domésticos; y un cuestionario individual en el cual se profundizó sobre la experiencia de la enfermedad, aplicados a 116 enfermos diabéticos, hombres y mujeres, de 40 a 75 años de edad.

Los trabajos publicados a partir de esta investigación comenzaron a publicarse en 2008, cuando Trujillo, et. al., realizaron un artículo en relación a una propuesta tipológica de grupos domésticos retomando las relaciones de género como eje analítico para entender las posibilidades que hombres y mujeres tienen para lograr un autocuidado exitoso en caso de enfermedad crónica, teniendo así tres tipos: patriarcal, mixto y distributivo. La diferencia entre los tipos de grupos domésticos dependerá de las formas y normas de convivencia de sus integrantes, situaciones económicas que devienen en dependencia de mujeres o varones, y en límites más o menos rígidos de interacción entre ciertos miembros del grupo y otros actores. Teniendo como resultado que la mayoría habita un grupo doméstico con

estructura patriarcal, en donde los hombres son mejor cuidados que las mujeres, siempre y cuando no tengan problemas con los integrantes del grupo doméstico, mientras que las mujeres tienen un mejor cuidado de su salud en los grupos domésticos mixtos. Encontrando que el autocuidado dependerá de la situación económica, de las relaciones interpersonales conflictivas y de la estabilidad emocional.

En 2009, Nazar y Salvatierra escribieron un artículo sobre las condiciones de diagnóstico, tratamiento y control de la DM2, comparando población adulta urbana derechohabiente y no derechohabiente en asentamientos urbanos pobres de Chiapas. Encontrando que hubo una creciente aseguración a las mujeres después del diagnóstico médico, creyendo que el problema se debía a la negligencia de los hijos o de los propios pacientes por considerar innecesaria la seguridad social; solamente una de cada dos personas con diabetes entre 40 a 75 años tiene derechohabiencia médica, el tener seguridad social no significa tener un diagnóstico oportuno, el ser derechohabiente no imposibilita la hospitalización pero sí la frecuencia de citas médicas y análisis de glucosa.

En el mismo año se publicó la tesis de maestría de Solís Hernández con el tema de las transferencias entre generaciones en el caso de la diabetes mellitus, considerando las transferencias como una colaboración constantes entre las generaciones que conviven en una familia. Los elementos a analizar fueron: nivel de escolaridad, tipo de trabajo u ocupación, ingreso del grupo doméstico, índice de dependencia, seguridad social, estructura familiar y convivencia entre generaciones. Encontrando que el 90 por ciento de las personas reciben algún tipo de transferencias económica o afectiva, que existe un mayor apoyo de los hijos hacia las madres, y que el apoyo afectivo en las mujeres incide en mayor medida en la adherencia al tratamiento y control de la enfermedad.

En 2010, Nazar y Salvatierra escribieron un artículo sobre el envejecimiento, la calidad de vida y la mortalidad tendiendo como base la perspectiva de género. Encontrando que la frecuencia de depresión clínica fue mayor en las mujeres que en los hombres diabéticos y que la diabetes tuvo un efecto negativo en la calidad de vida directamente en los hombres jóvenes. Los resultados los orientan hacia una reflexión en dos sentidos: 1) al comportamiento diferencial de la diabetes y su relación con la depresión y calidad de vida, tomando en cuenta la edad y el sexo, y 2) la explicación desde la perspectiva de género del porqué son diferentes las relaciones de la enfermedad entre hombres y mujeres y entre jóvenes y mayores.

> "Las desigualdades asociadas al género adquieren especial importancia para entender la manera en que la diabetes impacta en la calidad de vida y cómo la edad modifica esta

> relación. El estereotipo de ser hombre, requiere de atributos basados en la fortaleza física y la independencia económica y familiar, los cuales son especialmente importantes en un contexto de marcada división sexual del trabajo y desventaja social de las mujeres. En ellos, la pérdida de funciones físicas y la disrupción de sus actividades cotidianas, particularmente el trabajo remunerado, resultan devastadores, dado que han sido construidos socialmente para ejercer el poder con base en la fortaleza física, el control de sus actividades y poder ejercido sobre los miembros de la familia" (Nazar y Salvatierra, 2010: 87-88).

Otro estudio que se está realizando actualmente en Chiapas está a cargo de Page y Eroza, titulado "Representaciones sociales y estrategias de atención en torno a diabetes mellitus en población de la periferia de San Cristóbal de Las Casas y cabeceras municipales de Chamula y Tenejapa, Chiapas". En este estudio, Page ha estado trabajando el tema de la Hegemonía-dominación/subordinación-sometimiento-resistencia, interculturalidad y comunicabilidad, teniendo como base la crisis del Modelo Médico Hegemónico en el ámbito de los servicios a población originaria y pobre.

Finalmente, se hablará de los estudios relacionados con la estrategia de la secretaría de salud tratada en esta investigación: los Grupos de Ayuda Mutua y/o los clubes de diabéticos (la diferencia consiste en que en los primeros acuden personas con diabetes, hipertensión u obesidad mientras que el segundo es exclusivo de la diabetes). El primero hace referencia a un club de diabéticos en Tabasco, en donde García Carrera (2002) basa su estudio en el control del paciente enfocándose en el seguimiento de tres aspectos: plan alimenticio, automonitoreo de la glucosa y un régimen de ejercicios en dos clubes[39], fue un estudio retrospectivo y comparativo, obteniendo resultados positivos en un 71% del cumplimiento alimenticio en uno de los clubes, con cifras menores a 140 mg/dl en un 89% de ellos, así como el promedio en el segundo club de 140 mg/dl al final de la investigación. Con lo cual concluye que la combinación de la intervención farmacológica y no farmacológica (los aspectos analizados en su estudio) permite brindar una atención más efectiva disminuyendo las complicaciones, lo cual puede ser posible con la creación de éste tipo de club de diabéticos.

De Mejía, et. al., (2009) realizan una investigación sobre el control metabólico a través de la ingesta de un complemento de soya en Grupos de Ayuda Mutua en San Luis Potosí, con el objetivo de estudiar el efecto favorable de este alimento en la prevención de las complicaciones y en la mejor calidad de vida. La prueba consistió en que durante tres meses se les daría diariamente a 20 pacientes 250 ml de soya en dos tomas una por la mañana antes del desayuno y la otra por la tarde antes de la comida, se les realizará un monitoreo de sangre capilar cada semana y cada mes una prueba de tolerancia a la lactosa, y

[39] Club de la colonia "Las Gaviotas" y el de la colonia "Miguel Hidalgo".

hemoglobina glucosilada al inicio y al final. Teniendo como resultado que más del 70% mostró una disminución en la prueba de Hemoglobina glucosilada menor de 7, concluyendo que este suplemento mejoró la calidad de vida de las personas si seguían consumiéndolo.

Lerín, et. al., realizaron en el año 2009 un estudio en tres estados de México (Guanajuato, Coahuila y Chiapas) titulado "Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos". Encontrando evidencias de que estas estrategias están siendo practicadas en los servicios preventivos siguiendo un formato único, sin adecuar las actividades y los mensajes de salud de acuerdo a las características de la población, otro problema encontrado fue la condicionante a la asistencia de estos grupos por parte del programa Oportunidades, con lo cual se pierde la eficacia, debido a que los usuarios colocan en un lugar secundario la parte educativa del programa preventivo.[40]

> "Como producto de estas investigaciones hemos observado que la respuesta para participar en los GAM es escasa y generalmente ocurre por el estímulo económico que otorgan a las familias programas sociales como Oportunidades" (Lerín, 2010: 85).

Por último, el estudio de Cartas (2011) está íntimamente relacionado a esta investigación pues la investigación se llevó a cabo en el GAM del centro de salud "Los Pinos" en San Cristóbal de Las Casas; titulado "Diabetes Mellitus II: Autoatención y experiencias del padecimiento, San Cristóbal, Chiapas", el cual tuvo el objetivo describir y analizar el proceso de autoatención en mujeres con diabetes que acuden al GAM, comprender la experiencia de enfermedad, analizar los principales saberes, prácticas y redes que construyen a partir de su padecimiento. Encontrando una dinámica en las prácticas de autoatención y recursos terapéuticos utilizados, que el recorrido terapéutico de la enfermedad está determinado por las condiciones socioeconómicas; que sí existe una estrategia permanente para encontrar mejores formas de alivio y hay apropiación del discurso biomédico afirmando que éste tiene mejor eficacia que otros. En comparación a la red familiar, la institucional (GAM) apareció con más fuerza; da cuenta de la diferencia en la relación médico paciente del encargado del GAM en comparación a otros médicos, pues ésta genera calidez y confianza. Finaliza con una serie de recomendaciones a la utilización de esta estrategia en otros centros de salud y a la capacitación del personal.

---

[40] Tuve la oportunidad de participar en parte de este estudio, en los estados de Coahuila y Chiapas, y aunque aún no hay resultados publicados, por lo observado en Chiapas, en la mayoría de los GAM visitados en la zona altos de este estado sí se lleva a cabo la asistencia obligatoria debido al programa Oportunidades, la mayoría tienen sesiones una vez al mes y en su mayoría asisten mujeres.

En todos los estudios revisados existe mayor presencia de mujeres, todos coinciden en tomar en cuenta la perspectiva de los pacientes para poder tener un mejor tratamiento de la enfermedad, en que la biomedicina no es la única instancia a la cual las personas acuden.

En cada uno de ellos se deja ver, en algunos con mayor precisión, la ineficacia de las estrategias de la biomedicina y de la atención de los médicos alópatas a los enfermos. Sin embargo únicamente se colocan en un extremo de la problemática, ya sea en los servicios de salud o el de los enfermos, pero no hay una comunicación de ambas partes. En relación a la investigación de Cartas, observo algunos elementos que deberían tomarse en consideración, pues se habla como si el grupo presentara una homogeneidad.

2.2 ¿CÓMO OBSERVAR LA PROBLEMÁTICA?

Partiendo de la revisión antes mencionada, los estudios referentes a la diabetes mellitus han considerado el punto de vista de los enfermos para hablar de distintos aspectos de la enfermedad, dando buenos resultados pues se ha conocido más sobre el padecer una enfermedad crónica. Es por ello, que el aspecto central de esta investigación será el punto de vista del enfermo. Desde la antropología médica, diversos son los autores como Eisberg, Fabrega, Gene, Laplantine, Henry Sigerist, Watson, Twaddle, Nordenfelt, Allan Young, Hoffman y Kleinman, han distinguido, teóricamente, una división entre la forma en cómo las personas entienden una enfermedad: *Disease /Illness/Sickness.* Es importante hacer esta diferencia, sobre todo en contextos donde la investigación, como este caso, que se realizará está inclinada más a la experiencia de la enfermedad desde el individuo enfermo, así podemos diferenciar lo que la medicina alópata define como enfermedad.

Arthur J. Rubel, señala que, por mal se refiere, "[....] a los procesos patológicos; por enfermedad, a la percepción y descripción del malestar por el paciente; y por padecimiento al reconocimiento de su dificultad y a la respuesta del grupo social." (Rubel, citado en: Campos, 1992 [b]:106). Laplantine (2000) menciona que (*Illness*), para Eisenberg describía la experiencia subjetiva de la enfermedad (Enfermedad-Sujeto); y para Fabrega, designaba los comportamientos de la sociedad ante la enfermedad (Enfermedad-sociedad). Por su parte, S. Genes, criticó ambas concepciones como polos opuestos al padecimiento (Disease); pero, fue Jean Benoist, quién otorgó el significado a la palabra Sickness; esta palabra es susceptible de dar cuenta a la vez de las condiciones sociales, históricas y culturales de elaboración de las representaciones del enfermo y de las del médico, cualquiera sea la sociedad involucrada. "De este modo *sickness*, precisa Jean Benoist (1983),

puede en adelante ser utilizada para designar el proceso de socialización de la *disease* y la *illness."* (Laplantine, 2000:20).

Laplantine, recurre a Eisenberg (1977), Fabrega (1977-1978), S. Genes (1981) y Jean Benoist (1983), para definir sus conceptos: [...] *disease* (es la enfermedad como se aprehende por el saber médico), *illness* (el padecimiento tal cual lo percibe el enfermo), *sickness* designa el proceso de socialización de enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*)" (Laplantine, 2000:18). Para él, la enfermedad se experimenta desde dos polos: en primera y en tercera persona. Refiriéndose la primera a la subjetividad del enfermo, quien interpreta por sí mismo los procesos que hacen que él "se sienta mal" o "en plena forma"; asimismo, este plano hace referencia a la subjetividad del médico; la segunda, consiste en "el conocimiento médico "objetivo" o lo que a veces también se denomina los "valores médicos". (Laplantine, 2000:18).

Hoffman más que dar definiciones se centra en la discusión de las diferencias y similitudes de las definiciones de Twaddle y Nordenfelt, concluyendo que es importante y útil la distinción y el uso de las tres categorías en los estudios sociales sobre la salud y enfermedad. Mientras que Young, retoma el concepto de Kleinman sobre los EM (Modelos Explicativos) que se refieren a las creencias sobre la enfermedad, las cuales pueden o no contener aspectos de la etiología, los síntomas, la patofisiología, el curso de la enfermedad y/o el tratamiento. Haciendo énfasis en que cada individuo de esa cultura tiene sus propias explicaciones sobre las enfermedades. Por lo que *Illness* y *Sickness* son productos de la red semántica de los Modelos Explicativos.

Sin embargo, después de revisar las diversas propuestas, en esta investigación se retomará la de Kleinman, pues no sólo estoy de acuerdo con sus definiciones y diferencias entre los tres conceptos sino que profundiza el concepto de *Illness*, el cual es central en esta investigación. Para él, "*Illness refers to how the sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability*" (1988: 2), es decir, *illness* se refiere a la manera en que la persona enferma y los miembros de la red familiar o social perciben, viven y responden a los síntomas; *Disease "is the problem from the practitioner's perspective"* (1988: 5), desde la perspectiva del médico, quién reconfigura los problemas del paciente y su familia a en términos técnicos propios de la medicina; y *Sickness "as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces"* (1988: 6), es la comprensión de un trastorno en su sentido genérico a través de una población en relación a las fuerzas macrosociales, es decir económicas, políticas e institucionales.

Entonces, *Illness*[41] es la percepción y experiencia del individuo enfermo de un estado indeseable de salud, ya sea físico, emocional, psicológico o social, *Disease* es la anormalidad fisiológica del sistema orgánico, que se puede diagnosticar objetivamente por el médico alópata; con o sin reconocimiento social; y *Sickness* es la identidad social definida por la sociedad en donde se relaciona el individuo enfermo en donde entran en juego lo económico, lo político y lo institucional.

En esta investigación, el punto central será *Illness* pues se refiere a la manera en que el propio enfermo vive y se explica la enfermedad, es decir, la DM2. Kleinman profundiza este término explicando que, es un proceso en donde se categoriza y explica a través del sentido común las formas de experimentar la enfermedad, dentro de la cual existe una "conducta de enfermedad" (*Illness behavior),* la cual consiste en decidir cuándo buscar atención médica profesional o alternativos y en qué momento iniciar el tratamiento. Pero ¿cómo se forma esta conducta de enfermedad?, Kleinman habla de las *"local cultural orientations"* (orientaciones culturales locales), las cuales organizan nuestro sentido común convencional acerca de cómo entender y tratar la enfermedad, por lo que afirma que la experiencia de la enfermedad siempre está culturalmente formada.

Acercándonos un poco más a la DM2, Kleinman hace la distinción de tres tipos de enfermedad: *"brief illness"* enfermedades breves, que son mínimamente perjudiciales, *"more distressing illness"* enfermedades más preocupantes, toman más tiempo para seguir su curso y *"chronic Illness"* enfermedades crónicas, las que nunca desaparecen completamente, dentro de las cuales también hay variaciones pues están aquellas que son menos incapacitantes y otras que terminan con la vida de la persona, pero ambas agotan los recursos de la familia y requieren de la institucionalización médica. La enfermedad crónica es definida como:

> "… a reciprocal relationship between particular instance and chronic course. The trajectory of chronic illness assimilates to a life course, contributing so intimately to the development of a particular life that illness become inseparable from life history. Continuities as well as transformations, then, lead to the appreciation of the meanings of illness[42]" (Kleinman, 1988: 8).

[41] Se retomarán los conceptos en inglés puesto que no se está de acuerdo con la traducción que ha realizado hasta el momento.

[42] La enfermedad crónica es más que la suma de los muchos eventos especiales que se producen en una carrera de la enfermedad, es una relación recíproca entre el caso en particular y de curso crónico. La trayectoria de la enfermedad crónica se asimila a un curso de la vida, lo que contribuye tan íntimamente con el desarrollo de una vida particular, que la enfermedad se vuelven inseparables de la historia de la vida. Continuidades y transformaciones, a continuación, llevar a la apreciación de los significados de la enfermedad (Traducción propia).

Dentro de las enfermedades crónicas existen momentos de exacerbación, cuando los síntomas empeoran, y períodos de inactividad, cuando es menos perjudicial, afirmando que los factores psicológicos y sociales son a menudo los factores determinantes de la oscilación hacia la complicación de este tipo de enfermedades, los primeros amenazan los cambios en los eventos de la vida, el apoyo social deteriorado y las relaciones opresivas que contribuyen a un círculo vicioso que desmejora la homeostasis psico-fisiológica. Por otra parte, la oscilación hacia la amortiguación a menudo parece estar asociada con el fortalecimiento de los apoyos sociales, aumentan la sensación de auto-eficacia. El autor complementa esta afirmación diciendo que los períodos de alivio revelan una disminución de la ansiedad y la depresión, los cambios entre amplificación amortiguación no tienen por qué reflejar la influencia psicosocial, pues a menudo el cambio biológico es la causa.

Entonces, la DM2, como enfermedad crónica y degenerativa, es compleja y dinámica. La idea en esta investigación, es ver esa complejidad y dinamismo desde las propias personas que viven con la enfermedad. Como se ha mencionado, la biomedicina tiene su propia manera de ver la diabetes, su propia concepción del manejo, sus propios tratamientos y su muy particular forma de evaluar dichos tratamientos a través de un "control" mediante medidas establecidas. Por lo tanto, están preocupados por la enfermedad más no por el enfermo.

Pero se olvidan que la enfermedad es experimentada por personas, por lo tanto, cada una de ellas la vive de diferente manera. Esta convivencia es dinámica y compleja en cada situación, es por ello la importancia de ver a la DM2 desde la perspectiva del enfermo, es decir, ver enfermos y no sólo la enfermedad.

Para realizar la comparación partiendo de esta forma de ver la enfermedad, retomo la propuesta de Fitzpatrick (1990), quién toma en cuenta las aportaciones que las ciencias de la conducta hicieron a la comprensión de la experiencia de la enfermedad y de su tratamiento, también pone singular atención a las enfermedades crónicas, pues además de que son el mayor problema de salud que enfrenta la sociedad actual, son enfermedades en las cuales el individuo convive un período más largo con su enfermedad, haciendo énfasis en la relación médico-paciente, la cual se explicará más adelante, pues existe un "choque de perspectivas". Por una parte los médicos esperan que los pacientes acepten y sigan sus consejos e instrucciones profesionales; y por la otra, los pacientes buscan ayuda, pero en sus propios términos. "En la medida, en que cada uno de ellos busca hacer predominar sus propios términos, se presenta la probabilidad de conflicto" (pág. 247).

A partir de su definición sobre la experiencia específica del tratamiento, como: "Las respuestas de los pacientes al tratamiento, o las evaluaciones de los pacientes de la

calidad de su tratamiento y lo apropiado de las acciones de los trabajadores de la salud" (Pág. 13), señala diversos acontecimientos dentro de la experiencia del tratamiento en los que se pondrá atención en esta investigación, tales como la consulta, el apego al tratamiento, resultados, anuencia del paciente y la satisfacción de la atención médica.

En la experiencia del tratamiento menciona un proceso fundamental que es la *búsqueda de ayuda*, que se refiere al "proceso de definir la enfermedad y de buscar ayuda está influido considerablemente por una amplia gama de factores culturales, sociales y económicos" (Fitzpatrick, 1990: 13). Son los momentos en los cuales la persona que vive con diabetes comenta su enfermedad con otras personas con el objetivo de encontrar en ellas o con ellas ayuda para aliviar los síntomas o la enfermedad. En ocasiones para muchas personas este proceso de búsqueda de ayuda parece ilógico o contradictorio, tomando en cuenta la forma o el momento de utilización de los medios a su alcance.

Antes de iniciar con el aspecto de la consulta, el autor hace una distinción entre consulta clínica y "consultas" comunes; las segundas hacen referencia al momento en que las personas que consideran estar mal "consulten" a otras personas comunes, que hablen de sus síntomas y que busquen consejos, quienes pueden ofrecer opiniones, recomendaciones terapéuticas o la canalización a un especialista, aunque aclara que en ciertas ocasiones, cuando los síntomas son graves o amenazadores o la persona queda incapacitada, la decisión de acudir a consulta médica lo hace por sí misma.

En lo correspondiente a la consulta médica, Fitzpatrick menciona cinco elementos a considerar: la entrevista, aptitudes sociales, estereotipos, posición del cuerpo y contacto visual. Durante la entrevista todo es importante para el paciente, desde el tono de voz hasta las expresiones faciales; existen dos propósitos en la entrevista, cada uno correspondiente a los dos participantes, para el paciente consiste en buscar aliviar su dolor o enfermedad y para el médico dar un diagnóstico exacto y un tratamiento adecuado. El autor se refiere a las aptitudes sociales al hablar de los ritos de bienvenida, como un ejemplo, diciendo que éstos pueden reducir la amenaza percibida por el paciente, que los temas impersonales y neutros permiten el aprendizaje de ambas partes antes de hablar de la enfermedad, sin embargo estos rituales han sido omitidos de los consultorios médicos, pues para muchos son distractores.

Cuando dicho autor habla de estereotipos se refiere a qué características como la edad, la raza o la clase social pueden determinar el curso posterior a la entrevista, recordando que puede darse en ambas direcciones. Ya, durante la relación médico-paciente como tal, los elementos de la posición del cuerpo y del contacto visual pueden influir tanto para que el paciente decida o no regresar a consulta, la ubicación de ambos, la distancia

entre ellos, la no atención al paciente pueden ser percibidos por el enfermo como falto de importancia e interés, lo cual inhibe que el paciente pueda hacer preguntas o que participe abiertamente. Mientras que el contacto visual inexistente puede hacer la conversación impersonal y breve. Por lo que, el autor propone algunas recomendaciones, tales como el que las preguntas sean abiertas para dar respuestas no monosilábicas y así el paciente pueda narrar su enfermedad; además de un equilibrio del poder, en el que primero el paciente explique su enfermedad, seguido del médico haga la prescripción, pues llegado este punto cada parte se sitúa en una base diferente de poder, el médico se colocará en la parte superior pues es el que da las órdenes a seguir además del respaldo legal, mientras que el paciente estará en la parte inferior pues es él quien está pidiendo la ayuda.

Sin embargo, el paciente no se ve como un individuo pasivo, pues aquí entra el otro elemento a observar: la "obediencia".

> "Obediencia" es la palabra empleada para describir la conducta de salud en el paciente que se apega a las instrucciones del médico. Se han usado términos, como anuencia, adhesión, cooperación, colaboración y alianza terapéutica, cada uno de los cuales representa un punto diferente de la dimensión autoritaria-democrática en la cual se mezclan supuestos ideológicos relacionados sobre cómo se espera que se conduzcan pacientes y médicos. (Fitzpatrick, 1990: 125)

Este autor comienza afirmando que las consultas no son estáticas pues están inmersas en las relaciones sociales en donde se entrecruzan conceptos sobre la función correcta del paciente, presiones familiares, presiones sociales, modos de tratar y propaganda comercial de medicamentos. El término obediencia trae implícito, según el autor, el hecho de que los pacientes obedecen pasivamente o desobedecen voluntariamente las recomendaciones médicas, pero el término da cuenta del grado en que el paciente comparte la idea del médico sobre el correcto tratamiento, pues ambos tienen sus medios para interpretar los hechos.

Sin embargo, en esta investigación se retomarán las ideas de Fitzpatrick en relación a la "obediencia" pero con un término que se ha utilizado desde la antropología médica, que es el de "apego" al tratamiento, pues se piensa que este término refleja mejor la situación que sucede entre lo que el médico prescribe y lo que el enfermo realiza.

¿Cómo darnos cuenta del "apego" o no al tratamiento por parte del paciente? El autor menciona tres elementos: los índices de asistencia a clínicas, la aceptación de consejo y medicación, y la aceptación de consejo y medicación cuando la persona está atendiendo a otra persona dependiente. La primera se refiere al no regreso del enfermo en una cita previamente hecha; el segundo aspecto tiene que ver con el grado en que los pacientes

cumplen sus instrucciones dependiendo de cómo estas se den; y el tercer aspecto se relaciona a que es más común que la persona sea más responsable cuando cuida de alguien más que de ella misma. Tomando en consideración estos elementos y aunando los aspectos económicos así como los tiempos de pérdida en la espera de consultas y medicamentos, Fitzpatrick menciona algunos factores que contribuyen al mal éxito de las consultas:

- "Nivel del servicio: Largos períodos de espera, falta de médicos las 24 horas, falta de continuidad del personal; (podría agregar la falta de medicamento).
- Falta de percepción por el médico: el suponer que sus instrucciones se siguen al pie de la letra, por su ego, y la no interrogación a los pacientes respecto al tema.
- Persuasión: el efecto del miedo a través de los mensajes, el causar miedo sin informarles cómo y dónde pueden tomar medidas apropiadas" (Fitzpatrick, 1990: 132-135).

Concluyendo que, la relación médico-paciente, debería basarse en una atribución en vez de una persuasión. Modificar conductas no tiene una atribución negativa pues se le hace saber al paciente la forma en cómo se espera que se comporte. La satisfacción relacionada con la anuencia se alcanza cuando hay cambios importantes en la salud de los pacientes, la cual está relacionada a que el vocabulario del médico sea comprendido por el paciente, que este comprenda las instrucciones, que recuerde dicha información después de salir de consulta a través de las instrucciones escritas que puedan ser leídas con facilidad además de algunas técnicas para el mejoramiento de la memoria. Sin embargo, debido a la experiencia con la población con la cual trabajé, no todos los pacientes pueden leer, así que debería de pensarse también en la población analfabeta. Por lo tanto, la satisfacción del paciente en la atención médica puede significar una diferencia para lograr o no la "apego" de éste, esta satisfacción no sólo depende de la evaluación de la consulta como tal, sino de las expectativas del enfermo, el aspecto familiar y las necesidades emocionales del individuo.

Estos elementos serán tomados en cuenta como punto de comparación entre los cinco grupos de análisis debido a las siguientes razones: a) porque, como menciona el autor, dan cuenta de las respuestas de los pacientes al tratamiento y de sus evaluaciones hacia éste y hacia las acciones de los médicos; b) porque son momentos en los cuales el enfermo interactúa con el médico; c) porque hay que recordar que el punto de partida de esta investigación es una institución médica del Estado por lo que es importante tomar en cuenta su propia concepción del "deber ser" en relación al cuidado de esta enfermedad, que ellos llaman "control"; y d) porque se considera que son aspectos que pueden llegar a mostrar tanto la resistencia como las dificultades para que la persona enferma lleve a cabo los diversos tratamientos de la enfermedad.

Como aclaración, la comparación se realizará a partir de la llegada de las personas al centro de salud (o al GAM), por lo tanto, se hablará principalmente del tratamiento terapéutico recetado por el médico de consulta en esta institución, así como los diversos tratamientos y acciones que el individuo ha llevado al mismo tiempo.

2.3 CONCEPTOS.

Al inicio pensaba que el concepto de "manejo" podría ayudarme para no hablar de "control" biomédico, sin embargo son dos procesos diferentes, ambos con la influencia de la biomedicina. El manejo de la enfermedad es el proceso mediante el cual la biomedicina suministra al paciente tanto el tratamiento farmacológico como el no farmacológico; mientras que el control es el momento de la evaluación, inspección y verificación de que dichos tratamiento se están llevando a cabo mediante los resultados de laboratorio, es decir, sólo toman en cuenta los parámetros que ellos ofrecen al paciente más no aquellos aspectos que el propio enfermo crea importantes o aquellos que la biomedicina no pueda medir.

Por lo tanto, se parte de una idea que vaya más allá del "manejo" y del "control", Pues una enfermedad como la DM2 es experimentada con tratamientos que van más allá de la biomedicina, aspectos que no son tomados en cuenta por ésta pero si por la persona que vive con la enfermedad.

En esta investigación, el término "vivir" se refiere al proceso en que la persona enferma se adapta a las circunstancias de la enfermedad al poner en práctica habilidades, destrezas y estrategias que retoma de la utilización de diversos recursos que se encuentran alrededor de dicha circunstancia, pero principalmente de su propia experiencia. "Vivir" en el sentido de mantenerse y de subsistir.

El ver el proceso de la enfermedad desde el paciente, abre el panorama de la problemática puesto que el ver la manera en cómo una persona "vive" con la enfermedad muestra la complejidad de la situación, da cuenta que la situación es flexible, moldeable, es decir, que la persona tiene la capacidad para intervenir y no es un evento rígido o riguroso. No olvidando que las habilidades, destrezas y prácticas con que la persona enfrenta la enfermedad dependerán de los recursos con los que cuente.

Entonces, el término vivir o viviendo hace referencia a las diversas estrategias utilizadas por las personas que viven con diabetes para nivelar su glucosa, aliviar los síntomas, prevenir complicaciones y prolongar la vida, así como los problemas que se le presentan cuando demanda atención en cualquier tratamiento, o las dificultades que tiene

en su propia convivencia con la enfermedad, los aspectos que día a día interfieren en su vivir.

Hablar de vivir la enfermedad también tiene consecuencias en el término de "control", pues da pie a que cada persona establezca los elementos que son importantes para vivir con su enfermedad y de medir el estado de la enfermedad, no a través de medidas numéricas establecidas, sino tomando en cuenta el hecho de "sentirse bien" o "sentirse mal" aunado al aspecto físico, emocional, el "sentir" que la azúcar está estable (ni alta ni baja), así como la presencia o ausencia de complicaciones.

Una de las principales preocupaciones en la investigación es como hacer visibles las prácticas que no son vistas en el momento del trabajo, sobre todo aquellas que hacen referencia a situaciones pasadas relacionadas con la enfermedad. Dentro de la antropología médica se ha utilizado la noción de "carrera curativa", referente al proceso de una enfermedad desde los primeros síntomas hasta el término de la misma, para hacer visibles las prácticas que las personas reviven a través de la entrevista. El concepto proviene de la noción de "carrera moral" de Goffman (1988), que hace referencia a:

> "[...] cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida. La perspectiva adoptada es la de la historia natural: se desatienden los resultados singulares para atenerse a los cambios básicos y comunes que se operan, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente unos de otros. De una carrera así concebida, no cabe afirmar que sea brillante o mediocre: tanto puede ser un éxito, como un fracaso" (Goffman 1988: 133, citado por: Osorio 2001:40).

Elliot Freidson (1960), Stevan Polgar (1963), Edward Suchman (1995) Campos Navarro (1998), Eduardo Menéndez (2003), Rosa María Osorio (2001), entre otros, han propuesto definiciones y hecho aportes alrededor de la carrera curativa, carrera del enfermo o trayectoria de la enfermedad. Este concepto también será de utilidad para tener un panorama general de la historia de la enfermedad del paciente, desde sus primeros síntomas hasta el estado actual de la enfermedad.

Tomando en cuenta que, según la medicina alópata, la diabetes es una enfermedad incurable y únicamente controlable, con lo cual la persona que vive con diabetes puede o no estar de acuerdo, se sugiere entonces no llamarlo así, pues quizá el proceso que lleva una persona que vive con diabetes no tiene como finalidad ser "curativo". Sin embargo, esto no impide que sea útil para esta investigación, ya que se retomará como un instrumento metodológico para ubicar los momentos y decisiones que toma el paciente diabético durante el proceso de salud/enfermedad/atención, así que se propone llamarlo trayectoria de la enfermedad.

La definición retomada en esta investigación será la de Rosa María Osorio, la cual hace referencia a: "la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer" (Osorio 2001: 39). En el espacio de la trayectoria de la enfermedad se involucran el paciente, la colectividad de la cual forma parte, los modelos médicos de atención[43] y sus practicantes así como la enfermedad.

En la trayectoria de la enfermedad, el proceso de búsqueda de ayuda está relacionado con dos elementos que hacen coherente para el enfermo tomar las decisiones: Estrategias y Redes. Pues el enfermo está íntimamente relacionado a las redes familiares o de amistad que ha formado y mantenido a lo largo de su vida, así como con las estrategias que formulan y llevan a cabo a partir de las experiencias en los diversos tratamientos.

El concepto de estrategias será útil para denominar el proceso que involucra al enfermo y a otras personas, o no según el caso, para seleccionar entre diversas opciones, la más indicada para acudir en un momento específico de la enfermedad; así como al "diseño de ciertas actividades que les permiten resistir a los que irremediablemente se enfrentan las familias con un enfermo crónico" (Larralde, 2001: 20). Como bien lo señala Larralde (2001) el grupo alrededor del cual se diseñan las actividades o seleccionan las opciones no debe verse como homogéneo ni como el resultado de un consenso, puesto que, las decisiones familiares, en su gran mayoría, implican relaciones jerárquicas atravesadas por el conflicto (Larralde, 2001), así como la relación de distintos fenómenos como el económico, social, político, emocional, entre otros, que ayudan a describir la complejidad de las estrategias.

No se pretende limitar a la familia como el grupo de personas involucradas en las estrategias, puesto que en muchos casos, éstas pueden ser realizadas por amistades, vecinos o incluso únicamente por la persona que vive con diabetes. Se tendrá en cuenta las relaciones que la persona que vive con diabetes establece, ya sea por parentesco o amistad, para poder formular y llevar a cabo las estrategias en torno a la enfermedad, pues como menciona Elizabeth Bott (1990), a través de la noción de "conectividad", la cual marca la unión y la organización de la red; los factores que influyen en la conectividad de la red son: los lazos económicos entre los miembros de la red; el tipo de vecindarios; las oportunidades para el establecimiento de relaciones fuera de los límites de las redes existentes; la movilidad espacial, la movilidad social y los rasgos de la personalidad (Bott,

[43] Menéndez llama modelos médicos de atención a "aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.", clasificándolos en tres tipos: autoatención, hegemónico y el alternativo subordinado.(Menéndez 1983, citado en: Campos 1992 [a]: 101).

1990). Las estrategias que se ponen en práctica y que dependen de la relación que el individuo tenga con su red (con familiares, amigos, vecinos, etc.) muchas veces dependen de la experiencia que han tenido éstos con los diversos tratamientos a su alcance, así como de la propia experiencia del enfermo en padecimientos anteriores.

El término estrategia es fundamental para comprender la forma en cómo las personas relacionan las distintas opciones que tienen alrededor de la enfermedad para poder vivir con ésta. Es decir, una persona enferma, en este caso de DM2 tiene en cuenta, en el momento en que decide "buscar ayuda", diversas opciones las cuales dependerán de su situación económica, laboral, familiar e ideológica.

Desde la antropología médica, retomando a Menéndez, se conocen a estas opciones como Modelos Médicos, que se refieren a: "Aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento." (Menéndez 1983, citado en: Campos 1992 [a]: 101). El autor habla de tres tipos de modelos: el Modelo Médico Alópata/Hegemónico (MMH), el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y el Modelo Médico basado en la Autoatención (MMA). Realiza esta división bajo un enfoque relacional, ya que para él, cualquier modelo debe ser pensado en relación con el todo en el que se inscribe, es decir, como parte de un contexto, en donde un modelo no es único.

- El modelo médico alópata o hegemónico está fundamentado en la biomedicina y dividido en tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. Es hegemónico, puesto que sus características estructurales e ideológicas provenientes de la sociedad occidental, lo han ubicado como el único medio para aliviar las enfermedades.
- El Modelo Médico denominado Subalterno, tiene como característica que dichas prácticas constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente.
- El Modelo Médico basado en la Autoatención "está cimentado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas allegadas pertenecientes a sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional" (Menéndez 1983).

Al conocer cuáles son las opciones que una persona tiene para tratar la diabetes, ésta comienza un proceso a través del cual ira manejando su padecimiento. Tanto el orden como la forma en cómo los utilizará dependerá de su experiencia, de las recomendaciones que reciba y de la eficacia de los mismos en este proceso, como se verán en los casos planteados en esta investigación. Dentro de las estrategias, las personas pueden llegar a

realizar "reajustes", "reacomodos" y "arreglos" de todas las opciones existentes, teniendo en cuenta la forma en cómo ellas perciben la enfermedad.

Es importante recordar que las ideas, conceptos, conocimientos, representaciones y prácticas serán descritas sin ningún juicio de valor, sin nombrarlas como correctas e incorrectas, puesto que cada episodio de la enfermedad es vivido por el enfermo tomando en cuenta su visión del mundo, sus juicios, prejuicios, su historia individual y social, así como su concepción de la realidad.

CAPÍTULO III
"VIVIENDO CON DIABETES."

INTRODUCCIÓN.

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los aspectos generales de cada uno de los veinte casos recabados en campo, los cuales se ubican en cinco grupos de análisis: 1) "Queens 1"; 2) "Queens 2"; 3) "No Queens"; 4) "GAM pasivos"; y 5) "No GAM".[44]

El capítulo está conformado de seis partes, las primeras cinco corresponden a cada grupo de análisis y la última a la comparación entre los cinco grupos. En cada parte se describen, por grupos, los siguientes aspectos: el **perfil socioeconómico** (edad, estado civil, origen, religión, experiencia laboral, número de hijos, ocupación actual y elementos de sus historias que les han marcado tales como la muerte de familiares, enfermedades propias y/o de gente cercana, problemas económicos, conflictos laborales, problemas de pareja y/o con los hijos, cambios de residencia, entre otros); **antecedentes de la enfermedad** y el proceso de vivir la enfermedad a través de la **trayectoria de la enfermedad.** Antes de hablar de las trayectorias de enfermedad, se describirá en un apartado denominado "Diabetes en su vida" el caso más representativo de cada grupo a través de una viñeta para mostrar con más claridad la convivencia de las personas con la enfermedad así como las estrategias y reajustes a los tratamientos que se realizan a lo largo de la trayectoria.

Los **antecedentes de la enfermedad** se refieren principalmente a tres aspectos: el primero relacionado a la situación de las personas a la derechohabiencia o no a los servicios de salud así como a la utilización o no de los mismos antes de comenzar con la enfermedad. El segundo, hace referencia a la historia de la enfermedad a nivel familiar, es decir al conocimiento y convivencia con familiares con diabetes antes de ser diagnosticados, lo cual se refiere, primero a la idea de que la diabetes es una enfermedad hereditaria y segundo a la experiencia que pudo haber tenido la persona que colabora en esta investigación y que actualmente vive con diabetes; y el tercero tiene que ver con las representaciones previas de la enfermedad que tenían las personas que viven actualmente con diabetes, se refiere a aquellas que se originan antes de que las personas tengan diabetes, a través de la cercanía a personas con diabetes en la familia o personas cercanas, como vimos en el apartado anterior, pero también a través de comentarios de personas que no

[44] La presentación de las personas que viven con diabetes se hará tomando en cuenta el tiempo cómo fui conociendo a las personas, comenzando (Queens 1, Queens 2, No Queens, GAM pasivos y No GAM) y por orden alfabético de los nombres utilizados para cada integrante de los grupos.

han tenido la enfermedad pero que han escuchado alguna información sobre la diabetes, así como a través de los diversos medios de comunicación con los que han estado en contacto desde antes de padecer la enfermedad.

Antes de pasar a las trayectorias de la enfermedad, se narrará una experiencia de la enfermedad en cada grupo, para que el lector pueda conocer y diferenciar por sí mismo las particularidades de cada grupo.

En la **trayectoria de la enfermedad,** se describirán los primeros síntomas o el diagnóstico, la búsqueda de ayuda y las acciones frente al diagnóstico; también se mostrará el panorama de las estrategias y redes utilizadas para hacer frente a la enfermedad. El camino que transita una persona con diabetes comienza desde el momento que se presentan los primeros síntomas, sin embargo hay ocasiones en que la persona no experimenta ningún síntoma, por lo que la trayectoria en estos casos comienza con el diagnóstico. Como, según la medicina alópata, la diabetes es una enfermedad incurable el final de la misma sería la muerte, pero es importante no dejar a un lado las representaciones de aquellas personas que utilizan otro tipo de medicina y aseguran haberse curado o que sí existe cura. Teniendo en cuenta ambos enfoques, sin tomar partido por uno o por otro, la trayectoria de las personas se representará tomando en cuenta su propia concepción sobre la cura o no de la enfermedad.

Después del diagnóstico surge nuevamente un momento de toma de decisión entre dos caminos: hacer algo o no hacer nada. Cada decisión tiene su argumento por parte del enfermo del porqué fue tomada, sin embargo en los casos aquí presentados el momento de no hacer no fue definitivo. Entonces, se retomarán todas las acciones que fueron tomadas después del diagnóstico a la fecha, dentro de las cuales el foco central será el momento de acudir al centro de salud y/o al GAM.

