



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
FACULTAD DE PLANEACIÓN URBANA Y REGIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

**DIABETES Y VIDA COTIDIANA EN TECAXIC:
SUBJETIVIDADES Y SIGNIFICADOS**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA

ILIANA ESPINOZA RIVERA

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. NORMA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

TUTORES ADJUNTOS:
DRA. MARTHA ISABEL ÁNGELES CONSTANTINO
DR. ARISTEO SANTOS LÓPEZ
DRA. ALICIA MARGARITA TINOCO GARCÍA

TUTORA EXTERNA:
DRA. TANIA MORALES REYNOSO

ASESORES EXTERNOS:
DR. DAVID LE BRETON
CLARA BOUTET, etnóloga y antropóloga

TOLUCA, MÉXICO

8 DE OCTUBRE DE 2023

RESUMEN

La diabetes tipo 2 es un importante objeto de estudio de la investigación biomédica y clínica, debido a la afectación que provoca en el metabolismo hasta visibilizarse en el cuerpo, al progresar a complicaciones capaces de producir discapacidad o muerte prematura. Por su alta frecuencia e impacto a nivel mundial, en México y en el ámbito regional, dicho trastorno se ha convertido en elemento *objetivo* común de la investigación epidemiológica, al igual que en blanco de intervenciones del Estado y otros actores de la salud pública; es decir, se le reconoce además como un problema de la colectividad. Sin embargo, a pesar del destacado abordaje desde el enfoque cuantitativo, el incremento de la carga de enfermedad y muerte de la diabetes continúa, mientras que el individuo que convive con ella todavía tiene mucho que aportar.

El objetivo de este trabajo fue acrecentar el conocimiento del significado, estructura y esencia de la experiencia vivida del fenómeno que representa la diabetes a personas diagnosticadas. Para ello, se realizaron dos historias de vida y cinco entrevistas a profundidad a personas con diabetes que viven en la localidad de Tecaxic, México, en el marco del orden etnográfico y la observación participante, durante el periodo de septiembre de 2021 a febrero de 2023.

En un nivel superficial, la vida cotidiana de las personas con diabetes está matizada por el saber y las disposiciones del modelo biomédico, en especial, en torno a la alimentación. Conforme se accede a un nivel más profundo, los elementos de la cultura son más abundantes. El acceso a las diferentes subjetividades mostró estructuras particulares, al igual que para la esencia de la experiencia y significados de la diabetes. Esta enfermedad no se vive aisladamente, sino que concurre con los otros padecimientos de la vida cotidiana, se articula y entremezcla sus malestares y efectos a través de la dimensión espesor del análisis social.

Gran parte de las vivencias no puede ser enunciada y permanece encriptada en el cuerpo, posiblemente como algo no autorizado, por lo que se sugiere una indagatoria que sea fortalecida por elementos teóricos y metodológicos dirigidos al estudio de los sistemas no lingüísticos.

Palabras clave: salud, enfermedad, diabetes, vida cotidiana, cuerpo, emociones

ABSTRACT

Type 2 diabetes is an important object of study in biomedical and clinical research, due to the affectation that causes in the metabolism, until it becomes visible in the body, due to progression to complications capable of producing disability or premature death. Because of its high frequency and global impact, in Mexico and at the regional level, this disorder has become a common target of epidemiological research, as well as a subject for interventions by the State and other public health actors; in other words, it is also recognized as a problem of collectivity. However, despite the outstanding efforts from the quantitative approach, the increase in the burden of disease and death of diabetes continues; while the individual living with it still has much to contribute.

The objective of this work was to increase the knowledge of the meaning, structure, and essence of the lived experience of the phenomenon that represents diabetes to people diagnosed. To this end, two life stories and five in-depth interviews were conducted with people with diabetes living in Tecaxic, Mexico, within the framework of ethnography and participant observation, from September 2021 to February 2023.

At a superficial level, the daily life of people with diabetes is nuanced by the knowledge and provisions of the biomedical model, especially around food. As we access a deeper level, the elements of culture are more abundant.

Access to different subjectivities showed structures of particularity, as well as for the essence of the experience and meanings of diabetes. This disease is not lived in isolation, but it concurs with the other ailments of everyday life, articulates, and intermixes its discomforts and effects through the thick dimension of social analysis.

Much of the experience cannot be stated and remains encrypted in the body, possibly as something unauthorized, so it is suggested that inquiries are strengthened by theoretical and methodological elements aimed at the study of non-linguistic systems.

Keywords: health, illness, diabetes, everyday life, body, emotions

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	1
<i>Abstract</i>	2
ÍNDICE	3
ÍNDICE DE CUADROS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	8
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	9
1.2. Objetivo general y objetivos específicos	13
1.3. Relevancia y pertinencia social, teórica y empírica	14
1.3.1. Relevancia teórica	15
1.3.2. Relevancia empírica	16
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	18
CAPÍTULO II. LA ATENCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LLAMADA <i>MEDICINA CIENTÍFICA</i> . UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA	18
2.1. Pensar un continuo de salud	18
2.2. Construcciones históricas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte	22
2.3. Surgimiento del modelo biomédico	27
2.4. Diferentes tipos de medicina y sus trayectorias	31
2.5. Divergencia entre saberes relacionados con la salud	38
2.6. Búsqueda de un modelo holístico para la atención de la salud	41
2.7. La importancia de la diabetes en cifras	43
2.8. Esfuerzos por aminorar el impacto	47
2.9. Una intensa búsqueda teórica del control: una que no encuentra a la persona	52
2.10 La adherencia al tratamiento y otras expectativas que satisfacer	58

2.11. Sindemia e infodemia: nuevas formas de padecer	61
CAPÍTULO III. LA INVESTIGACIÓN DE LA SALUD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES: EL ENFOQUE CUALITATIVO	63
3.1. El mundo social, más allá del estudio de las estructuras y <i>lo objetivo</i>	63
3.2. La investigación cualitativa y su importancia en el estudio de la salud	68
3.3. La salud-padecimiento-enfermedad atravesadas por la cultura	72
3.4. Linderos de la subjetividad	78
3.5. Un marco para contemplar la realidad: la vida cotidiana	79
3.6. El estudio fenomenológico	83
3.6.1. La fenomenología trascendental	83
3.6.2. La fenomenología para el estudio sociológico	84
3.6.3. De Schütz a Luckmann: el construccionismo social	87
3.7. Lenguaje y símbolos	91
3.7.1. El símbolo y su sentido	93
3.7.2. Las formas no verbales de comunicar	94
3.7.3. Emanación de la subjetividad a través del discurso	96
3.8. La alimentación en el contexto cultural	97
3.8.1. Antropología de la alimentación	100
3.9. La enfermedad dentro de la experiencia	104
CAPÍTULO IV. EL CUERPO COMO CENTRO DE LA EXPERIENCIA	107
4.1. Representaciones históricas del cuerpo	107
4.2. Concepciones del cuerpo desde distintos enfoques	109
4.2.1. Desde la filosofía	110
4.2.2. Desde la antropología	112
4.2.3. Desde la sociología	113
4.3. Modelado social y cultural del cuerpo	115
4.3.1. Control biopolítico	120
4.3.2. Técnicas del cuerpo	121
4.4. Un cuerpo que siente el mundo	122
4.4.1. Un cuerpo que adquiere identidad	123

4.4.2. El cuerpo afectivo	124
4.4.2.1. La emoción más temida en la enfermedad: el dolor	126
4.4.3. Los <i>hypomnemata</i> como soportes de memoria	128
4.5. Cuerpo-persona en interacción	129
4.5.1. El escenario de la interacción	129
4.6. Salud y enfermedad desiguales: las huellas del género	131
4.6.1. Diferentes en enfermedad y muerte	131
4.6.2. Atención más pronta... a los hombres	134
4.6.3. Acercando la lupa: la enfermedad cruzada por el género	134
4.6.4. <i>Perspectiva de género</i> , discurso oficial y primeras objeciones	138
4.6.5. Raíces de las construcciones	139
4.6.6. <i>Küche – Kirsche – Kinder</i>	141
4.6.7. Identidad y subjetividad en la conformación de género	142
CAPÍTULO V. MARCO METODOLÓGICO	146
5.1. Tipo de investigación	146
5.2. Diseño de estudio	147
5.2.1. Categorías de estudio	150
5.2.2. Población de estudio y marco temporal	151
5.2.3. Incorporación por bola de nieve	153
5.2.4. Fases del quehacer metodológico	153
5.2.5. Los instrumentos de recolección de datos	156
5.2.5.1. La etnografía	157
5.2.5.2. La observación participante y las notas de campo	159
5.2.5.3. La entrevista a profundidad	160
5.2.5.4. La historia de vida	164
5.2.6. El trabajo de campo	165
5.2.7. El análisis de la información: el método de Colaizzi	166
5.2.8. Aspectos éticos	168
CAPÍTULO VI. LA DIABETES-PADECIMIENTO EN LA VIDA COTIDIANA. RELACIONES INTERSUBJETIVAS CON LA ETNÓGRAFA	170
6.1. El desarrollo del trabajo de campo y personas que colaboraron	171

6.2. Situación biográfica y contexto sociocultural de los colaboradores: historias de vida en contraposición genérica	175
6.2.1. Historia 1. Un cosmos que se impone sobre el mal de la diabetes	175
6.2.1.1. El contexto geográfico, social y cultural: <i>los nidos de piedra</i>	175
6.2.1.2. El cerro que recompone reencuentros en la experiencia	177
6.2.1.3. Aparición y orígenes de la diabetes	180
6.2.1.4. El pensamiento continuo de las <i>oportunidades perdidas</i> , en relación con la experiencia del padecimiento	183
6.2.1.5. Malestares por la diabetes, sensaciones y sentimientos	188
6.2.1.6. Relaciones intersubjetivas	189
6.2.2. Historia 2. Una mujer con la visión deteriorada por la diabetes, que persiste en mirar el cruce de los caminantes	194
6.2.2.1. Relaciones intersubjetivas	199
6.3. Situación biográfica y contexto sociocultural de los colaboradores: entrevistas desde coordenadas particulares	203
6.3.1. Con los dedos en las cuerdas, pese a la diabetes	204
6.3.2. Cronista de Tecaxic, entendido de la diabetes también desde la biomedicina	208
6.3.3. La diabetes se sobrelleva en buena compañía	211
6.3.4. De <i>aquí pa'llá</i> se olvida la diabetes	215
6.3.5. Escondarse de la diabetes en la red de un atrapasueños	220
6.4. Subjetividades y significados de la diabetes para los colaboradores. Categorías de estudio	227
6.4.1. Padecimiento y cultura	228
6.4.2. Enfermedad y biomedicina	231
6.4.3. Enfermedad y padecimiento	241
6.4.4. Acción desde la experiencia: la alimentación y la actividad física	244
6.4.5. Subjetividad y cuerpo	251
6.4. Recomendaciones para personas con diabetes, desde personas con diabetes	
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	256
7.1. Discusión	256
7.1.1. Reflexividad e intersubjetividad	258

7.1.2. Padecimiento y cultura	261
7.1.3. Enfermedad y biomedicina	281
7.1.4. Enfermedad y padecimiento	286
7.1.5. Acción desde la experiencia: el caso de la alimentación y la actividad física	290
7.1.6. Subjetividad y cuerpo	296
7.1.7. Recomendaciones para las personas con diabetes, desde personas con diabetes	312
7.1.8. Ventajas y limitaciones	316
7.2. Conclusiones y recomendaciones	319
REFERENCIAS	325
ANEXOS	371
Anexo I. Consentimiento informado	372
Anexo II. Cuestionario breve	373
Anexo III. Guía de la observación participante	374
Anexo IV. Guía para entrevista a profundidad	375

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Contrastes entre medicina clínica y salud pública	33
Cuadro 2. Categorías para el estudio de los significados de la diabetes	152
Cuadro 3. Asociación de ideas y niveles de profundidad para causas de diabetes	229
Cuadro 4. Categorías de alimentos, según las percepciones de los colaboradores	248
Cuadro 5. Limitaciones encontradas para seguir las recomendaciones de una dieta sana	249

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Evolución en la esperanza de vida en México, 1930-2019	10
Figura 2. Prevalencia de diabetes por grupo de edad y según sexo, México, 2018	12
Figura 3. Los elementos de la práctica social del desayuno	72
Figura 4. Tasa de defunciones registradas por homicidio por cada 10 000 habitantes 2011-2020, México	133
Figura 5. Tasa de defunciones registradas por suicidio por cada 10 000 habitantes 2011-2020, México	133
Figura 6. Estructuras de análisis del mundo de la vida cotidiana	149
Figura 7. Fenomenología sociológica y comunicación	149
Figura No. 8. Genealogía tomada de las notas de campo	193

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN



1.1. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

La estructura de este capítulo obedece a las recomendaciones de Ortiz-Ocaña (2018) para el desarrollo de una tesis doctoral. El punto de partida es de tipo heurístico y considera por qué se ha hecho esta investigación, se presenta la tensión que existe en torno al objeto de investigación con elementos que permiten situar el problema en medio de un debate actual y global, en particular, en el escenario nacional.

El eje temático del trabajo es la diabetes tipo 2, enfermedad cada vez más frecuente en términos poblacionales (Rojas-Martínez et al., 2018) y en la mayoría de los contextos actuales. A partir de aquí, es denominada simplemente diabetes y, solo en caso de que se trate de otro tipo, se especifica. Como primera referencia, cabe mencionar que en México, a inicios de la década de 2020, el 14.4% de las personas mayores de 20 años tenía este tipo de diabetes (Shamah-Levy et al., 2020); incluso hasta una de cada seis personas, según otros estudios (FID, 2022). La enfermedad no es curable, por lo que su duración se prolonga a través de la vida de la persona, luego del diagnóstico, y la sobrevida puede incrementarse gracias a los tratamientos (Gæde et al., 2016).

Además, una variedad de factores que entrecruzan se ha relacionado con un incremento en su presentación a través del tiempo. En el caso mexicano, en parte depende del comportamiento demográfico, como es el caso de la ganancia en la esperanza de vida al nacimiento desde 1930, año en que dicha expectativa era de 34.7 años para las mujeres y de 33 para los varones, a partir de lo cual se adicionaron de seis a siete años con el transcurrir de cada década, situación que solo desaceleró desde los años ochenta a la actualidad (Figura 1) (Frenk et al., 1989; CONAPO, 2018; INEGI, 2021). En un panorama así, de envejecimiento poblacional, es entendible que las enfermedades crónicas se manifiesten cada vez con mayor magnitud en la frecuencia, es decir, en la

prevalencia. Otras circunstancias que han contribuido a la presentación más común son los cambios en el estilo de vida, como las modificaciones en la alimentación relacionadas con la apertura comercial de 1982 (Trápaga, 2002) y el ambiente de crecimiento incontrolado que ha sucedido en las grandes aglomeraciones urbanas (Gassasse et al. 2017).

De manera adicional, la diabetes se presenta a edades cada vez más tempranas, antes de la vida adulta (Carvajal et al., 2020; Lascar et al. 2018). Se ha propuesto que operan varias circunstancias para lo observado, entre ellas un *efecto de la detección* (Thibault et al., 2016) ocasionado por la búsqueda intencionada, tamizaje o cribado, que se lleva a cabo en personas sin sintomatología.

Figura 1



Fuente de los datos: INEGI (2021) y CONAPO (2018)

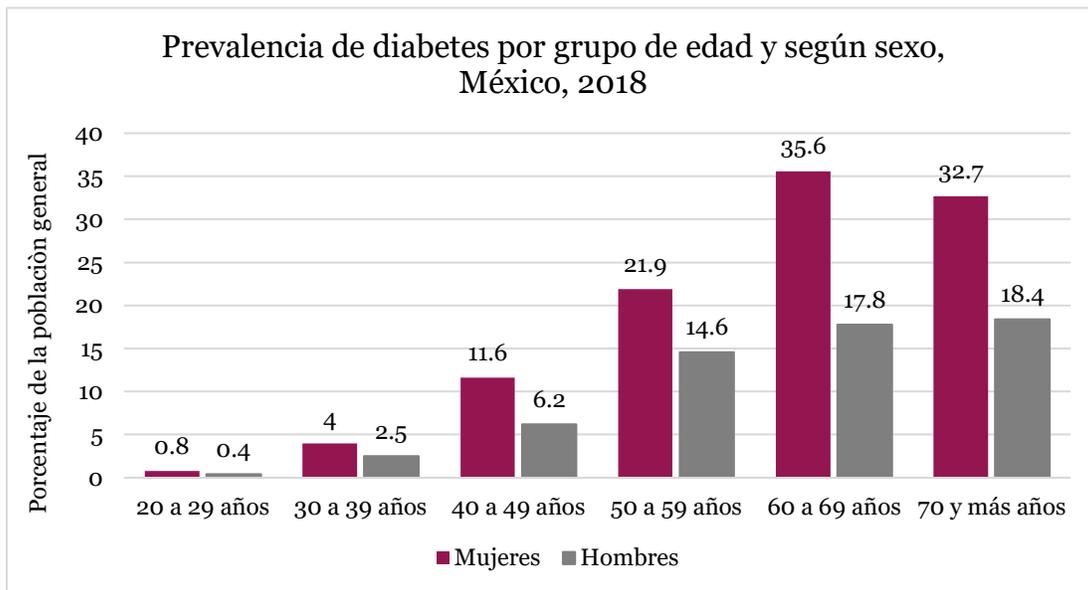
Como toda enfermedad no transmisible, crónica, la diabetes tiene un impacto negativo a diferentes niveles. Desde la perspectiva de la medicina hegemónica —que se apoya además de su propio conocimiento en indicadores demográficos, epidemiológicos y económicos (Lin *et al.*, 2020)—, la importancia de este problema radica sobre todo en su carácter de enfermedad *progresiva*, capaz de deteriorar las capacidades de las personas, asociada con la muerte prematura y con una amplia proporción de las atenciones de salud (Trikkalinou, Papazafiropoulou y Melidonis, 2017; Ovalle-Luna *et al.*, 2019), lo cual se discute a detalle en el capítulo II.

Por encima de lo estimado en los adultos en general, la prevalencia va aumentando a través de cada década y, a partir de los 60 años, al menos **uno de cada cuatro mexicanos** vive ya con este diagnóstico (INEGI 2021a, Shamah-Levy *et al.*, 2020). Además de las variaciones a través de la edad, hay una importante diferencia según el sexo, con mayor impacto entre las mujeres (Figura 2).

Debido a la alta proporción de mexicanos con la condición, el Estado y el sistema de salud en general se han involucrado de forma activa para favorecer la investigación relacionada, así como para diseñar e implementar intervenciones para la prevención y para mejorar la promoción de la salud. Desde el año 2000, se ha enfatizado el estudio de la salud y la nutrición en el marco nacional (Rojas-Martínez *et al.*, 2018) y, del conocimiento generado, han nacido estrategias que, sin embargo, **no han logrado detener** el avance de la diabetes.

La situación anterior respalda la importancia de volver hacia la condición, repensarla, primero para admitir en ella no solo un hecho biológico, para concebir nuevos planteamientos desde otras aproximaciones, desde otros puntos de vista ontológicos, epistemológicos y metodológicos. Es indispensable subrayar que la salud *también constituye un objeto de estudio social*, más allá de los denominados *determinantes sociales* —otra perspectiva posible, surgida hace cuarenta años—, que parten de lo estructural y se relacionan con *gradientes* de salud; por ejemplo, las diferentes oportunidades de acceder a una buena alimentación, educación, trabajo, seguridad social, participación política y social (Marmot y Wilkinson, 2006; Mejía, 2013).

Figura 2



Fuente de los datos: INEGI (2021a)

En función de la importancia de *comprender* la problemática en torno a la diabetes, se vuelve pertinente dirigirse por preguntas de un orden distinto del cuantitativo. Así, admitiendo que «el punto de vista crea el objeto de investigación», un enfoque diverso es ocuparse de un *objeto que habla*, algo propio de las ciencias sociales (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1995), en especial de la antropología y la sociología, y desde los **abordajes cualitativos**. Una posibilidad es mantener de lado las concepciones y percepciones dependientes de las elaboradas por la ciencia médica, mientras se busca describir e interpretar las que se forman las personas que experimentan la diabetes y quienes conviven con ellos —aun sin tener el diagnóstico—, las representaciones que se hacen de la enfermedad, las prácticas que de ello resultan.

En consideración a esa posibilidad, este trabajo se inscribe en la experiencia subjetiva que las personas dan a la diabetes. La fenomenología sociológica es un camino de indagación de las dimensiones de su vida, las relaciones establecidas con lo cotidiano del presente, con el pasado y las perspectivas futuras; las interacciones con otros sujetos, un camino para ir a profundidad y conocer su interpretación de la enfermedad y los significados para lo que ocurre en el mundo en función de ella, las emociones y sentimientos que albergan; en fin, acercarse a una realidad particular para cada uno de ellos, construida socialmente (Berger y Luckmann, 1968).

Es probable que este tipo de delimitación del objeto de estudio se haya mantenido al margen por el relieve que da al *sentido común*, de frente al prestigio y hegemonía del que goza el saber médico. Ciertamente, entre ellos media una distancia de la *realidad* al *conocimiento*, cuyas acumulaciones son variables según contextos sociales específicos. Esto fue objeto de análisis por Max Scheler, quien destacó que «el conocimiento humano se da en la sociedad como un *a priori* de la experiencia individual, proporcionando a esta última su ordenación de significado». Para la persona, se constituye en una manera natural de contemplar el mundo, por supuesto, dentro de cada situación sociohistórica (Berger y Luckmann, 1968).

La importancia de abordar ***un mundo que está allí, antes de cualquier reflexión, conformado por la experiencia de los sujetos***, es que pueden identificarse ***elementos de significación con que estos construyen lo real, para lograr mayor comprensión***. Con centro en el fenómeno-sujeto, las interrogantes fundamentales del enfoque de la fenomenología sociológica son dónde y cuándo se forman los significados de la acción social, desde la actitud natural con que el sujeto habita el mundo de la vida cotidiana, en medio de las experiencias intersubjetivas (Rizo, 2010).

La pregunta central de este trabajo es: ¿Cuáles son las experiencias, las acciones y los significados, desde las subjetividades de las personas con diabetes?

1.2. Objetivo general y objetivos específicos

Derivado del previo cuestionamiento, el **objetivo general** plantea conocer las ***experiencias, las acciones y los significados, desde las subjetividades de las personas con diabetes*** que colaboran en esta investigación.

Para alcanzar el objetivo general, los objetivos específicos propuestos son:

1. Conocer el **plano contextual** en que se construye la experiencia de las personas con diabetes y los significados que dan a la diabetes en relación con su contexto sociocultural.
2. Conocer los significados que las personas dan a la diabetes en el **marco de su vida cotidiana**.

3. Conocer los significados que las personas dan a la diabetes a través de su **experiencia corporal**.

1.3. Relevancia y pertinencia social, teórica y empírica

Desde el aspecto teleológico, exponer para qué se ha hecho una investigación, le da sentido y significado (Ortiz-Ocaña, 2018); se trata de sus justificaciones, de diversa índole. Este trabajo se enfoca en conocer la realidad de las personas con diabetes desde su propia perspectiva, la realidad socialmente construida (Berger y Luckmann, 1968), la que admite la subjetividad y se interesa por la vida cotidiana, dentro de un proceso de carácter etnográfico que prevé como escenario los hogares de familias que habitan en la localidad de Tecaxic, en el ámbito geográfico inmediato del municipio de Toluca, donde la diabetes es la primera causa de muerte¹.

Con el pensamiento enfocado en la particularidad de las personas, no solo en porcentajes, debe destacarse que en nuestro país suceden más de doce millones de historias relevantes. Desde los casos benignos a los complicados, son historias en que los asuntos relativos a la alimentación o la actividad física ocupan un espacio, pero también tienen lugar la preocupación por las complicaciones o los distintos grados de certidumbre del apoyo familiar y comunitario. De pronto, concentrarse en personas con un cuerpo que vive en este mundo y que han elaborado interpretaciones únicas sobre la diabetes adquiere el potencial de revelar saberes para enfrentarla.

Así, ante esta necesidad de conocimiento, que únicamente las ciencias sociales pueden elaborar, conformamos un estado del arte en torno a las construcciones históricas, sociales y culturales acerca de los fenómenos de salud y enfermedad, alrededor de figuras como las del médico, instituciones relacionadas con la prevención y provisión de servicios de salud y otras posibilidades de atención, en términos de sus relaciones con el *paciente*; además de elaborar un marco teórico que

¹ Gustavo Ávila y colaboradores, 2016. *Perspectiva geoinformática de estilos de vida y salud en tres municipios de la zona metropolitana de Toluca, Metepec y Temoaya*. Facultad de Geografía, Universidad Autónoma del Estado de México; trabajo en que los autores presentan un análisis del comportamiento de la enfermedad y su atención, así como de las principales causas de muerte, sin desatender el carácter geográfico de la información, proveniente de tres municipios de la zona metropolitana de Toluca, en el Estado de México, México.

provea de sustento para identificar el conocimiento buscado y que permita elegir reflexivamente sobre los recursos metodológicos.

1.3.1. Relevancia teórica

En trabajos dentro del ámbito mexicano, incluso en algunos que declaran poseer un enfoque cualitativo, encontramos evidencia de una perspectiva biomédica dominante, avalada institucionalmente, de la emisión de juicios valorativos respecto del comportamiento de los participantes (Gaspar, Meléndez y Huerta, 2015). Salazar y colaboradores (2018) discuten sobre la carencia de investigaciones relacionadas con los mitos y creencias que existen alrededor de la diabetes en México, pero también afirman que la gente tiene «concepciones *erróneas* relacionadas con la diabetes» (Salazar et al., 2018, p. 16). No obstante, dichos antecedentes funcionan como un punto de partida y son señales de la necesidad de realizar investigación más reflexiva, que se corresponda con los atributos de la indagación cualitativa y que contribuya a formar un corpus de conocimiento en torno a la experiencia de vivir con diabetes.

Desde una perspectiva personal e íntima, el interés por conocer cómo las personas interpretan y contienden con la diabetes surgió en medio de silencios a lo largo de la previa formación médica de la sustentante de esta tesis, se acrecentó con las experiencias en el contexto de la atención clínica, en instantes en que las conversaciones cara a cara terminaron por revelar la existencia de necesidades interpretativas y humanísticas de los problemas que se presentan. Experiencias distintas, a partir de otro ángulo, sucedieron durante mi participación al preparar datos de dos cohortes mexicanas orientadas al estudio de diabetes, una en la Ciudad de México y otra en el estado de Hidalgo, en que los datos cuantitativos obtenidos dejan pendiente un universo por estudiar, porque en los seguimientos de los individuos trasluce algo más que una entidad abstracta denominada *diabetes*: una dinámica que insiste en las conexiones con la cultura, así como con el cuerpo y todo lo que este abriga, más allá de ser una simple maquinaria metabólica. Es indispensable declarar estas experiencias, que sin duda resultaron en ciertas ventajas para el desarrollo del trabajo, pero también señalan el riesgo de potenciales sesgos.

En las ciencias sociales, diversos autores argumentan acerca de la existencia de una *relación dialéctica dentro y entre* diferentes niveles de análisis social por lo que,

para comprender lo macro, puede mirarse a lo micro y, para comprender las percepciones, creencias, al igual que otras facetas de la construcción social de la realidad, debe atenderse a lo subjetivo (Ritzer, 1997). El estudio de la naturaleza de las interacciones sociales, cara a cara, y la acción social cotidiana, propios de la microsociología (Salles, 2001), son perspectivas que todavía pueden contribuir con información sobresaliente. Es importante recurrir a teorías y métodos que contribuyan a conocer más sobre el mundo de la vida de las personas con diabetes. Nos interesa aún más el lugar simbólico que la enfermedad ocupa en su vida, lo que imprime en su cuerpo, los contrastes en sus impresiones sensoriales, sentimientos y emociones, las creencias en torno al autocuidado, así como las perspectivas que contemplan; es decir, nuestra investigación acentúa la indagación de su subjetividad.

Con base en lo anterior, creemos que la necesidad de conocer sobre el objeto de investigación y las personas que viven con el diagnóstico está lejos de ser agotada, que debe recurrirse más a un pensamiento dialogístico y es oportuno replantear la mirada humanística.

1.3.2. Relevancia empírica

La diabetes es un problema omnipresente en la sociedad al que se privilegian recursos en investigación y para las actividades de prevención y atención. El conocimiento resultante, sobre todo de una perspectiva biomédica concentrada en el análisis a nivel subindividual que busca mejorar el control metabólico en los ya enfermos, o bien, fundamenta *científicamente* los análisis a nivel poblacional, ha resultado insuficiente para frenar el avance de la enfermedad. Se trata de un problema complejo que requiere mayor conocimiento de los aspectos sociales — precisamente los que más determinan el estado de salud— y un análisis del momento actual. Las intervenciones en el nivel macro han privilegiado los aportes desde modelos como el biomédico, con desatención de las construcciones sociales en relación con la salud, la enfermedad y la muerte; ello en un mundo donde se asumen significados y existen supuestos que no encuentran eco en la científicidad, ni viceversa.

Vivir con diabetes sin duda comporta presiones de diversa índole para modificar el curso de la vida, pero también es una nueva forma de ver el mundo, por lo que los

sujetos de investigación pueden aportar conocimiento valioso desde su posición, con el cual se pueda comunicar con mayor eficacia cómo mejorar el cuidado personal de las personas con esta condición y prevenir las complicaciones en forma más armoniosa con la realidad que ellos construyen. En esos otros saberes sobre la manera de estar en el mundo, pueden figurar elementos para nutrir el diseño de las políticas públicas y diseñar cursos de acción que posean mayor sentido. Se trata de un asunto político pendiente.

* * *

Por lo anteriormente expuesto, fue importante reflexionar desde el punto de vista ontológico, reunir un bagaje teórico y metodológico para conocer la experiencia del *aquí* y *ahora* de las personas con diabetes, es decir, aprehender el presente, Pero no solo; también fue preciso contar con elementos para explorar la interpretación que ellas dan al fenómeno en momentos previos y a través de su trayecto de salud-curso clínico, con contrastes en sus experiencias y expectativas; conocer cómo comparten el mundo de la vida cotidiana con el núcleo social inmediato, en especial a nivel familiar, los conocimientos, creencias, actitudes en relación con la diabetes, aprendidos y compartidos a través de la socialización y ámbito de vivencia; así mismo cómo comparten el mundo de la vida cotidiana en el seguimiento de la medicina de Estado y/o en el empleo de recursos de la medicina tradicional, de remedios y cuidados que dependen de la interacción social y del fruto de su propia reflexión acerca de los problemas que su realidad les desafía resolver. Dicho en términos teóricos, conocer *los significados subjetivos que se vuelven facticidades objetivas* (Berger y Luckmann, 1968), lo cual requiere atender a su contexto.

Como resulta evidente de este tratamiento, la adopción de un enfoque fenomenológico sociológico, en armonía con el orden etnográfico, han sido sustantivos para el desarrollo de este trabajo.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

CAPÍTULO II. LA ATENCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LLAMADA *MEDICINA CIENTÍFICA*. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA



En el presente capítulo se abordan diversas perspectivas del problema que representa la diabetes, desde su concepción de *enfermedad*, así como una serie de contrastes con otras construcciones, como la de *salud*. Se examinan las miradas dominantes, dirigidas hacia las características biológicas del individuo y las de carácter poblacional.

El objetivo de este primer capítulo del marco teórico y conceptual es mostrar que la medicina científica, con sus construcciones, se ha convertido en una barrera para la atención de la persona con diabetes, ya que recupera de manera reducida el problema, lo cual resulta en límites para la comprensión. Indudablemente, mantiene latente el llamado a la incorporación de otras formas de conocimiento en los futuros abordajes y hace lógico el apartado a continuación.

2.1. Pensar un continuo de salud

Para lograr una mejor comprensión del problema que pueda representar la diabetes, como enfermedad, es fundamental inspeccionar las visiones que han dado forma a concepciones particulares sobre un fenómeno más amplio: el de la *salud*. Las múltiples perspectivas tienen sus propios orígenes, han construido saberes horizontales a través de la historia y se hallan entramadas en realidades sociales

alternas, o bien, complementarias, donde se concreta la vida cotidiana de las personas.

La salud no constituye, entonces, un concepto único, no mantiene las mismas dimensiones ni los mismos límites en cada momento histórico y contexto. Las diferentes nociones dependen de las formas de organización del hombre, de las sociedades y de la cultura. Lo que sí tiende a ser reconocido como constante son las condiciones que se asocian con la salud o la enfermedad, por ejemplo, la alimentación, las actividades para la subsistencia, las condiciones de vida: estas relaciones constituyen una de las primeras razones por las que la salud es un objeto de estudio de las ciencias sociales.

En la perspectiva dominante, la biológica, la instancia elemental es la *enfermedad —disease—*, una entidad reconocida en la sociedad y la cultura por su capacidad de dañar. Sus causas yacen a nivel individual y subindividual —órganos, tejidos, células, enzimas, etcétera— luego de la pérdida de homeostasis o por influencia microbiológica. En contraste, en lo individual y colectivo también podría ser percibida como un castigo ante las transgresiones y, en consecuencia, tener cura por el sometimiento a la mirada médica o por medios de obediencia (Moreno-Altamirano, 2007).

Luis Chiozza (1986) encuentra que las personas tienen un concepto de su propia persona previo al momento de enfermar —de *salud*—, distingue cómo evolucionan los procesos de enfermar de manera transitoria y breve, de aquellos que ocurren de manera prolongada, con o sin progreso. De manera obvia, estos son puntos de partida en que el malestar y el sufrimiento derivados serán variables. Resalta, además, la idea de la enfermedad *material*, concebida como una alteración en el funcionamiento de una maquinaria que es preciso componer. Las creencias sobre el correcto funcionamiento, en un cierto punto, están ancladas en la cultura.

En el tránsito hacia una perspectiva socioantropológica, el concepto equivalente es el de *padecimiento —illness—*. Ontológicamente, se trata de las percepciones y experiencia que implican a la subjetividad; por lo tanto, la exploración de sus significados se encuentra en el dominio del lenguaje, en el escrutinio del pensamiento, de la afectividad. Su sentido de causa posee connotaciones sociales y, dada su naturaleza, la cura requiere de la comprensión, de medios simbólicos, por ejemplo, la cura por la palabra. Lévi-Strauss describe esta característica como ***eficacia simbólica*** (Moreno-Altamirano, 2007). Desde otras perspectivas y de

modo muy resumido, la eficacia simbólica es un proceso en que se construyen *símbolos* a partir de la imagen de un objeto, de una narración o de una persona, para luego convertirse en instrumentos por los cuales los acontecimientos en la vida de una persona toman *sentido* y tienen efectos sobre la realidad (Musso, Enz y Werbin, 2016).

El *malestar* —*sickness*— se localiza a medio camino entre la enfermedad y el padecer, es construido socialmente con la participación del discurso médico y tiene componentes político-ideológicos (Moreno-Altamirano, 2007).

En el otro polo del espectro, yace la *salud*. En el análisis de Rosen (1985), se trata del ser dinámico del organismo, un efecto de la interacción de factores internos y ambientales, ceñidos por un contexto específico de espacio y tiempo. La disección de sus causas conduce a lo ambiental, donde yacen la suficiencia o no de alimentos, las condiciones de vivienda, la vulnerabilidad a las infecciones, así como la conformación del pensamiento y el lenguaje, con su capacidad de producir sistemas culturales; por lo que tanto salud como enfermedad se originan en las condiciones sociales de vida y son indiscutibles objetos de estudio de las ciencias sociales.

Laura Moreno-Altamirano (2007) añade que la salud y la enfermedad suponen condiciones que se encuentran reconocidas *institucionalmente* en la estructura de las sociedades y en la cultura, y que las ciencias sociales tienen la capacidad para explicar lo médico desde lo social, buscar la comprensión de aspectos como los roles de médico y enfermo, la relación entre ellos, las características de las instituciones médicas y del saber médico. Encuentra que las influencias se dan en diferentes direcciones y sentidos, porque las concepciones médicas están vinculadas con la cultura de manera estrecha (Moreno-Altamirano, 2007).

Así, salud y enfermedad aparecen, de forma común, como condiciones opuestas cuya intervención obliga a discernir lo que es *anormal* y se desvía del estado de *lo sano*. Georges Canguilhem (1971) no encuentra una lógica para discriminar ciencias de *lo normal* y *lo patológico*: objeta que la patología simplemente derive de la fisiología y que *lo normal* deba definirse como un hecho; percibe más un rasgo cualitativo estético y moral de por medio, que una homogeneidad expresable de manera cuantitativa o científica.

El patólogo mexicano Ruy Pérez-Tamayo, en su discurso de ingreso a El Colegio Nacional, en 1980 (2013), analiza la obra de Canguilhem y sus referencias. Encuentra que Claude Bernard, en 1876, ya afirmaba que la salud y la enfermedad no son dos

modos que difieran esencialmente, sino que tienen una variación de *grado*; mientras que el concepto ontológico de enfermedad sostiene que entre el mundo sano y enfermo existen distinciones de *calidad*, por un *ens morbi* agregado al organismo. La apreciación de estas distinciones entre valoraciones cuantitativas y cualitativas es de la mayor relevancia al pretender el estudio de una entidad *determinada*, como la diabetes. Pérez Tamayo agrega el concepto de *lo potencial* dentro del individuo sano, y lo explica a partir de tener «un genoma más rico de lo que expresa en condiciones de salud, pues los límites de la versatilidad funcional fenotípica solo se alcanzan cuando demandas excesivas de estímulos externos o internos **rebasan los rangos de variación y los mecanismos compensatorios** de las condiciones normales» (Pérez Tamayo, 2013: 31). Una implicación es que, más allá de creer que el material genético de una persona es algo escrito, estático, debe darse cabida a la posibilidad de diferentes expresiones genéticas a partir de distintos estímulos dentro y fuera del individuo, con diferentes resultados de salud.

Entre otras reflexiones acerca de lo que debe entenderse por normal y patológico —o «la otra normalidad»— destacan las propuestas por la Organización Mundial de la Salud (Carta Constitucional de 1946, reunión de Jakarta de 1997), que la sugieren como lo «momentáneamente normal», la «instalación de un nuevo orden», incluso *cómo* el hombre se siente cuando es apto para seguir su vida (Moreno-Altamirano, 2007; Rosen, 1985; Vega-Franco, 2002), reflexiones que encontramos de suma ambigüedad.

Como consecuencia, en las primeras ideas de salud han prevalecido nociones de equilibrio, de armonía interna y/o externa; mientras que lo cercano a la enfermedad se ha relacionado con desequilibrio o falta de orden (Moreno-Altamirano, 2007; Vega-Franco 2002) que requiere intervención. Desde sus raíces hasta el momento actual, se ha establecido una dicotomía que difícilmente puede describir la realidad. Hallamos más útil para la comprensión el considerar a la salud como un continuo de posibles estados o eventos, que abarque desde lo exterior a lo interior, y que admita valoraciones desde lo supuestamente objetivo hasta lo subjetivo; lo cual, sin embargo, la mantiene en el terreno de la ambigüedad.

Moreno-Altamirano (2007) escribe que gran parte de las discrepancias que aquí iremos recuperando depende de las interpretaciones de los hechos biológicos y sociales que están implicadas. Estas divergencias entre la perspectiva biológica y el enfoque socioantropológico habían sido ya puntualizadas por Susser, al pensar a la

enfermedad como un proceso fisiopatológico, objetivo, y al *padecer* como un mal o estado de naturaleza subjetiva, por estar arraigado en la percepción. Un concepto de salud de mayor complejidad debería integrar conocimientos de los distintos saberes.

Milton Terris (1975), por su parte, rechaza la posibilidad de construir un continuo de salud, pues la salud y enfermedad pueden coexistir, no así la salud y el padecimiento; dicho de otra manera, estas dos últimas sí son mutuamente excluyentes. Reconoce el aspecto subjetivo de salud y padecimiento, así como remarca la importancia de este al interferir con la *funcionalidad*. La recuperación de estas afirmaciones también es pertinente en el marco de nuestro trabajo.

De forma reciente, las concepciones de la salud se amplían más allá de la ausencia de enfermedad o muerte e involucran más que el organismo a nivel individual, por ejemplo, se relacionan con las ideas imperantes de bienestar o derecho a la salud, lo cual transforma todavía más a la salud de lo físico observable en el cuerpo, para entramarla con la salud social o con la actuación del Estado en cuanto a la prestación de servicios de salud y la protección de los derechos humanos en ámbitos diversos. Además, al recobrar ideas de bienestar o salud emocional, lo subjetivo va adquiriendo mayor poder. La variabilidad en las concepciones alrededor de la *salud* es mejor vislumbrada si examinamos algunas construcciones a través de la historia.

2.2. Construcciones históricas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte

La intención de conocer sobre la experiencia como enfermo requiere de un acercamiento de cierta profundidad a la vida de las personas, quienes en ningún caso son independientes del entorno ni tienen un conocimiento que surja de manera súbita: es necesario examinar concepciones de salud, enfermedad y muerte que son relevantes a través de la historia.

El punto de partida y mayor desafío debería ser entender la *salud*, para lo cual una opción asequible es designarla un estado que se ubica cercano al polo de *lo deseable*, dentro del espectro o continuo que hemos discutido. La construcción de salud y sus deficiencias, como el padecimiento o la enfermedad, son centrales para las causas admisibles o los modelos de atención resultantes. Lo anterior se advierte con mayor facilidad si, una vez que hemos identificado que no hay una idea o

concepto único de salud —lo cual será cierto también para la enfermedad y la muerte—, retomamos algunos hitos de la historia de la medicina (Rosen, 1985).

De acuerdo con la habitual periodización para el análisis histórico, en la Edad Antigua —desde la invención de la escritura a la caída del Imperio Romano de Occidente, aproximadamente del año 3300 a.C. al 476 d.C.—, en Egipto, la vida en la tierra era considerada un momento en la continuidad de lo eterno; enfermedad y muerte eran ocurrencias diversas dentro de ese espectro, dependientes de fuerzas inanimadas externas al individuo, de cuya interacción armónica resultaba la salud. También en Mesopotamia se tuvo la creencia del efecto de esa armonía, pero los causantes de la enfermedad eran dioses empeñados en castigar, lo cual solo podía remediarse mediante la práctica de rituales religiosos. En la antigua China, se creyó que la salud se vinculaba con *tao*, una fuerza inmutable, así como a cinco agentes dinámicos de la naturaleza que se sometían a la interacción del *ying* y *yang*. Mientras que, en la India, se tenía la idea de que solo podía comprenderse la enfermedad desde el reconocimiento de que los elementos del cuerpo humano y el macrocosmos eran los mismos, y que cuando estos se perturbaban surgían defectos o *trishoda* que, solo al retornar al equilibrio, permitían la reinstalación de la salud (Vega-Franco, 2002). Como es de notar, se trata de concepciones sistémicas en que los componentes son variables, según creencias imperantes en un lugar y una época específicos, una forma de organización que parece mantenerse vigente a través del tiempo.

Durante el florecimiento de las civilizaciones grecolatinas, se consideró la importancia de la medida, así como de la *isonomía* —armonía del cosmos y sus partes—, para que hubiera salud, en tanto que enfermedad y muerte eran sus contrapartes; por ello, el tratamiento de las enfermedades consistía en recurrir a fuerzas contrarias, para compensar los excesos y las deficiencias. Empédocles otorgaba un papel esencial al amor y al odio: el primero, como nexo de la armonía, y de sus alteraciones, la resultante perturbación de la salud. Por su parte, Pólibo ubicó los desequilibrios en los cuatro humores corporales, o *diskrasias*. Durante el Imperio Romano, la enfermedad también fue vista como una disposición de las fuerzas naturales. Fue Galeno quien recuperó la doctrina hipocrática y fincó los cimientos de la medicina occidental (Musso, Enz y Werbin, 2016; Vega-Franco, 2002). Aunque no es común establecer estos vínculos, encontramos que rasgos como los de los humores no solo han sido utilizados para explicar un estado de salud, sino también para clasificar el carácter de los individuos a lo largo de la historia. Pierre Guiraud, en *El*

lenguaje de cuerpo (1986), identifica algunos de esos elementos como rasgos físicos con que se constituyen las morfologías del carácter —fisiognomía—. Para el estudio de dicho lenguaje, este lingüista considera además los indicios de la *cinética de las emociones* —patognomía— y la simbología o *metáforas* del cuerpo.

Durante la Edad Media —de la caída del Imperio Romano de Occidente (476) a la llegada de Colón a América (1492)— se creyó, asimismo, en la influencia de los cuatro humores; en tanto que la Escuela médica de Salerno retomó la idea grecolatina de fomentar la salud mediante la aplicación de principios de higiene. Con la expansión del cristianismo, lo hizo también la idea de que el bienestar y la salud, al igual que sus formas opuestas, eran designios de Dios (Vega-Franco, 2002), los cuales mantenían relación con el comportamiento de los hombres. Desde entonces, los comportamientos no aceptables, aun de pensamiento, son merecedores de un posible **castigo**.

En la Edad Moderna —de 1492 hasta la Revolución Francesa (1789)—, fue Paracelso quien ampliaría los horizontes de la medicina, gracias a sus analogías entre los procesos fisiológicos, patológicos y las reacciones químicas observadas en el laboratorio. De acuerdo con sus reflexiones, la enfermedad resultaba de un mecanismo que requería de la intervención de un alquimista para recuperar —o preservar— la salud, siempre y cuando existiera la anuencia de Dios, o *ens Dei* (Vega-Franco, 2002).

Vivian Nutton (1983) recopila antecedentes históricos de los cuestionamientos acerca de las causas de enfermedades, desde Galeno a Fracastoro, último que planteó la teoría de los gérmenes, con que se define la idea de *contagio* o existencia de enfermedades transmisibles. Como resultado se fue volviendo cada vez más lógica la búsqueda de explicaciones por el estudio de supuestos mecanismos, en términos de lo que es observable y todavía, aunque se fue admitiendo cada vez menos, en suposiciones alrededor de lo invisible; por ejemplo, del aliento pestífero de Satán hasta degeneraciones del aire, como las actuales atribuciones a las *mezclas* de contaminantes. Algunos de los mecanismos de transmisión de enfermedades fueron inferidos por Girolamo Fracastoro, desde 1546, en *De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione*, y contribuyeron a disipar parte de los misterios y sugerir nuevos tratamientos basados en el combate a los gérmenes, incluso un siglo antes de las observaciones de Leeuwenhoek al microscopio (Guzmán, 2016), invento mayormente atribuido a Janssen.

Araceli Lambarri (2001) organiza una serie de sucesos luego del encuentro de varios pueblos a nivel de Mesoamérica. Relata cómo, durante la sociedad novohispana, el ejercicio de la medicina de los pueblos originarios de México constituyó amenazas para la dominación española. Se evitó la difusión verbal y se persiguió a quienes mantenían prácticas indígenas, las cuales solo sobrevivieron bajo la apariencia del sincretismo o la reinterpretación. Una fracción de ese conocimiento fue salvaguardado en un número reducido de obras, en especial por la intervención de órdenes religiosas, como la franciscana. Véase el caso de *Las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ella*, de Fray Bernardino de Sahagún, que contiene una enumeración de afecciones humanas comunes durante el siglo XVI, con su nombre en náhuatl y algunas características para su reconocimiento, además de los medios para la cura de cada una de ellas (López Austin, 1993; Viesca, 2002). El fraile también sistematizó las afecciones y destacó el efecto de las epidemias y el tratamiento de los cadáveres, en las noticias médicas del *Códice Florentino* (Cordero, 1999).

En el siglo XIX, la medicina fue introducida en el mundo de la ciencia por Claude Bernard, para quien la salud era producto del funcionamiento del ambiente interno del organismo, de sus intercambios y equilibrio con el ambiente externo (Vega-Franco, 2002).

La Edad Contemporánea tiene continuidad en el presente. Los conceptos de salud han oscilado desde el *equilibrio* de las funciones corporales, en la interacción entre el medio interno celular y el medio externo o en la estabilidad de esos medios u homeostasis biológica, hasta progresar a una estabilidad de lo social o, según Virchow, como el resultado de la participación del Estado, unidad moral obligada a procurar el equilibrio y la salud de las personas (Vega-Franco, 2002; Moreno-Altamirano, 2007).

En la historia de la humanidad, la atención a la salud ha variado, sin proporcionarse de forma acorde con la necesidad que hay de ella: las *afecciones* — por emplear otro término que sugiere una desviación de la salud— son características de la pertenencia a un grupo social, véanse los *spleens* y *vapors*, indisposiciones propias de las clases de alcurnia. Un ejemplo de requerimientos que responden a una *época* es la aparición de la pediatría o servicios médicos dirigidos a las personas de menos de 14 años, lo cual habría sido inconcebible antes del siglo XIX, cuando no existía la perspectiva de ciclo de vida que nos parece verdadera y lógica en la

actualidad, con periodos de infancia, niñez, adolescencia, vida adulta, con una enumeración de atribuciones de roles y de crisis (Rosen, 1985). En este escrito, en las revisiones por venir, haremos una distinción dentro de la Edad Contemporánea, a partir de los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, para ubicarnos en el periodo al que corresponde la sociedad actual (Alemán y García, 2018) y sus nuevas concepciones en antropología.

Durante el avance en la recuperación de concepciones del trayecto que nos ocupa se corre el riesgo de sugerir que hay una progresión entre tipos de pensamiento. En *El pensamiento salvaje* (1964), Claude Lévi-Strauss analiza la ciencia desde lo concreto y encuentra que el pensamiento mágico es tomado por alguna forma *incipiente* de ciencia, sin embargo, él concluye a la magia no como un comienzo, sino como «un sistema acabado, bien articulado, independiente y coherente, no opuesto a la ciencia, por lo que conviene ubicarlas de forma paralela, como dos maneras de conocimiento desigual» (1964: 30) que conviven también en la actualidad y en todo espacio.

Finalmente, Rosen (1985) considera que el análisis historiográfico, incluido el de la literatura y otras artes, tiene el potencial de identificar servicios diseñados a la medida de las enfermedades, padecimientos o malestares existentes, y los grupos afectados. A su vez, lo que estos grupos representan y necesitan obedece a construcciones sociales en torno a ellos. Es innegable que lo social permea en todos los niveles y matices de la salud.

En contraposición con la vida, se ubica la muerte, desenlace comprendido de maneras diversas por el ser humano. Puede significar la necesidad de culminar con los asuntos del difunto, de forma normativa y legal, para después entregarlo al olvido; incluso puede ser un mecanismo de regulación demográfica. Sin embargo, más frecuentemente se trata de un proceso aún más complejo, entramado en simbolismos y rituales propios de cada grupo social y cultural, con tonalidades que van desde lo natural a lo sobrenatural. Variaciones en las concepciones de la muerte son evidentes desde los primeros tiempos del politeísmo, en que los muertos eran venerados. Por otro lado, la creencia de que el ser humano posee un alma, le confiere una continuidad etérea más allá de la muerte y el subsecuente entierro o la cremación del cuerpo, con particularidades que dependen de la causa del deceso o del comportamiento exhibido en vida (Duche, 2012). En este trabajo nos interesan particularmente los sentimientos que despierta en las personas.

2.3. Surgimiento del modelo biomédico

Este modelo supone cumplir con las características del conocimiento científico, las cuales tienen diferentes procedencias. Tanto la filosofía como la ciencia tienen orígenes comunes en la búsqueda sistemática de *la verdad*, mientras que existe una ruptura con la opinión, o *doxa*. En efecto, como se anticipa, ello remonta a la Antigua Grecia, donde se construye el sentido de *episteme*, o saber teórico, luego impreso en la palabra latina *scientia*, o conocimiento, un *saber hacer* (Fontaine, 2008).

A través de la historia, la ciencia ha conservado principios de las tradiciones aristotélica y galileana. La primera supone la observación de los fenómenos del universo, relacionados con su sustancia y propiedades, da razón de ellos y progresa hacia la integración de principios generales, por la vía del método inductivo. En forma complementaria, luego, se deducen enunciados sobre esos fenómenos, que atienden a una relación de causalidad entre las premisas y la conclusión de un silogismo. Se le considera una ciencia *desinteresada* de dominar lo natural (Fontaine, 2008), que provee explicaciones del orden teleológico, no solo interesada en la comprensión, sino en dar cuenta de las causas finales (Mardones y Ursúa, 1982).

La concepción galileana de la ciencia nace en el siglo XVI y, a pesar de la conexión con Galileo, tiene sus más hondas raíces en la tradición pitagórica, platónica y arquimédica. A diferencia de la visión aristotélica, la naturaleza es una entidad atravesada por un flujo de acontecimientos medibles en forma numérica y expresables en lenguaje matemático, reductibles a leyes universales, en que esa naturaleza aparece transformada, para la época moderna, en un objeto de utilidad, de explotación (Fontaine, 2008; Mardones y Ursúa, 1982), —véase *giro copernicano*—.

En tanto que, por un lado se construyen conceptos ideales, sometidos a la abstracción e idealización; por otro, el análisis experimental se convierte en el recurso para comparar las hipótesis planteadas. En el siglo XVII, además de que comienza un combate para liberar a la ciencia del peso de las supersticiones, el método filosófico propuesto por Descartes provoca una nueva ruptura: la búsqueda del desprendimiento del espíritu de los sentidos —*abducere mentem a sensibus*—, ya *que ningún conocimiento será confiable o indudable si proviene del cuerpo* o de los órganos de los sentidos (Fontaine, 2008). La escisión atraviesa los siglos XIX y XX,

y no solo es determinante en la procuración de carácter científico de la medicina en la época moderna, sino en una distinción de los **fenómenos que pertenecen a la mente y de otros que son inherentes al cuerpo**. La ciencia es libre de toda consideración de valor y la **objetividad de su saber, que reposa sobre demostraciones lógicas y matemáticas, debe prevalecer sobre la subjetividad** de la opinión, arbitraria y no demostrable (Fontaine, 2008). Estas proposiciones contribuyen a la comprensión de las posiciones en los subsecuentes debates sobre el valor científico de los métodos para obtener conocimiento, y el origen de una veta que desprecia lo que emana de la opinión de un sujeto, nada más lejos del afán de alcanzar a conocer el universo, uno de tipo verificable y expresado a través de leyes.

Gaston Bachelard (1938) describe la *experiencia común* como tautológica, sin ánimo de rectificación y, por principio, opuesta a la ciencia; porque en la opinión no hay pensamiento ni razón, solo un enfoque en las necesidades. En contraste, en el espíritu científico no cabe la opinión, se plantean problemas y, para que el conocimiento sea científico, debe existir una pregunta, una que se va refinando, para interrogar mejor cada vez.

Las definiciones de ciencia suelen poner el acento en una labor característica que genera conocimiento —basado en cuerpos organizados de modo sistemático—, una actividad encaminada a descubrir uniformidades y formular planteamientos sobre relaciones consistentes entre fenómenos naturales. El énfasis viene puesto en la explicación de lo relacional, en la verificación de hipótesis entre variables empíricas (García, 2008).

En el *Curso de filosofía positiva*, así como en el *Discurso sobre el espíritu positivo*, Auguste Comte (1830 y 1844) expone el objetivo, espíritu e influencia de la filosofía positiva; los antecedentes y justificaciones que hacen del estado positivo *el sistema más acabado del pensamiento*. Ubica los primeros orígenes de tal espíritu en los trabajos de Aristóteles y la Escuela de Alejandría, la contribución árabe durante la introducción de las ciencias naturales en la Europa occidental y, sobre todo, la acción combinada de los principios de Bacon, las teorías de Descartes y los descubrimientos de Galileo. En este respecto por el contexto, rastrea tres estados diferenciados para comprender una ley básica. Dichos estados, teológico o ficticio, metafísico o abstracto y científico, real o positivo, transitan desde un estado primitivo a uno definitivo, progresan desde la necesidad por investigar la naturaleza

íntima de los seres a los fenómenos producidos por fuerzas abstractas, hasta finalmente alcanzar el espíritu humano (Comte, 1990 [1830]; Comte [1844]). El sistema de pensamiento **positivo** implica el uso combinado del razonamiento y la observación, cuyas leyes resultantes deben ser evaluadas, según Comte, para constatar su exactitud y verificar su precisión, de donde resalta la importancia reconocida al proceso de medición, a su rigurosidad. Él afirma que el desarrollo de las inteligencias individuales contribuirá a la revolución general del espíritu humano, a través de cuatro principales condiciones para que este tipo de conocimiento se dé. Dos de ellas caracterizan a la ciencia: un algo inherente al hombre civilizado por observar los fenómenos, por *establecer relaciones*, por obtener teorías que articulen los hechos. En ningún momento la ciencia puede ser *una simple* reunión de conocimientos (Ritzer, 1997).

Ahora bien, por lo que respecta específicamente al modelo biomédico —*medical care model*—, este surge dentro de la tradición positivista y se sirve de una estrategia reduccionista: la de entender el todo por el análisis de sus partes. Tiene raíces en el pensamiento racionalista de Descartes y una tendencia a imprimir una dualidad característica de la civilización occidental, por la cual se normaliza la escisión de la *psique* —estados mentales— del cuerpo o *soma* (Baeta, 2015; Pera, 2004).

Este modelo supone haber atravesado por una transición y haber dejado atrás gran parte de los misterios alrededor de la salud, la enfermedad y la recuperación, al asistir a la disolución de los vínculos causales con brujerías o maldiciones, gracias a los avances en el conocimiento biológico. Son ejemplos mayores, la teoría celular o la microbiología, las contribuciones de Rudolf Virchow, considerado fundador de la fisiopatología, quien introdujo la idea de que *cada patología deriva de una célula con daño estructural o funcional*; o bien, los estudios de Louis Pasteur o de Robert Koch en que se postuló que la presencia de agentes biológicos, perfectamente aislables, son los responsables *totales* de la enfermedad infecciosa. Los paradigmas emergentes conllevan a establecer nuevos objetivos de tratamiento, un buen número de los cuales se vuelven dependientes del descubrimiento de antibióticos o del desarrollo de otro tipo de intervenciones farmacológicas, pero también ocasionan cambios drásticos a nivel conceptual y cultural, *cambiando la forma en que se entienden salud y enfermedad* (Rocca y Anjum, 2020).

El modelo biomédico se convierte en la base dominante de la medicina moderna y prevalece hasta el inicio del siglo XXI, con una orientación patológica en que la

salud es definida como ausencia de enfermedad, como un estado o evento cuantitativo — ocurre o no ocurre— distinta de lo reconocible por el médico. En oposición, la enfermedad es demostrable, determinada por criterios diagnósticos, que puede ser incorporada en las clasificaciones nosológicas existentes (Baeta, 2015). Es una distinción entre el día o la noche, sin que existan momentos de transición como el alba.

Bajo las concepciones de este modelo, el cuerpo es asumido como una maquinaria susceptible a alteraciones en su funcionamiento, es decir, da cabida a la enfermedad y la lógica respuesta es corregir los mecanismos biológicos distorsionados. Por tal motivo la biología celular se convierte en uno de los blancos predilectos de investigación y de las tentativas para descubrir o idear tratamientos (Pera, 2004). En esta abstracción centrada en la enfermedad, el médico es el primer responsable en implementar las actividades curativas y paliativas para el restablecimiento de la maquinaria, que con frecuencia pasan por alto otras necesidades de *la persona*.

Desde la perspectiva foucauldiana, la *medicalización* puede ser entendida como los avances de la medicina que engloban el cuerpo humano y su existencia, sus comportamientos y conductas. Es un avance logrado por la investigación médica, la ampliación de las instituciones de salud, los sistemas de observación de la morbilidad y mortalidad, la normalización de la práctica y del saber médicos, de la enseñanza de la medicina y la administración desde el nivel estatal (Foucault, 2012).

Otras insuficiencias teóricas y prácticas se suman a los cuestionamientos sobre el modelo biomédico, por ejemplo es sencillo reflexionar respecto de las causas *necesarias* que pueden representar los trastornos bioquímicos o las alteraciones histológicas, pero que no alcanzan a ser las causas *suficientes* en que los factores sociales tendrían que participar para integrar causas *componentes* (Rothman y Greenland, 2005). Otros debates se enfocan en la ausencia de análisis del posible significado de los factores reconocidos como sociales, que emergen en la entrevista clínica; las imposiciones de un *rol* de paciente o enfermo o el efecto del comportamiento del médico durante las interacciones, capaz de incidir sobre el resultado terapéutico (Pera, 2004).