Finalmente en la trayectoria de la enfermedad se pueden observar los momentos en los que el enfermo tiene problemas para convivir con la enfermedad, es decir, las dificultades para llevar las recomendaciones biomédicas, las estrategias que ellos mismos elaboran para sentirse bien así como las resistencias en relación al tratamiento biomédico.

3.1 QUEENS 1.

ANTECEDENTES.

Las cuatro personas entrevistadas que son parte de Queens 1 son: Adriana (59 años, es madre soltera); Berenice (71 años, es viuda por segunda ocasión, tiene un hijo y se le

murieron dos hijas); Eliseo (65 años, está casado pero su esposa vive en Ocosingo, tiene tres hijos) y Guadalupe (68 años, es viuda y tiene tres hijos, dos de ellos viven en la ciudad de México). Todos son católicos, han tenido diversos trabajos aunque sólo dos aún continúan trabajando: Doña Adriana (Puesto de ferretería afuera del mercado Castillo Tielmans en el mercadito 2) y Doña Berenice (Hospedaje en Ocosingo), mientras que dos no trabajan: Doña Guadalupe (sobrevive con el pago de 600 pesos por quedarse a dormir en casa de la señora, además de que se ayuda de los programas de gobierno Donde le dan un apoyo económico: Amanecer [$550 mensuales] y Oportunidades [$800 bimensual]); y Don Eliseo que está jubilado (desde hace 13 años).

En relación a los antecedentes, dos de ellos tenían derechohabiencia a alguna institución médica antes de tener diabetes: Don Eliseo es derechohabiente al ISSSTE desde que era trabajador de base en la Secretaría de Salud y Doña Guadalupe que por contar con el apoyo de Oportunidades, tenía que ir regularmente a citas al CEDEM. Mientras que Doña Berenice y Doña Adriana acudían a médicos particulares en caso de presentar alguna enfermedad. Tres de ellos tuvieron familiares con diabetes antes de que comenzaran con la enfermedad, Doña Adriana (tíos paternos y cuatro tíos maternos), pero nunca tuvo relación cercana con sus tíos ni conocimiento de su enfermedad; la mamá de Doña Berenice comenzó con diabetes a los 65 años; la hermana mayor de Doña Guadalupe tuvo diabetes antes que ella y ningún familiar o conocido de Don Eliseo tuvo diabetes antes que él, sus papás murieron de infarto y nunca supo que tuvieran diabetes.

Antes de saber que estaban enfermos, tres de ellos tenían algunos conocimientos de la enfermedad, sobre todo en relación a las causas, Doña Berenice pensaba que la causa de la diabetes de su mamá había sido un susto que tuvo justo antes de que comenzara con los síntomas; Don Eliseo, a pesar de no tener familiares con diabetes le gusta leer libros, revistas y periódicos e ir a conferencias, así que ya había leído sobre la diabetes antes de tenerla, sabía que la enfermedad se da por herencia, que todos tenemos diabetes en la sangre pero si no nos cuidamos y comenzamos a comer mal entonces el organismo desarrolla la enfermedad; también sabía que la insulina es para quienes realmente estén graves, que es para toda la vida; Doña Guadalupe había escuchado hablar a la gente que la insulina no es buena, pues muchos le dijeron que el que la utiliza queda ciego, así que desde antes ya le tenía miedo a la insulina.

"Ya estoy acostumbrada,
como dice el doctor que vamos a vivir con diabetes hasta el resto de nuestros días,
vamos a ir con ella del brazo" (Berenice, 2011).

Doña Berenice, tiene 71 años, nació en el municipio de Trinitaria pero se vino a vivir a San Cristóbal hace 30 años con su segundo esposo. Su primer matrimonio fue en Trinitaria cuando tenía 19 años, pero enviudó cinco años más tarde (su esposo se pegó un tiro en una borrachera pero sus suegros le echaron la culpa a ella); vendió su casa y se fue a vivir con sus hermanas a México. De su primer matrimonio le quedaron dos hijas: una de dos años y la otra de tres, ambas tenían retraso mental a consecuencia de una enfermedad que tuvo doña Berenice, Toxoplasmosis[45] (un parásito que doña Berenice cree que lo agarró del murciélago). Las llevó a México para que le hicieran estudios pero no encontró remedio, así que regresó a Trinitaria, vivieron en un ranchito que compró con el poco dinero que le dio su suegro (después de tanto pelear), ambas usaban pañales de tela, una no podía caminar sólo hablaba y la otra no hablaba pero sí caminaba así que vivían encerradas. Al poco tiempo se murió la niña más pequeña (tenía 9 años) y se quedó con la mayor, con la que decidió regresar a México pues su hermana le dijo que la iba a apoyar para que la hospitalizaran en el hospital Juan N. Navarro en donde su hija sirvió para hacer numerosos estudios de la enfermedad durante algunos meses pero no para su alivio sino para futuros enfermos. La dejó un fin de semana y cuando regresó la niña estaba tirada en el suelo sin haber comido, así que se fue a quejar con el director del hospital y él le pidió que se quedara para que ella misma cuidara a su hija, así que fue enfermera de su hija durante tres meses hasta que se la entregaron y se regresó a Trinitaria, a los tres años murió su hija (tenía 14 años).

Viuda y sin hijos se regresó a vivir a México (durante su estancia estuvo en un tratamiento a base de Avlosulfón para aliviar su enfermedad) y después a Ciudad Juárez, con sus hermanas; luego regresó a Trinitaria donde conoció a su segundo marido, viudo también y con seis hijos de los cuales doña Berenice terminó de criar tres. Se casaron, tuvieron un hijo y se fueron a vivir a Ocosingo por el entronque con Altamirano, pero con el problema del levantamiento armado de 1994 perdieron todo pues fue ocupado y les dio miedo regresar pues en ese momento estaban en Trinitaria ya que su mamá acababa de morir. Decidieron venir a vivir a San Cristóbal donde vivió con su esposo durante 20 años. Un día, su esposo comenzó a tener problemas con la próstata así que se fueron a México a que lo operaran pues allá vivían dos hijos de él, tiempo después regresaron por una operación de la columna de su esposo pero tiempo después le diagnosticaron cáncer de colon y ahí ya no pudieron hacer nada. No habían pasado 40 días cuando todos los hijos estaban peleando herencia y queriéndole quitar dinero a ella sin saber que doña Berenice gastó mucho en México y tuvo que prestar dinero para poder trasladar el cuerpo a San Cristóbal. Durante muchos años prevalecieron los problemas legales y económicos pues todos son licenciados hasta que un día les hablo fuerte doña Berenice diciéndoles que ella no era amante de su papá sino que se casaron por la iglesia y por lo civil así que si ella quería los iba a dejar en la calle a todos porque ella tenía derecho de la mitad de todo lo que les dejó su papá, así que con eso se calmaron. Hoy vive con su hijo, la segunda esposa de su hijo y su nieta.

[45] Se encuentra en los seres humanos y en muchas especies de animales. Los gatos son el huésped definitivo del parásito. La infección en humanos puede provenir de: Transfusiones de sangre o trasplante de órganos sólidos, manejo inadecuado de los excrementos de gato, que puede llevar al consumo accidental de partículas infecciosas, ingerir tierra contaminada, comer carne cruda o mal cocida (de cordero, cerdo o res). La infección también se puede pasar de una madre infectada a su bebé a través de la placenta. (Liesenfeld O. Toxoplasmosis. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine.* 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 370, 21 marzo 2012, en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000637.htm, consultado el 12 de abril de 2012)

Comenzó a trabajar después de que su primer marido falleció, vendiendo pan, rompope, galletas y curtido de frutas. Con el segundo esposo puso un restaurante y una tienda de abarrotes en el rancho de Ocosingo, pero como no quiso regresar a su casa después del levantamiento armado de 1994, regresaron a la cabecera municipal y pusieron un hospedaje, que es el que actualmente tiene pero lo atiende su hermano, pues ella vive en San Cristóbal y únicamente se dedica al hogar. Es católica, pero después de la enfermedad de sus hijas regaló todas sus imágenes y dejó de rezar, después de un tiempo, cuando vivió con sus hermanas fue a visitar al Cristo del Cubilete donde le pidió perdón y volvió a retomar la religión. Es devota de la virgen de Guadalupe, de Cristo, de Niño Dios, Justo Juez, de la Virgen de la Luz y la Santísima Trinidad.

Siempre ha utilizado médicos particulares por cualquier enfermedad o molestia, sobre todo por la enfermedad de sus primeras dos hijas y luego la de su segundo esposo, pues a pesar de que un hijo de ella tiene ISSSTE no la ha podido afiliar pues el acta de nacimiento de doña Berenice tiene errores que no ha podido arreglar.

Su mamá comenzó con diabetes a los 65 años, sus niveles de glucosa siempre estaban altos, le ponían insulina, tuvo tres o cuatro comas diabéticos, la última vez que se le subió llegó a 1075 mg/dl, después de eso no se le volvió a subir más, a los pocos años murió. Pensaba que la causa de la diabetes de su mamá había sido un susto que tuvo justo antes de que comenzara con los síntomas.

No tuvo ningún síntoma previo al conocimiento de la enfermedad, se enteró de la enfermedad cuando fue a un médico particular (Dr. Julio César López Echeverría) a hacerse estudios por alguna causa que no recuerda y al revisar los resultados el médico le dijo que tenía diabetes; lo primero que hizo fue pensar en lo que su mamá había sufrido por esa enfermedad así que le dio mucha tristeza. Piensa que le dio diabetes de tantas penas: la muerte de su primer esposo, la enfermedad y muerte de sus primeras hijas. Pero también piensa que fue por herencia pues su mamá había tenido la misma enfermedad; cuando su mamá se enteró que tenía diabetes le dijo que no le quedaba más que cuidarse. Estuvo 5 años con el doctor Echeverría sin tratamiento pues el doctor le dijo que aún no lo necesitaba que con sólo cuidarse en su alimentación podía mantenerse bien, por lo que le prohibió pasteles, azúcar, chocolate, paletas pero doña Berenice no siguió bien la dieta pues era muy difícil para ella así que en una ocasión se le subió la glucosa y el doctor le comenzó a dar pastillas (no recuerda el nombre). Dejó de acudir con él porque un día lo encontró enojado y ya no regresó así que comenzó a buscar otro médico y encontró al Dr. Torres con quien también tomó pastillas (no recuerda el nombre). Después de unos meses dejó de ir al doctor porque comenzó el cáncer de colon de su esposo; durante toda la enfermedad de su esposo no fue a ningún médico sólo compraba las pastillas que tomaba con el Dr. Torres y de vez en cuando se realizaba análisis de glucosa. A pesar de que continuaba tomando sus medicamentos que compraba en las farmacias, durante el cáncer de su esposo, se sentía muy mal por la enfermedad de su esposo y por su diabetes aunque le daba más importancia al cáncer de su esposo nunca dejó de tomar sus medicamentos, había ocasiones en que lloraba de camino a la farmacia, se sentaba en la calle porque no sentía sus rodillas, caminaba pero no sentía sus piernas parecía que caminaba al aire, a pesar de todas las penas que tenía trataba de cuidarse en su alimentación pues pensaba que si se le subía el azúcar la iban a internar e iba a estar en una cama junto a la de su esposo y eso no podía ser pues ella tenía que cuidar de él. Da gracias a Dios de que no quedó tirada en las calles de México. Cuando murió su esposo no se dio cuenta si se le subió el azúcar porque no sintió nada y tampoco se dio cuenta.

Al morir su esposo iba regularmente al hospital regional donde pasaba con el Dr. León por los mismos medicamentos. A partir de la muerte de su esposo se deterioró física y emocionalmente, pues comenta que antes de eso sabía hacer muchas cosas como mandar mensajes en el celular pero desde que se quedo viuda ya no lo ha podido hacer, piensa que porque también se ha traumado por tantos

problemas que ha tenido. Dos meses después de la muerte de su esposo, escuchó hablar a una señora sobre el GAM, mientras hacían cola para recibir el dinero del programa Amanecer, así que pidió más información con la señora y llegando a casa le platicó a su hijo quién le dijo que estaba bien si quería ir así que el siguiente martes su hijo la acompañó a la sesión del grupo, su primera nuera no quería que ella asistiera porque no era para ella pero aún así decidió ir para ver cómo era y si le gustaba iba a regresar. Llegando al centro de salud se encontró con el Dr. José María a quién le preguntó por el grupo y él la llevó abrazada a la cabaña donde se llevan a cabo las pláticas. Se presentó ante el grupo diciendo que tenía diabetes y que hacía dos meses de la muerte de su esposo, comenzó a llorar y de repente sintió por detrás una mano y una voz que le dijo "Doña Bere es usted muy valiente", desde el primer día sintió el apoyo de las compañeras. Al inicio el doctor le recetó Glucón B y otra pastilla (no recuerda el nombre) durante tres meses hasta que el doctor le dijo que necesitaba insulina pues la glucosa no le bajaba, comenzó con 10 unidades y actualmente se pone 15 unidades. Desde que se fue a México con su esposo enfermo comenzó a tomar hierbas, allá tomó el Marrubio, cuando regresó a San Cristóbal trajo un poco pero se le terminó y no encontró de esa hierba aquí.

En el GAM ha aprendido a manejar su enfermedad, a cuidar su alimentación pues si se pasa de las horas de comida se pone nerviosa y tiembla. Le gusta ir al grupo pues dice que le ayuda salir del encierro de su casa, los días que no va al grupo sale a caminar a visitar a sus comadres pues hay días en que se pone triste, llora y hasta grita cuando se desespera por estar encerrada, así que el ir al grupo le ayuda porque sale de la rutina de la casa donde siempre hay oficios, llegando al grupo se encuentra con las compañeras y empiezan a hacer argüende, a contar cuentos y picardías mientras llega el doctor. El grupo le ha ayudado mucho, en su enfermedad a sentirse bien pues ha bajado y se ha mantenido por debajo de los 100 mg/dl con lo cual se ha sentido más tranquila y contenta, pero también le ha servido para ser más amigable.

Su hijo está feliz de que ella asista al grupo y está muy agradecido con el doctor José María por todo lo que su mamá ha cambiado a partir de que asiste al GAM. Doña Berenice piensa que si no estuviera en el grupo ya se hubiera muerto porque ahí el doctor está pendiente de sus estudios cada mes. En las pláticas les dicen qué deben y qué no deben de comer, por eso ve al GAM como una escuela porque ahí le enseñan muchas cosas y cuando van a las caminatas los cuidan como si fueran niños. Anteriormente hacían caminatas en rancho nuevo un domingo de cada mes de 9 de la mañana a 2 de la tarde, como parte de las actividades del GAM, ahí podían llevar a su familia, al final de la caminata se sentaban en rueda a comer lo poquito que cada una llevaba, se iban en los transportes públicos y cada quien pagaba su pasaje, pero desde hace algunos meses ya no han ido a las caminatas sólo hacen ejercicio con los profesores de educación física: caminan, corren, brincan, cualquier cosa que haga mover su cuerpo con lo cual se siente bien. Hay períodos en donde no hay profesores así que ellas mismas se ponen diversos ejercicios.

Desde el momento que llegó al GAM comenzó a tener consultas con el Dr. José María, quién le ordenó primeramente hacerse análisis para valorar el tratamiento que estaba llevando, así que después de eso siguió con las pastillas durante tres meses hasta que el doctor le recomendó la insulina, ella no quería y lloró en ese momento, él le dijo que no era a la fuerza pero sí para su bien, así que dejó de llorar y aceptó la insulina, comenzó con 10 unidades al día, se sintió diferente, su azúcar bajó y se estableció pues anteriormente subía y bajaba regularmente. Al inicio se la ponía en el brazo pero tuvo mala reacción pues le dio comezón así que decidió inyectarse alrededor del estómago, en diferentes partes cada día, llega un momento en el que se le pone morado o le duele por lo que se inyecta en las piernas pero ahí debe de tener mucho cuidado pues tiene várices. La insulina se la dan en el centro de salud, lo único que compra son las agujas, las compra en la farmacia Simi porque ahí son más económicas, sólo en una ocasión ha tenido que comprar insulina pues

no ha habido en el centro de salud, procura tener un frasquito de insulina en Ocosingo y otro en Trinitaria para que cuando viaje no las ande cargando.

Comenta que el Dr. José María siempre ha sido buena gente, la trata como si fuera su hija o su hermana, ella lo quiere y lo respeta; en las consultas le dice qué le duele, qué le falta, qué quiere, se siente en confianza. El doctor les recomienda que los familiares también asistan a las pláticas pero como su hijo trabaja no asiste, a lo que sí ha ido es a las caminatas a Rancho nuevo.

Un día, el doctor mencionó su nombre como parte de las personas que estaban controladas para formar un grupo (Queens 1); ella no sabía de qué se trataba sólo que el doctor tenía que estar más pendiente de su glucosa, del colesterol, triglicéridos y los riñones, así que se sintió contenta de que el doctor la escogiera. Ha invitado a mucha gente al GAM pero no se han animado a ir, a ella también la invitaron al grupo que está por la Merced, fue una semana pero no aguantó el ritmo pues es mucho ejercicio para ella y como ya está en el GAM, dice que "sólo se le puede servir a un patrón".

Regularmente no se le sube el azúcar a veces sube a 200 mg/dl pero eso sucede cuando se descuida en su alimentación, también se da cuenta que cuando se siente mal por algún problema personal al rato ya tiene la azúcar alta (pues se hace la prueba del glucómetro), dice que un coraje, un gusto o un disgusto le afectan pues le suben la azúcar aunque actualmente ya no se preocupa tanto como antes pues ya se conformó de que sus entenados ya no la buscan, no la llaman, la ven en la calle y no le hablan, no guarda rencor ni coraje porque eso hace que se enferme más.

Cuando estuvo en México la última vez su hermana le recomendó la hierba de Marrubio para la diabetes, la estuvo tomando y cuando regresó a Chiapas compró una dotación pues aquí no lo venden. En las pláticas con las compañeras del grupo se pasan recetas de hierbas como el hinojo, el ajenjo y otra que parece manzanilla pero es amarga, las toma aunque no nota muchos cambios.

Tiene glucómetro en casa y lo utiliza cada tres o cuatro días para saber cómo está su azúcar, le sirve como un freno pues cuando sale alta se cuida más en su alimentación. Antes se hacía la prueba después de que se lavaba los dientes y salía alta así que el doctor le recomendó que desde la noche lo deje preparado al lado de su cama para que al despertar sea lo primero que haga.

Todos los años en el mes de mayo se va a una peregrinación con un grupo de personas a la basílica de Guadalupe, después de visitar a la Virgen se van de paseo por varios estados de la república, pero el año pasado no fue porque le comenzó un dolor de estómago, le hicieron ultrasonido y salió con piedras en la vesícula pero no la han podido operar porque está esperando a que su nuera tenga a su bebé, así que mientras tanto ha estado tomando yerbas para ese problema pero dice que como son amargas también le ayudan para la diabetes. Fue al hospital de las culturas para ver lo de su operación pero su hijo no quiere que la operen porque tal vez no la van a atender bien ahí, así que le hablo al Dr. José María y él le comentó que la operación le saldría como 25 mil pesos con unos amigos de él que vienen de México a Tuxtla en los próximos meses, así que lo está pensando.

Afirma que no tiene ninguna complicación de la enfermedad, pues ve la última novela de la noche y después de eso se pone a leer un libro de diabetes sin lentes pero no puede ver de lejos aunque eso cree que es por su edad, fue a ver a un oculista y le dijo que estaba bien; tiene como veinte años que se le comenzaron a caer los dientes, pero eso fue antes de la diabetes, se le picaron los dientes y tuvo que ponerse un puente así que no lo asocia con la enfermedad. Desde hace cuatro años el Dr. José María le aumentó la dosis de insulina a 15 unidades pues no bajaba su glucosa, así que se la pone como a las nueve de la noche después de tomar su café; no toma ninguna otra medicina para la diabetes pero sí toma Diabión y la Aspirina Protec porque se las receta el Dr. José María, X-Ray la compra porque ya está grande y ha escuchado en la tele que ayuda para el dolor de huesos; además de otras vitaminas que le recomiendan o escucha en la tele como el Omega 3, vitamina E400,

vitamina B y complejo B, algunas las toma en las mañanas y otras en las tardes, piensa que tal vez por eso aún está viva porque toma muchas vitaminas.

Ahora ya no come todo lo que le dan en las fiestas o en los rezos, como tamales o pastel- Los recibe pero se los lleva a su casa para su hijo y si en el camino se encuentra a alguien se los regala. Cocina para toda la familia, cose verduras como calabacitas, acelgas, ejotes, zanahorias, hace sopa de verduras, pasta sin aceite; pero si los demás no quieren comer de eso pues dice que ella ya cumplió. En las noches su hijo y su nuera están acostumbrados a salir a cenar, la invitan pero ella antes de ir se toma un café con dos panes y así ya no cena con ellos, sólo los acompaña. Su hijo compra mucho pan y a ella le compran semita seca, que es el único pan que come, le llama "pan de chucho" porque no tiene sabor ni manteca, se come dos rebanadas con medio vaso de leche deslactosada o de soya. Una vez a la semana va con su hijo al mercado para comprar la despensa, procura comprar verduras y algunas carnes que sólo come a medio día, como pollo, res, puerco o pescado. En un día normal, a las 8 de la mañana toma un vaso de leche con dos rodajas de pan Bimbo, a las 11 de la mañana desayuna verduras, sopa de verduras; en la comida guisa un pedazo de carne con verduras sin grasa, en la cena toma un vaso de leche con pan Bimbo, si entre comidas le da hambre se come una fruta o un chayote hervido.

Procura salir a caminar los días que no va al grupo, por las tardes se va a la colonia María Auxiliadora o al barrio del cerrillo o al panteón, en cualquier ruta le lleva media hora de ida y media de regreso, anteriormente lo hacía todos los días pero hace unos días comenzó a sentir mucho cansancio así que descansó dos días, le dijo al doctor y él le regañó porque le dijo que estaba caminando mucho, así que ahora sólo camina 15 minutos. En ningún momento ha dejado de hacer sus actividades del hogar o personales, en las tardes si tiene tiempo libre va a visitar a sus entenados, comadres o simplemente a caminar sola, regresando ve sus novelas y teje al mismo tiempo. Actualmente está tomando té de ajenjo y una hojita amarga que parece manzanilla. También compra vitaminas como el Diabión para estar mejor. Comenta que ya está acostumbrada con la enfermedad, pues como le dice el doctor tiene que vivir con ella lo que le queda de vida; hay días en que le duelen las piernas y los brazos pero piensa que es consecuencia de cuando trabajaba en Oxchuc dorando café, después de dorarlo se bañaba, eso piensa que le hizo mal. Por la azúcar tiene dolor de huesos así que siempre tiene que tener pomada para sobarse su cuerpo antes de dormir. Se da cuenta que la enfermedad le cambio su forma de vivir porque de estar "buena y sana" de repente estar enferma es muy difícil, aunque es una enfermedad que mientras se cuide no hay problema pues ya si le cortan la pierna ya no es lo mismo.

Le costó mucho trabajo aceptar que tiene una enfermedad incurable pues sentía tristeza de pensar que no iba a poder vivir con ella mucho tiempo pero ahora se da cuenta de que ya lleva 18 años con la enfermedad y se siente mejor que al inicio; lo que le costaba trabajo aceptar era el hecho de que esa enfermedad fuera hereditaria, como le dice el médico, pues su mamá tuvo diabetes pero tenía 30 años de que había salido del vientre materno y a su mamá le había desarrollado después de tenerla, peleaba con el doctor José María quien le hizo ver que el factor hereditario tiene que ver con la sangre. Ahora que ya la aceptó piensa que hay tres elementos esenciales para el cuidado: la dieta, el ejercicio y la medicina, además de asistir frecuentemente a consultas y estar en plática frecuente con el médico sobre lo que le sucede.

TRAYECTORIAS DE LA ENFERMEDAD.

Dos de los cuatro integrantes de este grupo tuvieron síntomas al inicio de la enfermedad pero ninguna de las dos los relacionó con la diabetes: Doña Adriana comenzó a sentir

mucha sed y sueño y Doña Guadalupe tenía sueño y se sentía temblorosa; los dos restantes supieron de la enfermedad hasta el diagnóstico médico. Sólo Doña Adriana tuvo un diagnóstico previo al médico, el cual fue dado por su hermana y confirmado por el médico; Doña Adriana se enteró porque le dijo al médico sus síntomas y él le mandó a hacer unos estudios; tanto Doña Berenice como Don Eliseo, se enteraron de la enfermedad al acudir al médico por otro motivo, Doña Berenice fue al Dr. Echeverría para hacerse estudios por alguna causa que no recuerda y a Don Eliseo se la diagnosticaron en los análisis previos a una operación de hernia en el ISSSTE.

Al saber que tenían diabetes, dos personas (Doña Berenice y Doña Guadalupe) recordaron el sufrimiento y/o la muerte de familiares, Doña Adriana pensó que se iba a morir mientras dormía y Don Eliseo pensó que era un error de los médicos así que solicitó a través del centro de salud los análisis con el químico Reyes, quien le dijo que no tenía diabetes pero después de mucho tiempo cree que sí la tiene, aunque hay ocasiones en que piensa que no está enfermo se da cuenta que sí lo está cuando se siente mal.

La causa de la enfermedad por susto o coraje es compartida por dos personas: Doña Adriana cree que le dio diabetes a consecuencia de un gran susto pues le llegaron a decir que a su hermano lo habían agarrado y matado a machetazos; y Doña Guadalupe piensa que la enfermedad le dio por dos causas: la impresión de la noticia de la muerte de su esposo y los muchos corajes que hizo cuando sus hijos estaban pequeños pues fueron muy rebeldes[46]. La otra causa señalada es por penas y/o problemas, como es el caso de Doña Berenice quien piensa que le dio diabetes por la muerte de su primer esposo, la enfermedad y muerte de sus primeras hijas; ella misma también cree que la herencia es una causa de su enfermedad pues su mamá tenía diabetes. Y Don Eliseo cree que fue por su mala alimentación.

La trayectoria de la enfermedad, considerando la medicina alópata (pública o privada), la autoatención, yerberos, curanderos, espiritualistas, entre otros tipos de medicina no alópata, ha sido muy distinta en cada una de las personas, pero en la mayoría ha sido corta, es decir que no han acudido a muchas opciones y en todos los casos, hubo momentos en que estaban con más de una opción al mismo tiempo. Tres de los cuatro han utilizado sólo tres opciones, la única diferencia entre ellas es que dos de ellas comenzando

[46] A partir de la muerte de su esposo ella se quedó al mando de la casa y del futuro de sus hijos, a quienes les afectó mucho la muerte de su padre y la reacción de ellos fue de no obedecer a su madre en aspectos relacionados al mantenimiento del hogar; ella quería que estudiaran para que tuvieran mejores cosas de las que ella podía darles, pero a ninguno le gustó el estudio, dejaron de ser responsables en la escuela hasta el punto de no querer terminarla. Ella tenía que sacar su carácter para poder tener unos hijos "de bien" así que les dijo que si no querían estudiar que tenían que trabajar, el primer hijo comenzó a trabajar desde muy pequeño pero su hija no quería ni estudiar ni trabajar, ella fue la más fuerte de carácter.

con la medicina alópata particular y una en una institución pública (CEDEM), continuando con el centro de salud y la autoatención. Dos de ellos únicamente han tenido tres opciones de atención: Don Eliseo ha cambiado dos ocasiones de opción (ISSSTE, Centro de salud + Autoatención [hierbas] y Doña Guadalupe (CEDEM, Centro de salud + autoatención [hierbas]); Doña Berenice ha utilizado cuatro opciones (Dr. Echeverría, Dr. Torres, autoatención [automedicación], hospital regional + autoatención [hierbas], centro de salud + autoatención [hierbas]) y Doña Adriana siete opciones (Dr. Pedro Moreno, Dra. Lascurain + Dr. Pedro Moreno, Dr. Rosales, Dr. Moreno, Centro de salud + autoatención con hierbas). Todos toman yerbas para nivelar su azúcar y tres de ellos comenzaron a utilizarlas a partir de la llegada al GAM, pues ahí se han compartido infomación de cómo cuidarse.

En todos los casos, ninguna de las personas asistía al centro de salud antes de acudir al GAM y fue éste el motivo por el cual llegaron al centro de salud. La atención en el centro de salud ha consistido para dos de las cuatro personas en acudir únicamente con el doctor José María (Doña Adriana y Doña Berenice), Don Eliseo ha pasado con dos médicos (Dr. Luciano y Dr. José María) y Doña Guadalupe con cuatro médicos debido al modo de operar del programa Oportunidades que los cambia de médico por períodos de tiempo (Dra. Melvis, Dra. Andrade, Dra. Gabriela y Dr. José María). Todos coinciden que el Dr. José María es muy buen médico pero sobre todo excelente persona:

> "Por el modo de explicar, el modo de explicar la medicina, todo, su modo del doctor que es muy lindo. Porque iba con los demás doctores y me decían: Tome esto, no coma mucho; con el doctor Turati me decía: ¡Cuídese el pico!, ¡el pico se va a cuidar!, me dio coraje que me trataran así, voy a pagar y que me traten mal pues ya no voy, por eso dejé de ir. En cambio aquí con el doctor José María es muy diferente" (Adriana, 2011).

La invitación al GAM se hizo por familiares, como el caso de Doña Adriana, a quien la invitó su hermano y su cuñada; por conocidos como el caso de Don Eliseo y Doña Guadalupe, o por personas que les platicaron de él en la calle como fue el caso de Doña Berenice. A los cuatro les gusta ir al GAM, comentan que han aprendido muchas cosas de la enfermedad y de cómo cuidarse, todos a excepción de Doña Adriana que es tímida son muy amigueros y se llevan con todos los compañeros; para Doña Berenice al igual que para Doña Guadalupe, ven a los integrantes del grupo como parte de su familia.

> "Para mí sí, a todas nos hace falta y por eso no dejamos de ir. Porque salimos del encierro, yo principalmente porque me quedo sola en las tardes, cuando no voy al club me salgo a caminar o a visitar comadres porque el encierro me cae mal, me desespera hay veces que termino chillando y gritando por tanto encierro; y la ida al club nos ayuda porque salimos

> de la rutina, en la casa toda la vida hay oficio; ya llegamos y está el argüende, los cuentos y la picardía, cuando llega el doctor nos callamos todas" (Berenice, 2011).
>
> "El doctor es repetitivo, como le dije un día: Usted tiene vocación porque tiene paciencia, usted estudió esa carrera, cuántos se salen del grupo porque no les gusta, cómo voy a aguantar a una vieja que me está haciendo gestos, a veces todos están con las risadas porque en su casa no lo tienen" (Eliseo, 2011).

Todos comentan que el ir al GAM les ha ayudado a bajar sus niveles de glucosa, ven en el grupo un espacio donde se olvidan de sus actividades cotidianas, además coincidieron en que la forma en cómo llevar la alimentación es muy diferente cómo la explica él a cómo la comentan otros médicos:

> "Las pláticas del doctor nos platica cómo nos vamos a cuidar, qué vamos a comer, que podemos comer de todo pero tanteado, no nos pone una dieta en la que nos diga que no podemos comer cosas, nos dice que podemos comer de todo pero tanteadito" (Adriana, 2011).

En el 2009 el doctor José María les comentó que podrían ser parte de un grupo dentro del GAM que serviría para que la jurisdicción y la secretaría de salud vieran que están trabajando pero que debía de comprometerse, el cual le pondrían de nombre Queens 1. Algunos creen que fueron elegidos porque estaban controlados, como Doña Adriana y Doña Berenice, Don Eliseo piensa que el médico lo llamó para integrar al grupo porque siempre participa y no se guarda lo que piensa, mientras que Doña Guadalupe cree que la eligieron porque era puntual y no faltaba a las pláticas. Todos comentan que las actividades no cambiaron, son las mismas para todos, lo único que cambia es que una vez al mes acuden para que les hagan diversos estudios y medidas, además de que ya no acuden a consulta mensual pues pueden ir cualquier día por medicamentos.

Dos de las cuatro personas se han cuidado más después de estar en este subgrupo, Doña Adriana se sintió contenta de que el doctor la eligiera, comenta que a raíz de que está en Queens 1 se ha cuidado más en su alimentación, sobre todo para no subir de peso aunque ella piensa que ha subido de peso porque el doctor le está poniendo un suero vitaminado cada dos meses para cuidar el riñón, lo cual le provoca más hambre y que engorde; a Doña Guadalupe le gustó la idea, según el doctor sería un año pero ya llevan dos, está de acuerdo con que todos los meses le saquen sangre para que así se vaya la mala y entre la buena sangre. Se cuida más en no comer grasa. Mientras que para Doña Berenice y Don Eliseo, los cuidados no han cambiado por formar parte de Queens 1 pues siguen siendo los mismos.

Cada uno se cuida de diferente manera, tomando en cuenta el ejercicio dos de las cuatro personas procuran hacer más ejercicio que el que hacen en el GAM, quién hace más ejercicio es Don Eliseo, quien camina en las mañanas desde su casa en el barrio del Relicario hasta la Volkswagen, después pasa a Chedraui y da vuelta en la Chevrolet; Doña Berenice procura salir a caminar los días que no va al grupo, por las tardes se va a la colonia María Auxiliadora o al barrio del cerrillo o al panteón, en cualquier ruta le lleva media hora de ida y media de regreso. Doña Guadalupe trata de caminar además del ejercicio que hace en el GAM; y Doña Adriana es quien menos ejercicio hace, hace media hora de ejercicio en casa cuando está solita porque le da vergüenza que la vean sus familiares, ya sea jugando con la pelota o los mismos ejercicios que le enseñan en el grupo; procura irse y regresar caminado de su casa al mercado.

> "Por ejemplo si me voy por María Auxiliadora llego hasta María Auxiliadora me da media hora a los pies de la iglesia y media hora de regreso, es una hora pero me lo eche mucho y estuve varios días cansadísima; si me voy por acá llegó hasta el pie del cerrillo ahí me da la media hora y me regreso; si me voy por el panteón, llego hasta el hospital de las culturas y me regreso" (Berenice, 2011).

En cuanto a la alimentación, todos mencionan cuidarse en su comida, sin embargo quienes se cuidan más son Doña Berenice y Doña Guadalupe. Doña Berenice, actualmente ya no come todo lo que le dan en las fiestas o en los rezos, como tamales o pastel, sí los recibe pero se los lleva a su casa para su hijo y si en el camino se encuentra a alguien se los regala. En un día normal, a las 8 de la mañana toma un vaso de leche con dos rodajas de pan Bimbo, a las 11 de la mañana desayuna verduras, sopa de verduras; en la comida guisa un pedazo de carne con verduras sin grasa, en la cena toma un vaso de leche con pan Bimbo, si entre comidas le da hambre se come una fruta o un chayote hervido. Doña Guadalupe menciona que en su casa no cocina con sal, come aunque no sienta sabrosa su comida; hace su propio yogurt de frutas con búlgaros que le regaló una vecina[47]; si tiene mucha hambre en las mañanas se toma un licuado de manzana con plátano ya sea con agua o con leche.[48] Desayuna frijoles con verduras o pollo si le quedó de un día anterior o a veces guarda el pollo para la comida y desayuna verduras; en la comida prepara arroz, frijol, carne o pescado, para cenar tacos de frijol o de verduras con un vaso de avena o té.

Doña Adriana no ha podido dejar de consumir pan y los platillos de la comida no han cambiado mucho, se mide en las cantidades y se da cuenta que come menos que antes.

---

[47] Como no tiene refrigerador cocina al día.

[48] Comenta que últimamente está tomando más leche porque los de Oportunidades le obligan a comprar un paquete de leche por 125 pesos, si no lo quieren comprar tienen que pagarlo y les ponen falta, pero esa leche le afloja el estómago pero así se la tiene que tomar.

Y Don Eliseo, que es quién se cuida menos en su alimentación, siente que ha disminuido su diabetes porque sólo come de cuatro a cinco tortillas al día; afirma que una persona con diabetes debe de comer cinco veces al día pues eso le dijo el Dr. José María; no ha dejado de comer nada[49] pues dice que come de todo pero un poco, continúa consumiendo sal en cantidades pequeñas ya no consume azúcar, sólo canderel.

En relación a otro tipo de cuidados, dos de los cuatro hacen más por su salud, Doña Adriana lleva un registro de los niveles de glucosa, triglicéridos, colesterol y presión arterial desde que comenzó a ir al centro de salud, además de tener cuidado con las lastimadas en su piel así que tiene más cuidado en los pies, pues después de bañarse se seca bien y tiene cuidado de no lastimarse; Don Eliseo acude al grupo de Adultos llamado "Club amigos de la tercera edad", fue invitado por una ex compañera del GAM, por lo que asiste al mismo tiempo a ambos grupos, sólo va al GAM los martes y los demás días de la semana de lunes a viernes va al grupo de Adultos en movimiento.[50] Él invitó a Doña Guadalupe a ese grupo pero sólo fue una semana pues como también pedían cooperación no le alcanza para estar dando cooperación en dos lugares.

Todos relacionan las alteraciones de la glucosa por la preocupación de alguna enfermedad, propia o de alguna persona cercada, como Doña Adriana y Doña Berenice; Doña Adriana[51] comenta que hace cuatro años se le subió la azúcar[52] cuando a una de sus cuñadas le diagnosticaron cáncer (fue cuando le comenzaron a suministrar insulina) En el 2009 murió su papá, lo cual trajo consecuencias en su enfermedad porque se deprimió mucho, adelgazó, se sentía muy triste y sólo se la pasaba llorando. Esto hizo que el azúcar volviera a subir, el doctor le aumentó la dosis de insulina a 30 unidades y le agregó una pastilla de Glibenclamida una vez al día. Estuvo triste durante cuatro años, la glucosa subía y bajaba hasta que al GAM llegó una psicóloga que le ayudó mucho a superar la pérdida de su papá, tanto así que hoy puede contarlo tranquilamente. Durante el cáncer de su esposo, Doña Berenice se sentía muy mal por la enfermedad de él y por su diabetes aunque le daba más importancia al cáncer de su esposo nunca dejó de tomar sus medicamentos, había ocasiones en que lloraba de camino a la farmacia, se sentaba en la calle porque no sentía sus rodillas, caminaba pero no sentía sus piernas parecía que caminaba al aire, a pesar de todas

[49] Durante la entrevista llegó su hija con dos vasos como de medio litro de refresco de sangría y en menos de diez minutos Don Eliseo se lo terminó.
[50] Las actividades de este otro grupo consisten en una hora de actividad física y una hora de manualidades.
[51] Se da cuenta cuando se le sube el azúcar pues le da dolor de cabeza y mucho sueño, normalmente está en 110 pero se le ha bajado a 85 pero el doctor le dijo que no está mal pero si baja menos de 80 hay que tener cuidado, pero dice que gracias a Dios no se le ha bajado tanto ni ha tenido que internarse a causa de la diabetes como otras personas que conoce. Por su bien trata de no preocuparse porque eso le afecta así que cuando tiene una preocupación o algún enojo piensa que eso puede afectarle y por su bien se tranquiliza.
[52] Ella se dio cuenta porque le comenzó a doler la cabeza se sentía mareada y le daba mucho sueño

las penas que tenía trataba de cuidarse en su alimentación pues pensaba que si se le subía el azúcar la iban a internar e iba a estar en una cama junto a la de su esposo y eso no podía ser pues ella tenía que cuidar de él, da gracias a Dios de que no quedó tirada en las calles de México. Cuando murió su esposo no se dio cuenta si se le subió el azúcar porque no sintió nada y tampoco se dio cuenta pero sí se deterioró física y emocionalmente, pues comenta que antes de eso sabía hacer muchas cosas como mandar mensajes en el celular pero desde que se quedó viuda ya no lo ha podido hacer, piensa que porque también se ha traumado por tantos problemas que ha tenido:

> "Sí afecta (el coraje), porque se siente uno mal y al rato la azúcar está alta, un coraje se sube. Dicen que un coraje, un susto o un disgusto todo eso nos afecta y se eleva la azúcar" (Berenice, 2011).

Doña Guadalupe lo relaciona con problemas familiares, antes le preocupaba y se ponía triste por la situación que tiene con sus hijos, pues a dos de ellos no los ve desde hace más de 10 años (se fueron a vivir al D.F.) y eso le afectaba en su enfermedad pero ahora piensa que no es ni la primera ni la última mamá que se queda sola sin sus hijos pero piensa que ojalá cuando realmente esté enferma ellos puedan llegar a cuidarla o si no pues alguien más aunque no sean ellos, así que pues nada más les echa la bendición donde quiera que estén.

Don Eliseo está seguro que quienes tienen diabetes no deberían de enojarse o tener problemas pues eso altera la glucosa (hace una distinción de dos tipos de problemas, unos pasajeros y otros que sí le afectan en su enfermedad los cuales son los que se llevan a la mente); menciona algunos problemas que han afectado la enfermedad, uno de ellos lo tuvo mientras trabajaba en el auto lavado, pues tenía que estar pendiente de un mecánico y cuatro trabajadores, tenía mucha responsabilidad, se dio cuenta de que se estaba enfermando más porque según el dueño él no rendía además de que no tenía carisma para atraer clientela. Y actualmente tiene una preocupación y enojo ya que desde hace unos meses sirvió como aval en un préstamo en la caja de ahorro (San Juan Bosco) de una persona que sacó ochenta y un mil quinientos pesos y que no ha pagado, por lo que gente de la caja lo ha ido a buscar y a decirle que si el señor no paga le van a embargar la casa, lo cual le ha afectado su salud pues últimamente sus niveles de glucosa han estado altos, él se ha sentido decaído y con dolor en el cuerpo.