Por otro lado, hay que subrayar que las explicaciones de tipo biomédico enfatizan la ocurrencia de enfermedad en el nivel individual y subindividual, en tanto que descontextualizan el fenómeno del mundo social y cultural. Ciertamente, es importante reconocer el nivel en que opera una circunstancia, pues el pretender que

las categorías de orden individual biológico o psicológico entrañan la misma jerarquía que lo social, como determinantes de salud o enfermedad, provoca limitaciones conceptuales y de análisis (Moreno-Altamirano, 2007).

A manera de resumen, el biomédico es el modelo prevaleciente, aun en términos de *salud*, en que las características del sujeto enfermo se hacen corresponder con una entidad nosológica, para entonces enfocarse en el subsecuente tratamiento o rehabilitación, por la intervención de actores específicos que han sido instruidos en el saber médico; es decir, no hay una verdadera consideración de los estados distintos del ser enfermo. Al tomar en cuenta distintos trayectos, se vuelve relevante mencionar que la identificación de una persona como un determinado tipo de enfermo reviste el potencial de actuar como **estigma**, como lo concibe Erving Goffman (2019 [1963]).

2.4. Diferentes tipos de medicina y sus trayectorias

Es conveniente contrastar, por un lado, los atributos generales de la medicina de carácter científico, curativa o *clínica* y, por otro, a la *salud pública*, para mejorar la comprensión de sus aplicaciones y su integración en un sistema de salud. Comparten paradigmas, como el recurso a un modelo muy difundido: el de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, que conceptualiza la enfermedad como un proceso con etapas que se suceden. La primera está determinada por interacciones entre el individuo, los agentes de enfermedad o posible daño y el medio ambiente, periodo en que predomina la tendencia al equilibrio y es siempre previo a la ocurrencia de enfermedad. En la medida en que el estímulo nocivo ejerce mayor presión, los cambios dejan de ser reversibles y alteran la estructura y funcionamiento del sujeto, posibilitando una progresión en gravedad de la enfermedad, desde el nivel subindividual al individual (García, 2010), hechos que posibilitan **el diagnóstico** y fundamentan **el tratamiento** o la rehabilitación. De este modelo emergen tres niveles de prevención con que se clasifican las diferentes estrategias de los servicios de salud pública (Leavell y Clark, 1958).

Entre los modelos de enfermedad, la historia natural de la enfermedad es el más difundido y es la base para comprender diferentes esfuerzos en salud, de los cuales exponemos algunos a continuación. Primero, de manera muy general, la salud

pública pretende poner el énfasis en las acciones que evitan la aparición de la enfermedad, o de **prevención primaria**; mientras que el modelo biomédico se enfoca mayormente en el diagnóstico de enfermedad y su tratamiento, es decir, la **prevención secundaria**; o bien, en la limitación del daño o prevención terciaria, cuando el tratamiento no alcanza a ser curativo.

Es importante mencionar, pues se presta a confusión incluso dentro del gremio de la medicina dedicada a la atención clínica, que existen otras intervenciones que obedecen a diferentes conceptualizaciones y derivan en diferentes operaciones. Entre algunos de los más prevalentes, consideremos a la medicina preventiva, que se enfoca en la prevención primaria y el tamizaje, es decir, en acciones de protección específica mediante la vacunación, o el diagnóstico temprano, cuando aún no se evidencian signos o síntomas de enfermedad (Hernández-Sarmiento et al., 2020; Zarazaga et al. 2020). Otros paradigmas son la medicina social, de la colectividad o salud colectiva, que se concentra en la importancia de las necesidades sociales de salud (Casallas, 2017), así como la medicina comunitaria o la salud comunitaria, que aspiran a llenar los vacíos de atención entre las diferentes medicinas, de carácter público y privado, en la interacción de la comunidad (Silva, 2009).

La variedad de medicinas emergidas a través del continuo de salud-enfermedad, con un enfoque particular en las condiciones subyacentes y los distintos tipos de acción a emprender, fueron analizados por Milton Terris, líder de la cátedra de medicina preventiva y comunitaria del *New York Medical College*, desde la década de los setenta (Terris, 1975). La medicina que se autodenomina científica, de carácter clínico, que algunos llaman *alópata* (Pérez-Tamayo, 2009), por lo regular para intentar excluirla de *las otras medicinas*, es la hegemónica y suele reconocer únicamente las contribuciones de la salud pública. La tensión entre las opiniones respecto de la medicina *científica* y las *otras medicinas* es permanente y provoca, entre las personas, la búsqueda de elementos para encontrar *la mejor*. Aquí, nos desapegamos de tomar partido y procuramos adoptar una actitud crítica. Por la omnipresencia y desarrollo de la medicina hegemónica, nos prevenimos de la probabilidad de encontrar más elementos críticos acerca de ella, al arribar al momento del análisis de los datos cualitativos.

Además de las distintas conceptualizaciones sobre el continuo de salud-enfermedad, existe una oscilación de la perspectiva que se concentra sobre lo poblacional y que, a pesar de todo, ubica sus mayores evidencias para la acción en el

conocimiento biomédico y clínico. Esas alternancias entre niveles, que hemos visto que Moreno-Altamirano (2007) ubica como limitaciones conceptuales y de análisis, podrían explicar en cierto grado la falta de efectividad de un número de intervenciones, aun sin considerar la desatención de factores no biológicos.

Las principales distinciones entre las dos perspectivas dominantes, la medicina curativa o clínica y la salud pública, con base en criterios presentados por López-Moreno (2000), se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Contrastes entre medicina clínica y salud pública

	Medicina curativa (clínica)	Salud pública
Nivel de análisis	Individual	Poblacional
Concepto general	Saber y práctica basados en la atención de los enfermos	Esfuerzo organizado de la comunidad para fomentar la salud, impedir las enfermedades y prolongar la vida (Modificado de Winslow, 1920)
Objeto de estudio	Enfermedad	Salud
	<i>Pathos</i> (enfermedad <i>de facto</i>)	<i>Nosos</i> (enfermedad en <i>potentia</i>)
	Evento	Riesgo

Elaborado a partir de López-Moreno, 2000; Grant, 2012; Winslow, 1920.

Estos dos enfoques están bajo el dominio de diferentes autoridades. En el caso de la medicina clínica, el dominio corresponde al saber médico, así como de sus instituciones y, en la salud pública, involucra a la autoridad sanitaria, con campos de intervención que van más allá de la persona del enfermo, con responsabilidad sobre las condiciones de trabajo, la disposición de las ciudades, la calidad del agua y del aire (López-Moreno, 2000), la comunicación de riesgos, el control de las epidemias. La salud pública es un ámbito de acción en que la respuesta social organizada de tipo multidisciplinario toma un papel de relevancia indiscutible (Frenk, 1988), expansivo, más allá de los espacios tradicionalmente otorgados al médico, como el del hospital.

No obstante, además de que la salud se convirtió en un objeto de intervención de la medicina —en realidad, de lo que habría de ser la salud pública—, la medicina se permite atender a motivos distintos de las demandas del enfermo, hasta llegar a convertirse en una imposición. Tal es el caso del *screening* o tamizaje que, en ciertos contextos, forma parte de políticas obligatorias (Foucault, 2012) de identificación temprana de la enfermedad, sin vinculación con signos objetivos de enfermedad. Un ejemplo de este tipo de imposiciones se ha vivido desde distintas organizaciones e instituciones para la realización de pruebas de antígenos en personas sin datos clínicos de infección, de 2020 a 2023, periodo de transmisión del SARS-CoV-2 a escala global.

La medicina moderna es una medicina de práctica social (Foucault, 2012; Rosen 1985). En *La vida de los hombres infames*, Foucault (2012) identifica cómo desde finales del siglo XVIII el capitalismo socializa el cuerpo, como primer objeto, por su importancia en la fuerza productiva, y ello mantiene consonancia con la noción de que lo relevante es lo corporal, lo somático, que goza del prestigio de la medicina científica nacida con Bichat y Morgagni.

El gremio de la medicina ha venido construyendo una sociedad de la norma. Los médicos adquirieron autoridad social para tomar decisiones sobre circunstancias ajenas al ámbito de la enfermedad o la salud, en el exterior del aparato de medicalización colectiva que representa el hospital, lo cual puede ser visto como una manifestación de la llamada *Staatsmedizin* alemana (Foucault, 2012), en que el Estado acumula conocimientos y garantía de funcionamiento. Ni los individuos ni los grupos pueden aislarse de las reglas y normas de las instituciones (Rosen, 1985), las cuales juegan un papel en la estructura del comportamiento humano y son susceptibles de análisis desde el Institucionalismo (Steinmo, 2013).

Una trayectoria adicional a la de la medicina de estado, es la medicina urbana. Un caso ejemplo de unificación del poder urbano, en relación con un centro de mercado, es lo sucedido en Francia, a finales del siglo XVIII. La aparición del proletariado incrementó las tensiones políticas y las dificultades por la subsistencia, también en el campo. Históricamente, esos tiempos son considerados un hito en el surgimiento de una actitud de angustia frente a la ciudad (Foucault, 2012; Rosen, 1985), con una variedad de situaciones que provocan el temor, desde el creciente hacinamiento a la rápida transmisión de enfermedades infecciosas. Ello tiene consecuencias obvias: se incrementan las preocupaciones de índole sanitaria y las reacciones de la clase

burguesa para contener las epidemias mediante una división urbana en barrios, la creación de vigilantes e inspectores de zona y un plan de cuarentena en un domicilio fijo; esto contrasta con los mecanismos de exclusión de la Edad Media, para las personas con enfermedades transmisibles graves, como la lepra. A través de la medicalización del individuo, es posible alcanzar la purificación del medio urbano (Foucault, 2012).

En cambio, en el caso de la peste, fue más práctico proceder al agrupamiento, aislamiento y vigilancia de los enfermos; es decir, seguir un modelo militar, una policía médica urbana. Los sectores de hacinamiento podían ser mayormente analizados y el urbanismo obedeció a las necesidades de contar con mejor calidad del aire y agua, lo que afianza los lazos de la medicina con ciencias afines, particularmente la química. La medicina urbana es una medicina de las condiciones de vida, del estado del medio ambiente, una noción de salubridad que se extiende con el comienzo de la Revolución Francesa (Foucault, 2012).

Una tercera trayectoria de la medicina social se vuelve clara a partir del siglo XIX, con la existencia e instrumentación de las clases pobres en Inglaterra. Por los servicios prestados y la fuerza política que representaban, su utilidad era incuestionada, pero su propensión a las epidemias también fue un argumento para la división del espacio urbano y la separación de clases sociales. El control médico del menesteroso cristalizó con la *Ley de pobres* e introdujo en la medicina social la idea de una asistencia fiscalizada con qué satisfacer las necesidades de salud, que la pobreza no permite afrontar. Los sistemas de *Health service* comienzan a ofrecer servicios de vacunación y su respectiva verificación, así como identificación y control de focos insalubres y registro de enfermedades transmisibles. Estas fórmulas trascendieron en la actual asistencia médica —a las clases pobres—, en el control de salud en la fuerza laboral y las indagaciones de la salud pública, acciones todas que protegen a las clases privilegiadas de los peligros de salud a nivel poblacional y que fortalecen a la medicina administrativa (Foucault, 2012). Retomemos aquí el reciente ejemplo del extenso tamizaje para la infección por SARS-CoV-2 sucedido en 2021 y 2022, en contextos distintos de los de la atención de salud.

Foucault escribe en *El nacimiento de la clínica* (1966) que el lenguaje y estilo médicos se constituyen a finales del siglo XVIII, en ellos la racionalidad depende de la percepción. La vista se acepta como el sentido más confiable, de donde se confiere a la mirada, una atenta, hábil para captar la mejor evidencia, el poder de transfigurar

lo subjetivo en objetivo: «**El ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de traer a la luz una verdad**» (Foucault, 1966, p.6). La mirada es una llave de acceso al individuo.

En el siglo XVIII, momento del nacimiento de la medicina moderna, se volvió necesario que se definiera un estatuto político de la medicina, y la constitución —a escala de un estado—, de una supuesta conciencia médica, «encargada de una interminable tarea de información, control y sujeción» (Foucault, 1963, pp. 48-49). La medicina clínica amplía su círculo de saber, saber reconocido como un privilegio social, y termina por ir más allá del soporte de la percepción de la singularidad del enfermo, se apoya en la conciencia colectiva, hasta alcanzar las dimensiones de un Estado (p.53), como el mencionado caso del *Health service* (Foucault, 2012).

Mientras que la salud no requiere de fórmulas, la enfermedad sí compromete la conciencia social, por lo que se le centraliza; y los **cuidados del enfermo** se esperan de la familia por un deber natural de compasión, o del Estado por un deber social y colectivo de asistencia (Foucault, 1966). Un aspecto que podría parecer sutil y que Foucault resalta es que se establece una «**división de lo que se enuncia y lo que se calla**» (p. 12). Nos parece, sin embargo, un señalamiento potente que debe penetrar en la mirada analítica de investigaciones como la presente.

El *nacimiento de la clínica* (1966) es una crónica y un manual vigente donde se enuncian los derechos y obligaciones de los médicos, en que se le reconocen funciones adicionales como el alivio del sufrimiento; ellos pueden ser absorbidos por el Estado, administrados y tienen la obligación de rendir cuentas. Foucault describe el acto médico como una labor que consiste, primordialmente, en situar un síntoma en una enfermedad, una enfermedad en un conjunto, avanzando dentro de los planos del mundo patológico; incluso es también una lucha política contra los malos gobiernos. Ese mundo *patológico* adquiere existencia amén de la predominante bipolaridad para caracterizar *lo normal* y sus exclusiones.

Los contrastes entre lo patológico y sus exclusiones son trazables desde las mitologías. En la griega, Esculapio, padre de la medicina, tiene dos hijas: Higia y Panacea. La primera preserva la salud a través del seguimiento de la higiene; la segunda es curadora, cuando la enfermedad se ha instalado (Conde, 2002).

En el análisis de otros contrastes, es necesario recalcar una **escisión** que repercute en la clasificación de las ciencias y en el saber médico actual y que, en ocasiones, solo es atribuida a la influencia de René Descartes.

En el siglo VI, se estableció un dilema entre las enseñanzas escolásticas de la *Ars medica* y *Scientia*, que parten de las materias del trívium o artes *sermocinales* — gramática, retórica y dialéctica—, y del quadrivium o artes *reales* —aritmética, geometría, astronomía y música—. La medicina, junto con el derecho y las artes mecánicas, se mantuvo como un tercero excluido. Más tarde, durante el siglo XIII, Ramón Llull describió el quehacer de dos tipos de médicos del *cuerpo*, los cirujanos, que curaban enfermedades externas con fuego, hierbas, emplastos y ungüentos, y los físicos, que curaban enfermedades internas por el uso de jarabes. Otros eran los médicos que atendían las enfermedades del alma o espirituales: los religiosos. En el siglo XVII, la organización de Descartes en *res cogitans* y *res extensa*, es decir, la duda general de la *cosa pensante* y el *estar* en el espacio de los cuerpos también influirá en las concepciones del tipo de saber que constituye la medicina y la naturaleza de su objeto de estudio (Conde, 2002; da Costa, 2006).

En la transmisión del conocimiento médico existe, además de la dualidad *normal-patológico* que ya hemos abordado, una ambivalencia importante entre *signo* y *síntoma*. En la práctica ambos se articulan para poder elaborar el diagnóstico, pero son de naturalezas que supuestamente se oponen: el signo es observable, puede palparse, auscultarse, percudirse, tiene un lugar en la anatomía, luego entonces se le toma por *objetivo*; el segundo procede de la narrativa construida con la sustancia de lo que el enfermo *dice* experimentar (Conde, 2002) y posee un valor inferior, por lo que ser origen de suspicacia por parte del aparato médico. La oposición signo síntoma es una manifestación más de los extremos de la dualidad reforzada por el pensamiento cartesiano; una profunda brecha entre la existencia, por un lado, de un cuerpo y, por otro, la de una mente, imaginario común en la cultura occidental, fácilmente identificable y con repercusiones en las ideas sobre salud, enfermedad y muerte en la **vida cotidiana**.

Estimamos que esta visión general en torno a los diferentes tipos de medicina a través de la historia, la consideración de sus valores opuestos y la aplicación de la arqueología del saber en la constitución de la medicina de Estado favorece la identificación de elementos teóricos que ayudan a la comprensión de sus diferentes **actores y quehaceres**. Además, hemos retomado atributos de la medicina *científica*, con atención a uno de los modelos hegemónicos —al menos en Occidente—, objetado desde varias perspectivas por su reduccionismo al concentrarse en aspectos específicos del individuo enfermo y arrancarlo de todo contexto, lo cual

limita la comprensión más allá de un órgano o tejido concreto, allá donde se encuentra una persona. Esa manera reducida de aproximarse a los problemas de la pérdida de la salud constituye, además, una potencial barrera para la adecuada atención.

Eduardo Menéndez, estudioso del modelo médico hegemónico (MMH), lo define como la reunión de prácticas, saberes y teorías producidos por el desarrollo de la denominada *medicina científica*, la cual ha relegado a las otras medicinas, hasta imponerse como única legítima, debido a su *cientificidad* y reconocimiento por el Estado (Menéndez, 1988).

Dicho autor (2020) ha analizado las posibles tendencias de este modelo en cuanto a que continúe por la misma vía o que presente cambios sustanciales, remarca la paradoja que significa la expansión irrefrenable del MMH desde la Segunda Guerra Mundial, al tiempo que desde otras posiciones se le supone en crisis permanente, se le acusa de excesos en las prescripciones de fármacos o de las amenazas que sus medios diagnósticos y terapéuticos representan para la salud del planeta. Desde su opinión, el aspecto que destaca la verdadera hegemonía de la biomedicina es que al mundo entero le parezca lógica la manera en que opera, y se extienda cada vez más, incluso en los países de Asia. El biologismo e individualismo son rasgos propios de dicho modelo, al igual que el ejercicio de sus funciones curativas y preventivas, a las que se suman las de normalización, control, legitimización de las fuerzas sociales dominantes y de reproducción del capital. Es un modelo de carácter autoritario y prevé la participación subordinada y pasiva del *paciente* (Menéndez, 1988; Menéndez, 2020).

Puesto que el MMH se halla subordinado al funcionamiento de la industria farmacéutica y de los medicamentos biotecnológicos, participa en el incremento de los costos de atención de la enfermedad y resulta mercantilizada por obra de su complejo médico-empresarial, es un modelo ampliamente criticado, en especial porque la atención es crecientemente desigual (Menéndez, 2020).

2.5. Divergencia entre saberes relacionados con la salud

Desde el punto de vista sociohistórico, debería ser posible distinguir el alejamiento del ideal —o ideales— de salud. En realidad, la atención parece estar colocada en las

afecciones y enfermedades, las cuales se vuelven objetos de tratamiento, que producen gamas cada vez más complejas de prácticas y procedimientos, es decir de *medicinas*. Epistemológicamente, distinción que es útil para este trabajo, son preponderantes dos visiones en torno a la salud-enfermedad: la visión naturalista, apoyada en la biología, y la normativista, que considera a la salud de manera holística (Ravanal y Aurenque, 2018), así, es posible distanciarse del modelo médico hegemónico para distinguir *otras* medicinas. Un término amplio para designar formas particulares de medicina desarrolladas por pueblos originarios, que han llegado a constituir verdaderos sistemas, es el de *medicina tradicional*, la cual también es conocida como *alternativa o complementaria*.

La medicina tradicional se define como un conjunto de prácticas, creencias y conocimientos en torno a la salud, que recurre a terapias de *medicación* —uso de medicinas a base de minerales, plantas o tejidos animales— y a terapias sin medicación, las cuales pueden ser de tipo *manuales o espirituales* (OMS, 2002). No se trata de una medicina primigenia, sino de una con recursos propios, que responden a sus construcciones.

En cuanto al reconocimiento de las formas de intervención holística, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un documento en 2002, con el objetivo de contrarrestar el escepticismo no informado de quienes adoptan solo una visión anatómica-biológica de la salud. La OMS plantea que, a pesar de su amplio uso por ser mayormente accesibles y asequibles, en especial en países en vías de desarrollo, los sistemas sanitarios nacionales suelen no incorporar la medicina tradicional. Se les atribuyen, como *problemas* principales, la falta de valoración de una proporción de sus productos en términos de seguridad, eficacia y calidad, así como un deficiente control, por lo que se estima difícil promover su uso *racional* (OMS, 2002). En el caso de las terapias de medicación, un problema particular es el de la correcta dosificación. Por otro lado, en las sociedades tradicionales, la cultura y su transmisión son esencialmente orales, así que con frecuencia hay ausencia de documentos y menoscabo del conocimiento. No obstante, estas atribuciones y señalamientos como problemas son relativos y valdría la pena considerar desde dónde provienen y cuáles son sus intenciones.

Sin investigar en los orígenes de esta creencia, parece que la visión naturalística y la holística tuvieran una oposición en términos de racional y no racional, por lo que es conveniente examinar esa supuesta oposición. Williams Rivers aborda los

prolegómenos en el desarrollo de la medicina y sus relaciones con magia y religión. En su libro *Medicina, magia y religión* (1924) define como *magia* a la búsqueda humana por influir el mundo inanimado y animado que lo rodea, usando medios coercitivos sobre los espíritus; en tanto que distingue a la *religión* por hacer un llamado a los espíritus o dioses con características de antropopatía, de frente a los cuales elabora y efectúa rituales de súplica o propiciación. Su obra nos parece importante porque es pionera en la noción de sistema médico, examina visiones particulares del mundo, mágica, religiosa y empírica, además de mostrar la **complementariedad de las creencias y de las prácticas terapéuticas**, lo cual puede aportar a nuestro estudio sobre la experiencia de vivir con diabetes. Insistimos en que no estimamos que exista continuidad temporal de las diferentes creencias, sino una coexistencia en todo tiempo, última característica que les reconoce Pérez-Tamayo (2009) quien, sin embargo, no concede la misma racionalidad a todas ellas.

De manera adicional, en los sistemas no institucionalizados, Rivers identifica tres causas predominantes de enfermedad: una en la que un objeto o sustancia morbosa es arrojada dentro del cuerpo de la víctima, una segunda en que algo es abstraído del cuerpo y, una última, en que un brujo o hechicero actúa sobre una parte del cuerpo de la víctima o sobre un objeto conectado con su cuerpo. Como hemos escrito antes, la consideración de la causa implica la solución o cura necesaria; pero este autor aparte diferencia afectaciones menores que no requieren la intervención de un practicante especializado, cuya solución puede encontrarse en **remedios**, del orden doméstico (Leuba, 1925).

Resulta interesante que, en su primer documento para la estrategia global sobre medicina tradicional, los colaboradores de la OMS no alcancen a distinguir que el uso de los remedios está desconectado del conocimiento anatómico y fisiológico, por lo que resulta lógico que la mayoría de los tratamientos de la medicina tradicional no pueda ser probado bajo los protocolos de la medicina científica. Pérez-Tamayo afirma que las medicinas distintas de la científica «no explican nada porque no tienen nada qué explicar» (2009: 26); personalmente, prefiero destacar que son saberes constituidos de manera diferente, sin continuidad, sin mayor ni menor valor.

Por otro lado, también advertimos que es necesario abordar las nociones de enfermedad desde otras visiones, y de manera recursiva, como desde la etnológica, pues la enfermedad existe mientras no desaparezca del imaginario colectivo. La

interpretación de la enfermedad en términos simbólicos no es suficiente, esta, además, se organiza en sistemas de representación (Martin-Ostróžka, 1992).

La denominada *medicina científica* se halla en una posición de dicotomía, es oficial y fuertemente enraizada en los sistemas de salud occidentales. Como hemos expuesto, en este modelo hegemónico de medicina existe una autoridad instituida que garantiza la legitimidad del saber, además de controlar las modalidades de su aprendizaje y ejercicio.

En el momento de actual globalización, en que la transformación y heterogeneidad de los modos para producir la información se imponen a aquellos del control profesional que dictaban cómo debía elaborarse y distribuirse el saber médico, es importante abrir paso a reflexiones sobre las características e implicaciones ontológicas, epistemológicas y metodológicas que imprime la revolución tecnocientífica al estudio de la salud: nos referimos a la transición, en el terreno conceptual, de una sociedad medicalizada a la denominada *biomedicalización*, vinculada con la modernidad tardía o posmodernidad (Clarke *et al.*, 2000). Nos encontramos de frente a nuevas maneras de entender la salud, la enfermedad y los trayectos entre ellas.

2.6. Búsqueda de un modelo holístico para la atención de la salud

Con el advenimiento de otros modelos dentro del campo de la medicina científica, se ha intentado corregir la disociación y poner atención en los aspectos complementarios del sujeto: los ajenos a la enfermedad. George Engel propuso uno holístico, integrativo, no constreñido por el paradigma reduccionista, el *biopsicosocial*, edificado sobre principios de la teoría general de sistemas y elegido para diseñar las estrategias de intervención de la OMS. Sin embargo, aunque es de tipo centrado en la persona y reafirma el aspecto multifactorial de las entidades nosológicas, no discrimina los efectos del padecimiento en las tres esferas que considera, ni la importancia relativa de cada una, ni cuáles son sus interacciones. Probablemente el aspecto negativo más importante, con impacto en la práctica, es que se confunden etiología y tratamiento, porque se asume la necesidad de actuar con un componente similar al que se ha identificado como decisivo en la presentación, por ejemplo, implementar un tratamiento biológico si se encuentra un

factor biológico en juego. La realidad es más compleja que eso y va más allá de intentar proponer tratamientos combinados (Ramos, 2015; Pera, 2004). Así, limitantes importantes del modelo son el exceso de discriminación y la búsqueda de factores particulares.

El modelo biopsicosocial tampoco diferencia entre *illness* —que aquí fue asociado, párrafos atrás, con la percepción que tiene la persona— y *disease*, en consecuencia la persona tampoco se salva de ser tratada como *un paciente*. Pese al discurso, con frecuencia lo *psicosocial* permea poco en la formación y la práctica de los diferentes prestadores de servicios de salud y, debe manifestarse, goza de poca credibilidad entre gran parte de ellos. El modelo debería ser reevaluado desde los ámbitos ético, epistemológico, teórico, técnico y práctico (Ramos, 2015); tal vez una propuesta mejor conformada, en función de las nuevas necesidades, podría lograr una trama más consistente. Es otro modelo que, igualmente que el biomédico, no es suficiente para explicar ni comprender el proceso salud enfermedad (Baeta, 2015).

Se han desarrollado otros modelos para explicar la relación entre los determinantes y el estado de salud, los cuales deben ser distinguidos por el nivel de análisis u objetivos de aplicación. Como ejemplos, existe el de Lalonde, que discierne factores biológicos, estilos de vida, organización de los servicios sanitarios y entorno (Velasco-Benítez, 2015). Aparte, puede citarse el de Tarlov, caracterizado por una visión que inicia con los determinantes biológicos y psíquicos en el nivel individual, y que se amplía en dirección hacia la estructura macrosocial y política.

Sin embargo, existen brechas entre el conocimiento generado por estas diferentes perspectivas y sus propósitos de mejorar la salud *a nivel colectivo*, a través de aplicaciones como la formulación de políticas públicas. La visión del *problema de salud* es todavía dominante, sobre todo desde modelos como el epidemiológico de carácter poblacional; incluso también desde otras perspectivas *río arriba*, tales como la de los determinantes sociales de la salud, que estudian el efecto en salud de las inequidades sociales, las diferencias de género, las interacciones entre los genes y el ambiente, la pobreza, etc. Baghri Lankarani y Ghahramani (2018) expresan la urgente necesidad de contar con evidencia para actuar sobre las raíces de la salud y la enfermedad, y alertan sobre la relativa falta de intervenciones de amplio espectro en que figuren los aspectos sociales.

Teodoro Vizcaya y Rafael Gásperi (2013), en *Necesidades en salud: una revisión conceptual y metodológica*, señalan la variabilidad por lo que se entiende por

necesidad de salud y estiman obligatorio revisar las diferentes posiciones y sus supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos. De su revisión, identificaron y analizaron veintitrés publicaciones de corte cuantitativo, así como tres de tipo cualitativo. Entre sus conclusiones, subrayan la persistencia del abordaje positivista.

2.7. La importancia de la diabetes en cifras

«*La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano*».
Aldous Huxley

En contraste con la medicina clínica, dedicada a la atención del individuo enfermo, la salud pública se aproxima a la diabetes para recalcar su carácter de *prioridad de salud*, con el acento colocado en lo poblacional. Al modificar la perspectiva, son esperables cambios en los modelos, los conceptos y, al combinarlos, empiezan a coexistir distintas formas de lenguaje —o *idiolectos*, según Bajtín (Galán, 2017, p. 19)—. Ya que existen construcciones de orígenes muy diversos que entran en juego de forma simultánea, en este trabajo hay que acercarse a la diabetes desde diferentes ángulos, de manera similar a la persona que vive con ella también está sujeta a una multiplicidad de consideraciones. La diabetes es un objeto de investigación con muchas aristas.

Como prioridad de estudio e intervención de la salud pública, la diabetes a la que nos referimos en este escrito corresponde con el código E11 de la décima clasificación internacional de enfermedades (CIE-10): diabetes mellitus no insulino dependiente, de inicio en la vida adulta o tipo 2 —que puede llegar a ser dependiente del uso de insulina—. En la más reciente clasificación, la undécima (CIE-11), se identifica con el código 5A11, diabetes tipo 2; mientras que por su comportamiento creciente en magnitud y fuerte impacto negativo asociado, se considera *epidémica* (Kharroubi & Darwish, 2015).

En esta sección, el problema es revisado desde el nivel de *análisis poblacional*, con enfoque en la carga de enfermedad y muerte, necesario para dar contexto a algunos de sus posibles significados. Ubicados en esta perspectiva, que busca la

objetividad, son poco comunes los aportes de las ciencias sociales, en especial de los enfoques microsociológicos.

Una primera característica que concentra el interés público sobre esta enfermedad es su *magnitud*, en cuanto a *carga* de enfermedad y muerte. De manera general y a escala mundial, la prevalencia estimada de diabetes para 2019 fue de 9.3 %, lo cual se traduce en más de 463 millones de personas afectadas (IDF, 2019), ello aunado a las proyecciones de aumento continuo (Saeedi et al., 2019). Diferentes encuestas con muestras probabilísticas señalan mayor frecuencia en las zonas urbanas y, dentro de los diferentes ámbitos, en las mujeres (Saeedi et al., 2019), quienes además tienen mayor riesgo de morir por esta enfermedad que los hombres (Lozano-Esparza et al., 2020).

Entre los países con prevalencias más elevadas, México ocupa el quinto lugar. Esta enfermedad también se encuentra en ese sitio como causa de muerte y de años de vida perdidos a nivel global (Lin et al., 2020). En 2020, la diabetes tipo 2 fue la segunda causa de defunción en mujeres y la tercera en hombres —en quienes, para este año, la primera causa fue Covid-19—; la mortalidad proporcional general fue de 13.9 %. Sin desagregar por sexo, el grupo de enfermedades del corazón resultó la primera causa (20.2 por %) (INEGI, 2021b), pero es conveniente señalar que algunas de estas enfermedades son consecuencia de la diabetes, en términos de fisiopatogenia. En 2021, constituyó la tercera causa de defunción en mujeres y hombres —todavía desplazada por Covid-19— (INEGI, 2022).

Del total de 126 014 024 habitantes estimados en territorio nacional para 2020, el 66.2 % tenía veinte años de edad o más (INEGI, 2021c). Entre esas 83 421 284 personas, el 14.4 % presentó diabetes del tipo 2 (Shamah-Levy et al., 2020); es decir, alrededor de 12 012 665 de mexicanos ya conviven con el diagnóstico; de no actuar, la cifra ascendería a más de 16 millones de personas afectadas, en 2030 (Kershenovich & Chertorivski, 2013). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, en análisis efectuados en personas de 20 años y más de edad, el 18.3% presentó diabetes mientras que, de manera adicional, el 22.1% cumplió con el criterio de prediabetes (Basto-Abreu et al., 2023). La muestra cuenta con características para ser expandida al ámbito nacional y revela que, prácticamente, la **tercera parte** de la población mexicana adulta no puede ser considerada como sana, por lo que respecta a la regulación de los niveles de glucosa en sangre.

En nuestro país, se ha documentado el incremento en la prevalencia desde el año 2000, cuando el diagnóstico médico previo de la condición fue del 5.8% en adultos, cifra que pasó a 7% en 2006, y a 9.2% en 2012, además de mostrar mayor frecuencia en las mujeres (Rojas-Martínez et al., 2018). En la figura No. 2, inserta en el capítulo I, se muestra el comportamiento desagregado para los decenios de la vida adulta y de acuerdo con el sexo, donde es notable el incremento progresivo en la prevalencia conforme se avanza hasta los 60 años, edad en que la prevalencia es prácticamente del doble en las mujeres que en los hombres (35.6 versus 17.8%) (INEGI, 2021a).

En cuanto a la incidencia acumulada, se adicionan alrededor de medio millón de casos nuevos anuales (DGE, 2018). Esta forma de diabetes se está presentando a edades cada vez más tempranas en los niños (Carvajal et al., 2020), que antes eran afectados casi exclusivamente por diabetes tipo 1.

Por lo que respecta al tratamiento para lograr su control en los ya diagnosticados, a través de un periodo de comparación 2016-2006, la necesidad de usar insulina, sola o con hipoglucemiantes orales, se ha ido incrementado (Rojas-Martínez et al., 2018).

La mayor carga de la enfermedad deriva de las complicaciones asociadas, variables en su presentación a través de la edad y a pesar de los tratamientos, en especial después de los sesenta años, edad en que una de cada tres personas con diabetes tipo 2 padece enfermedad del pie, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca y retinopatía, además de episodios de hipoglucemia o coma diabético (Ovalle-Luna et al., 2019). En 2016, tres de cada cuatro personas con complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía, pie diabético) fueron mujeres (Rojas-Martínez et al., 2018). A partir de estudios en diferentes regiones del mundo, Sami y colaboradores (2017) presentan las complicaciones más comunes, con un orden aproximado de mayor a menor frecuencia como sigue: cataratas, retinopatía, neuropatía, enfermedad cardiovascular isquémica, hipertensión, nefropatía y pie diabético.

En los reportes publicados por Kershenobich y Chertorivski (2013), aproximadamente la mitad de las personas con diabetes dijeron tener visión disminuida y, más del 40 % de los casos, padecer neuropatía, ansiedad y depresión. Todas estas complicaciones contribuyen a la ausencia laboral, un gasto de bolsillo superior al 50 % y otros impactos económicos, además de elevados costos indirectos, entre los que sobresalen la discapacidad y 8.5 años de vida potencialmente perdidos,

al comparar con la esperanza de vida promedio (Kershenobich & Chertorivski, 2013). A pesar del panorama, 46.4% de las personas con diabetes declaró, durante la Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016, no llevar a cabo medidas para evitar complicaciones (Rojas-Martínez et al., 2018).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta nacional de salud y nutrición 2012, el Estado de México se encuentra por arriba de la media nacional de prevalencia y ocupa el cuarto lugar en la prevalencia de diabetes tipo 2 por diagnóstico médico previo (10.6 %) (INSP, 2013). En 2018, la tasa de incidencia en la población mexiquense fue de 402 en mujeres y de 316 en hombres (DGE, 2018), cercana al promedio nacional; mientras que la prevalencia en la entidad fue de 9 % (IC95 7.8–10.1) (INEGI-INSP, 2019). En los sitios web del Instituto de Salud del Estado de México pueden consultarse monografías que recuperan información de diabetes a nivel mundial y nacional, así como características generales de la patología, pero no se muestra el panorama epidemiológico estatal (CEVECE, 2012).

Ávila y cols. (2016) presentan datos sobre eventos de salud en municipios del valle de Toluca: para 2010, Toluca y Metepec tuvieron una tasa bruta de mortalidad superior a la estatal y la nacional (707 y 617, respectivamente, y en contraste con la estatal, 382, y la nacional, 527). En cuanto a las tasas de mortalidad específicas, la diabetes *no insulino dependiente* fue la primera causa de muerte en el municipio de Toluca (93 defunciones por cada 100 000 habitantes). Esta enfermedad es reportada en el quinto lugar de frecuencia de las atenciones de salud realizadas, solo superada por eventos de enfermedad transmisible (infecciones respiratorias agudas, intestinales y de vías urinarias) y la enfermedad ácido-péptica; es decir, la diabetes es la enfermedad crónica o no transmisible (ENT) con mayor impacto en este rubro en la población del municipio de Toluca (Ávila et al., 2016). De manera más reciente, en 2018, la prevalencia en el municipio, a partir de los 20 años, fue estimada en 9.6 % (IC95 8–11.3) (INEGI-INSP, 2019).

Para finalizar esta sección, en cuanto a diferencias entre grupos, llama la atención la más alta frecuencia de la enfermedad en cuestión en zonas urbanas (Saeedi et al., 2019) y en mujeres (DGE, 2018; Saeedi et al., 2019), así como la mayor posibilidad que tienen ellas de presentar descontrol metabólico (Haghighatpanah et al, 2018). Adriana Ortiz (2010), al estudiar la distribución de la diabetes en población mexicana de sesenta y más años, describe diferencias por sexo en dicho estrato: el 60.3% de las

personas que tienen diabetes son mujeres, frente al 39.7%, que constituyen los hombres.

2.8. Esfuerzos por aminorar el impacto

Como consecuencia del impacto al nivel *poblacional*, en cuanto a crecimiento en magnitud y tendencia, la diabetes constituye desde hace tiempo una prioridad de investigación en México; esto se relaciona con la disponibilidad de información, gracias a recursos como las encuestas nacionales de salud y nutrición, que se realizan con cierta periodicidad, a partir de 1999.

El estudio progresivo de los determinantes ha permitido asociar ciertos factores a la diabetes. Entre ellos se encuentran los cambios en los estándares de vida propios de los avances sanitarios y médicos que modificaron, a su vez, la esperanza de vida al nacimiento de 41 a 66 años, a través del periodo de 1940 a 1985 (Frenk et al., 1989).

Además del proceso de envejecimiento poblacional, la exposición a factores de riesgo surgidos con la creciente industrialización y los cambios en los patrones alimentarios relacionados con la apertura comercial (Rojas et al., 2018; Frenk et al., 1989; Alarcón & Bourges, 2002) han condicionado el aumento en la carga de enfermedad y muerte por causas no transmisibles, entre las cuales son dominantes las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las cerebrovasculares (Kershenovich & Chertorivski, 2013; Gómez & Velázquez, 2019).

La mayoría de los estudios mantienen el énfasis en la asociación de la diabetes con los *estilos de vida no saludables*, en que destacan el bajo nivel de actividad física, la dieta con aumento en la densidad calórica, el consumo de alimentos ultraprocesados y el tabaquismo. En cuanto a comorbilidades, el 90 % de los casos de diabetes coexisten con sobrepeso u obesidad y, en diferentes proporciones, con otras condiciones como la hipertensión arterial, las dislipidemias (Rojas-Martínez et al., 2018; Barba, 2018) y la enfermedad renal crónica.

Otros estudios han identificado genes que contribuyen al riesgo, como el SFI1, que explica cerca de 25 % del riesgo genético (García-Chapa et al., 2017), o han considerado la exposición a tóxicos ambientales como un riesgo emergente, en que destaca la participación de compuestos orgánicos persistentes y disruptores endocrinos, como los ftalatos o el bisfenol A (Sargis & Simmons, 2019).

Existe evidencia de un posible vínculo entre el estrés y el riesgo de diabetes, por un lado, porque los altos niveles de hormonas de estrés podrían afectar el funcionamiento de las células productoras de insulina en el páncreas (Diabetes UK, 2022). Eric Brunner y Michael Marmot (2006), en *Social organization, stress, and health*, exponen que es plausible que el tipo de organización laboral, el grado de aislamiento social o la percepción de control sobre la propia vida lleguen a modificar la probabilidad de desarrollar y morir por enfermedades no transmisibles como la diabetes. Como antecedente, desde 1997 Brunner publicó un primer modelo que integra factores del ambiente —incluido el ambiente social— y su acción sobre el sistema nervioso central, con posibilidad de influir las vías biológicas para desencadenar la enfermedad (Brunner & Marmot, 2006). En el ensayo clínico multicéntrico dirigido por el grupo de estudio TODAY (2021), en que se evaluó el efecto de diferentes tratamientos en personas jóvenes con diabetes a través de quince años, las complicaciones fueron más comunes en las minorías étnicas y una de las propuestas durante la discusión fue que las condiciones socioeconómicas que enfrentaban jugaron un papel, el cual merece análisis.

Aunque la etiología de la diabetes se reconoce como multifactorial y compleja, el objetivo más común de las investigaciones es determinar la diferente fuerza de asociación con factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Entre estos suelen estar presentes los **genéticos** —tener hermanos(as), padre o madre con la enfermedad—, tener una edad mayor a 45 años, los **patrones de alimentación**, la insuficiente **actividad física**, el consumo excesivo de alcohol, el hábito tabáquico, el sobrepeso y la obesidad o las dislipidemias (Saijo et al., 2022; Sami et al., 2017). El consumo de refrescos industriales endulzados con jarabe de maíz alto en fructosa, al igual que el consumo regular de carnes rojas, alimentos fritos, postres y dulces se han vinculado con diabetes y mayor resistencia a la insulina; por el contrario, el consumo de vegetales, frutas y alimentos con contenido significativo de fibra dietética y antioxidantes aparecen con efectos benéficos al respecto (Sami et al., 2017).

Malacara (2003) retoma lo más característico de la visión médica actual sobre los orígenes de la diabetes tipo 2: la contribución genética, el condicionamiento en etapa perinatal —programación metabólica— en fricción con los excesos de alimentación y una rutina sedentaria, así como un papel de los mecanismos de inflamación activados por infecciones y estrés.

A partir del diagnóstico de esta patología, diversas organizaciones de los sistemas de salud **recomiendan cambios en el estilo de vida, que incluyen educar a la persona con diabetes en el autocuidado** y promover su participación en la reducción de riesgos (ADA, 2020; Leitón-Espinoza et al., 2018; Sami et al., 2017). Sin embargo, como reiteramos en la sección de clínica, aproximadamente la mitad de ellos no logra **adherirse a las prescripciones** y evoluciona hacia la **aparición de complicaciones y deterioro en la calidad de vida** con mayor rapidez que quienes están bien controlados (Kharroubi & Darwish, 2015; Zheng et al., 2018). Solo en una menor proporción, la investigación se dirige a condiciones sociales como las de **género** o la pertenencia a **grupos sociales desfavorecidos** (Ledesma-Delgado et al., 2014).

Aquí empleamos algunos términos que merecen un paréntesis: estilo de vida y calidad de vida. El término *calidad de vida* surge en los años treinta, en Europa, como un equivalente de bienestar; luego, se generaliza por obra de la conceptualización de la OMS, que considera la percepción de los individuos en cuanto a su posición en la vida y en contraste con lo que esperaban de esta, en las diferentes esferas. Se relaciona de cerca con la idea de *buen vivir* (Ramírez-Coronel et al., 2020). Por otro lado, Menéndez (1988) analiza el uso de *estilo de vida*, cuyo origen se encuentra en las ciencias sociales y es un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto, pero después es reducido por la epidemiología para entenderlo como un indicador de riesgo.

En cuanto a las respuestas contra la enfermedad, el Estado mexicano institucionalizó regímenes de prevención, en reconocimiento de los retos para la sustentabilidad financiera del sistema de salud (Kershenobich & Chertorivski, 2013), los especialistas elaboraron guías desde la multidisciplina para abatir la doble carga de la mala nutrición (Bonvecchio et al., 2015) y, más recientemente, se han añadido medidas como la aplicación de impuestos a **bebidas endulzadas** y otros productos, la regulación de la publicidad, creación de centros de atención (Secretaría de Salud, 2018) o el etiquetado de advertencia frontal a los **alimentos ultraprocesados**, como herramienta para la identificación de **alimentos saludables**, que guíe las decisiones del consumidor (Buenrostro et al., 2021; GdM, 2021).

El 23 de abril de 2023, la Secretaría de Salud da a conocer las nuevas diez recomendaciones alimentarias para los mexicanos, cuyo fin es mejorar la salud y evitar enfermedades crónicas. Se resumen en: optar por la lactancia materna

exclusiva hasta que los bebés cumplan seis meses, consumir más frutas y verduras frescas en todos los tiempos de comida, consumir leguminosas todos los días, consumir tubérculos y cereales integrales, consumir menos carnes rojas y carnes procesadas, evitar los alimentos ultraprocesados, beber agua natural, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, preferir la actividad física por sobre la actitud sedentaria, así como planear y consumir los alimentos con la familia o con amigos (Amaro, 2023). Directamente del sitio gubernamental, recupero: «Este trabajo contribuirá a que la población *entienda* qué comer, qué alimentos disminuir o qué aumentar, y responden a la necesidad de integrar una visión holística del sistema agroalimentario y atender las sugerencias internacionales» (GdM, 2023).

Encontramos que este último mensaje se inserta en medio de un discurso político que una vez más parte de la idea de que las personas no entienden qué comer, que busca armonizar al Estado con las actuales tendencias, como el modelo de la dieta planetaria y las acciones para la disminución de la huella de carbono, y que no ofrece opciones a los estilos de vida impuestos por las limitaciones en la educación, las actividades disponibles para el sustento y el ingreso monetario logrado por la mayoría de las familias mexicanas.

Con todo lo ya mencionado, las políticas públicas en México no han tenido el impacto de modificar la tendencia en el incremento en la prevalencia de diabetes, como lo habían identificado Kershenovich y Chertorivski desde hace diez años (2013): tampoco hay evidencia de que el diagnóstico más temprano, procurado por las estrategias de tamizaje poblacional, ni la educación para la salud, ni la prevención de la enfermedad estén disminuyendo la proporción de personas con mal control y progresión a complicaciones. Aunque la introducción del impuesto a bebidas endulzadas, a partir del 1 de enero de 2014, redujo el consumo de refrescos entre 6 y 12 %, no está claro aún si ello tendrá un impacto benéfico sobre las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y la diabetes (Miranda, s.f.).

Es importante que las evaluaciones aporten mayor luz sobre posibles deficiencias en el diseño o la implementación de las intervenciones. Hay condiciones que siguen siendo poco exploradas a nivel de la particularidad de la persona con diabetes y del entorno inmediato con que interactúa, cuyo conocimiento podría ser utilizado para mejorar el diseño de las políticas públicas. En relación con ese entorno, Trikkalinou, Papazafiropoulou & Melidonis (2017) resaltan que, de 1 950 000 artículos y

revisiones sobre diabetes publicados desde cinco años atrás, solo uno valoraba el funcionamiento familiar.

En este nivel, el bienestar se deteriora ante el reto que representan los elevados costos directos —hospitalizaciones y tratamientos— e indirectos —aquellos absorbidos por el cuidador y otros, del orden social— que la enfermedad acarrea consigo (Quintana et al., 2009). Las indicaciones médicas están encaminadas a imprimir cambios drásticos en el estilo de vida, para alcanzar el **objetivo terapéutico general de control metabólico** (IDF, 2017) pero, en términos generales la mitad de las personas diagnosticadas no alcanza el control o no lo mantiene, con progreso a complicaciones graves (IDF, 2019; Barba, 2018). Para mantener la enfermedad bajo control es importante contar con elementos que den sustento a nuevas recomendaciones (Soto-Estrada et al., 2018).

Ante el reto que constituyen las enfermedades no transmisibles o crónicas para los sistemas de salud, las preocupaciones dominantes han sido disminuir los gastos de bolsillo, evitar el gasto catastrófico —el igual o superior al 30 % del ingreso disponible en el hogar— y abatir los costos directos (IDF, 2019), todo lo cual tenía presencia en esquemas de protección social bien definidos en el marco del desaparecido Seguro Popular —financiamiento en salud, fondo de gastos catastróficos— (Martínez, 2016).

En el sexenio 2018-2024, el Gobierno de México difundió, mediante acuerdo de la Secretaría de Salud, que a partir del 1 de diciembre de 2020 los servicios de salud estarían exentos de cuotas de recuperación en los institutos nacionales de salud y los hospitales de alta especialidad (El Financiero, 2020), sin que hayan sido totalmente claros, hasta diciembre de 2021, los cambios en los principios de atención en hospitales generales, centros de atención primaria y consultorios médicos dependientes del Sector salud.

Todavía no hay respuestas evidentes de cómo modificar la tendencia de crecimiento de la diabetes ni para disminuir su impacto en los ya enfermos, por lo que es necesario diversificar la investigación en torno al fenómeno, considerando aspectos poco abordados, como los sociales, que también pueden relacionarse con el desarrollo de la enfermedad y/o el de las complicaciones (ADA, 2020). Rara vez se emprenden exploraciones a profundidad acerca de las motivaciones para el comportamiento o un enfoque racional para lograr modificaciones que parta del conocimiento de las personas que viven con diabetes: cómo se perciben estas, qué

emociones y sentimientos tienen de sí y del mundo, cómo se aplican en su propio cuidado, qué creencias tienen sobre la salud y la enfermedad, dicho en forma general, cómo experimentan contender con la condición. Tener un mayor conocimiento de su mundo no necesariamente ayudará a mejorar el autocuidado, pero sí podría contribuir a comprender lo que sucede a partir de los encuentros clínicos o que consideraciones podrían enriquecer la política pública (Anderson & Robins, 1998).

2.9. Una intensa búsqueda teórica del control: una que no encuentra a la persona

Volvamos a la mirada de la medicina clínica, puesto que gran parte de las construcciones sociales alrededor de la diabetes son determinadas o influidas por aquella. A nivel del estudio individual y subindividual, propios de la investigación biomédica y clínica, la diabetes es definida como un trastorno metabólico crónico caracterizado por alteración de la homeostasis de la glucosa sanguínea que resulta en hiperglicemia persistente, la cual puede deberse a una secreción deficiente de insulina, a resistencia a la acción periférica de esta hormona, o a ambos mecanismos (Allen, 2015; Goyal & Jialal, 2020).

Existen tres principales formas de diabetes: los tipos 1, 2 y la gestacional, aunque periódicamente hay propuestas de reclasificación, como la sugerida por Ahlqvist y colaboradores, analizada por Dutta y Mukhopadhyay (2018) en *The Lancet* y difundida por los medios, la cual consta de cinco conglomerados —autoinmune severa, insulino deficiente severa, insulino resistente severa, leve relacionada con obesidad, así como leve relacionada con la edad—.

El tipo 2 o *mellitus* es, en considerable proporción de los casos, *no insulino dependiente*, puede tener una relación temporal, previa o subsecuente, con la forma gestacional (Kharroubi & Darwish, 2015) y constituye más del 90 % del total de las formas de diabetes. Se caracteriza por una disminución a la respuesta ante la insulina, conocida como *resistencia a la insulina*, asociada con disfunción de las células beta del páncreas. El exceso de tejido adiposo, en particular el de localización abdominal, promueve la resistencia a la insulina a través de activación de los mecanismos de inflamación. En la progresión de la enfermedad puede hacerse necesario incorporar insulina al tratamiento.

Los **datos clínicos** más comunes que alertan sobre el desarrollo de diabetes son sensación importante de sed, mayor producción de orina, falta de energía o cansancio, sensación de adormecimiento u hormigueo en las extremidades, visión borrosa, infecciones de causa bacteriana o micótica y retraso en la curación de heridas (Goyal & Jialal, 2022). En definiciones previas de la enfermedad, se consideraba un inicio a edad mayor de 20 años; de manera reciente, se presenta con mayor frecuencia a edades más tempranas. En este trabajo, como ya se ha mencionado, se emplea el término *diabetes* y se refiere siempre al tipo 2.

El diagnóstico de diabetes no representa una amenaza mayor para la salud si se logra un adecuado control; en caso contrario, las complicaciones por hiperglicemia sí ocasionan un deterioro progresivo. Existen factores *pronósticos* para la presentación de complicaciones que aquí se revisan y, dado que la hiperglucemia crónica es causa de complicaciones micro y macrovasculares, las metas de control dependen de los niveles medidos en glucosa plasmática (González-Chávez et al., 2010). El estándar de oro para el monitoreo es la proporción de hemoglobina glicosilada (HbA1c), determinada por laboratorio clínico, que mide el nivel promedio de glucosa disponible en suero en los últimos tres meses y, a pesar de cierta controversia, se admite como un marcador confiable para definir control glucémico, así como en la predicción del desarrollo de complicaciones en este subgrupo poblacional (De'Marziani & Elbert, 2108).

Las clasificaciones a partir de la determinación de HbA1c dependen de diversos puntos de corte: de menos de 7 %, para el *control glicémico* convencional, e igual o mayor de 7 %, categoriza como en descontrol, mal o pobre control glicémico (Basto-Abreu et al., 2020; Zhu et al., 2019; González-Chávez, 2010). Propuestas de clasificación más extremas son el control estricto (HbA1c <6.5 %) (González-Chávez et al., 2010) y el descontrol severo (HbA1c >9.5 %) (Hernández-Romieu et al., 2011). La normativa mexicana establece que el caso en control presenta niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl, de manera regular, o de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo de 7 % (NOM-015-SSA2-2010).

Una vez que hemos señalado que el principal objetivo terapéutico de la atención institucionalizada es el control glicémico, debemos regresar sobre las cifras que dejan patente que la diabetes tiene una evolución crónica difícil de manejar y que la manera en que las personas se ajustan a la enfermedad depende de factores personales, sociales, económicos y culturales (McConatha et al., 2020). Las prácticas de

autocuidado dependen además de creencias o maneras de afrontar el estrés que provoca la situación, así como de la comprensión e interpretación de las indicaciones médicas (Gillani et al., 2017; Girling et al., 2018); incluso se ha encontrado que las percepciones de una atención médica de mala calidad impactan en las interacciones subsecuentes y en la continuidad de atención, además de que en forma indirecta tienen repercusión en indicadores de éxito terapéutico como la HbA1c (Betancourt & Flynn, 2019; Allen, 2015).

A mediados del siglo XX en los Estados Unidos se introdujo un modelo dependiente del contexto, la *regla de las mitades*, la cual supone que la mitad de los casos de enfermedad en una población permanece sin detectarse, que la mitad de los detectados no están bajo terapéutica y que la mitad de los tratados no alcanzan metas terapéuticas (Holm et al., 2018). Al aplicar esta regla en contextos no estudiados, se espera que al menos la mitad de las personas tratadas por diabetes estén en control. En estudios efectuados en países en vías de desarrollo, se observa que, cuando se utiliza la HbA1c para la categorización en *adecuado control*, este oscila entre el 39.4 y el 40.2 % (Haghighatpanah et al., 2018; Zhu et al., 2019; Hernández-Romieu et al., 2011; González-Chávez et al., 2010; Flores et al., 2018).

En condiciones en que no puede recurrirse a la HbA1c, debido a su alto costo, se han usado otras determinaciones de la glucosa como parámetro del control. Por ejemplo, Kamuhabwa y Charles (2014) estudiaron de manera transversal a 469 personas con diabetes, con una media de edad de 55 años. Utilizaron la glicemia en ayunas superior a 7.2 mmol/L como variable indicadora del pobre control. La proporción de personas mal controladas fue mayor en las edades de 40 a 59 años, respecto de personas de 60 o más años (76.1 %). Las variables de la dieta que fueron contrastadas no mostraron asociación estadísticamente significativa con el pobre control.

En el estudio transversal de Fekadu y coautores (2019), se encontró que el 67.5 % de las personas con diabetes, con una media de edad de 43 años, no seguía las recomendaciones dietéticas y un tercio (32 %) no había recibido alguna forma de educación en diabetes. El 64.9 % presentó un deficiente control de la glicemia. Los factores asociados al deficiente control glicémico, que fueron predictores independientes en el análisis de regresión logística multivariada y se encuentran aquí reportados como razón de momios de prevalencia ajustados (RMPa), fueron el analfabetismo (RMPa=3.12, IC₉₅[1.52– 8.50], p=0.001), el haber recibido solo

educación de tipo informal (RMPa=2.28, IC₉₅[2.14–32.60], $p=0.024$), haber recibido tratamiento para diabetes por más de diez años (RMPa =3.94, IC₉₅[1.51–27.83], $p=0.012$), una actividad física deficiente (RMPa =3.19, IC₉₅[1.05–19.84], $p=0.019$) y el hábito tabáquico (RMPa =4.51, $p=0.022$); es decir, las posibilidades de deficiente control fueron desde dos hasta más de cuatro veces mayores para quienes tuvieron estas características, de forma estadísticamente significativa —a un nivel de confianza de 95 %—.

Zhu y colaboradores (2019) realizaron un estudio transversal con 918 participantes con el objetivo de identificar los factores relacionados con el deficiente control glicémico. Existió pobre control en el 49.3 % de las personas estudiadas, y solo dos variables de una serie de parámetros bioquímicos evaluados tuvieron una correlación (baja) con la HbA1c: el colesterol total ($r=0.107$, $p=0.009$) y los triglicéridos séricos ($r=0.105$, $p=0.011$).

Haghighatpanah y coautores (2018) evaluaron de manera retrospectiva, por medio de regresión logística bivariada, los factores relacionados con un pobre control glicémico en 657 pacientes, con una media de edad de 60 años. El ser mujer confirió una posibilidad 86 % mayor de tener descontrol metabólico (RMP=1.86, IC₉₅[1.13–3.06], $p=0.014$) y otros factores estadísticamente significativos fueron la edad igual o menor de 65 años (RMP=1.51, IC₉₅[1.01–2.25], $p=0.044$), el índice de masa corporal igual o mayor de 30 (RMP=2.72, IC₉₅[1.41–5.23], $p=0.003$) y la condición declarada de trabajo doméstico como ocupación, respecto del estar jubilado (RMP=3.04, IC₉₅[1.44–6.42], $p=0.004$). En el análisis multivariado, los factores que se asociaron con mayor posibilidad de descontrol fueron ser mujer (RMPa=2.07, IC₉₅[1.12–3.82], $p=0.021$), tener colesterol HDL menor o igual a 45 mg/dL (RMPa=1.72, IC₉₅[1.01–2.95], $p=0.048$), tiempo de evolución mayor a 10 años (RMPa=2.53, IC₉₅[1.46–4.40], $p=0.001$) y uso combinado de hipoglucemiantes orales e insulina (RMPa=2.41, IC₉₅[1.35–4.28], $p=0.003$). La recomendación que dieron los autores fue la de utilizar estos hallazgos para identificar y dirigir intervenciones especiales a esos grupos.

Hernández-Romieu y colaboradores (2011) exploraron la asociación entre el seguimiento de recomendaciones dietéticas y ejercicio, acceso a seguridad social y medicamentos, así como de la calidad de la atención médica con el control glucémico en personas con diabetes, mediante una encuesta probabilística que incluyó la medición de niveles de HbA1c en sangre en zonas rurales y urbanas de siete entidades de la República mexicana. El 30 % de las personas tuvo buen control.

González-Chávez y colaboradores (2010) analizaron 424 expedientes de personas con diabetes que se encontraban en control ambulatorio en el Hospital General de México. De acuerdo con las cifras de HbA_{1c}, se observó que 129 (47 %) cumplían con un control estricto; 18 (6 %) con un control convencional y 128 pacientes (47 %) tuvieron pobre control glicémico.

En un estudio efectuado en la Ciudad de México, Flores y coautores (2018) evaluaron de manera retrospectiva el control glicémico y en relación con la autoestima y la depresión en adultos mayores con diabetes. Encontraron asociaciones positivas para la autoestima media y baja, respecto de la autoestima alta (RMP=2.39, IC₉₅[1.0-5.3], $p=0.01$) y para la presencia de depresión en las personas (RMP=2.50, IC₉₅[1.34-4.67], $p=0.004$), comparando con el grupo sin depresión. No hubo asociación con variables del laboratorio clínico, como los lípidos en el suero.

El único estudio de factores relacionados con el control glicémico identificado a nivel local, en la ciudad de Toluca, fue una tesis de licenciatura en nutrición (Bautista & Sánchez, 2013), en la cual no se encontraron asociaciones entre el índice de masa corporal ni del tiempo de evolución con la HbA_{1c}, probablemente por limitaciones de la calidad de la información en los registros de una clínica universitaria de obesidad y diabetes que fueron consultados.