Las complicaciones que presenta Doña Adriana son la vista y la caída de dientes; sin embargo no todos relacionan la presencia de estas complicaciones con la enfermedad, como el caso de Don Eliseo y Doña Berenice, Don Eliseo comenta que lo único que siente es que ya no ve bien pero eso es porque ya está grande no por la diabetes; Doña Berenice afirma que tiene como veinte años que se le comenzaron a caer los dientes, pero eso fue

antes de la diabetes, se le picaron los dientes y tuvo que ponerse un puente así que no lo asocia con la enfermedad. Doña Guadalupe relaciona las complicaciones de la enfermedad con el malestar del estómago y un ruido en su oído; le da diarrea por las mañanas y en las noches no la deja dormir, le hace ruido y se llena de gases; pero eso aún lo puede soportar, lo que no soporta es un ruido que tiene en la cabeza desde hace 20 años, el ruido es como una licuadora, a veces es más fuerte y eso hace que se le nuble la vista, ha acudido con diversos doctores pero ninguno la alivia, un médico le dijo que era por su presión pero ella no cree porque toma sus pastillas y aún así el ruido no se va.

Ninguno de ellos ha acudido con algún yerbero, curandero u otro tipo de medicina, sí conocen algunos practicantes y sí han acudido con ellos por algún motivo, propio o de otras personas, pero comentan que esta enfermedad no puede ser atendida por ellos.

> "No voy al curandero porque está la medicina. Sí los conozco pero sí creo en Dios no voy a estar chafeando por otro lado" (Eliseo, 2011).

En relación a las estrategias y reajustes que se dan en el transcurso de la enfermedad, las dificultades para seguir un tratamiento se dieron, mayormente, antes de llegar al GAM. Los motivos para abandonar un tratamiento fueron el mal trato y la ineficacia del médico; no sentir alivio con el medicamento alópata o sentir molestias en otra parte del cuerpo al tomarlos.

Los problemas, enfermedades o muertes familiares han sido otro motivo por el cual las personas de Queens 1 se hayan olvidado de la enfermedad y por lo tanto hayan abandonado momentáneamente el tratamiento. La dieta también fue mencionada como un elemento difícil de seguir antes de llegar al GAM, pues mencionan que se aburrían de comer sólo verduras o que los médicos anteriores al prohibirles casi todo los desanimaban y por eso no hacían caso. Todos han hecho reajustes al tratamiento biomédico al incorporar hierbas a su tratamiento, pues mencionan que la dosis del medicamento debe de disminuir para así no provocar una baja de azúcar drástica.

Es importante señalar que todos los integrantes de este grupo mencionan haber cambiado su forma de pensar sobre la dieta a partir de las pláticas del GAM, pues en éstas el doctor nunca les ha prohibido ningún alimento sino que les ha enseñado a cómo comer de todo pero teniendo en cuenta las porciones. Han aceptado con mayor facilidad los medicamentos, sólo existió un caso de resistencia a la insulina ya estando en el GAM, pues don Eliseo no la aceptó ya que piensa que no está tan mal para ponérsela; no muestran resistencia a los ejercicios ni a la dieta.

3.2 QUEENS 2.

ANTECEDENTES.

Este grupo por Doña Alejandra (61 años, nació en San Cristóbal, desde hace 14 años es viuda y tiene cinco hijos[53]), Don Héctor (78 años, es viudo desde hace 5 años, tiene 5 hijos y uno muerto[54]), Doña Perla (63 años, está casada y tiene cuatro hijos) y Doña Silvia (65 años de edad, desde hace 45 años es viuda, tiene cuatro hijos) Todos son católicos, tres de ellos tienen una actividad económica, Doña Alejandra tiene una tienda de abarrotes en su casa, Don Héctor está jubilado y es músico, Doña Perla es jubilada y tiene una papelería en casa, Doña Silvia es ama de casa.

Dos personas tenían derechohabiencia a una institución médica antes de la enfermedad, Don Héctor (ISSSTECH) y Doña Perla (ISSSTE), mientras que Doña Alejandra utilizaba médicos particulares y Doña Silvia atendía sus enfermedades por medio de la autoatención. A excepción de Doña Silvia, que no conoció a sus padres o familiares, todos tuvieron un progenitor con diabetes (Don Héctor y Doña Perla) o a ambos progenitores (Doña Alejandra). El conocimiento previo que comparten tres de ellos tiene que ver con la insulina (Doña Alejandra, Doña Perla y Doña Silvia), pensaban que era mala y que los podía dejar ciegos si la utilizaban o se iban a morir pronto, Don Héctor lo único que sabía era que la causa de la enfermedad era la mala alimentación.

DIABETES EN SU VIDA.

> "Cura no hay, ya no tenemos cura, un calmante sí, un control que tengamos pero si ya está adentro ya no puede salir…su dieta, es lo principal, es el único remedio porque no hay otro, de qué sirve que tome pastillas si no hace su dieta, es lo único" (Silvia, 2011).

> Tiene 65 años de edad[55], nació en San Cristóbal, quedó huérfana desde pequeña, vivió en casa de la familia Franco quienes eran enganchadores. Al quedar huérfana fue a vivir con ellos debido a que sus padres trabajaban en las fincas, ellos la recogieron. Ahí ayudaba con el aseo y a las cocineras. De ahí salió muy chiquita cuando se juntó con su esposo con quien fue a vivir al municipio de Chanal, de

[53] Nacieron ocho hijos pero sólo sobreviven cinco (tuvo gemelas pero murieron al otro día de haber nacido nunca supo qué tenían, sólo lloraban pero como estaban en un rancho no las pudo llevar con un médico y el otro niño a los tres días de nacido, su mamá le dijo que tenía mocosuelo pero nunca supo si era verdad)

[54] Su papá lo casó cuando él tenía 16 años con una señora mayor, quien a los a los tres meses de casados los llevó a vivir a Altamirano. Con ella tuvo un hijo. Ella murió él de cáncer hace algunos años.

[55] Es la edad que aparece en su acta de nacimiento aunque comenta que hay un error porque tiene más edad aunque no sabe exactamente cuando nació.

donde él era originario. Allá vivió 15 años, tuvieron siete hijos de los que sobrevivieron seis pues la primera hija que tuvo se murió bebé porque le dio gripa y no la supo cuidar. No pudo estudiar porque la familia con la que vivía no le dio estudios. Cuando vivía en Chanal le ayudaba a su esposo a sembrar también molía y torteaba.

Es católica, tiene un altar muy grande al lado de su cocina donde tiene a todos sus santos pero al único que le hace rezo es el niño Dios en diciembre, por lo que ahorra todo el año.

Hace cuarenta y cinco años, aproximadamente, s u esposo se enfermó de gravedad, se "hinchó" y de repente murió allá en Chanal. La muerte de su esposo fue un golpe terrible, pues él era su única familia, él era quién lo apoyaba económicamente, él veía por ella y sus hijos. Se deprimió mucho los primeros días pero lo que la hizo reaccionar fue cuando se dio cuenta de que se había quedado sola, sin familia, sin poder trabajar y con siete hijos pequeños que mantener. Por lo que decidió regresar a San Cristóbal pues aquí por lo menos de sirvienta podía trabajar, así que trabajó de sirvienta y de lavar y planchar ajeno, hacía tortillas en un asilo pero al venir las tortillerías quedó de ayudante, después fue ayudante de cocinera en el asilo pero dejó de trabajar para terminar de criar a sus hijos, quedándose sólo con lavar ajeno. Poco a poco juntó dinero para poder comprar el terreno donde actualmente vive, como tiene espacio decidió sembrar milpa en la parte trasera, además de sembrar en macetas y trastes diferentes tipos de plantas comestibles y medicinales, como habas, alverjita, sosa, entre muchas más.

Después de que se estableció en San Cristóbal y sus hijos ya estaban más grandes, tuvo dos momentos muy tristes y desalentadores: la muerte de dos de sus hijos. El primero, de 22 años vivía con ella pero un día se fue a pasear con sus amigos en la comunidad de Abasolo y se metieron a bañar al río, pero como la corriente estaba fuerte y como su hijo no sabía nadar ya no pudo salir y ahí murió. Cuando le avisaron, ella no lo podía creer pues apenas unas horas antes lo había visto y hablado con él, todo fue muy rápido pero lo que más le dolió fue que nunca pudieron sacar el cuerpo del río, "el río se lo llevó".

Aún con la tristeza de su primer hijo, a los dos años su hijo más pequeño de 20 años, quién se había ido a Ocosingo a estudiar la preparatoria, se fue a bañar al río Cataté con sus compañeros de la escuela, pero ella no supo nada hasta que al día siguiente la fueron a ver los papás de los compañeros de su hijo para decirle que el día anterior su hijo se había ahogado. Doña Silvia casi se muere por la noticia, no podía soportar que dos de sus hijos se hubieran muerto de la misma manera. Ella fue a Ocosingo para ver el lugar en dónde murió su hijo pues tampoco pudieron sacar el cuerpo. A partir de ese momento, la vida ya no tenía sentido para ella, estuvo desconsolada ya sin esposo y sin tres hijos, se deprimió mucho pero sus hijos que aún vivían le hablaron mucho, le hicieron ver las cosas, de que ya no podía hacer nada por los que ya estaban muertos pero sí podía vivir con los que aún estaban vivos, quienes la necesitaban y no la querían ver así.

Doña Silvia piensa que después de estos dos sustos grandes fueron una causa muy importante para que le diera diabetes, otra fue un coraje que hizo con dos de sus nueras días antes de que comenzara con los síntomas; con ellas tuvo una fuerte discusión pues querían quedarse con la casa donde actualmente vive, ellas pelearon hasta con sus esposos por quitarle la casa a doña Silvia, pero aunque no lo lograron, sí la hicieron enojar. Doña Silvia piensa que uno busca la enfermedad por tantos sustos y disgustos que hay en la vida.

Su hijo no pudo afiliarla al ISSSTE pues los años que tiene doña Silvia en el acta de nacimiento no son los que realmente tiene y haciendo la cuenta él no podría ser su hijo, así que se resignó a no tener ISSSTE.

No ha tenido enfermedades graves, por lo que cuando se enfermaba anteriormente no acudía con médicos particulares porque ella misma se curaba con yerbas o medicamentos conocidos pues no tenía mucho dinero ni la enfermedad era tan grave como para ir al médico. No sabe si alguno de sus papás tuvo diabetes, pues

murieron cuando ella estaba muy pequeña y no los conoció, tampoco conoció a ningún familiar pues se crió con otra familia. Lo único que sabía es que la insulina es mala pues lo escuchaba mencionar, pero que también quienes se ponen la insulina no tienen que hacer dieta.

Hace 20 años empezó a sentirse mal, se sentía muy cansada, dormía más de lo normal, no quería escuchar ruido, tenía mareos e incluso se caía, sospechaba que algo le pasaba pero no quería saber qué era, incluso intuía que se trataba de la azúcar pero no quería saberlo. Controlaba sus malestares con yerbas amargas que le recomendaba gente que tenía diabetes o plantas amargas que ella conocía como la verbena, así estuvo durante 2 años pues no quería saber qué enfermedad tenía pero aún así los malestares continuaban, hasta que un día la llegó a ver una enfermera del centro de salud que conocía desde hacía tiempo, ella la vio y le dijo que se veía muy mal, así que la esperaba al otro día en el centro de salud pero pasaron los días y como doña Silvia no fue, la enfermera regresó de nuevo pero para llevarla personalmente al centro de salud. Ahí le hicieron análisis y le dijeron que tenía azúcar, piensa que ya estaba bien avanzada su enfermedad porque sudaba pegajoso sobre todo en sus pies. Al enterarse se sintió triste pero al mismo tiempo pensó en que no se iba a dejar morir, sino que iba a cuidarse para vivir más tiempo.

Comenzó el tratamiento a base de pastillas con la doctora del centro de salud con la que trabajaba la enfermera, al poco tiempo la misma doctora la mandó con el doctor Sánchez porque ya estaba muy avanzada su enfermedad, él le cambio medicamento pero no pudo bajar los niveles de glucosa por lo que él la mando al GAM. Siempre ha sido muy penosa y tímida, pero el día que llegó al grupo la recibieron con aplausos y eso la motivó a que no sintiera miedo ni pena, las personas del grupo la apapachaban, le regalaban ropa y bolsas. Le gusta ir al GAM porque ha aprendido muchas cosas como a hacer dieta y ejercicio, ella pensaba que el ejercicio no le ayudaba a su enfermedad pero se ha dado cuenta que al hacer ejercicio pone en movimiento todo su cuerpo. Sólo cuando la operaron de la vesícula dejó de ir al grupo, pero como las compañeras la llegaban a visitar y le daban ánimos, regresó rápidamente.

A las pocas semanas comenzó a tener consulta con el Dr. José María y dejó de ir con el Dr. Sánchez, le gusta la forma de tratar del doctor José María pues siente que la escucha, le da consejos y le dice cómo cuidarse, le pregunta qué tiene, cómo se siente, es un buen médico.

Un día el doctor la llamó para decirle que iba a formar parte de un grupo llamado Queens 2 pero no sabe de qué se trata, sólo sabe que tiene que ir una vez al mes a que le hagan los estudios y la toma de medidas; ella no se enteró cuando se formó Queens1 pues fue el período de su operación, así que cuando regresó a las pláticas ya se había formado el primer grupo. No nota nada diferente en las actividades por ser Queens 2, no se cuida más por ser parte de ese grupo. Lo que sí ha pensado es que si no asistiera al GAM estuviera en cama sin poderse mover o ya se hubiera muerto pues antes de que llegara a las pláticas no se cuidaba pues comía muchos dulces y tomaba mucha Coca-Cola. Comenta que el doctor es muy bueno porque le ayudó a nivelar su glucosa, "él lo puede, el doctor sí lo puede con la dieta".

Desde que acude al GAM su glucosa siempre está en 110 ó 120 mg/dl y el doctor le dice que está bien, ella se siente bien, aunque hay días en que se siente muy cansada y no le dan ganas de levantarse de la cama pero cree que es por la edad y por todo lo que en su vida ha trabajado. No se le ha subido, pues siempre que se hace los análisis sale bien, lo que tiene miedo es que se le baje demasiado pues le han dicho algunas amistades que también es malo cuando la azúcar se baja, pero tampoco le ha sucedido. Anteriormente cuando se preocupaba o hacía coraje le hacía mal porque inmediatamente sentía seca la boca y ya sabía que se le había subido la azúcar, pero ahora después de escuchar las pláticas del GAM y de los consejos que le dan algunas amistades ya no hace caso a los enojos.

En una ocasión, el doctor José María les comentó que tenían que pasar a consulta con los psicólogos, así que le tocó pasar con el Lic. Enrique, ese día ella se

sentía muy mal por un fuerte dolor de cabeza que tenía de varios días, así que el licenciado la atendió con acupuntura y como le funcionó continuó asistiendo a consultas con él, cuando le daba temperatura o dolores de cabeza "me voy a que me pongan las agujas". Un día sentía que su mano se le iba a doblar y ya no la podía mover así que fue a ver al licenciado y él le ayudó a través de la acupuntura a recuperar el movimiento en la mano. Él atiende los fines de semana y también la ha apoyado a conseguirle vitaminas y medicamentos.

En relación a las complicaciones, comenta que la vista ya le está fallando, ve borroso pero no usa lentes pues no ha tenido el dinero para comprárselos porque preguntó en el centro de salud pero ahí le dijeron que no le dan lentes; hace un año comenzó a sufrir de los riñones, le comenzó con dolores fuertes en la espalda y le fue a consultar al doctor, él le hizo unos análisis y le recetó unas pastillas, pero a veces el dolor es tan fuerte que no se puede levantar de la cama. No puede tardar mucho tiempo sentada ni parada porque comienza con los dolores, al principio el doctor le dio unas pastillas pero fue peor porque eso le provocó temperatura. El doctor Escalante, que es su compadre, se enteró que estaba mal y la fue a visitar, le dijo que suspendiera el tratamiento y le recetó una ampolleta durante 15 días, también le dijo que dejara de comer una semana y que sólo se mantuviera con líquidos, a la semana comenzó a comer quesadillas y después pera, todo el tratamiento era para que sus riñones se establecieran, al terminar el tratamiento se sintió bien pero hace unas semanas comenzó de nuevo con los malestares pero aún no le ha dicho al doctor José María. También sufre mucho de la presión alta pero el doctor no le ha dado medicamentos pues le dijo que tenía que estar en observación unas semanas y checándole la presión, si al término de las semanas la presión no bajaba pues iba a comenzar a darle pastillas.

El doctor José María le receta Glibenclamida y Metformina, las toma dos veces al día (1 de cada una). Hay ocasiones en que no se toma la pastilla, algunas veces porque se le terminan y otras porque como no siente malestares decide no tomarla y se ha dado cuenta que no le pasa nada, en una ocasión le dijo al doctor que ya no quería tomar pastillas y le dijo que teníamos que ver cómo reaccionaba su organismo sin las pastillas durante un mes y que si al término de ese mes el nivel de glucosa estaba estable ya podía dejar de tomarlas, así que al término de ese mes sólo le dio la pastilla de Nitrofurantoina (para infecciones de las vías urinarias). Ahora que dejó de tomar pastillas para la diabetes, está tomando la hoja de níspero en té pues una compañera del GAM se la recomendó, así que cada vez que se siente mal la pone a hervir pero también de vez en cuando toma un vaso de té aunque no se sienta mal. Actualmente acude con el doctor José María pero si necesita algo los fines de semana va con el doctor Sánchez o con el licenciado Enrique.

Para doña Silvia, una forma de mantenerse con los niveles de azúcar estables sin tomar medicamento es cuidarse en su alimentación. Antes de ir al club comía de todo: pollo rostizado, tripa frita, la gordura del pollo frita, frijol frito con grasa de pollo, cebolla frita; también tomaba mucho refresco, sus hijos le compraban botellas de Coca-Cola pues era el único refresco que le quitaba la sed, antes de dormir metía una botella de coca a su cama y a media noche que le daba sed se la tomaba, sólo así se tranquilizaba, "pero me estaba matando sola", era un vicio porque no la podía dejar pues sólo con la coca se sentía mejor. Pero ahora ha comprendido que "es veneno" para su enfermedad, así que a partir de las pláticas dejó de consumirla y eso hizo que no le costara mucho trabajo, lo que sí le costó trabajo dejar fue la sal pues al principio no le encontraba sabor a su comida, sus hijos le escondían la sal y ella iba a comprar otra a la tienda. Dejó de comer carne, la yema del huevo (por sus riñones), azúcar y pan a excepción de cuando siente mucho frío pues se hace una taza de café "aguadito" (sin mucho café) y un pedazo de pan, sólo con eso se tranquiliza y su cuerpo entra en calor.

Se cuida en comer a sus horas porque le da mucha hambre y tiene que estar comiendo a cada rato, si no come a sus horas se siente intranquila y nerviosa. Al despertar come verdura con una tortilla o si no se aguanta al desayuno que come una

papa o chayote con un poquito de frijol, en la comida a veces come habas, más verduras y hoja de mostaza (tiene sembrada en la segunda planta de su casa), hay ocasiones en que sólo come hojas, de mostaza y moras. No cena, sólo toma un vaso de té y si tiene hambre come una fruta. La cantidad de tortillas (a mano) es variado y depende de sus actividades, si el trabajo que hará en el día (sembrar o trabajar en la milpa con su azadón) come de cuatro a cinco tortillas en su almuerzo porque sabe que va a estar trabajando todo el día, si no hace actividades fuertes sólo come dos o tres, si sabe que tiene que salir a hacer un mandado come cuatro o cinco tortillas para que le de sustento y tenga tiempo de regresar sin que le de hambre en la calle. Además del ejercicio que hace en el GAM, trabaja en su milpa con el pico y el azadón o sino se sube al segundo piso a regar sus plantas, a limpiar y a matar los gusanos que se las comen.

La enfermedad le cambió su estado de ánimo pues al principio estaba muy mal humorada y aventaba las cosas cuando se enojaba, pero ahora ya se siente más tranquila pues ya aceptó la enfermedad, le costó mucho trabajo sobre todo por el cambio en su alimentación pero ahora ya entendió que es por su bien, tanto así que para ella lo principal en el cuidado de una persona con diabetes debe ser la dieta. Sobre la insulina comenta que aunque el doctor le dijera que debe de ponérsela ella no la aceptaría pues prefiere hacer dieta que ponerse insulina, pues le han dicho que es mala, conoce a una señora de Ocosingo que ya tiene los brazos morados por tantos piquetes pero ella come de todo, eso es lo que ella no quiere así que prefiere cuidarse en su alimentación antes que ponerse insulina. No cuenta con ningún tipo de cuidado o apoyo de sus hijos, pues cada uno tiene su vida hecha.

TRAYECTORIAS DE LA ENFERMEDAD.

Antes de percatarse de ser diabéticos todos tuvieron síntomas de la enfermedad, tales como sed, cansancio, mareo, hambre y orinar mucho; a excepción de Doña Silvia que intuía que se trataba de diabetes, ninguno relacionó los síntomas con la enfermedad, en el caso de Don Héctor justificó los síntomas (frecuencia de orinar) con la enfermedad de próstata que sufría; la única que tomó pastillas para tratar de eliminar los síntomas fue Doña Alejandra.

El tiempo que tardaron en buscar ayuda médica va desde los tres días (Doña Perla), un par de meses (Don Héctor), tres meses (Doña Alejandra) y dos años (Doña Silva) pues no quería saber de qué estaba enferma. Únicamente a Doña Alejandra le dio el diagnóstico un médico particular (Dr. Cancino), a Don Héctor le diagnosticaron la enfermedad en una cita rutinaria en el ISSSTECH, a Doña Perla, a pesar de tener derechohabiencia en el ISSSTE decidió ir al centro de salud pues ahí trabajaba la Dra. Lascurain a quién le tenía mucha confianza. El caso de Doña Silvia fue diferente pues ella no buscó ayuda sino que una conocida que es enfermera del centro de salud la llevó para que la revisaran y ahí le dieron el diagnóstico. Ante el diagnóstico, Doña Alejandra, Doña Perla y Doña Silvia se sintieron muy tristes, Doña Alejandra recordó el sufrimiento y la muerte de sus progenitores a causa de esta enfermedad; mientras que Don Héctor lo único que hizo fue encomendarse a Dios.

Todos le atribuyen más que una causa a su enfermedad, Doña Perla cree que se enfermó por herencia y por un cólico que hizo con su esposo unos días antes de tener los síntomas; Doña Silvia piensa que fueron los dos sustos por la muerte de sus dos hijos y el coraje que hizo al pelearse con sus dos nueras por el derecho a la casa donde vive; Doña Alejandra aduce tres causas: diversos enojos por su mal carácter, el susto por la muerte de su esposo y las preocupaciones económicas después de su deceso. Mientras que Don Héctor únicamente le echa la culpa a la mala alimentación que llevaba antes de la enfermedad y por herencia.

Doña Perla es quién más ha recurrido a alternativas médicas en su trayectoria de enfermedad (Centro de salud, ISSSTE, Centro de salud + autoatención [hierbas]), los demás han tenido entre tres y dos opciones, Doña Alejandra (autoatención [automedicación], Dr. Cancino, Centro de salud + autoatención [hierbas]) y Don Héctor (ISSSTECH, centro de salud + autoatención [hierbas]) han utilizado tres alternativas; y Doña Silvia únicamente dos (autoatención [hierbas] y centro de salud + autoatención [hierbas]); todos utilizaron hierbas después de acudir al centro de salud, tales como Neem (Doña Alejandra , Don Héctor y Doña Perla) así como Noni y uña de gato (Doña Perla) y la hoja de míspero (Doña Silvia).

> "Tomo yerbas amargas: una hojita que venden en el mercado que se llama neem, esa la tomo hervida en el día o en la noche, una tacita, lo tomo pero no muy seguido porque dicen que también es malo esa hojita, así me dijeron" (Alejandra, 2011).

Dos de ellos (Don Héctor y Doña Alejandra) acudieron al centro de salud como preámbulo para ingresar al GAM, Doña Perla inicio ahí por la confianza de la doctora y luego regresó al escuchar del GAM y Doña Silvia acudió al centro de salud sin saber del grupo. Tanto Doña Perla como Doña Silvia han pasado a consulta con dos médicos, incluyendo al Dr. José María, en el centro de salud, mientras que Doña Alejandra y Don Héctor únicamente han tenido consultas con el Dr. José María. Don Héctor y Doña Perla aún siguen teniendo consultas en sus respectivas instituciones médicas en donde son derechohabientes, eso hace que nunca se queden sin medicamentos. Todos hablan muy bien del Dr. José María, para ellos es un buen hombre que les ha ayudado en mucho, no sólo en la enfermedad sino de manera personal.

> "Él (Dr. José María) sí da bien sus consultas, tenemos confianza de preguntarle lo que sea, de pedirle las medicinas que necesitemos, nos atiende bien" (Perla, 2011).

Tres de los cuatro acudieron al centro de salud por el GAM, las recomendaciones fueron de comadres y vecinas en el caso de Doña Alejandra y Don Héctor y de los médicos del centro de salud en el caso de Doña Perla y Doña Silvia. Todos han visto cambios en su vida a partir de la llegada al GAM, donde se han sentido muy bien y disfrutan de todas las actividades, han aprendido a comer, a cuidar su salud, a hacer ejercicio, han bajado de peso y su glucosa se ha mantenido en niveles estables. Para Doña Alejandra y Doña Perla constituye un espacio en el que se olvidan de sus problemas y preocupaciones, incluso Don Héctor, Doña Silvia y Doña Alejandra afirman que de no haber acudido al grupo quizá ya hubieran muerto. Doña Perla es la única que ha tenido problemas familiares, específicamente con su esposo, por acudir al GAM, pues al principio él estaba inconforme pero después de algunos problemas más ella ya no le pide permiso y tampoco le preocupa lo que él piense.

> "Muchas cosas me gustan como mantenerse bien, la alimentación, los ejercicios que me han caído muy bien, aquí en mi casa me pongo a hacer ejercicio pero no es lo mismo a lo que hacemos allá, las pláticas me gustan, el compañerismo eso es lo que para mí nos hace bien" (Perla, 2011).

Al poco tiempo de haberse formado Queens 1 el doctor José María formó Queens 2, el por qué los eligieron a ellos lo responden de diferentes maneras, para Doña Alejandra y Doña Perla tiene que ver con la cantidad de personas que integraban el grupo inicial lo cual motivó al doctor a crear otro subgrupo, Don Héctor cree que es parte de este grupo porque pasó con buenos resultados los análisis previos a la conformación del grupo, Doña Silvia no sabe porqué se creó el grupo ni para qué, lo único que sabe es que cada mes tiene que ir a que le hagan diversas pruebas. Únicamente Doña Perla se ha cuidado más ahora que forma parte de este grupo, sobre todo en su alimentación, pues Doña Alejandra, Don Héctor y Doña Silvia comentan que sus cuidados siguen siendo los mismos. La única que comenta haber tenido una inconformidad al entrar al grupo es Doña Perla pues le teme a las agujas y el entrar al grupo implicaba hacerse análisis de sangre cada mes, pero al final decidió entrar pues piensa que es algo bueno para su salud.

En relación a los cuidados, todos notaron un cambio de opinión sobre la comida a partir de la llegada al GAM y todos pusieron en práctica lo aprendido en las pláticas, quien se cuida más de los cuatro es Doña Silvia, y una prueba de ello es que no toma medicamento para la diabetes, únicamente se cuida con su alimentación, que cambio radicalmente ya que antes consumía mucha carne y refrescos embotellados, ahora únicamente consume verduras y hojas verdes. Doña Perla ha agregado a su alimentación más verduras, frutas y aguas frescas y no consume nada de azúcar; a pesar de que a Doña

Alejandra el primer médico le había recomendado que cambiara su alimentación no lo había hecho hasta que llegó al GAM pues ahí fue entendiendo que las grasas y harinas dañan su salud, por las noches ya no cena sólo toma café o té de manzanilla. El caso de Don Héctor es singular puesto que, además de haber llevado a cabo un cambio en su alimentación en la cual ha dejado de consumir carne de puerco y res, le ha costado mucho trabajo realizar este cambio, sobre todo porque siempre le han gustado las golosinas, es por eso que debido a sus posibilidades económicas tiene acceso a productos especiales para personas con diabetes, tales como chocolates, galletas, tostadas y mermeladas.

La única que hace más actividad física de la que realizan en el grupo es Doña Silvia, pues trabaja en su milpa sembrando y cosechando, además de limpiar todas las plantas que siembra, tanto Doña Alejandra como Doña Perla confiesan que el único ejercicio que hacen es el que practican en el grupo y Don Héctor hacía caminatas cerca de su casa pero desde que se cayó y se lastimó la columna, hace dos años, ya no puede realizar actividades físicas. Don Héctor es el único que comenta que ha leído en revistas, como Selecciones, sobre la enfermedad y en cuanto a otros cuidados habla de la utilización de sandalias y zapatos especiales que compra en Chiapa de Corzo, que son caros pero sí valen la pena utilizarlos porque no le lastiman.

Los motivos de las alteraciones en la glucosa son dos: la alimentación y las preocupaciones; Doña Alejandra, Don Héctor y Doña Perla con un descuido en la alimentación, por comer algo que sabían que no debían, por comer demás o en el caso de Don Héctor porque su difunta esposa no cambio su forma de cocinar. Don Héctor, Doña Perla y Doña Silvia relacionan las altas en su azúcar con las preocupaciones o los enojos.

> "Sí, cuando se enoja uno y se toma uno la muestra al otro día de seguro sale alto, yo creo que sí porque es lógico como cualquier detalle como cuando se enoja uno pues se sube la azúcar." (Héctor, 2011).

Todos muestran señales de complicaciones, aunque algunas no las relacionan con la diabetes pues mencionan que aparecieron antes de que comenzaran con la enfermedad; los cuatro afirman tener problemas con la vista pero sólo Doña Silvia, Doña Alejandra y Don Héctor creen que es por la azúcar, pues Doña Perla relaciona la disminución de la vista debido a su trabajo como profesora. Dos mencionan tener problemas con la caída de los dientes, esto para Doña Perla ha sido muy doloroso y vergonzoso pues aunque no le guste andar con el puente tiene que hacerlo pues le da pena que la vean sin dientes, a Doña Alejandra también se le han caído los dientes pero no lo relaciona con la diabetes pues se le comenzaron a caer desde antes. Dos personas sufren de problemas con los riñones (Don

Héctor y Doña Silvia) y ambos sí reconocen que es una complicación de la diabetes. Doña Perla hace mención de un dolor que tiene en el estómago y que relaciona con el páncreas.

> "Sí, desde que me empezó lo de la diabetes, con éste ya son cuatro lentes que he cambiado porque va aumentando, con éstos ya me normalicé, bien leo la revista de Selecciones, leo bien a una distancia de 20 centímetros, leo despacio pero sí leo" (Héctor, 2011).

En este grupo, los problemas y/o dificultades para vivir con la enfermedad y/o seguir los tratamientos han estado relacionados principalmente a los medicamentos biomédicos, antes de llegar al GAM; los motivos han sido la ineficacia, no recordar la dosis, el aburrimiento y el sentirse bien. En Queens 2, en comparación a Queens 1, hay más uso de hierbas como automedicación, las cuales se toman sólo en caso de tener alguna molestia y/o se dejan de tomar por no tener resultados esperados.

Al igual que Queens 1, este grupo afirma no tener tantas dificultades para seguir el tratamiento biomédico ni los ejercicios ni la dieta a partir de acudir a las pláticas del GAM., aunque Don Héctor fue el único que mencionó que aún deja de tomar su medicamento un día (domingo) a la semana debido a que se toma una copita de tequila.

3.3 NO QUEENS.

ANTECEDENTES.

Este grupo está integrado por: Doña Irma, (72 años, ha enviudado en dos ocasiones y tiene siete hijos[56]), Don Joaquín (40 años, está casado y tiene tres hijos[57]) Doña Leonor (57 años, está casada y tiene cuatro hijos) y Doña Mónica (45 años, está casada y tiene una hija). Todos a excepción de Doña Irma son católicos, quien hace ocho años se convirtió al cristianismo[58]; la única que se dedica al hogar es Doña Irma, Don Héctor trabaja como distribuidor de productos de abarrotes en San Cristóbal y municipios aledaños, Doña

[56] Al terminar de criar a sus hijos, una de sus hijas le llevó a tres nietos para que Doña Irma los criara (un niño de dos años, otro niño de siete meses y una niña de catorce días), quienes ya están casados.
[57] Su primer hijo murió recién nacido por negligencia médica.
[58] nunca creía en los santos así que era católica "a su manera" hasta que después de vivir dos milagros decidió cambiar de religión. El primero lo vivió su esposo, le iban a cortar la pierna según el médico porque sufría de várices y diabetes, pero un día conocieron a un señor cristiano que en el mercado le empezó a orar pidiendo por su pierna y al mismo tiempo le untaba aceite, luego fueron al templo (Maranatha) del señor donde toda la comunidad rezó por su salud y la llaga que tenía sanó. El segundo milagro fue de su hijo, quien de un día para otro perdió la razón, lo llevaron a diversos médicos y psiquiatras pero no lo curaban, se acordaron del templo y regresaron, le oraron y su hijo sintió que le quitaban una piedra de la cabeza, al instante reaccionó y se curó. Aunque no se congregan en el templo cambiaron de religión y creen sólo en Cristo.

Leonor tiene una tienda de abarrotes en su casa y Doña Irma vende ropa, zapatos por catálogo y además recibe dinero extra al practicar el espiritualismo.

Ninguno de ellos tenía derechohabiencia a alguna institución médica antes de tener diabetes, así que todos acudían a médicos particulares, pues normalmente se atendían en casa o con la automedicación. La única que no tuvo familiares con diabetes es Doña Irma, la hermana de Doña Leonor tuvo diabetes antes que ella, la mamá de Doña Mónica tuvo diabetes y la suegra de Don Joaquín, que vive con ellos, comenzó con diabetes antes que él. Todos a excepción de Doña Irma tenían algún conocimiento de la enfermedad, Don Joaquín y Doña Mónica sabían que la insulina era mala pues dejaba ciegos a quienes se la ponían, mientras que Doña Leonor sabía que habían dos tipos de diabetes: la buena y la mala y que la causa de esta enfermedad era un cólico o un susto.

DIABETES EN SU VIDA.

> "Me dan la insulina pero se la doy a un señor que está bien malo
> y yo compro la Glibenclamida o sino una amiga me la regala,
> me las ingenio yo sola"
> (Mónica, 2011).

Tiene 45 años, es originaria de Vicente Guerrero municipio de Venustiano Carranza, nunca trabajo de joven, en su casa tenían una muchacha que les hacía el aseo, estudió hasta el segundo año de primaria todos sus hermanos estudiaron y aunque sus papás la correteaban para que terminara mínimo la primaria no quiso seguir estudiando. Es católica y nunca ha pensado cambiar de religión.

Tuvo un novio en Carranza al cual quería mucho y con el que se quería casar pero un día lo encontró besando a otra mujer y pensó que si eso hacía cuando eran novios pues se lo iba a seguir haciendo de casados, así que lo dejó y en ese momento conoció al que hoy es su esposo y se casó con él por despecho a los 20 años, al principio lo quería pero después el amor se fue perdiendo poco a poco. Al casarse, como su esposo no ha tenido un trabajo estable ella comenzó a trabajar de sirvienta, después le ayudaba a su hermana a vender ropa pero al final decidió hacer un préstamo en la caja de ahorro de Don Bosco e ir ella misma a la Mesilla y vender.

Siempre tuvo problemas con la familia de su esposo pues nunca la han querido, después de un tiempo su esposo la comenzó a agredir verbal y físicamente, ella estaba embarazada de tres meses y en una ocasión le pego tanto que perdió al bebé. Así que decidió regresarse a vivir a Carranza por un año sin su esposo, pero como el orgullo frente a sus papás le ganó pues no quería que le dijeran que era una fracasada así que decidió regresar a San Cristóbal, por lo mismo aguantó todos los maltratos que su esposo le siguió dando. Para embarazarse nuevamente le costó mucho trabajo pues sí quería tener aunque sea un hijo sobre todo pensando en el futuro, hasta que por fin tuvo a su niña; después de tener a su hija, como fue cesárea, tenía que esperarse tres años para volverse a embarazar pero con tantos maltratos y después la enfermedad de la azúcar ya no pudo tener más.

Las únicas ocasiones en que necesitó ir a una institución médica fue cuando abortó a su primer hijo, por los golpes de su esposo, y cuando tuvo a su hija, pero fue a la clínica de campo; comenta que cuando se sentía mal por alguna enfermedad antes de la diabetes no tenía la necesidad de ir con un médico porque como es

médium los espíritus le decían qué tomar o simplemente tomaba yerbas o medicamentos que ella conocía.

Su mamá tuvo diabetes pero nunca lo creyeron si en verdad tenía pues siempre andaba con la glucosa normal y nunca tuvo alguna complicación, lo que sí hacía era checarse la glucosa casi todos los días porque tenía glucómetro en casa, un año antes de que muriera, el médico le recomendó que le pusieran insulina pero su papá nunca lo permitió porque según él el cuerpo agarra maña y después sólo con insulina iba a estar bien; la señora siempre hacía dieta y no comía grasas ni dulces. Había escuchado en su familia que la insulina era mala, su papá no quiso que le pusieran a su mamá porque decía que el cuerpo agarraba maña, por su mamá sabía que una persona con diabetes debería llevar una dieta y que también debería de tener un glucómetro para estarse midiendo la azúcar frecuentemente.

Hace 4 años se le comenzó a resecar la boca y simplemente con ése síntoma pensó que tal vez tenía diabetes, pues recordó los síntomas que tenía su mamá cuando se ponía mal pero no quiso aceptarlo. Pasaron tres meses sin hacer nada, ni siquiera cuidarse pues mientras no le dijeran que era diabetes ella no quería cuidarse, hasta que decidió ir a hacerse unos estudios a la farmacia Bios porque aún se sentía mal y quería salir de la duda, al darle los resultados confirmó su autodiagnóstico. Al saber el diagnóstico se puso muy triste, "me derrumbé" pues pensó que se iba a morir pronto, estuvo deprimida durante un mes hasta que pensó que sólo Dios sabía el día en que ella se iba a morir, sin embargo no tomaba ningún medicamento. Piensa que se enfermó por todos los corajes que hacía con su esposo pues siempre se la pasan peleando y gritándose, además de que ya tenía la herencia de su mamá.

Pasaron algunos meses antes de que acudiera con un médico pues no quería ir a ninguno pero se decidió porque se puso a pensar en su hija, que estaba muy pequeña y que sólo ella podía sacarla adelante y que si se moría nadie la iba a ver, así que fue al centro de salud y pasó con la doctora Andrade quién le mandó a hacer unos estudios para confirmar la enfermedad, comenzó a darle Metformina y Glibenclamida pero estuvo sólo unos meses llegando a consulta pues la doctora era muy grosera, "atiende como si apestara uno porque se pone cubre bocas y guantes" además de que no revisaba bien y le molestaba que llevara a su hija a consulta. Así que dejó de ir al centro de salud pero compraba su medicamento en la farmacia de Similares y cuando no tenía dinero una amiga de ella que también tiene diabetes le regalaba los medicamentos pues ella tiene derecho al ISSSTE y ahí le dan medicamentos de más.

Así estuvo durante algunos años hasta que le dieron el apoyo de Oportunidades (2008) y tuvo que regresar al centro de salud; pasó a consulta con la Dra. Gabriela, desde hace tres años le eliminó las pastillas y le dijo que necesitaba insulina, doña Mónica aceptó sin embargo no se la pone, la doctora le da la insulina pero doña Mónica se la da a un vecino que realmente la necesita pues dice que ella no está tan mal para ponérsela pues tiene 200 mg/dl de azúcar y no 400 ó 500 mg/dl, además de que le han comentado, familiares y conocidos, que es mala. Pero como su azúcar no bajaba, la doctora la refirió a la UNEME hace dos años. Donde estuvo durante un año recibiendo pláticas sobre la enfermedad y la alimentación, además de hacer ejercicio, también le continuaban dando insulina. El doctor que la atendió se llama Rolando, él le llamaba la atención sobre los niveles de azúcar, las reuniones eran cada quince días (de 9 de la mañana a 12 del día). Allá aprendió a comer pues antes comía de todo pero desde que comenzó a ir a la UNEME dejó de comer mole y grasas; pero como no era algo obligatorio y además estaba muy lejos pues iba cuando quería; al cumplir un año la regresaron al centro de salud, pues si "no se pone las pilas en ese año nos sacan".