En un resumen personal del análisis de los estudios reportados, se identifican factores agrupados en: a) sociodemográficos: sexo, edad, localidad de nacimiento, lugar de residencia, años de escolaridad-nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación y afiliación a servicios de salud; b) antecedentes personales no médicos: de alimentación (número de tiempos de comida promedio al día, cinco o más porciones de frutas y/o verduras), actividad física moderada, hábito tabáquico, consumo de alcohol, etc.; c) antecedentes médicos: diagnósticos de hipertensión arterial, osteoartritis, enfermedad renal crónica, otros antecedentes; d) diabetes y su tratamiento: tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento médico al momento de la medición (tratamiento farmacológico a base de hipoglucemiantes orales [metformina, sulfonilureas, pioglitazona], insulina, en monoterapia o terapia combinada), adherencia al tratamiento farmacológico, adherencia a la dieta recomendada; afectaciones en la sensibilidad en los pies, complicaciones por úlceras en piernas o pies, amputaciones, disminución o pérdida de visión, daño a la retina, necesidad de diálisis peritoneal o hemodiálisis, infarto (Gutiérrez et al., 2016); e) antropometría: peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura y

cadera, índice cintura cadera, así como presión arterial sistólica y diastólica; f) parámetros bioquímicos: glicemias en ayunas, prueba de tolerancia a la glucosa, triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL.

Asimismo, las variables que resultan comúnmente asociadas a pobre control glicémico son: ser mujer, pertenecer al estrato más joven dentro del estudio, el más bajo nivel de escolaridad, ocupación en trabajo doméstico no remunerado, hábito tabáquico, deficiente actividad física, tiempo de evolución de la diabetes superior a los diez años, autoestima baja, presencia de depresión, índice de masa corporal más elevado (en forma continua y en categorizaciones de tipo ordinal) y elevaciones, en general, de los lípidos séricos.

Todas estas *variables* propias del estudio desde la perspectiva biomédica, entre las cuales emergen otros diagnósticos, biomarcadores y factores de riesgo para el desarrollo o las complicaciones de diabetes, pueden funcionar como un alud de términos de la medicina científica, algo que tal vez sea percibido aquí como un exceso. Es intencional y consideramos útil la larga enumeración, porque son concepciones que se espera que el sistema de salud y cada médico maneje, que alcanzan en grado variable a las personas con diabetes a través de las recomendaciones de la salud pública, los programas de educación específicos, durante la relación médico-*paciente* y desde otros contextos. Quienes emiten esta información tienen la expectativa de que se comprendan ciertas ideas derivadas y que los *enfermos* actúen en consecuencia. No es un entendimiento fácil para la mayoría de las personas.

Por otro lado, son relevantes las aportaciones de estudios que señalan la existencia de un gradiente de desigualdad socioeconómica en México que determina, de manera indirecta, los resultados en salud; así que mantienen vigencia las recomendaciones de documentar las brechas mediante el análisis por estratos socioeconómicos (Marmot 2007; Gutiérrez *et al.*, 2016).

El enfoque predominante en los estudios analizados en esta sección responde al paradigma del *factor de riesgo* en las enfermedades crónicas, surgido en la epidemiología a mediados del siglo XX y debatido desde finales de este, porque los resultados de las investigaciones tienen, en ocasiones, difícil traducción al momento de elaborar mensajes para la salud pública. Dicho modelo explicativo supone que el riesgo de enfermedad reside mayormente en los individuos y en su comportamiento personal, así que conduce a recomendar que se eviten las condiciones encontradas

como explicativas del desarrollo de la enfermedad y coloca esta labor *en el individuo, en desatención del contexto* (Schwartz *et al.*, 1999).

Finalmente, si se aplica la reflexión, los estudios revisados no atienden al sistema de interrelaciones y las bases teóricas no son del todo claras, lo cual sugiere la presencia implícita del paradigma de la caja negra, base de la epidemiología de los factores de riesgo (Schwartz *et al.*, 1999). Greenland y coautores (2004) advierten una creciente inclinación a debatir este canon, por juzgar, justamente, que no está regido por teoría subyacente o que presenta insuficiente justificación de los estudios en un contexto biomédico o de teoría social; no obstante, defienden la postura de que los estudios son pruebas empíricas para teorías existentes y no todos ellos tienen que indicar posibles contribuciones a la teoría general —sin que la propuesta contradiga explicar las observaciones—. Rescatan la utilidad de reportar asociaciones observadas, bajo minimización de sesgos y una adecuada descripción de los métodos, puesto que los hechos compartidos a la comunidad son susceptibles de explicaciones coherentes por nuevas teorías, en las cuales participan los lectores. En nuestro tema de estudio, detectamos la posible existencia de *crisis de paradigmas*.

2.10. La adherencia al tratamiento y otras expectativas que satisfacer

Las personas con diabetes son informadas de la necesidad de implementar un tratamiento para evitar las complicaciones y mantener la mejor calidad de vida posible. El tratamiento de la enfermedad yace en dos piedras angulares, la dieta y la adecuada actividad física. La dieta debe estar ***restringida de azúcares simples, jarabe de maíz alto en fructosa***, así como en ***grasas saturadas*** (Goyal & Jialal, 2022; Del Val Zaballo, 2020). Estos son los ingredientes principales de los alimentos industrializados, en especial los ultraprocesados, por tratarse de materias primas de bajo costo, con propiedades para incrementar la vida de anaquel. La sobreoferta de este tipo de alimentos, que abarrotan las tiendas de conveniencia y se ofrecen como propios de la modernización, ha sido parte de los fenómenos que han contribuido a la transición alimentaria en México y a un consumo excesivo (Ortega *et al.*, 2021). Sobre todo en ciertas áreas geográficas, la disponibilidad de alimentos y su popularidad percibida —vista como una norma social— (Pechey *et al.*, 2021), crean

un verdadero problema de *elecciones no saludables*. En la revisión de Reyes, Morales y Madrigal (2009) se proporcionan recomendaciones que dan realce al equilibrio del balance energético total, la ingestión de proporciones determinadas de macronutrientes —hidratos de carbono, proteínas y lípidos—, y específicas de fibra dietaria, así como de vitaminas y nutrientes inorgánicos.

Existe una distinción entre la *actividad física* y el ejercicio. La primera se produce cuando un individuo, que se halla en reposo, se mueve de forma voluntaria y por la actividad muscular incrementa su metabolismo. El *ejercicio* es toda actividad física que cuenta con un programa estructurado, regular, que pretende mantener o aumentar el nivel de la condición física. El ejercicio recomendado en general para las personas con diabetes es el aeróbico de baja intensidad y larga duración, como al caminar, bailar, nadar, durante 30 a 90 minutos, al menos por cinco veces a la semana (Blanco, Chavarría & Garita, 2021). Otros autores sugieren que se trate de actividad física que califique al menos como moderada, refuerzan el valor del ejercicio aeróbico y que basta que alcance una duración de 90 a 150 minutos por semana. En las personas con obesidad un primer objetivo es que pierdan peso, en especial grasa a nivel abdominal (Goyal & Jialal, 2022).

Si las dos medidas no logran el control metabólico, entonces se estima necesario agregar un medicamento de primera línea: la **metformina** (158 pesos/caja con 60 tabletas de 850 mg). Luego de esta, se hallan las sulfonilureas —En México hay cuatro combinaciones de sulfonilurea-biguanida: glibenclamida-metformina, clorfeniramina-clorpropamida-metformina, glibenclamida-fenformina y glimepirida-metformina—, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (gemigliptina, 1008 pesos/caja con 28 tabletas de 50 mg), inhibidores de la alfa glucosidasa (acarbose, 72 pesos/caja con 30 tabletas de 50 mg), pioglitazona —idónea si existe hígado graso— (178 pesos/caja con 14 tabletas de 15 mg).

Figura, por supuesto, la **insulina** (de acción prolongada: glargina, 459/caja con una pluma precargada de 3 ml; de acción intermedia, de acción breve o de acción rápida), también los agonistas del péptido similar al glucagon tipo 1). Así como los inhibidores del cotransportador de sodio glucosa tipo 2 (disponibilidad restringida).

En caso de enfermedad cardiovascular concomitante, son de primera elección la empagliflozina (1 364 pesos/caja con 30 tabletas de 25 mg) y la liraglutida (pluma precargada con cartucho, 3 ml de solución, 3 655 pesos/caja con dos piezas) —Los

precios corresponden al 22 de agosto de 2021 y se consultaron para la misma farmacia—.

Los mayores beneficios se alcanzan con un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, por lo que se recomienda el tamizaje después de los 40 años de edad. Los criterios diagnósticos de ADA (2021) consisten en que se detecte una glicemia basal alterada, es decir mayor de 126 mg/dl; o bien, más de 200 mg/dl a las dos horas en la prueba de tolerancia a la glucosa o, finalmente, que se determine una hemoglobina glucosilada mayor de 6.5 % (Goyal & Jialal, 2020).

Es común que no se logren las metas de control. Entonces se buscan y encuentran los argumentos para demostrar insuficiente **adherencia**, en medio de expectativas no compartidas —todo por un desentendimiento—, que lleva a la parte de los profesionales de salud, así como de las instituciones desde las que se forman y actúan, a señalar una *falta moral*, una culpa de los pacientes por no cumplir con su obligación de apegarse a las recomendaciones (Anderson & Robins 1998). Una respuesta es que los enfermos se avergüencen o limiten la cantidad de información en los encuentros de atención. Entonces se entorpecen las indagaciones sobre los motivos de por qué no funciona el autocuidado.

Mientras que la medicina pretende ser una práctica que cura, la diabetes es incurable; entonces solo restan las prescripciones que recurren a lo farmacológico y que osan ir más allá, se introducen en la vida y por la duración de esta. Tal vez se requiera de un velo para detener las intromisiones, para cubrir los secretos, como el del placer displacer de comer lo prohibido. En mi experiencia médica, esos *pacientes* parecen alternar entre malabares como para burlar la enfermedad o negar su existencia; ejercen resistencia, se rebelan de vez en vez o de manera permanente, algunos desafían a la propia muerte. Si se acaba la paciencia, se recurre a sitios comunes, al fin que «de algo se ha de morir» o «cuando te toca, te toca... y cuando te toca, aunque te quites». Si se complican, peregrinan por soluciones y encuentran diálisis, hospitalizaciones, amputaciones, antes de morir en forma prematura. Son historias que se repiten, imágenes que brotan en las consultas otras, anécdotas de la relación médico-paciente: «A pesar de los regaños, no aprenden». Hemos llegado a un punto en donde el conocimiento de la condición no alcanza a dar cuenta de lo que está pasando en la *otra realidad*.

Existe un objeto *prefabricado* en cuanto a la importancia asignada a la diabetes en el panorama epidemiológico nacional, y que hemos visto, la ha convertido en

prioridad de salud pública y blanco de intervenciones de prevención y políticas públicas. (Meyer 2010; Bourdieu et al. 1995), pero lo que ocurre en ese trayecto de vida de las personas no es trivial, es otro conocimiento útil, donde yace el objeto *artesanal* de este trabajo (Meyer 2010; Rosa 2009; Bourdieu et al. 1995).

2.11. Sindemia e infodemia: nuevas formas de padecer

Una condición que ensombreció el panorama para las personas con esta enfermedad se presentó a partir de 2020: la propagación de la infección por SARS-CoV-2, que suele caracterizarse por síntomas leves en las dos primeras semanas, pero potencialmente progresa a enfermedad severa caracterizada por síndrome de distrés respiratorio agudo, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, falla multiorgánica y choque (Lim et al., 2021), sobre todo al infectarse con determinadas variantes virales, como la ancestral o las más recientes.

De frente a la urgencia que ya existía por frenar el crecimiento de la epidemia de diabetes, la enfermedad adquirió nuevas dimensiones en la percepción pública y se enfatizó que, bajo ciertos factores sociales y políticos, la diabetes exhibe características de *sindemia* (Horton, 2020; Lin et al., 2020). El término se emplea para un complejo interrelacionado de conceptos de salud, con interacciones a nivel biológico y social que poseen e incrementan sus efectos negativos; o bien, para las sinergias que se presentan en epidemias concurrentes (Singer 1996; Hossain et al. 2021). Consiste en tres elementos conceptuales, primero, el conglomerado de dos o más problemas de salud que pueden ser evaluados como comorbilidad o multimorbilidad; en segundo lugar, la interacción entre ellos mediante vías biológicas o sociales; finalmente, la asociación con fuerzas sociales, estructurales o contextuales que aseguran la progresión, por ejemplo, la pobreza, el colonialismo, la exclusión sistemática de oportunidades y otras inequidades sociales (Hossain et al. 2021).

Las personas con alto riesgo de desarrollar Covid-19 grave —y requerir atención en una unidad de cuidados intensivos— tienen edad avanzada, no han recibido inmunizaciones contra el SARS-CoV-2 o presentan enfermedades subyacentes, entre las cuales destacan la obesidad, la enfermedad cardiovascular y la diabetes. En el

inicio de la pandemia, las personas con diabetes presentaron un riesgo hasta cuatro veces mayor de fallecer al contraer la infección, respecto de quienes no tenían esta enfermedad crónica. La estrategia encontrada para prevenir un curso grave de Covid-19 fue mantener los niveles de glucosa controlados (Ganesan et al. 2020; Lim et al., 2021). Es conveniente explorar el impacto que la divulgación de información sobre el mayor riesgo de enfermedad grave y muerte provoca en las personas con diabetes.

CAPÍTULO III. LA INVESTIGACIÓN DE LA SALUD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES: EL ENFOQUE CUALITATIVO



En este capítulo se atiende a los saberes todavía relegados, al margen de lo oficial, pero que son necesarios para lograr comprensión del problema de estudio: lo social, los rasgos culturales, lo *subjetivo* y otras aproximaciones no reduccionistas, no cuantitativas para la abstracción que nos ocupa, la *diabetes*.

3.1. El mundo social, más allá del estudio de las estructuras y lo objetivo

A través de la historia se distingue como se establece un vínculo entre la manera de concebir los objetos de estudio, teorizar sobre sus relaciones y aproximárseles desde indagaciones diversas. Desde una posición fija en las ciencias sociales, deseamos avanzar hacia las teorías que fundamentan este trabajo, con un punto de partida en que el estudio de la estructura y lo objetivo requiere de la investigación de las contrapartes.

Sin duda, luego de las publicaciones de Comte que fueron clave para el surgimiento de la ciencia social, la idea de la interrelación entre el mundo y la conformación interna de los individuos constituye un acontecimiento mayor, debida a Karl Marx y Friedrich Engels (1846), quienes elaboran premisas importantes acerca de la existencia de los hombres, de las características de la conciencia y de la manera en que producen los medios de vida, entendidos como modos de actividad en que no solo es relevante lo que se produce, sino cómo se produce; todo esto tiene un poder formativo, cito: «lo que los individuos son, depende por tanto, de las condiciones materiales de su producción» (Marx & Engels, 1846, pp. 19-20).

Estos pensadores exponen la relevancia de la propiedad en los procesos teorizados y enuncian otra idea fundamental: la producción de las ideas se enlaza con la actividad material, «[...] no es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia» (Marx & Engels, 1846, p. 26). Con la extensión de las actividades humanas en los planos histórico y universal, el individuo es sometido a un poder masivo: el del mercado mundial. Los hombres se necesitan mutuamente y se hacen unos a otros, tanto de manera física como espiritual, lo que interpreto como ser productos de la interacción social. Por un lado, el hombre hace las circunstancias, pero las circunstancias también lo hacen a él; desde su perspectiva esas circunstancias son las fuerzas de producción, los capitales y las formas de intercambio social (Marx & Engels, 1846).

El Manifiesto del partido comunista (1848), en concordancia con sus lectores destino, es un escrito claro que expone en forma rápida y asequible el pensamiento marxista. En los prefacios del manifiesto, recuperamos enunciados sintéticos también de importancia mayúscula: la estructura social deriva de la producción económica, o la historia es una historia de lucha de clases (Marx & Engels, 1972 [1848]).

Otros momentos centrales en el surgimiento de la ciencia social provienen del pensamiento de Émile Durkheim, el cual es fundamental para la constitución de la mirada sociológica y la definición de su objeto de estudio. En sus publicaciones *Las reglas del método sociológico* y *La división del trabajo social* explica cómo conceptualiza el *hecho social*, su distinción entre lo normal y fisiológico, la constitución de los tipos sociales y, secundariamente, los métodos sociológicos, ello bajo un sistema de reglas, en medio de digresiones de corte positivista (Durkheim, 1895; Durkheim, 1993 [1893]).

Los argumentos con que Durkheim conceptualiza el hecho social son producto de una idea recursiva, observada desde todos los ángulos, en forma refinada. Es la *cosa social* con vida independiente del individuo, y que no solo existe, sino que funciona sin él. El hecho exterior y con poder coactivo, capaz de originar hábitos con el tiempo y tendencias que se vuelven interiores en el individuo. Las maneras de ser, las maneras de hacer —sentir, pensar, obrar— del alma colectiva. Es gracias a este concepto que la sociología conforma un dominio y una manera clara de reconocer sus objetos de estudio, lista para observar y distinguir las ideas de las cosas, de las cosas en sí; para observar la naturaleza del hecho social, nominar, categorizar de

acuerdo con los elementos exteriores comunes, pero ligados a las propiedades fundamentales. Lo anterior sucede ante un observador que mantiene como regla la objetividad que puedan otorgar la sistematización y la evitación de las prenociones (Durkheim, 1895).

«La sociología se ocupa de los problemas de la sociedad», definición llana que Norbert Elias (1982 [1970]) proporciona, al tiempo que retoma la visión tradicional de *sociedad*, una aparentemente obvia, gracias a múltiples conceptualizaciones y giros lingüísticos, o de modo simple, entendida como un medio que se opone al individuo. Cada una de las personas que la conforman es un *yo*, un *ego entramado* en relaciones de interdependencia, en configuraciones de un inestable equilibrio de poder, en matrices tipo familia, capas sociales, estados, etcétera.

En las reflexiones de Michel Maffesoli (1993), la historia de la sociología contiene dos perspectivas en equilibrio: las generalistas y las especializadas. Unas expresan crítica, mecanismo, razón y, las otras, naturaleza, imaginación, sentimiento. En modo simplificado, estas perspectivas son distinguibles —como tipo *ideal* y, por lo tanto, no definitivo— en las representaciones intelectuales que recurren a la *abstracción*, para las primeras. De manera alterna, figuran aquellas basadas en la *Einfühlung*, tradición alemana traducida como «empatía». La oposición atraviesa las épocas y los terrenos sin ser tan determinada por el objeto, como por la actitud normativa. Otra forma de contraponerlo es como «una sociología *positivista*, en que cada cosa es solo un síntoma, y una sociología *comprehensiva*, que describe lo vivido por lo que es (Maffesoli, 1993 [1985]). Además, asegura que la sociología puede servir para captar el dinamismo de los valores culturales, tanto lo macroscópico como lo *minúsculo*; apreciar las modulaciones, aproximarse a las múltiples situaciones que constituyen la trama social.

Entre los grandes planteamientos teóricos de la segunda mitad del siglo XX resaltamos la teoría de sistemas sociales y la teoría general de acción. Estas se le deben a Talcott Parsons, a partir de una teoría sociológica no materialista, basada en el concepto de sistema. Parsons (1974) define un sistema social como aquel compuesto de la interacción de los individuos, cada uno de los cuales es actor y objeto de orientación para sí mismo y los demás. Cada sistema de acción se compenetra con otros, de distinto nivel, desde la personalidad a la cultura, y todos son parte del ambiente de un sistema social. La acción social parsoniana se define por contar con un agente que ubica un fin para una acción, cuenta con medios para efectuarla, pero

debe ceñirse a ciertas condiciones y se halla limitado por normas y valores. El estatismo de la sociedad o el voluntarismo del actor son críticas a estas elaboraciones (Parsons, 1974; Lutz, 2010).

Anthony Giddens ubica la acción en el marco de la vida cotidiana, con repeticiones no necesariamente orientadas a un fin ni conscientes, pero cuya estructuración reconstruye la estructura social. Mediante la reflexividad del agente y la racionalización de su conducta, estos pueden adquirir una comprensión de su actividad e incrementar la eficacia en las acciones sociales. Cuando se repiten actitudes y gestos, en modo mecánico, rutinario, la angustia del agente disminuye, este se adapta y puede modificar con sencillez sus hábitos para obtener mejores resultados. La estabilidad y seguridad dan continuidad a su personalidad, en tanto que las rutinas se inscriben en el cuerpo; pero también tienen el alcance de reproducir las instituciones. Lo más interesante es que para Giddens estas acciones constituyen interacciones sociales, posibles por la presencia conjunta de varios agentes que tienen una posición, dentro de una situación. Son de esta especie la jornada de trabajo y aspectos de la vida diaria vueltos rutina. La acción atiende a motivaciones e involucra la capacidad reflexiva del agente para justificarla (Lutz, 2010).

En fin, la intención aquí es presentar que prevalecen dos aspectos que parecen contraponerse en la conformación del sujeto social, en interacción constante: **lo externo al individuo y lo que sucede en su interior**, aspectos que no pueden ser conocidos desde una sola perspectiva o a través de un solo método de razonamiento, como ya resulta evidente. Por un lado, el punto de partida de la ciencia social en el paradigma positivista o hipotético deductivo, aplicable cuando el objeto de estudio es *medible* y se pretende establecer relaciones de tipo causal o correlacional, además del antecedente en *Las reglas del método sociológico* de Durkheim, donde se define a la sociología como el estudio de los hechos sociales, o formas de pensar, sentir y actuar, *externas* al sujeto y que se le imponen desde un mundo colectivo (Tarrés, 2001a).

Ahora avancemos a reflexionar que, en el ámbito de lo social, y aun desde la mirada social, hay cuestiones que no pueden ser explicadas en la amplitud de su extensión desde lo cuantitativo, sino que requieren planteamientos surgidos de la antropología y lo hacen sobre la base epistemológica del construccionismo: las personas aprenden mediante sus interacciones con el mundo físico, social y cultural.

Así, cobran importancia otros paradigmas como el hermenéutico, interpretativo simbólico o fenomenológico, cuyos conceptos que conceden centralidad a la experiencia, las opiniones y las intenciones de las personas que participan y establecen relaciones dialógicas con el investigador social. No interesa la generalización de conclusiones ya que el foco está puesto en las particularidades del fenómeno estudiado, más bien se busca *comprender* las cuestiones subjetivas, de significado, experiencia, interacción y proceso (Martínez, 2013).

La tradición interpretativa se origina en Alemania y es contemporánea a Durkheim. Se trata de una concepción cuyo objeto de estudio es el individuo quien, en su relación con otros, *crea significados sociales o culturales*. Lo que se busca comprender es la *experiencia vivida* por ellos, en sus posibilidades de libertad dentro del marco de las estructuras. Max Weber señala que la realidad social no puede ser contemplada como objetiva o subjetiva, sino que son los métodos positivos los que la objetivan, e invita a dudar sobre los resultados del análisis objetivo de la acción y las instituciones sociales. Mientras en las ciencias naturales el ser humano se dirige a conocer las uniformidades y sus los objetos de estudio no son susceptibles de comprensión ni significatividad; lo característico de las ciencias sociales es una valoración en el tiempo y el espacio del sistema de la sociedad y de la cultura, en que se pueden comprender las acciones de los miembros individuales, incluidas sus intenciones subjetivas (Mardones & Ursúa, 1982; Timasheff, 1997; Tarrés, 2001a).

El fin de la sociología estriba, una vez más, en lograr la comprensión de los significados subjetivos de la acción social, en que interviene la identificación de los motivos del actor —marcos normativos o de valor—. Si se considera lo anterior, es posible elaborar generalizaciones basadas en tendencias acerca de la naturaleza, del trayecto y las consecuencias del comportamiento social, todo porque suelen ocurrir patrones regulares en este, y es ese comportamiento el que debe ser interpretado comprensivamente, con atención al significado (Tarrés, 2001a).

Se mantiene una preocupación por generar un conocimiento objetivo de la realidad en el ámbito de las ciencias sociales, pero remarcar la incidencia en la *particularidad* de los fenómenos cambiantes que estudia, en que cada texto recuperado posee muchos sentidos y ante lo cual la distancia epistemológica también implica riesgos para el entendimiento son, en fin, otras preocupaciones que traspasan los modelos más subjetivistas. En el caso de la búsqueda para ajustarse al mundo de la experiencia y la vida cotidiana, Alfred Schütz apunta que es necesario

salvaguardar el punto de vista subjetivo con rigor, con métodos que prevén la contemplación distante y ecuánime, porque solo en el contexto subjetivo de significado se puede comprender a la persona (Medina & Ballano, 2015).

Al respecto, Maffesoli (1993 [1985]) subraya que no hay una realidad única, sino maneras de concebirla. La mirada dirigida a *lo cotidiano* no conduce a contenidos, sino a **perspectivas**, avanza a través del conocimiento de los usos sociales, al encuentro de las anomalías con respecto a los modos dominantes de pensar: la experiencia es un aspecto cognoscitivo donde son importantes los acontecimientos y todo lo que se inscribe en el instante presente y más allá. El *Erlebnis* y la *Einfühlung* (una comunicación intuitiva con el mundo, inclinada por el naturalismo y que se extiende al cuerpo social) tienen expresión en lo individual y pueden captarse en sus formas colectivas. Precisamente, en la colectividad sucede la pérdida del cuerpo propio, ya sea de modo metafórico o en sentido estricto, una característica de la comunidad sensible que toma el lugar de la sociedad utilitaria.

En el caso de la salud, para explicar sus condiciones relacionadas, se aceptan igualmente dos mayores puntos de vista: la de los indicadores externos u objetivos, donde lo *objetivo* depende de un observador que mida o verifique los procesos, e indicadores *subjetivos*, que yacen en el interior de las personas (Vizcaya & Gásperi, 2013). En una posición de suma importancia, donde convergen determinantes de salud de diverso nivel, yace la cultura.

3.2. La investigación cualitativa y su importancia en el estudio de la salud

Hemos identificado abordajes de la diabetes que se enfocan en indicadores del comportamiento a nivel poblacional, en el reconocimiento de factores condicionantes o en la evaluación periódica de un estándar de control metabólico, a nivel individual. Estos son algunos de los intereses dominantes de los saberes oficiales en torno a la conceptualización de problema de salud.

Como hemos señalado, la medicina clínica, arraigada en el modelo biomédico y focalizada en un particular evento o estado morbozo, no puede contemplar los estados de la salud ni se interesa por lo que no pueda calificar de *objetivo*. La salud pública no busca explicar sino intervenir y se fundamenta en el conocimiento logrado

por un campo de encuentro de ciencias y disciplinas, donde resaltan pilares como la epidemiología de corte poblacional y la estadística. Mientras tanto, los verdaderos *determinantes de* los determinantes, reconocidos a nivel teórico, permanecen en un plano paralelo. Encontramos que en la integración de esos saberes hay un desenfoque del contexto, pero sobre todo de la particularidad; así, a pesar de sus contribuciones al conocimiento del problema que representa la diabetes, el enfoque cuantitativo enfrenta límites para la comprensión.

En general se considera que la medicina recurre al enfoque cuantitativo para elaborar conocimiento; desde el análisis de Conde (2002), ello sería solo cierto para el modelo biomédico, pues en realidad hay alternancia con la perspectiva cualitativa, una consustancialidad histórica detectable desde la Grecia clásica —véase el contraste Higia y Panacea—.

La generación de conocimiento a través de la metodología deductiva —resumida como el planteamiento de preguntas de investigación e hipótesis que mantienen coherencia con modelos teóricos y luego son comprobadas mediante evidencia empírica— no alcanza a dar cuenta de la diferenciación. Pueden alcanzarse propósitos complementarios mediante estrategias inductivas, que permiten crear conceptos sin prescindir del conocimiento teórico previo (Flick, 2002), así, estimamos necesario que los distintos tipos de razonamiento se mantengan en constante interrelación.

María Luisa Tarrés (2001a) explica que la concepción de *ciencia* asociada a la *tarea de buscar leyes universales* es medular en las discusiones sobre la similitud epistemológica entre las ciencias naturales y sociales pero, al volver el interés al individualismo metodológico, a finales del siglo XX, el enfoque pasa de lo macro a lo micro, de la historia o las enormes estructuras a la biografía o la acción particular y, para buscar la comprensión de los significados, las herramientas con alcance analítico excepcional son los métodos cualitativos.

Entre las observaciones de Tarrés (2001a), destaca la creciente aceptación de las últimas décadas para los métodos cualitativos, la cual se relaciona con las crisis de paradigmas surgidas ante la evidencia de las limitaciones del estructural funcionalismo y del marxismo, particularmente para dar parte de la realidad social en regiones como Las Américas. La autora les remarca el corte positivista, por la suposición de que los fenómenos sociales son regidos por leyes, que el científico social debe descubrir. En esencia, en el funcionalismo el orden social está compuesto

por una pluralidad de sujetos que mantienen interacciones y son motivados por la tendencia a maximizar las gratificaciones; se encuentran orientados por ideas, creencias, valores y normas. Por otro lado, la autora resume las principales suposiciones del marxismo en que los individuos actúan para producir un orden material particular, dentro del cual se dan relaciones sociales y políticas de cierta naturaleza; por ende, los objetivos de investigación miran hacia las relaciones entre las formas de organización sociopolítica y la producción material (Tarrés, 2001a).

Los métodos cualitativos cruzan escuelas teóricas, disciplinas y tienen una pauta de comportamiento: la *reflexividad*, que **favorece la actitud analítica, crítica**; que examina las teorías, supuestos y métodos, y **reformula las prácticas** para buscar lo que puede ser conocido a la luz de nueva información. Es una manera de creatividad, donde el pensador que describe el mundo no puede abstraerse, porque forma parte de lo que describe (Tarrés, 2001a).

Según Roberto Castro (1999), los métodos cualitativos permiten estudiar procesos sociales bajo el supuesto ontológico de que la realidad es construida socialmente, y que están dirigidos a la interpretación de la subjetividad de las personas y los resultados de sus interacciones: lo importante es el *significado* que la realidad tiene para ellos y cómo el significado mantiene conexiones con su comportamiento. Aunque se crea un orden social por las interacciones de los individuos, hay cabida a las contingencias. Los códigos mediante los cuales los elementos del discurso de los actores pueden ser transformados en significados dependen de la teoría sociológica empleada como marco interpretativo. Las ideas aquí seleccionadas corresponden con lo que se persigue indagar en este trabajo y permiten reafirmar que nuestra aproximación es decisivamente de carácter cualitativo.

La metodología cualitativa ha permitido incorporar una visión multidisciplinaria al estudio de la salud, para que esta sea analizada en modo complejo, en sus dimensiones social y cultural, desde el lenguaje, que «representa la subjetividad y el mundo de los significados y los símbolos» (Amezcuca & Gálvez, 2002, p. 425). La decisión de abordar esas dimensiones nos lleva a identificar marcos teóricos y metodológicos de utilidad para nuestro trabajo, que subyacen en diferentes disciplinas: la etnografía, la etnometodología -Garfinkel-, la fenomenología y la hermenéutica que, además mantienen una relación mayor con la antropología, la sociología y la filosofía. De acuerdo con Miguel S. Valles (2007), lo importante es articular adecuadamente perspectivas y estilos en la investigación; además, estima

que estilos etnográficos como el semiótico —del cual desprende la antropología interpretativa de Geertz, enfocada en la interpretación del significado de la acción humana—, la fenomenología y la hermenéutica articulan bien.

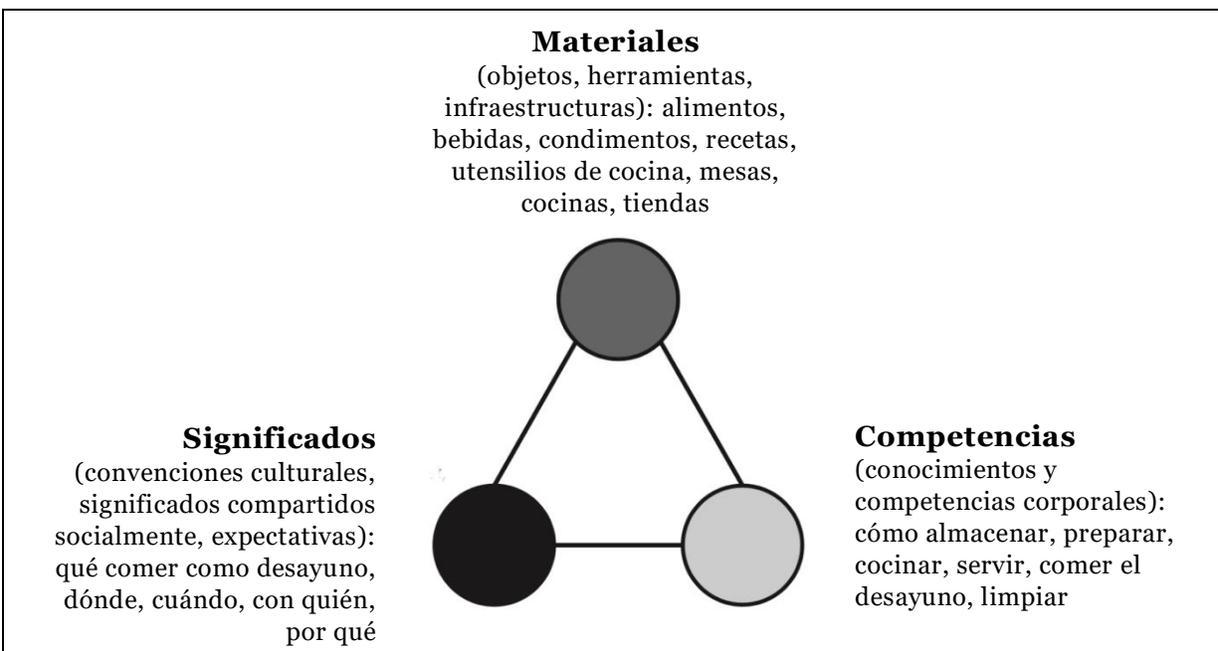
Castro (1999) proporciona un ejemplo de lo adecuado que pueden ser los métodos cualitativos para investigar en salud, en el cometido de conocer los significados que las personas atribuyen a las circunstancias y el comportamiento derivado, gracias a un trabajo que estudió la experiencia subjetiva de los ocuitecos en la salud y la enfermedad, la reproducción y la anticoncepción, lo cual complementó con un análisis de supuestos, alcances y limitaciones de estos métodos.

Cecily Jane Maller (2015) analiza la importancia de reconocer estructura y agencia en la investigación en salud, de incorporar elementos teóricos de Giddens y Bourdieu, así como de las recientes formulaciones de las teorías de práctica social, que distinguen los momentos del *performance* de las prácticas de aquellas *entidades* persistentes a través del tiempo y el espacio —que posibilitan el estudio de la historia de las prácticas y sus trayectorias futuras—. La relevancia de las nuevas formulaciones es que favorecen el reconocimiento de materiales, objetos y tecnologías actuales que se integran en la vida cotidiana. La cientista social concuerda con la necesidad aquí detectada de conocer más allá de los comportamientos de riesgo identificados por los estudios epidemiológicos, de que pueda rebasarse la concepción de tipo binario para los eventos de salud —enfermo o no enfermo—, y urge para que dejen de ignorarse las condiciones sociales y los contextos, en especial cuando se considera la complejidad de la vida cotidiana. Por ejemplo, respecto al desarrollo de diabetes o de sus complicaciones en relación con la alimentación: si pensamos que la alimentación ocurre de acuerdo con patrones sociales, más que como fenómenos individuales, se vuelve obvio redirigir el foco de las intervenciones de salud; además, si procedemos a colapsar estructura y agencia, se elimina la posibilidad de culpar a los individuos o hacerlos responsables de los problemas sociales y los desenlaces de salud. La autora sugiere que las intervenciones para mejorar la salud de las poblaciones y crear cambios sociales positivos se enfoquen en prácticas sociales, más que en actitudes, comportamientos o elecciones de los individuos (Maller, 2015).

Como herramienta analítica, nos parece útil la adaptación de Maller, a partir de elementos de las nuevas formulaciones de la práctica social de Shove, Pantzar y

Watson, y cómo los esquematiza, empleando el ejemplo de la práctica social del desayuno (ver Figura 3).

Figura 3. Los elementos de la práctica social del desayuno



Fuente: Tomado de Maller, 2015.

Las observaciones logradas por miradas cualitativas, que no reducen los fenómenos, han permitido otro tipo de desarrollos teóricos que enriquecen la comprensión del mundo social.

3.3. La salud-padecimiento-enfermedad atravesadas por la cultura

George Rosen (1985) escribe con claridad que la medicina no es autónoma de la sociedad, en virtud de que los problemas sociales y aquellos de la salud son indisociables. Desde la opinión de este autor, la salud es un objeto de estudio privilegiado de las ciencias sociales: el amplio fenómeno que abarca desde esta, a través de enfermedad y hasta la muerte, resulta de construcciones sociales, por lo cual, para estudiarlo deben examinarse elaboraciones conceptuales desde distintas disciplinas.

Así, la salud siempre interseca con la cultura, y viceversa: aunque todavía genere alguna controversia, la cultura sí media y modela características de la biología, y la convierte en una especie de fondo para que se dé el comportamiento. La comida y la alimentación obedecen a patrones determinados por la cultura, mientras que en ese fondo existe la necesidad de nutrición. La biología no responde por qué se come, cómo o cuándo, ni cuáles son las posibles atribuciones a los alimentos. Los conceptos de higiene o limpieza son propios de un grupo social y las clasificaciones de «limpio», «impuro» o «desagradable» satisfacen patrones culturales.

El concepto de cultura, moldeado en el seno de la antropología es polisémico, contiguo a nociones que lo demarcan, como el de civilización o progreso. Entre sus diferentes sentidos, la cultura puede ser entendida como un complejo integrado por rasgos diversos, en los que se cuentan las creencias y costumbres; como la transmisión de una herencia social, incluso puede ser considerada un medio de aprendizaje (Perrineau, 1975). *Cultura* es todo lo transmitido en una sociedad, sean las pautas ideológicas, religiosas, sociales, artísticas o del comportamiento, al igual que las técnicas utilizadas para dominar el medio; importante es apuntar que dichos patrones son aprendidos en el seno de una sociedad particular y constituyen una forma de herencia social².

Como puede notarse en este primer acercamiento, la dispersión teórica es enorme y la propuesta de Lewis (1969), de atribuirle tres aspectos, condensa las definiciones de manera útil. Dichos aspectos son el *tecnológico*, resumido en el desarrollo de materiales, herramientas y máquinas; el *sociológico*, resultado de las relaciones entre los hombres en la familia o el trabajo, en que se dan formas de cooperación o dominación y subordinación; finalmente, el *ideológico*, que reúne creencias, mitos, prácticas religiosas, ritos, filosofías, etcétera (Lewis, 1969).

Clifford Geertz (1973) sostiene que cualquier concepto que ofrezca un argumento susceptible de ser definido y tenga coherencia interna, funciona. Recupera de Kluckhohn una serie de ideas de cultura que cumplen con tales condiciones: «la manera total de vida de un pueblo, el legado social que un sujeto adquiere de su grupo, un modo de creer, pensar y sentir; una colección de técnicas adaptativas, una abstracción de la conducta». Pero defiende un concepto semiótico, en conjunción con

² John Lewis, 1969. *Antropología simplificada*. México: Grupo Editorial Sayrols. Lewis explica el carácter de herencia, pues la cultura permea de generación en generación en la mente de los jóvenes, por la vía de la iniciación y la educación, una forma de condicionamiento que convierte a la persona, día a día.

el reconocimiento que hace Weber de que «el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido: la cultura es esa urdimbre; mientras que el análisis de la cultura es una ciencia interpretativa en busca de significaciones» (Geertz, 2003 [1973]).

A la vez, el contenido de la cultura es material y espiritual, como sustenta Pascal Perrineau (1975): por un lado, es cultura *explícita*, de fenómenos materiales; por otro, una *implícita*, de saberes, actitudes o valores compartidos. Dicho contenido unifica, también, dos niveles de la estructura social: la infraestructura material, asumida con frecuencia como el denominado mundo *real*, y por otro, una superestructura ideológica. No hay disenso en que el comportamiento humano es influido por la cultura, así como por el lenguaje, pero otras atribuciones tienen aceptación variable, como aquella que le asigna un carácter predominantemente inconsciente (Perrineau, 1975).

Si toda cultura está constituida por fragmentos o improntas diversas, entonces es necesario elaborar un postulado que contenga un mínimo de coherencia para integrar una teoría científica. Desde la perspectiva funcional, propia de Malinowski o Radcliffe-Brown, cada rasgo cultural cumple con una función que participa del resto del sistema y debe ser estudiado en relación con las formas de organización, como las instituciones. Para los estructuralistas, véase de forma particular Claude Lévi-Strauss, toda cultura es un agregado de sistemas simbólicos, entre los cuales resaltan el lenguaje, el arte, la religión, que acaban por expresar las realidades física y social. El lenguaje y la cultura poseen arquitecturas similares, cuya edificación se basa en relaciones de oposiciones (Perrineau, 1975).

Umberto Eco (2013), en su *Tratado de semiótica general*, conecta la cultura con otros fenómenos, escribe que «humanidad y sociedad existen solo cuando se establecen relaciones de significación y procesos de comunicación». En una reformulación a partir de dos hipótesis derivadas, cree que la cultura «debería estudiarse como un fenómeno de comunicación basado en sistemas de significación».³ Estas reflexiones comportan el análisis de dichos fenómenos para

³ Umberto Eco, 2013 [1976]. *Tratado de semiótica general*. México: Debolsillo. Eco pretende resumir las categorías semióticas trabajadas por él en los años previos (p. 10). Luego de recuperar los diferentes orígenes históricos de *semiología*, por la “línea lingüístico saussureana” y, de *semiótica*, de la “línea filosófico peirciana y morrissiana”, aclara, de manera pertinente, que emplea el término semiótica como equivalente a semiología, por ajustarse a convenciones de la *International Association for Semiotic Studies*.

obtener conocimiento desde la interacción cotidiana de los individuos, con el fin de comprenderlos en su complejidad y significados, desde una concepción microestructural que se articule con la macroestructural, última que elabora leyes generales del funcionamiento de la sociedad. Estas son las vinculaciones propias de la mayoría de los esfuerzos actuales de estudio sociológico (Sánchez, 2001).

En el interior de la trama de cultura y sociedad, Jeffrey Alexander (2000) distingue una *sociología cultural*, que brinda los elementos para ubicar el significado mediado culturalmente en el centro de los estudios sociales. La articulación ocurre sobre las estructuras subjetivas de la **vida cotidiana**, cuyas instancias no son explicables a través de una causalidad *objetiva* —reflejo de las estructuras *reales* de los hechos sociales—. El abordaje de la dimensión que él llama *mística* de la subjetividad expande el pensamiento crítico, amplía la responsabilidad y las posibilidades de solidaridad, pero requiere un programa fuerte, que contemple formulaciones desde Weber a Habermas. Cultura, subjetividad, significado construyen el sentido de la acción de los hechos sociales; como resultado, estas abstracciones son necesarias para analizar los *sistemas sociales* (Alexander, 2000). Otros elementos de la cultura son la educación, las estructuras políticas, las instituciones y organizaciones sociales, la cultura material, los roles sociales (Martínez, 2009).

Las nociones y comportamientos vinculados con el continuo de la salud se hallan integrados dentro de la cultura de los grupos sociales en que suceden las diversas concepciones de salud. Las respuestas a la enfermedad son sistemas culturales dependientes de los grupos sociales y sus realidades (Langdon & Wiik, 2010).

Se han establecido modelos conceptuales y analíticos dotados de composición, estructura y entorno, es decir, sistemas que facilitan el estudio de las dimensiones de la salud. Mientras que el *sistema social de salud* se compone de las instituciones vinculadas con la salud y sus profesionales, así como los no reconocidos por la biomedicina, un *sistema cultural de salud* es una dimensión simbólica que resulta del entendimiento del continuo de la salud, con sus percepciones y cogniciones (Langdon & Wiik, 2010).

Los *sistemas de atención a la salud* deberían incorporar el conocimiento sobre las definiciones y clasificaciones de los males, sus orígenes y tratamientos, los agentes que intervienen y sus roles, las instituciones y las relaciones de poder. Cada

uno de estos sistemas constituye un modelo conceptual y analítico (Langdon & Wiik, 2010).

A continuación presentamos algunas nociones sobre los elementos de la cultura que cobran importancia en el seno de este trabajo. Primero, las **creencias**, que anteceden a la experiencia, dan sentido a la vida. Conforman un sistema interrelacionado de ideas y pensamientos, son los elementos con que pensamos y son resistentes al cambio, incluso cuando cambia la propia cotidianidad (Falomir, 2010).

Los **valores** son creencias morales que se fundan en la experiencia, modelos culturales construidos por principios morales a través de la interacción y de la historia. Condicionan el significado y sentido de la conducta de los miembros de un grupo social, y son más eficaces en la medida en que son inconscientes (Sanmartín, 2001).

Las **normas** pueden ser escritas u orales, se trata de construcciones del lenguaje en que hay un operador deóntico de permisión, obligación o prohibición en la descripción de una conducta, estas pueden presentarse de manera escrita u oral (Correas, 2011).

Serge Moscovici retomó desde 1961 el concepto durkheimiano de **representaciones sociales**, entidades casi tangibles de conocimiento elaborado de manera social, compartida, que contribuye a la construcción social de la realidad y, que por supuesto, se conforman también alrededor de la salud y la enfermedad. No obstante, por una posición mixta en medio de nociones sociológicas y psicológicas, por sus relaciones históricas, la definición no es sencilla, con todo y que esas entidades circulan como palabras, gestos, encuentros; impregnan todo producto, toda comunicación y ello sí es fácil de distinguir (Moscovici, 2004; Rateau & Lo Monaco, 2013). Al respecto, Denise Jodelet (1986) define las representaciones sociales como «imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, incluso dar un sentido a lo inesperado» (1986, p. 472). En este trabajo, y como se tratará más a detalle en el segundo capítulo del marco teórico y conceptual, las resumimos como las formas de pensar e interpretar una realidad cotidiana, según los aportes teóricos de Berger y Luckmann (1968), pero los conceptos de Moscovici y Jodelet son imperdibles.

En su libro *Cuerpo, sexo y política*, Marta Lamas (2013) reúne ensayos que abordan el género como simbolización cultural, con consecuencias en la psique de los sujetos y en su comportamiento social. A lo largo de la selección de elementos

teóricos y argumentaciones, no solo las afirmaciones sobre la condición genérica son de relevancia., por ejemplo, expone y discute la conclusión de Norbert Elias, respecto de que los procesos de subjetivación no son súbitos ni aislados, sino que las formas de sentir y de las representaciones psíquicas conectan con una cultura y un momento en la historia. Otros aspectos valiosos recuperados atañen al **bienestar de las personas**, que suele ir colocado en segundo lugar en relación con valores éticos sustentados por una moral tradicional, o que los individuos toman decisiones visibles en la esfera de lo social y otras que consideran de su exclusiva competencia, es decir, definen qué es lo público y lo privado acerca de sus existencias.

Lamas presenta también que, cuando se ha establecido a alguien como portador de una condición, este así mismo porte una marca o señal en el cuerpo, que lleva un sentido de deshonor, un estigma, que Goffman califica como una inhabilitación para la plena aceptación social. En la época actual, los estigmas, desde luego, no tienen que ser visibles, particularmente en un mundo en que hemos transitado de los suplicios a marcas simbólicas, castigos, que no utilizan lo visible del cuerpo como blanco de las represiones (Foucault, 2009 [1975], pp. 16-17).

Un malestar frecuente que vencer en la enfermedad es la presencia de dolor. En las explicaciones de este síntoma, existen un modelo periferalista y un centralista del dolor, se ha investigado la acción de los mecanismos productores, se han desarrollado tratamientos; no obstante, cada individuo tiene una reacción y una adaptación distinta a esta sensación que escapan a ese tipo de explicaciones (Morris, 1996). Algunas posibles respuestas yacen en que se trata de un producto cultural, en que importa la relación del enfermo con el mundo (Rubinstein, 1990).

Para recuperar de manera más amplia la experiencia de enfermedad, deben examinarse relaciones construidas socialmente, como la del médico paciente, incluir el estudio de la cultura para la comprensión, hacer un abordaje desde la subjetividad. Nada acerca de esas construcciones debería ser tenido *a priori* por real, pero la aceptabilidad del acercamiento desde las ciencias sociales todavía reviste dificultades, pues la educación *científica* no concilia fácilmente con la actitud humanista (Feyerabend, 2000 [1975]).

Ahora bien, la perspectiva antropológica debe evitar incurrir en juicios de valor que surgen del contraste de diferentes sistemas culturales, mediante la adopción de un relativismo cultural (Langdon & Wiik, 2010). Por otro lado, aunque la transmisión

del sentido por la conducta es importante, el **sentido** es el asunto esencial que investigar en la cultura (Gómez, 2011).

Hemos encontrado, entonces, que la salud no puede quedar limitada a la mirada médica, porque no todas las indagaciones admiten descontextualizar al hombre de los fenómenos sociales y culturales, y porque las definiciones de salud y enfermedad dependen de un entramado de vivencias personales, experiencias cotidianas, de creencias compartidas. Los análisis de tal naturaleza deben ser complejos y permitir incorporar la diversidad de la experiencia, el estudio de las dimensiones social y cultural, apoyados en el lenguaje como una forma de acceso a la subjetividad de las personas. Comentemos esas dimensiones y sus conceptos fundamentales.

3.4. Linderos de la subjetividad

La dimensión que encabeza el estudio del polo contrario de *lo objetivo* es la subjetividad. En este trabajo, se ha escrito que solo se puede conocer de ella mediante métodos cualitativos y se han proporcionado elementos que la definen. Aquí nos concentramos en conceptos de subjetividad que son guía para la indagación, partiremos de las nociones filosóficas. Deleuze, en su libro *Empirismo y subjetividad* (1953), explica que la moral, una conciencia tendiente a aprobar o desaprobar, a encontrar vicio o virtud, tiene determinaciones que se producen a partir de un carácter general, no de nuestros intereses en particular; es decir, nuestra moral no se halla en nuestra naturaleza. Es el mundo de la cultura. Progresa a través de varias ideas, penetra en lo más profundo del sujeto y define a la *subjetividad* en términos de un sujeto en movimiento, que *se desarrolla a sí mismo*, incluso para convertirse en otro. El sujeto se rebasa, *reflexiona*, se reflexiona; tiene los poderes de *crear e inventar*, lo que presume poderes abstractos, secretos, distintos. Mientras así actúa, el sujeto es *normativo*, crea sus reglas generales. Deleuze se concentra en la imaginación, el espíritu, no como un principio de organización, sino como una reunión, una colección, una sucesión dinámica de percepciones distintas. El empirismo es la experiencia de esta colección.

En la sociología, el concepto de **subjetividad** ha tenido múltiples interpretaciones y encuentra, sin duda, raíces tangibles en las teorizaciones de Weber, quien establece que un hecho solamente puede ser considerado como *social*

si cumple con las condiciones de poseer un componente subjetivo, implicar intencionalidad y que vaya dirigido a la conducta de otro. Para entender la subjetividad hay que remitirse a lo individual, lo personal, lo interno, lo no racional, lo emocional, el agente; de frente a cada posible contraposición —lo colectivo, lo impersonal, lo externo, lo racional, lo cognoscitivo, la estructura—. Lo *no subjetivo* es lo relacionado con las estructuras y componentes organizacionales de la sociedad (Zabludovsky, 2011).

Ahora bien, pensar la subjetividad en la concepción de la modernidad post ilustrada de finales del siglo XIX plantea un desafío; uno mayor es continuación de la preocupación marxista del trabajo enajenado: el avance de la automatización del mundo, un peligro para la creatividad individual porque el hombre ya no se reconoce en el producto de su trabajo, forzosamente objetivo y ajeno a la subjetividad. El mundo se ha racionalizado y reorganizado en enormes estructuras burocráticas, en que las nuevas administraciones del espacio y el tiempo constituyen transformaciones con profundas implicaciones. Ante la contemplación de esa jaula de hierro, que planteara Weber, cabe preguntarse dónde han quedado el sujeto y su subjetividad (Zabludovsky, 2011).

La diferenciación que, históricamente, ha ocurrido en las formas de trabajo, provoca una escisión en mundos objetivos y subjetivo. En el contexto de las transacciones de la economía monetaria, mayormente característica de la metrópolis, ocurre además la exclusión de la personalidad de los individuos, según formulaciones de Simmel. En las actuales circunstancias, se fragmentan la percepción del mundo, el entendimiento, la afectividad y el significado de la acción; la personalidad pierde su totalidad y coherencia, para convertirse en un manojo de contradicciones que genera múltiples tensiones (Zabludovsky, 2011).

La remisión a lo individual no debe ser tenida como un encuadre que pierde de vista el paisaje, sino como una concentración de la mirada, que mantiene un panorama completo de relaciones y dinámicas: lo individual no puede sobrevivir sin lo colectivo, el agente está inmerso en la estructura, tanto lo cognoscitivo como lo emocional conforman al individuo, lo racional y lo no racional son parte de su vida; la subjetividad se conforma en el interior sin ser independiente del exterior.

Como hemos expuesto, en estas relaciones juega un papel preponderante el lenguaje, que conforma una estrecha amalgama con el pensamiento (Vygotsky,

1934). Pensar en subjetividad nos remite, probablemente con mayor fuerza que a buscar delinear conceptos, a examinar esas relaciones.

La perspectiva socio antropológica del trayecto de salud, el concepto de padecer o *illness*, las percepciones y la experiencia implican a la subjetividad, cuyos significados pueden ser explorados solo a través de la indagación del pensamiento y la afectividad por el dominio del lenguaje (Moreno-Altamirano, 2007).

3.5. Un marco para contemplar una realidad: la vida cotidiana

En los albores del siglo XX, Wilhelm Dilthey analiza el proceso a través del cual el individuo adquiere un contexto vital, en que tienen cabida los conceptos constitutivos que sustentan el conocimiento histórico. La *vivencia* es el presupuesto, el espacio donde ocurre la vida y se conforman unidades comprensibles para un individuo particular. Gadamer añade que el comprender debe estar fundado en la comprensión de la expresión de esas vivencias, ciertas e inmediatas (Whitney, 2011).

El concepto de *vida cotidiana* refiere a una esfera de la realidad donde se conforman la identidad del individuo, su subjetividad e interactúan los ámbitos personal, familiar, laboral, social, cultural. Es el escenario de las prácticas sociales, con todos sus significados, que se nutre de condiciones externas al individuo. Es la esfera de las acciones tipificadas, de las vivencias cotidianas (Uribe, 2014).

Entre los rasgos del mundo de la vida cotidiana destacan su **presuposición**, porque sus significados y construcciones son sociales, es decir, son códigos normalmente no cuestionados; su **intersubjetividad**, ya que es un mundo que se construye entre los sujetos y por ellos, e igualmente no se cuestiona la posibilidad de que un individuo se coloque en el lugar de los otros; que quienes lo conforman asumen una actitud **natural**, o sea práctica, sin crítica, simplemente como los individuos aparecen y **sin cuestionar el orden social** en que hallan o su estatus y, por último, que el conocimiento está a la mano, dentro de un ámbito familiar (Girola, 2000a).

El mundo de la vida cotidiana es un espacio de la realidad en que el individuo se puede mover, actuar y modificarlo, en tanto se mantenga como ser animado. Este espacio se constituye históricamente y se construye de manera continua. Es una región compartida, intersubjetiva. En ella, conservamos una actitud *natural*,

determinada por razones pragmáticas y donde el conocimiento no está sistematizado, pero es perfectamente válido. Esta vida cotidiana, teorizada por sociólogos como Schütz, Berger y Luckmann, en quienes nos enfocamos, es distinta del mundo de vida como lo entienden Agnes Heller o Jürgen Habermas (Estrada, 2000).

Diferentes corrientes teóricas de las ciencias sociales han estudiado a la persona en su contexto de vida cotidiana. Como antecedente necesario, debe resaltarse que el pragmatismo es la fuente filosófica de la escuela de Chicago. La denominación de ***interaccionismo simbólico*** se debe a Herbert Blumer, quien en 1938, y bajo la influencia de la mencionada escuela, propusiera una línea de investigación social centrada en los procesos de interacción humana, entendida como una acción social de carácter recíproco y simbólico. Bajo el cuestionamiento de que la duda cartesiana tenga sentido, la teoría pragmática del orden social, que estipula la autorregulación y resolución colectiva de problemas, adquiere forma. Desde esta mirada, la indagación de un fenómeno social comprende la situación del actor, a través de su percepción e interpretación de la realidad, incluidas las interacciones sociales en las cuales participa, y la subsecuente incidencia sobre su comportamiento. Es decisivo el estudio del *lenguaje particular* y del *uso de símbolos en general* (Rodríguez, 2015). El significado que algo tiene para una persona surge de la manera en que otros actúan hacia la persona con respecto a ese *algo* en cuestión. Para estudiar la acción es necesario percibirla como la percibe el actor, y explorar el desarrollo por el que las personas ajustan, basadas en sus interpretaciones del mundo, diferentes líneas de acción de manera mutua. Todavía con inspiración de la Escuela de Chicago, Erving Goffman profundiza en la descripción de las reglas que, para una cierta sociedad y una época, controlan las interacciones en la vida cotidiana, en sus encuentros cara a cara y en los que a su vez se reproducen las condiciones microsociales de su formación. (Rodríguez, 2015).

La ***etnometodología*** surge de la convergencia de la teoría fenomenológica y la filosofía del lenguaje ordinario. Respecto de esta última, su centro está en la idea de tratar los problemas filosóficos, que son en realidad pseudo problemas por el abuso del lenguaje, mediante el empleo de un lenguaje llano, claro, con dominio de sus matices. Este tipo de lenguaje es el más importante porque reúne la riqueza de la humanidad (Rodríguez, 2015). La etnometodología transformó la teoría de la acción que Harold Garfinkel propusiera en 1967 y se resume en el estudio de las

características del razonamiento, las razones en sus diferentes niveles de conciencia, desde el interior de los contextos y de la elección entre las diferentes alternativas. No media una evaluación de cuán racionales puedan ser esas razones, sino el estudio de cómo actúan en las prácticas, en los asuntos y escenarios habituales (Rodríguez, 2015).

Otra corriente de análisis de la vida cotidiana, de tipo empírico, es el *estudio de las conversaciones*, iniciados en los años sesenta por la obra de Emanuel Schegloff y las lecciones de Harvey Sacks. Este estudio reconoce a la conversación ordinaria como el modo primario y predominante de interacción social, y el centro del análisis son los procedimientos y las expectativas por los que se produce la interacción (Rodríguez, 2015).

Atender lo que sucede en los ámbitos de la vida cotidiana amplía la visión al emprender el estudio de la experiencia de vivir con una enfermedad-padecimiento. Chiozza (1986) descubre, al lado de la historia clínica posible, otra que es biográfica. Al superponer ambas, a veces hablan los labios, otras, son los gestos o los órganos. Después de compartir reflexiones como las anteriores, el autor propone considerar que, en ocasiones, una persona acaba por enfermar porque no puede soportar su historia, aunque no hay una sola historia ni una verdadera. Lo importante de esta propuesta es que permite conectar la clínica con el trayecto de vida: la enfermedad **simboliza las dificultades del momento biográfico** que se atraviesa y su comprensión e interpretación pueden ayudar en el alivio. Encuentra un ángulo desde el cual la enfermedad puede ser recibida como un ardid del destino, una amenaza de muerte, mutilación, invalidez o inutilidad. Una enfermedad tiene entonces, para cada persona, un significado que interpretar desde su relato, su biografía, desde las creencias y costumbres que comparte con el grupo social al que se adscribe, en la época en que vive (Chiozza, 1986).

Otro enfoque teórico que estudia a la persona en su contexto de vida cotidiana es la fenomenología, que surgiría en el terreno de la filosofía y sería reformulada para servir a la investigación sociológica.