Al regresar al centro de salud continuaba llegando con la doctora Gabriela. En junio de 2011 le dieron un papel de Oportunidades en donde le decían que tenía que ir obligatoriamente al GAM, así que desde esa fecha asiste pero sigue llegando a consultas con la doctora Gabriela, pues el doctor José María le dijo que tiene que esperar hasta enero del 2012 para comenzar a darle consultas.

Así que a partir de julio del 2011 comenzó a asistir al GAM, el primer día que llegó se sintió "achicopalada" pues se dio cuenta de que las señoras que tienen más tiempo son "cabronas", pues por ejemplo a la hora de hacer ejercicio se tienen que poner pans y ella en ese momento se va al baño a cambiarse y algunas se molestan porque dicen que se tarda mucho, también a veces da las buenas tardes y no todas le responden el saludo, eso le ha pasado con el doctor pues comenta que en ocasiones ella lo saluda pero él no le contesta el saludo, "por qué a uno no y a las demás sí, se siente". Menciona que si no fuera por el papel que le firman, pues necesita el dinero para mantener a su hija, dejaría de ir porque se siente mal, es por eso que en las pláticas prefiere quedarse en la puerta. Pero al mismo tiempo se pone a pensar que le gustan las actividades que realizan en el GAM y que no por unas cuantas va a dejar de ir.

Le ha ayudado ir al GAM porque está haciendo más ejercicio y eso hace que baje de peso, además de que se relaja al ir a las pláticas, si lleva alguna tristeza o pena se le olvida estando ahí, pues algunas compañeras son buenas personas y ha entablado una relación de confianza con ellas. Compara la UNEME con el GAM al decir que en el primero no era obligación llegar y en éste sí, en la UNEME no hacía tanto ejercicio como en el grupo y tampoco le hablaban tanto de la enfermedad como lo hacen aquí.

Ha escuchado hablar de Queens 1 y 2, que tienen que pasar cada mes a hacerse estudios y análisis, con ellos el doctor está más al pendiente de los análisis, por ese lado sí le gustaría formar parte de uno de esos grupos pues dice que ella tiene que ir a las cinco de la mañana a sacar cita para los análisis y en ocasiones no alcanza turno porque en ocasiones la doctora le da cita directa pero cuando no pues tiene que llegar muy temprano. Llega a las cinco de la mañana y pasa a consulta a medio día, así que se tiene que quedar en el centro de salud pues su casa está un poco lejos, por lo que no le queda más que desayunar tamales y atol que venden afuera del centro de salud.

No ha acudido con ningún curandero o yerbero por su enfermedad pues confesó que ella tiene el don, ella es médium. El espíritu que la ayuda es el hermano Juan y es de San Juan Chamula, llega mucha gente a verla por diversos motivos como por ejemplo amor, desamor y envidia, comenta que ella cobra barato (400 pesos el tratamiento), con ese dinero también se ayuda en sus gastos, "Dios me dio el don para sanar y ayudar no para enriquecerme". El espíritu supo que tenía diabetes, por eso ella lo presintió al inicio; él le ha dicho qué comer y qué tomar, le dice que cuando vaya a fiestas no tome ni refrescos ni cervezas, que si quiere tomar algo que sea tequila (pero a ella no le gusta). Cuando se enoja le cuesta mucho trabajo "pasar el espíritu", a donde quiera que ella va él la acompaña, "no camino sola".

Recientemente una amiga le recomendó que tomara el té de hoja de Neem, así que lo toma sólo cuando se siente mal y le ha ayudado a bajar su azúcar; también toma un licuado que el Dr. José María les recomendó en una de las pláticas, pina con apio y nopal, que es para bajar de peso.

Normalmente tiene la glucosa en 180, 190 o máximo en 200 mg/dl, sin embargo en noviembre de 2011 salió con 312 mg/dl, comenta que es la primera vez que la ha tenido tan alta aunque no se sintió mal físicamente, pero está segura que salió alta porque se desmandó comiendo tamales en Todos Santos y también como un berrinche pues en octubre comenzó a sentir dolor en la vesícula y la doctora le dijo que tenía que operarse y le dio el pase para el hospital de las culturas, pero doña Mónica piensa que no es necesaria la operación pues no se siente tan mal, además de que comenzó a tomar el té de Gobernadora que una prima le recomendó. Fue al hospital de las culturas y le dijeron que la iban a operar en una campaña pues venían médicos del DF, pero como se fue a Carranza a pasar Todos Santos, platicando con sus familiares le "echaron miedo" pues le dijeron que tuviera cuidado en la operación pues hay personas que las operan de la vesícula y les dañan otra cosa, así

que le dio mucho miedo y ya no hizo los trámites, así que ella pensó que si tenía alta la azúcar no la iban a poder operar.

Se ha dado cuenta que cuando se enoja o se siente deprimida le sube la azúcar; cuando tiene la azúcar alta se da cuenta cuando va al baño pues se prueba su orina, si está dulce o tiene un olor diferente al normal es porque la tiene alta, también se le reseca la boca y le comienza a sangrar o le salen cosas negras, como sangre coagulada; así que inmediatamente tiene que poner su té de Neem para bajarla, pero que sólo lo toma máximo una semana porque le dijeron que si lo toma frecuentemente puede quedar ciega pues es muy fuerte.

Conoce las complicaciones de la enfermedad como los problemas en el riñón, el páncreas y la vista, así que aunque por momentos ya no quiere ir al doctor o se aburre de tomar las pastillas, recuerda las complicaciones y el daño que le puede hacer a su cuerpo así que desiste de esas ideas.

Ha habido ocasiones en que ha dejado de tomar sus pastillas por tres o cuatro días, ya sea porque está deprimida, tiene problemas eso hace que se olvide de su enfermedad, pero también se pone a pensar que "gracias a Dios" aún tiene sus manos y sus pies, en comparación a otras personas que ya le han quitado alguna parte de su cuerpo, así que cómo es posible que ella estando completa no pueda salir adelante.

En relación a la dieta comenta que la lleva a cabo un mes y un mes descansa, pero cuando deja de hacerla no se siente mal pues sigue con los ejercicios además de que camina mucho. En el desayuno come frijoles con huevo y café con cuatro tortillas doradas, a la hora de la comida hace pollo o pescado con ensalada con cuatro tortillas, en las noches si tiene hambre se hace una quesadilla y café; si le da hambre entre comidas se come una fruta. Mientras está haciendo la dieta no consume nada de sal pero cuando deja de hacerla sí le pone un poco de sal a su comida porque siente la boca sin sabor. Cuando hace dieta pone una olla de frijoles y sus trastes de ensalada (lechuga, rábano y zanahoria rallada); aunque no haga dieta la verdura no le puede faltar en sus comidas. Comenta que hace ese cambio de hacer o no dieta pues si la hiciera siempre ya estuviera muy delgada, pues cuando está a dieta sólo come dos tortillas en el desayuno, dos en la comida y una en la cena. Cocina sin grasa ni aceite pues compró sus sartenes de teflón y no come nada de puerco.

Lo que definitivamente ha dejado de consumir es la coca y refrescos embotellados, no le costó mucho trabajo dejar de tomar Coca-Cola pues le dijeron que era "satánica" y que por eso a todos se les antoja tomarla, también se enteró de que habían encontrado un dedo en un embace de Coca-Cola y le dio asco. Dejó de ir a fiestas porque no puede comer de lo que le dan, como botana, refrescos o cerveza así que para estar sólo sentada y ver que todos comen y toman pues prefiere no ir.

Actualmente le siguen dando insulina pues la doctora le receta insulina y dos pastillas de Metformina al día, pero ella agrega la Glibenclamida porque se ha sentido bien cuando la toma; antes tomaba una de cada una tres veces al día pero sintió que era demasiado así que desde hace tres meses sólo toma una pastilla de Metformina y dos de Glibenclamida al día. Ella sola va calculando la dosis del tratamiento pues como está tomando también sus yerbas amargas pues eso hace que le baje la azúcar y no puede tomar muchas pastillas porque si no se le bajaría demasiado.

Ahora además de ropa también vende perfumes por catálogo para poder mantener a su hija y sacarla adelante porque su esposo no trabaja. Aunque no quiera mantiene a su esposo pues ella le da de comer, él no pone nada de su parte por conseguir trabajo, dice que busca trabajo y se va a la calle todo el día pero regresa sin nada. Un día ella le dijo que iba a dejar de ser pendeja y le pego a su marido, fue a ponerle una demanda a él por violencia y maltrato así que desde esa vez ya no le ha vuelto a poner la mano encima. No cuenta con el apoyo de su esposo para su enfermedad, él se portó grosero cuando se enteró y cuando comenzó a ir al GAM él se enojó pues pensó que se iba a otro lado o que lo estaba engañando con otro hombre, de quién sí tiene apoyo es de un amigo que está al pendiente de ella y a

veces le da dinero cuando ella no tiene. En diciembre de 2010 tuvo un problema muy fuerte con su esposo y él la corrió de su casa pero ella le contestó que no tenía derecho a echarla de su casa pues es casa de su hija, pero si algún día ella decide irse se lleva todo lo que ha comprado y deja vacía la casa. Por tantos problemas que ha tenido con él, un día intentó suicidarse, compró "matazacate" y se fue caminando atrás del terreno, estaba a punto de tomarlo pero se puso a pensar en su hija y se arrepintió. Su amigo le ha ayudado en los momentos más difíciles y se ha vuelto su confidente.

La enfermedad le cambio la vida pues a partir de que la tiene han surgido muchos problemas en su vida, pues su esposo no le cree que esté enferma, además de que se le quitaron las ganas de tener relaciones sexuales y eso le afecta más a su esposo, a ella no porque dice que ya no lo quiere y le da igual, así que ella duerme con su hija en una cama y él en otra. Él piensa que no quiere tener relaciones porque tiene un amante, pero ella dice que no, el amigo que tiene nunca ha sido más que amigo, pues él tiene a su esposa y su familia.

Piensa que puede mantenerse bien aún con la enfermedad si hace ejercicio, dieta pero también el no dejarse vencer, echarle ganas pues no por tener diabetes se va a dejar morir pues el cuidado está en sus manos. Por lo que sabe hay dos tipos de diabetes (una en la que la persona se pone muy delgada y la otra donde no cierran las heridas), ella tiene de la azúcar buena porque no ha bajado de peso muy rápido, pero tiene miedo por su hija, pues sabe que la enfermedad es hereditaria y como su hija está gordita pues tiene miedo de que tenga diabetes en un futuro.

TRAYECTORIAS DE LA ENFERMEDAD.

Todos tuvieron síntomas iniciales, tales como dolor de cuerpo, frecuencia de orinar, hambre, pérdida de peso y sed; pero sólo Doña Leonor y Doña Mónica los relacionaron con la diabetes, Doña Leonor porque recordó el inicio de la enfermedad de su hermana y Doña Mónica recordó la enfermedad de su mamá. Tres de ellos tuvieron un diagnóstico previo al médico, en el caso de Doña Leonor y Doña Mónica fue un autodiagnóstico y Don Joaquín supo que quizá era diabetes cuando su esposa relacionó sus síntomas con los de su mamá. Todos tuvieron su diagnóstico con médicos particulares pero Doña Leonor y Doña Mónica se realizaron análisis antes de ir con el médico particular. Doña Irma había ido con varios médicos particulares pero ninguno le había realizado estudios así que nadie le había diagnosticado la enfermedad hasta que al año fue a un médico particular en Bochil quién le dijo que tenía diabetes. El caso de Doña Mónica es singular pues al inicio, su autodiagnóstico fue influenciado por el espíritu que le ayuda a curar, pues éste ya le había dicho que estaba enfermad de diabetes.

"Exactamente cuando cumplí 50 años, le dije a mi hijita que tenía mucha hambre, me levantaba a horas de la noche a comer, a hacer pipí y a tomar agua. Le dije que me iba a hacer estudios para ver si tenía azúcar" (Leonor, 2011).

Ante el diagnóstico médico, dos personas (Doña Irma y Doña Mónica) se pusieron tristes pues pensaron que se iban a morir pronto, Doña Leonor sintió miedo y Don Joaquín no tomó en serio pues pensó que la enfermedad no era tan grave, además de que el médico no le explicó la gravedad de la enfermedad.

Doña Irma cree que se enfermó porque se asustó mucho cuando una de sus hijas se desapareció por varios meses, Doña Mónica piensa que le dio diabetes por tantos cólicos que ha tenido con su esposo, Doña Leonor cree que le dio diabetes porque es una enfermedad hereditaria y Don Joaquín cree que resultó con diabetes porque estaba obeso.

En cuanto a la trayectoria de la enfermedad, todos han utilizado más de tres opciones, comenzando con la medicina particular a excepción de Doña Mónica (Centro de salud, autoatención [automedicación], UNEME, centro de salud + autoatención [hierbas]), quien después del diagnóstico médico comenzaron a darle el apoyo de Oportunidades, por lo cual tuvo derecho a ir al centro de salud; Don Joaquín (Médico particular, centro de salud, autoatención [automedicación], centro de salud) y Doña Leonor (Médico particular, centro de salud + autoatención [hierbas], autoatención [automedicación], centro de salud + autoatención [hierbas]) coinciden en que después de ir al médico particular llegaron al centro de salud; y Doña Irma es quién más ha transitado en diversas alternativas (Médico particular, clínica de campo, centro de salud, UNEME, centro de salud + autoatención [hierbas]). En el caso de Don Joaquín y Doña Leonor hubo un regreso al centro de salud, Don Joaquín porque cambió de ciudad y Doña Leonor porque decidió dejar el centro de salud por un tiempo. Sólo Doña Mónica está tomando té (neem) para bajar los niveles de azúcar, pues Don Joaquín opina que "no tiene fe en los tés"; los hijos de Doña Irma le recomendaron un té (no recuerda el nombre) pero no vio resultados y Doña Irma sí los tomaba pero últimamente no ha visto cambios:

> "Hay unos tés amargos pero los tomo para ayudar a que baje pero últimamente ni eso ha querido porque el día que me hizo los estudios el doctor, me tomé dos vasos grandes de té amargo y aún así salió alta, no sé a qué se deba pero ayer me dijo el doctor que me van a poner 35 unidades de insulina" (Irma, 2011).

Dos de los cuatro (Don Joaquín y Doña Leonor) acudieron al centro de salud porque les recomendaron el GAM, mientras que Doña Irma y Doña Mónica acudieron como parte de las obligaciones de tener Oportunidades. Tanto Doña Irma como Doña Mónica tienen la experiencia de haber acudido a la UNEME, al ser trasladadas por el médico de consulta del centro de salud, ambas opinan que les gustó asistir a la UNEME ya que ellas querían seguir llegando al término del año pero el doctor les dijo que tenían que regresar al centro de salud; ambas coinciden en que el GAM, a diferencia de la UNEME es mejor porque las

pláticas son más frecuentes, hacen más ejercicio y el ambiente es más agradable. Doña Mónica comenta que la doctora del centro de salud le receta insulina pero ella no se la pone pues siente que no está tan mal, así que se la da a un señor que sí está muy grave y ella compra la Glibenclamida o se la pide a una amiga que tiene derecho al ISSSTECH y ahí se las dan gratis. Doña Irma apenas tiene tres meses que acude a consulta con el Dr. José María pero aún no tiene expediente clínico y Doña Mónica no pasa a consulta con él sino con la doctora Gabriela.

> "Allá (UNEME) nos revisan, hacemos ejercicio pero muy poco, está en nosotros porque ellos hacen su trabajo pero nosotros no entendemos" (Irma, 2011).

Como se mencionó antes, Don Joaquín acudió al GAM por recomendación de su esposa pues la mamá de ella ya estaba llegando al grupo y Doña Leonor fue invitada por su hermana, mientras que Doña Irma[59] y Doña Mónica llegaron en el 2011 al grupo como un requisito para que les siguieran dando el apoyo de Oportunidades. Todos comentan que han visto cambios en su salud a partir de su ingreso al GAM, aún Doña Irma y Doña Mónica que acuden "por obligación", aunque comentan que les ha gustando tanto el grupo que aunque los de Oportunidades ya no les exigieran la asistencia ellas continuarían llegando.

> "(…) ya cuando me dieron el papel de Oportunidades tuve que ir al club, ya tenía Oportunidades pero no me habían dado un papel de que a la fuerza tenía que ir al club para que me lo firmaran" (Mónica, 2011).

Don Joaquín comenta que estando en el grupo sus niveles de glucosa se han equilibrado. El caso de Doña Leonor es particular puesto que cuando acudió la primera vez al centro de salud fue por el GAM sin embargo tuvo muchos problemas con su esposo pues éste se molestaba cuando ella iba al grupo, así que fue por eso que dejó de llegar a las pláticas durante dos años[60], pero como luego se sintió peor, incluso la internaban muy seguido porque se le subía la azúcar ya no le importó lo que dijera su esposo y regresó al GAM, aunque comenta que ahora su esposo ya comprendió la importancia de que ella asista al grupo y ya no le dice nada.

---

[59] Aunque ya conocía de la existencia de ese grupo pues su hermana siempre le había dicho que fuera con ella a las pláticas pero nunca quiso ir pues pensaba que quienes iban al grupo no tenían nada que hacer.

[60] Durante los dos años que no acudió al centro de salud su esposo le compraba las pastillas porque ya sabían cuáles eran, cuando se sentía mal su hija la llevaba al centro de salud y la atendía otra doctora que fue quien le dio la Metformina combinada.

Todos tienen conocimiento de la existencia de Queens 1 y 2, sin embargo ninguno sabe realmente porqué y para qué se formaron; no notan ninguna diferencia en las actividades ni en el trato del médico hacia ellos por no formar parte de ninguno de estos grupos, algunos como Don Joaquín y Doña Leonor piensan que tal vez se forme un tercer Queens pues ya son varios que no están en ningún Queens.

> "Los escucho (Queens1 y 2) pero la verdad no le he entendido bien ni he preguntado. Yo todavía no me han integrado a ningún grupo, posiblemente se haga otro grupo porque somos bastantes que no estamos en ningún Queens. Pero aunque no sea Queens el doctor me manda a hacer mis estudios ahí en el centro de salud; cuando entré de nuevo me dijo que tenía que hacer mis estudios en particular, me los hacía y mis hijos me apoyaban económicamente, pero últimamente ya me los hacen ahí porque ya voy regularmente y él me dijo que ya tengo derechos así como obligaciones" (Leonor, 2011).

A todos les cuesta mucho trabajo cambiar su alimentación, la única que ha agregado verduras a su dieta diaria es Doña Mónica, aunque no hace dieta todos los meses pues piensa que si lo hace bajaría mucho de peso, ya que se da cuenta que el mes que hace dieta disminuye de peso; los demás comentan las dificultades de llevar una dieta tal y como les recomiendan en el GAM: Para Doña Irma el problema está en que no puede dejar de comer tortillas (se come cinco en el desayuno y cinco en la comida) ni dulces pues piensa que todo organismo necesita un poco de dulce para sobrevivir, aunque confiesa que sí ha dejado de comer la cantidad que comía antes; Don Joaquín menciona que aunque ha disminuido las cantidades de alimentos aún es difícil llevar una dieta sobre todo cuando llegan visitas a casa pues dice que al llegar y ver que sólo comen verduras comentan que quizá no tienen dinero para comprar carne y eso los hace sentir mal, o se sienten obligados a comprar refrescos embotellados para darle a las visitas, también comenta que cuando está nervioso o preocupado come más de lo que debe sin darse cuenta. A Doña Leonor le cuesta mucho trabajo dejar de consumir refrescos embotellados, galletas o golosinas porque tiene la tienda en su casa y siempre se le antojan, aunque comenta que desde hace un mes ha tratado de no consumir estos productos.

> "Para todos (es la misma comida) porque lo que come uno comemos todos por la falta de dinero que no hay para estar comprando varias clases de comida. Lo que ahorita hemos estado pendientes es la cantidad. Ha sido difícil para mis hijos y para mi esposa que pues no teniendo la enfermedad tienen que comer lo mismo; también es difícil pues cuando vienen visitas y ven que comemos verduras y carne muy poco, pues siento que nos miran feo o pensarán que estamos tan jodidos económicamente que no nos alcanza para la carne. Ese cambio es lo que nos hace sentir mal a toda la familia, más a mi esposa y a mí, porque pues nosotros que ya conocemos que las carnes son malas para la enfermedad pues no hay problema, pero pues las visitas que no saben qué es la enfermedad pues no lo piensan así. A mi esposa es a la que le afecta más todas estas cosas, porque cuando llegan visitas pues se siente mal y manda a comprar un refresco, luego pues obligados nos teníamos que servir un

> poquito porque la gente pregunta pues porque no tomamos, así que en lugar de que nos ayude la visita nos afecta porque tenemos que comprar refresco y pues si se quedan más tiempo pues hay que comprar carne para darles de comer porque no comen verduras como nosotros" (Joaquín, 2011).

Doña Leonor es la única que no hace ejercicio fuera del GAM, Doña Irma sólo camina del mercado a su casa, Doña Mónica comenta que siempre anda caminando pues sale a cobrar, al mercado, al GAM y todo el día camina; quién también camina mucho es Don Joaquín aunque comenta que en donde vivía antes caminaba más y ahora ya está utilizando más su vehículo.

Todos coinciden en que las alteraciones de azúcar que tienen son debido a las preocupaciones, Doña Irma le preocupa el problema de un terreno intestado y se ha dado cuenta que su azúcar se le subió después de un pleito que tuvo con sus sobrinos. A Don Joaquín le preocupa no tener dinero, vivir al día y se estresa cuando tiene mucho trabajo. La preocupación más importante de Doña Leonor es la salud de su esposo (tiene diabetes pero no se cuida ni va al médico) pues últimamente se ha sentido mal, también le preocupa la venta y compra de los productos en su tienda pues hay días en que le llegan a cobrar y no tiene dinero. A Doña Mónica le preocupa su situación económica pues su esposo no trabaja y ella es la única que aporta dinero al hogar. Doña Mónica menciona que también cuando se desmanda en los alimentos se le sube su azúcar, pues el año pasado lo comprobó al no quererse operar de la vesícula comió de más para que en los análisis saliera alta su glucosa.

> "Sí porque a veces sí me enojo, de por sí lo tengo alta y me enojo pues sube más. No sé porque si me enojo no me pasa nada pero a los dos días ya estoy malísima. Eso sí lo hemos comprobado que se sube la azúcar con los enojos, hay cosas que son muy sencillas que uno piensa que no se va a enojar con eso pero sí. Hay veces que digo que no voy a hacerle caso a las cosas pero no es que no quiera, de mi parte digo que no me enojo pero al tercer día ya estoy mal de la azúcar, ya estoy con sueño y mi semblante todo mal" (Leonor, 2011).

Tanto Doña Irma como Doña Leonor han terminado en el hospital por las constantes subidas en su nivel de azúcar; Doña Irma comenta que antes de acudir al GAM la internaban cada seis meses (4 veces en total en un período de dos años) por su azúcar alta y piensa que eso le sucedía porque comía de todo y no tomaba sus pastillas, actualmente también deja pasar dos o tres días sin tomar la pastilla de la azúcar porque se olvida o porque se cansa de tomarlas. En el caso de Doña Leonor, durante los dos años que dejó de ir al centro de salud y al GAM se puso muy mal y la internaban frecuentemente en el hospital de las culturas pues su azúcar siempre estaba alta, la última vez que la internaron tenía 500 mg/dl de azúcar.

> "El día que me internaron en el hospital de las culturas estuve todo el día sin moverme, yo no soy así, me ven enferma pero me gusta estar trabajando pero ese día no tenía fuerzas para pararme, me dormí todo el día, no quería ni comer sólo tomaba mi medicina, cuando mi hija la soltera regresó de trabajar me llevó al hospital a internar; ahí fue donde se me bajó hasta 30 la azúcar. Pero desde esa vez ya no me han internado" (Leonor, 2011).

Doña Mónica es la única que no presenta ninguna complicación de la enfermedad, Doña Irma y Doña Leonor mencionan que se les han caído los dientes pero ninguna ha podido arreglárselos porque tienen alta su azúcar; Don Joaquín comenta que su vista ha disminuido como en un 10%, Doña Leonor también menciona que por un tiempo no veía bien pero a partir de que se pone insulina su vista ha mejorado, Doña Irma también tiene frecuentes infecciones urinarias.

> "Ya tiene tiempo (que se empezaron a caer los dientes), ahora que tengo azúcar. Tengo poquitos, los demás están podridos pero tengo que esperar a que baje mi azúcar para que me los puedan quitar. Porque dicen que tal vez me suelte en una hemorragia y de eso me puedo morir" (Irma, 2011).

Tomando en cuenta los problemas, ajustes y resistencias a los tratamientos, en comparación a los dos grupos anteriores, en No Queens existe más resistencia y "reajustes" en los tratamientos, no sólo biomédico sino también la dieta, el ejercicio y la autoatención con yerbas. Los motivos para dejar de asistir a un médico alópata han sido el no estar satisfechos con la atención recibida, el mal trato y pensar que no era un enfermedad grave. Los motivos para dejar de tomar el medicamento temporalmente ha sido por olvido, porque al tomarlo sentían molestias en otra parte del cuerpo y por no saber que si dejaba de tomarlo al paso del tiempo se complicaba la enfermedad.

Al igual que Queens 1, los problemas o enfermedades familiares han sido causa para olvidarse de su enfermedad y dejar el tratamiento por un momento.

En comparación a los dos Queens, este grupo ha tenido más problemas para llevar la dieta, pues sienten que es muy poca cantidad de comida, piensan que van a adelgazar mucho, los problemas de estrés influyen a que no se dan cuenta cuando comienza a comer de más, o por la no aceptación del cambio de alimentación por parte de las visitas. A diferencia de Queens 1 y 2, este grupo menciona tener problemas para realizar ejercicios fuera del GAM, debido al miedo de que al caminar en la calle la puedan atropellar o se pueda caer y el mayor uso del su automóvil.

Las Yerbas también son utilizadas cuando las personas lo creen conveniente, así que las dejan de tomar porque no tuvieron los resultados esperados o sólo las toman cuando se sienten mal.

En este grupo se observa un mayor "juego" y adaptaciones en las dosis y en la conjugación de distintos tipos de tratamientos. Por ejemplo, cambian la dosis de sus medicamentos al tomar yerbas, pues reduce la cantidad de pastillas al día ya que piensan que se le puede bajar mucho su azúcar si mantiene la misma dosis. Sólo existió una resistencia al tratamiento con insulina, aunque Doña Mónica la recibe no la utiliza porque piensa que no la necesita pues no tiene 400 mg/dl de azúcar, así que la acepta pero se la da a alguien que ella cree que sí está mal, entonces continúa tomando pastillas, ya sea que se las regalen o las compre, la dosis en éstas ella misa la adapta dependiendo de cómo se sienta.

Existe un abandono del GAM debido a problemas con la pareja por la asistencia al mismo, sin embargo después de dos años reingresó. En No Queens, los ajustes se han dado desde antes de acudir al centro de salud pero continúan aún en la actualidad.

3.4 GAM PASIVOS.

ANTECEDENTES.

Doña Antonia (73 años, viuda[61] y con tres hijos[62]), Don Eduardo (51 años de edad, está casado y tiene 4 hijos), Doña Mariana (61 años, viuda[63] y tiene dos hijas) y Doña Rafaela (59 años, separada y tiene tres hijos); todos son católicos, Doña Antonia, es ama de casa[64] pero trabaja de manera independiente costurando en casa y Don Eduardo quien debido a la situación de su salud por el momento no trabaja; en tanto que Doña Mariana es empleada

[61] Hace 29 años quedó viuda pues su esposo murió de un infarto, no estaba enfermo de nada pero era alcohólico, un día entró al cuarto pues dijo que se sentía cansado, después de un rato se levantó de la cama y la llamó, cuando Doña Antonia fue a verlo ya estaba muerto. La muerte de su esposo fue algo inesperado y eso fue lo que hizo que a ella le doliera aún más, estuvo deprimida durante dos meses, sin querer salir de su casa, pero como sus hijos aún estaban pequeños (el menor tenía 7 años) eso hizo que reaccionara y buscara en qué trabajar para poderlos mantener.

[62] Hace un año su hijo menor falleció de un infarto en México pues estaba estudiando un posgrado tenía 34 años y estaba soltero

[63] Hace nueve años, a la edad de 48 años, murió su esposo de un coma diabético de 24 horas, lo llevó a la clínica de campo un viernes a las 7 de la mañana y a las 7:05 de la mañana del sábado falleció. Fue muy triste pues no se lo esperaba, aunque él estaba en estado de coma Doña Mariana le pedía a los doctores que lo salvaran, entró con 400 mg/dl de azúcar en la sangre y 1000 mg/dl en la orina, aunque le aumentaban la dosis de insulina la glucosa no bajaba; le dijeron que tal vez los análisis estaban mal así que le pidieron permiso para hacérselos de manera particular pero aún así salieron en 400 mg/dl.

[64] Recibe apoyo del programa Amanecer ($550 mensuales) y su hija que vive al lado también la apoya económicamente.

en un negocio de estambres afuera del mercado Castillo Tielmans y Doña Rafaela tiene un puesto en este mismo mercado y además tiene cuartos en renta.

Sólo Doña Mariana era derechohabiente en una institución médica (ISSSTE) antes de tener diabetes, los demás utilizaban médicos particulares o la autoatención. En el caso de Doña Antonia, tuvo derecho al ISSSTE después de haber sido diagnosticada con la enfermedad. Todos tuvieron familiares con diabetes antes de que ellos la padecieran, algunos tíos (Don Eduardo y Doña Rafaela), hermanos (Doña Antonia), padres (Don Eduardo y Doña Mariana, y esposo (Doña Rafaela). Todos tenían conocimientos previos de la enfermedad, principalmente de las causas, como un susto, un gusto o un disgusto; también de la insulina como algo malo (Doña Antonia y Doña Rafaela) y de la existencia de dos tipos de diabetes: blanca y negra (Doña Antonia).

> "Pues según dicen que (la diabetes da) por cólico, por gusto o por susto pero quién sabe. (…) Pues la gente dice que hay dos tipos de diabetes: la blanca y la negra pero el doctor dice que no, que sólo es una pero cuando ya está avanzada es la que le llaman la mala. (…) Cuidarse sólo con la alimentación y tomar los medicamentos porque si deja uno de tomar los medicamentos se puede subir, muchos no lo toman por eso se empeoran porque dicen que es de la azúcar mala pero dice el doctor que no hay azúcar mala que es la misma" (Antonia, 2011).

DIABETES EN SU VIDA.

> "Según la medicina dice que no se cura pero yo pienso que tal vez sí porque el médico maya que me está viendo presentó a una persona que está curada. Muchos conocidos se han curado, pues es la voluntad de Dios porque si Dios quiere que se cure uno se va a curar y si no pues hay que esperar la voluntad de Dios pero no hay que dejarse morir, hay que buscarle por eso hay muchos medios por eso existe de todo" (Eduardo, 2011).

Tiene 51 años de edad, es originario de San Cristóbal de Las Casas. Está casado y tiene 4 hijos: tres casados y la más pequeña soltera y aún estudiando enfermería. Vive con su esposa y tres hijos, la soltera y dos casados con sus respectivas familias. Estudió hasta el sexto de primaria pero ya no pudo seguir estudiando por problemas económicos así que comenzó a trabajar desde los 12 años. Ha trabajado de carpintero, mecánico, ayudante de albañil, fontanero, pintor y maestro de obra. Es católico, tiene algunas imágenes de santos y va a misa cada que puede.

Nunca ha estado afiliado a alguna institución médica puesto que ningún trabajo se lo ha dado ya que se desempeña como pintor, albañil y fontanero independiente, sin embargo comenta que afortunadamente y gracias a que desde joven ha hecho mucho ejercicio no tuvo ninguna enfermedad grave antes de la diabetes por la cual acudir con médicos particulares. Su mamá y uno de sus hermanos tuvieron diabetes antes que él comenzara con los síntomas, ambos ya murieron. La mayoría de los hermanos de su papá tuvieron diabetes antes que él iniciara con la enfermedad, de los cuales ya se han muerto tres. Sabía que la causa de la enfermedad es por herencia. Por su hermano sabía que la diabetes acaba

físicamente a la persona que la tiene pues su hermano adelgazó mucho y se veía muy acabado.

Hace 22 años comenzó a tener más hambre y sed de lo normal pero pensaba que como trabajaba mucho era normal que alguien que trabajaba mucho tuviera mucha hambre y sed, así que no pensó que se tratara de una enfermedad y mucho menos de la diabetes. Pero eso sucedió días después de que un perro rabioso lo mordiera, fue la causa de que acudiera al centro de salud para que lo vacunaran contra la rabia; tenían que ponerle 14 vacunas en su estómago pero a la séptima vacuna se le hinchó el estómago, la enfermera se asustó porque no es normal que pase esto, ella le preguntó si tenía diabetes y él le contestó que no, así que las siete vacunas que hacían falta se las pusieron en la espalda. Después de tres días de terminar el tratamiento cayó en cama y fue a ver a un médico particular, el Dr. Eboli Morales, quién le hizo los estudios y resultó con 620 mg/dl de glucosa, así que el doctor le dijo que tenía diabetes y que por la cantidad de glucosa que tenía en su sangre máximo iba a vivir dos meses.

Don Eduardo comenta que cuando le dieron el diagnóstico lo primero que pensó fue en sus hijos que estaban pequeños y que lo necesitaban, así que se aferró a la vida. Cree que le dio diabetes por herencia porque su mamá tuvo diabetes también así que para él ya venía con esa herencia de familia.

El médico que le diagnosticó la enfermedad y que le dijo que sólo viviría dos meses, le recetó unas pastillas pero no quiso tomarlas por todo lo que le había dicho. Lo que le dijo el primer médico le afectó bastante, pues está consciente de que hay que ser francos pero también debe de tener profesionalismo para decir las cosas. Decidió ir con otro médico quién le dijo que nadie podía decirle cuándo iba a morir, que iban a luchar juntos: él dándole medicamentos y don Eduardo haciendo ejercicio; así que le recetó un tratamiento por dos meses a base de pastillas para la diabetes y vitaminas, mientras él salía a correr dos horas todos los días. Regresó a los dos meses y el doctor se sorprendió porque ya había bajado los niveles de glucosa "y ya no tenía azúcar en mi sangre", le dijo que le iba a suspender el tratamiento pues ya estaba normal su diabetes, así estuvo durante 10 años sin tomar ningún medicamento, durante ese tiempo se descuido pues se dedicó a trabajar y se olvidó de la enfermedad.

Pasado los diez años nuevamente se sintió mal y acudió de manera particular con el doctor Román (director del centro de salud) fue con él porque don Eduardo había trabajado en la construcción en casa del cuñado del doctor, así que él fue quién lo recomendó y por eso el Dr. Román no le cobraba las consultas, el tratamiento fue con Metformina (dos diarias) y dieta, pero ni con eso bajaba su azúcar (regularmente estaba en 200 mg/dl). El doctor Román lo transfirió al centro de salud para que no gastara en los medicamentos, llegando lo atendió la doctora Montoya quién estaba a cargo del GAM con quién estuvo durante cuatro años con el mismo tratamiento.

Al llegar al centro de salud inmediatamente lo transfirieron al GAM, en esa época había aproximadamente 50 integrantes pero llegaron a ser 103 miembros en dos años, luego hubo un problema entre médicos y se desintegró el grupo quedando solamente 7 personas. Las actividades eran las mismas aunque hacían más ejercicios. La doctora Montoya dejó el GAM y llego el Dr. José María a hacerse cargo de las pláticas y las consultas. Con el Dr. José María se ha sentido bien aunque recibía mejor atención con el Dr. Román pues lo revisaba más, aunque claro era de manera particular. El doctor José María le cambio el tratamiento a dos pastillas de Glibenclamida y 1 de Metformina en el día.

Un día, platicando con una compañera del GAM sobre lo que el primer médico le dijo le recomendó a una psicóloga que daba consultas en el CEDEM, así que decidió ir. El ir a terapia le ayudo mucho a comprender no sólo ese suceso sino también la enfermedad pero dejó de ir cuando dejó de caminar. Él piensa que parte de ese problema son las preocupaciones que ha tenido, sobre todo por el dinero, pero el ir con la psicóloga del CEDEM también le ayudó a tomar las cosas con calma y a tratar de no enojarse pues sabe que eso le daña su salud, se ha dado cuenta

que eso le ha ayudado pues ahora es más tranquilo y se pone a pensar en conocidos y familiares que también empezaron enfermos al mismo tiempo que él y ya todos han fallecido.

Le gustaba mucho ir al GAM pues sentía mucha comprensión por parte de los compañeros, le gustaban los ejercicios y las pláticas pues sentía que le ayudan a cuidar su enfermedad ya que le explicaban muchas cosas que si las aplicara en su vida cotidiana tal vez fuera diferente su vida, como el cuidado de los alimentos, pues él les recomienda que deben de comer poco pero eso le cuesta mucho trabajo porque le da hambre todo el día.

En el tiempo que estuvo en el centro de salud la glucosa siempre estaba alta y se daba cuenta porque tenía mucha sed y hambre, los mismos síntomas que tuvo al iniciar la enfermedad, cuando sentía esos malestares tomaba la pastilla y sentía una pequeña mejoría pero en los últimos meses ya ni con la pastilla se sentía bien. Hace dos años comenzó a sentirse muy mal, cansado y sin fuerzas, incluso el Dr. José María le recetó una pastilla más fuerte pero ni con esa bajaba de 400 mg/dl, así que después de eso le indicó que se pusiera insulina pues el medicamento ya no estaba funcionando; al principio no quiso porque le daba miedo pues había escuchado muchas cosas malas como la consecuencia de quedarse ciego y que es adictiva. Sin embargo, en octubre de 2011 dejó de caminar y lo llevaron al centro de salud para que le dijera al Dr. José María que sí aceptaba la insulina pero el médico le dijo que ya era demasiado tarde pues ya tenía complicaciones de la enfermedad así que la insulina ya no iba a tener efecto en él y que tenía que esperar la voluntad de Dios. Así que dejó de ir al GAM pues ya no podía caminar, eso le ha afectado pues comenta que se distraía en el grupo, le gustaba ir y hacer ejercicio pero desgraciadamente se le complicó la enfermedad y no tuvo más remedio que dejar de asistir.

Don Eduardo piensa que le dio neuropatía diabética pues ya no sentía sus pies, trataba de caminar y se caía, continuaba trabajando pues necesitaba el dinero para mantener a su familia pero un día que estaba haciendo unas cosas con el soplete se quemó las piernas pero no sintió nada, fue cuando se preocupó pues recordó que cuando una persona con diabetes tiene neuropatía deja de sentir las cosas en su piel, así que dejó de trabajar y actualmente está desempleado y su esposa tampoco trabaja, por lo que ha tenido que vender algunas cosas para poder mantenerse como su motocicleta, pues no tiene ningún apoyo de gobierno comenta que porque no tiene más edad ni es indígena.

Como se sintió rechazado y sin esperanza en el centro de salud buscó otras opciones para poder caminar pero como él no podía salir de su casa su papá le hizo favor de preguntar con vecinos, amistades y familiares sobre un médico que le pudiera ayudar, así fue que un amigo de la familia, quién tiene diabetes, le recomendó un médico maya que vive en Napité, por Amatenango del Valle, pues él había estado en un tratamiento con él a base de yerbas y ya se sentía bien, incluso mencionó que ya no tenía diabetes; así que decidieron ir en busca de ese médico en noviembre de 2011. Al verlo, el médico maya le dijo que sí podía curarlo, eso fue lo que le dio esperanza y confianza a don Eduardo, lo revisó pasándole una varita en el corazón, en los pulmones y en todo el cuerpo, mientras lo revisa le va diciendo qué partes del cuerpo tiene mal. El tratamiento que le recomendó es a base de té, dieta rigurosa y nada de medicamentos alópatas (le dijo que los dejara de tomar), puso a hervir las hierbas que le dio en cuatro litros de agua y se los tomara en todo el día, así debía de estar durante tres meses; sólo la primer consulta fue hasta Napité porque el médico llega a verlo a su casa cada quince días, a dejarle más yerbas y a revisarlo. La dieta consiste en comer sólo frutas y verduras, nada de carnes ni harina.

Don Eduardo no recuerda el nombre del médico y tampoco conoce las yerbas, pero eso no le importa tanto pues desde que comenzó a tomarlas sintió mejoría. El médico maya le dijo que al principio del tratamiento se iba a sentir peor, se iba a desmayar, a caer, iba a sentir que se iba a morir pero que a la mitad del tratamiento vendría la mejoría. Don Eduardo sintió todo lo que el médico le dijo que

iba a pasar, pero comenta que todo eso ya lo pasó y que desde el segundo mes comenzó a ver mejorías pues se pudo parar de la cama sin ayuda, empezó a caminar, ya no se le enredan sus pies, ya no tiene dolor de huesos ni de piernas, tenía como un año con una tos y hasta eso se le quitó, ya se siente mejor y con ánimos. Aunque aún le falta un mes de tratamiento con el médico maya piensa que podrá curarse con él, lleva a cabo todas las recomendaciones que le hace pues ha visto que sí puede curarlo. Cobra 300 pesos la consulta cada quince días, incluyendo las yerbas que le da; durante el tratamiento no se ha hecho análisis pues el médico maya no le ha sugerido que se los haga pero él piensa que ya bajó sus niveles de azúcar porque ya se siente mejor, ya puede caminar despacio, además de que hasta la vista que comenzaba a perder ya la está recuperando, también los dientes pues ya se le habían caído algunos y otros estaban flojos pero ahora siente que se le volvieron a apretar, "como que se regeneró mi cuerpo" aunque todavía siente debilidad.