3.6. El estudio fenomenológico

La fenomenología es el estudio de *lo que aparece*, usado por primera vez por Johan Heinrich Lambert, en 1764, para distinguir la verdad del error en su teoría del conocimiento. Con diferentes precisiones el término es usado por Kant, Hegel y es Edmund Husserl quien lo desarrolla a partir de 1900 en el sentido que nos interesa en este trabajo, es decir, que *a partir de lo dado, se descubra la esencia de los objetos de la experiencia y sus relaciones esenciales*, lo cual es posible al aplicar el razonamiento inductivo sobre un fenómeno particular, sobre un fenómeno como la diabetes-padecimiento engarzada en la vida cotidiana (Rodríguez, 2015).

3.6.1. La fenomenología trascendental

En medio de una crisis en la estructura del positivismo, hace poco más de un siglo, y ante la incongruencia de reducir todo fenómeno a hechos, Husserl se plantea preguntas profundas acerca de la existencia humana y acuña el término *Lebenswelt* para señalar el fundamento de la experiencia humana, con sus vivencias, emociones y sentimientos, el sentido de la conciencia y el de vivir. La intersubjetividad y las significaciones provenientes de una multiplicidad de espacios sociales, y no de relaciones causales, son la esencia de esa experiencia (Agüero, 2015).

En el método de la fenomenología trascendental, Husserl describió tres fases metodológicas en que los pasos se articulan, cada uno con un carácter nuevo de *epojé*. Antes de todo, debe existir una desconexión de posiciones críticas, ubicarse en una intencionalidad desprovista de juicios para aproximarse a los objetos o *noema*, y posibilitada por la *noesis*. Los objetos del mundo existen por un lado y, por otro, la conciencia de ellos. En esos objetos está el fin de los intereses que, sin embargo, pueden fluir hacia lo universal. La percepción del mundo, en sus relaciones subjetivas con lo objetivo configuran un mundo pre-dado que toma sentido en la conciencia, el cual solo puede ser indagado mediante una nueva *epojé*, una reducción trascendental (Agüero, 2015).

Entonces, primero se recibe, con la *observación atenta*, todo lo que se ofrece por una actitud natural; después se seleccionan los elementos esenciales haciendo un *paréntesis fenomenológico* o reducción eidética, en que se pausa el mundo exterior y el yo empírico; por último, procede la *reflexión fenomenológica* o percepción

inmanente, en que a pesar de la reducción, permanecen las cualidades esenciales de lo que constituye el fenómeno (Rodríguez, 2015).

El enfoque fenomenológico trascendental está dirigido a describir la experiencia humana en forma precisa, clara, articulada y libre de sesgos, así como a comprenderla (Martirano, 2016). En el sentido actual permanece la idea de vuelta a las cosas, pero el interés pasó de la esencia a la existencia, es decir, la experiencia humana en *el mundo en que se vive* (Rodríguez, 2015).

3.6.2. La fenomenología para el estudio sociológico

Alfred Schütz, nacido en Austria, vivió en Estados Unidos y estudió primero derecho, para formarse después como filósofo y sociólogo, fue el más cercano discípulo de Husserl. Schütz estudia a fondo la teoría fenomenológica, para desarrollarla y permitir la investigación de los problemas de la sociología, enfocado mayormente en el estudio de la actitud natural, con el cual se amplían las posibilidades de la acción significativa, planteada por Max Weber, en un *mundo cotidiano o del sentido común*, con sus presupuestos, estructura y significación (Dreher, 2012; van Breda, 1995). Schütz incorpora otras ideas relevantes de la obra weberiana, como las presentadas a continuación.

En 1922, se publica la edición póstuma de *Economía y sociedad*, de Weber. En esta obra, el autor expone los conceptos y los fundamentos metodológicos de la sociología. El concepto que abstrae de sociología es el de una ciencia que pretende *entender*, a través de la interpretación, la *acción social*, y explicarla en su desarrollo (Weber, 2002 [1922]). Desde las primeras líneas, se establece un nuevo objeto de estudio sociológico, de aquel delineado por Durkheim.

Weber define la acción social como una conducta humana a la que el actor concede un sentido subjetivo, con una orientación hacia la conducta de los demás. La comprensión en el plano de la significación implica «comprensión directa por medio de la observación del sentido subjetivo del acto de otra persona» (Weber, 1922; Timasheff, 1977:221) y, por otro lado, la comprensión del motivo, o secuencia de motivos. Weber (1922) considera que merecen indagación tanto las conductas adecuadas con el sentido, o de naturaleza intelectual —que él denomina con arreglo a fines—, así como las acciones irracionales: con arreglo a valores, afectivo-emocionales

y tradicionales. Según Timasheff, Abel resume la operación *verstehen* de Weber en una internalización de los factores observados: estímulo y respuesta, unidos en una formulación de conducta aceptada. La operación consiste en imaginar el efecto de una situación en las emociones de una persona, los motivos que se encuentran detrás de la acción y encontrar para ello una máxima aceptable, lo que Mac Iver denomina una *reconstrucción imaginaria* (Timasheff, 1977).

La **significación**, atributo indispensable de la acción, está en la mente del actor, por lo que es subjetiva, aun cuando puede existir una falta de conocimiento de la acción por la propia persona, como sucede en las conductas tradicionales y las afectivas (Timasheff, 1977).

En *Economía y sociedad*, Weber (1922) expone conceptos y fundamentos metodológicos de la sociología con el propósito último de que se hable de las mismas cosas y se facilite la comprensión. En esta obra, además, y en contraste con las condiciones del pensamiento positivista, da cabida a las emociones, pero establece con claridad que no se refiere al universo psicológico de un individuo, sino que estas y los sentimientos se ubican en el terreno de las relaciones de la acción social, en una dinámica que involucra actores sociales, una especie de escenario de mayor complejidad donde *pasan cosas*. Los tipos de dominación, *verbigracia*, tradicional o carismático, son de gran utilidad analítica. Hay componentes en este escrito que nos hacen creer que haya leído con detenimiento a Freud, por ejemplo, en su construcción sobre la conciencia de acciones o sobre la lucha de motivos en el interior del individuo —como si hubiera estudiado la estructura del aparato psíquico, la represión o la negación—, el actuar con un sentido opuesto (Weber, M. (2002 [1922]) —que da una idea de lo que ocurre en la formación reactiva y la sublimación⁴—. Así, es posible que exista una inspiración en teorías psicoanalíticas que fueron forjadas en el terreno de lo individual, que pueden operar en la conducta humana reflejada en la acción social.

La teoría de la acción social de Weber (1922) promueve el análisis de los actores instituidos por la regla, los tipos ideales pueden ser estatutos provisionales para ordenar el caos y homogeneizar los contenidos; sin que se proporcionen reglas o un método escalonado se puede procurar la comprensión, la interpretación de la acción social (Weber, M. (2002 [1922])). En el marco de lo esperado en este trabajo,

⁴ Sigmund Freud (1905), *Los instintos y sus destinos*, Tomo II, *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

importan las interacciones con cuidadores, familiares, colegas y el sentido de la acción.

Maurice Natanson (1962) realiza una compilación de escritos de Schütz e introduce *El problema de la realidad social*, donde resume el descubrimiento de las presuposiciones, estructura y significación del sentido común durante la revisión y estudio de los escritos. La presuposición nuclear corresponde al mundo de la vida cotidiana, en el que se nace, se reciben los cuidados y orientaciones de los padres, se crece, se va a la escuela, se trabaja, se enferma, se muere. Pero sobre todo, en este mundo del sentido común el individuo entra en interrelación con otros, se busca una comprensión mutua. Cada periodo formativo es único e influye en la elaboración de una perspectiva desde donde todo habrá de interpretarse. El individuo integra un acervo de conocimiento con tipificaciones del mundo, que emplea como recetas para comprender o controlar el mundo, para contar con antecedente para la acción siguiente. Mientras la realidad de este mundo se conforma por elementos históricos y culturales, la totalidad de la experiencia de cada persona también depende de su **situación biográfica**.

En su reformulación del *Lebenswelt* o teoría del mundo de la vida cotidiana, Schütz retoma la *acción social* como base de la conducta humana, una acción externa, interna o, incluso, una omisión que se enlaza con un sentido subjetivo y orientado hacia *El otro*. Además de la relevancia conferida a la *acción*, Schütz se inclina por un más profundo estudio de la **intersubjetividad**. De tal manera, dirigir la atención a la subjetividad del actor, y captar *el sentido que un acto tiene para este*, o *verstehen*, es reconstruir la manera en que el actor interpreta el mundo en que se desenvuelve, donde se sitúa geográficamente y cuya realidad define. La amplitud del tiempo en estudio es la totalidad de la experiencia construida por una persona en el curso de su existencia. Olvera (2000) lo cita cuando este explica que, bajo la lente de su teoría, no presencia un mundo acabado, sino *uno en constitución*, que deviene y muere, en forma continua. A través del tiempo, las personas se vivencian unas a otras, como contemporáneas, predecesoras o sucesoras. Hay razones para realizar una actividad, y fines para esta; estos son los motivos *por* y *para*; aunque el examen de esta sea en el *aquí y ahora*. En cambio, las actividades espontáneas están orientadas al futuro. Pero no todo está a la vista, porque las cosas y su aspecto se sedimentan en la experiencia y se hace una selección de aquellas que resultan significativas.

Lidia Girola (2000b) ha analizado a detalle los puntos en que Schütz apuntala su teoría en Weber o Parsons, pero también sus puntos de ruptura: Descubre cómo las fortalezas de su trabajo pueden ser resaltadas, por ejemplo, en que es por vía de la interacción, y solo por su *negociación*, que resulta un *grado* de aceptación para las convenciones del mundo cotidiano. Por otro lado, también se hallan la contemplación de las razones de la acción de una manera **más escéptica**, del esfuerzo por descubrir los supuestos de la socialidad que no se dan de manera explícita y que se plantee una realidad de carácter múltiple, en la cual toman sentido la relatividad, la subjetividad y el pragmatismo que animan las relaciones interpersonales.

Girola (2000a) estima como las aportaciones más notables del sociólogo austriaco a la incorporación del mundo cotidiano a la investigación sociológica, con que se articulan los estudios de sistemas e instituciones con los de las relaciones cara a cara; así como de otro objeto de estudio: la *socialidad*, o conjunto de relaciones interpersonales, incluida la actitud de los individuos que, a pesar de provenir de patrones aprendidos, se reproducen y modifican en la vida cotidiana.

3.6.3. De Schütz a Luckmann: el construccionismo social

El trabajo teórico de Schütz provocaría influencias determinantes en sus discípulos, para sentar las bases del **constructivismo sociológico**. Es precisamente uno de esos discípulos, Thomas Luckmann, quien expone las fundamentaciones teóricas y epistemológicas en *La construcción social de la realidad* —como interacción, intersubjetividad y universo simbólico—, además de lo general sobre la teoría de los géneros comunicativos, a través de una aproximación realizada por la comunicóloga Martha Rizo (2015).

Todo sujeto que vive en el mundo social está determinado por su biografía y su experiencia inmediata (Dreher, 2012). La descripción de dicha experiencia puede hacerse a través de la lente fenomenológica, centrada en la interacción tanto de los predecesores (capaces de influir las acciones), los contemporáneos (interacciones cara a cara) y los sucesores (guías de la acción). La *Lebenswelt*, concluida por Luckmann, estratifica el mundo en dimensiones espacial,

temporal y social (Rizo, 2015), lo cual corresponde con los fundamentos para efectuar el análisis de la realidad social (Osorio, 2001).

En la descripción del mundo de la vida cotidiana adquieren importancia otras teorías desarrolladas por Thomas Luckmann, como las de la acción social, la comunicación y la religión. Las dos primeras son esenciales para comprender la realidad cotidiana, que es construida socialmente con una activa **participación del lenguaje** (Berger y Luckmann, 1968), esta es la vía para interiorizar los significados que dan sentido a la realidad (Hernández, 2000). Una parte de la trascendencia de este sociólogo proviene de los trabajos que hizo a la obra inacabada de Schütz, que comprende al individuo y sus interacciones: la conciencia, el cuerpo, tres dimensiones importantes de desenvolvimiento, el significado que este imprime a los objetos y actos, además de la atención a los motivos para esos actos. Otra contribución primordial de Luckmann fue la publicación, en 1968, de *La construcción social de la realidad* (Rizo, 2015).

El enriquecimiento a las propuestas preliminares, que centran a la persona en el mundo de la vida cotidiana, radica en la teorización de que, a través de sus vínculos, de sus interacciones, el individuo construye su sociedad y es, también, construido por esta (Rizo, 2015), un hito mayor en las ciencias sociales. El construccionismo social se presenta como una perspectiva que incluye al interaccionismo simbólico, la etnometodología y la psicología social, una perspectiva que presupone las experiencias de los individuos como procesos sociales y la interacción con la vida cotidiana como determinante mayor: los individuos no solo son productos sociales sino históricos, en quienes se resume una interdependencia entre conocimiento y acción. Los individuos nacen y viven dentro de determinadas pautas de interacción social, con lo que aprehenden y construyen significados para lo que acontece en su entorno (Rizo, 2015).

La sociedad creada por los individuos se convierte en una realidad objetiva, es decir, independiente de su volición, y en un mundo ordenado por los significados compartidos con la sociedad (subjetividad). El conocimiento es la certidumbre de que los fenómenos son realidad y la intersubjetividad es el encuentro de un individuo con otra conciencia, con lo que cada cual construye el mundo desde su propia visión. En una realidad en tiempo y lugar presentes, se interioriza la objetivación, mediante procesos de socialización en que operan mecanismos de legitimación, de institucionalización. La objetivación de la realidad, o construcción del universo

simbólico, sería imposible sin los medios que provee el lenguaje, especialmente a través de la ideación de componentes como son los símbolos y sistemas de signos (v.gr. conceptuales, figurativos, icónicos), que se encuentran a disposición del actor (Rizo, 2015). Con base en estos elementos teóricos sobre el universo simbólico, la preparación del trabajo doctoral deberá incluir el estudio de las entidades semióticas del signo y el símbolo.

Entre las experiencias de interacción social, aquella *cara a cara* es la más importante, y en ella gobiernan sistemas normativos del diálogo, de cambios de turno, de coordinación, de técnicas de reparación. Detrás se esconde el motivo pragmático, las interrogaciones del pasado para emplear en la proyección de las acciones futuras o para solucionar los problemas cotidianos (Rizo, 2015). La trascendencia de estas afirmaciones justifica la lectura y análisis de las elaboraciones teóricas de otros autores, como Georg Simmel, a partir de su obra *Sociología. Estudios fundamentales sobre las formas de socialización*, donde destacan la mirada cara a cara y la socialidad como dos maneras distintivas de socialización (Lambruschini, 2014), o de un estudioso mayor de las interacciones cara a cara y los aspectos rituales de la conversación, Erving Goffman, que vierte sus teorizaciones en escritos como *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, que en tiempos del positivismo y funcionalismo fueran calificadas como frívolas (Caballero, 1998).

Rizo también expone lo sustancial de la teoría de los géneros comunicativos de Luckmann, que establece que toda acción simbólica o comunicativa se rige por normas de conducta y que las pautas bajo las cuales se estructuran las unidades de sentido se constituyen en, justamente, esos géneros comunicativos; ejemplos de estos son el chiste, el insulto o el proverbio. A través de la trayectoria de vida, se sedimentan elementos de la realidad vinculante en un acervo de conocimiento de naturaleza dinámica, en que juegan un papel los símbolos, los ritos, la reconstrucción de las vivencias. La interpretación de esa realidad debe establecer conexiones con condiciones anteriores y consecuencias (Rizo, 2015), ya que «la realidad social debe ser pensada como una totalidad compleja, que para ser conocida necesita ser desestructurada» (Osorio, 2001, p. 38). Las tres dimensiones reconocidas para tal desarticulación son, en primer lugar, los espesores o capas que presenta, además del tiempo y el espacio. Esa capa de espesores surge como elemento nuevo en este escrito y es, precisamente, la sedimentación de las capas en que se presenta la realidad social, desde unas más visibles a otras ocultas, en la profundidad, lo que hace

necesario que las ciencias sociales dediquen un esfuerzo a desentrañarlas. Lo inmediato, lo superficial, debe ser rebasado, hasta alcanzar lo oculto y profundo, atravesando las distorsiones, sin perder de vista los condicionamientos entre las distintas capas, con el fin último de obtener conocimiento (Osorio, 2001).

Dado que lo cultural es un ámbito vinculado con las estructuras de la vida cotidiana, última en que hay una participación de formas simbólicas y diferentes expresiones de los fenómenos significativos que se están dando en torno al eje del cuerpo, como una manifestación primordialmente del lenguaje, entre otras, el análisis desde la lente fenomenológica se enriquece con la etnografía interpretativa. Además, «la realidad de lo cotidiano supera nuestra capacidad orgánica para abarcar sus límites» (Hernández, 2000, p. 93), es una realidad manifiesta a través de un mundo intersubjetivo, ya que puede ser compartida con otros, y son admisibles tantas cotidianidades como subjetividades caben en el mundo social.

Dentro del análisis fenomenológico surge el **hábito**, cuando por repetición de un acto se transforma en una pauta, de importancia tal que constituye el origen del comportamiento dentro de las instituciones y también permite pensar en *otredades* posibles. Durante el análisis, **la subjetividad aparece como significaciones construidas de manera colectiva y la percepción que tiene el sujeto pone en evidencia las objetivas de la sociedad** (Hernández, 2000).

Antes de concluir esta sección, pensamos algunos posibles ejemplos de aplicación, por lo que respecta a la indagación de interacciones sociales y los significados o aspectos subjetivos de personas que viven con diabetes. Un caso puede ser el entramado de la *mala* alimentación, que contribuye a la enfermedad —y prevalece como algo coyuntural, una dificultad elemental para lograr el control metabólico—, porque está vinculada con un estilo de vida centrado en el trabajo, fenómeno que se generalizó con el triunfo del capitalismo: Vivir bajo una dominación burocrática que encadena a muchos a una seudológica anglosajona de eficiencia, una aspiración orientada al resultado, a los satisfactores, pero no fundada en los medios, en los procesos. En el contexto de la burocracia mexicana, cualquier tarea puede requerir más tiempo porque el trabajo institucional suele ser poco organizado, no hay horarios —o mejor dicho, en muchos casos se procura no concederlos— para tomar alimentos o descansos establecidos; hay una tiranía en que se supone que los empleados estén siempre disponibles y trabajando, hasta horas extra o llevando trabajo a casa. También es común que existan deficiente planeación y evaluación,

que no se sigan los controles y que la dirección sea inadecuada, con cabida incluso a formas de hostigamiento laboral. Estas son algunas posibles razones para que el cumplimiento de una tarea de trabajo requiera mayor tiempo, con logros más bien modestos, pero sí provocando estrés en el empleado, con deterioro a su salud.

Otros elementos podrían aportar al sustento teórico, dado que deberán identificarse los componentes mayormente presentes en la interacción. Probablemente el tipo de dominación tradicional, actuando en el marco de la familia, o el del tipo carismático de algún miembro del personal de salud que alcance a ejercer una presencia que lo motive a seguir su tratamiento; o todo lo contrario.

En resumen, el *constructivismo social* se centra en la generación colectiva de sentido a través del lenguaje y la interacción social; dentro de este son influyentes las fenomenologías sociológicas de Schütz, y de Berger y Luckmann. Schütz es, además, uno de los fundadores del *interpretativismo*, y da una doble interpretación al concepto de *verstehen* weberiano: como se escribe en la sección de alimentación, por un lado, referido al proceso por el que una persona interpreta su vida cotidiana (*emic*, interpretaciones hechas por el actor o de primera instancia) y, por otro, al método por el que el investigador social interpreta, a su vez, las interpretaciones cotidianas de las personas (*etic*, interpretaciones del investigador, desde fuera) (Valles, 2007).

3.7. Lenguaje y símbolos

El conjunto de signos mediante los cuales interactúan entre sí los miembros de una sociedad es una concepción de lenguaje, que funciona como un vehículo de comunicación para transmitir ideas y formar actitudes (Martínez, 2009).

Subjetividad, pensamiento y lenguaje están imbricados. Es pertinente distinguir entre conceptos relacionados con el lenguaje, compatibles con el sentido que toman en la obra de Foucault, visitada en múltiples reflexiones de este trabajo. Primeramente, el *lenguaje* es la capacidad humana para comunicarse, a través de un proceso de generación semiótica, es decir, por la intervención de signos, anclados en los componentes de la cultura. El hombre se construye mediante el lenguaje y por las abstracciones de este con lo que, en forma paradójica, el lenguaje contribuye a los

procesos de inteligibilidad humana, de significados libres de contradicción, para conformar una idea de dominio del mundo (González-Domínguez, 2021).

El lenguaje trabaja por distintos sistemas sígnicos: atraviesa los lingüísticos, los sistemas proxémicos, cinéticos, gestuales, visuales. En el corazón del lenguaje preside la palabra, la más cercana al concepto, pero *variable en cada enunciación*. Así, el lenguaje es una unidad compleja, cuyas dimensiones aísla el estudio, para encontrar el matiz particular de cuanto acompaña a la palabra (González-Domínguez, 2021).

El **significado** de cada palabra es un concepto o generalización, y cada una de estas es un acto de pensamiento, o bien, «el significado de la palabra es un fenómeno del pensamiento, mientras este se halle encarnado en el lenguaje» (Vygotsky, 1934: 160). Los significados varían en su estructura interna, así que también hay variaciones en la relación entre pensamiento y palabra. En la continuidad de este ir y venir, entre palabra y pensamiento, entre pensamiento y palabra, hay cambios que justifican la idea de desarrollo en sentido funcional. En estas interacciones, sin dejar de ser una unidad, es conveniente invocar la idea de fases o planos —que además permiten el análisis—: el **aspecto interno del lenguaje, significativo y semántico**, y el **externo o fonético**. Estos dos planos se mueven en forma distinta y sus líneas evolutivas no coinciden, sin que ello las convierta en independientes. La evolución es definida por los momentos y eventos vitales: el pensamiento del niño aparece como borroso y se torna cada vez más y más diferenciado, así como más difícil de ser expresado con palabras; con la experiencia sucede una divergencia creciente entre los aspectos semánticos y fonéticos del lenguaje (Vygotsky, 1934).

Conviene visualizar una serie de asociaciones concéntricas dominadas por el *lenguaje* y, como una unidad del lenguaje, a la *lengua*, un sistema sígnico compartido en la colectividad, dentro del cual se halla el **habla**, o **apropiación única** de la lengua por parte de cada sujeto hablante. El discurso implica todo esto, además de las raíces y orientaciones del hablante. Si bien aprendemos a enunciar con los demás y a ir incorporando matices, cuando se habla, se remite al conocimiento de quien habla y a todos los discursos que le han precedido (González-Domínguez, 2021).

3.7.1. El símbolo y su sentido

«El sentido se objetiva en símbolos» escribe Miguel Costilla en *La antropología y el sentido* (2010). Los símbolos llegan a evocar una realidad que no les es lógicamente inherente y, más que productos, resalta que en antropología lo simbólico se refiere a prácticas. Mientras que un signo produce imágenes mentales que se asocian por su contigüidad o su parecido, el símbolo tiene una relación de referencia que vincula el signo con la realidad: estas constituyen relaciones de representación. Recupera también ideas de autores como Sperber o Beattie, para quienes los elementos simbólicos se reconocen al restar lo racional o lo instrumental del discurso o las prácticas. A estos últimos no pertenece lo simbólico, durante la experiencia etnográfica, afirma Costilla, sino a *la perplejidad del etnógrafo*.

En cuanto a la producción de símbolos, los estímulos que parten de la naturaleza se convierten en una operación intelectual desde que son captados por la sensibilidad. De inmediato son codificados, bajo reglas que tienen sentido histórica y culturalmente, en elementos —especialmente del lenguaje— que permiten organizar el mundo por una lógica de tipo estético (Costilla, 2010). Lévi-Strauss (1964), en *El Pensamiento salvaje*, usa el término de *signo*, lo sitúa en un punto intermedio entre imagen y concepto, de cuya unión surge signifiante y significado, y apunta que los actos de conciencia están ligados a la imagen (Lévi-Strauss, 1969, pp. 37-41).

De manera muy concreta, un **símbolo** es el signo **visible de algo invisible**, una idea o calidad que se presenta por sí o representa a otra. Al respecto otros autores coinciden en que el ser humano —animal *symbolicum*, según Cassirer— ordena e interpreta su realidad, incluso la reconstruye a través de símbolos. Más allá de su contenido intrínseco, los objetos, actos o formaciones lingüísticas pueden adquirir las características de símbolos. Todo símbolo presenta ambigüedad por su multiplicidad de significados. Una forma de acercarse al significado es tener presente que todo contenido está **determinado por el contexto** (Jones, 2007).

Lo aquí expuesto abona al sentido de indispensable de la labor etnográfica para este trabajo: el privilegio de observar qué hay después que la diabetes deja de ser una construcción biomédica.

3.7.2. Las formas no verbales de comunicar

Además de los sistemas lingüísticos de los que deriva el habla, es posible comunicarse con los demás mediante sistemas proxémicos, kinésicos, vocalizaciones (McNeill, 1992), lo cual ocurre en virtud de un cuerpo que funciona *como mediador* de la comunicación en diversas formas (Csordas, 2021).

Brown (2001) enfatiza que para el antropólogo Edward Hall la percepción humana del espacio, aunque tiene que ver con el aparato sensorial, se modela y adquiere patrones desde lo cultural. La **proxémica** es el uso que los individuos hacen de ese espacio y se refiere a la distancia que prefieren mantener entre sí al desenvolverse en una conversación u otro tipo de interacción (Le Breton, 2018, Brown, 2021). Las distancias se van acortando desde la pública, la social, la personal y se pierden en lo íntimo. En el espacio público las relaciones son percibidas como anónimas o impersonales, el espacio íntimo solo es aceptable para amigos o familiares cercanos, conlleva un contacto; mientras que en el espacio social y personal se llevan a cabo las interacciones sociales de rutina, con conocidos, así como con extraños (Brown, 2001).

También se internalizan expectativas respecto de **las disposiciones** y organización de objetos que rodean al individuo (Brown, 2001), como el mobiliario, la distribución típica de una casa, lo cual claramente depende del contexto sociocultural; disposiciones que se amplían a espacios mayores como el interior y exterior de los edificios, el trazo de las calles, los pequeños poblados, sus espacios de reunión; las ciudades y lo que en su centro y en sus límites se dispone. Entendemos, así, que los espacios influyen en el desenvolvimiento humano. La construcción del ambiente, además, refleja la desigualdad social. Aguilar-Díaz (2014) resalta la **importancia del espacio** desde la perspectiva merleauPontiana, ya que este funciona como medio para la disposición de las cosas y constituye una categoría mayor en la constitución del mundo sensible.

Otro antropólogo, Ray Birdwhistell, fundó el campo de estudio de la **kinésica**, que definió como el estudio del movimiento humano que comunica en modo visual, bajo patrones culturales. La comunicación kinésica o no verbal se aprende y tiene formas tan variadas como la verbal y, por supuesto, se relaciona con esta. Más de las dos terceras partes de la comunicación total en un **flujo conversacional** dependen de la **kinésica**, y esta ocupa al menos el 90% del tiempo de dicho flujo. Lo observable

se relaciona con los roles de género, la edad, el estatus y el tipo de situación conversacional. También se le llama **lenguaje corporal** y comprende movimientos de la cabeza, el cuello, el tronco, las extremidades, elementos del rostro, sus relaciones con la vocalización. Birdwhistell acuñó el término *kineme* para designar una unidad de movimiento y desarrolló un sistema de notación para describir los movimientos, la kinegrafía (Harold & Tobin, s/f; Hunt, 1971).

Al momento de interactuar con los colaboradores, durante las entrevistas a profundidad para conocer la experiencia de vivir con diabetes, por una parte puede observarse la apariencia, pueden caracterizarse las expresiones corporales y dividir las en las de **dirección de la mirada**, las **expresiones faciales**, los gestos, la postura. Los **gestos** son movimientos de la cabeza, las manos, los brazos, los hombros, que suceden durante la conversación y tienen relación con los estados emotivos. Las **posturas** están dadas por la disposición del cuerpo en relación con un cierto sistema de referencia, por ejemplo, al estar de pie, sentado. La orientación del cuerpo puede ser cara a cara, o lado a lado (Pinto, 2012).

Por otra parte, la comunicación vocal presenta **distinciones en el tipo de voz** según el sexo, la edad, el lugar de origen; la cualidad de la voz varía en tono, intensidad, resonancia, las inflexiones; existen caracterizadores vocales entre los cuales se hallan el bostezo, la risa o el llanto, y pueden existir segregados vocales, que son pausas de silencio o sonidos de acompañamiento (Pinto, 2012).

En los años sesenta, Paul Eckman se convirtió en un fuerte crítico del trabajo de Birdwhistell. En un trabajo experimental conducido a nivel mundial, demostró la existencia de micro expresiones de emoción a nivel facial, presentes con un carácter universal y algunas también presentes en neonatos, es decir, innatas, como Darwin había ya propuesto en el siglo XIX; sin embargo, Ekman no negó que el lenguaje corporal se aprende en el contexto cultural (Pignatiello, 2020; Harold & Tobin, s/f). Dos posiciones se han edificado al respecto: la universalista que sostiene que las estructuras comunicativas están arraigadas en el cerebro, en el cuerpo, y que son similares sin importar el aspecto geográfico; en tanto que la posición relativista resalta que la comunicación es un producto cultural, por lo que sí es variable alrededor del mundo (Cooperrider, 2020).

Se han propuesto clasificaciones de las emociones en primarias, entre las cuales se figuran alegría, enojo, miedo, tristeza y sorpresa. Las emociones secundarias se

suponen más complejas, por ejemplo, éxtasis, melancolía, desprecio, repulsión, lo que depende de mayor desarrollo, a través de la interacción (Pignatiello, 2020).

3.7.3. Emanación de la subjetividad a través del discurso

Siempre se habla desde una posición, modulada por una historia que compenetra el presente y el futuro. Es el *discurso*, a través de sus enunciados como signos, al igual que las otras manifestaciones que lo recubren, su significación o las implicaciones sociales de los significados, lo que merece ser analizado en un trabajo como este, porque lo que discursamos no es natural, sino subjetivo. Para encontrar las reglas de su formación, las genealogías, las filiaciones discursivas, las exclusiones y lograr cierta aprehensión de causas y consecuencias que aporten para la comprensión, debe recurrirse a una metodología de análisis del discurso.

En *El orden del discurso*, Foucault (1970) razona desde dónde procede el discurso, cuál es su definición, existencia y significado, cuáles son sus rituales y manipulaciones; lo cual le conduce a plantear la hipótesis de que en toda sociedad la producción del discurso es controlada por procedimientos que buscan dominar lo aleatorio del acontecimiento, conjurar sus poderes y peligros, así como rehuir su materialidad. Los procedimientos de exclusión que identifica son varios: mientras unos funcionan como sistemas que se ejercen desde el exterior, otros son procedimientos internos. La elaboración teórica fructifica en una propuesta de métodos de análisis del discurso fundamentados en descripciones críticas y genealógicas, los cuales retomaremos en la sección metodológica.

Cuando se escucha un discurso del actor sobre un tema concreto, además de las elecciones de palabras, elación y otros elementos que pueden ser grabados, es importante registrar por otros medios el volumen, la entonación, el tono, el timbre y el ritmo de la voz, los silencios. La atención a estas variaciones es de suma importancia a la luz de que gran parte de los elementos comunicados durante una conversación no son de naturaleza discursiva, por eso se atiende a ello en el siguiente capítulo.

3.8. La alimentación en el contexto cultural

«Comer es una necesidad, hacerlo de forma inteligente es un arte».

La Rochefoucauld

Entre los elementos de la cultura, uno de los que se antepone como relacionados con un estado de salud dado es la alimentación. Como hemos mencionado, con frecuencia la medicina y la literatura nutricional identifican conductas —siempre voluntarias— como patológicas, sea con calificativos como «peculiar», «anormal» o inclusive «un serio problema». Desde esas posiciones, la alimentación es un aspecto comúnmente criticado del comportamiento —que tiene también elementos inconscientes— de las personas con diabetes, cuando lo que se come, dónde, cuándo, con quién, cómo, constituye un fenómeno complejo (Jones, 2007), una «expresión sociocultural que atraviesa la totalidad de la actividad humana en contextos biológicos, sociales y culturales en el transcurso de su historia» (Aguilar, 2014, p. 12). La alimentación es posible origen, es tratamiento, es cuidado de sí, es posibilidad de control metabólico, es un centro de los discursos sobre diabetes.

Bajo la influencia del modelo biomédico se habla de *alimentación* como algo que está mayormente asociado con sus efectos de sostén del cuerpo, en su anatomía y sus funciones, es decir, se refiere en realidad a la *nutrición*. El consumo se vincula de forma inmediata con un fin que es el estado nutricional, mientras que la clasificación cultural de los alimentos se concibe como otro fenómeno. En este nivel de representación es preponderante el sentido del consumidor. La estrategia teórico-conceptual de Harris (1989) es comprender la alimentación como un proceso ecosociocultural, con dos premisas centrales, de las cuales la necesidad de carácter práctico no necesariamente tiene uno simbólico o se relaciona con representaciones. Lo que se ha de comer, sin embargo, se funda en los actos de la costumbre y la tradición (Aguilar, 2014).

Desde la perspectiva de la nutrición, se ha estudiado el impacto en salud desde el año 1999, en que se realizó la primera encuesta de salud y nutrición en México (GdM, 2022; INSP, 2022). A partir del conocimiento generado, se han venido emitiendo recomendaciones a la población, que contraponen las llamadas *dietas saludables* con las *no saludables*, con el propósito de contrarrestar los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, como ya se ha expuesto con anterioridad.

En México, una importante proporción de investigaciones se ha centrado en la descripción y contraste de dietas en dos grandes épocas, por lo que respecta al tipo de alimentos y sus formas de procesamiento antes del consumo. El punto de quiebre para esos dos momentos ocurre a partir de los años ochenta, cuando la alimentación de los mexicanos se vio mayormente modificada por influencia de la apertura económica y el influjo de la globalización sobre las tradiciones culinarias o alimentarias, haciéndose menos presentes productos como el maíz y el frijol, y sus formas tradicionales de procesamiento (Trápaga, 2002), pero más frecuentes los alimentos procesados y ultraprocesados, a los que se les han asociado las epidemias de obesidad y diabetes.

Es así que a los cambios en cuanto al tipo de alimentos consumidos, por desplazamiento de la dieta tradicional del mexicano, se añadan cambios en el sentido que los alimentos puedan tener. Los estudios en torno a la alimentación se han enfocado en aspectos nutricionales y en resaltar las resultantes prevalencias de obesidad o diabetes por sexo y grupos de edad; o bien, en emitir recomendaciones dietéticas sobre lo que se debería consumir o no y poco se ha indagado sobre los significados o el valor simbólico de los alimentos. Dado que las enfermedades no transmisibles se están presentando cada vez más temprano en la vida, incluso en personas jóvenes, el interés no debería situarse únicamente en la caracterización de su dieta, sino también en comprender por qué se da esta.

Otro aspecto importante es abordado por Contreras y Gracia (2005, p. 57), quienes señalan que la alimentación constituye una vía privilegiada para reflejar las manifestaciones del pensamiento simbólico y la alimentación puede constituir una forma de simbolizar la realidad. Creamos **categorías de alimentos** (saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos, femeninos y masculinos, adultos e infantiles, calientes y fríos, puros e impuros, sagrados y profanos, etc.) y mediante estas clasificaciones construimos las normas que rigen nuestra relación con la comida e, incluso, nuestras relaciones con las demás personas.

Entonces, los alimentos no solo tienen un valor nutricional, sino también cuentan con otros valores que están arraigados en la cultura. Una persona elige un alimento no sólo como objeto nutritivo o porque es placentero, su elección depende también de una **significación simbólica**. Por ejemplo, si sentimos hambre, podemos ir al mercado a comprar comida, pero al estar frente a múltiples alimentos, cualquiera de

los cuales puede saciar nuestra hambre, puede suceder que acabemos eligiendo uno que nos trae un recuerdo querido.

Para conocer y comprender los valores y creencias acerca del consumo de alimentos, que se tiene en los hogares, Martínez (2009) recupera la propuesta de Schein que estructura la cultura a modo de iceberg, en tres niveles y con interrelaciones entre sí: artefactos y conducta, en la punta; valores y creencias y, en la base, el mundo subyacente.

Primero, en la punta están los elementos que se observan con relativa facilidad, entre los cuales se hallan los ritos, los rituales de vida. Los artefactos son símbolos dentro de una sociedad, que pueden diferenciar a quienes tienen acceso a ellos, transmitiendo un estatus; en tanto que la conducta son las acciones de los individuos, contrastables con los códigos aceptados, por lo que la conducta es aceptable o provoca rechazo. En el nivel intermedio, como factores ocultos en los individuos — que en realidad son sembrados en ellos por la cultura—, se encuentran las apreciaciones acerca del creer y el deber ser, que interfieren en el modo de actuar. Esos valores y creencias permiten mantener el estatus quo. Finalmente, el mundo subyacente está conformado por suposiciones que se toman por verdaderas de forma colectiva (Martínez, 2009).

Petrich propone una clasificación de actividades asociadas con el momento culinario mediante un conjunto de categorías comprensivas que permiten ordenar y analizar los datos lexicográficos y las respuestas obtenidas en entrevistas, con el propósito de acceder a la polisemia de ciertos términos, algo que no había sido manifestado en la traducción literal (el aspecto denotativo, la palabra común) y añadirlo a la traducción de las palabras en su dimensión semántica (lo connotativo, la palabra sagrada). Las taxonomías se refieren a las maneras de distribución, adquisición, preparación y consumo de los alimentos (Aguilar, 2014). Se comprende, entonces, que desde la adquisición hasta el momento de alimentarse ocurre un espectro de posibilidades que se manifiesta en forma más o menos objetiva y que requerirá de interpretación en sus aspectos connotativos.

La alimentación, no obstante, solo puede ser interpretada y comprendida si es vista como un fenómeno transhistórico y transcultural, en que se sustentan la vida individual y colectiva. Michel de Certeau subraya la importancia de «ubicarse en una perspectiva histórica del sujeto como productor de diálogos significativos con su entorno cultural» (Aguilar, 2014, p. 25). En su propuesta, el sujeto es un consumidor-

productor y un usuario de lo consumido, que en dicho uso produce patrones materiales y culturales que le pertenecen. El sujeto, en su cotidianidad, deviene autor o vehículo de las operaciones con que construye lo cotidiano, siempre vinculado con su entorno natural y social (Aguilar, 2014). Las personas con diabetes y sus familiares, que son foco de atención en este trabajo, tampoco comen solo por consumir o nutrirse sino como resultado de patrones culturales en que se desenvuelven.

Por un lado, la necesidad de alimentarse, de obtener, almacenar, procesar y consumir alimentos expresan rasgos de la cultura que influyen la invención de lo cotidiano. Por otro, el alimento preparado contiene una serie de gestualidades y aplicaciones culturales no perceptivas a primera vista, pero que forman parte de él. Allí se genera una tradición con un conjunto de operaciones y actitudes alimentarias, creaciones y recreaciones de la herencia material y cultural; los contenidos no están aislados. El sujeto tiene la posibilidad de gestionar sus hábitos de alimentación, que trascienden un estado de consumo pasivo: puede realizarse una lectura de esos contenidos trascendentales en las diferentes culturas (Aguilar, 2014).

El primero en considerar a la alimentación como hecho social total fue Marcel Mauss, por la implicación del ser y vivir, la nutrición de nuestro cuerpo, mente y vida social, en el espacio y el tiempo (Vargas, 2013). En resumen, no comemos solo para saciar el hambre o nutrir el cuerpo, sino por necesidades emocionales o acordes con normas sociales: la alimentación es un fenómeno humano particularmente abundante en significados (Jones, 2007).

3.8.1. Antropología de la alimentación

La alimentación humana es un fenómeno complejo si se aborda desde la perspectiva antropológica, dado que se trata de una manifestación sociocultural, más allá de un solo contexto biológico. La antropología estudia los sistemas y procesos que se relacionan con el acto de la alimentación, con sus acciones sociales, con enfoques muy diversos como la alimentación como proceso continuo de producción, distribución, preparación y consumo, elucidar los aspectos culturales que se expresan en la acción del consumo, qué se puede comer o no, etcétera (Aguilar, 2014).

Si bien «la alimentación satisface una necesidad biológica primaria del hombre» (Garine, 2016, p. 13), en esta actividad la naturaleza y la cultura entran en contacto, y hacen interactuar a la *psyche* y el *soma*.

Los primeros enfoques en las relaciones de la alimentación con la vida económica y social son de Richards, en 1932 y 1939, y Malinowski, en 1935. Después de la Segunda guerra mundial los alimentos se convirtieron en un aspecto importante de investigación y, de acuerdo con Lévi-Strauss, es un aspecto tan importante que, lo que come una sociedad, opera como un lenguaje por el que se expresa de manera inconsciente su estructura (Garine, 2016).

En antropología, se estudian los aspectos objetivos (*etics*) y las representaciones en la mente de las personas de una sociedad estudiada (*emics*). Los sistemas alimentarios pueden investigarse a través de ciertos alimentos clave, con fuerte carga simbólica: en cada cultura hay elementos básicos, que captan atención, afectividad. Jelliffe les llama *súper alimento cultural*, como sucede con el maíz en México, el arroz en Asia o el pan cotidiano de los cristianos (Garine, 2016).

En los sistemas alimentarios tradicionales hay, además, alimentos *secundarios* consumidos frecuentemente, sobre todo de forma estacional, que también cuentan con valor afectivo y simbólico. Finalmente, existen alimentos *periféricos*, de consumo estacional. Los sistemas tradicionales pueden ser descritos por los alimentos de autoconsumo, alimentos externos, comidas caseras y alimentos consumidos fuera de comidas, tienen una dimensión geográfica local o regional y una diacrónica, es decir, dependen del tiempo. Por otro lado, existe una alimentación que es cotidiana, aquella que se consume fuera del hogar —de tipo restauración y *fast-food*— y hay comidas festivas. Los factores relacionados con el comportamiento tienen que ver con la disposición de dinero, el placer gastronómico y la búsqueda de prestigio, por lo que pueden distinguirse comidas de necesidad o comidas distinguidas, que son características de clases obrera o burguesa, etcétera. Es así como los criterios de selección de alimentos suceden dentro de realidades culturales (Garine, 2016).

La comprensión antropológica parte de la construcción del dato etnográfico por medio de una descripción de la historicidad del sistema y del proceso de alimentación, detectando los elementos internos o externos que modifican los diferentes sistemas de alimentación (Aguilar, 2014). Esta perspectiva sistémica aparece particularmente útil para identificar elementos internos a las personas con

diabetes, en interacción con los ambientes que los determinan y sobre los que ellos también inciden.

El término *valor simbólico* de un objeto hace referencia a un universo semántico y cultural vinculado con ese objeto; el consumo de ese objeto permite expresar identidad y pertenencia social. Hay una relación opuesta entre lo simbólico y lo funcional. Ballart definió los tipos de valores que pueden darse a bienes culturales y creó tres categorías: primero, un valor de uso, cuando algo tiene una utilidad, por otro lado, un valor formal, a partir de lo atractivo que resulta algo a los sentidos y, finalmente, un valor simbólico-significativo, que es un medio de relación entre personas (Reyes, 2015). Este último se relaciona con creencias y valores afianzados por la cultura que pueden influir en el momento de hacer elecciones alimentarias. Por ejemplo, hay alimentos que se asocian con lo divino, como el pan y el vino, que representan el cuerpo y la sangre de Cristo, respectivamente, y otros son prohibidos, como la carne de cerdo entre los musulmanes y judíos. Una pregunta que ayuda al momento del análisis es ¿cómo se interpreta lo que se consume?

El acto de alimentarse está lleno de simbolismos, porque a través de la alimentación se puede construir una identidad social (Troncoso et al., 2018). Un ejemplo interesante se encuentra en la cultura náhuatl precolombina, la cual vincula simbólicamente el cuerpo humano con el alimento: en los mitos, el grano de maíz permitió al hombre convertirse en un cuerpo y crecer, así, el alimento contribuye al crecimiento del cuerpo, pero de acuerdo con el pensamiento indígena, también sucede una degradación de lo consumido que, a su vez, provoca una degradación del cuerpo que lo consumió. El alimento es origen de la vida, tanto como de progresiva descarnación que culmina con el regreso al origen (Johansson, 2002). Esto obliga a la constante reflexión de cómo engrana el alimento en la existencia de las personas y cómo da sustancia a su vida material.

Si el valor simbólico puede oponerse al valor de uso, entonces el consumo de ciertos alimentos no necesariamente se asocia con sus características nutricionales, de costo o de conveniencia, sino que pueden ser más relevantes los significados de consumir alimentos específicos en contextos particulares. Existen alimentos difíciles de obtener o producir, de costo elevado, cuyo consumo se asocia a un estatus privilegiado y que no nutren más o menos que alimentos que se producen de forma masiva o que sean fácilmente accesibles.

Se ha expuesto en este trabajo que los alimentos y bebidas a consumir quedan inmersos en procesos técnicos y culturales. Respecto de ello, se recupera una de las primeras propuestas de estudio, la de Claude Lévi-Strauss: las técnicas de transformación y preparación, y, por otro lado, su lugar simbólico (y estructural) en la cultura, un par que no está en oposición: el *tecnema* y el *gustema*, de amplio potencial teórico y metodológico (Delgado & Delgado, 2010). Aquí, se hace una concentración en el segundo.

De acuerdo con lo que supone el gustema, en el gusto se halla la impronta cultural de los sabores, los olores, las consistencias de todo alimento y bebida. Los gustemas son «las unidades mínimas con sentido-significado en un contexto humano particular» (Delgado & Delgado, 2010: 128), en las cuales encontramos la identidad culinaria de las sociedades y grupos sociales, más profundamente yace la dimensión del significado profundo frente a lo colectivo y lo individual. Lévi-Strauss se refiere a las sazones, las improntas familiares, parentales, locales y regionales, los gustos asociados a lo que se come y se bebe. Un bocado, un sorbo ingerido se llena de sentido y significado: la identidad se ingiere y en el marco de un contexto cultural. Se come para que el cuerpo viva y (o) se come para satisfacer la dimensión simbólica (Delgado & Delgado, 2010). Resulta que el espacio en que vivimos es atravesado por una variedad de marcas culturales que aportan sentido, que nos hacen llegar a pensarlo como un territorio para construir la historia individual y colectiva, de donde emanan nuestras raíces (Delgado, 2001).

De todo lo anterior, se ha enfatizado que es posible identificar una doble naturaleza del hecho alimentario, por un lado, el hecho biológico o el producto *in situ* contra su interpretación en determinado sistema cultural alimentario y alimenticio (Delgado & Delgado, 2010).

Las personas con diabetes tienen la posibilidad de adherirse a las recomendaciones para conformar una dieta saludable, prevenir enfermedades y complicaciones (Secretaría de Salud, 2018), pero también de elegir entre una gama de alimentos que pueden adscribirse a una alimentación de tipo tradicional, consumir alimentos secundarios y periféricos, alimentos de moda, opciones de *conveniencia*, que incluyen comida rápida con alimentos ultraprocesados.

3.9. La enfermedad dentro de la experiencia

El término *experiencia* se despliega en dos ideas diferentes en la lengua alemana: *Erfahrungen* y *Erlebnisse*, que se generan en la interfaz entre *persona* y *mundo*. Según explicaciones de Bauman (2014: 22,23), *Erfahrung* es lo que sucede a la persona **cuando interactúa con el mundo**, el aspecto objetivo, supra o interpersonal de la experiencia, sin procesamiento; mientras que *Erlebnis* es lo que la persona experimenta en el curso de ese encuentro, producto de su **percepción** de lo que ocurre y de su esfuerzo por interiorizarlo y hacerlo inteligible; es un conjunto de impresiones, pensamientos, emociones, es decir, el aspecto subjetivo de la experiencia intrapersonal, procesada. Esto debe ser tenido en cuenta al momento de interpretar los hallazgos de la investigación en ciencias sociales (Bauman, 2014).

A continuación recogemos parte del conocimiento reciente que proviene de la investigación cualitativa, en especial desde algunos estudios de corte fenomenológico, alrededor de la diabetes. Alruwaili (2021) reporta como primeras reacciones de las personas, al ocurrir el diagnóstico de diabetes, una mezcla de negación y choque emocional, las dificultades experimentadas al enfrentar una enfermedad progresivamente debilitante y una tendencia a interpretar que su condición está determinada por el destino, hasta que logran alcanzar un cierto grado de adaptación, conforme la enfermedad resulta más familiar.

En otra investigación se encontró que el diagnóstico de diabetes desestabiliza, entrena la posibilidad de juzgar los hábitos previos como destructivos, llegar a tener remordimientos; presentar el anterior estilo de vida como un desafío que confrontar, y conduce a la reflexión de la importancia del autocuidado, circunstancia última que significa una lucha existencial. En medio de las miradas al pasado y el presente, hay una tensión, el encuentro de emociones contradictorias, ansiedad, alegría y pesar, espíritu de lucha y resignación, desesperanza. Esperanza. Las personas deben reevaluar el total de la vida, encontrarle sentido, crear nuevas perspectivas; lo cual significa cuestionar su identidad (Gabre et al., 2018).

Con el objetivo de comprender cómo es vivir con diabetes, luego de dos meses del diagnóstico, Kneck y coautores (2011) llevaron a cabo entrevistas en un hospital universitario en Suecia. Afloraron cuatro categorías: asumir el control de una nueva realidad, el cuerpo tiene un papel en la vida, diferentes maneras de aprender y los servicios de salud son necesarios. Las personas entraron en un proceso de obtener

conocimiento mediante recursos personales, echando mano de su propia experiencia y la reflexión de sí mismos, en que el cuerpo adquirió una importancia distinta.

En otro estudio fenomenológico sobre el aprendizaje de vivir con diabetes resaltan grupos mayores de características que ocupan a las personas: una percepción y conciencia del cuerpo particulares, un esfuerzo por integrarse y mantenerse responsable de sí, la experiencia de lidiar con la diabetes y aprender a vivir con ella, así como la importancia de la presencia de personas que de n apoyo (Hosono y Tochikawa, 2022).

Al explorar las barreras para adherirse al consejo médico, Davoodi y colaboradores (2022) clasificaron lo encontrado como barreras individuales y sistémicas. Las primeras incluyeron factores fisiológicos y físicos, problemas financieros, factores ocupacionales, problemas actitudinales y falta de conocimiento sobre la enfermedad, igual que problemas sociales y familiares. Entre las barreras sistémicas resaltaron la publicidad inadecuada, equipos e instalaciones no apropiados para la atención de la salud y la mala coordinación intersectorial, que orientan para focalizar esfuerzos de mejora en los servicios de salud y apoyan a los responsables de las políticas públicas para resolver las barreras de infraestructura (Davoodi et al., 2022). Aunque son resultados muy generales, constituyen posibles categorías para el estudio ulterior.

Otro trabajo resalta el dilema que enfrentan las personas con diabetes cuando se les requiere que tomen medicamentos para el control de la glicemia, mientras tienen preocupaciones acerca de los efectos secundarios y reacciones adversas de esos medicamentos, particularmente la hipoglucemia. Esto les causa miedo y sensaciones traumáticas que son recurrentes. Los autores recomiendan que se trabaje el reconocimiento de las acciones para prevenir la hipoglucemia, por parte de las personas con diabetes, o las formas de revertirla con oportunidad (Sutawardana et al., 2016).

La cada vez más amplia disponibilidad y accesibilidad a internet ha sido relevante en abatir barreras de acceso a la información en línea, acerca de lo que supone una enfermedad crónica dada, y en proporcionar a las personas con un diagnóstico y sus familiares la posibilidad de adoptar un rol activo en el manejo del padecimiento y establecer una relación colaborativa con los prestadores de servicios de salud. Además de proveer herramientas en línea, facilitar vínculos rápidos y efectivos con

familiares, con personas conocidas y no conocidas, al igual que obtener apoyo de ellos (Kaufman, 2010).

Los contenidos de divulgación ponen al alcance de la comprensión de los interesados datos sobre lo que caracteriza a la diabetes, lo que presume el estado de control metabólico o no, las acciones a tomar, listados con valores de índice glicémico de los alimentos, ejercicios físicos adecuados, el cuidado de los pies, los grupos de apoyo disponibles, en fin, los recursos parecen ilimitados. Sin embargo, es difícil distinguir los sitios que proporcionan información fidedigna o adecuadamente diseñada para la divulgación. Existe información perniciosa cuya identificación no es sencilla. En las redes socio digitales, los discursos de los usuarios no solo son de apoyo, también representan una conexión con mitos, prácticas que representan riesgos y una fuente adicional de miedo y ansiedad.

CAPÍTULO IV

EL CUERPO COMO CENTRO DE LA EXPERIENCIA



4.1. Representaciones históricas del cuerpo

La afirmación de que el cuerpo es una construcción cultural implica que sus atributos y significados se constituyen de manera cultural y son variables (Butler, 1989). En efecto, la realidad en torno al cuerpo no es una sola, sino una infinitud, según la época y las sociedades. El cuerpo es una representación simbólica. La biomedicina ha elaborado su propia representación, concentrada en la anatomía, tejidos, órganos, dominados por una fisiología, reconoce los fallos de la homeostasis y los trata bajo medios que le son eficaces (Le Breton, 2011); el dualismo que supone, hombre-organismo, constituye una representación hegemónica en Occidente.

Es desde el *Fedón*, diálogo de Platón, en que se explica la adversa situación de las almas durante su paso por este mundo, ello porque «se encuentran encerradas en el cuerpo, como en una prisión», entre otras metáforas que tienen sus razones ética y epistemológica, el cuerpo se convierte en la tumba del alma y la mantiene enterrada mientras este vive (Casadesús, 2016). Es una oposición de *sôma* y *sarx*, de un alma que preexiste al cuerpo (Le Breton, 2011).

Sin embargo, no en todas las sociedades la carne que compone al hombre provoca escisión entre el cuerpo y la persona, por ejemplo, para los judíos *bâsâr* es carne y alma, a la vez, sin oposición entre materia y forma, a diferencia del pensamiento platónico. En otro extremo, en el Pacífico del Sur, los kanaks no separan el cuerpo de la persona, que existe como otro elemento del reino vegetal, que enraíza en la tierra (Le Breton, 2011).

El cuerpo humano toma fronteras rigurosas dentro de las estructuras sociales en que el individualismo es norma; a diferencia del cuerpo que no puede aislarse de otros, en las sociedades que viven en comunidad, sin subordinaciones (Le Breton, 2011).

Pero, además, ontológicamente, sobre lo preexistente al cuerpo, cabe el cuestionamiento sobre los significados de *construir* el cuerpo, ya que ello podría referirse a un proceso interno o externo, colocar al cuerpo como sujeto u objeto. El problema de si hay una materialidad del cuerpo separable de lo ideacional o sus significados ocupó a Foucault, quien además se preguntó cuáles pueden ser los mecanismos a través de los cuales ocurra esa construcción desde los nexos culturales, con el discurso o los regímenes del poder, e incluso la adopción de un papel de resistencia a la cultura. Sus nociones sobre la genealogía del cuerpo parten de las de Nietzsche, filósofo que lo concibe como una superficie que emerge de entre las fuerzas subterráneas que lo constituyen, reprimidas y transmutadas por el empuje de la cultura. Como todo proceso de conformación por la historia, hay una idea de inscripción que implica un poder externo al cuerpo, una *serie de fuerzas multidireccionales*. Como sea, esto sostiene la idea de que, en esencia, hay un cuerpo ajeno a esas inscripciones; entonces, lo cual vuelve lógico hablar también de una *destrucción* del cuerpo, y Foucault recuerda la descripción de civilización de Freud, como una estructura que ejerce su poder mediante represión y sublimación de las pulsiones, así que lo que resta es la emergencia histórica de la inscripción o *Entstehung*. Todavía más allá, el cuerpo no es una página en blanco, llega a sangrar y sufrir bajo la presión del instrumento de escritura, del lenguaje, no es estable y, desde el pensamiento de Judith Butler (1989) no puede servir como único elemento identitario a través de las culturas ni a través de la historia.

Las normas no necesariamente se internalizan, pueden incorporarse, dar forma exterior al cuerpo, un terreno político en que se manifiestan las relaciones de poder, un cuerpo que debe admitir el entrenamiento, la imposición de tareas, ceremonias, marcas, suplicios, del que todavía se espera que emita señales (Foucault, 2009 [1975], p. 35; Butler 1989). Foucault admite la existencia del alma, que posee una realidad sin sustancia; no es natural, sino que nace de procedimientos de vigilancia, de coacción, de castigo, es el espacio incorpóreo donde se articulan los efectos de determinado tipo de poder, llámese conciencia, subjetividad o por otro nombre. El poder ejerce un dominio sobre el cuerpo y un alma habita el cuerpo, «el alma, efecto

e instrumento de una anatomía política; el alma, prisión del cuerpo» (Foucault, 2009 [1975], p. 39). El alma es un espacio producido durante la significación del cuerpo como una jaula vital, sagrada (Butler 1989).

Lo insospechado se ha convertido la matriz que nutre las nuevas concepciones del cuerpo, en la última década. Natalie Delprat (2020) indica que el desarrollo de las tecnologías digitales y de los ambientes virtuales han cambiado nuestra relación con el mundo sensible. Un proyecto suyo ha conducido al logro de experiencias de los híbridos entre cuerpo-imagen, mediante la interacción que establece una persona con un dispositivo de simulación. En ese intercambio, el sujeto es simultáneamente interfaz y objeto de la experiencia, por y en la imagen que modifica mediante su presencia y sus movimientos.

En cuanto a los avances en la creación de avatares, es decir, representaciones virtuales del cuerpo, Delprat (2017), gracias a sus estudios de los vínculos entre la materia virtual y la conciencia corporal e imaginaria, refina las tecnologías para lograr la transformación virtual de la densidad corporal en una materia nube, que debe experimentarse como tal. El objetivo es el borramiento virtual de las fronteras corporales y del sentimiento de sí mismo, al entregarse a la experiencia de un avatar-nube, del tipo *cumulus*, *cirrus* o *stratus*. Sin duda, las representaciones del cuerpo también se verán profundamente modificadas en el marco de este decenio.

4.2. Concepciones del cuerpo desde diferentes enfoques

El cuerpo se piensa desde diferentes disciplinas, por ello las concepciones son muy diversas y tiene sentidos físico, emocional, social, cultural. Abarca una totalidad de tiempo que entrelaza los horizontes cercanos del pasado y el futuro, es el encuentro de la existencia y la experiencia, vinculadas con el mundo. El cuerpo es medio de encarnación en el mundo, y en él se revela el mundo; puede abrirse y cerrarse a este y, en tanto fenómeno de sensaciones, se siente y siente el mundo; es medio de expresión motriz a través del gesto, del habla. De estas reflexiones, nacen cuestionamientos como ¿si puede el cuerpo recuperar el mundo desde su percepción de la experiencia vivida?, ¿cómo se vive el cuerpo?, ¿las cosas viven en él? ¿Cómo se siente el cuerpo, se siente sentir? ¿Se reconoce encarnado para ser en el mundo? ¿Qué sentido tiene de ser en el mundo? (Ferrada, 2019).

El cuerpo es un espacio de la propia individualidad y uno que se entrama con los otros cuerpos humanos, animales, con lo viviente y con lo inerte; coexiste con las cosas, expresa las significaciones de lo internalizado y es también lo que los demás ven de él (Ferrada, 2019). La comprensión del cuerpo es importante, ya que este es índice de la subjetividad (Menacho, 2008).

4.2.1. Desde la filosofía

Una impronta decisiva en la historia y la filosofía que debe ser retomada para definir un centro teórico conceptual y metodológico de este trabajo es el dualismo cartesiano respecto del cuerpo, porque al identificar al *yo* con la sustancia pensante, el cuerpo pasa a ser un remanente, despojado de rasgos subjetivos y reducido a cuerpo solo físico. El dirigir la atención a la dimensión subjetiva de la corporeidad, necesariamente conduce a reflexionar sobre las nociones de cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto, que se encuentran en las discusiones actuales en torno al cuerpo (Menacho, 2008).

Una reflexión sobre el sentido del cuerpo conlleva a una sobre el **sentido del ser**. Posibilidad, propiedad, verdad. Para Heidegger (1889–1976), *ser* es poseer un sentido, que se muestra de forma directa: es un fenómeno. El proceso del ser coincide con lo que lo hace manifiesto. La existencia del ser lo extrae de la oscuridad y lo caracteriza como hombre, desde su esencia (Corvez, 1965).

De acuerdo con el pensamiento heideggeriano, para alcanzar un horizonte de comprensión del ser, en modo general, hay que analizar el ser del hombre, su modo de ser, de ser allí (*da-sein*): el ser debe pensarse en una íntima relación con la esencia del hombre, en su totalidad, no únicamente con su razón. Esa esencia puede ser estudiada en las manifestaciones con que se despliega en el mundo —el ser y la manera de ser en el mundo (*Seiendheit*)— (Corvez, 1965).

El *Dasein* tiene un componente ontológico, existencial, de comprensión (*verstehen*) y dos caracteres existenciales que derivan del análisis de la constitución primordial del hombre: la disposición afectiva (de orden ontológico) y el logos, que concierne al ser y hacen posible la inteligibilidad, al igual que el lenguaje (Corvez, 1965). El tejido de relaciones se vuelve más apretado y, si la esencia está entretejida con la experiencia, ¿cuál es la vía para lograr la experiencia? El cuerpo.

La filosofía contemporánea también examina activamente ese cuerpo, gracias al cual la persona hace suyo el mundo, donde las experiencias perceptivas adquieren significados y valores, donde se interiorizan y reproducen los rasgos distintivos de cada sociedad humana (Marzano, 2009).

Michela Marzano (2009) recupera distintas oposiciones de carácter binario de que ha sido objeto el cuerpo: alma-cuerpo, cuerpo masculino-cuerpo femenino, cuerpo sano-cuerpo enfermo, cuerpo joven-cuerpo envejecido, oposiciones que alimentan un monismo reduccionista y conducen al establecimiento de jerarquías, de marginalizaciones (Marzano, 2009). Con todo, afirma que todavía es posible establecer una dialéctica entre el ser y el tener, por ejemplo, desde una perspectiva merleau-pontiana.

¿Cómo ser un individuo rico en memorias sin tener un cuerpo marcado por las evidencias, que *no es liso*?, se pregunta Marzano y, sin encontrar soluciones, detecta nuevos problemas en relación con el cuerpo: la emergencia de una nueva forma de dualismo, la mezcla de hombre y máquina, el ciborg, en quien la propuesta para salir del dualismo es mantenerse en la ambigüedad pero, además, se suman quimeras, híbridos, sin límites precisos (Marzano, 2009).

Marzano (2009) devela un reciente aplanamiento del género, en relación con el sexo, en que las diferencias del cuerpo comienzan a negarse, como si existiera una forma de ambigüedad sexual dada por lo genético, mientras que la lucha por la igualdad comienza a darse desde la ambivalencia.

Las perspectivas posmodernas aplican una vuelta de tuerca: encuentran que ahora el cuerpo, condenado al confinamiento físico —donde necesariamente se existe—, se convierte en un inconveniente que nos separa de los demás en los límites físicos, pero se expande para percibir el mundo a través de las imágenes que iluminan una pantalla en que toman concreción las redes socio digitales. La reciente pandemia ha ejercido presión para elegir los metaversos como versiones seguras, saludables, en que el cuerpo es sustituido por un avatar diseñado a nuestra satisfacción, y las interacciones sociales dependen del soporte lógico preferido. Un ser y un tener a la carta. ¿Alguna forma de engaño para la percepción?

4.2.2. Desde la antropología

Las disposiciones antropológicas se adicionan continuamente en el niño que crece, las diferentes dimensiones de su cuerpo se inscriben en forma cada vez más densa en un marco de significado del grupo al que pertenece, así como de cuanto le rodea. El cuerpo existe y aprende modalidades corporales de la relación del individuo con el mundo, a través de procesos de identificación, por efecto de la educación, de modo que «el orden social se infiltra» para determinar las expresiones, los gestos, los sentimientos y los aleja de ser naturales (Le Breton, 2018, p. 12).

La antropología del cuerpo toma consistencia a partir de los años setenta cuando, por el reconocimiento de las dimensiones históricas y culturales que construyen los cuerpos, pasa de ser un objeto natural de interés biológico preponderante a una construcción sociocultural, en que la *corporalidad* le es un elemento constitutivo. Desde el estructuralismo y el simbolismo, la forma dada al cuerpo depende de la acción de un conjunto de sistemas simbólicos socialmente compartidos, que lo atraviesan por significaciones con que se organiza la base de su existencia individual y colectiva. Este es el análisis de los usos representacionales del cuerpo como símbolo natural (del Mármol & Sáenz, 2011) o fuente de símbolos (Csordas, 2021).

Otros tipos de análisis se enfocan en el control de los cuerpos y en el abordaje fenomenológico en que el cuerpo, antes de ser objeto de estudio, es punto de partida metodológico, cuya corporalidad le da presencia en la vida social (Csordas, 1993; del Mármol & Sáenz, 2011).

Es necesario hacer una distinción fundamental: en tanto que la antropología del cuerpo entiende a este como un objeto, social o cultural, el *embodiment*, que puede traducirse como *corporización*, entiende al cuerpo como sujeto, precisamente como **sujeto de la experiencia**, así que siempre le refiere uno como *mi cuerpo, tu cuerpo, nuestros cuerpos*; nunca como *el cuerpo*. Nuestros cuerpos son **fuentes del movimiento**, entidades de la **existencia**, base del *self* o *yo*, así como de la cultura (Csordas, 2021). Nuestros cuerpos viven y esta manera de concebirnos es la que capta mayormente nuestro interés para dirigir la indagatoria y la observación participante en la vida cotidiana de las personas con diabetes y sus familiares cercanos.

4.2.3. Desde la sociología

Si repensamos el objeto de estudio de la sociología, ¿qué fenómeno es más observable en el ser humano que su cuerpo? ¿Cómo podría materializarse el ser humano sin uno? ¿Cuál sería la articulación del hombre con el mundo, sin un cuerpo?

El cuerpo yace en el interior de la investigación sociológica: no es una obviedad y, sin embargo, hay todavía silencios para él dentro de las ciencias sociales. Es el sitio para la existencia y experiencia humana, donde nacen y desde donde se propagan los significados de esa existencia individual y colectiva. Es el eje donde lugar y tiempo confluyen para permitir la relación con el mundo, eje en que materializa la singularidad de la persona (Le Breton, 2018).

Históricamente, desde finales del siglo XIX empiezan a conformarse senderos teóricos para la sociología y el estudio del cuerpo, a los que aportan de forma importante los estudios sobre sensorialidad de Georg Simmel. Con respecto a esos senderos, Le Breton distingue tres abordajes actuales: primero, una sociología *implícita* del cuerpo, que se enfoca en la condición del actor y diluye el análisis del cuerpo, aunque no lo omite; en segundo lugar, una sociología *discontinua* que emplea elementos de análisis para el cuerpo, sin que por ello prevalezca un enfoque unificador y, finalmente, una sociología propiamente *del cuerpo*, que se halla centrada en el estudio de este y su relación con diferentes expectativas sociales y culturales (Le Breton, 2018).

La sociología implícita, con exponentes como Jean-Michel Berthelot, reconoce las incidencias —producto de una interacción de lo social con lo biológico— que tienen las condiciones laborales sobre el cuerpo. Las investigaciones de Villermé, Marx y Engels exponen las dificultades de la vida de las clases trabajadoras y la necesidad de transformar el funcionamiento social. La corporalidad es efecto de la condición social. Más aún, existen otras orientaciones en que, de modo inverso, la condición social es producto del cuerpo, como cuando el imaginario de una supremacía biológica, que supone un alcance moral, naturaliza las desigualdades que someten al hombre (Le Breton, 2018).

Para un amplio sector de los sociólogos, de quien destacaremos a Durkheim, el cuerpo tiene el rol de ser un factor de individuación y es más bien un objeto de estudio de la medicina o la biología. El psicoanálisis fragmenta el pensamiento organicista, cuando los trabajos de Freud convierten al cuerpo en una estructura

simbólica, moldeable por las relaciones sociales y la historia de la persona (Le Breton, 2018).

Desde la visión de la sociología discontinua, el hombre produce las cualidades de su cuerpo, a través de sus interacciones con los demás. De esta corporalidad construida socialmente son los trabajos de Simmel sobre sensorialidad y reacciones mediadas por los sentidos, del intercambio de las miradas; de Robert Hertz, destacado por su refutación de lo meramente anatómico y fisiológico (La preeminencia de la mano derecha, 1909) y del **reconocimiento de su subordinación al simbolismo social**. Otras contribuciones importantes se encuentran en trabajos de Marcel Mauss —destaca *Técnicas del cuerpo*—, George Herbert Mead —lenguaje corporal, ritos de interacción—, David Efron —transmisión social de sentido a través de los movimientos corporales—, Norbert Elias —genealogía de las disposiciones exteriores del cuerpo—, de la Escuela de Chicago y los etnólogos que examinan los usos del cuerpo en otras sociedades (Le Breton, 2018).

Maller (2015) recupera el concepto de *habitus* de Bourdieu como un sistema de *disposiciones*, con maneras permanentes de *ser*, pensar y actuar; también un sistema de esquemas de concepción, percepción y acción de larga duración. El *habitus* contiene incontables prácticas en que puede admitirse la circularidad de estructura y agencia. Para Bourdieu, las *funciones prácticas* que ocurren con un carácter habitual dentro de la vida cotidiana tienen su eje en el cuerpo; por lo tanto el *know-how* es corporal, está *encarnado* (*embodiment*). Las prácticas ocurren en el marco de un tiempo y espacio, su organización no es totalmente consciente, pero sí adquieren una lógica interna que deriva de la experiencia pasada de la realidad del individuo. Los cuerpos, las experiencias y el performance habitual son centrales para la creación de orden social y, por supuesto, ante esto no faltan las críticas por determinismo excesivo.

En su libro *La sociología del cuerpo* (2018), el antropólogo y sociólogo francés David Le Breton identifica el surgimiento de un nuevo imaginario del cuerpo hacia la conclusión de los años sesenta en que, de manera inexorable, se convierte al cuerpo en un combatiente dirigido contra un sistema de valores mayormente represor. El discurso de liberación del cuerpo promueve su transformación en un objeto que se posee, pero se halla disociado y opuesto al propio hombre, es un *Alter ego*. En sociedades cada vez más individualistas, este imaginario dualista ha venido a

acrecentar las crisis de sentido y a intensificar la búsqueda de nuevas formas de legitimidad (Le Breton, 2018).

Pero ¿de qué cuerpo hablaremos y cuáles son los procedimientos epistemológicos a este objeto de estudio? Partiremos de aportes teóricos fundamentales desarrollados por la sociología del cuerpo, algunos desde la perspectiva de Le Breton, pues en su obra contempla la percepción y significados del cuerpo como construcciones culturales, los sentimientos compartidos socialmente, las ambivalencias del riesgo, la noción de enfermar y otros aspectos de una cultura afectiva (Fernández, 2010), que podemos incorporar en nuestro marco fenomenológico de estudio.

4.3. Modelado social y cultural del cuerpo

Una nota precautoria es necesaria: el cuerpo que es susceptible de ser modelado social y culturalmente se vincula con la idea de cuerpo objeto, que hemos ya tratado. De manera adicional, esta distinción solo es cierta para las últimas décadas. En la lectura y reflexión de los autores que se recuperan en esta sección, relativamente contemporáneos, encontramos la idea de vectores que lo empujan y conforman. Esto, sin embargo, es detectable desde las contribuciones de Georg Simmel, primer alemán en impartir cursos universitarios de sociología, de quien se han hecho reformulaciones de su pensamiento, desde la antropología y la sociología. Observa y analiza lo que sucede con el cuerpo, sus sentimientos, sus interacciones con los otros: creemos que su mirada es una que sirve al abordaje fenomenológico, con detalles que solo pueden brotar al recurrir al orden etnográfico. Mucho de lo que él escribe a principios del siglo pasado contribuye para que importantes nociones teóricas vean la luz, más tarde. Por ejemplo, su teoría sobre la confianza como fuerza socializadora influye el nacimiento del *capital social* (Ovares, 2018).

Simmel es autor del libro *Cuestiones fundamentales de sociología* (1917) —la *kleine Soziologie*—, en que se encontramos elementos útiles para dar forma a la indagatoria y a categorías que puedan emerger, al momento de efectuar el análisis. Allí, se recupera la idea de un realismo que depende de la perspectiva —en que no todo puede ser material—, incluso para lo tangible; la importancia de la percepción, la concepción de sociedad reservada para las interacciones duraderas. Este sociólogo describe que la socialización no funciona como un continuo, sino que suceden

conexiones y desconexiones entre los individuos, lo cual provoca determinación por **influencia recíproca**, con un efecto sobre la **experiencia**. El entorno de individuos vinculados, o sociedad, se convierte en un ente funcional que es producto de estos. El ser humano ha de ser siempre entendido como ser social (Simmel, 1917).

Otra idea simmeliana fundamental es que todo lo que el individuo hace acontece **dentro del condicionamiento** y dinámica de la vida social, y puede buscar comprenderse desde su creador, su personalidad, evolución, tendencias, etc. Lo que ocurre son construcciones y descomposiciones. De hecho, los grupos pueden ser vistos como unidades, a partir de aquello que les es común, en tanto sociedades, como si el grupo fuera un sujeto con vida y personalidad propia, pero Simmel establece un contraste entre el individuo y la sociedad. Mientras que la persona es más libre y propensa a contradicciones, impulsos egoístas y altruistas, además de variable en el apego a normas, de frente al grupo social existe mayor estabilidad, determinación, ausencia de vacilaciones y una tendencia a identificar amigos y enemigos. Sin embargo, las determinaciones del grupo sí son capaces de inducir vacilación en el individuo (Simmel, 1917).

En *Filosofía de la moda* (Simmel, 1905), el sociólogo destaca un dualismo en la vida: todo lo exteriorizado, evidente, y lo que no, bajo la forma de tensiones contenidas, insospechadas, extremos que generan contraposiciones en la acción; por ejemplo, el afán de destacar contra la tendencia a fundirse en la sociedad, una suerte de lucha entre buscar la socialización o entregarse al individualismo, un conflicto de relación individuo-sociedad. Este dualismo se estima como una potencial categoría para el análisis.

De manera adicional, este autor da existencia a un fenómeno que puede juzgarse obvio, por su aplicación en la vida cotidiana, pero si él no lo hubiera conceptualizado y caracterizado, podría no haber llegado a existir. Se trata de un fenómeno determinante en la vida de las personas: la moda, no solo de lo que se viste, se usa, sino también de lo que se le hace al cuerpo, de lo que se siente, de lo que se piensa (Simmel, 1905).

Simmel (1905) expone la imagen de una pirámide para explicar la individualización, que podría ubicarse en la parte superior, en tanto que la masa, más radical, lo que es común a todos, se halla en la base. Hay reflexiones que, probablemente a uno no le parecería que son del orden sociológico y que el autor aborda, como la consideración de los distintos aprecio por lo nuevo y lo antiguo,

diferentes significados para las coincidencias y diferencias —o la ya mencionada individualización—, así como la posibilidad de que se manifiesten efectos recíprocos.

La moda, de acuerdo con Simmel (1905), es la propensión a la imitación de un modelo dado, que proporciona al individuo la seguridad de no hallarse solo en sus actos, que satisface la necesidad de apoyarse en sociedad. Su origen se encuentra en necesidades sociales que provienen de las clases altas en su afán por diferenciarse de las inferiores. Su extinción depende del momento en que las segundas, desfavorecidas, comienzan a apropiársela. Bajo esta forma de imitación pueden estudiarse los contenidos y significación a través del tiempo, por lo que aquí existe otra posible categoría de análisis para esta investigación. ¿Cómo es la reacción, mediada socialmente y a través del tiempo, ante el diagnóstico de una enfermedad crónica? ¿Significa algo diferente ser enfermo en 2021, que en 1990? La idea de moda detona muchas preguntas, a la vez que imprime no solo el reconocimiento de una necesidad —callado deseo— sino tal vez la voluntad de borrarse, de aminorar la responsabilidad o las culpas al fluir con el colectivo.

La moda, en otras expresiones del autor, da uniformidad y permite reafirmar la inclusión en un grupo y de excluir a los otros, suele ser arbitraria, insustancial y frívola, hasta rayar en lo no estético o perjudicial. Es todavía más valorada cuando se plantea exótica, si es de origen extranjero —aunque sea hecha en China, pero de diseñador francés—. Luego de un lapso, en que cesa lo novedoso del estímulo y se embota la sensibilidad, provoca un ansia de cambio (Simmel, 1905).

En *Filosofía de la moda* (Simmel, 1905) presenta un modelo conceptual que ayuda a teorizar las estructuras de la vida dual, en que se alojan los impulsos, los sentimientos, que permiten imaginar una lucha continua entre fuerzas oponentes, variables en cada relación con los grupos con que interactuamos, con las personas que tratamos, incluido el amante. En esa oposición es fácil visualizar la fluctuación de la tensión, reconocer el surgimiento del conflicto, reconocernos en sus exposiciones y ejemplos, como seres sociales, en cada uno de esos lugares conceptuales, al recordar las propias experiencias, al desear poner a prueba su utilidad práctica. Seguramente, el lector ha pensado en sociólogos que nacieron unos setenta años después, como Pierre Bourdieu.

En ese escrito del sociólogo alemán, además, las afirmaciones sobre las necesidades de imitar, así como la evolución del fenómeno, el avance de un proceso en que se tejen las necesidades de unos con otros, cómo se gana seguridad, cómo se

pertenece y se excluye (Simmel, 1905). En Simmel hay una enorme congruencia y una exposición que atisba en los secretos de todos y cada uno. Es imposible no sentirse interesado y curioso. Con este autor, parece encontrarse una forma que dar a la realidad, una explicación para lo que sucede en las envidias del ambiente laboral, dentro del grupo de amigos y a sus espaldas, el “fracaso” en la ilusión del amor romántico o por qué un amor o una amistad se diluyeron a la nada: la verdadera **fragilidad de los vínculos**. Los individuos no están solos, no son únicos culpables de nada, en tanto se encuentran modelados socialmente y se debaten en un torbellino de emociones.

Simmel rescata la posibilidad de **conflicto** emergido de esas interacciones, un constante roce donde se reprimen los sentimientos hostiles, hasta que se acumulan e irrumpen. Otros sentimientos de segundo orden e importancia sociológica son, por ejemplo, los celos y en particular la vergüenza, la más social de todas las emociones, en que el sujeto se encuentra bajo la mirada del otro, percibe que puede afectar y ser afectado, incluso en el funcionar del cuerpo, como cuando se ruboriza y esconde la mirada (Simmel, 1917). No puede haber algo más importante que el reconocimiento de la importancia de los **sentimientos**, como hilos invisibles tendidos entre la interacción social y los efectos en el cuerpo.

Las descripciones que Simmel elabora sobre los fenómenos, a partir de las cuales conceptualiza, son las más acuciosas observaciones de lo que los individuos hacen cuando están unos con otros, pero hay también una profunda reflexión sobre sus motivos, su percepción y su experiencia interior, una indagación de las intenciones (Simmel, 1917). Es como una reflexión prolongada, que se va haciendo más aguda y profunda, hasta descubrir los velos y los amaneramientos, lo que pueda haber detrás de ellos. Además de la aplicación de una buena intuición, acerca de lo que no se ve, pero que resulta coherente si se aplica el análisis y un deseo de creer en el potencial de esta visión acerca de los sentimientos y el moldeamiento social, en varias direcciones, del valor de las emociones para imponer un carácter humano, así como dinamismo en las interacciones. Todas estas son conexiones entre lo ontológico, epistemológico y metodológico.

La insistencia en que la sociología de Simmel es fundamental para este trabajo también deriva de dos datos en salud, que figuran en la revisión de las contribuciones cuantitativas. Por un lado, la diabetes es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y el fenómeno aún no es cabalmente comprendido. Si bien pueden existir

bases biológicas dadas por expresión genética y en especial en el funcionamiento hormonal, también tienen cabida factores sicosociales o factores estructurales del sistema social, cuyo análisis es conveniente desde la perspectiva de género (Segura, 2015).

Por otro lado, dicha enfermedad es más frecuente en el ambiente urbano. Sin duda, el estilo de vida citadino es más agresivo en cuanto al consumo de alimentos ultraprocesados, tendencia al sedentarismo, contaminación ambiental y algunos tipos de estrés, pero más allá de comparar grupos de urbanitas y no, para verificar un hecho ya conocido, surge la interrogante del papel que puedan tener la naturaleza de las interacciones, el problema de conservar un cierto grado de autonomía frente a la masa citadina, de tolerar una vida nerviosa. ¿Puede imprimir algo en las facetas de vida de las personas? Simmel escribió *Las grandes urbes y la vida del espíritu*, en 1903 (Dettano, 2013). Esperamos profundizar en estas líneas teóricas, con aportaciones de estudiosos contemporáneos, que no dejan de estar anclados en las de este clásico de la sociología. La indagatoria está puesta sobre las interacciones sociales, así como los diferentes significados y aspectos subjetivos derivados, en lo que se reconoce la existencia de una ontología relacional: *ser es ser con otros, afectar y ser afectado*, justo a la manera en que Simmel teorizó.

Otras contribuciones cardinales para continuar el desarrollo del marco teórico en cuanto a los elementos de análisis provienen de una mexicana estudiosa de la obra de Simmel, Olga Sabido, puente entre el autor berlinés y autores de este siglo. Sabido se ha especializado en líneas de investigación sobre teoría sociológica: abordajes clásicos y contemporáneos con enfoque relacional, revisión contemporánea de la sociología clásica de Georg Simmel, además de estudios sobre el cuerpo, los sentidos y la afectividad desde la sociología.

Sabido (2015 y 2019) estudia los aportes simmelianos, en especial aquellos que transformaron las emociones en objetos de estudio sociológico. Escribe sobre el evocado amor, pero visto como forma cultural, desde la filosofía y, por otro, como forma de socialización. Desde la primera perspectiva, el amor es un constructo sociocultural de contenido, que moldea la experiencia como un principio sintetizador, proporciona sentido a la manera de experimentar el mundo operando como una fuerza constitutiva con cierta dirección. Si bien el amor tuvo un sentido clásico, el moderno dista mucho y se basa en los valores de la individualidad, la reciprocidad, así como en prácticas culturales en que se ejercen y reafirman modelos

de masculinidad y femineidad, de comportamientos corporales, como la coquetería y rituales o juegos del amor. Desde la visión sociológica, el amor está moldeado por condiciones sociales e históricas en que los tipos de enlaces o pareja evolucionan, cuyos contenidos pueden originar acción sobre otros, que ha llegado a constituir un vínculo de carácter íntimo en que se forja un saber interpersonal, con revelaciones y secretos, con fundamento en la confianza y en valores del tipo de la fidelidad: esta es la concepción de la relación moderna entre amantes.

Además de la recuperación, elaboración y enriquecimiento del pensar de Simmel, Sabido explora trabajos acerca de los sentimientos de otros estudiosos de las ciencias sociales. Sus escritos se convierten en punto de encuentro para los estudios que abordan la subjetividad y el poder de las interacciones sociales para afectar y ser afectado en las emociones, los sentimientos, en el cuerpo; en fin, en la experiencia y la construcción social de la realidad del mundo.

4.3.1. Control biopolítico

Simmel había ya destacado un dualismo en la vida de los individuos: todo lo exteriorizado, evidente, y lo que no, bajo la forma de tensiones contenidas. Una dinámica de fuerzas opuestas (Simmel, 1905). Consideramos este un antecedente con que conecta la microfísica del poder.

En las relecturas de Foucault, de *Vigilar y castigar*, Butler (2002) desea profundizar en cómo los sistemas de castigo se sitúan en una particular economía política del cuerpo, cómo el poder modela el cuerpo. Solo uno que es vulnerable puede ser forzado a la acción, con una fuerza que se imprime de modo previo, pero puede persistir después, incluso con objetivos diferentes a los iniciales. Se trata de una fuerza *útil*, solo si el cuerpo es productivo y está sometido, y constituye una tecnología política del cuerpo, que opera como una *microfísica*, desplegada bajo la forma de una **estrategia**, dentro de una red de relaciones dinámicas y en tensión constante (Butler, 2002).

La vulnerabilidad se relaciona con el estatus del sujeto y este empieza a desaparecer conforme avanza la estrategia de poder. Mientras el poder se transmite y le ejerce presión, el sujeto lucha, resiste, con lo que mantiene su capacidad de agencia (Butler, 2002).

4.3.2. Técnicas del cuerpo

Nuestros movimientos difícilmente son naturales. Mirar, caminar, comer, dormir, la actitud corporal que adoptamos a cada momento, la manera de acercarnos a los otros, las distancias que establecemos con ellos, el modo de saludar o reír; cada actitud o postura es parte de una serie de dinámicas gestuales aprendidas, codificadas con el objetivo de lograr **eficacia práctica o simbólica** (Le Breton, 2018). Los logros del entrenamiento deportivo, el *savoir faire* del campesino, artesano, carpintero, cualquier otro movimiento especializado de un oficio o la actividad más sencilla. Formas, actitudes, posturas, «de una sociedad a otra, los hombres saben cómo utilizar su cuerpo» (Mauss, 1934, p. 385). Para cada disposición del cuerpo, cada sociedad tiene sus propios hábitos, surgidos de un proceso histórico. Las capacidades son adquiridas al mirar a los otros, al mirar una revista o una película: cómo correr, cómo sentarse, cómo mirar enamorado o con desprecio (Mauss, 1934; Sabido, 2010).

Mauss (1934) define una técnica es una acción efectiva y tradicional, que son sentidas como de un orden mecánico. Puede o no existir un instrumento de por medio; en todo caso, el cuerpo en sí mismo es el instrumento primigenio del hombre. El sexo y la edad marcan una variabilidad en las técnicas aprendidas.

Durante la enseñanza de las técnicas del cuerpo, el gesto y la palabra juegan los papeles principales y se acompañan de una lógica, de la explicación o el ejemplo por parte del instructor, quien funciona como espacio de la experiencia, una ética de la presencia. Se trata de un trabajo sobre sí mismo y de la relación con el mundo (Le Breton & Galak, 2010).

La clasificación propuesta por Mauss (1934) se divide en las técnicas de índole sexual, de reproducción, las propias de cada edad, según la eficacia o entrenamiento y aquí pueden enumerarse las muy elaboradas, del tipo las de obstetricia y parto, de amamantamiento, las de una profesión, las de sueño y vigilia a diferentes edades, la sujeción de los objetos, los movimientos de fuerza, las técnicas corporales de cuidados corporales, las de consumo de alimentos.

4.4. Un cuerpo que siente el mundo

Thomas Csordas (2021) enumera y explica las diferentes perspectivas para estudiar el cuerpo desde la antropología. La antropología del cuerpo, que lo concibe como objeto social y cultural, cargado de simbolismos; segundo, la que apoya el estudio de la comunicación no verbal. Tercero, la antropología de los sentidos, cuya concepción del cuerpo es la de un filtro, que da forma a la realidad, y su aparato sensorial se integra bajo la influencia cultural, en que cada sentido es una modalidad de percepción también culturalmente modulada. En cuarto lugar, resalta el paradigma del *embodiment*, que toma concreción en los años noventa, entiende al cuerpo como sujeto de experiencia y lo estudia desde la fenomenología cultural. Este antropólogo considera que los cuatro enfoques son complementarios, pues conducen a diferentes aspectos del ser humano.

Es necesario aclarar que el término *embodiment* presenta dificultades en su traducción al español. Se ha usado encarnación, corporización, corporalización, pero estas palabras pierden los matices que caracterizan a la noción en inglés e incluso introducen o no un sentido religioso; por tal motivo, la palabra original es usada comúnmente.

El *embodiment* es una orientación metodológica para el estudio de la **cultura** y del **yo**, desde los procesos de la corporización, propone una nueva conceptualización del cuerpo y un colapso de las dualidades objeto-sujeto, percepción-práctica, cuerpo-mente, que se convierten en facetas indisociables de la experiencia humana, enraizadas en el cuerpo. Significa aproximarse al **ser en el mundo, desde la experiencia** de la corporización (Csordas, 2021). Creemos que es el principal **núcleo** de este marco teórico conceptual, porque integra bien diferentes vertientes de estudio y conceptos complementarios, que armonizan desde la opinión de antropólogos como Csordas (2021) y Le Breton (2018).

A partir de que Maurice Merleau-Ponty consideró a la percepción como una forma de experiencia basada en la *corporización-corporalidad-corporeidad*,⁵ se acepta que la **percepción** puede convertirse en una puerta de acceso para conocer qué atraviesan las personas en el trayecto de sus vidas, qué desafíos deben enfrentar

⁵ Usamos aquí diferentes términos, pues encontramos dificultad en elegir el apropiado, en vista de las diferentes traducciones usadas, cuyas nociones se entremezclan.

(Csordas, 2021) cuando la diabetes se vuelve su compañera, cuál es la experiencia inmediata en que se sumergen.

En forma simplificada, los antecedentes fundamentales para entender a lo que se refiere el *embodiment* parten del hecho de que los valores sociales y culturales en un cierto momento se vuelven naturales al individuo, consecuentemente se han internalizado, son inconscientes. Dichos valores se manifiestan en la forma en que nos movemos, incluso modifican la apariencia del cuerpo. Ahora bien, para poder percibir los estímulos por la vía de los sentidos y conformar una experiencia, es necesario poseer un cuerpo en el espacio, el cual es a la vez cultural y social, como ya comentado, pero que percibe y experimenta el mundo en una manera particular. En este punto, puede ser complementaria una de las nociones de *habitus* de Bourdieu, que lo entiende como un sistema de disposiciones para el ser, el pensar y el actuar, con eje en el cuerpo.

4.4.1. Un cuerpo que adquiere identidad

La aseveración de que el cuerpo adquiere identidad implica que el concepto subyacente es el de construcción de la identidad, algo que no es inmanente, sino que se elabora desde la cultura. Es una alternancia entre similitudes y diferencias con los otros. ¿Quién soy? es el cuestionamiento esencial.

El concepto de **identidad** se adentra en las ciencias sociales desde el psicoanálisis, por el empleo que hiciera Erick Erikson para designar un sentimiento acerca de sí mismo, que marca la experiencia con un sentido de continuidad. Es una reflexión de sí, una conciencia sobre la propia persona (Mercado & Hernández, 2010).

Laura Zaragoza (2010) explora el problema de la identidad y parte de la situación de que existe un pasado común del que se concreta un conocimiento y reconocimiento, del cual se hace una apropiación. El pasado se reconstruye, se reinventa, es esencia que sustenta la existencia de la identidad individual y colectiva. Es la percepción de sí mismo desde una colocación en el espacio social, cómo se define a sí mismo y cómo lo definen los otros, una identidad que se edifica mediante acciones plenas de sentido. Es fundamental resaltar el carácter relacional de la identidad: hay siempre un otro con quien se da una relación intersubjetiva, y es de

acuerdo con el contexto de interacción que se define una identidad individual o colectiva. En esta última, lo propio y lo ajeno, en cuanto a visiones del mundo, valores, prácticas, permite incluir en una identidad colectiva a los individuos que comparten características similares y excluir sobre cierta base a los que se diferencian.

4.4.2. El cuerpo afectivo

Eduardo Bericat (2000, 2012) remarca que las emociones están siempre presentes en la dinámica de los fenómenos sociales, por lo que se ha otorgado una creciente importancia a que la sociología incorpore el análisis de las emociones a sus sujetos de estudio. Así mismo, presenta las dos vertientes principales del análisis sociológico: Analizar las estructuras y factores sociales que condicionan una emoción y analizar las expresiones, las conductas y las consecuencias sociales de una emoción (Bericat, 2012). En el curso de los años ochenta, las emociones se constituyen en objetos específicos de investigación (Le Breton, 2018).

Los estados afectivos han ocupado un sitio en los estudios de antropología social, por ejemplo, en el *sistema de actitudes*, con sus respectivos gestos de familiaridad o distancia, o bien, en el *sentimiento de pertenencia*, y el espectro de confianza y hostilidad que le caracteriza (Surrallés, 2002). Sin embargo, esa presencia ha estado camuflada por la preocupación de cómo pueden estudiarse las emociones de otro.

Actualmente existe controversia entre antropólogos y sociólogos sobre si vale la pena distinguir sentimientos, emociones, afecto, pero no es la tendencia dominante; ello implica el riesgo de fragmentar la experiencia en esferas asociadas con el cuerpo y mente, con posibilidad de caer en dualismos (Davie-Kessler, 1993; Le Breton, 2021). Para los que estiman que deben distinguirse, una clave es que los sentimientos se consideran duraderos y focalizados a un objeto o sujeto (Bericat, 2012). Los primeros estudios serios sobre las emociones, desde el punto de vista sociológico, fueron hechos por Simmel y Mauss (Le Breton, 2018), quienes ya habían reparado en su papel central en la interacción con los otros humanos —así como con lo *no* humano—, estudios que cobraron auge a finales de los años setenta, gracias a las contribuciones de Hochschild (Bjerg, 2019). Las emociones se construyen durante la socialización, contribuyen a la creación de una cierta historia personal, la cual también es influida por el contexto social

y cultural; estas dan un particular sentido a la existencia y, por lo tanto, a la conformación de la subjetividad (Zárate, Ledesma & Yáñez, 2017).

Tomamos un par de conceptos destacados, presentados por Bericat (2012): Para Bateson, los sentimientos no son sustancia, sino «una pauta relacional que vincula al yo con su entorno» (p. 4). Según Gordon (1981) son «pautas socialmente construidas de sensaciones, gestos expresivos y significados culturales organizados en torno a la relación con un objeto social» (p. 2). También Le Breton (2021) enfatiza el carácter relacional de las emociones.

Una emoción también puede ser entendida como la respuesta a la percepción de estímulos, basadas ambas en la propia experiencia. La idea de emoción supone la existencia de una energía interior y de componentes fisiológicos, comportamentales y expresivos facial o postural, como los ya comentados en la sección de comunicación no verbal. Con frecuencia las emociones se clasifican en primarias: alegría, miedo, rabia y pena; mientras que la lista de emociones básicas mixtas o secundarias es ilimitada, por ejemplo, la indiferencia, la nostalgia, el dolor y el éxtasis (Bloch, 2007).

Por su parte, los estímulos se clasifican como de tipo interoceptivo (propiocepción y vestibular) y exteroceptivo (vista, oído, olfato, gusto y tacto), los cuales son procesados mediante la percepción y pueden originar determinadas respuestas (Quiros et al., 2000).

Las perspectivas teóricas que identifica Bericat (2012) son las de las teorías culturales, que señalan los sentimientos bajo condicionamiento; el interaccionismo simbólico, con la importancia conferida a la identidad y el rol del individuo; las teorías rituales, concentradas en la idea de cohesión grupal; las teorías estructurales, donde destaca el efecto del poder y estatus, como en las investigaciones de Kemper, y las teorías del intercambio, particularmente entre recursos y beneficio.

En el caso particular de la diabetes, las emociones relacionadas con el diagnóstico de diabetes son estrés, miedo, tristeza, enojo, *diabetes related-distress*, ansiedad de confrontarse con los no enfermos, posible impacto sobre las relaciones sociales (Pignatiello, 2020).

Al abordar el estudio de emociones vinculadas con tener diabetes, la mayoría de los autores recurren a la teoría del duelo, de Kübler-Ross, que consiste en cinco fases, no necesariamente presentes en forma consecutiva: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación (Holland, 2014). Es importante comprender que, desde esta teoría, la negociación significa que hay una esperanza

de que las cosas cambien poco luego de recibir el diagnóstico; mientras que la aceptación depende de la visión retrospectiva de la vida y una serie de reflexiones sobre ella (Holland, 2014).

Durante las investigaciones en torno al afecto, Csordas explica que lo más básico a atender es el **tono de la voz**, en segundo término, el **ethos o tono emocional** en las situaciones interactivas, desde las diádicas más simples hasta el complejo escenario de los rituales y, en tercer lugar, las impresiones suscitadas en el etnógrafo, gracias a que la etnografía incluye un modo somático de atención (Devie-Kessler, 1993; Csordas, 1993).

4.4.2.1. La emoción más temida en la enfermedad: el dolor

En el lindero de las percepciones y las emociones, se halla el **dolor**, con frecuencia presente en enfermedades crónicas como la diabetes. Las dimensiones histórica y psicológica son relevantes en el estudio del dolor; sin embargo, la visión científica dominante de la medicina es la que ha contribuido mayormente a su construcción cultural.

El dolor debe ser comprendido como algo que no es único y solo debido a fenómenos bioquímicos o la estimulación de terminaciones nerviosas por medio de impulsos eléctricos. La idea de que se restrinja a esto es un mito médico ha menoscabado la importancia de significado de la experiencia. También es un mito que existan los dos dolores, el físico y el mental (Morris, 1996).

El dolor es difícil de definir. A través de la historia ha sido concebido como emoción, por Aristóteles, y sensación, por Descartes, y estas dos ideas siguen presentes en angustia y dolencia; a veces con una ubicación más o menos precisa en el cuerpo, otras, como algo reflejo o difuso. En 1973, la Asociación internacional para el estudio del dolor hizo un trabajo taxonómico y lo definió como una experiencia de tipo sensorial y emocional, de naturaleza desagradable y, de manera menos útil, «ceñida al daño potencial de tejidos» (Morris, 1996). La definición 2016 no dista mucho, ya que se mantiene en la idea de la misma fuente: “El dolor es una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales” (López-Sánchez & Rivera-Largacha, 2018).

Morris (1996) concluye innecesario perfilar con claridad absoluta el término y más importante dar cabida al poder del lenguaje común y la experiencia cotidiana. El dolor es descrito siempre en función de la experiencia, por ejemplo, quemante o penetrante, y además está imbuido en una malla de significados. La participación de la experiencia es particularmente relevante en el caso del dolor crónico, que acompaña al estrés, la enfermedad avanzada y terminal, la práctica prolongada de deportes de alto rendimiento, para constituirse en una experiencia que permea las emociones, los pensamientos, el vivir con aflicción, con discapacidad, con el carácter de problema social y económico, el dolor resistente al uso de fármacos mejorados y cirugías. Montes de Oca (2010), en su revisión histórica de la práctica de los cuidados paliativos, resalta que la enseñanza médica tiene el objetivo de curar, por lo que los enfermos sin esta opción representan menor interés, ante la percepción de que es poco lo que puede hacerse por ellos.

Cicely Saunders, reconocida como la pionera en este tipo de cuidados, valoró la importancia del tratamiento con opiáceos —el cual presenta todavía muchas barreras en nuestro país—, la atención de necesidades adicionales, como la afectividad en el trato con quienes padecen enfermedades crónicas agravadas por el dolor. Acuñó la idea del dolor total, que integra dimensiones física, emocional, psicológica y social. Este concepto, según López-Sánchez y Rivera-Largacha (2018) conecta la experiencia de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*), que «comportan diferentes formas de sufrimiento que deben ser atendidas de manera integral».

Ciertamente, Saunders replanteó una división de la experiencia, pero es valiosa su contribución por el reconocimiento de que la atención del dolor va dirigida a algo más que el aspecto físico, debe ser continuada e incluir la participación de la familia de la persona con enfermedad, así como de un equipo multidisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, sin importar si se trata o no de un enfermo terminal. Este tipo de cuidados comenzaron a prestarse en México en 1972, por la clínica del dolor del Instituto Nacional de la Nutrición; no obstante, se han ido incorporando con lentitud en la atención médica y estimo que todavía se recurre poco frecuentemente a ellos, por el desconocimiento de sus posibilidades para mitigar el sufrimiento (Montes de Oca, 2010). Por ejemplo, en el plan de estudios de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de

México, es en quinto año, en la rotación D, que se estudia algología, cuyo último tema hace una sola una breve mención de los cuidados paliativos.

El dolor está atravesado por el género, la clase social, la religión, los estados psicológicos, las emociones, que modifican dicha experiencia. Mientras que el dolor activa actos de creación cultural, por otro lado, sigue velado por el misterio. Los médicos conocen mucho menos de cuanto sus pacientes puedan suponer y con frecuencia no les pueden ofrecer un adecuado alivio. Esto reafirma que depende de mucha más que bloquear un receptor nervioso. ¿Qué es lo que el dolor significa para una persona? Algo dentro de la mente y dentro de la cultura. Incluso si se le tiene solo por fenómeno cerebral, si es una sensación, entonces es una sensación interpretada y que una mente construye (Morris, 1996).

4.4.3. Los *hypomnemata* como soportes de memoria

Después de 1982, Foucault concibe las técnicas de sí como técnicas intelectuales que predisponen la emergencia de diferentes formas de subjetividad, aquellas que permiten a los individuos efectuar una serie de operaciones con su cuerpo y alma, sus pensamientos, su manera de ser, para alcanzar un estado de bienestar, sabiduría o de lo que se propongan. Pueden ser también físicas, como el recurso al espejo, o relacionales, como con los amigos. Estos constituyen soportes sobre los cuales se funda el proceso identitario, a lo largo de una co-construcción negociada entre los interactantes —desde la perspectiva de Goffman— humanos y no humanos (Coutant, 2011).

Foucault escribe sobre los *hypomnemata*, una forma de *escritura de sí*, y por lo tanto una modalidad de constitución de sí. Estos dan estabilidad a la atención, previenen el cambio de opinión o voluntad y se orientan al futuro. En las redes socio digitales, por ejemplo, Facebook, se encuentran los detalles de lo cotidiano, los hechos sobresalientes de la jornada, los estados de ánimo; además allí se vierten los razonamientos que asaltan el espíritu, las citas, por lo que son modernos *hypomnemata*. No más de papel, constituyen una memoria de las cosas leídas, escuchadas o pensadas, en la misma esencia descrita por Foucault (Coutant, 2011), pero que han abandonado, en forma inquietante, el estado de materialidad.

Las redes socio digitales también permiten integrar en una unidad un número de contenidos dispares, la narración de uno mismo, un cuerpo de identidad, perfiles contruidos en una dimensión interactiva, el trabajo de introspección que opera la letra en el que escribe, el efecto en el destinatario. La cotidianidad y el entretenimiento como objetos, al igual que el cuerpo, con interferencias del alma; los estados que se renuevan para testimoniar las novedades dentro de lo cotidiano y las actividades narcisistas que dan cuenta del anclaje en lo carnal y ordinario de la cultura de sí (Coutant, 2011), una veta todavía fértil para el análisis, particularmente como un medio alterno para explorar las intromisiones de la enfermedad crónica en la constitución de la experiencia. Por otro lado, estas nuevas maneras de estar en el mundo se vinculan con las más recientes concepciones del cuerpo.

4.5. Cuerpo-persona en interacción

Atenderemos a las interacciones que se dan entre los presentes, de persona-persona, persona a grupo. En una entrevista de Jesse Devie-Keesler, Thomas Csordas (1993), dice que comprender la relevancia política del afecto es reconocer que no es solo un aspecto de la subjetividad, sino un rasgo de la intersubjetividad y que, desde allí, hay una distancia muy corta hacia las cuestiones de poder, persuasión y política.

4.5.1. El escenario de la interacción

El **aspecto físico** de la persona es un manifiesto de los procedimientos que se aplican al cuerpo. Primero, la apariencia se determina por las técnicas de cuidado, que abarcan una gama de conductas y relaciones imaginarias con lo limpio y lo sucio, lo favorable y lo desfavorable, las cuales se evidencian en el aseo y tratamientos del cuerpo (Le Breton, 2018).

Por otro lado, resaltan las **inscripciones corporales**, como formas de marcación social y cultural que se valen de la escritura directa sobre la carne del actor. Algunas son temporales, como el maquillaje y tratamientos del cabello, y otros permanentes, como los tatuajes, perforaciones y escarificaciones (Le Breton, 2018).

De manera importante, las **translaciones físicas de la enfermedad** pueden ser recuperadas por la reconstrucción del hábito exterior de la persona, comúnmente

empleada por el modelo biomédico: actitud corporal general, edad cronológica y aparente, estado de despierto, orientación, facies, coloración de tegumentos, integridad corporal y asimetrías que comprometan la funcionalidad física.

El individuo se presenta ante los otros de manera controlada, define lo que puede hacer y no, define la forma en que actúa, establece un **estilo de presentación**. La dialéctica durante la entrevista, interacción cara a cara, prácticas defensivas, protectoras o correctivas son componentes que observar durante la interacción (Goffman, 1981).

El término *gestualidad* se refiere a las implementaciones del cuerpo en los encuentros entre los actores. Puede describirse en las dimensiones espacial y temporal, interactiva, lingüística (Le Breton, 2018).

En cuanto a la *etiqueta corporal*, los elementos por observar son los de la proxémica, el mimetismo, la **espera y reciprocidad** en la interacción y la manifestación de emociones.

El mimetismo se refiere a la adopción de patrones de imitación (Le Breton, 2018). El término proviene de la teoría mimética de René Girard, en la cual postula que un sujeto percibe un deseo consciente por *tener* un objeto cuando, de forma más o menos inconsciente, lo impulsa el deseo de *ser* como otra persona —o mediador— que posee ese objeto. El mediador es una figura que imitar, pero es también percibido como un obstáculo, por lo que puede generar tendencia a la competitividad, conflicto y diferentes expresiones de violencia (Muñoz, 2017).

Al ser entrevistado, Csordas manifiesta sorpresa de que todavía exista un mar entre cognición y afecto, pensamiento y emoción, al tiempo que recuerda una lectura de Merleau-Ponty en que profundiza sobre la percepción, luego se mueve de ella hacia la atención, en un medio intersubjetivo e intercorpóreo de cuestiones religiosas, permeadas por afecto. Desde su opinión, al estudiar el embodiment, metodológicamente hay diez componentes de la corporalidad que integrar: la forma del cuerpo, la experiencia sensorial, el metabolismo o fisiología, el movimiento o motilidad, la orientación, la capacidad, la copresencia, el género, la temporalidad y el afecto (Devie-Kessler, 1993).

4.6. Salud y enfermedad desiguales: las huellas del género

Una motivación para emprender camino en las ciencias sociales proviene con la participación en un trabajo de seguimiento de una cohorte mexicana de base poblacional, constituida por poco más de dos mil de personas con diabetes (González-Villalpando *et al.*, 2014). Las mujeres participantes presentaron mayor incidencia de complicaciones cardiovasculares que los hombres, y dicho efecto se encontró mediado por estrés en la relación de pareja. Dado que las mujeres son más afectadas, en cuanto a frecuencia, por la diabetes, esa experiencia es sugestiva de que las interacciones, a través de las emociones que socialmente les caracterizan y los sentimientos que resultan, modifican la experiencia de enfermedad.

4.6.1. Diferentes en enfermedad y muerte

Desde las perspectivas demográfica y epidemiológica, se observan diferencias significativas a nivel de mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres. Si bien la dimensión biológica ha sido considerada como decisiva, en la actualidad se reconoce la importancia de la determinación social y cultural (Martínez Benlloch, 2003).

Entre los indicadores poblacionales más empleados figura la esperanza de vida al nacimiento. A nivel global, para 2020, se esperaron 75.6 años para las mujeres, respecto de 70.8 en los hombres (Worldometer, 2022). En México, la esperanza de vida al nacimiento en 1990, de acuerdo con el INEGI, fue de 74 años para las mujeres y de 68 para los hombres, mientras que en 2020, fue de 78 y 72 años, respectivamente (INEGI, 2021a); en otras palabras, durante la última década y en promedio, las mujeres mexicanas vivieron seis años más que los varones.

En 2020, la tasa de mortalidad en adultos mexicanos fue de 95 defunciones en mujeres por cada 10 000 habitantes mujeres, en contraste, se registraron 183 defunciones en hombres por cada 10 000 habitantes varones (World Bank, 2022); es decir, la razón de muerte fue de dos hombres por cada mujer. Para ese año, INEGI calculó 86 defunciones, en general, por cada 10 000 habitantes (INEGI, 2021b). En el recorrido histórico del panorama mexicano, el valor más bajo en la tasa de defunciones registradas se presentó en el 2000 (44 por cada 10 000 habitantes), luego de lo cual se ha mantenido es ascenso continuo (INEGI, 2021b).

Al examinar en orden decreciente las principales causas de muerte en los mexicanos, las enfermedades no transmisibles o crónicas (ENT) ocupan las cuatro primeras causas en 2022, tanto para mujeres como para hombres. En conjunto, estas causas básicas se relacionan aproximadamente con las tres cuartas partes del total de defunciones. Los accidentes y agresiones que resultan en homicidio se distribuyen de manera diferencial entre mujeres y hombres. En estos, tienen un mayor impacto que las causas infecciosas, en tanto que en las mujeres sucede lo contrario (INEGI, 2023).

No solo la frecuencia de accidentes fatales en los varones es notable, los homicidios son también una importante causa de muerte, como lo muestra además la tasa de defunciones registradas por homicidio por cada 10 000 habitantes en México, para 2020, la cual resultó 8.6 veces mayor en los hombres que en las mujeres (Figura No. 4). Para ese año y de manera semejante, la tasa de defunciones registradas por suicidio por cada 10 000 habitantes fue 4.8 veces mayor en los varones, respecto de la tasa en mujeres (Figura No. 5) (INEGI, 2021b).

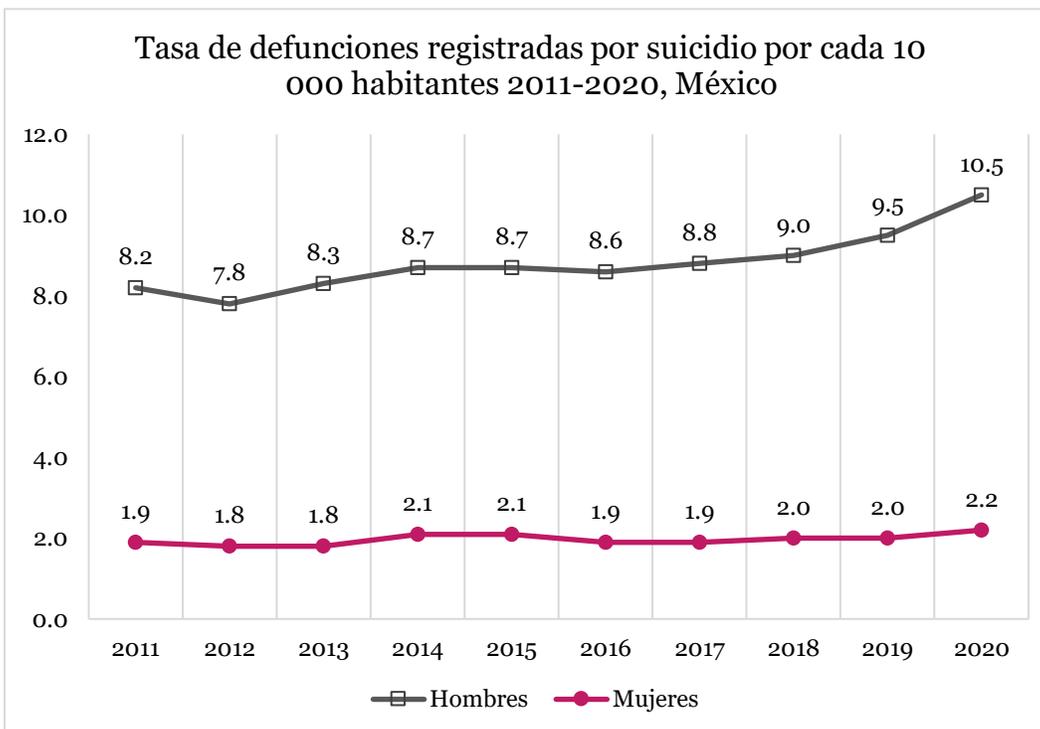
Por lo que se refiere a las defunciones registradas en mujeres, así como de hombres, específicamente por homicidio según sitio de ocurrencia de la lesión, en datos disponibles de 2017, los mayores porcentajes del total de cada sexo ocurrieron en la calle o la carretera, donde sucedió el 60% de estas muertes en los hombres — contra 43% en las mujeres—. En contraste, cuando ese tipo de muertes sucedió en la vivienda particular, comprendió el 28% de los decesos de las mujeres —contra 11% de las defunciones de hombres— (INEGI, 2019). Se observa, entonces, que cuando la muerte derivó de lesiones producidas por terceros, las mujeres tuvieron más del doble de posibilidades de morir en el domicilio, que los hombres.

Figura 4



Fuente: INEGI, 2021b

Figura 5



Fuente: INEGI, 2021b

4.6.2. Atención más pronta... a los hombres

Además de las diferencias en los perfiles de mortalidad y morbilidad, existen otras que operan como verdaderas formas de discriminación entre mujeres y hombres, capaces de impactar en la gravedad de la enfermedad: las que tienen que ver con la atención oportuna. Desde 1991, dos estudios habían encontrado un sesgo en el manejo de la enfermedad cardiovascular isquémica en los Estados Unidos, al cual se le denominó síndrome de Yentl (Healy, 1991). Este consiste en un retraso o una omisión total de tratamiento de la enfermedad cardiovascular en las mujeres, de lo cual se concluyó que «más vale ser hombre que mujer para ser atendido» ante eventos coronarios que precisan cateterización, angioplastia o cirugía coronaria (Healy, 1991).

De forma reciente, Bairey Merz (2011) reevaluó la situación y documentó que las diferencias en el tratamiento persistían veinte años después, a pesar de las comunicaciones sobre la atención desigual según el sexo, en el contexto estadounidense.

En el caso mexicano, destaca la opinión de Irene Tello, directora del observatorio Impunidad Cero, y con fundamento en fuentes secundarias (*Catalyst*, *El Economista*, *Guardian Insurance*, INEGI, *International Labor Organization*, LJA.mx, Nexos, *World Bank*). Del análisis, estima que el ya fragmentado y deficiente sistema de salud ha sufrido mayor deterioro por las recientes políticas de salud, con lo que ha disminuido la calidad y accesibilidad de la atención a la salud, y que se ha adicionado una carga significativa y desproporcionada sobre las mujeres, con acentuación de la desigualdad de género (Kane, 2022). Estos hechos remiten a una cuestión de poder y la necesidad de aclarar qué se entiende aquí por *sexo*, *género* y concepciones relacionadas.

4.6.3. Acercando la lupa: la salud y la enfermedad cruzada por el género

El género cruza con otros sistemas de diferencias que operan de manera jerárquica, como la clase social, la edad, la proveniencia étnica, etcétera (Vélez, 2008). Se han propuesto algunas relaciones inmediatas entre el género y

percepciones o comportamientos. El exceso de mortalidad masculina —que además es prematura y supuestamente evitable— se ha vinculado a condiciones de trabajo, de vida y penurias que además son más manifiestas conforme se desciende en la escala social. También figuran comportamientos específicos, por ejemplo, en situaciones como conducir un vehículo: hacerlo bajo el efecto de bebidas alcohólicas, a exceso de velocidad o sin usar el cinturón de seguridad, en parte por sentir presión de buscar sensaciones extremas, albergar sentimientos de exagerada confianza en sí mismo, dificultad para controlarse, entre otros estereotipos sociales determinados por la cultura patriarcal predominante. Se han propuesto dos modelos identificables de forma común: el individualista que intenta valorizarse y el fatalista negligente (Héritier, 2004), pero como un deseable rasgo o comportamiento válido a seguir por los “hombres verdaderos” del siglo XXI.

En estudios efectuados en Gran Bretaña, se ha encontrado que, aunque las mujeres vivan más años, su salud es menos satisfactoria. Por lo que respecta a la salud mental, las mujeres tienen un exceso de trastornos del estado del ánimo, en especial, depresión y ansiedad (Williams, 2003).

Pison y Meslé (2022) han expuesto contrastes entre mujeres y hombres, también en términos de análisis poblacional. Encuentran a las mujeres más robustas biológicamente que los hombres, pero sugieren que la disparidad se acentúa por diferencias en sus actividades y comportamientos. Los varones toman más riesgos a través de sus vidas y adoptan comportamientos menos saludables, como fumar más y tener un mayor consumo de alcohol que las mujeres; en tanto que ellas son más cuidadosas con su salud y buscan atención para esta con mayor frecuencia (Pison & Meslé, 2022). El abuso de drogas, el suicidio y otros actos violentos también se presentan más entre los hombres (Williams, 2003).

Williams (2003) recupera además los resultados de un trabajo que exploró las propias definiciones de los sujetos, en que se halló asociación entre el rol de género femenino y un pobre estado subjetivo de salud; en contraste con un relativamente buen estado subjetivo de salud para la orientación de género masculina (Williams, 2003).

Así mismo, las percepciones de la propia salud de mujeres y varones son diferentes: ellas tienen un mejor ajuste psicosocial a la enfermedad y le atribuyen más significados positivos que los hombres (Evangelista et al., 2001).

En esa asimetría de los registros etiológicos, hay enfermedades de la mujer, no solo las que trastornan las funciones reproductivas (Egrot, 2004), sino una gama que merece la elaboración de un largo listado y un análisis específico con indagaciones sobre su verdadera existencia; baste mencionar una probable construcción de la industria farmacéutica: el síndrome climatérico.

Siempre en torno a las construcciones de lo reproductivo, Héritier (2004) afirma que se haya vigente un sentido arcaico que estipula la procreación para las mujeres, al tiempo que legitima una marcada búsqueda del placer sexual en los varones, lo cual sustenta en parte por la amplia variedad de anticonceptivos destinados a las mujeres, en contraste con los fármacos diseñados para magnificar el placer sexual en los hombres, como Viagra © o Cialis ©. La misma autora recobra la percepción de que es natural que los varones sucumban ante necesidades y pulsiones biológicas irrefrenables, mientras que para las mujeres pesan más las necesidades afectivas y relacionales (Héritier, 2004).

Egrot (2004) analiza la insistencia en la semiología genitourinaria y categorías de enfermedad femenina, las cuales no pueden explicarse más que desde lógicas sociales, que además convierten a la enfermedad en objeto e instrumento de poder. Clarke y colaboradores (2000) recomiendan desconfiar de los desiguales caracteres de la enfermedad y su distribución en los sexos, así como no olvidar que sus modelos están principalmente producidos por la medicalización y la nueva biomedicalización.

Una de las primeras causas de muerte en México, la diabetes, es considerada por Siddiqui y colaboradores (2013) como la enfermedad crónica con mayores desafíos desde el punto de vista del comportamiento: se tiene que aprender a vivir con ella y a luchar por el control, sin la esperanza de una cura y con la certeza de que las complicaciones se presentarán de manera eventual. En sus estudios, han emergido otras diferencias entre mujeres y hombres: mientras que las primeras exhibieron una mayor adaptabilidad a la enfermedad, los varones procuraron invisibilizarla en lo público. Por lo que respecta al estrés que provoca la diabetes, encontraron que los hombres afrontaban mejor la enfermedad, en cambio las mujeres presentaron comportamientos como evitar quejarse de sus malestares, esfuerzos para no alterar la vida de sus familias e incluso antepusieron las necesidades de otras personas a las suyas. Resultados adicionales reportaron que las mujeres se mostraron más perceptivas y sensibles a su enfermedad, y fue más probable que solicitaran atención médica (Siddiqui et al., 2013).

En la publicación de Torres y colaboradores (2010), que tuvo como objetivos identificar el contenido y la organización de las representaciones sociales sobre el concepto de salud y enfermedad en personas adultas de Guadalajara, México, así como describir diferencias entre los puntos de vista de los varones y mujeres, que sí emergieron y fueron reportadas. En cuanto al concepto de salud, matizado por aspectos físicos, emocionales y espirituales en que la limpieza es clave, las mujeres dieron mayor importancia a las relaciones interpersonales y los varones señalaron decisivo no tener vicios. En el concepto de enfermedad hubo una contraposición biológica y social, además de que las mujeres subrayaron el agotamiento relacionado con el cuidado de los enfermos y los varones enfatizaron el costo económico derivado de la atención.

En el ámbito del estado de México, trabajos como los de Mejía (2007) describen la reticencia de los varones para esforzarse en seguir las recomendaciones de una alimentación saludable, porque consideran que tiene menos sabor, incluyen menos carne, y ello ocasiona un deterioro de la fuerza. Tampoco encontraron masculino hacer ejercicio sin que hubiera competencia y estimaron que podían apoyarse en las mujeres para sus cuidados, porque ellas gozaban de más tiempo libre. Entre otros hallazgos, las mujeres prestaron mayor atención a su salud, incluyendo más asistencias a consultas médicas que los hombres, con inclinación a hacerlo solas o en compañía de otras mujeres; una coincidencia notable con otros estudios es que manifestaron soportar los malestares de modo más callado para no molestar a los demás o dar lata.