A pesar de que comenta que su esposa y su familia lo apoyan en los cuidados de su enfermedad, comenta que todos comen lo mismo pues no hay dinero suficiente para hacer diversas clases de comida y que si hacía dieta tenía que hacer más gastos. Lo que ha dejado de consumir es azúcar, pero la sal, los refrescos embotellados aún los seguía consumiendo cuando llegaba al GAM, comía normal, de todo tipo de carne, caldos, arroz, "lo que Dios nos da", cuando le daba hambre entre comidas comía una manzana o a veces por tanto trabajo que tenía pues se le olvidaba. Pero a partir de que comenzó el tratamiento con el médico maya, quién le dijo que tenía que hacer una dieta rigurosa, ahora sólo come frutas y verduras, nada de carne pues se la prohibieron, al igual que el pan, las tortillas y café; ahora sabe que la Coca-Cola es lo más malo que puede tomar una persona con diabetes pues tiene mucha azúcar, eso se lo dijo el médico maya.

Aún teniendo las complicaciones trata, dentro de lo que cabe, realizar sus actividades cotidianas, sobre todo aquellas que le remuneran económicamente para poder mantener a su familia, pero por el momento está en casa sin poder trabajar. Antes tenía gallinas y puercos en un terreno detrás de su casa pero ya los vendió pues no los puede atender. Ahora entiende que "la salud es lo más valioso, más que el dinero", antes no se cuidaba por no dejar de trabajar, pero ahora sabe que primero debe de estar la salud para así poder seguir trabajando. Quisiera tener fuerzas para trabajar, hacer su vida normal y regresar al GAM, pues ahí ha aprendido muchas cosas. Ahora piensa que la diabetes se puede curar que todo depende de la voluntad de Dios, además de que conoce personas que se han curado a pesar de que los médicos dicen que no se puede curar pero el médico maya que lo está atendido ya ha curado a varias personas.

TRAYECTORIAS DE LA ENFERMEDAD.

A excepción de Doña Mariana, todos tuvieron síntomas de la enfermedad, tales como: sed, frecuencia de orinar, cansancio, hambre y boca seca, pero nadie lo relacionó con la diabetes, Don Eduardo pensó que tenía mucha hambre por el arduo trabajo que estaba realizando pero nunca pensó que se trataba de una enfermedad. Todos tuvieron su diagnóstico con un médico particular, sólo dos fueron al médico para saber qué enfermedad tenían debido a los síntomas, Doña Antonia y Doña Ramona, acompañadas de su hija y su madre respectivamente. Don Eduardo supo que tenía diabetes por otra circunstancial al igual que Doña Mariana, él estaba llegando al centro de salud para que le

aplicaran las vacunas contra la rabia pues lo había mordido un perro y ahí la enfermera le dijo que tal vez tenía diabetes porque se le inflamó el estómago, cayó enfermo y después fue a ver al médico particular. Y Doña Mariana fue a donar sangre para la operación de su hermana y con los resultados de los exámenes supo que tenía diabetes.

Los cuatro, al saber la enfermedad que padecían se pusieron tristes pues recordaron cómo personas cercanas a ellos habían o estaban viviendo con esta misma enfermedad, algunos se deprimieron (Doña Antonia), otros pensaron en la muerte (Doña Mariana), Doña Rafaela pensó que debería cuidarse si quería seguir viviendo y Don Eduardo pensó en que sus hijos estaban pequeños así que tenía que aferrarse a la vida. En relación a la causalidad de la enfermedad, Doña Mariana le atribuye dos causas: el susto y coraje porque una sobrina se huyó con el novio, al igual que la herencia; Doña Antonia y Rafaela también mencionan el susto como el causante de su enfermedad, el enojo de Doña Antonia fue por un problema que tuvo con una vecina[65] y el de Doña Rafaela por tantos problemas con su esposo.

> "Me sentí muy mal, sentí lo peor porque mi papá había muerto de un coma diabético, mi papá tuvo dos comas: el primero fue por azúcar alta y el segundo pensaron que era alta y le bajaron pero se murió porque se le había bajado, no subido. Yo no quisiera tener la enfermedad pero ni modo, porque lo de mi papá fue muy duro, mi marido vivía entonces no sabía de otro golpe por lo mismo, sin embargo le tengo miedo" (Mariana, 2011).

Las trayectorias han sido diversas y en ocasiones han estado con más de una opción al mismo tiempo. Todos comenzaron con médicos particulares, la trayectoria más corta es la de Doña Ramona (Particular, Centro de salud + autoatención [hierbas], autoatención [automedicación]), y la de Don Eduardo (Particular, centro de salud, curandero) es el único que ha acudido con un curandero de Napité, quién actualmente lo está tratando; en el caso de Doña Antonia después de haber sido afiliada al ISSSTE acudía al mismo tiempo al centro de salud (particular, ISSSTE, ISSSTE + centro de salud + autoatención [hierbas], ISSSTE), y la trayectoria de Doña Mariana es la más larga (Particular, autoatención [hierbas], centro de salud, particular + IMSS + centro de salud, IMSS). Ninguno de ellos acude al centro de salud actualmente, después de dejar el GAM han ido en busca de otras

[65] Tres días antes de los malestares, pasó un torbellino que provocó que una lamina de la vecina que vive detrás de su casa se volara, la señora llegó muy enojada a casa de Doña Antonia a reclamarle para que le devolviera su lámina pero como en la casa de Doña Antonia no había ninguna lámina pues le dijo que ella no la tenía, así que la vecina la demandó por no quererle regresar su lámina. La vecina de al lado llegó al otro día a preguntarse si era de ella una lámina que había caído en su patio y le contestó que era de la vecina de atrás y se la devolvió, pero la señora seguía insistiendo que le devolvieran su lámina, el hijo de Doña Antonia le compró una lámina y se la dio para evitarse problemas pero la demanda continúo pues la llamaron a declarar, el licenciado llegó a su casa y le contó todo lo que había sucedido, así que con su vecina de testigo la señora tuvo que quitar la demanda. Después de eso, Doña Antonia comenzó a sentirse mal.

opciones; todas las mujeres han utilizado la autoatención con yerbas en algún momento de la trayectoria, tales como Neem (Doña Antonia), Doña Rafaela toma un té (no recuerda el nombre) pero sólo cuando se siente mal, Doña Mariana probó tomar el té de hinojo pero como no vio resultados lo dejó de tomar, Don Eduardo nunca había tomado té a lo largo de su trayectoria pero actualmente el tratamiento del curandero es a base de té de tres hierbas que él no conoce pues el curandero se las lleva. La autoatención en el caso de Doña Rafaela consiste en que por el momento no acude con ningún médico sino que compra las medicinas para la azúcar en la farmacia con la misma dosis que le daban en el centro de salud.

Tres de ellos (Doña Antonia, Doña Mariana y Doña Rafaela) acudieron al centro de salud porque ya les habían hablado del GAM, Don Eduardo acudió al centro de salud pues el médico particular que lo estaba atendiendo también daba consultas y era el director del centro de salud, él fue el único que tuvo consultas con un doctor antes (Dra. Montoya pues ella estaba a cargo del GAM cuando llegó) que lo atendiera el Dr. José María, pues las mujeres pasaron directamente a consulta con él después de ir al GAM. Doña Antonia comenta que no dejaba de tener citas en el ISSSTE pues cuando no le daban medicamentos en el centro de salud los pedía allá, sólo Doña Mariana habla bien del doctor José María, aunque todos aceptan que es buen médico los demás mencionan aspectos de él que no les agradan: Doña Antonia y Don Eduardo mencionan que la mayoría de las ocasiones estaba de mal humor y Doña Rafaela comenta que la trataba mal, pues tenía un carácter muy fuerte. Don Eduardo menciona que el doctor José María le había dicho hace dos años que necesitaba ponerse insulina pero él no quiso así que siguió con las pastillas.

Tres de ellas se enteraron del GAM por recomendaciones de un familiar, Doña Antonia por recomendación de su sobrina que también asistía, a Doña Mariana un familiar que trabaja en el centro de salud le habló sobre el GAM y a Doña Rafaela se lo recomendó su hermana que también acudía a las pláticas, mientras que a Don Eduardo se lo recomendó el doctor de consulta. Todos comentan que les gustaba mucho ir a las pláticas y hacer ejercicios en el GAM, que se la pasaban muy bien cada que iban, sin embargo señalan algunas inconformidades: Doña Antonia menciona que habían personas que hacían sus "grupitos" pues se sentían con más categoría por tener más dinero que las demás. Doña Mariana comenta que la presidenta de la mesa directiva se molestaba con ella porque no iba a las caminatas que hacían los fines de semana pero ella no podía ir por su trabajo, sin embargo la presidenta le decía que sólo iban quienes le ponían ganas a su enfermedad y eso le molestaba. Doña Rafaela veía que como eran muchas personas el doctor no podía

ponerles atención a todas, así que eso hacía que él se desesperara y cambió su carácter pues en los últimos meses que ella estuvo regañaba mucho.

> "Muy bonito porque todas conviven con uno, hacíamos fiestas, los cumpleaños del doctor y de los que se conocían más, hacíamos cooperación, habían bailes, el doctor nos llevaba a pasear a Rancho Nuevo cada mes, era muy bonito, estuve muy bien ahí. Éramos como 40 compañeras pero ahorita las de Oportunidades también las mandaron allá y ya son como 150 ó 170 y es mucho, ya no puede el doctor y se desespera, de ahí se le fue subiendo el carácter y nos trataba mal. Es bonito pero ya con muchas pues no" (Rafaela, 2011).

Las tres mujeres estaban integradas al grupo Queens 2, Doña Mariana sólo metió sus papeles pero ya nunca asistió a ninguna toma de muestra pues por ese tiempo dejó de ir al GAM, Doña Antonia inició el proceso de acreditación pero ya no lo terminó y Doña Rafaela estuvo en la acreditación e inició el proceso de reacreditación. Tanto Doña Mariana como Doña Rafaela piensan que el doctor pregunta por ellas ahora que ya no están porque estaban en este grupo no tanto porque le preocupe su salud.

El motivo del abandono del GAM y del centro de salud es similar en tres de los cuatro casos pues tuvo que ver con la actitud del Dr. José María y sólo un motivo fue por la actitud de la mesa directiva del GAM. Doña Antonia comenta que un día pasó a consulta con el Dr. José María para pedir medicamento pues ya se le estaba terminando, pero él le dijo que no había medicamentos aunque piensa que el doctor estaba molesto porque aún iba al ISSSTE por medicina y que tal vez por eso le negó la receta; el doctor le dijo que él no podía hacer nada pues no había medicinas en la farmacia así que si ella no estaba de acuerdo que hiciera una marcha, eso fue lo que le molestó pues "¿cómo iba a hacer una marcha por medicamento?", así que le dio las gracias y se fue, desde ese día dejó de ir al GAM. Don Eduardo menciona que en octubre de 2011 dejó de caminar y lo llevaron al centro de salud para que le dijera al Dr. José María que aceptaba la insulina pero el médico le dijo que ya era demasiado tarde pues ya tenía complicaciones de la enfermedad así que la insulina ya no iba a tener efecto en él y que tenía que esperar la voluntad de Dios. Así que dejó de ir al GAM pues ya no podía caminar, eso le ha afectado pues comenta que se distraía en el grupo, le gustaba ir y hacer ejercicio pero desgraciadamente se le complicó la enfermedad y no tuvo más remedio que dejar de asistir.

Hace un año, Doña Rafaela tuvo un problema con el doctor, pues comenta que a los 8 años que se cayó y se desvió la matriz[66], entonces en los análisis que le hacía el Dr.

[66] Cuando era pequeña los doctores le dijeron que no podía tener hijos, pero al final sí pudo pero después de tener a su último hijo así que la operaron y le quitaron la matriz, a partir de la operación comenzó a sufrir de infecciones vaginales, así que frecuentemente iba con médicos y le ponían óvulos, lavados vaginales, cremas pero con nada se aliviaba.

José María siempre salían las infecciones así que ella le explicó el problema. Él le daba medicamentos pero conforme iban pasando los meses la infección aumentaba, pero ella veía que el doctor no le cambiaba el medicamento y como en los análisis continuaba apareciendo la infección el doctor le regañaba porque él creía que no se tomaba el medicamento hasta que un día ella le contestó que sí se lo tomaba pero que la pastilla que le daba no era muy fuerte, el médico le contestó: "¿Quién sabe más, usted o yo?" Un día le dijo al doctor que ya tenía sangrado por la infección, el doctor le dijo que eso era normal por tanta infección y que lo que tenía que hacer era operarse, la operación le iba a costar 30 mil pesos pero ella no tenía dinero así que lo dejó pasar pero la infección aumentaba pues después comenzó a sentir un olor feo, así que como el Dr. José María no le cambiaba el medicamento decidió ir con un médico particular. El médico particular la revisó y le dio un tratamiento a base de pastillas e inyecciones, al finalizar el tratamiento de 2 meses la infección desapareció completamente. Durante ese tiempo continuaba llegando al GAM pero al aliviarse de su infección se puso a pensar que si se hubiera quedado con las pastillas que le daba el Dr. José María se hubiera muerto de la infección o le hubiera dado cáncer así que por eso decidió salirse del centro de salud.

El caso de Doña Mariana fue el único que no tuvo que ver con la actitud del médico, pues en una ocasión se resbaló en el trabajo y se fracturó la mano, la llevaron al seguro social para que la revisaran, ahí la enyesaron y le dijeron que tenía que estar en reposo por tres meses, en los cuales dejó de ir al GAM; pero tuvo problemas con el yeso pues en el seguro primero le pusieron el yeso y luego le compusieron su mano así que el hueso quedó chueco, y eso provocó que la recuperación tardara más. Después de eso tuvo que viajar a Puebla por la graduación de su hija y allá estuvo durante cuatro meses así que cuando regresó ya le dio pena regresar al GAM. Hubo otro motivo para que dejara de ir, fue la manera en cómo las trataba Doña Patricia, era muy déspota y quería mandar en todo momento, siempre quería que se hiciera su voluntad. Ahora ya tiene más de un año que dejó de ir así que le da pena regresar, aunque varias compañeras se las ha encontrado en la calle o en el mercado y le han dicho que regrese pero aún no se anima. Sólo ella y Don Eduardo mencionaron querer regresar en un futuro al GAM, Doña Mariana comenta que ahora que no llega al GAM se ha sentido más cansada y con sueño.

Dos mujeres fueron las que estando en el GAM comenzaron a modificar su alimentación y a pesar de que ya no asisten aún siguen con la dieta, Doña Antonia ya no come nada que contenga azúcar ni refrescos, ha dejado de comer algunas cosas como pastas, queso, consume menos tortillas y pan; Doña Rafaela también ha dejado de consumir refrescos embotellados y el azúcar. Doña Mariana piensa que hacer dieta es muy

costoso pero sí ha incluido verduras a su alimentación y Don Eduardo comenta que su esposa no modificó la alimentación que le daba pues también ve la dieta como un gasto más pues se tiene que cocinar diferente para él y otra cosa para toda la familia así que no dejó de comer nada, sin embargo a partir de que comenzó el tratamiento con el médico maya, quién le dijo que tenía que hacer una dieta rigurosa, ahora sólo come frutas y verduras, nada de carne pues se la prohibieron, al igual que el pan, las tortillas y café; ahora sabe que la Coca-Cola es lo más malo que puede tomar una persona con diabetes pues tiene mucha azúcar, eso se lo dijo el médico maya.

> "Me he dado cuenta que lo que se come ahí sube la enfermedad, pero si usted está controlada a comer cositas sencillas no sube. A veces mi hijo me lleva a Teopisca, como carne pero me siento mal, pero a las tres horas se me pasa la resequedad de la boca. Porque a mi hijo le gusta mucho ir a comer a Teopisca y pues se me antoja, digo que me voy a desmandar un poquito y como pero sé que al rato me voy a sentir mal" (Rafaela, 2011).

En cuanto al ejercicio, dos de ellos ya no hacen nada, Doña Mariana debido al trabajo no le da tiempo de hacer ejercicio y Don Eduardo dejó de hacer ejercicio cuando se puso mal y desde ese momento ni siquiera podía caminar. Sin embargo, mencionan que se cuidan de otra forma; mientras que Doña Antonia y Doña Rafaela comentan que desde que dejaron el GAM acuden a un grupo donde hacen ejercicio, el "Club amigos de la tercera edad".[67]

Quienes mencionan tener alteraciones en la glucosa son Doña Antonia, Doña Mariana y Doña Rafaela, los motivos son distintos, Doña Antonia en una ocasión se le bajó la azúcar por tomar doble dosis de medicamento, se le bajó la azúcar a 30 mg/dl, estuvo inconsciente desde las seis de la tarde hasta las once de la noche; y se le subió a 255 mg/dl al enterarse de la muerte de su hijo. A Doña Mariana se le subió a 400 mg/dl, cuando vio a su marido en coma y se ha dado cuenta que cuando tiene nervios o preocupaciones también se le sube; a Doña Rafaela ya no se le ha subido tanto su azúcar pero comenta que cuando vivía con su esposo cada vez que se peleaban se le subía, ahora sólo se le sube cuando hace algún coraje en el mercado. Don Eduardo no menciona nada de alteraciones pero su nivel de glucosa siempre ha estado arriba de los 200 mg/dl.

> "Sí me siento mal, por eso trato de no enojarme, tal vez por eso ya aguanté mucho tiempo, porque todos los conocidos con los que más o menos comenzamos enfermos al mismo tiempo ya acabaron, mi hermano ya acabó también, debe uno de cuidarse, no enojarse, vivir la vida como Dios manda es fácil, es si así lo queremos. Como dicen muchos que con

[67] Acude todos los días de 4:30 a 6:00 pm, hacen una hora de ejercicio y media hora de manualidades, cada 20 de noviembre hacen una exposición de manualidades abajo del palacio de municipal. El grupo está integrado entre 20 a 30 personas, en éste no piden cooperación y celebran el cumpleaños de todos los integrantes y no sólo el de la presidenta como en el GAM; lo único malo es que no hay pláticas sobre la enfermedad ni doctores, eso sí hacen más ejercicios en éste que en el GAM.

> el espejo que quiere uno ver, porque nada se soluciona con enojarse o preocuparse, no se soluciona nada" (Eduardo, 2011).

Todos presentan complicaciones, la vista es la principal (Doña Antonia, Doña Mariana y Doña Rafaela[68]) aunque Doña Mariana comenta que a partir de que se pone insulina su vista ha mejorado; tanto Doña Antonia como Doña Rafaela se les han caído los dientes, aunque Doña Antonia no lo relaciona como una consecuencia de la diabetes sino por falta de calcio, a Doña Rafaela se le acaba de caer el puente que tenía pero le da miedo ir a arreglárselo porque piensa que se puede desangrar y morir. Don Eduardo piensa que tiene neuropatía diabética pues ya no sentía sus pies, trataba de caminar y se caía.

> "Yo creo que es la neuropatía diabética, le hablé al doctor José María y me dijo que ya no tenía remedio, que son complicaciones. Le dije que estaba bien pero ya me estoy recuperando, ocupé otro médico. Ya no (sentía), me caía y me golpeaba mis piernas y mi pecho; me puse a hacer unos trabajitos y con el soplete que soplo tubos me queme la pierna y no lo sentía porque creo que tengo la neuropatía que dicen que ya no se siente nada, pero ya estoy caminando" (Eduardo, 2011).

En este grupo, las dificultades y resistencias para continuar un tratamiento hacen referencia a medicamentos, a yerbas, a cambio de médico y de institución de salud. El principal motivo para dejar el medicamento alópata parcialmente ha sido por falta del mismo o para descansar un día a la semana debido a una molestia en otra parte del cuerpo; o incluso dejarlo definitivamente por no tener la eficacia esperada, o el caso de Don Eduardo que se resistió a la insulina. Los motivos por cambiar de médico alópata fueron por la mala relación con éste.

Los tés los toman sólo cuando se sienten mal, o los dejan de tomar porque no se sienten bien. El ejercicio lo han dejando de hacer por el trabajo o porque no sabían que era algo necesario. En relación a la dieta, no la han seguido porque la familia sigue comiendo lo mismo; o sólo la llevan a cabo cuando se siente ma. Otro aspecto que apareció en este grupo fue el hecho de que las altas o bajas de azúcar provocan un reajuste en la dosis de sus pastillas o de su alimentación.

[68] Doña Rafaela comenta que la diabetes le trajo más problemas con su esposo, pues una persona con diabetes ya no tiene relaciones sexuales pues todo su cuerpo se reseca, entonces eso a su esposo le enojaba y le daba más argumentos para salirse de la casa e ir con la otra mujer. Él siempre fue mujeriego, tiene tres hijos en Tapachula y otros en San Cristóbal; entonces como los problemas aumentaron y la relación ya no estaba bien ella decidió que se separaran. Sin embargo la separación no le afectó en lo absoluto pues dejó de hacer corajes, "cuando él se fue vi la gloria", le agradeció a Dios pues desde que él se fue comenzó a preocuparse más por su enfermedad y como ya no se enojaba eso le ayudo.

En este grupo se observó en dos casos el uso del glucómetro como medida de auto-monitoreo; y el hecho de que a pesar de haber abandonado el GAM recurrieron a otro grupo de autoayuda.

Los motivos para abandonar el GAM fueron principalmente la actitud del médico, la gravedad de la enfermedad, o por estar imposibilitada por una caída. Para todos, esto también fue motivo para dejar de acudir al centro de salud y buscar otra instancia para manejar la enfermedad, sea otra institución de salud, la automedicación; o un curandero.

3.5 NO GAM.

ANTECEDENTES.

Doña Alicia (54 años, casada y con cuatro hijos), Don Hugo (38 años, unión libre y sin hijos), Doña Isabel (47 años, casada y tiene cinco hijos) y Doña María (60 años, casada y con un hijo); todos son católicos, pero Doña María además está dentro de un grupo religioso llamado "San Martín"[69]. Todas las mujeres se dedican al hogar y Doña María además es rezadora, Don Hugo trabaja de chofer de camiones turísticos, por lo que no tiene un horario fijo.

Todos tenían derechohabiencia a alguna institución médica antes de la enfermedad, tres de ellos (Don Hugo, Doña Isabel y Doña María) tenían seguro popular y Doña Alicia estaba afiliada al IMSS por su esposo. La esposa de Don Hugo tenía el apoyo de Oportunidades pero él no quería afiliarse al seguro popular hasta que su esposa lo obligó, el apoyo económico se lo quitaron por no tener hijos pero el seguro popular no. Sólo tres de ellos tuvieron o tienen un familiar con diabetes, en el caso de Doña Alicia y Doña Isabel fue su mamá, y de Don Hugo fue su mamá y sus hermanas. Ni Don Hugo ni Doña María tenían conocimiento previo de la enfermedad, Doña Alicia sabía que la causa de la enfermedad era la herencia, que la insulina dejaba ciegos a quienes la utilizan, también conocía algunas yerbas que ayudaban a bajar los niveles de azúcar como el hinojo y la verbena; Doña Isabel sabía que la insulina es para aquellas personas muy graves y que hay

[69] Desde hace 2 años es parte de este grupo de reflexión, se reúnen todos los jueves de 6 de la tarde a 8 de la noche en los hogares de cada uno de los integrantes. En ese grupo alaban a Dios, leen la Biblia y reflexionan sobre diversos temas; este grupo apoya a sus integrantes cuando están enfermos pues hacen cooperaciones económicas para comprar una despensa, visitan al enfermo y le rezan. A ella sólo la han ido a visitar cuando se operó de la vista, llegaron a su casa a hacerle oraciones. También llegaron a verla un grupo de personas de Tierra Blanca, quienes forman parte de otro grupo de reflexión, ellos oraron en su casa; por todas las oraciones piensa que se recuperó pronto.

una posibilidad para curar la diabetes a través de la orinoterapia, aunque ella no lo ha intentado.

DIABETES EN SU VIDA.

> "De ninguna manera se puede terminar esta enfermedad, al contrario; los doctores, los psicólogos se cansan de hablarme, me dijo la psicóloga que fuera para platicar sobre las cosas, pero no con eso se va a solucionar el problema, el problema está en la persona, pueden venir mil personas a decirme de cosas pero si no me van a retirar la enfermedad que tengo, nadie me lo va a quitar, al contrario se va hundiendo más la enfermedad y la persona, como va el tiempo y los años se va uno acabando" (Alicia, 2011).

Tiene 54 años, nació en San Cristóbal de Las Casas. Estudió hasta el segundo año de primaria pues ya no quiso seguir estudiando. A la edad de 16 años comenzó a trabajar de sirvienta y dejó de trabajar cuando su hijo más pequeño comenzó a estudiar la primaria, así que ahora se dedica sólo al hogar.

Se casó a los 20 años de edad y tiene cuatro hijos: dos casados y dos solteros. Actualmente vive con su esposo y los dos hijos solteros, un casado está en las mañanas en su casa porque ahí tiene un negocio. Su esposo trabaja como chofer en SEDESOL, con ese sueldo y un poco de apoyo que le da uno de sus hijos apenas cubre todos los gastos de la casa porque también mantienen a un hijo que ya es casado pero que su esposa no lo atiende pero él no apoya económicamente a doña Alicia. Comenta que su marido y dos de sus hijos son alcohólicos y eso hace que se reduzca el dinero que le llega. Es católica y va a misa todos los domingos, aunque cree en todos los santos le tiene mucha devoción a la virgen de Juquila y a la Divina Providencia.

Tiene derecho al IMSS desde hace 30 años debido al trabajo de su esposo, sin embargo no acudía regularmente sólo llevaba a vacunar a sus hijos. Tiempo después, ya desarrollada la enfermedad, le quitaron el derecho, ella piensa que porque no lo utilizaban. No le gustaba utilizar médicos pues prefería curarse en casa pues no había tenido enfermedades graves. Su mamá comenzó con la diabetes antes que ella, a veces tiene la glucosa un poco alta, toma yerbas para controlar los niveles de azúcar como el hinojo y la verbena. Había escuchado que la diabetes da por herencia, que la insulina era mala porque deja ciega a la gente, por su mamá veía que las yerbas de hinojo y verbena también son buenas para la diabetes, pues siempre ha tomado tecitos para bajar sus niveles de glucosa.

Hace 10 años comenzó a tener dolor de cabeza y muchas ganas de orinar pero no sabía el motivo y tampoco hizo algo para aliviarlos. Un día, después de cuatro meses, llegó a la escuela de su hijo cuando una señora le preguntó que qué le había pasado porque estaba pálida, al escuchar lo que la señora le dijo inmediatamente relacionó su dolor de cabeza con diabetes. Regresó a su casa y para comprobarlo tomó una pastilla de Glibenclamida, de la que su esposo tomaba, al tomarla sintió mucho alivio, instantáneamente dejó de ir al baño. Al otro día fue al IMSS para decirle al doctor lo que había pasado y que ella tenía diabetes, le ordenó hacerse unos análisis y efectivamente su glucosa estaba en 300 mg/dl, el médico le diagnosticó diabetes. No le sorprendió el diagnóstico pues ella ya lo presentía; está segura que le dio diabetes por todos los corajes que le ha hecho pasar uno de sus hijos que toma mucho alcohol, pero le echa la culpa a un cólico que tuvo días antes de sentirse mal, pues vio que su esposo iba a matar a su propio hijo al quererle pegar, pero su hijo se hizo a un lado, su sangre ya no pudo aguantar más corajes y por eso le dio diabetes; aunque le dijeron que es hereditario y su mamá tuvo diabetes no cree

que sea así pues su hermana no tiene diabetes, así que según doña Alicia no puede ser hereditario.

Los problemas están todos los días en su vida, "el alcohol desbarató todo", entonces eso le ha perjudicado su salud, pues su azúcar sube por tantos cólicos y problemas que tiene día a día. Si sus hijos ven que su esposo está tomando pues también se ponen a tomar, entonces como son sus hijos, pues tengan o no esposa aún siguen siendo su responsabilidad. Las esposas se quejan con ella, le hablan por teléfono para decirle que su hijo ya le pegó o que está borracho y anda haciendo desastre, así que rápido va a casa de su hijo pero ya va temblando de coraje, su esposo ni caso hace pues él se ahoga en el alcohol y ni pena tiene de las cosas que pasan con los hijos, cada vez que tienen un problema grave su esposo se pone a tomar y no hace nada. Su esposo también tiene azúcar pero no se cuida, al contrario el alcohol aumenta su enfermedad.

En el seguro social comenzó su tratamiento con pastillas, estuvo por un tiempo ahí pero les quitaron la derechohabiencia hace 13 años así que dejó de ir al IMSS. En ese momento una vecina le habló del centro de salud, le dijo que fuera para que no gastara en medicamento, así que fue al centro de salud, donde pasaba a consulta con la Dra. Melvis, estuvo durante dos años con ella pero como no pudo nivelarse la glucosa le dijo que la iba a mandar con la más enojona que era la doctora Andrade. No le gustaba como la trataba la Dra. Andrade pues tiene un mal carácter y la regañaba cada vez que salía alta en los análisis y por eso más de capricho lo hacía en no cuidarse para que salieran altos. La Dra. Andrade la mandó al hospital regional con el doctor Dasa, pues le dijo que él podía establecerla; él le hablo de la insulina pero ella no quiso ponérsela así que la regresó nuevamente al centro de salud, fue cuando escucho hablar del GAM pero supo que sólo eran ejercicios de baile pero no fue porque no habían quién la acompañara además de que le quedaba muy lejos de casa.

Cuando estaba en el centro de salud una comadre la llevó a Oxchuc para que fuera a ver a un señor que da yerbas y que cura la diabetes, fue y dice que le destaparon una cosa como caña, de donde extrajeron líquido como leche y se la dieron a tomar, con eso supuestamente le iba a quitar la diabetes pero eso no sucedió, desde antes no creía en las yerbas y con eso menos.

Después de unos meses la doctora Andrade la pasó a la UNEME donde estuvo durante un año, hacía ejercicio, recibía pláticas con psicólogos y pláticas sobre cómo medir su comida (los frijoles, el arroz, la sopa, la carne (todas menos el puerco), pero no está de acuerdo con las pláticas porque dice que no necesita de esas cosas sino algo que le remedie los problemas que tiene, como la diabetes. Ahí, el doctor le cambió de pastillas a insulina explicándole que era la mejor opción en comparación a las pastillas pues la dosis es baja, el cambio de la pastilla a la insulina no lo pensó mucho pues ya tenía semanas que dejó de tomar las pastillas pues sentía que no le hacían efecto, así que cuando el doctor le comentó de la insulina aceptó inmediatamente. Pero a los pocos meses de utilizar insulina le bajó la azúcar hasta 70 mg/dl, así que el doctor le quitó la insulina y la volvió a dejar con las pastillas, le recomendó que siempre anduviera un dulce en su bolsa para que se lo comiera cuando sintiera que estaba baja. Antes de terminar el año en la UNEME le volvieron a dar de alta en el IMSS así que al término del año cuando debió regresar al centro de salud decidió ir al seguro social.

En el IMSS pasa a consulta con el Dr. Luna, pero a veces le cambian de médico pues una vez pasó con una doctora y luego con un médico nuevo que no sabía cómo dar las recetas. Hace unos días vio que también en el seguro social dan pláticas sobre los alimentos pero no sabe cada cuando son las pláticas por eso no ha acudido. Aún conserva su seguro popular por si algún día le vuelven a dar de baja en el IMSS, pues comenta que es el mismo medicamento bajo que le dan en ambas instituciones. A pesar de que acude al IMSS cada mes cuando se siente mal va a ver al doctor de la UNEME, a finales del 2011 él le recomendó que regresara a la insulina pues en el último análisis salió con 200 mg/dl pero en el seguro social no le

quieren dar, así que ahora se está aplicando la que le quedó cuando salió de la UNEME, se pone 15 ó 16 unidades en la mañana y en la noche, pero si en los análisis sale bien sólo se pone una vez en el día. No le dice al médico del seguro que se pone insulina, él le receta pastillas pero no las toma, el dijo que si en este mes salían altos sus niveles de glucosa sí le iba a recetar insulina. Lo que toma también es el té de hinojo y de verbena, que son hierbas amargas y le ayudan a bajar la glucosa cuando se siente mal, se las recomendó una cuñada que también tiene diabetes.

Doña Alicia piensa que nunca se va a nivelar su azúcar, aunque los doctores y psicólogos se cansen hablándole eso no soluciona sus problemas, nadie le va a quitar la enfermedad. Cree que si no tuviera tantos problemas estaría mejor con su enfermedad, pues "parece que estoy comiendo zacate cuando mi marido viene bolo", o cuando su hijo le pega a su nuera o a su papá o al otro hermano. También son muy frecuentes las malas noticias, pues hay ocasiones en que la gente le llega a decir que a uno de sus hijos ya lo mataron por estar tomando o que murió en un accidente, todas estas "habladurías" hacen que se le suba la azúcar.

Un día su hijo llegó borracho a casa de doña Alicia y los quiso matar pues agarró unas piedras y las aventó al cilindro de gas, le quiso poner fuego para que explotara pero no pudo, ellos estaban en la planta alta pero no podían bajar, su hijo estaba como loco gritando que los quería matar a todos; el otro hijo agarró un ladrillo y se lo aventó a la cabeza de su hermano y cayó, en ese momento aprovecharon para bajar, agarrarlo y amarrarlo, le hablaron a la policía pero como estaba lastimado no se lo llevó, después llegó la cruz roja pero él no se quiso curar y se escapó. Doña Alicia ha tenido muchas amarguras por sus hijos que toman, sobre todo él, pues ha tenido muchas mujeres y a todas las ha tratado mal, pero no le pueden reclamar porque siempre anda tomado. El otro hijo ya se separó de la esposa pues ella se fue porque él le pegaba. Con todos esos problemas a doña Alicia se le hinchan los pies, anda con dolores de cabeza, con la boca reseca, el día menos pensado surge un problema y se le vuelve a subir. Su esposo es otra fuente de corajes para ella pues cuando está tomado llega a maltratarla, la corre de su casa.

Nunca descansa pues siempre tiene que estar pendiente de todos sus hijos y de su esposo, pues de repente están todos en su casa pues ya pelearon con la esposa y se refugian en su casa, así que tiene que hacer comida para todos, lavarles la ropa, lavar trastes y todo lo hace ella sola pues no tiene quién le ayude. Le dice a sus hijos que por lo menos los sábados ellos limpien los baños y los cuartos pero no lo hacen, sólo el más pequeño cuando está de buenas hace aseo de la casa.

Piensa que aún vive por dos de sus hijos que no toman ni fuman, ellos están pendientes de ella, la llevan al médico cuando se enferma, las esposas de ellos también la apoyan cuando está enferma pues llegan a ayudarle con los quehaceres de la casa. Su esposo no se preocupa por ella, siempre la anda regañando y peleando con ella, dice que no está enferma pues no ve que esté acostada y tomando pastillas a cada rato. Así que trata de no hacerle caso, de no hacerlo enojar, cuando está borracho mejor se queda callada y se va a su cuarto.

Hace un año su hijo mayor tuvo un accidente por andar tomado, así que ella tuvo que hacer un préstamo en la caja de ahorro de Don Bosco por 15 mil pesos así que quincenalmente tiene que pagar más de mil pesos y si se pasa de la fecha de pago le cobran intereses y aún debe 13 mil pesos. Ésa es una presión muy grande que tiene doña Alicia pues ninguno de sus hijos la apoya para pagar esa deuda así que se la pasa todo el día pensando cómo hacerle para pagar la deuda, eso también siente que le perjudica a su enfermedad pues no está tranquila.

Su azúcar siempre está en 220, 230 mg/dl, pero a partir de que le ponen insulina se siente mejor aunque los problemas son los que hacen que no pueda estar completamente estable. Su esposo le ha conseguido un remedio para el cólico, lo compró en la farmacia naturista que está pegada a la tienda de mayoreo en el mercado Castillo Tielmans, con ese se ha sentido mejor pues siempre que se siente mal por los corajes se toma un poquito de ese remedio y ya no siente los mareos, ni dolores de cabeza que sentía antes. Ella se toma el remedio pues dice que los

doctores no entienden qué son los corajes, "yo quisiera explicarle al doctor si algún día se ha enojado ¿qué siente?, es lo mismo que siento yo". Cuando tiene la azúcar alta se le duermen las manos, le duele todo el cuerpo, no puede levantar los brazos, ni hacer fuerza, no puede dormir por las noches, pero con el remedio le disminuyen.

Sobre las complicaciones, comenta que la vista le ha disminuido bastante pues casi no ve pero de repente sí ve, así que piensa que es por la azúcar pues cuando la tiene alta ve borroso pero cuando está bien de la azúcar ve normal. También le echa la culpa a la alimentación pues cuando se desmanda se siente mal, le duele la cabeza, los pies y las manos, pero afirma que ella no puede hacer dieta pues no puede comer las verduras. Tiene algunos años que se le cayeron los dientes, ahora usa placa; tiene altos los triglicéridos y el colesterol.

A todos los médicos que ha acudido le han recomendado que haga dieta, que coma más verduras pero ella les dice que no puede comer verduras pues lo ha intentado pero al comerlas le duele el estómago. El doctor de la UNEME le dijo que no consumiera muchas grasas pero de repente se desmanda pues las comidas hervidas no le gustan, sólo de pensar en que no puede comer de todo se enferma más, a veces se le olvida y come de todo lo que hay en su casa. Un día normal, al despertar come la clara de un huevo con tomate hervido y frijoles de la olla; en la comida come arroz o sopa (con medida), con frijoles y un pedazo de carne, ahí come un poquito de verdura si tiene; en la cena toma un vaso de café con una tortilla adentro, dos dobladitas de queso pues le da mucha hambre por las noches. Ha bajado de peso pero piensa que no es por la comida sino por los problemas que tiene. El doctor del seguro social le ha recomendado que tome mucha agua, que no coma pan ni cosas con dulce o harina, y lo entiende pero el problema de ella es que si lo ve se le antoja y lo come, lo que no puede dejar de comer es el pan y por eso no baja ni su azúcar ni su colesterol. Lo que sí ha quitado de su dieta son los refrescos embotellados, la azúcar, la sal, el chorizo y la longaniza.

Respecto a la dieta, comenta que tampoco puede hacerla pues para poder comprar las cosas que debiera de comer tendría que gastar mucho dinero y ahora están escasos de dinero, está consciente de que si no hace la dieta se enferma más y eso también es un gasto económico pero piensa que eso no va a suceder pues sí trata de comer menos. Pero también se pone a pensar que aunque se cuide en su alimentación su azúcar nunca va a bajar por tantos problemas que tiene. En cuestión de los ejercicios, cuando dejó de ir a la UNEME sus hijos le compraron un aparato para que hiciera ejercicio pero intentó hacerlo y no puede pues le duelen mucho las piernas.

Piensa que aún vive pues nunca ha dejado de ir con yerberos, ella acude más con yerberos que con médicos, no le gusta ir con los doctores pero sólo por necesidad de los análisis es que va. Desde hace un año acude con Mariano, un yerbero que su hijo le recomendó, vive en Nachig (Zinacantán), él le dijo que es muy complicado lo que tiene pues tiene mucha azúcar en la sangre. Él la ayuda pidiéndole a Dios, no le da ni medicamentos ni yerbas sólo reza, "no ramea, sólo habla con Dios y le pide por las personas"; cuando se siente mal, agotada o cansada va a verlo y después de que pasa con él regresa se siente más tranquila, le dejan de doler los pies y camina más. "Yo vivo por eso porque si fuera por el doctor ya me hubiera muerto", pues comenta que el doctor sólo le da las pastillas y piensa que con sólo eso se puede uno curar pero no es así. También acudió hace seis meses con otro yerbero que se llama Victorio, vive en la colonia primero de enero y atiende en el museo de medicina maya, él cura con velas y yerbas, ha ido en seis ocasiones con él, le recomendó que se tomara una yerba en dos litros de agua pero lo hizo una vez y como no se sintió bien lo dejó de tomar, pero aún así continúa yendo con él cuando se siente mal.

Los días que tiene tiempo libre son los sábados y los domingos, cuando aprovecha a salir a caminar o a trabajar en el terreno de uno de sus hijos, llega a "mover el cuerpo"; trata de salir de su casa pues así se olvida de las enfermedades. Hay días que se siente muy cansada y enferma así que pide ayuda para que la

levanten pero cuando se siente bien ella solita hace sus cosas. La enfermedad le ha afectado pues siempre está pensando si encontrará el remedio para todos sus malestares, cuando toman sus hijos comienza a sentirse mal y emocionalmente le afecta pues quisiera desaparecer o morirse, pero después reflexiona y no hace nada pues al final de cuentas son sus hijos y ella tiene que ver por ellos.

Desde que supo que tenía diabetes siente que ya no es la misma persona, pues dejó de comer muchas cosas. Piensa que ella no se puede curar de la azúcar por todos los problemas que tiene, sí ha escuchado de personas que se curan pero ella piensa que tal vez esas personas no tienen tantos problemas como ella; aunque los médicos le han dicho que se puede estabilizar su azúcar ella no ha podido, si tan sólo dejara de tener problemas quizá con eso sí pudiera sentirse mejor, aunque también lo ve difícil pues piensa que por la edad que tiene ya no se van a restablecer sus niveles de glucosa.

TRAYECTORIAS DE LA ENFERMEDAD.

Todos tuvieron síntomas de la enfermedad pero ninguno los relacionó con la diabetes. El cansancio fue sentido por Don Hugo, Doña Isabel y Doña María; a Doña Alicia le dio dolor de cabeza y muchas ganas de orinar, Don Hugo comenzó a bajar de peso y Doña Isabel se le secaba lo boca. Sólo Doña Alicia tuvo un diagnóstico previo al médico, pues un día llegó a la escuela de su hijo cuando una señora le preguntó sobre qué le había pasado porque estaba pálida, al escuchar lo que la señora le dijo inmediatamente relacionó su dolor de cabeza con diabetes. Regresó a su casa y para comprobarlo tomó una pastilla de Glibenclamida, de la que su esposo tomaba, al tomarla sintió mucho alivio, instantáneamente dejó de ir al baño.

Sólo dos tuvieron su diagnóstico en el centro de salud (Don Hugo y Doña Isabel), pues a Doña Alicia se lo dijeron en el IMSS y Doña María acudió a la clínica particular Esquipulas. Al saber el diagnóstico, dos de ellos recordaron la enfermedad de su madre, Don Hugo se puso triste y Doña Isabel lo tomó con tranquilidad; a Doña Alicia no le sorprendió pues ya lo presentía y Doña María se puso a llorar porque ya no iba a poder comer de todo y eso hizo que le atacaron los niervos.

Tres de ellos mencionan al coraje como causante de la enfermedad, Doña Alicia ha hecho mucho coraje con su esposo y uno de sus hijos que son alcohólicos y días antes de que comenzara a sentirse mal tuvieron una pelea fuerte entre ellos; Doña Isabel se peleó con su cuñada pues inventó algunos chismes sobre ella en relación a que se creía mucho por tener dinero y quiso agarrarse a golpes con ella pero su hermana, sus sobrinas y su mamá agarraron a Doña Isabel para que no hiciera nada, entonces no desquitó su coraje pues se quedó temblando; a los ocho días comenzó a sentirse mal; y Doña María le echa la culpa a todos los corajes que hizo con su esposo, además de la mala alimentación que

llevaba. Don Hugo cree que fue por varios sustos producto de varios choques automovilísticos, además de que es una enfermedad hereditaria; al respecto de la herencia, aunque el médico se los dijo, ni Doña Alicia ni Doña Isabel creen que sea una enfermedad hereditaria, Doña Alicia no cree que sea por herencia pues aunque su mamá sí tuvo su hermana no lo tiene y Doña Isabel tampoco lo cree.

> "Porque la azúcar me desarrolló por un mi hijo que toma mucho, que de tanto no pude aguantar, fue una cosa de un cólico y susto porque vi que su papá lo iba a matar, porque le iba a pegar pero mi hijo se hizo a un lado sino qué hubiera pasado. Cuando vine a ver en el mes de enero ya estaba con azúcar, ya no pude aguantar más, me dio la azúcar" (Alicia, 2011).

La trayectoria más larga en este grupo es de Doña Alicia (IMSS, centro de salud + curandero, Hospital regional, UNEME, centro de salud + autoatención [automedicación], IMSS+ UNEME + curandero + autoatención [hierbas]), al inicio de su enfermedad tenía derecho al IMSS después lo perdió (no sabe por qué) y desde hace unos meses volvió a ser derechohabiente a la misma institución y fue el motivo por el cual dejó el centro de salud (justo después de la entrevista), es la única de los cuatro que ha utilizado un yerbero, a partir de que llegó al centro de salud, los traslados tanto al hospital regional como a la UNEME (donde le comenzaron a dar insulina) fueron dados por su médico de consulta; a pesar de que acude al IMSS cada mes cuando se siente mal va a ver al doctor de la UNEME pues es ahí donde le dan insulina. Aún utiliza la medicina de Mariano, un curandero de Nachig, cuando se siente mal, agotada o cansada va a verlo y después de que pasa con él regresa se siente más tranquila, le dejan de doler los pies y camina más; también acudió hace seis meses con otro yerbero que se llama Victorio, quien vive en la colonia primero de enero y atiende en el museo de medicina maya, él cura con velas y yerbas. Doña Alicia ha ido en seis ocasiones con él.

> "Yo creo que por eso vivo porque no me han dejado mis hijos, yo más ocupo yerberos que doctor, no me gusta ir al doctor sólo por la necesidad de los análisis y a ver cómo van las enfermedades. Voy con un yerbero, él dice que es muy complicado lo que tengo, al parecer es mucha azúcar alterada pero que está complicado; ya lo acepté y así estoy. Yo vivo por eso porque si fuera por el doctor ya me hubiera muerto" (Alicia, 2011).

Don Hugo, Doña Isabel y Doña María han tenido el mismo número de opciones aunque no han sido las mismas; Don Hugo (centro de salud, hospital de las culturas + autoatención [hierbas]) y Doña Isabel (Clínica de campo, centro de salud), en ambos casos el cambio no se ha dado porque ellos así lo hayan decidido, en el caso de Don Hugo su médico de consulta lo transfirió al hospital regional con el Dr. Dasa para que lo pudiera

atender mejor pues no ha podido bajar de peso, mientras que a Doña Isabel el programa Oportunidades la cambió al centro de salud. A pesar de que Doña María (médico particular, CEDEM, centro de salud) comenzó con un médico particular, el cambio del CEDEM al centro de salud fue por el mismo motivo que Doña Isabel. Doña Alicia y Don Hugo han tomado yerbas para ayudar a bajar sus niveles de azúcar, como la hoja de níspero, el mesté y el hinojo, los demás no toman nada porque no les gusta tomar yerbas amargas.

> "No, no me gusta, llego a casa de mi mamá y me da un vasito de té pero no lo tomo todo. Por eso digo que mi mamá por eso ha durado bastante porque siempre toma sus hierbas amargas, ella se toma vasos de té, licuados de nopales pero yo no, soy terca" (Isabel, 2011).

Únicamente Doña Alicia y Doña Isabel han escuchado del GAM, aunque no conocen el nombre pues sólo saben que es un grupo de personas que se reúnen a hacer ejercicio, a Doña Isabel su médico le ha dicho que vaya pero ella no puede ir pues el trabajo no le permite llegar al centro de salud tanto tiempo en la semana, sin embargo ha asistido a algunas pláticas que otorga el programa Oportunidades sobre la diabetes; Doña Alicia se enteró pero no ha ido porque además de que no hay quién la acompañe le queda muy lejos.

> "Porque en el centro de salud llegan las viejitas a hacer ejercicio (GAM) pero yo no puedo ir porque no tiene uno dinero, porque si dejo tirado mi negocio y me voy a hacer mis ejercicios pues con qué vamos a comer. Sí, pero no puedo por lo mismo del negocio, si mi marido me diera mi quincena y yo no trabajara pues sí me fuera al grupo. Si no trabajo no comemos" (Isabel, 2011).

Ninguno ha modificado su alimentación, aunque los médicos les hayan dicho que es una de las cosas para disminuir la azúcar, todos continúan consumiendo azúcar, refrescos embotellados (a excepción de Doña María), tortillas, carnes rojas y casi nada de verduras. Los motivos para no hacer el cambio principalmente es lo económico, pues tanto Doña Alicia como Doña María argumentan que para poder hacer la dieta que le dice el médico necesitarían mucho dinero para comprar todas las cosas y además hacer otra comida para la familia; otro argumento es el no poder dejar de consumir algunos productos como la Coca-Cola (Don Hugo), las tortillas y el pan (Doña María); Doña Alicia comenta que no puede comer nada de verduras porque le hacen mal, tanto Doña Isabel como Doña María comentan que si hacen la dieta podían morir o tener otra enfermedad porque les prohíben de todo.

> "Sí me han dado (dieta) en el centro de salud pero no lo he respetado, nunca lo he respetado porque la dieta nos va a matar porque imagínese que me quita todo el pan, la tortilla dicen que sólo coma una o la mitad de una" (Isabel, 2011).

> "No, pero le digo que va en la comida que no está normal, lo que debemos de comer no es normal, debemos de comer lo que es, bajará la azúcar con la dieta pero mis problemas que tengo subirán de nuevo y entonces ya no baja" (Alicia, 2011).

Doña Alicia, Doña Isabel y Doña María tratan de hacer un poco de ejercicio, aunque sea el ir caminando al mercado, o hacer sus mandados a pie, ninguna de ellas ha dejado de hacer los quehaceres de la casa, Doña Alicia es la única que tiene un aparato para hacer ejercicio, que le compraron sus hijos. Don Hugo es el único que no hace ningún ejercicio, pues argumenta que en el trabajo sólo se la pasa sentado y cuando está en su casa sólo quiere descansar. En relación a otro tipo de cuidado, Doña Alicia menciona que está tomando un jarabe para el cólico, para que con eso no se le suba tanto su azúcar y Doña María menciona que su grupo religioso le ha ayudado a no ser tan enojona, a no pelear a cada rato con su esposo, pues todo eso hacía que se le subiera su azúcar.

> "Es bonito porque ahí reflexiona uno bastante, el señor nos da un corazón bueno y fuerza. Como antes mi esposo buscó otra mujer y ahí tenía problemas en mi casa y peleaba diario a cada rato, pero ahorita gracias a Dios nuestro Señor que me ha dado fuerzas porque ahora puedo escuchar que me dice que tiene un hijo con la otra mujer y ya no me cae mal, digo yo que pobre niño no tiene la culpa, ya no me altero, ya no digo nada. Me platican que ven a la otra mujer en el negocio de mi marido, pues digo que Dios los bendiga y así voy con la fuerza del Señor, esa fuerza me ha dado bendito Dios, ahorita con la bendición de Dios estoy bien. Ahora ya no lo maltrato pero antes era un pleito a cada rato; la palabra de Dios nos habla de que si somos puros gritos en la casa no tenemos la luz de Cristo pero si nosotros no peleamos ahí está la luz de Cristo en la casa, nos ayuda esa luz, así que si vivimos peleando pues vivimos en tinieblas. Ahora me probó con esta enfermedad, le doy gracias al señor y le digo: Gracias señor que me estás probando con la enfermedad porque más me acuerdo de ti. Le pido con todas mis fuerzas y con todo mi corazón que me cuide y ahí voy" (María, 2011).

Las tres mujeres relacionan las alteraciones de la glucosa con problemas familiares, como el hijo alcohólico (Doña Alicia), los problemas con el esposo (Doña María) o preocupaciones por el trabajo y el dinero (Doña Isabel), Doña Alicia y Don Hugo relaciona las subidas de azúcar con la mala alimentación que llevan, pues Don Hugo siempre anda viajando y come lo que encuentra. Comentan que la glucosa no puede bajar de 170 mg/dl en todos los casos, aunque tomen sus pastillas a excepción de Doña Isabel que hay días en que se le olvida y no se toma la pastilla.

> "Claro que los doctores no entienden cuál es el coraje, yo quisiera explicarle al doctor si algún día se ha enojado ¿qué siente?, es lo mismo que siento yo. Cuando mi hijo hace esas cosas yo me pongo muy mal: me siento mal, me siento adolorida, la azúcar se sube porque me duele todo mi cuerpo, se engarrotan mis manos, ya no puedo hacer nada, mi mano izquierda la tengo afectada porque no la puedo levantar bien, no puedo levantar cosas, hacer fuerza, en la noche no puedo dormir, mi pie derecho tiene tres años que empezó a

> dolerme y no se me quita, (…) Se siente ya la enfermedad, cuando sube y cuando baja, ya está uno acostumbrada. Hay varias maneras de controlarla pero en mi caso no he podido. En la cuestión de que bajaran los problemas un poco, tomar algunas yerbas, pero para mí es difícil porque no lo puedo controlar con nada, sólo cuando tomo el remedio para el cólico me siento bien. Si no hubiera esa clase de problemas que tengo tal vez estuviera más controlada o bien controlada porque parece que estoy comiendo zacate cuando mi marido ya viene bolo, que mi hijo ya le está pegando a la mujer o ya vino a pegarle a su papá o a su hermano, no sólo eso sino más problemas duros. Ahora es un grave problema porque no me puedo controlar, el día menos pensado que estoy tranquila surge un problema de mi hijo" (Alicia, 2011).

Todos presentan por lo menos una complicación, las más recurrentes son la vista (Doña Alicia, Doña Isabel y Doña María, aunque ni Doña María ni Doña Isabel creen que sea consecuencia de la diabetes), la caída de dientes (Doña Alicia, Doña Isabel y Doña María aunque ella piensa que no es por la diabetes pues se le comenzaron a caer desde que era pequeña), infección en las vías urinarias (Doña María), problemas en los riñones (Doña Isabel). Don Hugo afirma que no ha tenido ninguna complicación a excepción de una enfermedad muy fuerte que tuvo hace dos años: tuberculosis[70].

> "Muy de repente veo estrellas muy feo, claro que la aguja para meter y ensartar el hilo no lo veo bien, hay veces que veo clarito y veces que no veo bien (…) Sí (se me han caído los dientes), bueno porque no me los he arreglado pero que tengo la paga me los voy a arreglar. Arriba tengo placa sólo los de abajo son míos" (Isabel, 2011).

Las dificultades que han tenido los integrantes de este grupo para llevar a cabo el tratamiento biomédico han sido por el cambio de médico alópata, problemas con el medicamento, en la dieta y el ejercicio. El abandono de un médico ha sido por sentirse bien o por malos tratos recibidos por parte del médico. El dejar de tomar los medicamentos alópatas definitivamente ha sido porque no han tenido la eficacia esperada o no poder tomarlos por el tamaño; y temporalmente, por aburrimiento.

En dos casos se observó un ajuste en la dosis del medicamento alópata, los cuales dependen de la cantidad de glucosa que tengan o por aburrimiento. Doña Alicia se resiste a tomar los medicamentos que le dan en el IMSS pues prefiere ponerse insulina tal y como lo hacía en la UNEME pues se siente mejor.

---

[70] Comenzó con una tos muy fuerte que no se le quitaba, tenía fiebre, sudaba y se sentía muy cansado, su esposa lo llevó al centro de salud pero le dijeron que sólo era catarro pero esa misma noche se puso peor pues se le subió la fiebre por lo que su esposa lo llevó al hospital de las culturas y habló con el Dr. Dasa, quien le mandó a hacerse diversos estudios particulares y él le dijo que tenía tuberculosis, pero era curable. Le dieron tratamiento por un año, al igual que a sus hijos pero no a su esposa (nunca supo por qué a ella no), tomaba dos pastillas con un vaso de leche todos los días por la noche, al finalizar el año de tratamiento la mandaron con una especialista a la clínica de campo, la Dra. Cande, donde le volvieron a hacer estudios y ella firmó un documento donde decía que ya no tenía tuberculosis.

La dieta no puede ser llevada principalmente por trabajo; porque se les dificulta cambiar su tipo de alimentación; o porque piensan que hacer la dieta los puede matar por no comer bien. El ejercicio no lo realizan porque no le gusta o porque no tiene tiempo.

3.6 COMPARACIÓN.

Las mayoría de las personas que han participado en el GAM en algún momento (Q1, Q2, No Q y GAM Pasivos) tienen una edad promedio entre los 53 y 65 años, son personas que no tienen hijos que dependan económicamente de ellos, la mayoría son personas viudas o separadas; la actividad económica que realizan, si la hay, es para sus propios gastos. En comparación a los integrantes de No GAM que están en una edad promedio de 49 años, todos casados y algunos con hijos que dependen económicamente de ellos. Todo lo cual influye en el ingreso o no a un grupo como el GAM que exige la asistencia de dos días a la semana con un total de 4 horas, pues el grupo No GAM comenta que no pueden asistir al GAM porque son ellos el principal sustento económico de la familia (2 personas) o tienen que estar pendientes de sus hijos o los nietos (2 personas).

Entonces, además de interés por ir a un grupo como éste es necesario tener tiempo y un empleo que no obstaculice los horarios del grupo. El asistir al GAM obliga a las personas a asistir dos días a la semana en un total de 4 horas en la semana, aunque el horario es por la tarde aún hay personas que laboran doble turno o que tienen otras actividades familiares, como el cuidado de los hijos o nietos. Podrían ser pretextos o no (en el grupo No GAM hay dos personas que aún tienen hijos pequeños que dependen de ellos y aun así acuden al grupo), pero las personas que no acuden al GAM o que dejaron de asistir comentan que tienen otras actividades que les hace imposible asistir con esa frecuencia a un grupo como el GAM, algunos comentan que no pueden dejar una actividad como el trabajo remunerado por ir al GAM pues de eso depende el que su familia sobreviva.

Q1 y Q2 coinciden en que las trayectorias de la enfermedad de sus integrantes son más cortas que los demás grupos y que la mayoría ha utilizado además de la medicina particular y la autoatención sólo instituciones de la secretaría de salud, a excepción de las personas con derechohabiencia a otro tipo de institución médica (ISSSTE e ISSSTECH) a las cuales acudieron en un momento de la trayectoria pero no es la que utilizan actualmente sino que la ven como segunda opción si les faltan medicamentos. Los tres grupos restantes han utilizado más instancias en su trayectoria, por lo tanto, las trayectorias son más largas, a

excepción del grupo No GAM, donde a pesar de que ahí se ubica la trayectoria más larga de esta investigación, las tres personas restantes no han utilizado muchas instancias médicas. GAM pasivos y No GAM son los únicos en donde existe la utilización de curanderos, yerberos y espiritualistas; No Queens y No GAM han utilizado el servicio de la UNEME; Q1, Q2, No Queens y No GAM son quienes la mayoría de sus integrantes actualmente acuden al centro de salud. En el grupo GAM pasivos ninguno de ellos acude al centro de salud por el momento. En todos los grupos existe la presencia de la utilización de tés de yerbas que ayudan a la disminución de la azúcar en algún momento de la trayectoria de la enfermedad.

Todos los integrantes de Q1 acudieron a consultas en el centro de salud como consecuencia de acudir primero al GAM, es decir que el motivo de acudir al centro de salud fue el GAM; en los grupos Q2, No Queens y GAM pasivos la mitad de los integrantes también acudió a consultas al centro de salud después de ir al GAM, sin embargo ningún integrante del grupo No GAM supo de la existencia del mismo antes de acudir a consulta y sólo dos de ellas saben del GAM. La mayoría de los integrantes de Q1 y todos los de GAM pasivos únicamente acudieron a consulta con el doctor José María en el centro de salud, la mitad de los integrantes de Q2 ha pasado con dos o más médicos en el centro de salud incluyendo al Dr. José María, sólo dos personas de No GAM pasan a consultas con el doctor José María y ninguna persona del grupo No GAM pasa con el doctor José María. De los grupos que han acudido a consulta con el doctor José María, sólo GAM pasivos comenta inconformidades con la forma de tratar del médico, principalmente su mal carácter.

Los integrantes de Q1, Q2 y GAM pasivos llegaron por primera vez al grupo por recomendaciones de familiares, amigos y conocidos que ya formaban parte del grupo o que ya lo conocían, al igual que dos integrantes del grupo No Queens pues dos más ingresaron como obligación del programa Oportunidades. Todos los integrantes de Q1, Q2, No Queens y GAM pasivos comentan el gusto por todas las actividades realizadas como las pláticas, los ejercicios, las caminatas y las reuniones; pero sólo Q1, Q2 y No Queens mencionan mejorías en los niveles de glucosa y cambios en su alimentación a partir de la asistencia al grupo. Q1, Q2, No Queens y GAM pasivos también mencionan aspectos negativos del GAM, tales como el autoritarismo de la ex presidenta de la mesa directiva, la mala administración económica, la diferencia al celebrar únicamente el cumpleaños de la ex presidenta y del doctor, así como algunas diferencias por ser hombres, como el no poder sentarse en las sillas, el quedarse siempre afuera de la cabaña, así como el dar paso a las mujeres en las citas mensuales.

Los integrantes de Q1 y Q2 no saben el motivo exacto del porqué forman parte de estos grupos aunque sí tienen algunas sospechas, dos de los cuatro integrantes de Q1 comentan que han tenido que echarle más ganas al cuidado de su alimentación ahora que están en este grupo, mientras que en Q2 sólo una lo mencionó, pero dos afirman que los cambios ya los han venido haciendo desde antes de estar en el grupo y que los siguen manteniendo. No Queens no sabe el porqué y el para qué se formaron estos grupos y tampoco ven diferencias en el trato del médico o en las actividades que realizan normalmente. Todos los integrantes de GAM pasivos conocieron a estos grupos y las mujeres formaron parte de Q2 cuando aún llegaban al GAM.

Únicamente los integrantes de Q2 hablaron de un cambio en su pensamiento y en las prácticas en relación a la modificación de su alimentación y todos lo llevan a la práctica, la mitad de Q1 y GAM pasivos les ha costado un poco de trabajo cambiar sus hábitos alimenticios, pues aún siguen consumiendo algunas cosas que no deben, tales como grasas o refrescos embotellados; sólo una integrante No Queens ha puesto en práctica el cambio de alimentación pero ninguno de los integrantes de No GAM han podido llevar a cabo la dieta que les han recomendado hacer los médicos.

En cuanto a las actividades físicas, dos integrantes de los grupos Q1, GAM pasivos y No GAM tratan de caminar más y mover el cuerpo aunque sea en el hogar; sólo una integrante de Q2 y No Queens hacen más ejercicios afuera del grupo. Sólo algunos integrantes de los grupos Q1 y Q2 mencionaron tener otro tipo de cuidados como el llevar el control de los resultados de los análisis en una libreta, estar en otro grupo llamado "Persona activas en movimiento", el consumo de alimentos para personas con diabetes y el uso de zapatos y sandalias especiales.

Todos los grupos coinciden en que la causa principal de las alteraciones de la azúcar son las preocupaciones y problemas personales, pues se han dado cuenta de que después de hacer coraje, pelearse con el esposo, enojarse con los hijos, preocuparse por lo económico y/o la muerte de seres queridos se han sentido mal, se les ha subido la azúcar pero sólo algunos integrantes de No Queens y GAM pasivos han llegado a ser hospitalizados. Otros motivos que comentan Q2, No Q y No GAM es la mala alimentación y Queens pasivos y No GAM señalan la dosis excesiva del medicamento o el olvido de éste.

Todos los integrantes de Q1, Q2, GAM pasivos y No GAM presentan por lo menos una complicación de la enfermedad, la única que menciona no tener complicaciones es una integrante de No Queens, pero los tres restantes también tiene complicaciones, sin embargo Q1, Q2 y No Queens sólo mencionan disminución de la vista y caída de los dientes, mientras que los dos grupos restantes además de éstas presentan, en el caso de

GAM pasivos neuropatía y No GAM presenta caso de problemas en los riñones y tuberculosis.

Entonces, podemos afirmar que los elementos que dan cuenta de la importancia o no del GAM son aquellos que surgen después de la asistencia o no a éste, es decir, la dieta, el ejercicio, otro tipo de cuidados, las alteraciones y las complicaciones. Si tomamos en cuenta estos elementos y los comparamos en todos los grupos, teniendo en cuenta que no hay grupos excelentes y que dentro de cada grupo todas son personas con diferencias, se puede afirmar que el grupo que está mejor cuidado es Q2, seguido de Q1, No Queens, GAM pasivos y por último No GAM.

CAPÍTULO IV
"ANÁLISIS COMPARATIVO DEL VIVIR LA ENFERMEDAD."

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se analizará la información recabada en campo a partir de la división de los cinco grupos estudiados en el Centro de Salud "Los Pinos", retomando los aspectos relacionados con la vivencia de la enfermedad; el análisis se dividirá en dos partes, en la primera se compararán los elementos señalados en el capítulo anterior como importantes a partir de la asistencia al centro de salud y/o al GAM, es decir: Los cuidados (dieta, ejercicio y de otro tipo), tomando en consideración los elementos planteados por Fitzpatrick (1990) en relación a la experiencia de la enfermedad, resaltándose aquellos que resultaron importantes para las personas entrevistadas, tales como la relación médico-paciente, el apego a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, la autoatención, la satisfacción con el servicio médico que presta el centro de salud así como la búsqueda de otras alternativas.

En la segunda parte del capítulo se darán a conocer las consideraciones finales, partiendo de las hipótesis iniciales y finalizando con la posición frente a la estrategia de los Grupos de Ayuda Mutua, en especial el GAM "Los Pinos".

4.1 VIVIENDO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Retomando las características descritas en el capítulo anterior y recordando que la comparación de la manera de vivir con la enfermedad en los cinco grupos se hará a partir de la llegada al centro de salud y/o al GAM, pues éste es el principal elemento a tratar, primeramente se consideran los elementos que Fitzpatrick ha mencionado como: la consulta médica, la relación médico-paciente, el apego a los tratamientos, la satisfacción de la atención médica alópata y el uso de otras alternativas.

En lo que corresponde a la consulta médica, el aspecto de la aptitud social es el principal elemento que los enfermos mencionan. Entre los integrantes de los tres grupos que actualmente son atendidos por el doctor José María, encargado del GAM, se habla de

que la relación con el médico es amena, de confianza y amigable, señalan que escucha no sólo las aspectos de la enfermedad sino también cuando tienen problemas personales, esto hace que ellos se sientan bien al momento de la consulta y abiertos a hablar de su enfermedad. Aunque hay personas en estos tres grupos que señalan que médico tiene carácter fuerte, pero ninguna lo ve como algo ofensivo.

La exigencia que se hace a los pacientes, a su vez fue percibida por algunas personas del grupo GAM Pasivos como algo negativo, incluso llegó a ser el motivo principal para el abandono del tratamiento y del GAM. Otras personas de este mismo grupo, no lo ven así pero tampoco hablan "maravillas de él", como sucede en los tres grupos anteriores, es decir que tienen una opinión neutral al respecto. El último grupo no tiene relación con el doctor José María, por lo que sus comentarios refieren a otros médicos tanto dentro como fuera del centro de salud, tomando nota de todas las acciones que realizan, desde cómo dan las recetas, revisan al enfermo y les hablan, coincidiendo en que la actitud prepotente de cualquier médico es el principal motivo para dejar de asistir a consulta.

En este sentido, concluyo que una buena relación y comunicación de la persona que vive con diabetes tipo 2 con su médico influye de manera importante para que se tenga la información necesaria de la enfermedad, se comprendan los pormenores de las indicaciones dietéticas, de ejercicio y de tratamiento médico, y tenga lugar el apego necesario, así como el conocimiento de las consecuencias por no cuidarse.

Es decir, que integrantes de los tres grupos que actualmente acuden al GAM toman en cuenta todos los aspectos de la interacción con el médico, y esto es uno de los principales elementos para que el paciente regrese o no a la consulta, así como que se apegue o no el tratamiento. En este sentido, la mayoría de los integrantes de los cinco grupos que dejó de asistir con un médico fue a consecuencia del mal trato que consideran que recibieron. Por lo tanto, en torno a la relación Médico-Paciente es en los Queens (1 y 2) donde tiene lugar la interacción óptima caracterizada por cordialidad, buena comunicación, confianza y respeto.

El segundo elemento es el apego al tratamiento médico, acerca de lo que Fitzpatrick señala está relacionado con tres aspectos: el Nivel del servicio, falta de percepción por el médico y la persuasión. Al respecto, se pudo observar que el elemento que sobresale en esta investigación es el referente al nivel del servicio, pues notamos que quienes forman parte de Queens (1 y 2) tienen algunos privilegios que los miembros de otros grupos no: tienen médico exclusivo, no tienen que sacar cita para tener acceso a medicamentos ya que pueden pasar por su receta cualquier día, algunas pláticas exclusivas con psicólogos al inicio del proceso de acreditación. Por otro lado, algunos de los

integrantes del grupo No Queens pasan con el Dr. José María, quien les da citas preestablecidas para que no tengan que sacar ficha, pero hay una persona (doña Mónica) que es atendida por otro médico del centro de salud, por lo que tiene que sacar ficha, al igual que la mayoría de los integrantes del grupo GAM Pasivos y No GAM, que tienen que hacer todo el trámite para obtener la cita médica como cualquier paciente, aunque otros comentan que tienen citas ya preestablecidas.

El no requerir concertar cita con el médico para la obtención de medicamentos ha hecho que los integrantes de ambos Queens estén más pendientes de abastecerse de los mismos; tener citas mensuales ya establecidas evita la pérdida de tiempo en la institución, lo cual es visto como algo positivo, pero eso no asegura que acudan pues en algunas ocasiones se les olvida, aunque la mayoría menciona que regularmente acuden a su cita médica; a excepción de quienes tienen el programa oportunidades pues una falta en la consulta repercute en el apoyo económico, por lo que ésta es otra forma de obtener el apego al tratamiento por parte del paciente, pues se condiciona a las personas a asistir a consultas y también a las pláticas del GAM.

Acudir a las citas médicas es esencial para el apego al tratamiento. Sin embargo, se observó que más que por cumplir con las citas, lo que más influye es la necesidad de obtener medicinas o insulina con objeto de no gastar, sin embargo no siempre hay disponibilidad en la institución. Los únicos que no tienen problema respecto del abasto son los integrantes de Queens (1 y 2), ya que debido al proceso de acreditación, la secretaría de salud mensualmente los abastece. Incluso el Dr. Salvador comentó que tienen reserva de insulina exclusiva para estos grupos; lo que no en los grupos No Queens y No GAM; lo cual, cuando no hay sobrantes en el CS, obliga a las personas a comprarlos o esperar a que lleguen pues no todos cuentan con el recurso económico. En el caso del grupo GAM pasivos a falta de medicamento en las instituciones médicas (CS, IMSS, ISSSTE, entre otras) también se ven sometidos a la misma situación.

Yañez (2012) afirma que existe una constante resignificación en la tríada curador-paciente-familia. Por lo que, el acceso a las consultas gratuitas no asegura que el enfermo asista a ellas, el abastecimiento de medicinas no asegura que el enfermo se las tome y/o que se limite al tratamiento recomendado por el médico, pues el enfermo, apoyado o no por familia o amigos basados en la experiencia, con ésta u otras enfermedades, va haciendo una mezcla, un juego y una interpretación, tanto del uso de fármacos y plantas, como de las recomendaciones sobre la dieta y ejercicio. Entonces, para seguir el tratamiento médico dependerá del grado en que el paciente comparta la idea que el médico tiene sobre este así

como de sus propias ideas de la enfermedad y de los elementos que integran el tratamiento prescrito.

Respecto de la falta de apego al tratamiento a base de medicamentos, se suscitan dos situaciones: dejarlo temporalmente o definitivamente[71]. Del total de personas entrevistadas que viven con diabetes una ha abandonado el tratamiento por decisión propia, el motivo fue la prescripción de un nuevo especialista no alópata.

El abandono temporal en los grupos Queens sólo ha tenido lugar en un caso (Don Héctor, Queens 2), quién comenta que sólo los domingos no toma su pastilla para la diabetes porque toma una copa de tequila después de comer. Sin embargo, varias de las personas integrantes de estos dos grupos explicaron que antes de acudir al GAM hubo momentos en que dejaban de tomar pastillas pero ahora no las dejan. De los tres grupos restantes, tres de los cuatro integrantes del grupo No Queens han dejado de tomar pastillas por un tiempo, un integrante del grupo GAM Pasivos y dos del grupo No GAM. Los motivos son diversos: olvido, desesperación por tomar tantas pastillas, ardor de estómago o sentirse bien del estómago cuando no la toman, estreñimiento, depresión y aburrimiento. Sin embargo, en todos los casos vuelven a tomar el medicamento pues piensan que si no lo hacen tendrán complicaciones, o en el caso de doña Mónica (No Q) el motivo fue querer ver a su hija crecer, para eso debía de estar bien de su azúcar. Otro motivo para dejar el medicamento por uno o dos días ha sido la falta de medicamento, porque no lo han encontrado en la farmacia del centro de salud (ISSSTE o IMSS en el caso de GAM Pasivos) y carecen del recurso para comprarlo, por ello tienen que esperar a que llegue el medicamento al centro de salud.

No estar de acuerdo con el tratamiento prescrito es otro motivo para no llevarlo y comenzar un "juego" o intercambio, ya sean pastillas, como doña Alicia (No Queens) a quién el médico del IMSS le receta pastillas pero como ella siente que no le hacen bien pues sus niveles de azúcar no han bajado, ha decidió continuar con la insulina que le daban en la UNEME; o la insulina, en donde el enfermo no la acepta desde un inicio o les cuesta trabajo, pero al final la aceptan o la aceptan pero no se la aplican.

Existen otros casos en donde se da un "juego" en la dosis del tratamiento prescrito: una "auto-dosis", es decir que los enfermos modifican las dosis, ya sea con el mismo medicamento, o por la conjugación con otro no farmacológico, principalmente las yerbas,

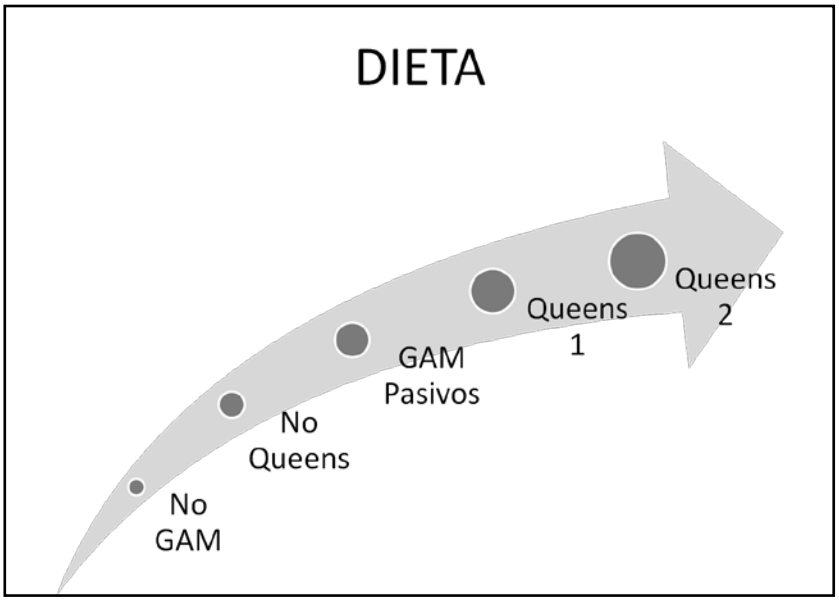
[71] Se toman en cuenta los abandonos voluntarios más no los prescritos por el médico de consulta, pues tres personas (1 de Queens 1 y 2 de Queens 2) han dejado el medicamento pero con el consentimiento del médico, pues sus niveles de glucosa se mantuvieron normales durante un tiempo de observación así que sólo las dejó con la dieta; además de un integrante del grupo No GAM que dejó las pastillas por el cambio de tratamiento a insulina.

esto sólo sucede con dos personas que acuden actualmente al GAM: una de Queens 1 y otra del grupo No Queens.

Todo lo anterior muestra a un enfermo de DM2 no como un "paciente" a la espera de las órdenes del médico dispuesto a obedecerlas ciegamente, sino a un individuo capaz de valorar el tratamiento médico, de estar de acuerdo o no, de modificarlo y de fusionarlo con otros tratamientos y/o cuidados recomendados.

En cuanto al apego a los tratamientos no farmacológicos (dieta, ejercicio y hierbas), los primeros dos son complemento del tratamiento médico. La dieta es el principal tratamiento no farmacológico que los médicos recomiendan a los enfermos, pero no todos los enfermos la llevan a cabo. Podríamos observar una figura como el cuadro 12 en relación a la manera de hacer una dieta:

CUADRO 12
NIVEL DE APEGO A LA DIETA DE LOS CINCO GRUPOS.



Fuente: Elaboración propia.

En esta investigación, los únicos dos grupos que no tiene problemas para seguir la dieta son Queens 1 y Queens 2, los que sí tienen problemas son 3 personas de No Queens, 2 del grupo GAM Pasivos y los 4 del grupo No GAM. Entre los motivos para no seguir la dieta tenemos: ir de visita a una casa donde no hacen dieta, no pueden seguirla, pensar que su cuerpo necesita azúcar, estar estresado, recibir visitas, temor de adelgazar mucho, no poder dejar de consumir algunos alimentos como: tortilla, pan, refrescos embotellados o café con

azúcar; que les caen mal las verduras, que los que viven en casa o quién cocina no cambia su forma de cocinar y/ que es muy costoso llevar una dieta.

Lo anterior nos deja ver que las pláticas del GAM sobre la dieta, la forma en cómo el médico les informa de ésta así como la continua repetición de la importancia de la misma ha causado efecto positivo en las personas que acuden a los grupos, a excepción del grupo No Queens, quienes en comparación con los otros llevan menos tiempo asistiendo a grupo. Por lo tanto en ellos la repetitividad del discurso aún no ha logrado impactar debidamente.

El seguimiento de la dieta se pierde en los dos grupos restantes (GAM pasivos y No GAM), los primeros por la no asistencia al grupo han dejado de escuchar sobre su importancia. De estos, dos continuaron la dieta después de retirarse. En el caso del grupo No GAM, ninguno cuida su alimentación, lo que puede relacionarse al hecho de que en consulta se habla poco sobre la dieta o ésta es percibida como una orden y como tal no se acata.

Un caso curioso en relación a la dieta es el de doña Mónica (No Queens) pues al saber que si no lleva la dieta se le suben los niveles de glucosa, conscientemente dejó de cuidarse unos días pues la doctora le había mandado una orden para hacerse unos estudios previos a una operación de vesícula, pero como ella no quería operarse trató de comer de más para que los resultados salieran altos y así no operarse.

> "Salí en 312 porque comí cosas que no debía, no puedo comer tamales y lo sé muy bien pero hice mi capricho que se subiera mi azúcar para que la doctora me dijera que no me iba a operar, por eso lo hice, no lo hice porque me valiera sino con esa intención. Porque consumo azúcar y grasa los tamales, sólo podemos comer un pedazo y me comí como ocho tamales" (Mónica, No Q).

Cartas (2011) también menciona otro ejemplo relacionado al cuidado alimenticio sólo en los días anteriores a la prueba de glucosa para que los resultados salgan "bien" y después del análisis de sangre vuelven a su alimentación acostumbrada, es decir, a comer de todo. Ambos ejemplos muestran la forma cómo las personas ajustan a su conveniencia las indicaciones dadas por los médicos alópatas.

Arganis (2005) menciona que el problema con el seguimiento de los regímenes alimenticios se da principalmente por dos causas: la cuestión de gusto y las cuestiones económicas, es decir, el doble gasto familiar al llevar a cabo la dieta, pues se debe de cocinar para el enfermo y para el resto de la familia. Durante la investigación, fue mayormente citado el tema del dinero en relación a la dieta, para unos hacer dieta se vuelve económica pues las verduras son más baratas que la carne, no se consume mucha tortilla ni se compra refresco; pero para quienes no la llevan aducen el tema económico como

principal motivo, pues según señalan se requiere de más dinero para comprar alimentos especiales, es decir aquellos que no se consumen normalmente como yogurt, sustitutos de azúcar, pan integral, entre otros; pero también por el hecho de que la familia no cambia sus hábitos junto con el enfermo, ésta sigue comiendo toda clase de alimentos por lo que se muestra que no hay apoyo moral hacia el enfermo.

Cardoso (2006) afirma que la dificultad para llevar a cabo la dieta es un problema con raíces en la cultura y en las relaciones sociales que el enfermo ha mantenido durante toda su vida. El autor menciona que la cultura influye en la configuración de estilos alimentarios que se presentan como antagónicos para el tratamiento prescrito en los consultorios médicos a los enfermos de DM2, puesto que las prácticas alimentarias son prácticas culturales que garantizan la supervivencia de las personas en su medio social a través de significados y comportamientos que ofrecen el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales.

> "El problema no es únicamente cuestión de educación (…) es que no se ha considerado la cultura alimentaria de la persona con diabetes como un aspecto más que debe ser atendido por la terapéutica médica" (Cardoso, 2006: 143).

Además de tomar en cuenta la cultura alimentaria del individuo, el autor recomienda la oferta de platillos sanos compatibles con la cultura del enfermo, resignificar el valor cultural de las ocasiones para la cohesión familiar y social, así como el involucramiento a la terapéutica de la familia o personas cercanas al enfermo. Resulta difícil la tarea de resignificar el valor de cohesión familiar y social de las comidas, pues en la mayoría de las reuniones sociales el tema de los alimentos es imperdonable; para las personas enfermas de diabetes pueden observarse diferentes reacciones: olvidarse de la dieta y comer de todo, asistir a las reuniones aceptando algunos bocadillos, medirse en la cantidad de los mismos o no consumirlos; y el caso extremo de no asistir a las fiestas.