Es importante indagar sobre el origen de las diferencias en el comportamiento frente a posibles riesgos, o en la percepción de enfermedad y la necesidad de atención. Al respecto, se han estudiado los entrecruzamientos que se producen entre el sexo, el género y el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-muerte. No basta escuchar lo que enuncian las voces biomédicas, sino también dar paso a la luz sobre las construcciones sociales que promueven desigualdades entre hombres y mujeres, o adentrarse en las representaciones de la enfermedad, desde los discursos de diferentes actores (Egrot, 2004). Antes de atender a esos posibles orígenes, encontramos oportuno hacer unas puntualizaciones sobre los conceptos en torno a género.

4.6.4. *Perspectiva de género, discurso oficial y primeras objeciones*

Vale la pena partir de un posible estándar en las conceptualizaciones: la información que difunde la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su portal sobre género y salud. El organismo internacional define al género como una serie de características socialmente construidas, variables para cada sociedad y tiempo, que se atribuyen a las mujeres, los hombres, las niñas y los niños. Esas atribuciones incluyen normas, roles y comportamientos asociados, así como prescripciones sobre las formas de relacionarse entre ellos (WHO, 2022).

La OMS reconoce en el género, por un lado, un carácter jerárquico generador de desigualdad, que coexiste con atributos sociales y económicos; por otro, un elemento de discriminación que interseca con factores de discriminación adicionales como la edad, la pertenencia étnica o el nivel socioeconómico (WHO, 2022).

El género es distinto del sexo, pero interactúan. En tanto que el sexo se refiere a diferencias biológicas cuyo origen yace en cromosomas, órganos reproductivos y hormonas; la identidad de género se constituye en una persona a partir de su experiencia interna de género, lo cual puede corresponder o no con el sexo designado a su nacimiento. El género influye además en el acceso a la atención de la salud en cuanto a información, servicios y resultados de la atención. La desigualdad de género, con sus barreras y discriminación, despliega riesgos diferenciales entre mujeres y hombres, que se reflejan, como se ha podido constatar, en los indicadores de morbilidad y mortalidad (WHO, 2022).

Encontramos que este discurso se encuentra en un eje central, al leer a otros autores. También advertimos un tono apolítico en las concepciones difundidas por la OMS, que soslaya la existencia de un actor —el patriarcado— así como de un dominio histórico y político de los hombres sobre las mujeres. Es patente, así mismo, un distanciamiento de la realidad que disminuye la eficacia de lo comunicado y afecta el diseño de políticas públicas que coadyuven a disminuir efectivamente estas inequidades. Por lo tanto, se precisa de opiniones más agudas, como aquellas que analizan la operación de la maquinaria que confecciona roles y estereotipos de género.

Para Guzmán y Bolio (2010), la perspectiva de género pretende ser una visión alternativa desde donde es posible explicar los fenómenos en el orden de los géneros

y que facilita los cuestionamientos de los mandatos culturales dentro de las sociedades, con el propósito de alcanzar mayor justicia y equidad. Exponen que esta perspectiva no ha estado exenta de debates, pues se le atribuye un determinismo cultural que obvia el sitio central del cuerpo, además de adicionar riesgos de orden político, por la potencial neutralización de las relaciones desiguales que se dan entre mujeres y hombres.

4.6.5. Raíces de las construcciones

La confección de las supuestas diferencias entre mujeres y hombres es milenaria, por parte de un modelo fuerte y coherente: el patriarcado (Héritier, 2004). A lo largo de ese tiempo las mujeres han sido segregadas del mundo público, confinadas al círculo doméstico, unidas a un matrimonio protector contra la violación recurrente y colocadas en un rol subordinado (Brownmiller, 1975). En el curso de la historia, la mitología, la religión y la literatura han creado y recreado arquetipos de lo femenino que se resumen en atributos específicos, por ejemplo, la mujer, causante de perdición (Eva, Helena de Troya, Malinche), la que se caracteriza por desobediencia (Lilith) o curiosidad (Pandora) (Luna, 2021), rasgos que además normalizan la diada culpa/castigo.

Con el objetivo de demostrar que las características supuestamente femeninas son adquiridas mediante procesos culturales, sociales y políticos, el feminismo anglosajón impulsó la categoría de género en los años setenta. Dichas concepciones posibilitan la decodificación del significado otorgado a la diferencia de sexos y de las interacciones humanas mediadas en diferentes contextos culturales (Vélez, 2008).

El androcentrismo ha podido impactar la construcción de la identidad y la subjetividad femeninas al definir a las mujeres por su relación con los hombres, como esposa de, hija de, etc. Cada sociedad ha elaborado sus propios sistemas sexo-género, o conjunto de arreglos con que la sexualidad biológica se transforma en productos moldeados por la intervención social, entre los que destacan como ya se ha mencionado, los afines a la procreación. Puesto que los varones han detentado el poder de crear el mundo, la mujer es construida desde su punto de vista, no como sujeto sino como objeto (Vélez, 2008), uno que además tiene estigmas.

Según Weber, el poder ofrece una posibilidad de dominación basada en la autoridad. Las vidas se configuran con intervención de estereotipos que provienen de *habitus* seculares impuestos por las instituciones de tipo patriarcal. Las relaciones de poder establecidas, además de obstaculizar la autonomía y la libertad, subvaloran lo femenino ante lo masculino (Vélez, 2008).

Los cuestionamientos sobre los orígenes de la jerarquía observada entre mujeres y hombres, así como la diferenciación funcional entre ellos, provienen de algunos siglos atrás y hallan una de las primeras expresiones escritas en *La Cité des Dames* (1405), de Christine de Pisan. Es posible que se trate de miedo ante la capacidad que tienen las mujeres de dar nacimiento a otros seres o de recelo por esa fertilidad, como sea resulta en una imposibilidad de ver con sencillez que mujeres y varones compartimos la misma humanidad. Algunas de las primeras explicaciones para las distinciones de los espacios asignados, que a continuación se exploran, las propone Engels, a partir de la necesidad que encuentra en los varones de asegurarse hijos propios a quienes dejar sus posesiones, cuando la propiedad privada consolida; hijos que parecen inequívocos si la mujer es recluida en lo doméstico (Montero, 2007).

En esos procesos, que interfieren con los de independencia y autonomía de la individuación, participan mecanismos específicos de control y dominio. Louis Althusser (1988), en análisis motivados primeramente por el pensamiento marxista, plantea una serie de tesis alrededor de lo que denomina los aparatos ideológicos de Estado (AIE). Concibe estos como «realidades que se presentan al observador bajo la forma de instituciones distintas y especializadas» y en cuya enumeración resaltan la familia, los sistemas escolares, los religiosos, los políticos, de información y los culturales. El aparato represivo de Estado es del ámbito público y funciona por medio de la violencia, en contraste, los AIE provienen del dominio privado y funcionan mediante la ideología, con represiones atenuadas, simbólicas, a través de prácticas como la selección, la exclusión, las sanciones o la censura. Todo AIE concurre a la reproducción de las relaciones de producción y dominación —las capitalistas de explotación—, que es la condición final de la producción e instruye a los grupos sobre el rol que deben cumplir, resumidos en rol de explotado y rol de agente de explotación. Durante esa formación social capitalista se enseñan virtudes contrapuestas, por ejemplo, sumisión y altivez. Dichas representaciones ideológicas se alimentan de manera que lucen naturales, como sucede con las posiciones de clase o los contrastes genéricos. Se vive, entonces, en una cierta representación del mundo

elaborada a partir de una relación imaginaria con las condiciones de la propia existencia. Así, Althusser equipara la ideología con una relación imaginaria con las relaciones reales, ello resulta en que el individuo se comporte de una manera determinada, participe en prácticas reguladas, que son propias del aparato ideológico en el cual se inscriben las ideas que él/ella ha elegido con libertad. Las ideas desaparecen bajo esas prácticas y rituales.

4.6.6. *Küche – Kirsche – Kinder*

K-K-K es el universo elaborado para la mujer, con límites precisos: de la cocina a la Iglesia, con los niños de la mano, durante el ascenso y predominio del nazismo, en la Alemania del siglo pasado. Puesto que hay productos que vender, deben formularse estereotipos para vender mejor. En la publicidad hay evidencia de características recurrentemente consideradas femeninas, por ejemplo: Mediante la oferta de productos cosméticos, se comunica a la mujer que debe ser vanidosa, hermosa, joven o, por lo menos, aspirar a serlo y embellecerse, que debe arreglarse y mejorar su presentación, de modo que pueda contribuir al prestigio del hombre que es su pareja. Se diseñan y venden prendas de lencería para que ella vista y sea más sugestiva, para mostrarse estimuladamente seductora y logre ser deseada por los hombres.

Los productos de limpieza son ofrecidos mayormente al interés de la mujer, para que el hombre y la familia encuentren el hogar deslumbrante y aromatizado, y acentúen el esmero en el trabajo doméstico no remunerado, a la vez que señalan a la mujer como la vigilante idónea de la higiene del hogar y cuidadora de la salud de la familia. Los medicamentos de venta libre son otros recursos para brindar la caricia protectora a la familia, sin escatimar en los cuidados incluso cuando ella se siente enferma.

Los sitios turísticos y de recreo anunciados son ocasiones para administrar juiciosamente las ropas, los tiempos y el bloqueador solar, además de refrescar su imagen de compañera complaciente, la perfecta dama de compañía. Entre flashazos de histrionismo y afectación musical se atrapan mensajes para ellas: Sensible, dependiente; débil. Mujer adorno, reproductora, juguete sexual, cuidadora. Las mujeres tienen gustos, los hombres llevan a cabo acciones.

Así, las actividades, las responsabilidades y el porvenir femenino se resumen en el cuidado de la familia, de servicio, de seducción, de operación, pero no de liderazgo, porque a las mujeres se les adjudica una inferioridad natural (Vélez, 2008).

Los ámbitos considerados femeninos son lo familiar, lo doméstico, lo privado, de pocas oportunidades o aventuras, porque las crónicas construyen héroes y, rara vez, heroínas. La familia, los medios de comunicación y la sociedad en general tienden a alejar a las mujeres de ciertos destinos, con solo mostrarlos como antifemeninos; por ejemplo, apartarlas de profesiones en las ciencias exactas o la política. Se las desvía del conocimiento con el aliciente a ser serviciales y mantenerse pendientes de las necesidades de los otros, antes que de ellas mismas. Incluso cuando poseen conocimientos suelen mostrarse inseguras e inhibidas, distantes de alcanzar la autoridad subjetiva del conocimiento y, pues, la historia toma la forma de quien la cuenta. Para afianzar los imaginarios, se prescinde de la visión de las mujeres y se les confiere poca credibilidad (Vélez, 2008), pero ¿cómo ha venido ocurriendo esto hasta el año 2022? Es momento de ir todavía más atrás en el tiempo y la historia personal, que se entrama con la de su grupo social: la identidad de las mujeres y los hombres es construida, desde que el transductor del ultrasonido rebusca en el útero la forma de sus genitales.

El estudio de la experiencia histórica de los sujetos evidencia regularidades acerca de una identidad femenina, particularmente articulada sobre los ejes básicos de ser madre, ser esposa o compañera, y mantenerse como cuidadora, siempre pendiente de los otros (Vélez, 2008). Este aspecto es relevante para el caso de una persona con enfermedad crónica que haya presentado complicaciones que limitan la *funcionalidad*: es probable que alguien en la familia asuma el papel de *cuidadora*.

4.6.7. Identidad y subjetividad en la conformación de género

De acuerdo con Vélez (2008), la identidad es una cualidad que funda al sujeto en una ubicación de un mundo en particular, lo que se relaciona con la autopercepción subjetiva. Dada la mediación del lenguaje, puede ser comprendida como «un relato que nos hacemos de nosotros mismos» (Vélez, 2008, p. 18), que no se construye de forma arbitraria, sino determinada por marcos sociales. La identidad tiene las características de ser imaginaria, compleja, mutable y apoyada sobre una ilusión de

coherencia, de solidez, y se constituye en un elemento central de la subjetividad. La identidad mantiene implícita una lectura y relectura de un presente y un pasado, al igual que de un proyecto futuro.

Cedillo (2011) recalca que la conformación de una identidad no es posible si no existe un juego relacional en que la constitución del *yo* sucede después de que el otro le interpela. Es esa alteridad la que permite su delimitación y comprensión.

Por otro lado, la subjetividad se compone de dimensiones psíquica, intelectual y afectiva; consiste en una concepción particular del sujeto y del mundo: es su historia como sujeto social. La subjetividad se elabora con la participación de objetos externos que se internalizan a través del proceso de socialización, es decir, se conforma por la experiencia y la interacción con los otros y con el mundo: la realidad se conoce gracias a la interpretación de los discursos y del contexto. Identidad y subjetividad poseen un vínculo indisoluble, así como un dinamismo a través del tiempo (Vélez, 2008).

La identidad no es neutral, porque las atribuciones de género la influyen manera temprana. Esta identidad genérica es primaria, se internaliza y define al sujeto en su trayecto de vida, a partir de una distinción entre lo observable a partir de contrastar la anatomía y la fisiología. Tiene un trasfondo principalmente cultural, un condicionamiento para sentir, pensar y comportarse como seres femeninos o masculinos, un condicionamiento aprendido desde la infancia que impone una división en géneros, un dualismo en que se les supone excluyentes, complementarios y contradictorios. El orden de las cosas que se nos presenta como dado no es un orden natural, como explica Bourdieu, sino uno resultante de una construcción mental elaborada desde la hegemonía de lo masculino sobre lo femenino. Algunas de las oposiciones recurrentes son mujer-hombre, femenino-masculino, naturaleza-cultura, ámbito doméstico-ámbito público, emocionalidad- racionalidad; es decir, se constituyen múltiples órdenes simbólicos de referencia (Vélez, 2008).

En palabras del propio Bourdieu (2000), ese orden es un sistema de diferencias en que se inscriben oposiciones con suficiente concordancia para sostenerse mutuamente, para aparecer como naturales y confirmadas por la historia del mundo, que se encarnan en los cuerpos y se incorporan en los hábitos de sus agentes; la conformación de la experiencia en medio de un mundo social sexuado. En el análisis de Vélez (2008), en el cuerpo confluyen identidad, pulsión y cultura, allí se articula lo psíquico con lo social, allí adquiere materia lo inconsciente.

El orden masculino adquiere una apariencia de neutralidad, sin serlo, y es perpetuado por la familia, la Iglesia, el Estado, las instituciones educativas, los medios de comunicación. En esa dominación simbólica, la visión del dominador se impone y ejerce un efecto de destino en la contraparte; la opresión procura una invisibilización, con el propósito de rechazar la existencia legítima y pública de las mujeres (Bourdieu, 2000). Citamos:

«[...] siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento [...], un idioma (o una manera de modularlo), un estilo de vida (o una manera de pensar, de hablar o de comportarse) y, más habitualmente, una característica distintiva, emblema o estigma [...]» (Bourdieu, 2000, p. 5).

Cabe mencionar que la opresión que sufren las mujeres también proviene de otras mujeres, a través de una intersección de edad, clase social, pertenencia étnica (Vélez, 2008), así como de su fidelidad, consciente o inconsciente, al patriarcado (Luna, 2021), lo cual tiene un efecto diferencial en las condiciones de salud entre hombres y mujeres.

En conclusión, a través de este breve proceso indagatorio sobresalen diferencias en los indicadores de salud duros, cuando se analiza por sexo. En el examen de los factores que determinan vivir más o menos años, enfermar o morir por causas específicas, las características biológicas han ido dejando de ser la explicación. Más allá de los genes, los órganos genitales o las hormonas sexuales, juegan un papel decisivo una miríada de estereotipos ancestrales y el peso agotador de los roles de género.

Hay un sistema con dominio histórico, una dominación masculina que ha inscrito condicionamientos basados en la oposición binarista, bajo el disfraz de neutralidad; un dominio que persevera en imprimir líneas de sentimiento, pensamiento y comportamiento, capaces de distanciar o acrecentar la experiencia de enfermedad, a

través de la manipulación de la identidad y la subjetividad. Esa fuerza con hegemonía milenaria, el patriarcado, ha estimulado la expresión agresiva en el hombre, a la vez que inhibido esa expresión en la mujer. Un cambio en lo que significa la feminidad, implicaría uno en la masculinidad, en los terrenos de lo doméstico, lo laboral, lo reproductivo; ante esas posibles transformaciones una primera respuesta ha sido la resistencia con un cierto demérito, una más dramática es el recrudecimiento de la violencia feminicida (Vélez, 2008).

La tarea no es sencilla, comienza desde replantearse la propia identidad, cuestionar el sistema de creencias y valores que nos ha formado. Más allá de continuar elaborando discursos políticamente correctos, se requiere un feminismo que sea un humanismo, una filosofía, un movimiento social profundo que luche por la igualdad en derechos de mujeres y hombres. Cada vez que pensemos, debemos pensar cómo y por qué pensamos eso, y actuar en consecuencia.

CAPÍTULO V. MARCO METODOLÓGICO



5.1. Tipo de investigación

El objeto de estudio de este trabajo es la experiencia vivida de personas con diabetes, en particular lo que la enfermedad les significa, así como la estructura y esencia de esa experiencia, con atención a las elaboraciones desde el saber biomédico hasta las concepciones de otras formas de entendimiento.

La fenomenología hace cuestionamientos acerca de la naturaleza de un *fenómeno*, a partir de una variedad de matices, una gama de circunstancias, desde una forma de filosofía hasta una tradición cualitativa (Patton, 2002); además, posee un carácter de perspectiva analítica de las ciencias sociales.

En atención a las recomendaciones de Michael Q. Patton (2022, p. 104), una manera adecuada de plantear la pregunta guía en este trabajo, desde el orden fenomenológico, es ¿cuáles son los **significados, estructura y esencia de la experiencia vivida del fenómeno que representa la diabetes**, para las personas que participan en la investigación? Esto consiste en explorar cómo las personas dan **sentido a la experiencia y la transforman en conciencia**, sea de manera individual como a través de significados compartidos.

Metodológicamente, dicha tarea requiere una **captura y descripción minuciosas** de cómo las personas **experimentan** el fenómeno que constituye la diabetes: **cómo la perciben y describen, cómo la recuerdan, juzgan y hablan de ella con los demás, qué sentido le dan y cómo la sienten** (Patton, 2002), al igual que del marco contextual en que ello ocurre.

Para recoger dicho tipo de datos, es necesario valerse de métodos y técnicas **cualitativos** los cuales, además, permitan superar un nivel superficial para el análisis (Osorio, 2001). De frente a este propósito, son adecuados la entrevista a

profundidad y el método biográfico, con su recurso de historia de vida. En todos los casos, el cuidado y la minuciosidad en la recolección de pensamientos, creencias, actitudes, prácticas o, en nuestro caso, **las experiencias y las acciones humanas** se maximizan si se emplean estrategias que fortalecen la credibilidad, como lo son la observación del espacio y tiempo, y sus posibilidades de contraste, pues observar contribuye a mejores interpretaciones, sobre todo si el periodo es suficientemente prolongado. De manera complementaria, es posible aproximarse a la coyuntura, como condensación de la estructura en el nivel más superficial o inmediato de la realidad social con niveles profundos del tiempo social, es decir, la incorporación de la dimensión *espesor* en el análisis social (Osorio, 2001).

Ahora bien, existe un cierto ideal del buen investigador cualitativo, aquel guiado por el interés hacia su objeto de estudio, por su paciencia —para ganar la confianza de los que estudia—, saber escuchar y alejarse, identificar los datos relevantes, tener una experiencia de vida útil para aplicar en los procedimientos, incluso haber tenido movilidad, poseer creatividad y claridad, ser meticuloso —con inclinación a verificar y contrastar constantemente la información— (Valles, 2007).

A pesar de procurar involucrarse en el proceso de manera reflexiva y mantenerse atentos a aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, según la teoría de Bourdieu debe recordarse que siempre existe una brecha entre la teoría y la práctica (Baranger, 2018) y es necesario aplicar lo que denomina *vigilancia sociológica*, como una observación continua de los niveles en que debe ejercerse la reflexividad, para limitar los *sesgos*. Hay que proceder con particular cuidado en los efectos —que no pueden borrarse del todo—, de la posición y condición de clase del investigador, así como de los bienes materiales y simbólicos de que dispone (Baranger, 2018; Zacarías, 2009).

5.2. Diseño de estudio

Como producto de las anteriores reflexiones, y en relación con el objetivo general, es correcto epistemológica y metodológicamente que la mirada cualitativa emplee un enfoque fenomenológico. En cuanto a consideraciones de autores revisados, Jochen Dreher (2002) aporta para el sustento de lo señalado: él encuentra central que se expliquen las actividades de la conciencia —*Bewusstseinsleistungen*—, de la

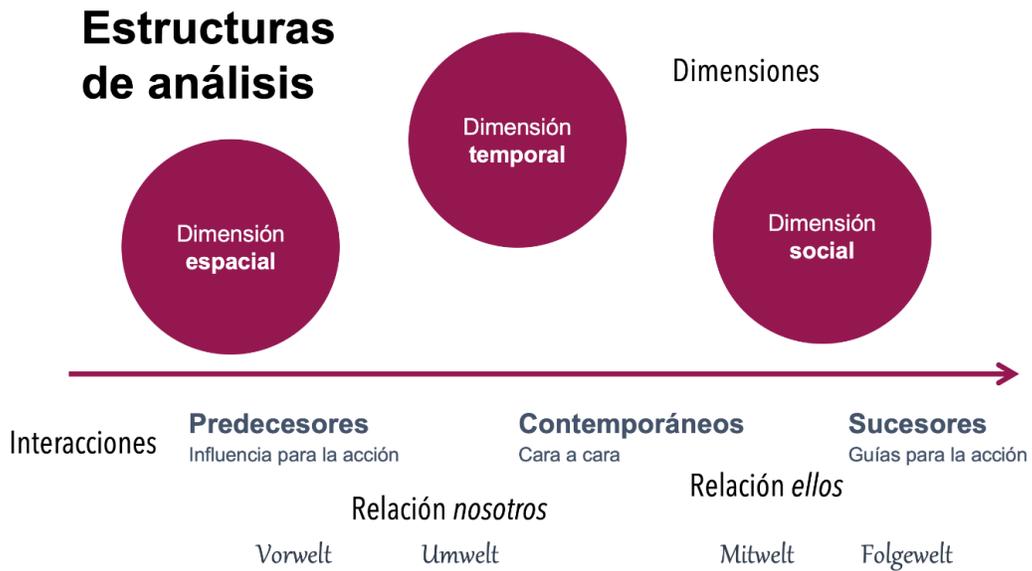
subjetividad trascendental en que se constituye el mundo de la vida cotidiana; bajo una dirección de análisis para obtener el fundamento de la vida cotidiana que parte de la *durée* hacia el mundo de las cosas, los eventos comunes, hasta las relaciones yo-tú; de la conciencia interna de la pura duración hacia el concepto de espacio y tiempo, una ontología de la forma de vida, donde hay que examinar los vínculos entre lo subjetivo y lo objetivo (Dreher, 2012).

Es ese mundo de las cosas en que se construye la *persōna* —del latín máscara o personaje teatral— en su cotidianidad, entre las creencias de sí y los otros, en medio de sus hábitos e interacciones, sus costumbres, en la vida en general y en relación con la diabetes.

Las **estructuras del mundo de la vida cotidiana**, según Alfred Schütz y Thomas Luckmann (2009), con sus dimensiones e interacciones (Figura 6), se convierten en un eje donde se articulan las necesidades de indagación y comprensión de los significados en torno a la experiencia de vivir con una enfermedad crónica, en este caso, la diabetes. La indagación se enfoca en el supuesto teórico de que la realidad es construida a partir de la experiencia (Strauss & Corbin, 2002; Berger & Luckmann, 1968), por lo que existe un puente entre lo empírico y la teoría. La comprensión, vista como un proceso que no intenta colocarse dentro de la experiencia subjetiva del otro, busca comprender la forma de vida que le da significado: para comprender un texto, este debe interpretarse a partir de la historia de vida del autor, con recuperación de los componentes del contexto (Rocha, 1995).

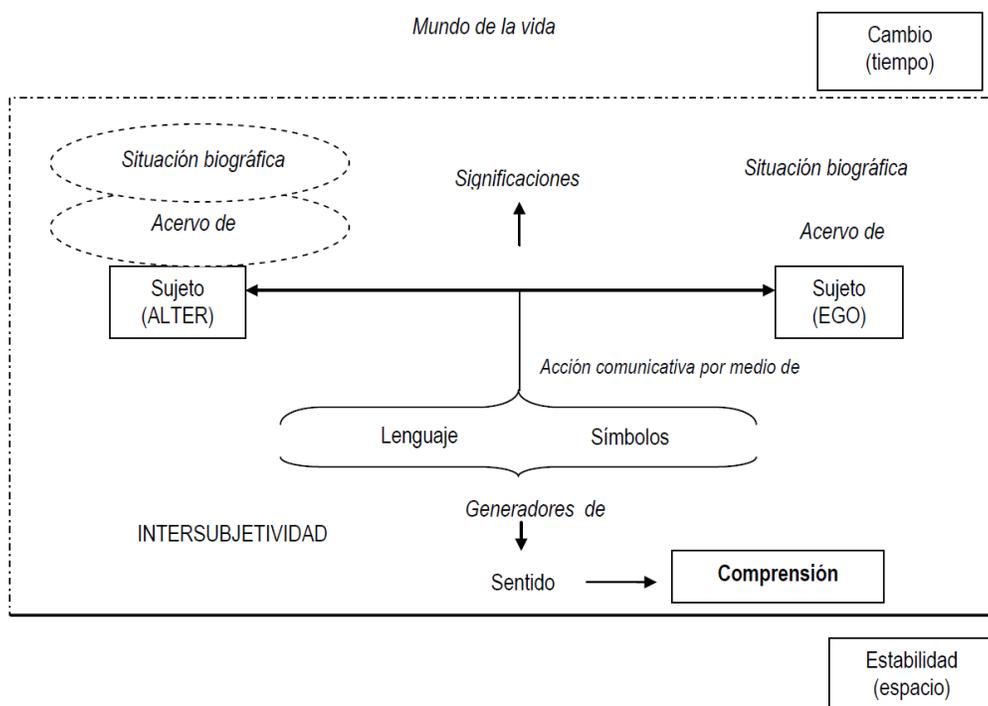
Para hacer más concreta la aproximación metodológica, nos servimos de los conceptos básicos de la fenomenología sociológica en una situación de comunicación que, de acuerdo con la elaboración de Martha Rizo (2010, p. 13), comprenden lo siguiente: los acervos y las situaciones biográficas de un sujeto *ego* y un sujeto *alter*, los cuales entran en comunicación mediante el lenguaje y los símbolos, para poder arribar a las significaciones, conformadas a través del espacio y el tiempo. El lenguaje y los símbolos, a su vez, se convierten en generadores de sentido para lograr la comprensión, en medio de un proceso de intersubjetividad (Figura 7).

Figura 6. Estructuras de análisis del mundo de la vida cotidiana



Modificado de Schütz, A. y Luckmann, T. (2009).

Figura 7. Fenomenología sociológica y comunicación



Tomado de Rizo, M. (2010).

Una vez reconocido el desafío que implica la enfermedad crónica para interpretar el *significado* que este adquiere para las personas afectadas, dado el carácter *no curable* y la alteración de la vida cotidiana de manera sostenida e incluso progresiva (Domínguez, 2017), definimos una *observación guiada por la teoría* (Osorio, 2001) y una combinación de métodos y técnicas complementarias que faciliten establecer un proceso de comunicación como lo señala Rizo (2010).

Así, además del empleo de la entrevista a profundidad y la historia de vida, es posible la incorporación de la historia del contexto y de todo registro no verbal, a partir del método etnográfico, que enriquece el discurso con otros elementos de la comunicación no verbal que escaparían al solo uso de entrevistas, mediante una participación activa de la investigadora con los colaboradores en el marco de su vida cotidiana, por la observación de sus interacciones con las personas cercanas, animales y objetos que abonan a su experiencia, al menos en el ámbito de lo doméstico. Entramados y naturales a este método son la observación participante y la realización de notas de campo, a las que incorporamos registros de audio, fotografía y video en torno al fenómeno de investigación.

La metodología procuró basarse en la identificación de integridad en los datos que emergieron (Strauss y Corbin, 2002) al hacer una indagación sistemática de lo social, por ejemplo, a través del proceso dialógico que pretendimos seguir y que requirió de un proceso de reflexividad. De acuerdo con el diseño del protocolo, se admitió la posibilidad de construir teoría fundamentada, ya que esta consiste en identificar qué es igual y qué es diferente entre los discursos, además de ser adecuada para «[...] comprender el significado o naturaleza de la experiencia de personas con problemas como enfermedad crónica...» (Strauss y Corbin, 2002: 20). Ella parte de los datos que son conceptualizados, reducidos y codificados, luego de lo cual pueden ser informados por medios escritos u orales.

5.2.1. Categorías de estudio

Para proponer las categorías de análisis, nos basamos en los objetivos específicos. A continuación se resumen lo que implica cada uno de ellos y el despliegue de elementos para la indagación que derivamos para el estudio del fenómeno diabetes y los **significados que los colaboradores** de este trabajo **le otorgan**:

- ♥ en su **contexto sociocultural** (objetivo específico 1).
- ♥ en el **marco de su vida cotidiana**, de acuerdo con la *estructura del mundo de la vida cotidiana schütziano*, en un cruce con los señalamientos de la *biomedicina*, es decir, significados de la diabetes en relación con las experiencias y las acciones humanas en términos de ideas asociadas y origen de la diabetes, de las experiencias del *aquí y ahora*, el trayecto de salud-enfermedad-padecimiento antes y al momento del diagnóstico, las expectativas, así como las interacciones sociales con el mundo exterior (*ellos*), incluidas las influencias de la medicina científica, de Estado y de la medicina tradicional, las figuras que prestan los servicios de atención, con énfasis en la relación médico paciente, los tratamientos emprendidos, la alimentación, la actividad física y el ejercicio (objetivo específico 2).
- ♥ en la **corporeidad** o, dicho de otra manera, en relación con las experiencias y las acciones humanas centradas en el cuerpo y en las emociones; así como en las interacciones con el núcleo social inmediato (*nosotros*) (objetivo específico 3).

Las categorías que se proponen para este trabajo se presentan en el cuadro 2.

5.2.2. Población de estudio y marco temporal

Para poder dar cuenta del fenómeno se efectuó un acercamiento a diversos actores: los casos, personas con diabetes, y personas en relación estrecha, de quienes se buscó ampliación del contexto. En cuanto a la definición del universo, se eligió el contexto del poblado de Tecaxic, en el noroeste del municipio de Toluca, por situación de conveniencia en relación con la distancia al domicilio de la etnógrafa, a la vez que se trata de una comunidad que, dentro del crecimiento urbano del valle, puede ser delimitada con precisión sobre el terreno. El centro de Tecaxic se ubica en las coordenadas geográficas 19°19'28" Norte y 99°42'43" Oeste. El acceso al campo se logró luego de la invitación de un residente de la localidad, quien fue conocido en el ámbito universitario.

Cuadro 2. Categorías para el estudio de los significados de la diabetes

Objetivos de conocimiento	Categorías, descripción - elementos de la indagatoria
Significados de la diabetes en relación con el plano contextual	A. Padecimiento y cultura: <i>Subjetividades y significados de la diabetes conformados a partir de las experiencias de los colaboradores que son mediadas por ideas, conocimientos y costumbres del grupo social y cultural.</i>
Significados de la diabetes dentro del mundo de la vida cotidiana, bajo las influencias de la biomedicina	<p>B. Enfermedad (sickness) y biomedicina: <i>Subjetividades y significados de la diabetes conformados bajo las influencias de la medicina científica, de Estado y la medicina tradicional.</i></p> <p>C. Enfermedad y padecimiento (illness): <i>Percepciones y experiencia de vivir con diabetes que implican a la subjetividad, cuya exploración de significados se encuentra en el dominio del lenguaje, en el escrutinio del pensamiento y de la afectividad.</i></p> <p>D. Acción desde la experiencia: la alimentación y la actividad física: <i>Subjetividades y significados de la experiencia de vivir con diabetes que mueven a las personas con esta enfermedad crónica a actuar en consecuencia, particularmente a repensar y modificar su alimentación y actividad física.</i></p>
Significados de la diabetes inscritos en la corporeidad	E. Subjetividad y cuerpo: <i>Subjetividades y significados de la diabetes construidos mediante la experiencia y las acciones centradas en el cuerpo y en las emociones; así como en lo relacional con el núcleo social inmediato (nosotros).</i>

El marco temporal del estudio abarca desde la primera visita con fines de investigación a la localidad, en septiembre de 2021 y se amplió hasta identificar saturación teórica en los análisis posteriores a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, lo cual ocurrió en febrero de 2023. Las visitas fueron quincenales, con duración de tres a cinco horas cada una.

5.2.2. Incorporación por bola de nieve

Para la configuración de nuestra población de estudio, optamos por el método de muestreo no probabilístico por bola de nieve, técnica en que se identifican nuevos sujetos de investigación, a partir de quienes ya están participando y proporcionan el nombre de otras personas para invitarlas a participar (Baltar y Gorjup, 2012). Partimos del apoyo de un informante clave, quien nos puso en contacto con los posibles participantes, personas con diabetes o sus familiares cercanos.

No se llevó a cabo un cálculo preliminar del tamaño de muestra ni se buscó obtener una muestra representativa, debido a que no había fines de generalización externa. En los diseños cualitativos es común que la elección de los sujetos de la muestra no siga principios aleatorios (Andréu Abela, 2001). En contraste, se efectuó un muestreo *teórico*, propio de los métodos cualitativos y caracterizado por incluir sujetos de investigación hasta identificar el momento en que ya no es necesario continuar; ello ocurre al notar redundancia creciente en los aspectos del discurso que hacen alusión al objeto de investigación. Puesto de otra manera, el muestreo concluye al existir repeticiones cada vez más frecuentes en las aportaciones de los entrevistados, cuando parecen agotarse los datos que aportan para la temática en cuestión (Strauss y Corbin, 2002).

5.2.4. Fases del quehacer metodológico

La metodología se desarrolló en cuatro etapas que no mantienen un seguimiento cronológico, sino procesos circulares interdependientes. Se admitió que el diseño pudiera volverse emergente, en admisión de la flexibilidad.

- 1) Reflexión y planeación.
- 2) Entrada en la localidad de estudio y descripción del plano contextual para los actores, mediante el método etnográfico.
- 3) Indagación de la vida social, en el marco de la cotidianidad
- 4) Análisis, a partir de los elementos del discurso, con organización en temas y **categorías por el método de Colaizzi**, con periodos de escritura alterna encaminada a la redacción de resultados.

Acerca de la fase de *reflexión y planeación*, es importante precisar que cualquier tipo de investigación requiere una búsqueda de documentación, lectura de esta, su interpretación y una forma de apropiación por el investigador, que sucedan de modo preliminar a la recolección de datos. Se recurrió a los viejos y nuevos sistemas de búsqueda de información, es decir, se constituyó una pequeña biblioteca en físico, por la adquisición y préstamo de libros de autores con las perspectivas teóricas de interés para la elaboración del marco teórico conceptual; además de que se consultaron documentos en los entornos virtuales, especialmente los de tipo hipertextual, es decir, revistas electrónicas, y textuales, como los artículos en formato electrónico (Orellana y Sánchez, 2006).

Según la estructuración sugerida por Valles (2007), el objeto de estudio se construye primero mediante la reflexión, para hacer posible, en nuestro caso, una subsecuente interpretación de la diabetes en el marco de la vida cotidiana y con perspectivas paradigmáticas centradas en el cuerpo y en un marco fenomenológico. La reflexión incluyó la lectura conjunta y discusión con la directora y los asesores del trabajo acerca de consideraciones teóricas y metodológicas. La planeación se efectuó en el marco de los seminarios de tesis.

Al momento de decidir la entrada, se había concretado una cierta preparación teórica y la elección de estrategias metodológicas coherentes, así como un avance importante en la escritura del proyecto. La incorporación de lecturas y elementos teóricos y para la discusión continuó más allá de la elaboración del primer borrador de tesis, presentado en mayo de 2023.

En cuanto a la *entrada* en la localidad de estudio, esta ocurrió en septiembre de 2021, con visitas y observaciones al enclave, particularmente las disposiciones del lugar y la organización de la vida de los pobladores, para después sumarse las visitas a los sitios acordados con los colaboradores, que se prolongaron hasta el 19 de febrero de 2023. De acuerdo con Valles (2007), fundamentado en las propuestas de Morse, la secuencia debe continuar con fases de recolección productiva y análisis preliminar, de salida de campo y análisis intenso, así como de escritura. Así se ha procurado en este trabajo.

La fase de *indagación de la vida social* se centró en la subjetividad de las personas con diabetes, por un proceso intersubjetivo que se dio entre los colaboradores y la etnógrafa, realizando un pasaje de uno hacia el otro por el logro

de una cierta comunión. La aproximación a su vida cotidiana se hizo mediante encuentros dialógicos acordados por ambas partes, guiados por la entrevista semiestructurada a profundidad, así como por la observación participante, en el contexto del orden etnográfico.

Con el fin de explorar las densas conexiones entre la experiencia subjetiva y los más amplios procesos históricos y culturales con los que se entreteje, y con la cautela de no perder de vista las relaciones de poder, el estudio etnográfico fue el gran marco metodológico de este trabajo. Consideramos esto necesario para recuperar satisfactoriamente los discursos de los colaboradores sobre situaciones particulares de la vida cotidiana, capturando elementos destacados de la comunicación no verbal al igual que del contexto que significa la realidad para los colaboradores.

Además, el método etnográfico permite complementar para dar oportunidad de participar en algunas de las prácticas y con el interés en los significados que esas prácticas adquieren para los colaboradores, pues incorpora técnicas de recolección que son apropiadas con la aproximación fenomenológica prevista, en forma muy especial, la entrevista a profundidad, que permite adentrarse en la vida del otro, en sus recuerdos significativos, emociones y sentimientos, en el trascurso de encuentros reiterados con que se construye la experiencia de *El Otro* (Taylor & Bogdan, 1990, p. 101). También la observación participante y las notas de campo son propios del método etnográfico y contribuyen a la recuperación del contexto. La indagación y el procesamiento más inmediato de organización de los datos obtenidos ha sido el núcleo del **trabajo de campo**.

Aunque de forma adicional se había planeado organizar grupos de discusión, hasta el comienzo de enero de 2023, no se ha efectuado ninguno.

Cabe mencionar que se hizo un esfuerzo por tomar distancia de las concepciones biomédicas que participan en la forma de la entidad diabetes, en tanto producto sociocultural y se han obtenido elementos para examinar los procesos de su construcción. Fue parte de las suspensiones propias del método fenomenológico, en las características señaladas desde Husserl.

En cuanto al *análisis de los datos*, puesto que el objetivo general del trabajo nace, epistemológicamente, de la fenomenología sociológica, metodológicamente es natural el análisis a partir de los elementos biográficos de los participantes y de acuerdo con las dimensiones de la vida cotidiana de Schütz.

En esta fase se recuperó lo expuesto en los objetivos específicos de este trabajo: la experiencia del aquí y ahora de las personas con diabetes; interpretación que dan al fenómeno en momentos previos y a través de su trayecto de salud-curso clínico, con contrastes en sus experiencias y expectativas; maneras de compartir el mundo de la vida cotidiana con el núcleo social inmediato, en el seguimiento de la medicina de Estado y/o en el empleo de recursos de la medicina tradicional. Finalmente, se buscará concebir en forma conjunta posibles estrategias para vivir mejor en la coexistencia con el padecimiento, así como para prevenir las complicaciones, a partir de las habilidades desarrolladas para afrontar la diabetes. Se detalla sobre los métodos y las técnicas de recolección de datos utilizados.

Con base en el proyecto, los datos obtenidos en el trabajo de campo serían recuperados mediante la transcripción textual de las entrevistas, en forma respetuosa del habla de los entrevistados. Luego de finalizar la fase de transcripción, el elemento central de análisis sería el texto, como indicador de la experiencia. Se previo un análisis de palabras, cuyos posibles resultados serían redes semánticas, mapas cognitivos, y otro de códigos, es decir, análisis de lo que se dice, cómo se dice, qué significado se le atribuye.

5.2.5. Los instrumentos de recolección de datos

Consideramos necesario recopilar, de forma inicial, datos generales que funcionaron como apertura para aspectos propios de la entrevista a profundidad y que tuvieran el potencial de facilitar categorizaciones durante el análisis de la información. Esos datos generales fueron sexo, edad, ocupación(es), edad a la que se diagnosticó la diabetes, derecho a atenderse en una institución pública de salud y aproximación al ingreso (línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) urbana: \$1,930.38, rural: \$1,481.10, por persona al mes, enero de 2022; Gordillo, 2022). Para esto se construyó un formulario de cuestionario de doce preguntas (Ver Anexo II. Cuestionario breve).

No obstante, la mayoría de las técnicas empleadas fueron de naturaleza cualitativa. Se enumeran y comentan a continuación la etnografía, la observación participante y las notas de campo, la entrevista a profundidad y la historia de vida.

Los instrumentos diseñados para recogida de datos en este trabajo se integran en la sección de anexos. De acuerdo con el número del anexo, consisten en un cuestionario

breve (Anexo II), la guía de la observación participante (Anexo III), los apartados temáticos de la entrevista a profundidad (Anexo IV).

5.2.5.1. La etnografía

La etnografía es *muchas* posibilidades. Desde la tradición antropológica, puede ser enfoque, método, texto, pues produce conocimiento desde la comprensión de los grupos sociales que se expresan, permite «observar la vida cotidiana de las personas que viven con diabetes y comprender en sus propios términos el valor asignado a la enfermedad», comprender cómo el fenómeno se articula en distintas dimensiones y es un relato que respeta la lógica de los actores y cómo se refieren de sí mismos, que posibilita reconocer el *padecimiento* (Domínguez, 2017, p. 377). Pese a la visión de diversos autores, encontramos que excede la concepción de método, ya que es más que una simple serie de pasos para llegar a un objetivo.

La etnografía consiste en que el etnógrafo comparezca ante los actores, en su contexto, para entender cómo viven, piensan, sienten y creen, que establezca un contacto prolongado, conversando y compartiendo actividades sociales, y alcance un equilibrio entre *observar y participar* (Guber, 2015).

Durante ese periodo, entonces, el etnógrafo mira qué sucede, escucha lo que se dice, hace preguntas y reúne datos de distinta naturaleza que puedan arrojar luz sobre los aspectos en que se concentra la investigación, las rutinas en que las personas dan sentido al mundo, en la vida cotidiana. Sobre esa base, el etnógrafo busca aprehender los significados, la constitución de las subjetividades, a través del lenguaje —al finalizar el siglo XX, la etnografía tiene una fuerte influencia del post-estructuralismo, sobre todo en los trabajos de Foucault y Derrida— (Hammersley & Atkinson, 1995).

El etnógrafo es parte del mundo social que estudia. Eso crea la preocupación de *eliminar* los efectos del investigador sobre los datos, quien difícilmente está libre de los presupuestos teóricos con que se aproxima. Por esta razón, un rasgo importante es la *reflexividad*, que implica el reconocimiento de que las orientaciones de este personaje, sus valores e intereses, están modeladas por su ubicación social e histórica, por lo que se hace necesario procurar minimizar y monitorear la

reactividad relacionada con su presencia y participación (Hammersley & Atkinson, 1995).

Las actividades propias del etnógrafo, durante la ejecución del trabajo, consisten en efectuar observación selectiva e interpretaciones teóricas de lo que ve, con ayuda de preguntas particulares, interpretando lo que se dice en respuesta, escribiendo notas de campo, transcribiendo grabaciones de audio o video y redactando reportes de investigación (Hammersley & Atkinson, 1995).

La etnografía persigue comprender los fenómenos sociales desde la posición de los actores o agentes. Los tres niveles de comprensión son 1) el primario, el *qué* o reporte de lo que ocurre, 2) la explicación o comprensión secundaria, el *por qué* o alusión a las causas y 3) la descripción o comprensión terciaria, el *cómo* o perspectiva de los agentes. Esta última puede conducir a la **interpretación** o *descripción densa*, de acuerdo con Clifford Geertz, por la atribución de sentido de estos informantes que dan cuenta de cómo piensan, sienten, dicen y actúan (Guber, 2015).

Las técnicas de recolección de información elegidas, que se enmarcan adecuadamente en el método, son la observación participante y la entrevista en profundidad con la persona con diabetes y, en la medida de las posibilidades, con una persona inmediata en su núcleo social, para tener oportunidad de lograr una perspectiva múltiple, polifónica, de las dimensiones de la vida cotidiana.

En la voz de Eduardo Restrepo (2016), la etnografía no es un manual o recetario, es un oficio, arte, una relación social por donde pasan, incluso, relaciones de poder; es *poner la tienda en medio de la aldea* y tener de frente la cotidianidad (en alusión al trabajo de Malinowski). Desde el punto de vista epistemológico, es un asunto de racionalidad y comprensión de cosas, pero también de corporalidades, emocionalidades, porque el entendimiento pasa por el cuerpo. Da cuenta de la situación, con parcialidad y ubicación, pues no busca un conocimiento universal. El etnógrafo va con una intencionalidad científica, no es un misionero, y al estar ahí tiene como propósito la construcción de datos, con solidez. Se hace etnografía porque es un fenómeno de importancia teórica, un enfoque en las vidas y experiencias de las personas desde el interior; es una descripción de *lo que la gente hace*, desde su propia perspectiva.

La etnografía se apoya en la observación participante y en la entrevista para conocer el comportamiento social, para desarrollar las descripciones minuciosas de situaciones, interacciones y comportamientos observables. Concentra creencias,

pensamientos, actitudes. Por estos motivos, incluso sin atravesar por cuestionamientos, tiene el poder de describir hechos que se relacionan con **construcciones sociohistóricas** que no forman parte de la esencia de los sujetos, por ejemplo, las actividades de cuidado que se han atribuido como femeninas (Domínguez, 2017).

5.2.5.2. La observación participante y las notas de campo

La observación participante es una técnica no directiva que se prepara por una estructuración cuidadosa de las categorías de análisis y los instrumentos de recolección de datos. Inicia con la selección de un escenario propicio para abordar el tema de investigación, donde se especifican contextos, situaciones e individuos (Guber, 2015; Sánchez, 2001).

La observación participante implica una labor minuciosa de observación de esos contextos y situaciones, porque en ellos se suscitan los procesos sociales cuyos datos habrán de registrarse en modo sistemático. Este tipo de observación relaciona al observador y al actor, y puede hacerse desde fuera del grupo social o desde dentro, por lo que puede denominarse exógena o endógena (Sánchez, 2001).

Procura captar la complejidad del actor en una situación que a este le parece normal, e integrar su punto de vista, conocer los significados y sentidos que otorga a sus prácticas y acciones; mientras tanto, se controla el grado de participación y la interacción social. La observación debe ser reflexiva y crítica, sin prejuicios, en el marco de una relación dialógica caracterizada por el respeto (Sánchez, 2001).

Las etapas consisten en el *acceso* al grupo social. Se justifica la presencia del investigador y se informan los objetivos del estudio, después se busca el mejor establecimiento de *rapport*. La segunda etapa, de recogida o *recolección de datos*, se beneficia del apoyo de informantes clave. Alternando con el trabajo de campo, pero sobre todo al final, se hace el *registro de la información* (Sánchez, 2001). Si los participantes lo consienten, pueden llevarse a cabo registros de audio o video; pero lo que sucede en términos de gestos, lenguaje corporal u otros acontecimientos puede escapar a estas formas de registro, así que debe sistematizarse la toma de **notas de campo**, breves, pero con el poder de complementar la descripción, de no dejar perder elementos para la interpretación.

Utilizamos palabras clave para remitir a los apartados temáticos de la observación participante, que dieran agilidad a la toma de notas y permitieran la recuperación y cruces de información al organizar los datos, una vez concluida cada visita.

Los apartados hacen referencia a:

- 1) Descripciones de la *comunidad* y eventos observados durante los *recorridos*
- 2) Domicilio del participante: *descripción, dinámicas, percepciones*
- 3) Participación en *actividades* domésticas y otras, como la alimentación, la actividad física
- 4) Desenvolvimiento de la *entrevista*
- 5) Interacciones y otros (reflexiones, hechos inesperados, etc.)

La guía para observación participante diseñada, que resultó en un esquema para agilizar y ordenar la toma de notas de campo se encuentra en la sección de Anexos (Ver Anexo III. Guía de la observación participante).

5.2.5.3. La entrevista a profundidad

Esta técnica brinda la posibilidad de efectuar un esfuerzo conjunto de inmersión con qué recuperar los elementos para las diferentes estructuras de análisis fenomenológico (Vela, 2001).

En esta técnica cualitativa, de modalidad predominantemente no estructurada y naturaleza focalizada, sucede una interacción verbal cara a cara, con el propósito de efectuar una indagación exhaustiva, en que el sujeto de estudio habla con libertad, exponiendo elementos objetivos y subjetivos, acerca del objeto de estudio (Zacarías, 2009). Es idónea por ser específica, no estandarizada y útil para entender el mundo desde la visión del entrevistado, pues permite proceder en el examen de los significados de sus experiencias, mediante lo expresado por el lenguaje. Debido a que es exhaustiva, pretende saturar —agotar— la conversación sobre el tema objeto de estudio (Zacarías, 2009). Es de notar que, al depender de una interacción directa, esta técnica queda inmersa en un proceso de intersubjetividad.

Un rasgo peculiar de este tipo de entrevista es que no se preparan preguntas establecidas; en cambio, el entrevistador hace un guion flexible sobre los principales aspectos que interesa conocer, así que existe libertad en el progreso, lo cual puede ser una ventaja de esta técnica: cada nueva interacción permite definir nuevos cursos

de acción que depende de la creatividad del entrevistador y de las peculiaridades de cada nueva interacción. De manera complementaria, esa libertad hace conveniente que el entrevistador posea una buena formación académica y experiencia en investigaciones similares (Zacarías, 2009); se esperan limitaciones cuando se trata de un investigador primerizo.

Uno de los elementos decisivos para el éxito durante la entrevista es que llegue a establecerse una relación de confianza entre el entrevistador y el entrevistado, por lo cual los alcances variarán de acuerdo con la posibilidad de indagar realmente a profundidad. Zacarías (2009) establece que la entrevista en profundidad puede aplicarse en grupos, pues “gira en torno a un aspecto particular de sujetos particulares” (Zacarías, 2009: 78); esto puede ser motivo de controversia: ¿Es posible hacer una entrevista en profundidad con dos o tres miembros de una familia, sin que se convierta en un grupo focal? Si se evaluase en una especie de balanza de ventajas y desventajas: ¿Es mayor la comprensión de lo que se quiere decir, acaso en detrimento de lo que se puede decir, de expandir lo que no se dice?

Las consideraciones ontológicas y epistemológicas que deben tenerse en mente acerca de la entrevista en profundidad derivan, por un lado, de su esencia: un diálogo que es propuesto, acordado y sostenido desde quien tiene la iniciativa de conocer un rasgo del mundo social, del cual posee la información el entrevistado; pero, por otro lado, este uso de la palabra supone también competencias para el habla y capacidades intersubjetivas, es decir, de entablar comunicación. Lograr un equilibrio de estos aspectos requiere una capacidad de naturaleza artística. El conocimiento del saber qué escuchar se entrama con un saber conceptual que permite inscribir en marcos teóricos lo que deriva de esa actitud de escucha, con una particular vinculación a las dimensiones centrales del problema bajo investigación (Zacarías, 2009).

En cuanto a los aspectos metodológicos, el carácter dialógico de esta indagación debe poseer momentos diferenciales. Strauss y Corbin (2002) recomiendan: 1. Apertura (presentación del entrevistador, del protocolo y establecimiento de una relación persona a persona), 2. Objeto de la conversación (formulación de la búsqueda de información, ilación o indagación, con ejecución modular de los temas umbrales, en que el entrevistador elabora preguntas disparadoras y se mantiene como guía en un proceso mayéutico, desde su capacidad elocutiva y comunicativa), 3. Momentos alternos de orientación o control (el entrevistado se mantiene hablando, su interés es estimulado por el entrevistador, quien también esclarece

dudas e introduce preguntas de prueba), 4. Conclusión (invitación a resumir) y 5. Terminación (cierre, despedidas).

Para mantener el *rapport* con el entrevistado es conveniente que el investigador identifique y sepa manejar los silencios embarazosos, evite expresiones o gestos que provoquen incomodidad, sepa requerir más información y regresar sobre lo pasado por alto, así como profundizar sobre aspectos particulares, lo cual puede hacer repitiendo palabras centrales, por ejemplo: “[...] ¿Agresivo?” (Strauss y Corbin, 2002; Zacarías, 2009).

Debido a la evidente complejidad, además de una preparación conceptual, debe existir un cuidadoso diseño de las posibilidades del diálogo libre. Aquí lo metodológico conecta fuertemente con lo epistemológico: los aspectos que se conocen conceptualmente del fenómeno a indagar son los que permiten distinguir lo que no se sabe en términos observacionales, y que servirá como hilo conductor en ese diálogo (Zacarías, 2009).

El diseño de la entrevista se basa en la construcción del acuerdo y situación, al igual que en la elaboración del guion flexible. Para hacer el acuerdo, el investigador debe recordar que tendrá que resolver situaciones de interacción, mientras co-construye un texto a partir del encuentro de dos subjetividades, procura mayor simetría y mantiene el interés, atento no solo a lo estratégico sino, muy importantemente para mí, al carácter ético. Para atenderlo, sobresalen el trato respetuoso y un contrato comunicacional claro, que exprese la temática, los tiempos, el destino de la entrevista. El guion mencionado no consta de preguntas: se trata más bien de ejes temáticos para avanzar la exploración, la formulación de una consigna inicial y planificación de un código de escucha e intervención (Baranger, 2018; Strauss y Corbin, 2002; Zacarías, 2009). Al haber hecho una revisión reflexiva se vuelve más evidente que, si no se tiene experiencia y se debe recurrir a la entrevista en profundidad, entonces habrá que procurar una intensa preparación preliminar y, tal vez, efectuar un par de ensayos antes de la verdadera recolección de datos.

Las percepciones en el contexto de la entrevista en profundidad se encontrarán condicionadas por la matriz teórica con que se ha estado en contacto de manera previa (Zacarías, 2009) tanto así que, quien se ha preparado más intensamente en el tema, procedería metodológicamente de forma diferente de quien tiene un ánimo más exploratorio y, seguramente, llegaría a interpretaciones distintas del mismo fenómeno, pasando además por variaciones en la conducción de la entrevista. El

proceder más adecuado en este ejemplo difícilmente podrá dejar de ser motivo de debate.

En resumen, los elementos más relevantes en la base del guion flexible de la entrevista (Zacarías, 2009) son las estructuras del mundo de la vida cotidiana: dimensiones, cuerpo, momentos y relaciones en el tiempo, intersubjetividad, motivos, significados.

La aplicación de la entrevista depende del siguiente orden:

a) Contacto o entrada

1. Elección del lugar donde se desarrollará, que puede ser el domicilio del entrevistado u otro sitio conveniente, pactado mutuamente.
2. Inicio, con saludos y presentación de la investigadora, al igual que las metas del estudio (temática, objetivo).
3. Lectura del consentimiento informado (consideración de contar con testigo, si requiere ayuda para la lectura). Si existe la voluntad de participar, se pediría al participante que firme dos copias del consentimiento, una para sí y otra para la investigadora.
4. Primera ronda de preguntas. Rompimiento del hielo, hablar sobre el clima u otra digresión.

Para el desarrollo o indagación se elaboró una guía temática, con apartados y subapartados, así como se pensaron propuestas de apertura (Ver Anexo IV. Guía para entrevista a profundidad). Para añadir claridad o profundidad, enumeramos posibles repreguntas: *¿Por qué opina así?, ¿En qué sentido lo dice?, ¿Podría darme un ejemplo de ello?, ¿Por qué le parece muy importante ese hecho, acción?*

Durante el diseño metodológico se consideró emplear la técnica del grupo de discusión, el cual es un espacio artificial, una instancia de experimentación creada con el objetivo de que en ella se produzca un discurso y el manejo del comportamiento humano. El procedimiento consiste en reunir personas que no se conocen entre sí, donde no existe una idea de un nosotros y se propone la reflexión en torno a un tema definido y en forma controlada por el investigador, denominado en este caso *preceptor*. El otro momento importante es el del análisis del discurso que resulta (Margel, 2001).

5.2.5.4. La historia de vida

Desde diferentes perspectivas, *lo biográfico* constituye una técnica, o bien, un método, mientras que para otros autores es un enfoque. Sin remitirse a los problemas metodológicos que esto significa, parte de la diversidad de concepciones sin duda proviene del uso de lo biográfico en disciplinas varias como la antropología, la psicología y la psiquiatría, la literatura o la ciencia política; permite el abordaje de objetos de estudio relacionados con la imagen de sí, de las trayectorias de vida, de lo anómalo y lo usual o cotidiano, solo por mencionar tres ejemplos (Rojas, 2001). Es el último caso el que nos ocupa.

Ferrarotti (2007) estima que detrás de lo social hay una historicidad y un enlace entre texto y contexto, y que la historia de vida puede evocar y permitir recrear elementos de la percepción que el individuo tiene de sí mismo, en un proceso en que se derriba un muro de lo que se considera un capital privado. En la relación significativa que se establece hay una ruptura de la operación de poder convencional, porque el investigador pasa, a su vez, a ser investigado.

La *historia de vida* es fuente, recurso, método que construye, entonces, a partir de la oralidad, de la cual recopila relatos personales acerca de la vida y experiencia, por medio de la interacción empática directa y se vale de la entrevista en profundidad como técnica y de la observación etnográfica (Aceves, 1997). Durante esos momentos, el actor puede describir en sus propias palabras las acciones propias y de otros actores (Reséndiz, 2001), los acontecimientos y experiencias más significativos en el arco de su vida.

En tanto que es posible recurrir a fuentes secundarias, de carácter documental, por ejemplo, diarios, memorias o crónicas para hacer esas reconstrucciones, las fuentes *orales* dan origen a historias de vida, relatos de vida y los testimonios que resultan de realizar entrevistas (Aceves, 1997).

Entre sus características principales, se compone de unidades o cuadros narrativos que se hallan articulados, denominados *relatos de vida*. Existen la historia de vida completa, la oral temática y la construcción de historias de vida. A través de un proceso de compaginación, se procede al análisis, que puede permitir probar hipótesis, elaborar proposiciones conceptuales y teorías. Admite los procesos de triangulación, a través de la incorporación de testimonios de terceros, de otras

fuentes orales o documentales, por lo que el investigador enfrenta un reto de reflexión, precisión y contextualización del texto oral en su marco sociohistórico, de todo lo cual, busca comprender el sentido particular del narrador. La *construcción de historias de vida*, completas o parciales, implica un proceso de armado o de edición, que es recurrente y debe mantenerse cauteloso en cuanto se pretenda verificar conceptos o hipótesis. Esas intervenciones, a modo de comentarios, citas o explicaciones pueden manifestarse en lo escrito al principio del armado, de modo recurrente o al final (Aceves, 1997). En este trabajo, optamos por la construcción de historias de vida con intervenciones al final de cada sección, con una intención además conclusiva. En este punto, además, se comprende mejor la decisión de incorporar las entrevistas en profundidad, la observación participante y la etnografía.

La importancia del uso de este tipo de historias radica en su pertinencia para estudiar los aspectos subjetivos de la experiencia humana, que exigen un estudio intensivo y a profundidad, así como de los sucesos sociohistóricos (Aceves, 1997).

De acuerdo con Reséndiz (2001), además del recurso para penetrar y buscar comprender los sentidos y representaciones de los sujetos sobre acontecimientos de su historia personas, otras dimensiones subjetivas de importancia son la exploración del intento de lectura de lo social desde los actores, al igual que el sentido de la relación estrecha entre investigador y entrevistado, esto por el problema que supone que la información mantenga validez y confiabilidad.