Parece increíble pero para quienes están conscientes de las consecuencias de la mala alimentación o el descuido en ésta, prefieren no asistir a invitaciones de reuniones sociales para no ser tentados por algún platillo, lo cual puede causar cierta depresión y aislamiento del enfermo, como lo menciona Cardoso (2006), pues el enfermo no se siente parte de la reunión social al no poder tomar o comer lo que ahí ofrecen, piensa que es una ofensa no aceptar los alimentos, así que toma la decisión de no acudir. Lo cual muestra que la mayoría de la sociedad no conoce a fondo el problema de la DM2, pues al no ofrecer platillos bajos en grasa o azúcares, por ejemplo, da cuenta de la no preocupación por estas personas.

En cuanto al ejercicio, únicamente tres personas de los grupos que no son Queens, afirmaron que no pueden hacer ejercicio por miedo a que les pase algo en la calle, por la falta de fuerza o simplemente porque no les gusta; quienes acuden al GAM realizan ejercicio mínimamente dos días a la semana aunque la mayoría menciona hacer otro tipo de actividad física fuera del GAM, mientras que las demás personas hacen ejercicio ya sea en otros grupos de autoayuda, al hacer los quehaceres del hogar o hacer los mandados.

El tema del ejercicio no está tan estigmatizado como el de la dieta, pero tampoco existe el hábito del mismo en esta sociedad, nos es muy difícil acostumbrarnos a hacer ejercicio, no tenemos fuerza de voluntad para realizarlos, por ejemplo como cuando algunas personas se ven forzadas a pagar un gimnasio para obligarse a hacer ejercicio, pero la falta de costumbre al final se ve reflejada en la no asistencia.

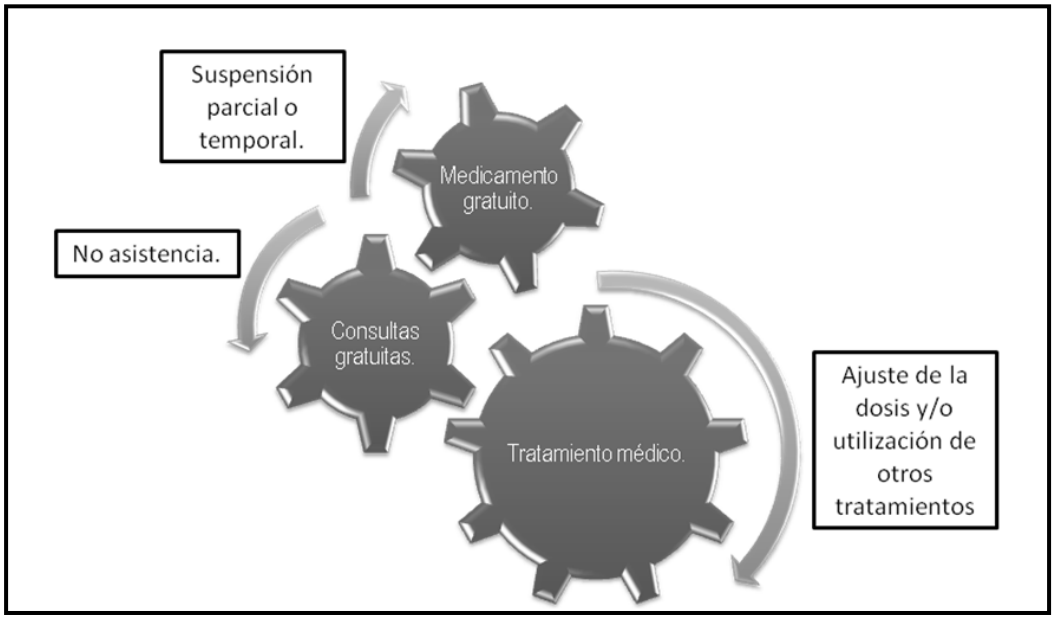
Las recomendaciones de tomar tés sin necesidad de acudir a un especialista también muestra que muchas personas no se "apegan" al tratamiento biomédico, pues algunos médicos alópatas no aceptan otro tratamiento que no sea el biomédico. Arganis (2005) afirma que en la mayoría de los casos, las personas complementan el tratamiento médico con la autoatención, específicamente la automedicación de plantas medicinales y el uso de remedios caseros. Los factores que influyen en la elección de este tipo de tratamiento es la accesibilidad económica, la representación positiva de ellas por el uso de las mismas en otras enfermedades y la idea de que no tienen efectos negativos, es decir, "si no ayudan tampoco afectan".

La autora menciona que el uso de las plantas medicinales no implica el abandono de la biomedicina, sino un complemento de ésta. "Las plantas son un recurso que permite volver al equilibrio" (Arganis, 2005: 17), es decir, que la mayoría de las personas utilizan las plantas medicinales sólo cuando se presenta alguna alteración en la glucosa y principalmente son recomendadas por familiares y amigos. Cartas (2011) ya había mencionado el uso de la herbolaria en las mujeres que acuden al GAM "Los Pinos", como una forma de encontrar mayor alivio a la enfermedad.

Por lo observado en la investigación, en efecto, la mayoría de las personas de los cinco grupos han tomado, por lo menos en alguna ocasión, plantas medicinales, algunas las han dejado completamente al no ver efectos, algunas no las toman tan seguido porque les han hablado de algunos efectos negativos, como el quedarse ciegos, mientras que otras sólo las utilizan cuando se sienten mal. Entonces, los pasos del apego al tratamiento se vuelven dinámicos al agregar las acciones propias del enfermo, como puede observarse en el cuadro 13.

Si se hace referencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para observar el apego al tratamiento a partir de la llegada al centro de salud (mostrados en el cuadro 14), se observa que los dos Queens tienen más apego al tratamiento del médico, a la dosis, a la dieta, al ejercicio y a las recomendaciones de yerbas, con excepción en una persona de Queens 1 que hace un juego en la dosis del tratamiento farmacológico al conjuntarlo con las yerbas: quienes tienen más problemas con el apego al tratamiento son los integrantes del grupo No GAM, a quienes les cuesta más trabajo hacer dieta y ejercicio. Los dos grupos restantes (No Queens y GAM Pasivos) están en medio de los dos extremos, por lo que se podía considerar que tienen un apego promedio al tratamiento.

CUADRO 13
PASOS EN EL APEGO AL TRATAMIENTO BIOMÉDICO TOMANDO EN CUENTA LAS ACCIONES DEL ENFERMO.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la propuesta de Fitzpatrick (1990).

Fitzpatrick menciona que cuando el enfermo no está satisfecho con la atención médica continúa buscando ayuda con otros especialistas (sean alópatas o no). Entonces, al observar nuevamente el cuadro 12, podemos decir que ninguno de los integrantes de los dos Queens ha tenido la necesidad de buscar otro especialista, todos están satisfechos y continúan con el Dr. José María, es decir, que su trayectoria de enfermedad, hasta el momento, se ha quedado ahí, al igual que el grupo No Queens, sin embargo, la diferencia entre este último y los dos anteriores es que todos los integrantes de Queens se han

mantenido con esa opción médica por convicción no por obligación, como lo es en el caso de las dos personas que acuden al GAM como consecuencia del programa Oportunidades (No Queens). Los dos grupos restantes, han tenido una trayectoria de la enfermedad más larga y compleja, esto debido a dos causas: la primera en el caso del grupo GAM Pasivos, la no satisfacción de la atención en el centro de salud (doña Mariana y doña Rafaela) y el encuentro de una mejor opción. Mientras que el grupo No GAM ha tenido diversos cambios en los médicos que los atienden dentro de la secretaría de salud.

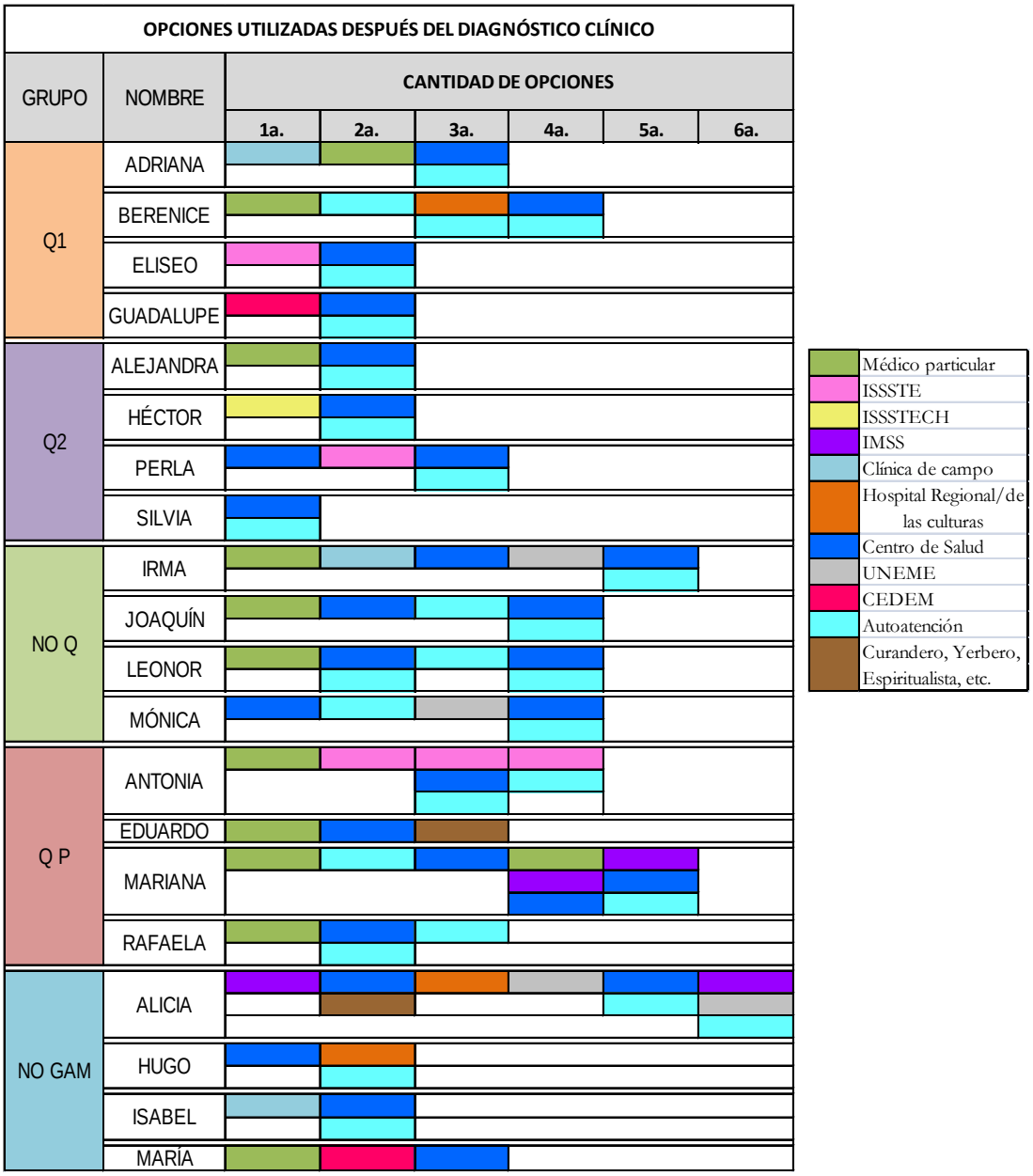
CUADRO 14
OPCIONES UTILIZADAS POR LAS PERSONAS
A PARTIR DE LA LLEGADA AL CENTRO DE SALUD.

GRUPO			Queens 1	Queens 2	No Queens	GAM Pasivos	No GAM
OPCIONES			Número de integrantes que han utilizado las distintas opciones y tratamientos para su enfermedad después de acudir al centro de salud.				
MEDICINA ALÓPATA	CENTRO DE SALUD	Dr. José María	4	4	2	4	-
		GAM	4	4	4	4	-
		Queens	4	4	-	2	-
		Otros médicos	-	-	-	-	4
	ISSSTE		-	-	-	1	-
	ISSSTECH		-	1	-	-	-
	IMSS		-	-	-	1	1
	Médico particular		-	-	-	1	1
Autoatención	Automedicación		-	-	1	1	-
	Herbolaria		4	4	3	3	2
Medicinas alternativas	Médium		-	-	1	-	-
	Curandero		-	-	-	1	1
	Yerbero		-	-	-	-	1
Cuidados	Dieta		2	3	1	2	-
	Ejercicio		4	4	4	1	1
	Otros cuidados		2	1	-	1	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de trabajo de campo. Septiembre-diciembre 2011.

Como puede verse en el cuadro 15, la búsqueda de otras alternativas alópatas se observa en el grupo GAM Pasivos, dos participantes también acuden a consulta en el ISSSTE y en el IMSS, respectivamente, y un caso de auto-medicación al comprar las mismas pastillas que le daba su último médico; y el caso de otra persona (No GAM) que recientemente se re-afilio al IMSS. La búsqueda de otras alternativas, se da en dos vertientes: la definitiva, es decir, dejando la medicina alópata para atenderse con un curandero (GAM P); o conjuntándolo con la medicina alópata con hierbas.

CUADRO 15
TRAYECTORIA DE LA ENFERMEDAD DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO.



Fuente: Trabajo de campo (Septiembre-diciembre 2011).

Por lo tanto, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos las personas de Queens (1 y 2) y No Queens continúan llegando a las pláticas en el GAM, y que la trayectoria de la enfermedad no ha seguido su curso hacia otras alternativas, se puede afirmar que están satisfechas con la atención médica recibida, pero sobre todo con las actividades que realizan en el GAM. No se pretende decir que de manera general la estrategia del GAM

tiene el éxito esperado, sino que en particular este GAM muestra eficacia pero no sólo por llevar a cabo la estrategia de la secretaría de salud tal cual, sino porque tiene ciertos elementos que han hecho que las personas se sientan a gusto y con confianza, como la figura del médico encargado, por ejemplo.

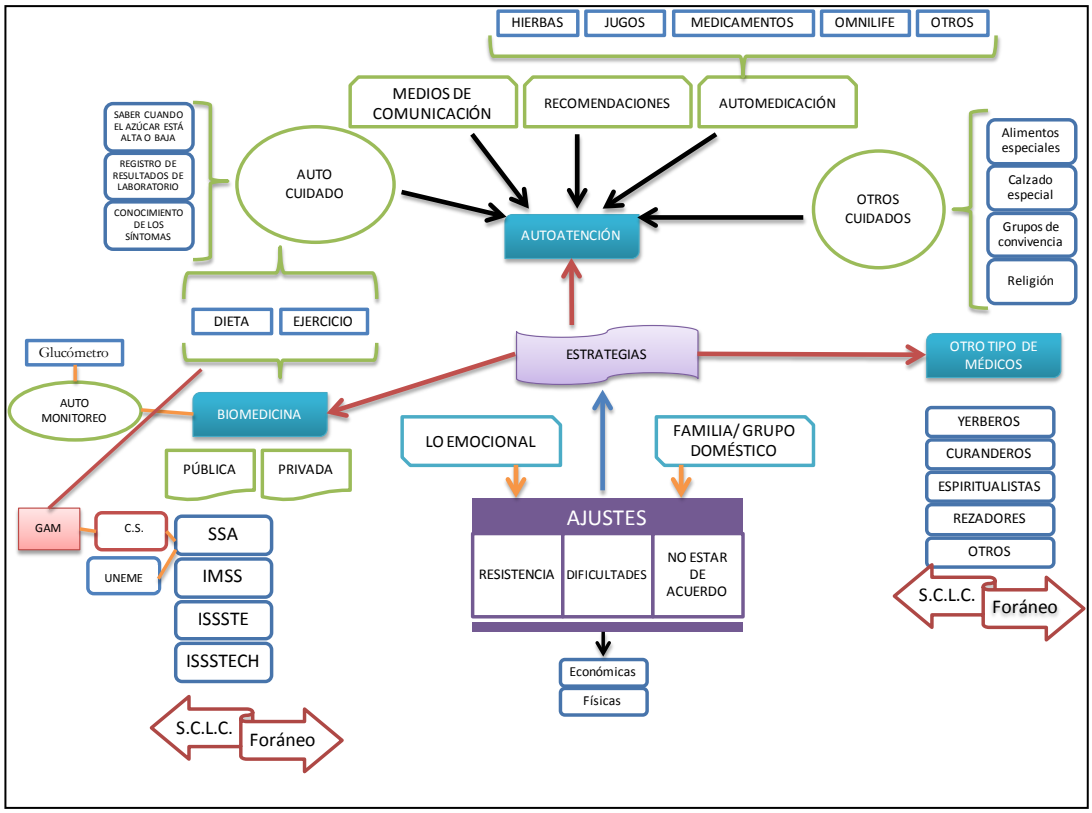
Ha habido cambios en los estilos de vida y sobre todo en el mejoramiento de la salud de las personas que acuden al GAM, los enfermos afirman que los cambios que han tenido en el tratamiento fue a partir de las pláticas y de la forma de explicación del doctor, algunos afirman que si no estuvieran llegando al grupo estarían peor o inclusive ya muertos; incluso para aquellos que están siendo obligados por el programa Oportunidades para asistir al GAM, pues se les preguntó que si el programa Oportunidades dejara de condicionarlas en la asistencia al GAM, ¿qué harían?, a lo que contestaron que no dejarían de ir.

Por lo anterior estoy de acuerdo con García (2002) en relación al hecho de que la educación de los pacientes respecto a su enfermedad, sobre todo las enfermedades crónicas como la DM2, constituye la parte primordial para que el enfermo pueda vivir con su enfermedad, "es decir, se debe enseñar al paciente a vivir y a convivir con la enfermedad, de tal suerte que pueda aprender a manejar su problema por sí mismo, incluyendo el monitoreo continuo de los niveles de glucemia" (pág. 17).

Además, como menciona Cartas (2011) el GAM, como red de apoyo institucional, se convierte en la principal y única red de apoyo para las personas, sobre todo en los casos donde existe poco o nulo apoyo económico y emocional por parte de familiares y amistades. Sin dejar a un lado la importancia de la red social, en la cual se llevan acabo las estrategias, no sólo con familiares, pues en muchos casos los enfermos no tienen familiares cercanos o no hay buena relación con ellos, por lo que acuden con vecinos y/o conocidos, tomando en cuenta los factores que Bott (1990) señala, sobre todo la movilidad espacial y social.

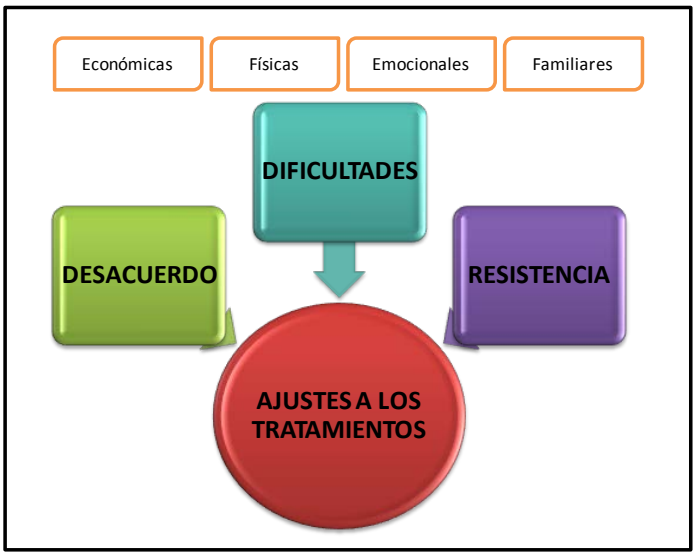
El tema de las estrategias en relación a los distintos tratamientos, pero sobre todo de los ajustes de los mismos, es un elemento importante a señalar. Como puede observarse en el cuadro 16, los ajustes que se realizaron en los tratamientos de la enfermedad en la mayoría de las personas se llevaron a cabo principalmente por tres causas: 1) no estar de acuerdo con uno o más elementos del tratamiento y 2) tener dificultades para seguirlo; y 3) la resistencia.

CUADRO 16
CAUSAS DE LOS AJUSTES A LOS TRATAMIENTOS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 17
ESTRATEGIAS Y AJUSTES EN LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS DE LA ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia.

Entonces, por lo observado en los cinco grupos, y en el cuadro 17, los ajustes a los tratamientos se realizan porque existen problemas para llevar a cabo uno o más tratamientos, ya sea por dificultades (económicas, familiares, emocionales y/o físicas), por desacuerdo y/o debido a una resistencia; como consecuencia, existen reajustes en los mismos. Si tomamos en cuenta las dificultades y reajustes en los tratamientos también se pueden notar algunas diferencias entre estos grupos:

En Q1 y Q2 existen más dificultades que resistencias y pocos reajustes al tratamiento, aunque hay menos resistencia en la dieta en Q2 que en Q1; No Queens muestra en igual proporción dificultades y resistencias, por lo tanto existen más reajustes; en GAM Pasivos hay pocos reajustes aunque existen dificultades y resistencias; mientras que en No GAM se observan más dificultades que resistencias, sobre todo en la dieta, y también poco reajustes al tratamiento.

En general, la mayor resistencia se da en el tema de la dieta, seguido de la insulina; las dificultades se enfocan a problemas en la relación médico-paciente, pero también familiares y laborales; mientras que los reajustes se dan al no estar de acuerdo con el tratamiento o en el uso de más de un tratamiento al mismo tiempo. Es decir, los grupos que tienen menos resistencias a la dieta, son aquellos que han aceptado que el cambio de alimentación es importante para cuidar su salud; quienes tienen menos dificultades para seguir el tratamiento biomédico, son aquellos que la relación médico-paciente es más armoniosa; y quienes realizan menos reajustes son quienes están de acuerdo con los tratamientos o quienes no utilizan muchos tratamientos al mismo tiempo.

Antes de finalizar, quisiera mencionar un tema que surgió en la mayoría de las experiencias de la enfermedad, que sin duda, vale la pena señalar: la comparación, por parte de las propias personas, del estado de la enfermedad con el de otras personas que también viven con diabetes. En todos los grupos, por lo menos dos personas se comparan con otras personas que también tienen diabetes y a partir de esta comparación autoevalúan su estado actual. La comparación se hace, principalmente, con familiares (hermanos, hijos, primos, sobrinos), familiares políticos (esposos, nueras y suegras) y en menor medida con amigos (dentro y fuera del GAM), vecinos y conocidos.

Queens 1 y 2 hacen comparaciones con personas que no se cuidan en su alimentación, que han sido hospitalizadas, que no acuden al médico, que no toman las pastillas y/o que tienen los niveles de azúcar altos. Al hacer esta comparación ellos se muestran como personas con más cuidados, más pendientes de su enfermedad y sin

complicaciones graves que traigan como consecuencia estar hospitalizados. Las comparaciones del grupo No Queens son con personas que sí se cuidan, principalmente los mismos compañeros del GAM, por lo que al hacer la comparación se dan cuenta que no se están cuidando como deberían y que sí existen personas que pueden llevar una dieta, incluso el médico llega a retirarles el medicamento cuando se cuidan adecuadamente la dieta y realizan ejercicio.

La mayoría de los integrantes del grupo GAM Pasivos también hacen la comparación con personas que no se cuidan, sin embargo, la diferencia con Queens (1 y 2) es que existe cierta conformidad al hacer la comparación y hasta una justificación en la forma en cómo viven la enfermedad, algunos dicen que sus niveles de azúcar no son altos (mayores a 200 mg/dl) porque hay personas que sobrepasan los 300 mg/dl; así como el hecho de conocer a personas que se han curado de la diabetes al usar hierbas o curanderos y ésto los impulsa a buscar la cura de la enfermedad.

El tomar en cuenta las comparaciones para justificar sus decisiones de no cuidarse en la alimentación o no aceptar tratamientos como la insulina se encuentra en mayor medida en el grupo No GAM, en donde también se dan cuenta que no llevan el tratamiento al pie de la letra o no es tan riguroso como el de sus familiares, aunque también hay personas, en menor número, que hacen la comparación para mostrarse en buenas condiciones en relación a otras.

Es decir, compararse con otras personas que tienen diabetes puede ser utilizado de dos maneras: una autoevaluación positiva y/o justificación de sus decisiones como buenas, cuando realizan la comparación con personas con complicaciones, con hospitalización, con menor apego al tratamiento y/o sin cuidados en su alimentación. Y una autoevaluación negativa, con dos consecuencias: mejorar los cuidados o la conformidad de su estado, cuando la comparación se hace con personas sin hospitalización, con menos complicaciones, más apego al tratamiento y/o que hacen dieta.

4.2 CONSIDERACIONES FINALES.

Para finalizar, se retomarán las hipótesis enunciadas al inicio de este trabajo y la comparación con lo que se encontró en campo. La primera hipótesis hace referencia a la existencia de diferencias en la manera de vivir con la enfermedad en los cinco grupos, con las siguientes especificidades:

1. A) "Se espera que las personas que integran los dos grupos "Queens" viven la enfermedad más apegada a biomedicina, es decir, estén sujetos a la noción de la medicina alópata sobre el "control" y el GAM constituye un elemento principal. Utilizan la biomedicina como el medio más adecuado para tratar la enfermedad y hay poca o nula utilización de otras alternativas"

Efectivamente, los participantes en ambos Queens son quienes están más apegados al tratamiento biomédico, ven en éste la mejor manera para manejar la enfermedad sin embargo existe mucha información y utilización de otras medidas como las yerbas, pero nula utilización de especialistas no alópatas. Aunque hay algunas diferencias entre estos dos grupos, principalmente en la forma de llevar la dieta.

1. B) "Se espera que las personas que forman parte del grupo No Queens y GAM Pasivos están menos sujetas a los parámetros de "control" de la medicina alópata, por lo tanto no llevan al pie de la letra las sugerencias ni del médico ni del GAM. Para ellos, la medicina alópata es una opción importante para convivir con la enfermedad, sin embargo conocen y utilizan otras alternativas médicas."

Estos dos grupos, como se mencionó anteriormente, están en medio de los extremos en relación al tratamiento biomédico, pero algunas personas de ambos grupos (No Queens y GAM Pasivos) consideran a la biomedicina como la única opción para manejar su enfermedad, aunque hay un mayor juego con las dosis prescritas en comparación a los primeros dos grupos, es decir no están tan sujetos a las indicaciones médicas como lo están los dos grupos Queens.

1. C)"Se espera que las personas que sólo acuden al centro de salud y no al GAM, reconocen la utilidad de la medicina alópata, pero no la perciben como la única posibilidad para tratar la enfermedad, sino como una más dentro de otras alternativas que ellos conocen y llevan a la práctica."

Aunque sólo una persona del grupo No GAM no acepta la biomedicina como el único tratamiento de la diabetes, las demás si lo creen, sin embargo no llevan a cabo todas las recomendaciones, en especial la dieta. Hay mayor búsqueda de opciones en comparación a los Queens pero éstos son en su mayoría diferentes médicos alópatas. Es decir, todos comparten el conocimiento de yerbas y las han utilizado, pero en relación a la búsqueda de

ayuda en otros especialistas ésta no es una opción para los dos Queens, pero sí para los tres grupos restantes.

La segunda hipótesis se centra en la elección y experiencia en el centro de salud:

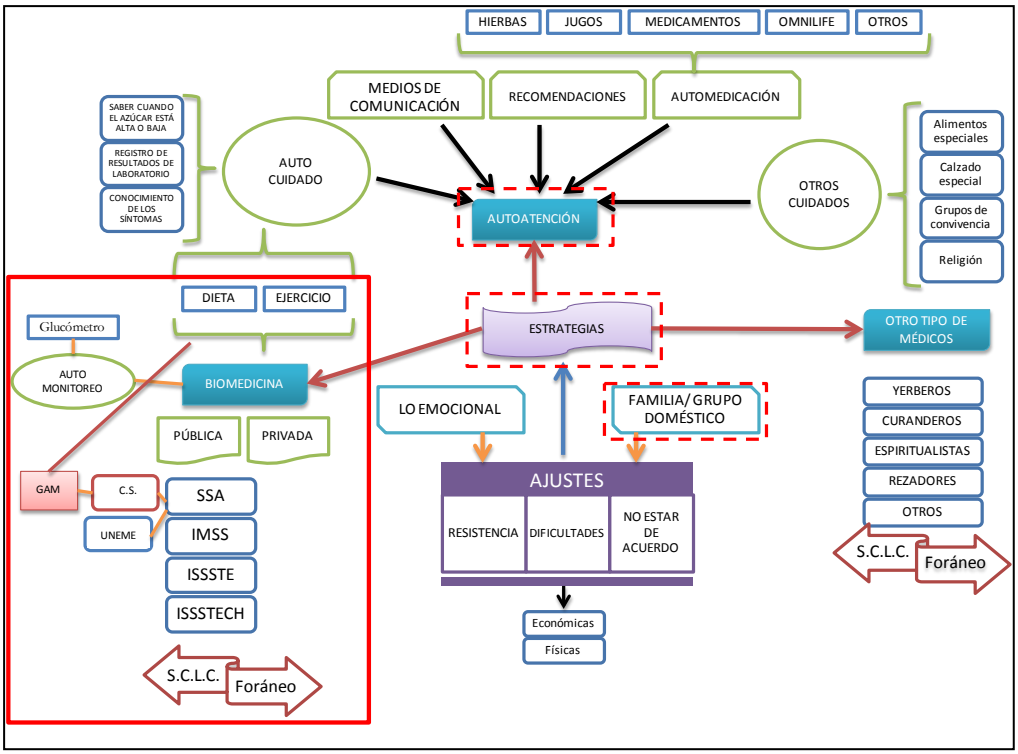
2. "Cuando las personas están insatisfechas del servicio que reciben del centro de salud, ya sea por la mala atención por parte del personal operativo o porque el tratamiento de la enfermedad no ha dado resultados significativos en su salud, van en busca de otras alternativas, las cuales pueden ser biomédicas o de otro tipo, o bien abandonan el tratamiento."

Se observó que únicamente las personas del grupo GAM Pasivos buscaron otra alternativa médica alópata al no estar satisfechos con el trato en el CS, y el caso de una persona de GAM Pasivos y una persona de No GAM que sí acudieron a otro tipo de especialistas, como curandero, yerbero o rezador después de ir al CS, y que han visto mejoría en su salud. En los grupos que actualmente acuden al GAM (Q 1, Q2 y No Q) opinan que no han acudido con este tipo de especialistas pues la enfermedad es de doctores, es decir, que ellos no pueden tratarla.

Con esto, se reafirma la idea de que la mejor manera de ver, tratar y evaluar una enfermedad como la DM2, es tomando en cuenta la vivencia de ésta por las personas, pues se observó que existen elementos que no son tomados en cuenta desde la biomedicina en su idea de "manejo" y "control", tales como la autoatención, los diversos tipos de tratamientos suministrados por otros especialistas no biomédicos, pero sobre todo, la dinámica en las estrategias que las propias personas realizan como consecuencia de diversas dificultades y/o resistencias.

Si se observa el cuadro 18, que es similar al cuadro anterior, se puede dar cuenta de la amplia dinámica y compleja manera en cómo las personas viven con la enfermedad, pero en este cuadro se muestra en un recuadro rojo la visión limitada de la biomedicina sobre la misma problemática, con excepción del GAM que no en todas las dependencias de la Secretaría de Salud se lleva a cabo, al mismo tiempo se ponen en recuadros punteados lo que los médicos alópatas creen que pueda estar haciendo la persona enferma, sin embargo no lo toman en cuenta ni en su "manejo" y mucho menos en su "control".

CUADRO 18
VISIÓN DE LA BIOMEDICINA SOBRE EL "MANEJO" Y EL "CONTROL" DE LA ENFERMEDAD EN COMPARACIÓN CON LA VISIÓN DEL ENFERMO.



Visión biomédica del "manejo" y "control" de la Diabetes Mellitus 2
Aspectos que los médico alópatas creen que los enfermos realizan pero no son tomados en cuenta en el "manejo" ni en el "control".

Fuente: Elaboración propia.

Incluso el "automonitoreo" de la biomedicina es diferente al "auto cuidado" del propio enfermo, pues en la biomedicina este consiste en estar checándose la glucosa con el glucómetro y para el enfermo hace referencia, principalmente, al hecho de conocer cuando "se le sube o se le baja la azúcar".

Entonces, la forma de vivir con la DM2 va más allá de la visión biomédica, teniendo en cuenta que las personas la viven día a día, y por lo tanto, esta convivencia se vuelve compleja, dinámica pero sobre todo problemática pues las personas tienen que experimentar diferentes momentos, desde los síntomas, el diagnóstico, los diversos tratamientos (los problemas y resistencia hacia éstos), la idea que es una enfermedad crónica y degenerativa por lo que existirán cambios en su estilo de vida, los cuales serán importantes para poder "vivir" con la enfermedad mucho tiempo.

Uno de los elementos que se debe tener en cuenta, pues es importante para la propia persona que vive con diabetes, es el factor emocional. Cuando se habló de los

momentos de alteración, la mayoría puso en la mesa el tema de los problemas personales o familiares que se expresan a través de enojos, disgustos, cólicos y/o preocupaciones. Por lo que se está de acuerdo con Kleinman (1988) cuando menciona que los factores psicológicos y sociales son a menudo los determinantes de los momentos de exacerbación de la enfermedad y que los períodos de alivio revelan una disminución de la ansiedad y depresión. Por lo observado en el trabajo de campo, se comparte la idea de los autores mencionados al inicio de este trabajo en relación a las enfermedades crónicas, sobre todo en la cuestión de las dificultades alrededor de llevar a cabo los tratamientos de la enfermedad.

El aspecto emocional se evidenció como un problema que impide convivir con la enfermedad, pues al tener problemas personales y/o preocupaciones sienten alteraciones en la glucosa, en algunos casos esto sucede a pesar de que lleven al pie de la letra el tratamiento médico, la dieta y el ejercicio. Nazar y Salvatierra (2010) mencionan la relación de la depresión con el abandono del tratamiento en hombres y mujeres entre 40 a 64 años de edad, mientras que aquellos que sobrepasan los 65 años no mostraron dicha relación. Pero por lo que observaron estos autores, la depresión y los problemas personales muestran muy poca relación con el abandono del tratamiento, en comparación con la relación que revelan con las alteraciones en la glucosa, la cual no hace diferencia en las edades de quienes enfrentan esta enfermedad.

Entonces, observar la enfermedad como *Illness* nos abre el panorama para ver que la DM2 se vive y se experimenta de diversas maneras, cada una de ellas compleja y llena de significados; las narrativas del padecimiento en esta investigación nos muestran la vivencia de la enfermedad, aunque el objetivo principal es la comparación entre los cinco grupos de análisis a partir de la llegada al GAM y/o al centro de salud, estas narrativas dan cuenta desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad.

La búsqueda de ayuda regularmente comienza con las personas cercanas, a menos que los síntomas sean graves para tomar la decisión de ir con un especialista. Como lo señala Fitzpatrick, los rituales de bienvenida han desaparecido en los consultorios médicos, los únicos que señalan haber experimentado estos rituales son las personas que acuden o acudieron al GAM, lo cual les provocó confianza y un sentimiento de aceptación y más tarde de pertenencia. En relación al nivel de servicio, todos aquellos que actualmente están en el GAM no tienen el problema de los largos períodos de espera para obtener una cita, pues éstas son previamente establecidas. Ninguno mencionó la falta de médicos pero sí la falta de continuidad del personal, sobre todo aquellas personas que tienen el seguro popular, pues cada cierto tiempo las cambian de médico, lo que también mencionaron fue

la falta de medicamento. Y en cuanto a la conducta de salud en el paciente que se apega a las instrucciones del médico o apego al tratamiento ésta se va perdiendo en la medida en que los grupos se van alejando del punto de partida que es el GAM, pues se nota un mayor juego en la dosis por parte de los individuos que no están en ningún Queens.

El tema del GAM se puede tratar tomando en cuenta las percepciones de las personas, comenzando con la idea de que han tenido buenos resultados en este grupo, sí es una buena estrategia siempre y cuando tenga el recurso humano, la infraestructura adecuada y las herramientas necesarias, que esté a cargo de un médico capacitado y con ganas de trabajar, que se ofrezca a toda aquella persona que acuda al centro de salud y fuera de éste, pues la asistencia debe de ser por convicción y no por obligación; el horario debería ser vespertino y la frecuencia, tomando en cuenta aquellas personas que trabajan o tienen otras actividades, debería ser una vez por semana.

Los problemas relacionados a este GAM radican en el manejo de la mesa directiva, la cual ya fue sustituida, las diferencias de género muy cargada hacia las mujeres, pues son mayoría y la falta de un espacio propio. Pero hay otro problema que se observó: los "privilegios", pues la Secretaría de Salud le da ciertos privilegios a los que acuden a este grupo, sobre todo a quienes forman parte de Queens 1 y 2, como el hecho de abastecerlos de medicamentos, exámenes de laboratorio que sólo se destinan a ellos, como la hemoglobina glucosilada; también el hecho de que en los últimos meses las personas que ya tiene mucho tiempo que acuden al GAM han sido obligadas a afiliarse al seguro popular para poder seguir gozando de los beneficios del grupo.

El aspecto familiar es importante para que las personas decidan o continúen llegando al GAM, pues la mayoría de los que acuden son personas sin parejas, sus hijos son casados y no tienen la obligación de atender a nadie en casa, los que sí tienen parejas y/o hijos comentan que los esposos se molestan porque acuden dos veces a la semana a un grupo, incluso han dejado de asistir por lo mismo, pues en muchas ocasiones prefieren perder la asistencia a un grupo que al esposo.

El GAM aquí no es visto como la mejor opción para tratar la DM2, sino como parte importante del tratamiento de la misma, pues además de combinar el tratamiento farmacológico con el no farmacológico, delega responsabilidades al enfermo pues al hacerle comprender la enfermedad se le hace responsable de los cuidados y entiende el término de "autoayuda". Sin embargo, éste tiene ciertas limitantes como el tiempo requerido para la asistencia y la población a la cual va dirigida, sobre todo tomando en cuenta aspectos tales como la responsabilidad y obligaciones para con el grupo.

El GAM del centro de salud los Pinos, en particular funciona y es de utilidad no por el hecho de ser una estrategia que la Secretaría de Salud sino porque tiene elementos que van más allá de lo establecido por la institución, tales como: que el encargado sea especialista en gerontología, geriatría, atención integral al enfermo crónico, metabolismo, nutrición y obesidad. Además de su experiencia a lo largo de los años que ha estado frente al GAM, lo cual le ha dado elementos necesarios para saber cómo informar a las personas sobre la gravedad, las consecuencias y los cuidados de la enfermedad. A pesar de que no cuentan con los recursos humanos necesarios que el centro de salud les debería facilitar, ellos se han organizado para contar con estudiantes de psicología y educación física para que lleguen a dar su servicio social a este grupo, además de haber gestionado la construcción de la cabaña (que no es exclusiva de ellos) donde reciben las pláticas y el arreglo del espacio adjunto para realizar ahí sus ejercicios.

Tampoco se pretende afirmar que las personas que acuden actualmente al GAM estén mejor que los que no asisten sólo por el hecho de ir a las pláticas. El hecho de asistir no significa que pongan en práctica lo que ahí les enseñan en relación al autocuidado, pues eso depende de la actitud, la responsabilidad y el compromiso de cada persona, pero también del tiempo que llevan en el grupo, pues como lo señalan algunas personas, la constante repetición de las pláticas sobre el cuidado ha traído como consecuencia que ellos se den cuenta de la importancia de los mismos. Lo que ha ayudado a las personas que acuden al GAM a cuidarse es que han comprendido que pueden vivir con la diabetes siempre y cuando tengan los cuidados necesarios, donde la alimentación es lo principal.

Esto no quiere decir que aquellas personas que no acuden a un grupo como el GAM no puedan cuidarse, llevar un tratamiento, o vivir con la enfermedad, pues como se dijo antes, eso depende en gran medida de la propia persona. Entonces, si una persona tiene el conocimiento y la información necesaria de la enfermedad, independientemente de dónde obtenga estos datos, puede llegar a vivir mejor la enfermedad.

Por lo tanto, se piensa que sería importante que las personas con este tipo de padecimientos tuvieran espacios independientes de cualquier tipo de instancia médica en donde puedan obtener información necesaria de la enfermedad, pero sobre todo un acompañamiento físico y emocional, en donde no existan prejuicios hacia ningún tipo de tratamiento pero sobre todo donde se le dé importancia al enfermo y no a la enfermedad.

Antes de finalizar quisiera mencionar, que los elementos analizados en esta investigación sobre la vivencia de las personas con diabetes fueron aquellos que responden a los objetivos de la misma, sin embargo, la abundancia de datos contenida en las historias invita a profundizar en una variedad de temas, tales como la relación con la familia, el

momento en que la diabetes llega a su vida, la representación de la enfermedad, sus conocimientos de la misma, así como los problemas personales, los problemas económicos, la cuestión de género, entre otros, que impiden o posibilitan llevar un tratamiento y/o acudir con médicos, alópatas o no alópatas. Los acotados tiempos me obligan a posponer para un momento mejor el procesamiento de dichos datos y su análisis, tarea que irremisiblemente he de realizar en un futuro cercano.

ANEXOS.