En salud, mientras que la experiencia de enfermedad de duración no mayor de tres meses puede ser captada por métodos de rango menos intenso, con menor profundidad, la utilización de la historia de vida se vuelve imprescindible en la investigación de la experiencia de vida frente a la enfermedad no transmisible o crónica, por su capacidad de revelar contrastes entre lo cotidiano y los hábitos del pasado, los cambios en las interacciones y en las perspectivas.

5.2.6. El trabajo de campo

Para el desenvolvimiento de las actividades sobre el terreno, la etnógrafa vistió ropa de algodón gruesa y cómoda, botas para caminata, sombrero para usar durante los trayectos bajo el sol, con el cabello recogido y sin ningún tipo de inscripción corporal,

como lo es el maquillaje. Portó una pequeña mochila para transportar una botella de agua y algunos alimentos, al igual que una cartera de plástico con algunos consentimientos y cuestionarios en blanco, libreta de campo, hojas de papel y un par de bolígrafos en el interior. En ocasiones utilizó una grabadora para registrar audio durante las entrevistas y una cámara digital semiprofesional, para sesiones planeadas de fotografía del contexto y de algunos de los colaboradores. En otras, para abreviar el equipo, utilizó un celular como grabadora y para obtener fotografías de ocasión. Hizo recorridos en auto y a pie, a solas; la mayoría de las veces caminó en compañía del informante clave.

5.2.7. El análisis de la información: el método de Colaizzi

Bajo la orientación de recomendaciones de autores como Amanda Coffey y Paul Atkinson (2003), se proyectó organizar los datos de los registros de audio mediante la transcripción, la recuperación de notas de campo, hacer una revisión orientada a recuperar los fragmentos más significativos del orden biográfico, en una especie de análisis vertical hacia la profundidad de cada sujeto y, otro de carácter horizontal, con la atención a similitudes y diferencias entre los diferentes sujetos que permitieran crear categorías. Estos son procedimientos comunes a la organización y primeros análisis de datos cualitativos.

Luego de lo anterior se organizan resultados de manera grupal, desde los apartados temáticos de la entrevista.

Por proyecto, se previó un análisis desarrollado para los estudios de corte fenomenológico en el campo de la salud. Para explicar la construcción de los fenómenos como se presentan en forma natural a la conciencia humana, en la vida de todos los días, es necesario encontrar patrones o estructuras para dichos fenómenos. Paul F. Colaizzi es un fenomenólogo estadounidense que, en 1978, presentó mejoras al procedimiento existente de Giorgi para validar los hallazgos en torno a la estructura de los fenómenos observados en grupos de participantes. Su método consiste en organizar unidades de significados. A partir de hallazgos en las transcripciones durante el proceso de análisis, establece retornar con los participantes para que aclaren ciertos puntos, antes de que puedan incluirse en la explicación final (Edward & Welch, 2011).

A continuación, se presentan los pasos del método utilizado para el **análisis** de las diferentes narrativas, por medio del **método de Colaizzi**, ideado por este fenomenólogo, armonizando las modificaciones de dos grupos de autores (Edward & Welch, 2011; Morrow, Rodriguez & King, 2015), por lo que resultan más de los siete pasos originales:

1. Obtener una **idea general** del contenido de la experiencia mediante lectura y relectura de las transcripciones. Otros autores describen este paso como de *familiarización* con los datos (Morrow, Rodriguez & King, 2015).

2. Identificar o extraer **declaraciones significativas** de cada descripción ubicando:

a) La **implicación del sujeto en el discurso** —uso de la primera o la tercera persona del singular, o de la primera del plural.

b) Los **eventos más relevantes** y sus transiciones en la trayectoria de salud-padecimiento-enfermedad.

c) Las **co-ocurrencias**, o presencia simultánea de dos o más elementos dentro de un mismo discurso.

d) Las **recurrencias**, para cada dimensión de estudio, entre los discursos de los entrevistados.

e) Los elementos que son significativos desde el punto de vista teórico.

Se sistematiza la información a partir de variables *clave*, que aparecen como elementos recurrentes y significativos y que se constituyen en los ejes para analizar los **contenidos** del discurso. Se seleccionan **fragmentos** de discurso que explicitan o evidencian los planteamientos resultantes. Una vez concretado lo anterior, se continúa con los pasos:

3. **Formular posibles significados** que se encontraban ocultos en los contextos del fenómeno, en este caso el significado de la diabetes en el marco de la vida cotidiana.

4. Identificar **experiencias comunes** a todos los participantes, por medio de la categorización en **conglomerados de temas**, con validación con el texto original.

5. Desarrollar una descripción exhaustiva, incorporando los temas de los conglomerados, para construir un prototipo de modelo teórico.

6. Producir una estructura fundamental, que condensa la descripción exhaustiva en un enunciado denso que capture adecuadamente la esencia del fenómeno.

7. Volver a los participantes para validar los hallazgos: verificar si el enunciado denso, la estructura fundamental, captura la experiencia de los participantes. Pueden hacerse rectificaciones de pasos previos.

8. Incorporar cambios basados en la realimentación de los participantes para presentar un modelo teórico que refleje comprensivamente las características del fenómeno (Edward y Welch, 2011).

En resumen, el análisis se planeó para observar el fenómeno de la diabetes inmerso en la vida cotidiana desde diferentes aristas, como se enumera aquí:

1. Resultados de frente a lo proyectado y características generales de los colaboradores
2. Historias de vida
3. Presentación de la particularidad de cada colaborador
4. Análisis por el método de Colaizzi
5. Identificación de hallazgos por los diferentes métodos

Desde diseño, se define la presentación, como parte de los resultados, de cada una de las particularidades de los colaboradores, así como el análisis de la muestra bajo la organización de categorías en torno a los significados acerca de la enfermedad-padecimiento y la diabetes como emprendida por Alicia Tinoco (2012),

5.2.8. Aspectos éticos

La investigación estuvo sujeta a un procedimiento de consentimiento informado, con un instrumento de validación ética que fue analizado por el entrevistado, de forma previa, para que conociera la realidad de su participación en la investigación, sobre posibles beneficios en cuanto a conocimiento y, en particular, el derecho a retirar su participación de forma voluntaria durante el proceso de la entrevista. Las personas invitadas a participar fueron mayores de edad, se encontraban en uso de sus capacidades mentales y sin ninguna forma de coerción para tomar de la decisión de participar.

El documento que consolida el consentimiento es un escrito que fue firmado por el participante y la investigadora responsable; en el caso de que el participante no

supiera leer, se pidió el apoyo de un testigo. (Ver Anexo I. Consentimiento informado).

El proceso consistió en que la investigadora responsable:

- a) Efectuara una presentación de su persona,
- b) proporcionara el objetivo general del trabajo,
- c) asegurara la confidencialidad de los datos,
- d) solicitara autorización para grabación,
- e) extendiera su agradecimiento al momento de la aceptación para participar y al finalizar cada sesión.

En un estudio de marco etnográfico, no es sencillo establecer los riesgos para los sujetos de investigación y el investigador. El análisis debe partir de la pregunta de investigación e identificar los temas sensibles que pudieran representar riesgos o generar daños (Suárez-Obando & Gómez-Restrepo, 2017). De acuerdo con los estándares de investigación en salud en el contexto mexicano, todo estudio de tipo prospectivo y consistente en el contacto con los sujetos de investigación, con obtención de respuestas a preguntas personales califica, sin probabilidad significativa de causar daño al sujeto, califica como de riesgo mínimo (Pérez-Rodríguez et al., 2014).

Para proteger el anonimato de los colaboradores se asignaron claves para la presentación de los documentos finales, bajo acrónimos como los empleados por Tinoco-García (2012) y referidos como sugiere González-González (2022).

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

LA DIABETES-PADECIMIENTO EN LA VIDA COTIDIANA.

RELACIONES INTERSUBJETIVAS CON LA ETNÓGRAFA



Como escribimos de manera previa, la pregunta que ha dirigido este trabajo es de orden fenomenológico, ¿cuáles son los **significados, estructura y esencia de la experiencia vivida** del **fenómeno que representa la diabetes** para los colaboradores?, por lo cual fue necesario aprehender, describir e interpretar distintos aspectos de la experiencia. Este capítulo presenta en dos secciones los resultados del análisis de los datos recogidos durante el año y medio de trabajo de campo.

La primera introduce a **cada colaborador** a partir de los rasgos más característicos de su estilo de presentación y fragmentos de discursos en torno a la diabetes, con comentarios al margen, derivados de las relaciones intersubjetivas con la etnógrafa. La segunda sección considera a **los colaboradores en conjunto** y expone los resultados de acuerdo con la organización en categorías que resultan de los objetivos específicos, conforme con las estructuras de la vida cotidiana y de la experiencia en el trayecto salud-enfermedad-padecimiento, así como de vivir con diabetes a nivel del cuerpo, las emociones y los aspectos relacionales.

Como se describe en los métodos, la sustancia de este capítulo no solo proviene de las indagaciones, sino que también es fruto de la observación participante, que recuperó descripciones del **espacio físico y social** durante el desenvolvimiento de entrevistas y conversatorios. Mirar hacia los espacios donde se articulan la vida,

actos y acciones de los colaboradores, fue necesario porque el sentido se objetiva en prácticas, no solo en el lenguaje (Costilla, 2010). O bien, desde la perspectiva de la fenomenología sociológica, las **acciones humanas**. Estas, al lado de las **experiencias**, constituyen el objeto de análisis schütziano (Dreher, 2012).

Por ser esta una investigación de la experiencia, la etnógrafa tuvo presente la importancia del **dialogismo**, la **intersubjetividad** y la **reflexividad**. En estas aproximaciones a lo cotidiano, también nos interesaron las **estrategias** de las personas para **resistir** la organización social dominante, en particular las imposiciones del modelo médico hegemónico, y el papel que se les impone, además de las reapropiaciones del espacio y sus objetos, en una invención particular y una **reinención** obligada por la intromisión de la diabetes en sus vidas.

Si bien en diferentes momentos de los escritos aparecen posibles digresiones, apuntamos que la mayoría —no descartamos que ocurran las no intencionadas— en realidad exploran en forma no lineal lo que se halla relevante de las narrativas, así como de los elementos **no discursivos**, con el propósito de reconstruir lo fundamental de un escenario dinámico. Se incluyen datos sobre su estilo de comunicación verbal, como lo son entonación, volumen y ritmo; sus recursos no verbales, como los kinestésicos o de movimiento, miradas, expresiones faciales, gestos o posturas corporales; los sonidos con que expresan emociones mediante interjecciones, suspiros; así como elementos proxémicos o de uso del espacio personal y social, por ejemplo, el contacto o la distancia establecida entre personas en el espacio.

Inevitablemente, estos trayectos provocan impresiones en la etnógrafa que influyen en la elección de ciertas estampas, lo cual es discutido luego de haber concluido el capítulo de presentación de resultados.

6.1. El desarrollo del trabajo de campo y personas que colaboraron

Como se previó en la metodología, luego de establecer la primera comunicación con el informante clave, se fue contactando con los posibles participantes por el método de bola de nieve.

Es necesario destacar que existió variación de lo proyectado en el desarrollo del trabajo de campo, en primer lugar porque usualmente no todas las personas invitadas aceptan participar en una investigación. Sin embargo, una vez que se

comunicó el objetivo del trabajo y la extensión de su posible colaboración, las personas invitadas contribuyeron de forma entusiasta; pero establecieron sus propias condiciones: no todas desearon firmar el consentimiento informado o que las conversaciones fueran grabadas. Incluso hubo quien pidió que no se tomaran notas durante el tiempo compartido, sino que solamente se platicara, por lo que emergió una serie de conversatorios no esperada. En estos casos, inmediatamente después de las despedidas, se apuntaron las ideas principales y segmentos de la conversación en las notas de campo. De manera contrastante, dos colaboradores desearon culminar su participación en las indagaciones con la elaboración de un video en que ofrecen respuestas a cómo han continuado sus vidas con la diabetes. Debe mencionarse que se hizo cita con una pareja, ambos con diabetes, con quienes no fue posible hablar sobre el trabajo, porque no estuvieron en su domicilio en el horario pactado para hacer la presentación.

Las indagaciones implicaron más de una visita a cada colaborador. En el transcurso de las visitas se habló y convivió con ellos hasta que afloró redundancia en la expresión de las ideas y en lo recogido por la observación. El periodo más prolongado de interacción con una persona, en la recolección de los datos, fue para la historia de vida masculina, que se extendió desde septiembre de 2021 a febrero de 2023, gracias a la disposición del colaborador y la empatía lograda dentro de la relación intersubjetiva con la etnógrafa, con quien compartió una variedad de actividades cotidianas, algunas especialmente apreciadas por él.

La actitud de parte de los colaboradores fue destacadamente cordial y la interacción estuvo marcada por una expresión de confianza y amplia disposición que hicieron fluida la recolección de los datos. Al respecto, una colaboradora explicó que evitaba hacer comentarios con su familia acerca de la diabetes o de su salud, para no molestarlos, por lo que consideró su participación en el trabajo como una oportunidad para poder expresarse al respecto y que ello le proporcionaba alivio.

El muestreo se mantuvo de tipo teórico, con visitas subsecuentes a los colaboradores, a la vez que se efectuó una integración sucesiva de sujetos de investigación hasta que, en el total de los datos ofrecidos, se consideró que se había alcanzado saturación teórica.

El número de colaboradores durante la etapa de recolección de datos fue de siete. Se contó con la participación del informante clave, su padre, un familiar político de

ellos, un vecino de edad mediana, una hermana de este último, la madre de ambos, así como un conocido de los primeros, que tiene un puesto de venta en la plaza del pueblo, los domingos. En total, fueron cinco varones y dos mujeres quienes colaboraron, todos originarios de Tecaxic, con edades entre los 41 y los 85 años. Por lo que se refiere a la escolaridad, una de las mujeres no tuvo educación formal y no sabe leer ni escribir, mientras que dos colaboradores tienen primaria incompleta, dos tienen primaria completa, uno tiene secundaria terminada y uno realizó licenciatura con especialidad.

La edad en que se diagnosticó la diabetes va desde los 28 a los 53 años. Uno de los colaboradores no tiene el diagnóstico, pero es familiar de una de las personas con diabetes y contribuyó a la polifonía. Por lo que respecta al estado de salud durante el trabajo de campo, en apariencia las seis personas con diagnóstico confirmado se encontraban en relativo control de la diabetes durante las entrevistas. En lo concerniente a las complicaciones previamente registradas, tres de ellos habían tenido disminución súbita y grave de la capacidad visual, con requerimiento de intervención médica urgente, con lo cual recuperaron visión en diferente grado. Uno de ellos tuvo amputación de una pierna, actualmente usa prótesis y camina con apoyo de un bastón. Una de las colaboradoras presenta episodios de hipoglucemia, de forma inesperada e independiente de ser regular en los cuidados que procura de sí misma.

Por lo que respecta a la experiencia física durante la mayor parte del tiempo, cuatro reportaron malestar continuo atribuible a la diabetes, una de ellas dijo no tener molestias y otro colaborador respondió que se sentía bien de estar vivo.

En cuanto al lugar para las entrevistas, estas ocurrieron en el interior de los domicilios de tres colaboradores. Con otros tres de ellos, las indagatorias sucedieron en sitios en que realizaban trabajo informal y, con un colaborador, se charló mientras se hacían caminatas por las calles del poblado, en las afueras y en ascenso a los cerros cercanos. Encontramos que la entrada en el hogar señaló una posibilidad de mayor acercamiento: la empatía con el colaborador con quien se hizo la historia de vida número 1 fue grande y con la colaboradora de la historia de vida número 2 se percibió un hermetismo que pudo derivar de la falta de privacidad, por no poder recibir a la etnógrafa en su domicilio.

Como se expone en el apartado metodológico, para mantener la confidencialidad de las personas que colaboraron se utilizan claves, las cuales se explicitan a continuación:

UAEMéx-**Hv1**: Historia de vida de un hombre con diabetes

UAEMéx-**Hv2**: Historia de vida de una mujer con diabetes

UAEMéx-**Ed1**: Entrevista a profundidad de un hombre con diabetes

UAEMéx-**Es1**: Entrevista a profundidad de un hombre sin diabetes

UAEMéx-**Ed2**: Entrevista a profundidad de un hombre con diabetes

UAEMéx-**Ed3**: Entrevista a profundidad de una mujer con diabetes

UAEMéx-**Ed4**: Entrevista a profundidad de un hombre con diabetes

UAEMéx-**cEd4**: Persona cercana al colaborador UAEMéx-Ed4, que toma la palabra durante un conversatorio.

De cada uno de ellos se presenta la situación biográfica y el contexto sociocultural, antes de abordar la realidad del total de los colaboradores.

Mis agradecimientos para estas personas son de lo más profundo, pues es por su coparticipación, otorgando de su tiempo, espacio y paciencia, sin ninguna retribución objetiva, que el presente trabajo fue posible.



6.2. Situación biográfica y contexto sociocultural de los colaboradores: historias de vida en contraposición genérica

6.2.1. Historia 1. Un cosmos que se impone sobre el mal de la diabetes

6.2.1.1. El contexto geográfico, social y cultural: *los nidos de piedra*

Tecaxic y Calixtlahuaca son dos localidades vecinas, situadas a aproximadamente doce kilómetros al noroeste de la ciudad de Toluca de Lerdo, estado de México; ambas son aledañas a la serranía de Los Chimal, que se extiende en medio del valle de Toluca. Las denominaciones de estos lugares provienen del nahuatl y se impusieron luego de la conquista mexicana sobre los matlatzincas: Tecaxic significa cajete o vasija de piedra (de *tetl* y *caxitli*) y Calixtlahuaca, casas en la llanura (de *calli* e *ixtlahuatl*) (Borejsza et al., 2021; Menegus Bornemann, 1994).

Aunque independientes políticamente, es posible vincularlas por sus características fisiográficas e históricas, así como a partir de las propias exploraciones sobre el terreno, que evidencian una continuidad de paisajes, incluidas la presencia de terrazas de origen prehispánico en las laderas de los cerros, de apantles, metepantles, así como de vestigios arqueológicos superficiales del tipo tepalcates y lítica tallada.

Mientras los hallazgos sobre el terreno aquí enumerados han sido estudiados a fondo en Calixtlahuaca, en especial en la ladera noroeste del cerro Tenismo, no ha ocurrido igualmente en el caso de Tecaxic, en las laderas norte y suroeste del cerro de Las Canoas, donde además de esos vestigios se descubren, entre los afloramientos de grandes bloques de rocas ígneas extrusivas, pequeñas excavaciones naturales con forma de cuencos, que retienen el agua de lluvia y se convierten en abrevaderos de los pacíficos camaleones de montaña (*Phrynosoma orbiculare*) y en macetas de flores.

Calixtlahuaca, considerada un centro urbano del periodo Posclásico, es relevante por su arquitectura monumental adyacente al cerro Tenismo —destaca el Templo de Ehécatl-Quetzalcóatl— y por su asociación con *Pintanbati*, antigua e importante ciudad de nombre matlatzinca (Smith et al., 2013; Béligand, 2016). No obstante, existen discrepancias de que este topónimo se refiera a Calixtlahuaca, pues falta el concepto de *pedregal*, como sería de esperar de acuerdo con las entradas del diccionario matlatzinca-castellano de Basalenque: *ín pintho*, “el pedregal”, *ín pinthatho*, “la cantera”, *ín batha*: “tinaja grande de piedra” (Béligand, 2016, p. 77). Estos son referentes para los miembros de una familia, fortalecen sus fibras. Nuestro trabajo comienza con una primera visita a su hogar, en el barrio de El Pedregal, desde donde se escucha el fluir del río Tejalpa en los días caudalosos.

Un hombre de cabello entrecano, siempre bien cortado, habita esta casa de dos portones: uno celeste, en la parte alta del terreno, en contraposición con otro ingreso, en la parte baja, señalado por un portón negro. Al caminar hacia lo alto, se pasa junto a la casa paterna, se mira la capillita de La Virgen al salir y se parte rumbo del cerro. En sentido opuesto, luego de atravesar por el corazón de la casa, se baja por los escalones sombreados por los árboles frutales, hacia la puerta negra, de construcción reciente y graciosa por sus adornos de herrería; al salir, se está en medio de una transitada avenida. Los portones parecen simbolizar la convivencia entre el pasado y el presente de este hombre.

Nos concentramos en las percepciones adentro de él y de cuanto le rodea, nos asomamos a mirar algo de lo que sucede en las dimensiones de su vida cotidiana, por un recurso mixto que comprende de modo central la etnografía, como orden metodológico que apunta a más que ser una llana descripción, más la observación participante, la fotografía, los registros de audio y de video.

Lo recuperado habrá de reconfigurarse en quien escribe y en quien lee, en cascada y con cada lectura. En medio del cruce de sentidos, lo que funciona como brújula es la intención por apropiarnos del contexto (Castro, 2022). En esta casa, no hay vida sin mundo, ni vida que no retenga tiempo, en este universo densamente habitado por lo cercano y los cercanos y que, con todo, aparecerá regido por una estructura. El objetivo es enfocarnos en la experiencia de un hombre que convive con la diabetes desde hace aproximadamente veinte años. En la comunidad recibe el trato de *Don*.

Como sucede al ir conociendo a una persona, lo primero que puede notarse es su contexto. Este hombre y su hijo hablan mucho de su comunidad. Se encuentran convencidos de que el pueblo de Tecaxic era y es más importante de cuanto se le concede. Su narrativa exalta los milagros por intervención divina que culminaron en la construcción, durante el siglo XVII, del Convento franciscano (Torres, 2017) y el templo adjunto, la Parroquia de Nuestra Señora de los Ángeles. En este lugar se halla una de las pocas capillas abiertas del México novohispano⁶.

Además de compartir sus anécdotas sobre eventos de importancia histórica, y otros del espectro de lo sobrenatural ocurridos en el atrio de la iglesia o en diversos rincones, muestran satisfacción de poder comunicar las maravillas que guardan el cerro y la milpa, en pláticas y en paseos en que integran a la etnógrafa, al igual que satisfechos de revivir por la palabra algunas prácticas desaparecidas, como la antigua tradición alfarera de Tecaxic.

6.2.1.2. El cerro que recompone reencuentros en la experiencia

Jerry es un perro inquieto. Cada mañana tiene ataques de inquietud, porque necesita salir a correr y ladrar a los congéneres que se crucen en su camino o hacer rabiarse a los canes cautivos que se asoman furiosos entre las rejas de las casas. De lunes a domingo, *debe* subir al cerro, ir a olisquear hierbas y restos orgánicos, emprender carreras y echarse chapuzones en el agua de los bordos y las pozas, saciar la sed en el manantial. Todo es respetado y promovido por este hombre, quien preferiría guardarse en casa para no evidenciar los efectos de los años en su persona. No obstante, sale en la seguridad de la penumbra, con el paso incierto, a cumplirle a su perro. En realidad, ambos parecen consumir un designio de reencuentro con el cosmos en el cerro de Las Canoas⁷.

El primogénito de este señor lo cubre en dicha labor durante el fin de semana y los días festivos. Conocí a este hijo suyo en 2016, cuando fui su profesora de

⁶ Imágenes de Tecaxic:

https://drive.google.com/drive/folders/145RxIArZBwdLL75QFFwElkqsKKgsDCsj?usp=share_link

⁷ Imágenes del cerro de Las Canoas: https://drive.google.com/drive/folders/1EMdlr7-3LxoiPyn6la_aHMjBuqQDMnIe?usp=share_link

epidemiología en la facultad de medicina, en la universidad pública en que enseñé por varios años. Era dedicado a los estudios y trabajos, de carácter contundente, ahora recordado por sus pares como *El escribano*. Hace un año y medio, quedé cautivada por las fotografías en que él congela escenas bucólicas cubiertas de neblina y le pedí que me invitara a visitar esos lugares. Siempre animoso, me llevó en sus recorridos, que superaron cualquier expectativa de belleza natural o del descubrimiento de un mundo nuevo. Este universo me eligió para el presente trabajo, en el cual él aceptó participar y convertirse en informante clave. Después, de manera no programada, nos convertimos en amigos. Me asumí como la etnógrafa que decidí describir las experiencias de la diabetes, buscar sus significados; por ahora mi brújula ha sido la enfermedad contra la cual nadie puede, no en el papel de médica, sino en el de exploradora de un padecimiento.

Fue así como la entrada en la comunidad y la impregnación etnográfica ocurrieron a partir del acompañamiento a varios paseos de Jerry, de quien luego conocí el sentido que tiene para este colaborador. Gracias a cada nueva ruta o sendero, se acumularon las estampas del lugar y su gente, las conversaciones del espacio y los tiempos de Tecaxic, en las peculiaridades que exaltan sus pobladores. Durante el alba, vi a las mujeres esperar su turno afuera del molino de nixtamal, a los pastores sacar sus rebaños de borregos y chivitos, a los caminantes callados persignarse al pasar delante de la capillita. Vi el medio día deslumbrante, con el sol ardiente sobre el concreto de las calles, y como remedios, los puestos de helado artesanal, de jugo de naranja, de pulque. Vi a los niños saltando de la mano de la abuela, rumbo del centro.

De la parte de este hombre y su familia fue apareciendo una narrativa directa, en ocasiones parca, en otras fulgurante, que manifiesta costumbres urbanas emergentes a través del dominio de un mundo rural. Encuentro personas orgullosas de esta tierra, con saberes del trabajo del campo y de faenas de todo tipo que aseguran la subsistencia, personas que se expanden en liturgias y fiestas, voces que cuentan sus propias anécdotas e historias de feligreses y peregrinos, que aseguran la permanencia de las leyendas del pueblo. Encuentro discursos y prácticas que articulan a la diabetes con la vida cotidiana. En la búsqueda por comprender, me propongo «identificar elementos de significación que describen y construyen lo real» (Rizo, 2010, p. 3) para este hombre.

Este colaborador se concentró en los cuidados y el cariño de Jerry, después de que el perro Guaru murió. A pesar de su salud precaria, cuidar al can le representa un importante compromiso, una motivación para levantarse muy temprano, cada día. Habla de él y con él, coloca retazos de carne preparados en caldo en sus cazuelas, vigila su abundancia, aparta un poco para la gatita. Asegura que el can debe ser acompañado al cerro todas las mañanas, para que desfogue la energía; pero solo no debe salir, porque puede ocurrir como hace un par de meses, que se perdió por cuatro semanas: su amo revive el sufrimiento de creerlo lastimado, muerto o perdido para siempre, cada vez que lo cuenta.

Los paseos se repiten de manera religiosa, de lunes a viernes, tarea difícil por la traición del dolor sobre sus rodillas. Aquejado por un andar inseguro, alude el desgaste de los cartílagos a las duras jornadas en la milpa, pero sobre todo a aquellas que se acumularon bajo el yugo de tantos bultos de cincuenta kilos y otros pesados materiales, entre tarimas y andamios, en los años dedicados a la construcción. Pero también está la fábrica, y las faenas domésticas. Han sido demasiadas labores en pro del sustento, muchas cargas visibles e invisibles. Uno de los remedios está en el vasito donde coloca y disuelve un poco de colágeno de grado alimentario en polvo, que bebe despacio y reflexivo. Es su otro hijo, José, que trabaja en el laboratorio que lo produce, quien se lo trae. Lo pone en el agua y lo agita con una cucharita, igual que se disuelve el azúcar en el café, pero no él, azúcar no.

Los días festivos, sábados y domingos, puede confiar el paseo del perrito, de talla mediana y grueso pelo negro con manchas blancas, a su hijo mayor. Es también él quien lo libera de ir a comprar los alimentos del día, de prepararlos y servirlos en la mesa, en una de las tantas formas de colaboración que tiene con su padre. Siempre hay comida sobre esa mesa con el mantel de flores: sartenes con frijoles con epazote, longaniza guisada, salsa con chile, té de cedrón sin endulzar. Como no va al cerro, entonces Este hombre se va para la milpa, con la bici, a mirar cómo van creciendo sus maíces, cómo se engruesan las cañas, revientan las espigas y se llenan los elotes. Con su bicicleta roja, avanza por los senderos sin peso sobre sus rodillas ni pena, adquiere libertad. Encuentra sus maicitos en distinto grado de crecimiento, a veces con hongos para una quesadilla, y también hay cuitlacoche de caña. La milpa tiene placeres porque brota de la nada y madura a lo largo de los ciclos que se engranan unos con otros, al mismo tiempo que significa trabajo y preocupaciones, como

cuando llegan fulanos con camionetas y roban parte de sus elotes o mazorcas. Justo así, como brota, de pronto, otra vez, el maizal estará listo para la cosecha y las hojas largas y secas crujirán al viento. También la tierra silente, desprovista de vegetal, lo espera: desde allá el hombre contempla la llanura ondulada y las quejas del cuerpo se acallan. Es esta «la milpa como territorio, como texto y como escritura. Aquí se inscriben vidas y, por qué no, también padecimientos y muertes. La milpa como espacio total» (Castro, 2023).

Cuando se está en lo alto del cerro, en cambio, todo problema empequeñece de manera automática, igual que la casa, el pueblo, el valle y el abandono de sus muertos. De las laderas, las mesetas y las barrancas, él y su familia platican mil anécdotas de plantas que curan, de mansos camaleones, del extraño y perenne perfume de las flores alrededor del montículo de las cruces, donde llegan los peregrinos, desde el otro extremo del valle de Toluca. Este hombre comparte las visiones de las que no alcanzan a privarle del todo las rodillas ni la diabetes, aunque algunas sean ya solo remembranzas. Allá afloran las rocas excavadas por la erosión y los pequeños cajetes, *tetl-caxitli*, donde se guarda el agua de lluvia o anidan las suculentas. Él habla cien veces de esto, pero no dice sus sentimientos, que parece que se profundizan en lo alto y se vuelven indescifrables... Lo único cierto es que allá uno se impregna de dignidad y respeto. Y así, con el ser clavado en lo sagrado, vista y vida se pierden a lo largo de un silencio infinito y se evidencia la verdadera intención del ascenso. En esa actitud se forja la experiencia interna máxima, que mantiene el corazón palpitando. La relación con el territorio es íntima, una motivación para salir del lecho, del hogar, superar la diabetes y otros padecimientos; ir al reencuentro con la vida.

6.2.1.3. Aparición y orígenes de la diabetes

Este colaborador nació en 1948, en el inicio de este estudio tenía 73 años. Hace unos veinte, el médico familiar del IMSS le pidió estudios de laboratorio; luego de revisar los resultados, le dijo que su azúcar estaba alta, que ***ya era diabético***. «Yo no me sentía mal, solo a veces me daban mareos. Lo tuve que aceptar... **Ya ni modo**» (UAEMéx-Hv1, 2023), dice y esboza una expresión de cierto desdén por el hecho. Sin más, comenzó a tomar la metformina para la diabetes, sumada al captopril para la

presión. «Eso da por herencia» (UAEMéx-Hv1, 2023), declara de primera intención, cuando es cuestionado por las causas, y se le refuerza lógico pues casi todos sus hermanos desarrollaron diabetes; pero luego comenta que sus papás no la tuvieron y duda. Repiensa el asunto, organiza sus ideas, lo aborda en distintas fechas y aporta una enorme cantidad de circunstancias que parecen confluir en un resultado: un enorme espacio no visible de mala salud, donde además se encuentra esta enfermedad.

Los siguientes abordajes por los orígenes de la diabetes provocan una pausa prolongada en él, grave y en paralelismo con la expresión pronunciada de su frente y entrecejo, que se arrugan al máximo. Talla su rostro con el total de la palma de la mano derecha, despeina su cabello bien cortado, toma aire, reflexiona y ocupa horas de diferentes ocasiones. Hurga en el pasado y regresa con sucesos que considera necesarios para explicar el *aquí y ahora*. No ofrece respuesta simple al por qué de la llegada de la diabetes, es más, a ambos se nos revela que esta enfermedad no puede aislarse del resto de los males: es como una de tantas malas yerbas que amenazan la salud del maíz. Pese a todo, sigue emergiendo cierta bondad, como las hojas de la calmante *Malva sylvestris*, de la cual arrancó unas hojas para darme a probar, un día que andábamos en la milpa.

Para explicarse mejor, en cuanto a *de dónde* viene la diabetes, este colaborador se remonta a los recuerdos de la infancia, a la visión de un padre trabajador del campo y una madre que crío y cuidó de animales de corral. Por encima de esas actividades absorbentes fueron, sobre todo, alfareros, al igual que sus propios padres. Él tuvo ocho hermanos, de los cuales seis, y él, desarrollaron diabetes. Ninguno siguió el oficio de la alfarería. Lo dice con melancolía y se pone a recordar las idas a las barrancas de la ladera noreste del cerro, donde se hallan las cuevas de barro. Allí, los alfareros acudían para rascar las paredes, llenar costales de ixtle o cestos de mimbre con los terrones y cargarlos con los mecapales. Recuerda cómo los pulverizaban en el patio y luego los reconstituían en un nuevo barro. Resucita una cultura material de moldes, balanzas y la llamada piedra de planchar; de greta, cobre y tizate, una roca de diatomeas que funciona como aislante y adhesivo en la base de la cerámica (Riquelme et al., 2015). Aparece, casi como un hecho, una herencia no reconocida de los maestros ceramistas teotihuacanos. «Al sacar las piezas del molde, se emparejaba el borde con el *conixtle* y con la mano, se dejaban orear y se unían,

luego se pegaban las orejas, y así hasta completar una horneada, para poder quemar las ollas», relata (UAEMéx-Hv1, 2023). De esa manera brotaban cazuelas, jarritos de tres tamaños, charolas rectangulares, cántaros y las *boconcitas*. Él escribía en los jarritos: «Recuerdo de Tecaxic». Suspira, tiene la mirada extraviada y parece satisfecho de la explicación de un oficio que tal vez pudo mantener vivo. Pero nunca pronunció ese deseo.

Su padre además fue comerciante. Se iba a la Ciudad de México a vender las ollas buenas por docena, por lo que conoció de otras realidades. Su madre componía las que tenían detalle, esas quebraditas o curadas se cambiaban por taco de plaza o se vendían en Toluca.

En la actualidad no hay maestros ceramistas en Tecaxic (antes llamados *Los tiznados*), solo en Santiaguito Tlalcilacalli (*Los ombligudos*), la localidad vecina, y nuestro colaborador mira hacia el norte. En las fiestas y el tianguis, los alfareros de Santiaguito todavía se presentan a vender cazuelas, jarros y platos para sopa —de borde redondeado— y para pozole —borde recto, a 45 grados—. Hacer ollas es el oficio de la nostalgia.

En los paseos con Jerry, vemos los tepalcates de cerámica prehispánica y los fragmentos de navajas de obsidiana que siguen aflorando, cuando los torrentes excavan vetas, durante las tormentas de la época de lluvias. Testimonian el uso de las mismas vasijas, del urbanismo posclásico que se destaca en Calixtlahuaca (Smith, 2004). Los abuelos de este hombre también fueron alfareros y es bastante probable que igualmente lo hayan sido sus bisabuelos y tatarabuelos.

Pese a que sus padres eran personas trabajadoras, este hombre dice varias veces que él y su familia siempre fueron muy pobres. Tuvieron techo seguro y tierra que labrar, pero pocos recursos para la subsistencia. La escasez de alimentos es tema recurrente:

Pasábamos hambre. Nos íbamos al cerro y poníamos trampas a los pajaritos. Hacíamos un triángulo con tres clavos y una liga, echábamos pan dentro y cuando venían a comer, jalábamos uno de los clavos con un hilo. Juntábamos los pajaritos y se los llevábamos a mi mamá, para que los hiciera en guiso de salsa verde... Casi no comíamos carne (UAEMéx-Hv1, 2023).

También narra que, algunos domingos, comían un caldo de rellena —moronga— con tomate, rabo de cebolla y yerbabuena. Añade: «Solo los ricos comían carne. Toda la gente era bien pobre, no nomás nosotros...» (UAEMéx-Hv1, 2023). Remarca estas últimas palabras e inclina y mueve la cabeza de lado, con un gesto de dolor. Su hijo se apura a decir que ahora la carne no falta en su casa, de inmediato, me ofrece unos taquitos de longaniza guisada. Nos quedamos contemplando la superficie de la mesa: ollas y cazuelas con frijoles guisados con epazote, longaniza con queso, salsa verde con aguacate, una bolsa con ocho o nueve piezas de pan, tazas para tomar té de cedrón con leche. En esta casa vive él, con sus dos hijos adultos. Una sobrina viene a lavarles la ropa. Padre e hijos opinan que la diabetes se presentó como resultado de déficits en la alimentación, por la falta de carne, por lo que en el presente enfatizan el consumo de proteínas. Los cuatro guardamos silencio por unos minutos, enfocados en comer con devoción un taco.

6.2.1.4. El pensamiento continuo de las *oportunidades perdidas*, en relación con la experiencia del padecimiento

Al preguntar por las causas de la diabetes, este hombre en ocasiones señala de modo rápido una. Espontáneamente, a veces regresa al asunto y señala otra, o una maraña de ellas. Conforme oscila y profundiza, su narrativa parece concluir en algo más que un par de hechos simples a los cuales imputar el diagnóstico. Es como si una gota se derramara luego de que se ha llenado un vaso con oportunidades perdidas en el transcurso de una vida completa, sobre todo en los años mozos, que resultan en una ocupación, en un estado, que termina por *enfermar* el cuerpo, con diabetes y todo lo demás.

Él relata que empezó la primaria a los doce años y solo llegó hasta cuarto porque tuvo dificultades: el profesor de la escuela de Tecaxic se limitaba a hacer presentaciones *educativas* con guiñoles, en un rincón del aula; luego pedía un quinto —cinco centavos— a cada uno de los alumnos y se iba a tomar pulque, en el puesto cercano a la escuela, mientras los alumnos gritaban y hacían desmadre. «Por eso no aprendí casi nada, ni a leer» (UAEMéx-Hv1, 2023). En respuesta, su mamá consiguió mandarlo hasta la escuela de Santiaguito Tlalcilalcalli, pero allá los chamacos lo molestaban, le pegaban, se burlaban de él. Ya no quiso ir.

A los dieciséis años, vinieron todo tipo de ocupaciones adultas, por lo regular excesos de quehacer. Trabajó en el campo, trabajó en la construcción, primero de chalán y luego de albañil; también en la fábrica de asbestos cercana, donde comenzó como barrendero y progresó a operador de máquinas; además fue tejedor. Su mirada se clava en el piso, entristece cuando detalla las faenas en la construcción o en la fábrica. Resume en mucho esfuerzo, mucho que cargar, por eso se acabaron sus rodillas.

Más grata es la milpa, y se evade para hablar nuevamente de ella y de todo lo que le da: para la elotada, cañas dulces, cuitlacoche para las quesadillas; una milpa que es refugio del frijol y escondrijo de las guías que escupen flores y calabacitas. También regala lo seco: el rastrojo, los olotes para el fogón, las mazorcas que habrá de desgranar con paciencia. Se van para el *cincolote*, huacal enorme que arma para airearlas y secarlas bien. Luego vienen las mañanas de desgranado y la clasificación. El grano *llenito* será la semilla del año próximo, el grano *completo* se venderá por cuartillo, a catorce pesos cada uno, y el quebrado, será para los animales. Serán horas de sentarse en una pequeña silla de madera pintada de color café, con flores en el respaldo y asiento de tejido de palma, a desgranar y separar, desgranar en silencio, liberado de los pensamientos. Son semillas azules, brillantes, translúcidas, con curvas y picos, entre las cuales se cuele una que otra semilla color rojo-magenta.

A pesar de todo, el maíz no sustenta su vida, ni como masa ni económicamente. No paga la luz o pasajes, ni se convierte en las tortillas que come. Las que come son compradas, pues su maíz no alcanzaría para todo el año y además no tiene quien se las haga. A través de los ciclos de cosecha y siembra, el maíz cada vez da más para las solas contemplaciones, para alimentar un sentido romántico en la vida del campesino, que a veces es matizado por la alegría de recibir, algunos años, un apoyo monetario gubernamental que se reinvierte o un par de bultos de fertilizante. Cultivar maíz no es suficiente, hay que trabajar, *además...* Hacer de esos trabajos duros, en que hay mucho que cargar.

Los males físicos perennes comenzaron hace veinticinco años cuando todavía era albañil y sintió de pronto unos toques en cuello, que fueron avanzando por el hombro y brazo derecho, hasta adormecer su mano; con extrañeza, añade no comprender por qué pasó, que no se cayó. Unos cinco años después, llegaron casi juntos los diagnósticos médicos de diabetes e hipertensión. Están siempre presentes, pero no

le es sencillo discriminar cómo se sienten de manera independiente, o su combinación, o si esa sensación de adormecimiento fue su anuncio o es cosa diferente.

Admite que los medicamentos puedan ayudar y no los interrumpe. Lo que él padece es mucho más que etiquetas de la medicina: es el dolor y el *ya no* poder esto y lo otro. El cansancio sobre los hombros y el «ya no» pesa sobre sus rodillas, coartan las libertades de sus manos y pies, lo detienen. Lo palpable es la pérdida de las capacidades y de las certezas, la dificultad que se instala para levantarse, dar el paso, subir, bajar de la azotea, ir al centro. Estos recuerdos le pausan la palabra. Hablan, en cambio, la mirada triste y una tensión que le parte el entrecejo en dos. Un algo del pasado que se ha quedado, un futuro que no se puede decir. En nuestras primeras pláticas, lo que duele se clava en algún punto del cuerpo, oprimiendo en sitios de flexión y extensión, adelgazando la piel de los dedos, sobre todo en los pies, dejando penetrar el frío. No se delinean distinciones, la diabetes no va sola, va en el mismo tren que ha viajado hasta el hoy y rumbo al mañana. En ocasiones el tren se detiene, reviven la flor y las ganas de volver a ir a ver la milpa, de subir y tardarse mucho en el cerro, sentir las manos entibiarse por el sol.

En un momento de mayor consuelo, pregunto: ¿Por qué me dijo que da la diabetes? Él responde:

No sé, pues eso es genético, da en las familias. Tengo diabetes, mi hermana que vive en Los Ángeles también, desde hace treinta años, pero ella nada más se pica la panza y ya puede comer lo que quiera. No sé por qué nos dio. Ni mi papá ni mi mamá tenían (UAEMéx-Hv1, 2023).

Nuevos cuestionamientos no llevan a otro resultado. Él recupera el discurso médico, vuelve a atribuir faltas a la herencia, incluso sabe que es el páncreas quien falla, que la coca-cola y el azúcar en la comida hacen mal, que hay que comer verduras y *bajarle* a las tortillas, salir a caminar. Afirma que no toma alcohol, solo en una que otra reunión familiar, una o dos cervezas cuando mucho. Se le ve comer con frugalidad, viste camisas de cuadros pequeños, bien planchadas; el cabello siempre bien cortado. No salta una incongruencia. Hay un orden, un respeto.

A lo largo de varias pláticas, sin embargo, los eventos parecen acumularse, cerrar un círculo y exponer todo como de forma lógica: es su vida entera, o mejor dicho sus

ocupaciones, las que han causado sus males. Salirse de la escuela, haber trabajado en la fábrica con sus polvos de asbesto, aunque le hayan dado seguro⁸, dedicarse a la albañilería por veintitrés años, alzar bultos y tabiques, palear, colar losas, estarse todo el día en la obra, comer cualquier cosa acompañada de una coca-cola.

En un segundo plano, se depositan otros sucesos difíciles: son los eventos de enfermedad y muerte de los cercanos. Está su hermano mayor a quien no fue a ver en su lecho de muerte, por resentimiento; la súbita complicación de su esposa, luego de la operación de las várices de sus piernas, que la llevaría a una muerte prematura, cuando sus dos hijos estaban en la preparatoria y la secundaria; después el fallecimiento de su papá, quien fue siempre apoyo y más en el cuidado de los muchachos, cuando la madre había fallecido. La inscripción de las muertes en lo invisible del cuerpo y en los sentimientos. Pérdidas irreparables, que le siguen siendo insuperables.

Al lado de la muerte, identifica como determinantes los corajes con sus hermanos, abusivos. Conflictos por las pertenencias de los padres, por un sector de la casa, por el lindero de la milpa. Han dejado de hablarse para limitarse a un saludo entre dientes, o ni eso. Ocho hermanos que solo le incitan una frente arrugada, una mirada osca y pausas en el habla. Muchos sentimientos que no encuentran palabras y que se concretan a un mover la cabeza de un lado a otro. Su hijo, por su parte, cree que este resentimiento, nacido de enojo implacable y en cierta forma, misterioso, es lo que más ha enfermado a este hombre.

Otros pesares han venido a invitar a los malestares: los sustos. Entre ellos, hay tres mayores. Una vez que él caminaba cerca del centro del pueblo, por el kínder, donde ahora hay un sauce llorón, se sintió congelado: «Se hace uno mudo, ni se puede mover. Luego me destrabé» (UAEMéx-Hv1, 2023). No explica si oyó o vio algo, solo la súbita inmovilidad. Considera que la recuperación posterior fue solo parcial, quedó con una cicatriz en la salud, sobre todo afirmó la certeza de la vulnerabilidad del ser.

Un segundo susto ocurrió un día que encontró una víbora en el campo, de unos tres metros de longitud, con grandes colmillos, una *chirriónera* (*Masticophis flagellum*, no venenosa). Esas que «siguen mucho a las señoras que están criando,

⁸ Se refiere a ser derechohabiente de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, con énfasis en los servicios de atención a la salud.

les maman las tetas y, mientras, meten la cola en la boca de los niños para que no se den cuenta. También se lo hacen a las vacas» (UAEMéx-Hv1, 2023). Lo persiguió por un largo trayecto, de milagro pudo escapar. Se talla el rostro con toda la palma de la mano derecha.

La más reciente ocasión de un susto importante fue hace siete u ocho años, cuando tenían unas gallinitas. Se hizo de noche y escuchó a los cacomixtles corriendo en las azoteas; esos prociñidos de cola esponjosa anillada que encuentra bellos, pero peligrosos. Se preocupó porque no había tapado a sus pollos y salió, por el corredorcito que iba hacia la calle. Entonces escuchó una voz chillona que decía suave y largamente «Mamáaa», como en un quejido. Él se metió a su casa, con miedo, pero tuvo que salir como a la una de la madrugada a hacer del uno, entonces escuchó un gruñido. Su perro Guarú dormía en el piso y de pronto salió corriendo como rayo. Nuestro colaborador alcanzó a ver al *Ese* —entiendo un carácter de innombrable—, uno con forma de chivo y canguro, grande. «Mi hermano se había portado muy mal conmigo, me había insultado, y yo pienso que ya lo andaba viniendo a visitar *El Malo*» (UAEMéx-Hv1, 2023). Explica como a uno se le enchina el cuerpo, se hace una cabezota y hace cuencos con las palmas, como si formaran un casco, que se alejan del cráneo para mostrar cuán grande. Son impresiones que quedan.

De los enojos no profundiza más: le son relevantes los conflictos con sus hermanos, pleitos como vecinos o por lo heredable, hermanos que lo ofendieron con palabras vulgares o con hechos abusivos, actualmente casi con nula interacción. Solo sus hermanas menores, una que vive en Xochimilco y otra que reside en Los Ángeles, Estados Unidos, lo visitan de vez en cuando; él las recibe, aparentemente sin efusividad; nunca las busca (UAEMéx-Hv1, 2023).

Un día su hijo mayor habla conmigo de esa rispidez en las relaciones fraternas: cree que esa amargura es la que enfermó a su padre, al lado de los fuertes sustos. Todo impacta en el cuerpo. Vuelvo a recordar este orgullo que no se doblega un día que miramos imágenes capturadas por el fotógrafo de Tecaxic: son personas mayores del pueblo, conocidos por todos, en la plaza, en el atrio de la iglesia. Aparecen rostros también conocidos para mí, aparece este colaborador. «La mayoría se ayudan de su bastón. Mi papá no. Él no desea ser visto con un bastón» (UAEMéx-Es1, 2023). Me parece imaginarlo en el límite de sus fuerzas y, aún más allá de estas, y no usará bastón.

6.2.1.5. Malestares por la diabetes, sensaciones y sentimientos

Este hombre que nos participa su historia de vida dice que el médico familiar del IMSS le ha propuesto operar la rodilla más afectada, pero él tiene miedo de quedar mal. Recientemente, le hicieron unas *tomografías* de la columna, imágenes en que es evidente una desviación lateral, además del daño que tienen cada vértebra y los cartílagos entre ellas. Me la muestra y me pide que observe su columna, que note que está torcida (UAEMéx-Hv1, 2023). El eje de su cuerpo está quebrantado y yo veo una objetivación para el dolor. Han sido las cargas.

El dolor aparece con frecuencia en las narraciones y ocupa coordenadas específicas de la geografía del cuerpo: las rodillas, los pies, la mano derecha, la espalda baja. Después de varios meses de charlas y de conocerlo un poco más, veo que el dolor también aparece al hablar de enfermedad y muerte en los cercanos, de los sustos y del enojo con sus hermanos. Se manifiesta por un tono de voz grave, con lentitud y volumen que se va haciendo más bajo conforme crece la confidencialidad, cuando las pausas se prolongan y se incrementan las expresiones faciales. Es patente que la experiencia del dolor es similar para el que coloca en el cuerpo, así como para el componente afectivo de malestar. Lo remarca con los párpados semicerrados y descenso de la parte exterior de las cejas, con pliegues que se profundizan en la mitad de la frente, mientras los labios están ligeramente apretados.

Él y su esposa se casaron *bien*, pero *ya grandes*, de 32 y 29. Entonces este hombre había fincado casa, junto a la de sus papás. Ella era una buena mujer y hacendosa: tejía colchas, sabía repostería, quiso tener su becerrita y supo cuidarla bien, crió marranos para vender, fue madre de dos hijos por los que siempre vio y se fue con la intención de poner un negocio (UAEMéx-Hv1, 2023). Dentro de la vitrina, junto a la mesa donde siempre me convidan, hay piezas de vajilla y carpetitas tejidas con ganchillo. En la mesa multifuncional de la cocina, en el extremo en que está colocado contra la pared, hay un pequeño altar con imágenes, una veladora siempre encendida; al centro, una foto de esta mujer recordada. Ella no ha muerto, sigue en casa.

Lo que hace que se desborden todas las penas es la muerte, sobre todo la de esta mujer especial a quien se le fue la vida cuando su hijo mayor estudiaba la

preparatoria. De pronto, este colaborador no solo tuvo que buscar el sustento del hogar, sino preparar la comida, lavar la ropa, asear la casa y ver por sus hijos, el mayor reto de todos. Su padre lo ayudó a sacarlos adelante, en aquel tiempo en que vendían la leche de una vaquita y vendieron los becerritos. Con la mano en la cabeza y desarreglando el cabello, nos dijo que no entendió lo que pasó, el tiempo se escurrió y de pronto se estaba tomando la foto con su hijo mayor, cuando salió de la facultad. Se había ocupado de mantener la casa y de juntar para pagar la inscripción de cada semestre, hasta que los semestres se acabaron. Su mirada lució más triste que nunca: años de pagar escuela, libros, materiales y lo que sucedía en la vida de sus hijos simplemente se evaporó. «Casi lloraba diario» (UAEMéx-Hv1, 2023), dijo con tono desolado.

Por los recursos que permite la observación participante, sin embargo, lo vemos retraerse del dolor, una y otra vez, al dejarse absorber por los rayos de luz que se cuelan entre los árboles de su pequeña huerta, al agarrar el taco con devoción, en medio del aroma de longaniza y salsa verde; al restregar entre sí, con energía, dos mazorcas de granos brillantes; al narrar de lo que le sucede cuando va por el sendero de las cruces, allá en el cerro. Sus párpados se abren grandes y su vista se prolonga en la distancia.

6.2.1.6. Relaciones intersubjetivas

Gracias a la interacción repetida con este hombre surgieron intercambios de conocimiento, de percepción, una transformación de la conciencia en la etnógrafa, otras percepciones, una realidad distinta. Acaso también algo parecido ocurrió en él. O por su voluntad o por el tiempo transcurrido, además se estableció un lazo amistoso, por lo que ponerse *en suspensión* es todavía más importante.

Las primeras interpretaciones se encuentran, sin duda, en las líneas descriptivas y entre estas. En cuanto a los hallazgos generales, luego de varias lecturas de las notas de campo y de la revisión de los registros de audio y visuales, fotografía y video, sobresale que él decide emprender el trabajo cognitivo de visitar las posibles causas de la diabetes y comparte nuevas ideas de las exploraciones en su experiencia y, sucede que, conforme trasciende los estratos superficiales, más la aleja de la categoría de entidad nosológica construida por el modelo biomédico, con que

la asocia de forma impensada. Con el avance, él desdibuja de su vida una diabetes que podría permanecer ajena, exterior, una que existe dentro de los libros, en las cátedras y los congresos de un gremio, un objeto capaz de evolucionar en los artículos y en los nuevos consensos; una que es una reducción más de una tendencia a fragmentar la realidad, para hacerla manipulable, verificable. Él difumina la construcción biomédica, con sus ofrecimientos a la industria farmacéutica y para la mercadotecnia de pasillos enteros con etiquetas *low sugar, no fat*⁹, bajo en calorías y calcetines sin elásticos.

Mientras más progresa en los discursos, él va dejando atrás la jerga técnica, transmitida por los discursos oficiales, que todo lo contaminaba, y pone el padecimiento más cerca de otros males que agobian su ser. Allí la entreteje, se borran los límites. Es esperable que no posea un marco que la aíse del mundo: no en la conformación de la experiencia, hecho de máxima complejidad.

La verdadera realidad de este hombre reconstituye la diabetes, la resignifica y la contempla con una visión holística, le hace un arreglo rico en interconexiones, particularmente potentes con los eventos de carga negativa. Conforme avanza hacia la profundidad, se evaporan las atribuciones a la *genética* que, entiendo, es el término que él usa para la idea de transmisión de generación en generación subsecuente y que, él mismo detecta, resulta parcialmente sin sentido al considerar la ausencia del diagnóstico en sus padres. El discurso biomédico lo explicaría, simplemente, como herencia autosómica recesiva, pero aquí hay mucho más, incluso, que epigenética¹⁰.

Hay múltiples tonalidades emotivas en este hombre que ama la naturaleza, vinculado sinceramente con su perro, que lo llena de vida con sus travesuras y se atraviesa en sus pláticas, que no es llevado a un grado inferior respecto de las personas. Jerry obliga a su cuerpo a sobreponerse y a alzarse cada día. El contraste es fuerte por el enojo irresoluble que guarda para con los hermanos y que no es sencillo de entender.

Mientras que haya consuelo en el cerro, la milpa y su huerta, se ve presionado a convivir cotidianamente con el dolor, uno que no es como lo señala el mito médico,

⁹ Alimentos supuestamente con un bajo contenido de azúcares simples y sin grasa.

¹⁰ Modificación en la expresión de los genes, bajo la influencia del medio ambiente, sin que exista un cambio en la secuencia del ácido desoxirribonucleico (ADN).

debido únicamente a fenómenos bioquímicos y a la estimulación de terminaciones nerviosas (Morris, 1996). Las expresiones corporales que se asocian a su dolor *físico* se intensifican cuando habla de su dolor sentimental. Agradezco el gesto de confianza que devela una masculinidad que se libera de la opresión por ocultar el sentimiento.

A pesar de la aparente e inicial asimilación del discurso médico, son muchas las circunstancias relacionadas con la aparición de la diabetes en este hombre, que emergen después de la iteración de las indagaciones. No parece existir diferencia entre la enfermedad que denuncian los análisis de laboratorio o los diagnósticos de los médicos, o el hambre en la infancia o la pérdida de los seres queridos. La diabetes no es isla ni continente, no parece grande o pequeña ni importante por sí misma en su vida, sino porque le resulta de una suma de hechos a través de su historia y se entrelaza con los otros padecimientos, porque contribuye perversamente a acrecentar el peso final sobre el cuerpo, porque cruza con el sufrimiento que le provocan la idea de pobreza, soledad, vejez, muerte y el miedo al dolor.

Es la diabetes que cristaliza objetivamente luego de todos los bultos de cemento y mortero de cincuenta kilos, juntos, que cargó durante años y conecta con el daño a los cartílagos y huesos de su columna y rodillas. Es «llevar la carga» que describe Zygmunt Bauman, en *Modernidad líquida* (2003, p. 83), la presión por «satisfacer las exigencias del rol que la sociedad dispone». Es además la diabetes metáfora matizada del recuerdo pesaroso que engendra la ausencia de los bienamados y la presencia ensordecedora del enojo. El dolor de nuestro colaborador es profundo y viaja en un torrente impetuoso donde todo padecimiento confluye. También la diabetes.

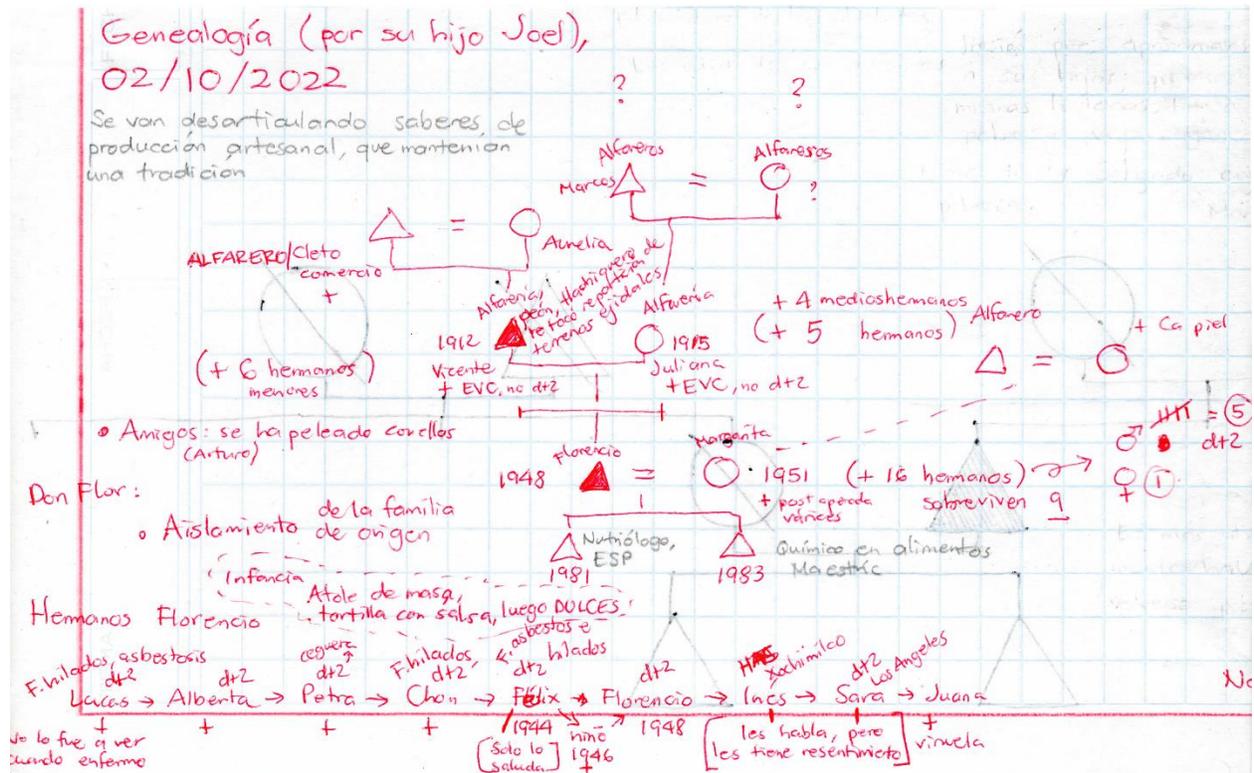
Nacen muchas reflexiones de las lecturas y relecturas de las vivencias de la diabetes. Castro (2022b), al leer sobre esta vida, se pregunta: «¿A quién beneficia el discurso biomédico que elimina el contexto, la persona y la forma en que encarna su enfermedad? ¿Se trata de la negación de los factores estructurales, de la economía política de los cuerpos que produce cuerpos desechables y otros que sí importan?». Derivado de esta lectura, desarrollamos tres ideas principales. La primera se refiere al **uso de los cuerpos**, la segunda, la **vivencia encarnada de la enfermedad** y, tercera, la **negación de los factores estructurales**, pero las abordaremos después de haber presentado a los otros colaboradores, para nutrirnos de su experiencia.