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAS QUE VIVEN CON DIABETES ("QUEENS 1" y "QUEENS 2", NO QUEENS, GAM PASIVOS Y NO GAM)[72]

I. DATOS GENERALES.

Datos personales

1. ¿Cuál es su nombre completo?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Cuál es su estado civil?
4. ¿Dónde nació?
5. ¿Estudio? (Si es negativa la respuesta) ¿Por qué no?
6. ¿Hasta qué año fue a la escuela?
7. ¿Cuál es su estado civil?
8. ¿Tiene/tuvo hijos? ¿Cuántos?
9. ¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Qué son de usted?
10. ¿A qué se dedica actualmente?
11. ¿Sabe leer y escribir [español]?
12. ¿Habla alguna lengua indígena? ¿Cuál?
13. ¿Tiene alguna inclinación religiosa? ¿Cuál?

Situación económica

14. ¿En qué trabaja actualmente?
15. ¿Cuánto gana, aproximadamente?
16. ¿Le alcanza para sus gastos del hogar? ¿Por qué?
17. ¿Qué hace para que pueda hacer las compras?
18. ¿Le alcanza para sus gastos personales? ¿Por qué?
19. ¿Qué hace para que pueda hacer las compras?
20. ¿Le alcanza para sus gastos médicos en general? ¿Por qué?
21. ¿Qué hace para que pueda hacer esos gastos?
22. ¿Le alcanza para los gastos de su enfermedad? ¿Por qué?
23. ¿Qué hace para que pueda hacer esos gastos?
24. ¿Tiene deudas? ¿Por qué?
25. ¿Su familia sabe de las deudas?
26. ¿La apoyan para saldar las deudas? ¿Cómo?

Si no trabaja:

27. ¿Su esposo(a), algún hijo o alguien que viva con usted trabaja?
28. ¿Lo apoya económicamente?
29. Si no es así, ¿Cómo sobrevive económicamente?
30. ¿Cómo ha sido esta experiencia para usted?
31. ¿Ha tenido problemas por falta de dinero?
32. ¿Me podría hablar un poco de esto?
33. ¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad?
34. ¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad? ¿Por qué?
35. ¿Ha tenido otros problemas relacionados con el dinero (préstamos, deudas, etc.)?
36. ¿Me podría hablar un poco de esto?
37. ¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad?
38. ¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad? ¿Por qué?
39. ¿El dinero que le dan le alcanza para sus gastos?
40. ¿El dinero que le dan le alcanza para sus gastos médicos en general?
41. ¿El dinero que le dan le alcanza para los gastos de su enfermedad?

[72] En algunos apartados se hace la distinción de la guía para cada grupo.

42. ¿Tiene deudas? ¿Por qué?
43. ¿Su familia sabe de las deudas?
44. ¿La apoyan para saldar las deudas? ¿Cómo?

Experiencias laborales

45. ¿Ha trabajado anteriormente? (Si la respuesta es negativa ir a la pregunta 25)
46. ¿Ha tenido/tuvo problemas en sus trabajos?
47. ¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad? ¿Cómo fue?
48. ¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad?
49. ¿La enfermedad causó problemas en usted, hablando de su ámbito laboral? ¿Cuáles?
50. ¿Me podría hablar de su esas experiencias?
51. ¿Ya superó esa experiencia? ¿Cómo?
52. ¿Estas experiencias le causaron problemas a nivel familiar? ¿Cuáles?
53. ¿Me podría hablar de esos problemas?
54. ¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad?
55. ¿Ya superó esa experiencia? ¿Cómo?

Situación étnica[73]

56. ¿Dónde nació?
57. ¿Pertenece a algún grupo étnico? ¿A cuál?
58. ¿En qué año migró a San Cristóbal? ¿Por qué?
59. ¿Recuerda esa experiencia? ¿Cómo fue?
60. ¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad?
61. ¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad? ¿Por qué?
62. ¿Ha tenido problemas por ser hablante de lengua indígena? ¿Cuáles?
63. ¿Ha tenido problemas por alguna enfermedad por ser hablante lengua indígena? ¿Cuáles?
64. ¿Ha tenido problemas en su experiencia con la diabetes/azúcar por ser hablante de lengua indígena? ¿Cuáles?
65. ¿Me podría contar sobre éstos?
66. ¿Le gustaría que en las instituciones médicas (públicas/privadas) hablaran su lengua? ¿Por qué?
67. ¿Le gustaría que en el GAM hablaran su lengua? ¿Por qué?

Situación religiosa.

68. ¿Ha cambiado de religión? ¿Por qué motivos? ¿Cuántas veces? ¿Por qué?
69. ¿Cómo fue esa experiencia?
70. ¿Ha notado cambios en su vida? ¿Cuáles?
71. ¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad, o la enfermedad fue la causa?
72. ¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
73. ¿Su religión tiene algún aspecto relacionado al cuidado de la salud?
74. ¿Me podría contar sobre eso?
75. ¿En su comunidad religiosa saben que usted tiene diabetes/azúcar? ¿Cómo se enteraron y cuál fueron las reacciones?
76. ¿Ha acudido a ellos para algún apoyo relacionado con la diabetes/azúcar? ¿Cuál(es) ha(n) sido? ¿Por qué acudió a ellos?

II. <u>ENFERMEDAD</u>

Conocimientos.

77. ¿Cuánto tiempo lleva con la enfermedad?
78. ¿Por qué cree que se enfermó?
79. ¿Qué sabe de la Diabetes/Azúcar? [Causas y consecuencias]
80. ¿Sabe si tiene cura?
81. ¿Cómo se ha enterado de lo que sabe?
82. ¿Es importante para usted conocer sobre su enfermedad?

---

[73] Si contestó en la pregunta cuatro ser originario de algún municipio habitado por población originaria y afirmativamente la pregunta 12 de los datos personales.

83. ¿Es importante para usted estar pendiente de su enfermedad?
84. ¿Qué es estar pendiente para usted?
85. ¿Conoce lo que pasa en su cuerpo?
86. ¿Usted se considera diabético o aún tiene dudas de que tenga esa enfermedad? ¿Por qué?

Antecedentes de la enfermedad.
87. ¿Alguien de su familia ha tenido o tuvo Diabetes/Azúcar?
88. ¿Qué relación tiene con esa persona?
89. ¿Usted qué sabe de la enfermedad de su familiar?
90. ¿Se acuerda de cómo vivió esa persona su enfermedad? (En caso de que ya haya fallecido)
91. ¿Usted acudía regularmente al médico antes de que le dieran el diagnóstico de la diabetes/azúcar?
92. ¿Cómo era su relación con las instituciones de salud (públicas/privadas) antes de la diabetes/azúcar?

Inicio de la enfermedad.
93. ¿En qué momento y cómo se dio cuenta de que algo andaba mal en su salud?
94. ¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?
95. ¿Relacionó los síntomas con la enfermedad?
96. ¿Cuándo supo que lo que tenía era Diabetes/Azúcar?
97. ¿Cómo lo supo?
98. ¿Quién se lo dijo y cómo?
99. ¿Qué sintió en el momento de saber que era Diabetes/Azúcar?
100. ¿Cuál fue su reacción? ¿Qué fue lo primero que pensó cuando se dio cuenta?
101. ¿Cómo se lo dijo a su familia?
102. ¿Cómo reaccionaron?
103. ¿Qué sabía en ese momento de la enfermedad?

III.BÚSQUEDA DE AYUDA
Autoatención.
104. ¿Hizo algo para contrarrestar los síntomas o los dejó pasar?
105. ¿Qué hizo?
106. ¿Le dijo a alguien de esos síntomas? ¿A quién? ¿Por qué a esa persona? ¿Cuánto tiempo pasó para que le dijera a esa persona?
107. ¿Qué le recomendó esa persona?
108. ¿Usted lo hizo? ¿Por qué?
109. ¿Acudió con alguna otra persona que no fuera especialista (médico alópata, hierbero, espiritualista, curandero, *j- ilol*, rezador, etc.)? ¿Por qué?
110. ¿Qué acciones se hicieron en el ámbito doméstico antes de buscar ayuda a un especialista?
111. ¿Cuáles son los motivos que lo llevaron a tomar la decisión de acudir al centro de salud para pedir ayuda?

Biomedicina.
112. ¿En qué momento acudió con un especialista?
113. ¿Por qué acudió en ese momento y con esa persona?
114. ¿Cuál fue su experiencia?
115. ¿Qué le recomendó?
116. ¿Hizo caso a sus sugerencias? ¿Por qué?
117. ¿Vio resultados?
118. ¿Cuánto tiempo espero para ver resultados?
119. ¿Acudía al mismo tiempo con otro especialista? ¿Por qué y a cuál?
120. ¿Cuánto tiempo esperó para cambiar de especialista?
121. ¿Alguna vez ha ido con médicos particulares? ¿Por qué?
122. ¿Cómo fue su experiencia?
123. ¿Con cuántos ha acudido? ¿Por qué?
124. ¿Ha acudido con más de uno al mismo tiempo? ¿Por qué?

[Centro de Salud][74]
125. ¿En qué momento acudió al centro de salud y por qué? [Si no ha acudido al centro de salud para consultas preguntar ¿Por qué?]
126. ¿Con qué médico?
127. ¿Cómo fue su experiencia?
128. ¿Ha cambiado de médico? ¿Por qué?
129. ¿Cuánto tiempo lleva en el centro de salud?
130. ¿Cómo ha sido su experiencia?
131. ¿Ha tenido algún problema en el centro de salud?
132. ¿En qué momento comenzó a tener consultas con el Dr. José Ma.?
133. ¿Cuál ha sido su experiencia con él?
134. ¿Ha tenido algún problema con él?
135. ¿Acude a otro lugar aparte del centro de salud? ¿Con quién? ¿Por qué?
136. ¿Está satisfecho en el centro de salud? ¿Por qué?
137. ¿Está satisfecho con la atención del médico? ¿Por qué?
138. ¿Ha dejado de ir a consultas al centro de salud? ¿Por qué?
139. ¿Les hacen recomendaciones en la consulta sobre su enfermedad? ¿En qué consisten?
140. ¿Usted lleva a cabo todas las recomendaciones que le hacen en la consulta? ¿Por qué?

[GAM]
141. ¿Cómo se enteró del GAM?
142. ¿Desde hace cuánto tiempo acude al GAM?
143. ¿Cada cuándo acude? ¿Por qué?
144. ¿Cuáles son las actividades que realiza en el GAM?
145. ¿Qué ha aprendido en el GAM?
146. ¿Le han informado sobre su enfermedad? ¿Qué le han dicho?
147. ¿Es importante para usted acudir al GAM? ¿Por qué?
148. ¿Cree que es importante el GAM en el cuidado de su enfermedad? ¿Por qué?
149. ¿Qué le gusta del GAM?
150. ¿Qué le disgusta del GAM?
151. ¿Ha habido problemas dentro del GAM? ¿Por qué? ¿Cuáles han sido?
152. ¿Esto ha traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
153. ¿Ha tenido problemas fuera [familia, esposo, etc.] por asistir al GAM? ¿Por qué? ¿Cuáles han sido?
154. ¿Esto ha traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
155. ¿Ha tenido cambios en su enfermedad a partir de asistir al GAM? ¿Cuáles? ¿Por qué?
156. ¿Les hacen recomendaciones en el GAM sobre su enfermedad? ¿En qué consisten?
157. ¿Usted lleva a cabo todas las recomendaciones que le hacen en el GAM? ¿Por qué?

(QUEENS 1 y QUEENS 2)
158. ¿Usted es parte del grupo "The Queens"?
159. ¿Cuál de los dos? ¿Hay diferencias entre los dos? ¿Cuáles?
160. ¿Qué es "The Queens"?
161. ¿Usted sabe por qué se formó?
162. ¿Tienen actividades diferentes a los otros asistentes al GAM pero que no forman parte de "The Queens"?
163. ¿Cuáles son o fueron esas actividades?
164. ¿Es importante para usted ser parte de éste? ¿Por qué?
165. ¿Cómo fue el proceso de acreditación?
166. ¿Ha tenido cambios en su enfermedad a partir de ser parte del grupo "The Queens"? ¿Cuáles? ¿Por qué?

[74] **Si no lleva su tratamiento en el centro de salud, preguntar por la institución donde se atiende y por qué no acude al C.S., si acudió en algún momento preguntar por qué dejó de asistir.*

(NO QUEENS)
167. ¿Ha escuchado hablar del grupo "The Queens"? Sabe ¿Quiénes son y por qué se formó?
168. ¿Por qué usted no formó parte de ese grupo?
169. ¿Nota alguna diferencia en el trato que se le da a ese grupo y al resto?
170. ¿Les hacen recomendaciones en el GAM sobre su enfermedad? ¿En qué consisten?
171. ¿Usted lleva a cabo todas las recomendaciones que le hacen en el GAM? ¿Por qué?

(GAM PASIVOS)
172. ¿Cuánto tiempo acudió? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué?
173. ¿Qué le pareció?
174. ¿Por qué dejó de acudir?
175. ¿Desde hace cuánto tiempo dejó de acudir al GAM?
176. ¿Cómo fue su experiencia en el GAM?
177. ¿Tuvo problemas dentro del GAM? ¿Por qué? ¿Cuáles fueron?
178. ¿Esto ha traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
179. ¿Tuvo problemas fuera [familia, esposo, etc.] por asistir al GAM? ¿Por qué? ¿Cuáles han sido?
180. ¿Esto ha traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
181. ¿Cree que es importante el GAM en el cuidado de su enfermedad? ¿Por qué?
182. ¿Qué le gustó del GAM?
183. ¿Qué le disgustó del GAM?
184. ¿Si pudiera cambiar algo, qué sería?
185. ¿Ha escuchado hablar del grupo "The Queens"?
186. ¿Sabe por qué y cómo se formó?

(NO GAM)
158. ¿Ha escuchado hablar de un grupo para personas con diabetes en el centro de salud?
159. ¿Quién le ha dicho?
160. ¿Lo conoce?
161. ¿Ha asistido en alguna ocasión? ¿Por qué?
162. ¿Le gustaría asistir a ese grupo? ¿Por qué?

Otros sistemas médicos
187. ¿Conoce las prácticas médicas de otros sistemas médicos como (hierbero, espiritualista, curandero*, j- ilol*, rezador, etc.)?
188. ¿Las ha utilizado alguna vez?
189. ¿Con qué frecuencia acude con ellos?
190. ¿Cómo han sido sus experiencias?
191. ¿Ha acudido con este tipo de curanderos por la Diabetes/Azúcar? ¿Por qué?
192. ¿En qué momento acudió?
193. ¿Alguien se lo recomendó? ¿Quién? ¿Por qué le hizo caso?
194. ¿Qué le han dicho de su enfermedad?
195. ¿Con cuántos ha acudido?
196. Me podría hablar de la experiencia con cada uno de ellos.
197. ¿Por qué hubo cambios de curanderos?
198. ¿Continúa asistiendo a este tipo de curanderos? ¿Por qué? ¿Con quién?

IV.<u>CUIDADOS</u>
Personales.
199.¿Usted se cuida por su enfermedad? ¿Por qué?
200.¿Cómo se cuida?
201.¿Qué hace en casa?
202.¿Cómo es su alimentación?
203.¿Qué es lo que come regularmente?
204.¿Ejemplo de su alimentación diaria?
205.¿Hace algún tipo de ejercicio? ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia?

206.¿Hace algo más para cuidarse? ¿En qué consiste? ¿Podría explicármelo?
207.¿Cambió su estilo de vida al tener diabetes? ¿En qué?
208.¿Ha modificado sus actividades cotidianas? ¿Cómo cuáles?
209.¿Continúa con sus actividades personales, familiares y laborales, como lo hacía antes de su enfermedad?
210.¿Qué hace en su tiempo libre?

Familiares
211.¿Cuál es la reacción de las personas que viven con usted ante la enfermedad y sus cuidados?
212.¿Alguien de su familia le ayuda a cuidarse? ¿Quién? ¿En qué consiste su ayuda?
213.¿Cómo es la relación con su pareja, su familia y amistades? ¿Ha cambiado en algo?
214.¿Cuenta con el apoyo de su pareja, su familia y amistades en relación a su enfermedad? ¿Cómo es ese apoyo?
215.¿Cree que el apoyo y los cuidados fueran diferentes si usted fuera hombre/mujer? ¿Por qué?
Si es viudo (a), separado (a), divorciado (a):
216.¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad?
217.¿Cómo fue esa experiencia?
218.¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
219.¿Ya superó esa experiencia? ¿Cómo?
Si alguno de sus hijos está lejos, está muerto o no tiene relación con él:
220.¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad?
221.¿Cómo fue?
222.¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad? ¿Cuáles?
223.¿Ya superó esa experiencia? ¿Cómo?
Si está separado (a) de su familia o ha tenido problemas:
224.¿Esa experiencia la tuvo antes o durante la enfermedad?
225.¿Cómo fue?
226.¿Usted cree que eso haya traído consecuencias en su enfermedad?
227.¿Ya superó esa experiencia? ¿Cómo?

Económicos.
208. ¿La diabetes/azúcar es una enfermedad costosa, económicamente? ¿Por qué?
209. ¿Se endeudó a causa de la diabetes/azúcar?
210. ¿A quién ha recurrido para prestar dinero? ¿Por qué?
211. ¿Ha tenido problemas para pagar a tiempo? ¿Por qué?
212. ¿Cuáles han sido las consecuencias de no pagar a tiempo?
213. ¿Usted cree que eso afecte a su enfermedad? ¿Por qué?

V. MOMENTOS DE ALTERACIÓN
Alteraciones de la glucosa.
214. ¿Sabe cuándo los niveles de glucosa se alteran en su cuerpo?
215. ¿Cuáles son las situaciones que hacen que se le sabe el azúcar?
216. ¿Regularmente suben o bajan?
217. ¿Cómo lo sabe?
218. ¿Identifica algunos síntomas? ¿Cuáles?
219. ¿Identifica por qué cambian los niveles de glucosa? ¿Por qué?
220. ¿Qué hace en esos momentos?
221. ¿Son frecuentes?
222. ¿Cuántas veces le ha pasado?
223. ¿Lo relaciona con algún aspecto o problema específico? ¿Por qué?
224. ¿Ha hecho algo para que no tenga esas alteraciones? ¿Qué y por qué?
225. ¿Le afectan los problemas económicos, con su pareja, con sus hijos, familia o conocidos en su enfermedad? ¿Cómo?
226. ¿Ha hecho algo para que no tenga esas alteraciones? ¿Qué y por qué?

Complicaciones de la enfermedad
227. ¿Ha tenido complicaciones de la diabetes/azúcar?
228. ¿Cuál (es)?
229. ¿Me podría hablar de cada una de ellas?
230. ¿Cuál fue el orden de aparición?
231. ¿Por qué cree usted que se presentó cada una?
232. ¿A quién acudió cuando se presentó cada una?
233. ¿Acudió al médico de consulta? ¿Qué le dijo?
234. ¿Le dio algún tratamiento? ¿Cuál fue?
235. ¿Cuáles fueron los resultados?
236. ¿Acudió a alguien más?
237. ¿Le dio algún tratamiento? ¿Cuál fue?
238. ¿Cuáles fueron los resultados?
239. ¿Aún presenta las complicaciones? ¿Cuál (es)?
240. ¿Cómo ha sido vivir con esa(s) complicación(es)?
241. ¿Usted cree que se puedan curar? ¿Por qué?

Otras enfermedades.
242. ¿Durante la diabetes/azúcar ha tenido otras enfermedades?
243. ¿Cuáles han sido?
244. ¿Cómo ha sido su experiencia con cada una de esas enfermedades?
245. ¿A dónde ha acudido para tratarlas [Autoatención, Medicina alópata, otras prácticas médicas]?
246. ¿Se ha aliviado?
247. ¿Usted cree que esa enfermedad es consecuencia de la diabetes/azúcar? ¿Por qué?
248. ¿Usted cree que esa enfermedad haya complicado a la diabetes/azúcar? ¿Por qué?
249. ¿Han sido costosas, económicamente?
250. ¿Se endeudó a causa de estas enfermedades?

Abandono del tratamiento.
251. ¿Ha dejado de hacer algo por su enfermedad en algún momento?
252. ¿Por qué?
253. ¿Cómo lo decidió?
254. ¿Qué paso para que tomara esa decisión?
255. ¿Cuánto tiempo estuvo sin algún tratamiento?
256. ¿Qué paso con usted, con su cuerpo en ese tiempo?
257. ¿Reanudó su tratamiento? ¿Por qué?
258. ¿Con el mismo especialista o cambió? ¿Por qué?
259. ¿Cuántas veces ha pasado eso?

VI.ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD
Biomedicina
260. ¿Actualmente con qué especialista (s) acude?
261. ¿Es importante para usted ir a consultas? ¿Por qué?
262. ¿Cada cuándo acude a consultas?
263. ¿Está tomando algún medicamento actualmente? ¿Cuál(es)?/ ¿Por qué no?
264. ¿Cuál (es) es (son) la (s) dosis?
265. ¿Lleva a cabo al pie de la letra las recomendaciones y el tratamiento? ¿Por qué?
266. ¿Usted compra su medicamento?
267. ¿Cuánto gasta en promedio al mes?
268. ¿Está de acuerdo con la forma en que lleva el tratamiento en el C.S.? ¿Por qué?
269. Si no es así, ¿Qué cambiaría o qué hace falta?

Dieta y ejercicio.
270. ¿En el C.S./Otra institución médica le han recomendado hacer ejercicio? ¿Qué tipo? ¿Con qué frecuencia?
271. ¿Quién se lo recomendó?

272. ¿Lleva a cabo al pie de la letra las recomendaciones y el tratamiento? ¿Por qué?
273. ¿En el C.S./Otra institución médica le han recomendado hacer dieta?
274. ¿En qué consiste?
275. ¿Quién se lo recomendó?
276. ¿Le ha costado trabajo seguirla?
277. ¿La ha modificado? ¿Por qué?
278. ¿Lleva a cabo al pie de la letra las recomendaciones y el tratamiento? ¿Por qué?

Otros sistemas médicos.
279. ¿Hace algo más que acudir a consultas para cuidarse?
280. ¿En qué consiste?
281. ¿Cómo conoció esa(s) práctica(s)/ curandero (s)?
282. ¿Alguien se lo recomendó? ¿Quién? ¿Por qué le hizo caso a esa persona?
283. ¿Qué le recetaron? ¿Es caro?
284. ¿Le recomendaron hacer otra cosa además del tratamiento? ¿Qué?
285. ¿Lleva a cabo al pie de la letra las recomendaciones y el tratamiento? ¿Por qué?
286. ¿Cuáles han sido los resultados?

Autoatención.
287. ¿Hace algo más en su hogar por su enfermedad? ¿Cómo qué?
288. ¿Toma tés? ¿Cuáles? ¿Quién se los recomendó?
289. ¿Cuál es la dosis?
290. ¿Desde hace cuánto los toma?
291. ¿Cómo se ha sentido?
292. ¿Utiliza ungüentos, jarabes, lociones, pomadas, etc.? ¿Cómo cuáles?
293. ¿Cuál es la dosis?
294. ¿Desde hace cuánto los toma?
295. ¿Cómo se ha sentido?
296. ¿Hace algo más?

Otras enfermedades.
297. ¿Actualmente tiene otra(s) enfermedad(es)?
298. ¿Cuál(es)?
299. ¿Cómo ha sido su experiencia con esa(s) enfermedad(es)?
300. ¿A dónde ha acudido para tratarla(s) [Autoatención, Medicina alópata, otras prácticas médicas]?
301. ¿Se ha aliviado?
302. ¿Usted cree que esa enfermedad es consecuencia de la diabetes/azúcar? ¿Por qué?
303. ¿Usted cree que esa enfermedad haya complicado a la diabetes/azúcar? ¿Por qué?
304. ¿Han sido costosas, económicamente?
305. ¿Se endeudó a causa de estas enfermedades?

Situación personal.
306. ¿Cómo se siente actualmente? ¿Le duele algo? ¿Le preocupa algo?
307. ¿Cómo se siente con la enfermedad?
308. ¿Cómo siente a su familia en relación a su enfermedad?
309. ¿La enfermedad le ha cambiado su forma de ser y de vivir?
310. ¿Se siente limitado o incompleto por padecer diabetes?
311. ¿Cómo describiría su vida antes y después de enterarse que es diabético?
312. ¿Cómo es la relación actual con su pareja, su familia o personas con las que vive?
313. ¿Qué le diría a una persona que apenas se enteró que es diabético?
314. ¿Recomendaría la asistencia al GAM? ¿Por qué?
315. ¿Algo que para usted sea importante sobre su enfermedad y que no se lo haya preguntado?

FOTOGRAFÍAS

GRUPO DE AYUDA MUTUA "LOS PINOS"

Fuente: Trabajo de campo septiembre-diciembre 2011.

ESPACIO DE LAS PLÁTICAS.

Fuente: Trabajo de campo septiembre-diciembre 2011.

EJERCICIOS.

Fuente: Trabajo de campo septiembre-diciembre 2011.

REUNIONES.

Fuente: Trabajo de campo septiembre-diciembre 2011.

Muestra gastronómica

Fuente: Trabajo de campo septiembre-diciembre 2011.

Tabla rítmica

Fuente: Trabajo de campo septiembre-diciembre 2011.

BIBLIOGRAFÍA.

Abric, Jean-Claude.
2001 *Prácticas y Representaciones sociales*, México D.F., ediciones Coyoacán.

Aiello, Lloyd M y Jerry D. Cavallerano.
1994 "Complicaciones oculares", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones.* American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional, México, D.F., p.p.219-231.

Arias Gutiérrez, Gema Guadalupe.
2008 *Implementación de un grupo de control de Diabetes Mellitus tipos 2 desde la identificación de los conocimientos prácticos de salud y alimentación de los adultos de la comunidad de los Sauces, Guanajuato.* (Tesis de licenciatura en nutrición y ciencia de los alimentos).

Bennett Peter H.
2003 "Aspectos epidemiológicos de la diabetes mellitus de tipo 2", en LE ROITH, Derek; TAYLOR, Simeon I.; OLEFSKY, Jerrold M. (coordinadores) (2003) *Diabetes mellitus. Texto básico y clínico,* México, McGraw Hill, ISBN 970-10-3911-4. pp. 674-679.

Bourdieu, Pierre.
1978 "Outline of a Theory of Practice", citado por Ortner, Sherry (1993) *La teoría antropológica desde los años sesenta.* Cuadernos de Antropología, Ediciones de la Universidad de Guadalajara, 1993 (83 páginas).

_____
1990 *Sociología y Cultura.* Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Ediciones Grijalbo, México.

Bott, Elizabeth.
1990 *Familia y red social.* Ed. Taurus, Madrid. Citado por Larralde Corona, Selvia (2001) ¿Quién cuida a Esteban? Familias desgastadas. Unidades domésticas con enfermos crónicos. [Tesis de maestría] CIESAS D.F.

Byrne, Maria M.; Jeppe Sturis; Melissa Cavaghan, Niall M. O'Meara y Kenneth S. Polonsky.
2003 "Secreción de insulina en el ser humano, en LE ROITH, Derek; TAYLOR, Simeon I.; OLEFSKY, Jerrold M. (coordinadores) (2003) *Diabetes mellitus. Texto básico y clínico,* México, McGraw Hill, ISBN 970-10-3911-4. pp. 131-142.

Campos Navarro, Roberto (Comp.)
1992 *La Antropología Médica en México.* Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, Tomos I y II, México.

_____
1998 *Nosotros los curanderos.* Editorial Nueva Imagen, México.

Cardoso Gómez, Marco Antonio.
2006 "La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. Cultura, dieta y diabetes", en *Revista Cuicuilco* (ENAH) mayo-agosto, año/vol. 13, número 037, México D.F., pp. 129-142, consultado en Redalyc (www.reladyc.uaemex.mx).

2009 "El fenómeno sociocultural y económico de la Diabetes. Los contrastes urbano/rural", en *3ª. Reunión Internacional sobre Diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*, UNAM-Seminario sobre Medicina y Salud, México, D.F., pp. 65-74.

Cartas Fuentevilla, Guadalupe.
2010 *Diabetes Mellitus II: Autoatención y experiencias del padecimiento, San Cristóbal, Chiapas*. Tesis de maestría, ECOSUR, San Cristóbal de las Casas.

Contreras Utrera, Julio.
2007 "El cabildo de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (1876-1911), en: Camacho, Dolores, Arturo Lomelí y Paulino Hernández (Coordinadores) *La ciudad de San Cristóbal de Las Casas: A sus 475 años. Una mirada desde las ciencias sociales*. CONECULTA-Chiapas (Colección Hechos en palabras). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p.p. 60-71.

Coustan, Donald R.
1994 "Diabetes mellitus gestacional", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F., p.p. 9-13.

Daly, Anne.
1994 "Tratamiento dietético", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F., p.p. 89-93.

De Mejía, Elvira; Agustín Díaz Gois; Vijai K. Pasupuleti; Vicenta Morales Flores; Kelvin Saldaña Valero.
2009 "Proyecto de control metabólico de diabetes mellitus tipo 2. A través de la ingesta de un complemento de soya en grupos de ayuda mutua en San Luis Potosí, México", en: *3ra reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Universidad Nacional Autónoma de México – Seminario sobre medicina y salud, México, D.F., pp. 143-150.

De Vos, Jan.
1986 *San Cristóbal. Ciudad Colonial*. INAH, México D.F.

Dolger, Henry y Bernard Seeman.

2006 *How to live with Diabetes*. Editorial W.W. Norton & Company Inc., Nueva York, NY, Estados Unidos. (Traducción en español Bertha D.L. de Valverde. Editorial Diana, México).

Durkheim, E.
1898 "Reprèsentations individuelles et representations collectives. Revue de Métaphysique et de Morale", VI, 273-302. Citado por Moscovici, S. (1961) *La psychanalyse, son image et son public*, País PUF.

Fitzpatrick R, et. al.
1990 *La enfermedad como experiencia*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica.

Freidson, Elliot.
1978 *La profesión médica*. Editorial Península, Barcelona España, pp. 21-35.

Friedman, A.
1994 "Insuficiencia renal crónica", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F., p.p. 251-257.

German, Michael.
2003 "Regulación del gen de la insulina," en LE ROITH, Derek; TAYLOR, Simeon I.; OLEFSKY, Jerrold M. (coordinadores) (2003) *Diabetes mellitus. Texto básico y clínico,* México, McGraw Hill, ISBN 970-10-3911-4. pp. 13-23.

Gibbons, Gary W. y Frank W. LoGefro.
1994 "Úlceras e infecciones del pie", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F., p.p. 325-330.

Giddens, Anthony.
1984 *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires, Amorrortu, Pp. 39-75.

Goffman, Edwin.
1988 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Nueva York, EUA. (1961)

Horton, Edward.
1994 "Ejercicio", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F., p.p. 99-106.

Jodelet, Denise.
1985 "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría", en: Moscovici, *Psicología Social II*, Barcelona, España. Ediciones Paidos Pp. 469-494.

Kleinman, Arthur.
1988 *The Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Estados Unidos de Norteamérica, ediciones Basic books, Inc., p.p. 284.

Lara Esqueda, Agustín.
2009 ·Epidemiología de la Diabetes Mellitus en México 1993-2006. Una visión de los últimos años", en: *3ª. Reunión Internacional sobre Diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*, UNAM-Seminario sobre Medicina y Salud, México, D.F., pp. 151-162.

Larralde Corona, Selvia.
2001 *¿Quién cuida a Esteban? Familias desgastadas. Unidades domésticas con enfermos crónicos*. [Tesis de maestría] CIESAS D.F.

Lebovitz, Harold E. (Editor).

1994 *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones*. American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F.

Lerín Piñón, Sergio.
2009 "La dimensión sociocultural de la diabetes mellitus tipo 2: investigación en curso", en: *3ra reunión internacional sobre diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*. Universidad Nacional Autónoma de México – Seminario sobre medicina y salud, México, D.F., pp. 75-90.

Long, Andrew.
1992 "Goods, knowledge and beer. The metodological significance of situational analysis and discourse" en: Norman Long y Ana Long, Battlefields *of knowledge: the interlocking of theory and practice in social research and development*, Routledge. Pp. 147-170.

Long, Norman.
2007 *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor,* El Colegio de San Luis, CIESAS, México.

López Sánchez, Cuauhtémoc.
1989 *Lecturas Chiapanecas*. Gobierno del Estado de Chiapas. Consejo Estatal para el Fomento a la investigación y difusión de la cultura. Editorial Porrúa. México D.F., Tomo I, II, IV y V.

Menéndez, Eduardo.
2003 "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Revista Ciencia & Saúde Colectiva*, vol. 8, nº 1.

Millán Velasco, Francisco.
2007 "Rezago y perspectivas en la oferta social e institucional de los servicios de salud hospitalarios y de salubridad pública en San Cristóbal de Las Casas", en: Camacho, Dolores, Arturo Lomelí y Paulino Hernández (Coordinadores) *La ciudad de San Cristóbal de Las Casas: A sus 475 años. Una mirada desde las ciencias sociales.* CONECULTA-Chiapas (Colección Hechos en palabras). Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p.p. 273-293.

Moscovici, Serge.
1961 "La psychanalyse, son image et son public", País PUF. Citado por: Moscovici, Serge (1985) *Psicología Social II*, Barcelona, España. Ediciones Paidos.

_____
1979 "Psychologie des minorities actives", París, PUF (Traducción castellana: Psicología de las minorías activas, Madrid, Morato, 1981), citado por: Moscovici, (1985) *Psicología Social II*, Barcelona, España. Ediciones Paidos.

_____
1981 "On social representation", en J. P. Forgas (ed.): *Social cognition: perspectives in everyday understanding*, Londres, Academic Press, citado en: Moscovici, (1985) *Psicología Social II*, Barcelona, España. Ediciones Paidos.

_____
1985 *Psicología Social II*, Barcelona, España. Ediciones Paidos.

Nazar Beutelspacher Austreberta y Benito Salvatierra Izaba.
2009 "La derechohabiencia en el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres y mujeres de asentamientos urbanos pobres de Chiapas,

México".174-191, en*: Sociedad y desigualdad en Chiapas Una mirada reciente.* Jorge Luis Cruz Burguete y Austreberta Nazar Beutelspacher, editores ECOSUR.

Nuijten, Monique.
1992 "Local organization as organizing practices. Rethinking rural institutions", en: Norman Long y Ana Long, *Battlefields of knowledge: the interlocking of theory and practice in social research and development*, Routledge. Pp. 189-207.

Ortner, Sherry.
1993 *La teoría antropológica desde los años sesenta.* Cuadernos de Antropología, Ediciones de la Universidad de Guadalajara, 1993 (83 páginas).

_____
2006 *Anthropology and Social theory, culture, power and the acting subject,* Duke U. Press, (introducción, y capítulos 5 y 6: pp. 1-18, y 107-153).

Osorio Carranza, Rosa María.

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles.* Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, México.

Polgar, Steve.
1963 *La acción médico-sanitaria en la perspectiva intercultural,* Nueva Yersey, Prentice Hall.

Portelli, Hughes.
1973 *Gramsci y el bloque histórico*, México, Editorial Siglo XXI.

ROCHE.
2010 *Guía práctica para pacientes con Diabetes tipo 2.*

Santiago Cruz, Francisco.
1981 *San Cristóbal de Las Casas. En el relato de sus historiadores.* Ediciones conmemorativas de la fundación de Ciudad Real de Chiapas, en el tiempo actual San Cristóbal de Las Casas. Editorial Tradición. México D.F.

Secretaría de Salud.
1994 *Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-1994:4), Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.* (DOF – 18 de diciembre de 1994) 50 págs.

_____
2008 *Programa de acción específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. Subsecretaria de prevención y promoción de la salud.*

_____
2011a *Rendición de cuentas en salud 2010.*

_____
2011b *Estrategia Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas.* Programa de salud en el adulto y el anciano 2011. México, D.F.

Sewell, W.
1992 "A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation", en *The American Journal of Sociology*, Vol. 98, núm. 1 (Jul., 1992) 1-29.

Solís Hernández Manuela.

2009 *Transferencias entre generaciones: el caso de diabetes mellitus tipo II en Chiapas, México.* Tesis de maestría, ECOSUR, San Cristóbal de las Casas.

Suchman, Edward.
1995 "Stages of Iones and Medical Care", en *Journal of Health and Human Behaviour,* núm. 6, pp. 114-115.

Skyler, Yay.
1994 "Tratamiento con insulina", en: Lebovitz, Harold E. (Editor) *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones.* American Diabetes Association, Programa Clínico Educacional. México, D.F., p.p. 121-130.

Trens, Manuel B.
1957 *Bosquejos históricos de San Cristóbal de Las Casas.* México, D.F.

Yañez Moreno, Pedro.
2012 "*He hipi cöhimoqueepe hac hocoaa ha, ¿zooh sah pacta teeh? "Sé que estoy enfermo, ¿Y qué hacer? La diabetes y sus significados entre los comcaac de Socaaix (Punta Chueca), Sonora,* tesis de maestría en Estudios socioculturales de salud, El Colegio de Sonora.

Young Alan.
1982 *The anthropologies of illness and sickness.* Annual Rev Anthropology 11:257-285.

Villalpando González, Clicerio.
2009 "La diabetes como problema económico-social en México. Reflexiones desde la comunidad", en: *3ª. Reunión Internacional sobre Diabetes. Una visión económica, sociocultural y familiar del problema*, UNAM-Seminario sobre Medicina y Salud, México, D.F., pp. 37-64.

Fuentes en Internet:

Arganis Juárez, Elia Nora. 2005 "La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes de Iztapalapa D.F.", en: *Revista Cuicuilco*, enero-abril, año/vol. 12, número 022, ENAH, México D.F., pp. 11-25, consultado en Redalyc (www.reladyc.uaemex.mx).

ADA American Diabetes Association (ADA) 2011 Standards of medical care in diabetes *Diabetes Care.* 2011; 34:S11-S61.http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003591.htm, (consultado el 25 de junio de 2012)
_____ 2012 Medline plus: http:www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003640.htm, (consultado el 26 de junio de 2012)

Fundación Esquipulas.2002 en: http://www.esquipulas.org/dispensario.htm, consultado el 18 de abril de 2012).

García Carrera, Cristina; Estrella Gutiérrez Fuentes; Liliana Borroel Saligan; Patricia Oramas Beauregard; Manuel Vidal López. 2002. "Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2", en *Revista Salud en Tabasco*, abril, año/vol. 8, número 001, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa Tabasco, México, pp. 16-19. Consultado en Redalyc. (www.reladyc.uaemex.mx).

Gutiérrez, Gonzalo. 1991.*Los sistemas locales de salud*: *una transición de la respuesta social organizada*, Salud Pública Méx.; Vol. 33(6):617-622, en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001132. Consultado 21/03/11.

Hoffman B. 2002 "On the Triad Disease, Illness and Sickness", en: *Journal of Medicine and Philosophy*, Volumen 27, Issue 6. Pp. 651-673. En: http://jmp.oxfordjournals.org/content/27/6/651.abstract,(consultado el 12 de febrero de 2010)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI.) 2010. Censo de Población y Vivienda 2010. INEGI, en: http://www.inegi.org.mx/

Nazar Beutelspacher Austreberta y Benito Salvatierra Izaba. 2010. "Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género", en: *Redalyc* (Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Porgutal), *papales de población*, vol. 16, núm. 64, abril-junio, pp. 67-92. Universidad Autónoma del Estado de México, http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?lCve=11213747004.

Revista El Orbe. 2012. "Calderon-Sabines Inauguran Hospitales en San Cristóbal de Las Casas y Comitán", en: http://elorbe.com/portada/05/08/calderon-sabines-inaguran-hospitalesen-san-cristobal-de-las-casas-y-comitan.html (Consultado el 24 de junio de 2012)

Secretaría de Salud. 2001. *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes*. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Vigilancia epidemiológica. México, D.F; 48 págs., en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiadiabetes.pdf

Trujillo Olivera, Laura Elena; Nazar Beutelspacher, Austreberta; Zapata Martelo, Emma; Estrada Lugo, Erin I.J. 2008. "Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir", en *Redalyc Papeles de Población,* Vol. 14, núm. 58, octubre-diciembre, pp. 231-258, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11205812.

Fuentes de trabajo de campo:

Departamento de epidemiología estatal.
Departamento de epidemiología jurisdiccional.
Departamento de epidemiología centro de salud "Los Pinos".

Entrevista a la Dra. María Eugenia Limón Ponce, coordinadora estatal del Programa de salud del adulto y adulto mayor.
Entrevista al Dr. Salvador Salvador López Jiménez, coordinador en la Jurisdicción II del Programa de salud del adulto y adulto mayor.
Entrevista a la Lic. Rosa Cecilia Estrada Sánchez, coordinadora en la Jurisdicción II del programa Control Cardiovascular.
Entrevista al Dr. José María del Rosario Gómez Gutiérrez, coordinador del GAM en el centro de salud "Los Pinos".
Entrevista a la c. Patricia, ex presidenta de la mesa directiva del GAM "Los Pinos".

Entrevista a integrantes Queens1 (Adriana, Berenice, Eliseo y Guadalupe).
Entrevista a integrantes Queens 2 (Alejandra, Héctor, Perla y Silvia).
Entrevista a integrantes No Queens (Irma, Joaquín, Leonor y Mónica).
Entrevista a integrantes GAM Pasivos (Antonia, Eduardo, Mariana y Rafaela).
Entrevista a integrantes No GAM (Alicia, Hugo, Isabel y María).