Resumimos, entonces, que el padecimiento de este hombre surge en el cruce de todas las desgracias, algunas discernibles médicamente como osteoartritis, hipertensión arterial, diabetes. Otras son construidas socialmente, como la soledad, los fantasmas de la pobreza o la vejez, o bien la nostalgia recurrente debida a la falta de una persona que le proporcione cuidados, que lo acompañe. Lo que más le duele se desprende de sus emociones y sentimientos: el enojo, el resentimiento, la sensación de vulnerabilidad y la angustia existencial.

Al elaborar su genealogía, encontramos la tradición alfarera en sus familias paterna y materna y cómo este saber de producción artesanal se desarticula entre los hijos; así como se presenta el aislamiento de este hombre de la familia de origen, por peleas con los hermanos, en que *las groserías* intercambiadas son la sustancia de un rencor irremediable. Los mediadores de la diabetes aparecen en su infancia: el atole de masa y las tortillas con salsa, luego, los dulces en la época de bonanza; los culpables de la expresión del secreto que yace en la genética.

Luego de capturar elementos de su discurso, reflexiono lo que sucede a partir de nuestra interacción en el trayecto de los meses. Este hombre permanece en mí, con el potencial de la evocación: ofrece imágenes y vivencias en el espacio de su casa, que revela etapas constructivas y una historia acumulativa como la que se inscribe en su cuerpo, pero de mayor quietud. Una casa alejada de la calle de arriba y del portón celeste porque persiste la vieja casa paterna, con sus morillos y techo de teja, donde él ya no entra. Su pasado.

Figura No. 8. Genealogía tomada de las notas de campo



En el corazón de la casa, una sección antigua que alberga dos recámaras que dan a un pasillo cubierto, flanqueado por macetones, con sus plantas bien cuidadas. Más recientes son la cocina, el comedor y el baño, así como una habitación en la planta alta: la suya, de donde a veces baja con dificultad cuando lo visitamos. Allí, abajo, florece una pequeña huerta de ciruelos y duraznos, un aguacate hijo de la composta, un cedrón, un joven nogal de castilla, un chayote espinoso que se cuelga de todos y, al paso del hombre, el romero y otras hierbas de olor. Desde allí se accede al portón negro y a la ruidosa vialidad del presente.

Él ha ido embelleciendo ese espacio vegetal y he tenido el gusto de platicar con él allí. He probado todos los frutos y tisanas de ese lugar, gracias a la generosidad de este hombre que me ha invitado también a su mesa tanto para platicar, como para comer, que creció con una sensación de pobreza y que tiene mucho que dar. No puede haberse creado mayor empatía. La idea que me ha subrayado para su idea de pobreza es la de escasez de lo *necesario*, pero debo recuperar que lo estimado como necesario por las personas depende de los valores imperantes para cada grupo social y época;

que los contrastes usando elementos del presente para evaluar la situación que prevalecía en su niñez pueden tener resultados inquietantes o desafortunados. Más aún por el avance invasivo de las *necesidades* ciudadinas.

Este hombre arma, una y otra vez, el *cincolote* para airear las mazorcas, lo coloca a un lado de la cochera donde los hijos guardan sus autos y nosotros vemos cómo se intersecan dos mundos, la pregunta es cómo coexisten efectivamente esas imágenes y qué sentido llega a darles. Cuando habla de las tierritas que presta o donde siembra haba, además de la media hectárea de milpa, me pregunta si yo tengo tierritas. No tengo. No es sencillo hablar de pobreza ni admitir sin análisis el calificativo que, sin embargo, es usado de manera reiterada por los demás colaboradores, por lo que se analizará en la sección final de este capítulo.

En fin, en coexistencia con el pesar, él ha hecho un arreglo de su entorno inmediato que no lo constriñe, maximiza el espacio personal. Se lo ve arreglar sus plantas, contemplar a la gatita, darle cocido a Jerry, llevar su sillita lo mismo a la huerta donde toma solecito, que donde almacena el maíz, del otro lado de su casa, para ponerse a desgranar, a clasificar y, cuando el grano se acabe, ya habrá cosechado más, en el giro interminable de los ciclos agrícolas, que lo han llevado al atardecer de su vida.



6.2.2. Historia 2. Una mujer con la visión deteriorada por la diabetes, que persiste en mirar el cruce de los caminantes

La avenida Ruiz Cortines nace entre unas viejas casas del centro de Tecaxic, que rodean la plaza adyacente al atrio de la parroquia de Nuestra Señora de los Ángeles. La avenida serpentea en dirección suroeste, entre diferentes tipos de casa habitación y baldíos en la margen izquierda, mientras que, en la derecha, la tierra mantiene su oficio de cultivo. Luego continúa hasta cruzar sobre el río Tejalpa y llegar a la Hacienda Serratón.

Por el curso de esa avenida, a unos metros de la casa de sus papás, nuestra colaboradora se sienta las mañanas de domingo. Ella es hija de otra colaboradora y hermana de un colaborador más. Recibió apoyo económico de su hija para instalar ese puesto (UAEMéx-Hv2, 2023).), que consiste en un par de mesitas de madera, una silla, una báscula, unas cajas de plástico y una carretilla. Expende aguacates y fresas, que se acaban en torno del medio día. Las fresas que vende son pequeñas, pero de sabor más intenso que aquellas de los súperes, lo que gana es simbólico, pero le ayuda a sus gastos más personales. Se sienta a la sombra, con sus lentes oscuros, bien abrigada, atenta a los pormenores del cruce de autobuses, autos y transeúntes, mientras su cabello negro y corto se revuelve por el viento frío. Para padecer menos el que circula rumbo de un callejón, se la ve subir el cuello de su chamarra con frecuencia. La vi muchas veces así, antes de hablar con ella por primera vez.

Nació en Tecaxic hace 53 años, completó la primaria y sus principales ocupaciones son los quehaceres domésticos no remunerados, sobre todo lavar y planchar. No es derechohabiente de algún servicio de salud y sabe que tiene diabetes desde hace veinte años. Dice que no tomó con preocupación el diagnóstico (UAEMéx-Hv2, 2023).

Vive con su esposo y su hija, última que trabaja en Villa Guerrero y llega a casa los fines de semana. Ya recibe el trato de *Doña* y ha cuidado a los dos hijos: sus nietos. Ella sola creció al mayor, pero fue llevado por el padre al cumplir los trece años, por lo que ahora cuida solamente del más pequeño, desde que tenía seis meses. Han pasado dos años de eso. Cree que el nieto mayor eligió irse con el padre porque ella le ponía reglas y límites, en tanto que él le deja libertades y andar en moto, pero se tranquiliza porque ya empieza a ir a verlos. Las esporádicas visitas la consuelan y la alegran. En cuanto al pequeño, la madre participa en los cuidados únicamente los sábados en la tarde y los domingos.

Esta mujer tiene tres hermanos y seis hermanas vivos. De ellos, una hermana y dos hermanos, así como la mamá de los cuatro, han sido diagnosticados con diabetes. Ella no piensa demasiado en las causas de la diabetes: alude de inmediato la llegada de la enfermedad a los sustos fuertes. Luego, añade, comienza a enumerar circunstancias como la muerte de su otra **hija, hace veinte años**, de lo cual nunca más vuelve a hablar. O como cuando les vaciaron la casa y al mes les robaron una camioneta. En segundo plano, señala como decisivo no seguir una *buena* alimentación: «Nos vamos por el refresco, por la **comida chatarra**, el gansito, las papas, los chicharrones. Yo no era de los que comían

carne, primero por la economía, pero ahora **la aborrezco** por el sabor» (UAEMéx-Hv2, 2023).

Sin asociar sus estados de ánimo a algo concreto, relata:

Me dio por ser estricta, **por explotar** por cualquier cosa, me metí en la casa y me encerré mucho. Me gustan las cosas bien hechas, que no esté tirado, no sé si sea eso... Aunque no sé bien a qué se debe, le echo más a que soy **muy enojona** y a lo que comía» (mucha coca-cola). Luego, **la soledad** que he tenido siempre. Mi esposo se va a trabajar. Y me dicen: «Todavía te atreves a cuidar a tu nieto. Qué otra. Es mucha responsabilidad; se suben, brincan...» (UAEMéx-Hv2, 2023).

Se queja de que ya no puede comer dulce de manera tranquila, que los sustos o los corajes están latentes... **Cambios** es lo que le representa la diabetes, específicamente restricciones. No comer lo mismo, ya no hacer la vida igual, limitarse de todo, no comer lo que tiene dulce, no tener ganas de salir. Sentirse **triste, con ganas de llorar**. «No sé si sea la depresión o la diabetes...» (UAEMéx-Hv2, 2023), se pregunta.

En cuanto a los tratamientos prescritos, ha pasado por metformina sola, combinada y, desde hace seis años, recurre a las inyecciones de insulina. No obstante, admite haber tenido poca adherencia al uso de los medicamentos y ser reticente a controlar su dieta: cuando mucho, restringió el consumo de comida dulce y de coca-cola, que es su refresco favorito. Compra plumas con insulina y su esposo le aplica 30 UI en el abdomen o en la pierna, cada día. La pluma (280 pesos c/u) le dura entre 15 y 20 días, el paquete trae cinco unidades. Al **principio sentía miedo de usarla, porque es dicho común que afecta**, pero no *le quedó de otra*. Reconoce que no encuentra opción de tratamiento con que se mantenga en relativo control.

Expresa confianza en los médicos, porque curan y dicen el pronóstico. Poco después de su diagnóstico, ella tomaba muy en cuenta la recomendación de *hacer ejercicio*, y por eso se iba caminando hasta el centro; pero dejó de hacerlo por los asaltos con motocicletas, para quitar el celular o llevarse a los niños y, además, tiene la responsabilidad de cuidar a su nietecito. Toma el quehacer doméstico como su ejercicio.

Otros cuidados que observa son el consumo de agua de pepino, de jamaica, té sin azúcar. Encuentra una **paradoja** en que nos detenemos juntas: aunque no tome azúcar, *se le sube* el azúcar del cuerpo. Por otro lado, comenta que se **le baja la presión** a menudo: «Me siento con hartito frío, la cabeza me duele, me da sueño, pero ahora con los

niños, no me duermo. Me pongo un cachito de chocolate debajo de la lengua» (UAEMéx-Hv2, 2023). Relata que, sobre todo en época invernal, haga lo que haga, se la pasa con mucho frío, con zumbido de oídos y mareo.

En los últimos años, se le han caído los dientes, pero sigue tomando coca, sobre todo porque le sirve para los descensos de la presión que señala. Sabe cuándo *anda mal* del azúcar porque su cuerpo queda inutilizado por un cansancio extremo y se pone **hipersensible**: cualquier roce o contacto con su piel le causa dolor, una sensación tan intensa como la de recibir un golpe. **Su piel y su cabello se ponen resacos**. Me explica cómo se siente, mientras comprime un área de mi pierna para explicar el dolor ardoroso que experimenta. A pesar del uso de insulina, con frecuencia amanece muy cansada; entonces verifica su glicemia y la encuentra entre 200 y 250 (mg/dl). Agrega que no siente mucha sed ni orina en exceso, como a otros que se le reseca la boca y eso es porque, *como dicen*, hay **dos diabetes** (UAEMéx-Hv2, 2023).

Entre los eventos agudos recientes, hace un año su visión se nubló, mientras **temblaba y sudaba profundamente**, además de sentirse muy **nerviosa**, presentó un dolor intenso en el centro del abdomen y tuvo la sensación de morir. Cuando la llevaron con un médico particular de San Luis Mextepec, tenía 500 de azúcar (glucosa, mg/dl). Dice que ingresar en el hospital la asusta, sobre todo por el encierro y la creencia de no volver a salir de allí; que los encierros le son insoportables, que se deprime (UAEMéx-Hv2, 2023).

Ella explica que la diabetes perjudica al cuerpo en su totalidad, lo debilita y provoca los síntomas que ha compartido, entonces, requiere muchos más cuidados, la precaución de no cortarse, no pegarse, ante el desafío de que seguir con las actividades necesarias, siempre con el riesgo de lastimarse, siempre con el miedo. Ejemplifica la ocasión en que tuvo un callo en un dedo del pie, que se abrió, drenó pus, pero su cuñada le lavó con isodine y le echó una pomada, logró curarse. Con la diabetes, ella expresa cómo el envejecimiento se acelera y se magnifica, además: «la persona con diabetes se siente triste porque está sola, calla sus problemas y preocupaciones. La diabetes seca el cuerpo» (UAEMéx-Hv2, 2023), insiste.

La diabetes crece sus raíces sobre la vida cotidiana de ayer y hoy. Comparte su experiencia cotidiana:

Yo quisiera acostarme, dormirme, pero ando activa. Mi hermano se ha acabado, pero no se preocupa por nada, porque mi mamá casi los mantiene. En cambio, nosotros

(yo), hay que preocuparnos si hay trabajo, si se acabó el gas. Es una vida muy difícil y yo siento que es lo que nos va acabando también. Le voy a ser sincera, desde los once años, he luchado por tener algo, me salí a lavar ropa, yo trabajé, después me casé, vendía cositas, a veces mi esposo no tenía trabajo, mi hija estaba estudiando, pues yo recogía la botella, el cartón, para vender. Me puse a vender papa, por trece años, y lo dejé por quedarme al cuidado de mi nieto. Mi hija me ayuda, me mete la despensa cada mes, y ya me anda comprando que unos zapatos... Dinero no le acepto. Yo trato de hacer todo (UAEMéx-Hv2, 2023).

Le pregunto si los hombres lavan la casa, barren, trapecan: se ríe. Dice que no saben, que desperdician el jabón. Opina que la enfermedad no afecta diferencialmente según el sexo de la persona y que, si se es conchudo para los cuidados, no importa si se es hombre o mujer.

Reitera que una de las mayores dificultades que experimenta en la vida cotidiana es darse ánimos para levantarse cada día, pero le ayuda que esté su nieto. Se lamenta que ella cuida a los pequeños, se desvela por ellos y luego crecen y **eligen irse**, o que no podrá verlos más por esta enfermedad. Suele quedarse largos ratos a solas con el chiquito en casa durante la semana, y se halla perpetuamente preocupada de que algo le suceda y el niño se quede a su suerte. Cuenta, con una sonrisa, que él la llama *mami*, pero ella le aclara quién es su verdadera mamá.

En diferentes ocasiones que las charlas retoman sus sentimientos, recalca dos circunstancias, un sentimiento crónico de soledad impuesta (Tinoco-García & Espinoza-Rivera (2023) y uno más, respecto de las entrevistas:

Yo soy **nerviosa**, de siempre... Se siente una **sola**, como que a nadie le interesa. Nadie me apoya, mi familia no me apoya. Nadie me anima. Es triste... Mi mamá no es de ir a verme (*se le quiebra la voz*). Mi mamá apoya más a mi nuera. Cuando me operaron de los ojos (*extracción de cataratas del ojo derecho*), **mi mamá no me veía**, solo una de mis hermanas me llevaba un taco». Se emociona de poder hablar conmigo acerca de cómo se siente, y con temblor fino y frío en sus manos, toca el dorso de mi mano izquierda. Busca mostrarse animosa. Sonríe nuevamente (UAEMéx-Hv2, 2023).

La relación con su mamá es tema recurrente. Explica que no le habla de cómo se siente, pues no es alguien que se dé el tiempo de sentarse a platicar, que anda siempre haciendo sus cosas, de allá para acá, que no le pone atención como madre y que se

desentendió de ella cuando se casó, sin enterarse de si su marido la trataba bien, con cero reacciones de preocupación. Que por eso, su mamá está muy cuidada, porque no lleva la responsabilidad de los hijos, porque una madre que se preocupa de verdad **se acaba**.

«Siempre me gustó el nopal, el arroz, las papas, el frijol, los charales, el huazontle. **Estaba gorda**, pero fui bajando de peso. Ahora hago **sopita**, zanahoria, papita, brócoli» (UAEMéx-Hv2, 2023). Nos confía que si tuviera más dinero, compraría filete de pescado y pescado para hacer un caldo. Toma nuevos ánimos y expresa propósitos alimentarios: comer más verdura, menos dulce, tomar solo un vaso de coca de botella de vidrio a la semana. La coca, que ya había dejado, pero de pronto se le antoja, sin saber por qué, solo porque es rica, y fría es más sabrosa, por eso le parece obvio que sea **el refresco más caro**, mientras que los más baratos son los *jarritos*.

En su aportación para la co-construcción, sugiere que las personas hagan ejercicio y se cuiden, que se **limiten** mientras están sanos. Ya enfermos, que tomen la diabetes en serio, pero no demasiado, porque más se acaba la persona. Añade que los quelites y las verduras, como la calabaza, el pepino y el brócoli son buenos alimentos para prevenir la enfermedad y tratarse. Manda un mensaje a las personas enfermas, para que recuperen el gusto por la vida, que pierde su sentido si a uno le prohíben toda la comida. Cree que cada vez hay más gente con diabetes porque hay químicos por todos lados, por ejemplo, en el cuerpo de los cerdos, en todos los alimentos, que ya nada es natural. Tiene presente la incurabilidad de su mal y cierra, con poca resignación: «La diabetes es para toda la vida y ya nunca se nos va a quitar» (UAEMéx-Hv2, 2023). Ella confía en que el resultado final dependerá siempre de lo que dios diga y, mientras tanto, sigue en la esquina, con el mentón en alto y la mirada puesta en el cruce de los caminantes.

6.2.2.1. Relaciones intersubjetivas

Los encuentros con esta colaboradora fueron complicados de sostener y más complicados de pensar. Ella es cortés y responde a las peticiones, pero se mantiene en lo alto de una torre. A través de sus pausas, parece querer lograr el diferimiento de las respuestas importantes o, por una oportuna digresión, poder llenarlas de ambigüedad o polisemia. A menudo, habló en medio de un silencio lingüístico que sugiere el deseo de vaciar el ambiente de sonidos y ruidos, de solo perpetuarse en la mirada de los caminantes. Un deseo de callar, o de gritar, de manera definitiva.

Sus ojos, sus cejas están siempre ocultos por los enormes anteojos oscuros, de donde solo veo tonalidades en el timbre y los quiebres de su voz, la voluntaria aceleración y la desaceleración subconsciente de su discurso. Su voz se quebró a menudo: no quise presionar más allá. Cuando su discurso se ralentizaba, parecía existir una imposibilidad de nombrar, no cognitiva, sino emocional; tal vez le pesaban las prohibiciones de la verbalización, de lo indecible. Nos llenamos de sus silencios. Lo que esta mujer no dice y no dijo está presente desde el *incipit*, luego del primer saludo. Encuentro en ella un relato profundo que no fue contado, que no podía ser presionado, sino respetado y reubicado como la indagación social que prometió ser. Ella es un ser humano de marcas silenciosas, como los que Marguerite Yourcenar imprimió en varios de sus personajes, un rol silencioso particularmente reservado para las mujeres (Molina, 2006). No queda más que buscar lo profundo en lo superfluo.

No obstante, ella quiere comunicar. Yo no veo más que una parcialidad de su rostro, pero ella ve la totalidad del mío, lo que su decir provoca. Opta por el contacto, además de los silencios. Me toca en varias ocasiones, en los momentos de mayor ánimo en nuestra conversación, añadiendo la intensidad de una sonrisa. Me toca para enseñarme donde duele, presiona un poco mi pierna para explicarme cómo se siente. Siento su mano fría. Paul Valéry (1988) escribió que lo más profundo que hay en los hombres es la piel, por eso sé que hemos compartido una interacción importante, pero mis medios de interpretación son todavía más limitados que delante de la palabra que fluye.

Su vida aparece como un tejido apretado en que la convivencia familiar es ineludible. Vive con su esposo, pero tiene la claridad de manifestarse en soledad. Sé que vive en la misma casa que su hermano, su cuñada, sus sobrinos, que su mamá y su papá, que su hija y su nieto. Está tan rodeada de gente y se entristece de no tener con quien poder platicar. Se expresa particularmente desilusionada de la relación con su madre, quien *ve* poco por ella. Sin embargo, sus voces se parecen, siguen las mismas inflexiones, se detienen en las mismas expresiones, llaman en diminutivo a los alimentos, les gusta la sopita, se iluminan de la simple mención de los pequeños del hogar y se sienten forzadas a ser solícitas, hacendosas. Su madre también tiene diabetes, pero es de una expresión leve, que no mina su fortaleza.

Esta colaboradora, en cambio, se ve obligada al uso de insulina desde hace más de un lustro. Sospecho que emplean dosis inadecuadas¹¹. Lo que ella reconoce como presión baja, puede mantener relación con la complicación que puede ser la más letal de la diabetes: la hipoglucemia. Sudor frío, temblor y ansiedad; los declara y los constato en las ocasiones en que tocó mi mano. Tiene experiencia en lidiar con las cataratas y la enfermedad arterial periférica parece progresar. Su estatus es próximo al desequilibrio y el estrés emocional perenne ensombrece la posibilidad de su control. Esta es, como ella apunta, *la otra diabetes*, no como la de su mamá, leve. A raíz de estas reflexiones, decido una última visita para indagar quién y cómo la instruye en su manejo, así como dirigirme al centro de salud para conocer la atención que pueda existir para casos como el de ella.

Mucho de lo que dice no es personal, su charla tiene abundantes comentarios, que conservan el sentido de ser «relatos importantes que se cuentan, se repiten y se cambian... conjuntos ritualizados de discursos», preservados porque se les sospecha una riqueza (Foucault, 2020, p. 25-26), los cuales son, sin embargo, un procedimiento de control y delimitación del discurso.

La mayor parte de lo que externa esta mujer es no verbal. El tiempo transcurrido desde la muerte de su hija corresponde con el reconocimiento del inicio de su diabetes, pero no discurre sobre esa existencia, la mantiene como una que no hace ruido, que solo parece haber quedado inscrita en el cuerpo... Como describe Florence Bancaud (2020), ella mantiene su cuerpo como la superficie de primer contacto con la alteridad. Es el cuerpo el que ha sufrido los daños de la edad y la enfermedad, la frontera entre su yo y el mundo, en cuyo interior (*Leib*) vive intensamente, mientras que la miramos sin saber descifrarla desde el exterior (*Körper*). La piel es su muro, donde también hay una puerta por la que nadie atraviesa. Ante la vista deteriorada, ha convertido a la piel en territorio para el intercambio de sentidos y, seguramente de modo inconsciente, espera que la etnógrafa comprenda y sepa compartir los mismos códigos. La fragilidad interna se le presenta como un problema. El frío del alma tiembla en sus manos.

Ella culpa a los enojos de traer la diabetes, apunta igualmente su dedo hacia la soledad que soporta. La coincidencia con la historia de vida paralela sorprende. Ella prueba su

¹¹ Las dosis de insulina pueden ser, en ocasiones, insuficientes, con lo que la persona se mantiene en el límite de la hiperglucemia con cetosis (glicemia de 250 mg/dl o mayor). A veces, puede ocurrir que se aplique en exceso, o se use insulina rápida en lugar de insulina lenta, o en incorrecta relación con el consumo de alimentos. También es posible que el sitio de administración no sea el correcto. Son varias las posibilidades que necesitan ser exploradas en este caso.

propio enojo y queda latente la posibilidad de *maldad* en el sentimiento... capaz de dañar por sí mismo o, tal vez, de provocar un castigo. Hay un excedente del enojo que es un asunto pendiente. Falta profundidad, pero hay hermetismo.

La soledad que refiere es una del tipo impuesto por el exterior, pero en este caso no es el *estar solo*, sino el estar acompañada y percibirse sola, *sentirse* sola y sin un sentido de pertenencia (Tinoco-García & Espinoza-Rivera, 2023). Habita en una casa que no es suya, sino de su madre, quien dispone llena de vitalidad de los asuntos, una madre que no le ha sido cercana. A veces está su hija, siempre está su esposo, con todo, se siente sola. Desde su subjetividad el mundo se vuelve realidad: está efectivamente sola y sufre en consecuencia.

En ella no hay pláticas tapizadas de optimismo, no hace malabarismos con los recursos de resiliencia o el empoderamiento, es más auténtica que eso; intuye la magnitud del individualismo y la desconexión de sus deseos de los de los otros. Ella es diferente de su familia porque ya no expresa deseos ni expectativas, lo más que se permite expresar como anhelo, si cualquier cosa le fuera concedida, es tener un filete de pescado en el plato. Se conforta con el recuerdo de sus nietos, al tiempo que permite que la mirada se congele en el cruce de los caminantes.



6.3. Situación biográfica y contexto sociocultural de los colaboradores: entrevistas desde coordenadas particulares

Como se ha señalado, las entrevistas a profundidad y la práctica etnografía fueron efectuadas en el interior de los hogares y en sitios públicos de Tecaxic, México. Decidimos presentar en forma abreviada lo sucedido con cada persona que colaboró en dichas entrevistas, recuperar sucesos fundamentales para nuestras indagaciones, fragmentos de discurso notables, usos del cuerpo y asomo de las emociones que ratifican la complejidad del objeto de investigación. Observar y escuchar, sus cosechas, el desafío escritural que representan las selecciones de trayectoria o escena, siempre matizadas por un **punto de vista político**; la descripción que se convierte, como concluye Castro (2022), en las primeras interpretaciones.

Al observar el entorno y entrevistar a familiares en primer grado de los colaboradores se logró una polifonía, que contribuyó a la comprensión de la naturaleza de las interacciones desde distintas perspectivas (Gómez y Miranda, 2005). La indagatoria estuvo encaminada a obtener información sustancial sobre la experiencia de vivir con diabetes y de acuerdo con las recomendaciones de evitar preguntas tramposas, frívolas o enunciadas en modo irónico (Bourdieu, 1999). Esta forma de entrevista cualitativa permitió una lectura de lo social mediante la reconstrucción del lenguaje, rica porque facilitó que confluyeran sentimientos y otros aspectos subjetivos, experiencias e interpretaciones, aunque también registramos limitaciones por su carácter único y dificultades para la generalización (Vela, 2001).

La información confluye de acuerdo con los apartados temáticos de la indagatoria, en algunos casos; en otros, son las categorías que emergieron relacionadas con el género, la desigualdad social o las condiciones de vida las que definen lo presentado. Después de mostrar los rasgos característicos del contexto particular y la vida cotidiana alrededor de la diabetes, se comenta en breve sobre las relaciones intersubjetivas surgidas de la interacción de la etnógrafa con cada uno de los colaboradores.

6.3.1. Con los dedos en las cuerdas, pese a la diabetes

En el barrio Tepetongo, adyacente al centro de Tecaxic, se ubica una privada donde reside otro colaborador que también es tratado de *Don*: tiene 82 años y es un ávido lector de cuestiones históricas y filosóficas que él mismo se impuso, luego de interrumpir sus estudios al concluir el segundo año de primaria. Tiene un pasado y un presente laboral polifacético: trabajó en la perforación del pozo de Santa Juana, en las aguas termales de San Pedro de los Baños, fue relojero que instaló un local en el centro de Toluca y trabajó allí por muchos años. Entre sus ocupaciones más queridas figura la de intérprete musical, en solitario y como parte de un trío que todavía a veces se reúne para alguna tocada. De lo anterior derivan, además, las labores como maestro de guitarra de los jóvenes del lugar y aclara que prefiere recurrir a los programas solistas de Antonio Bribiesca.

En una época también intentó tocar la trompeta, pero no le agradó; más de su gusto fueron el contrabajo, el requinto y, en especial, la guitarra clásica: un reto de integrar armonía y melodía. Muestra fotografías en blanco y negro del trío, colocadas en marcos que cuelgan de los muros de la sala de su casa, donde también se pueden ver pinturas al óleo con verdes intensos, escenas selváticas y húmedas, que explica son de su autoría y han sido expuestas en eventos locales. Promete mostrar más fotografías de sus álbumes, en una próxima visita.

Cuando él tenía entre 40 y 42 años, su esposa y él sospecharon que algo andaba mal porque entonces no había servicios de drenaje y, cuando orinaba en una piedra del campo, las moscas se pegaban. «No era muy popular la enfermedad, como ahora, y no sabíamos lo que ahora se sabe. La ciencia ha avanzado» (UAEMéx-Ed1, 2023). A partir de la amistad surgida con un médico de la Ciudad de México, para quien tocaba a menudo, pudo tener más pláticas sobre la enfermedad. Se levanta y va a traer un gran libro de pasta gruesa, con abundantes fotografías: *Medicina mexicana, dos siglos de historia 1810-2010*, con una dedicatoria afectuosa a este maestro, de ese médico, en la primera página.

«De la diabetes no sabíamos nada, ni de su tratamiento. No se creía importante hacer ejercicio y **¡a comer pan, a tomar refresco!** Antes, nada más me estaba sentado, comiendo tortas y pura carne, nada de vegetales. Y allí está» (UAEMéx-Ed1,

2023). Sonríe y extiende la mano derecha como mostrando el actual panorama. Continúa:

Todo es **por no llevar un control de la alimentación**. Uno cree que estar gordo, es estar sano, cuando hay que preferir más frutas y verduras. Luego, la tomada: diario, diario, tomábamos. Un cartón de Don Pedro. No me daba cuenta, pero ya tenía la diabetes. Ahora, cuando mucho tomo cuatro copitas» (UAEMéx-Ed1, 2023).

Fumar no deja cantar y sí da diabetes, considera, y decide no atribuir a algo más la enfermedad, cierra con un «da y no se quita» (UAEMéx-Ed1, 2023), porque así es la diabetes.

Poco después de sospechar que su orina era dulce, la vista se le nubló de pronto en una ocasión que manejaba de noche. Detuvo el auto y no manejó más. Pensó: «**Hasta aquí llegué**» (UAEMéx-Ed1, 2023). Lo acompañaron a consultas de oftalmología, cerca de la estación Salto del Agua, en la Ciudad de México. En ese servicio le diagnosticaron diabetes, indicaron tratamiento, le dijeron qué no comer, le hicieron estudios con aparatos y, al final de su operación con rayos láser, alcanzó a distinguir una luz azul, morada. En este punto, su rostro se ilumina y sus ojos resplandecen con alegría al recordar cómo recuperó la visión. «Cuando me operaron, sentí que volví a nacer» (UAEMéx-Ed1, 2023). Hace cuencos con las palmas de las manos y las apoya en sus rodillas, sin dejar de sonreír.

Sin embargo, hace quince años, fue necesario amputarle una pierna. Lo llevaron al hospital Adolfo López Mateos, no sintió nada de dolor, pero sí «**sentí que ya no iba a poder** tocar ni a volver a salir... ¡Y sí!» (UAEMéx-Ed1, 2023). Nuevamente pierde el tono grave y sonríe, hace una pausa, recuerda más: También sintió que lo estaban envenenando porque el agua le sabía horrible y lo tuvieron tres días sin comer. «Quería agua, me estaba quemando. El agua es lo más sagrado. Es exquisita» (UAEMéx-Ed1, 2023). Sonríe entonces con un tono melancólico y sin decir más palabras, hace un gesto con la mano derecha y la cabeza que señalan la pierna, hace entender que utiliza una prótesis, pero exhibe un gesto victorioso. Mientras estuvo hospitalizado, dice haber tenido una revelación, la visión de una mano blanca, resplandeciente, un ser divino, que se aproximó a él y le hizo saber que la expectativa de hasta dónde llegar en la vida dependía de una orden, lo cual lo dejó tranquilo.

Admite que la amputación fue un cambio drástico y, en contraste, concluye «**Estoy satisfecho de la vida**» (UAEMéx-Ed1, 2023).

Luego de haber vivido en medio de la preocupación recurrente de no poder valerse por sí mismo más, de pronto descubrió que sí podía y resaltó el **apoyo de su esposa**, quien le lavaba, lo animaba; el apoyo de su compadre, con sus visitas y ánimos, así como de sus amigos de tierra caliente que venían a verlo, a echarle canciones. «**Sí pude**» (UAEMéx-Ed1, 2023), repite.

Declara una **buena relación con los médicos**, con quienes echa relajo y le dicen que *ahí la lleva*. Toma metformina 500 mg en la mañana y otro tanto en la noche (60 a 117 pesos en las presentaciones más económicas, 528 pesos la presentación de liberación prolongada; tratamientos para un mes). Llama a su esposa y le pide que traiga la caja de la medicina que da el presidente. Es nueva, cara, toma una tableta a medio día (linagliptina tabletas de 5 mg, 1,516 pesos la caja con el tratamiento para un mes); por el momento, la recibe del Estado. La medicina le cae bien y dice que lo mantiene controlado. Se pone contento y se levanta a tomar una de sus guitarras de un organizador que está en un extremo de la sala. Toca y canta el tango *La cama vacía*, del compositor argentino Carlos Spaventa: «Desde un tétrico hospital, donde se hallaba internado, casi agónico y rodeado de un silencio sepulcral, con su ternura habitual, la que siempre demostró...».

Además de su tratamiento a base de medicamentos, reconoce el valor del té de **yerbitas amargas** y de las vitaminas. También se ayuda con el ajo para mantener bien la presión arterial. Ahora, la carne no le agrada mucho, pero sí le gustan los huesitos de pollo. Prefiere comer mucho nopal: en guisos, en ensaladas, con aguacate y complementar su cuidado con caminatas. El único **vicio** que le queda es tocar la guitarra. Para cerrar la primera entrevista, el maestro recomienda que las personas con diabetes consuman nopal guisado con chile de árbol, con papas hervidas, con salsa de molcajete; verduras todos los días y yerbitas como las vinagreras; refrescos, solo de vez en cuando; «que coman frutas y tomen agua de pepino, jamaica y frutas; que no abusen del pan. Que las personas se cuiden» (UAEMéx-Ed1, 2023).

Cuando se cansa de hablar de la diabetes, se levanta y se acerca al mueble en que organiza sus guitarras, colocadas una al lado de otra, toma una y regresa a sentarse. De joven, fueron las cuerdas de los relojes, hoy, se eleva sobre los daños de su enfermedad, ignorándolos mientras pulsa las cuerdas de la guitarra. Guiado por el

orgullo, compone canciones a su pueblo, Tecaxic. Interpreta música del pasado y reinterpreta su presente.

* * *

Por lo que respecta a las impresiones en la etnografía y las relaciones intersubjetivas, encontramos que la experiencia de este hombre es el resultado de sus señalamientos del pasado, su presente y las expectativas de aparente aceptación por lo que deba venir. Los cuidados que emprende son congruentes con las ideas que refiere sobre la diabetes y recibe el apoyo de su red social inmediata, lo cual le genera sentimientos de seguridad y fortaleza.

Aunque se sustenta en explicaciones llanas de carácter científico para el arribo de la diabetes, devela un viejo hábito que hoy reprueba, un abuso de *cartones*, como él desvía la mención de las bebidas alcohólicas, la entrega a un **vicio**, y abre la puerta a pensar una enfermedad que opera como castigo; aunque en lo superfluo e inmediato, culpe al consumo excesivo de pan, refrescos y carnes, y a la desatención primera de los vegetales. En el presente, sin embargo, expresa una *rectificación* del camino, que le genera satisfacción y tranquilidad.

Realiza sus cuidados con un mayor énfasis en la alimentación y un cierto nivel de actividad física, con placer y convencimiento de sus efectos benéficos —cualesquiera sean estos—, a pesar de haber tenido complicaciones severas, como la afectación de la retina y la amputación de una pierna. Gracias a que ha alcanzado a resolver parcialmente los daños, con la cirugía por la que pudo recuperar visión y al apoyo de prótesis y bastón, no se concentra en limitaciones. En vez de entregarse a la desesperanza, sublima sus preocupaciones en el interés por las lecturas de su preferencia y los hechos significativos de la vida, como tocar la guitarra y ensayar nuevas canciones, o caminar por el patio de su casa, pasar junto al ciruelo y las macetas con flores. Durante el par de charlas que tuvimos, se encontraba animoso y aparentemente en control metabólico. Este hombre enfrenta las asperezas de una vida marcada por la diabetes, por el valor de un halo poético que lo envuelve.

6.3.2. Cronista de Tecaxic, entendido de la diabetes también desde la biomedicina

Él es un hombre de edad mediana, con 41 años al momento de la primera entrevista y sin diagnóstico de diabetes, quien ha colaborado con información para efectuar la historia de vida de su padre. Tiene sus propias ideas acerca de la diabetes, una síntesis de lo aprendido durante su formación como licenciado en nutrición y especialista en salud pública, que convive con creencias y valores entre los cuales creció. Siente orgullo por sus orígenes y lo que Tecaxic le significa, habla con emoción y detalle de cada una de sus fiestas, sus rincones, su gente, su historia. Se documenta sobre lo que se publica de su pueblo en monografías, documentos históricos y en redes sociodigitales, platica con las personas mayores sobre las costumbres pasadas, visita al párroco franciscano para charlar sobre la vida e historia de su pueblo y se preocupa por conocer sobre los documentos de la Inquisición que este resguarda.

En los recorridos hechos juntos, siempre compartió aspectos interesantes del conocimiento que ha elaborado. Las miradas alternas entre su interior y exterior lo llevan a quejarse con frecuencia de su destino de vida, pero la exaltación de su pueblo lo recupera, exactamente de la misma manera que sucede con su padre, quien olvida las amenazas de la diabetes, el envejecimiento, los otros padecimientos y los demonios internos, subyugado por la narrativa que grita el orgullo de habitar el mundo, cuyo centro es Tecaxic.

Él tiene trabajo remunerado por la atención nutricional y guía alimentaria que da a usuarios del centro de salud de una localidad vecina. Procura emprender para mejorar su ingreso, pero las ganancias apenas saldan sus inversiones. También tiene responsabilidades que ocupan su tiempo, como lo es adquirir alimentos y cocinarlos en casa, alternando con su hermano, principalmente. No tiene diabetes, pero vive en medio de una familia donde muchos miembros lidian con ella, lo que le hace reflexionarla a menudo, además de que atiende personas con la enfermedad. De forma muy práctica, la resume como «no poder comer más lo que se comía previamente» (UAEMéx-Es1, 2023).

«Vivir con diabetes significa muchas cosas y depende de quién lo diga» (UAEMéx-Es1, 2023), opina:

El médico reprocha y culpa a la persona, en medio del proceso de *recibir* la enfermedad; prescribe medicamentos y siente que ha cumplido su misión. Los

pacientes sienten que todo está bien con **tomarse el medicamento** y creen cumplida su misión (UAEMéx-Es1, 2023).

Es un crítico del *statu quo*.

En el centro de salud, le *pasan* los *pacientes* cuando no se ha logrado el control metabólico y, si no mejoran, el médico echa la culpa a pacientes y nutriólogo, como si fuera necesario señalar un culpable. Allá en la clínica, nuestro colaborador lo ha escuchado decir a las personas: «¡Mire cómo está su azúcar!, se ve que no hace lo que se le dice... Usted se va a morir de la diabetes o de un infarto, y por eso está ciega» (UAEMéx-Es1, 2023).. Un día, a solas, le cuestionó su forma de dirigirse a las personas y el médico respondió que no era que los quisiera hacer sentir mal, sino que se veía como el papá de ellos (¿?).

Como nutriólogo, reflexiona sobre los orígenes del problema a gran escala que representa la diabetes y concluye que tiene que ver con las costumbres. Nos lo comparte: las abuelitas dan frutas y consienten con alimentos dulces. Pero esto no solo ocurre en el hogar, sucede a escala nacional porque, luego de la lactancia exclusiva, se recomienda iniciar la alimentación complementaria con frutas, en vez de verduras, lo que desarrolla un gusto por lo dulce desde los orígenes. Critica la postura del Instituto Nacional de Perinatología que avala un artículo de donde surgen los últimos lineamientos para la introducción de alimentos sólidos y recomienda integrar completamente a la alimentación familiar a los pequeños cuando cumplen seis meses de edad, lo cual no se justifica con la evidencia que se presenta en el mismo artículo.

Además del cuestionamiento de anteponer las frutas, considera que las preferencias de las personas por los alimentos son distorsionadas por el uso común y creciente de potenciadores de sabor, entre los más comunes, azúcar y sal; otros relevantes, el glutamato monosódico. A continuación, expone que una buena parte de las personas, ahora con obesidad o diabetes, puede haber recibido sucedáneos de la leche materna, a partir de la década de los setenta. Por último, estima que, en general, cuando hubo mejoría en el ingreso de las familias mexicanas, y una mayor **disponibilidad de alimentos**, las personas comenzaron a comer en exceso. A través de su experiencia ha llegado a conclusiones sintéticas y valiosas para nuestro estudio.

Él explica que prefirió estudiar porque de pequeño no le gustó el trabajo del campo, ni los oficios que tenían sus abuelos o su papá: la alfarería, la albañilería o la plomería. Con gesto adusto, declara: «pesa menos cargar un lápiz que una pala. No me veía en eso, mi mamá lo comprendió y me mandó a estudiar a Toluca, desde los cinco años, a la primaria. Soy hijo de Tecaxic, sin haberme formado en él. Me conocen en el pueblo, pero en realidad soy un desconocido» (UAEMéx-Es1, 2023). Con una actitud de confianza en que sus aportes serán compartidos, me enseña documentos históricos y me hace llegar vínculos de eventos religiosos y sociales de este, su pueblo, del que cuenta bien las crónicas y los milagros, al mismo tiempo que sigue siendo un nutriólogo.

* * *

Este colaborador se encuentra atravesado por las preocupaciones que afligen a su padre sobre la pobreza, a pesar de tener estudios universitarios y desempeñarse como profesional; además, vive esas preocupaciones con mayor enojo porque visualiza que no tendrá acceso a ningún tipo de jubilación, no obstante haberse preparado con una educación formal. Es un nuevo caso que vive oportunidades limitadas, algo coyuntural.

Una primera implicación de la pobreza que le preocupa es la que trastorna la correcta alimentación y cree firmemente en que la restricción en proteínas de origen animal es la responsable del deterioro que se asocia con la diabetes. Construye una realidad, en conjunción con su padre y hermano, que se encuentra entre lo que le ha instruido el modelo biomédico y el conocimiento común, como lo entienden Berger y Luckmann (2019 [1968]), pues se desenfoca en cierto grado del discurso biomédico que recomienda la disminución de la presencia de carnes en el nuevo plato del buen comer y de la sustitución parcial de estas por proteínas de alto valor biológico (Amaro, 2023), que se logran por la combinación de cereales y legumbres en la dieta. Además de la ventaja que representa la limitación del consumo de grasas saturadas, las legumbres tienen un bajo índice glicémico y son de menor costo (Flores-Fernández et al., 2022).

La importancia de vigilar un consumo *suficiente* en proteínas solo se expresa en esta familia y nos lleva a reflexionar que el discurso en salud hace poco énfasis en las bondades de la combinación aquí mencionada y mantiene en primer término las recomendaciones de carácter restrictivo. Este es un ejemplo importante de la construcción de una realidad social que es única a esta familia, donde entran los valores del pasado y presente, crean nuevos valores que imponen para someter los sentimientos de tristeza que se ha aprendido a asociar a la construcción pobreza.

Una vez compartió, cerca de las cuevas de barro, en el cerro, que ha tenido cifras altas de presión arterial en un par de ocasiones. Le resta importancia y en ningún momento expone la posibilidad de un diagnóstico al respecto. Es todavía más duro su silencio en cuanto a cualquier consideración de llegar a tener un desequilibrio de la glicemia, de que algún día apareciera la diabetes, pese a que su padre y la mayoría de sus tíos la han padecido. Callo en respeto a su determinación, pero encuentro un símil de estos espacios carentes de discurso con la actitud cultural del mexicano hacia la muerte que todavía no ha llegado.

6.3.3. La diabetes se sobrelleva en buena compañía

En la intersección de la avenida Ruiz Cortines con El Pedregal, trabaja nuestro colaborador de 46 años. No aceptó el registro en audio de la entrevista, pero participó con respuestas claras, poco pensadas y con un tono sincero; permitió las anotaciones. Tiene la secundaria terminada y vive enfrente de donde coloca su puesto, en el que vende papa frita tipo saratoga, al natural, enchilada y con queso, que elabora con su familia.

Por la presencia de síntomas, a los 28 años, asistió a consulta médica, a un costado de la iglesia; entonces se le diagnosticó diabetes. La primera idea que tiene al hablar de esta enfermedad es que es incurable, con origen en lo hereditario, la mala alimentación y los corajes. Al conectar con otros colaboradores, es patente que su mamá y algunos hermanos comparten el diagnóstico. En su caso, considera que la desarrolló a raíz de haber chocado dos veces, porque después del susto de la segunda ocasión, los síntomas se presentaron con fuerza: mucho sueño, cansancio y flojera, sed intensa, micciones frecuentes y rápida pérdida de peso.

Concluye que no está bien controlado porque su visión se ha deteriorado y no alcanza a ver a cierta distancia, aunque ya ha pasado por un tratamiento láser, efectuado por un oftalmólogo. En el mes previo a la entrevista de septiembre de 2022, ha sentido adormecimiento y hormigueo en los pies, que se presentan en alternancia durante todo el día.

Trabajó aproximadamente cinco años en la Pepsi, también en un taller de hojalatería cerca de la Nueva Oxtotitlán, donde ingresaba los autos siniestrados. El sustento familiar actual depende de la venta de papa frita.

Antes del diagnóstico, le gustaba mucho hacer ejercicio, en especial, correr unos ocho kilómetros cada tercer día; ahora no puede más porque le duelen los pies o se marea.

Su vivencia principal desde que se supo con diabetes ha sido la pérdida de tranquilidad, se pregunta qué sigue, qué va a dañar. «Piensa uno en lo peor, en perder la vida. Y **pensar mucho la enfermedad, nos mata**» (UAEMéx-Ed2, 2022). Afirma una afectación psicológica, aunque trate de no recordar que tiene diabetes: no puede evitar el pensamiento continuo. No cree que exista alguna red de apoyo. Solo está **él, con su esposa**.

No tiene la mejor relación con los médicos, porque se expresan sorprendidos de la *diabetes a su edad*, sin aclarar cuál es el mejor tratamiento en su caso. Lo confunden. Le han preguntado si se quiere poner insulina. Casi todos sus hermanos la utilizan, lo malo es el piquete. Además, le han dicho que hay cura, mientras que otros aseguran que la cura no existe, que la diabetes es crónica. Cuando le cambiaron el tratamiento, su esposa se informó en internet y le habló sobre que esa prescripción era peligrosa para su salud. «Uno tiene que regresar a consulta, porque los necesita» (UAEMéx-Ed2, 2022). Más allá de que señala que los médicos solo recetan medicamento, va a consultas porque quiere que *lo chequen*, para ver cómo está. Agrega que un especialista lo hizo dudar acerca de sus medicinas porque declaró «que **la metformina son puras chingaderas** que nomás dañan el riñón» (UAEMéx-Ed2, 2022). A pesar de la espina clavada, toma vidagliptina 50 mg y metformina 500 mg, una tableta cada 12 horas (costo de 549 pesos por caja, para el tratamiento de dos semanas).

No es derechohabiente de alguna institución de salud, pero cuando el ISSEMyM daba medicinas, su hermano le pasaba algo de metformina. Él dice que: «A final de cuentas, las instituciones ya no tienen medicamento, las personas tienen que

comprarlo. Me preocupa a mí nomás la vida: todo caro. Hasta la diabetes sale cara. Para el hormigueo de los pies me daban una medicina de 1,400 pesos» (UAEMéx-Ed2, 2022). Se muestra molesto; ya no la toma. Lamenta que la medicina *no esté como en otros países*, con mejores tratamientos para la diabetes, con la genuina preocupación de encontrar qué se puede hacer. Aquí no.

Al principio se sentía bien con la metformina, y mal cuando no la tomaba: sentía sueño y desgano, poco ánimo para salir a trabajar. Después todo han sido retos para el control. Está seguro de que, a pesar de tomar el medicamento, si se consumen dulces o refrescos, las personas habrán de sentirse mal.

Como opciones, ha considerado tomar en cuenta las recomendaciones del *Padre Pistolas*, un sacerdote que asegura que la diabetes y el cáncer se pueden curar con hierbas. El hombre aparece en múltiples videos en internet y en información de la prensa. Finalmente, ha recurrido esporádicamente a otros remedios, como los tés de hojas de mango o de guayaba, no fácilmente disponibles.

Explica que toda la familia cambió la alimentación por causa de su diabetes:

Almorzábamos con refresco, comíamos, con refresco. En realidad, no nos hemos dado cuenta de que **es la coca cola la que nos hace daño**. Me gusta la Pepsi, pero en la tienda solo venden coca cola: **es lo primero que se ofrece a una visita, ini modo que un vaso de agua!** Tomábamos el café dulce, ahora no; nos sabe feo, pero **nos tenemos que aguantar** (UAEMéx-Ed2, 2022).

Ha dejado de comer carne y prefiere consumir platillos con papas, calabazas, arroz. Le gustan la sopa y los chiles rellenos. «Como la mayor parte de los alimentos. Tomo más agua natural» (UAEMéx-Ed2, 2022). Reitera que hace mucho menos ejercicio como consecuencia del hormigueo en sus pies.

Opina que, en tanto la gente no cambie sus hábitos alimentarios la enfermedad seguirá presentándose. Que **se ve como bonitos a los niños gorditos**, pero conforme crecen, se ven las consecuencias. Los confunden. «Les digo a mis sobrinos que no coman eso. Te toman de a loco. **Vamos a estar peor** de como ahorita. Dios quiera que no le pase la enfermedad a mi hija» (UAEMéx-Ed2, 2022) y se queda mirando a una niña de unos diez años, cuando se va, luego de traerle un encargo. «Mientras no se controle a la gente —en su manera de ver las cosas— va a seguir siendo lo mismo» (UAEMéx-Ed2, 2022). Dice que la vida pinta difícil, pero habla a

menudo de su esposa con orgullo y cariño, de cómo está cerca y lo acompaña y, de forma indirecta, de la fuerza que le infunde para sobrellevar esta enfermedad.

* * *

En medio de síntomas inequívocos, este hombre recibió la confirmación del diagnóstico de diabetes con tan solo 28 años. Narra una vida con una variedad de ocupaciones con las cuales ha venido logrando el sustento de su familia y se muestra determinado a salir adelante, claramente enojado, pero sin lamentarse en la misma proporción. Hace un intento constante por no dar imágenes específicas a lo que ha de venir.

Él ha interiorizado bien el modelo biomédico: Enumera signos y síntomas propios de la enfermedad con los cuales contunde de manera cotidiana, la rebeldía para desaparecer pese al tratamiento y las limitaciones que le imponen, como no poder correr más. Sin embargo, no repara en que era un hombre con actividad física intensa y que, con todo, progresó por una senda de resistencia a la insulina e inexorablemente a la diabetes. Queda el recurso de la herencia.

A pesar de que enlista causas médicas como las genéticas y la alimentación no saludable, da cabida a los sustos y los corajes, los combina en su propia experiencia. Ejemplifica, con su propia familia, el consumo excesivo de refrescos a diferentes horas del día, la adicción al azúcar y los sabores dulces; expone el valor social que tiene beber y ofrecer refrescos comerciales, un valor contra lo que nada compite, donde el agua es despreciable y se convierte en una ofensa dentro de un vaso, que compromete las relaciones sociales. Ensalza a las verduras como alimentación adecuada para alguien con diabetes, pero excluye cada vez más a las carnes de su dieta, por considerarla inadecuada para los cuidados de su enfermedad. Entre las críticas a la sociedad menciona, además, la visión distorsionada que prefiere a los niños que tienen sobrepeso, por un supuesto valor estético.

Con la concisión que lo caracterizó, expone su pensamiento al ser diagnosticado, la preocupación por la salud presente y el próximo deterioro, con el pronóstico incierto, solo definido por lo peor esperable. Entonces revela una propia reflexión en cuanto al problema de pensar sobre las causas y el avance de la enfermedad, y los esfuerzos para evitar la recurrencia de esos pensamientos, que se añaden a las

tensiones ya existentes: «Pensar mucho la enfermedad, nos mata» » (UAEMéx-Ed2, 2022).

Encuentra apoyo y acompañamiento en su esposa, quien además se documenta para ayudarlo a salir de la confusión que le provocan los médicos, mal necesario, con sus diferentes opiniones. Un punto relevante es la duda que los propios médicos expresan acerca de los beneficios de hipoglucemiantes orales como la metformina, o bien, de iniciar insulina. Es decir, encontramos que el mito de la insulina existe incluso entre el personal de salud.

Ante los altos costos económicos de los medicamentos y la aparente pérdida de eficacia terapéutica de las combinaciones con metformina, y aún sin indicación o decisión de proseguir a insulina, ha comenzado a dar entrada a personajes que claman la posibilidad de curar la diabetes y, de forma muy conveniente en cuanto a precios, a base de hierbas.

6.3.4. De aquí pa'llá se olvida la diabetes

Tiene 85 años, es de complexión mediana, se muestra ágil mental y físicamente. Se trata de una mujer cuya vida está impregnada de un profundo sentimiento de **religiosidad**, una sensación de acompañamiento continuo por dios y de una posibilidad de alcanzar la resignación, por recurso del *ni modo*, que sale a relucir cuando efectivamente no hay de otra, ante el padecimiento irreversible, la muerte.

Sus primeras ideas en torno a la diabetes confluyen en una interrogación retórica a dios, por mandarnos *esa enfermedad*. En su caso personal, atribuye el desencadenamiento a un evento trágico ocurrido a la mitad de su vida. He aquí la condensación de un fragmento de la transcripción, donde narra lo sucedido:

Mi hija me venía a visitar cada ocho días [...] Tenía una niña y le iba a hacer su cumpleaños. Y me dijo: ma, ¿me prestas tu casa? [...] Y sí, bueno: vino. El día lunes se levantó pronto y me arregló todo lo que agarró. [...] Todo era a pie, porque no teníamos transporte de ningún lado. Entonces me dice: ma, este, ya me voy a ir. Su esposo se llamaba, se llama Antonio. Me dice: va a venir Antonio por mí. Y le digo, sí, ¿a qué horas? Viene en la tarde, como a las cinco. [...] Era en tiempo de aguas. Ya empezaba medio a gotear, a lloviznar, tantito. Entonces, agarré y le digo a una de mis hijas: Ay, ya se va a venir el agua. ¿A poco? Y le digo, sí. Recogimos lo que teníamos aquí afuera y lo metimos. Le digo: ¡ay, Dios mío,

ojalá y que no se venga. Estaba la nube [...] pero, yo, créamelo, de veras que yo me sentía con un presentimiento [...] como a los tres cuartos de hora... vinieron unos muchachos de por allá donde ella vivía. Vinieron y me dicen: [...] venimos a avisarle que a ver si nos puede acompañar... Luego le digo, ¿por qué? Y dice, porque... hubo como un trueno, un rayo, pero se oyó bien lejos, pero yo lo oí cerquita. Y fue lejos. [...] Fíjese que ese trueno que usted escuchó mató a su hija. ¡Ay, señor!... No sabe usted ni para dónde, cómo, me cayó. Y le dije: ¿cómo que mató a mi hija? Sí... ahorita está tendida. ¡Ay, no! De veras que sentí que el cuerpo se me durmió. [...] Me fui a ver a mi hija. Y sí, ya mi hija estaba tendida, y ya estaba para dar a luces. Así es de que se llevó su niño [...] Diosito me la dio y Diosito me la recogió. Y bueno, pues ya. Pues ya de eso, me vino la diabetes, porque me puse enferma... (UAEMéx-Ed3, 2023).

Pasó por un periodo de tristeza profunda y el deseo de dejar de vivir, pero se sometió a los designios divinos de llevarle o dejarla seguir, con lo que se recuperó a lo largo del tiempo. Sin proponérselo, se sobrepuso tanto a la muerte como a la enfermedad y se restableció como agente dinámico.

Su vida actual se desenvuelve en el centro de una familia extensa, al lado de su esposo y entre algunos de los hijos y nietos que viven en la misma casa, un hogar de ingreso conjunto. Ella es el cerebro y el corazón allí: sus relatos suponen relaciones armoniosas, de donde surgen motivaciones que la mantienen como una figura activa que **dispone el orden doméstico** para sus familiares. Enfatiza la importancia de movilizarse de manera continua por comida, en particular hacia San Luis Mextepec, Zinacantepec, lugar de acopio de alimentos frescos como pescados y quelites de cultivo, disponibles todo el año. Pero también va a Toluca, a su tienda de autoservicio preferida que vende los alimentos que necesita; o bien, coordina para que sus hijos participen en comprar algunas verduras, y de vez en cuando, además, un poco de carne para dar un tono variado a la alimentación de la familia.

Preserva una cocina de leña que, con la penetración de la modernidad, transitó al uso de gas, donde todavía elabora tortillas caseras. De esa actividad tiene una repercusión en la salud pulmonar¹². En su charla expresa una atención constante a que en el hogar no existan fallas en la disponibilidad de alimentos, entre los que destaca la presencia del pan (teleras, pan de fiesta).

¹² Por el antecedente de exposición a humo de la combustión de la biomasa, en especial leña, es valorada periódicamente, de parte de su médica, y suponemos un grado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Los discursos sobre la alimentación son medulares en su vida y en relación con la diabetes. Explica que **le evitaron muchas cosas de comer**: refresco, dulces, pidieron que *le* bajara a una o dos tortillas y que, al principio, cedió, pero se miró diferente ante lo que su familia seguía comiendo y se determinó a no *morir de hambre*, así que pronto se reincorporó a la dieta familiar. Le gusta mucho la sopa de pasta, como la de fideos, así como preparar un guisado que llama *vaquero* (charales, papas, nopales en un caldillo de chilaca, con cebolla y un ramito de epazote). Califica su alimentación como de **pobres**, mayormente sustentada en frijoles, haba, alverjones, lentejas; en quelites, entre los cuales ejemplifica corazones, cenizo, malvas, espinacas y acelgas. Además, comen con frecuencia papa, jitomate, tomate, chiles verdes y, en ocasiones, **manda a su hija** por un trozo de pollo o carnes de res o cerdo, o lo que *dios socorra*.

En cada cumpleaños se sirve pastel en casa, con un poco de chocolate o atole de harina (me dice: «usted no lo toma», mientras inclina la cabeza hacia mí y levanta la ceja derecha). Sí bebe coca-cola, medio vaso, más o menos diario, y una o dos cubitas, de vez en cuando. En un tono más pausado, y solo al final, agrega que llega a ir por pescado, mariscos y camarones para hacer un caldo.

Ella se contrasta consigo misma, ahora y antes de la llegada de la diabetes. Relata: «Estaba yo bien, estaba yo gorda, estaba yo llena de vida, ¿no? No nomás bien... «Sufro ahora de mi cuerpo» (UAEMéx-Ed3, 2023), pero no en particular por la diabetes, aclara, aunque esta hace adelgazar, porque va *secando a la persona...* que, cuando se deshidrata, va a parar al hospital. Sabe, de sus familiares y vecinas, que la diabetes se siente en el cuerpo por un cansancio extremo: no querer levantarse en la mañana ni hacer cosas, ser dominada por un *desguansamiento*. Expresa una preocupación acentuada por los daños físicos que pueden imprimirse súbitamente en el cuerpo, como cuando subraya que su tranquilidad se rompe en el momento en que alguien de la familia se cae o se lastima.

Además de la diabetes, que en ella es aparentemente silente, la aqueja un persistente mal en la columna y, aparentemente, tiene un grado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Describe una buena relación con su médica del ISSEMyM quien, antes de la contingencia por Covid, la recibía cada mes. Después de eso, dejó de revisarla con las mismas maniobras y ambas debieron adherirse a un **nuevo régimen** de visitas trimestrales, que ya no reanudaron a mensuales con el retorno a la *nueva normalidad*. A veces le practican estudios de laboratorio y toman

una radiografía de su tórax. Le prescriben metformina y otros medicamentos, incluidos omeprazol y vitaminas, de todo lo cual toma una tableta diaria. Atribuye la fuerza remanente de su cuerpo a las vitaminas que no suspende. Expresa alivio porque no se le ha indicado insulina. Para cerrar el tema, recalca que su doctora es cordial, que en la institución de salud de la cual es derechohabiente les dicen que avisen si no los tratan bien.

Por fuera de los procedimientos de la medicina institucional y la tradicional, explica que no se preocupa por recurrir a remedios caseros contra la diabetes, pero sí recibe porciones de la cáscara de una planta que le regala una vecina, cuyo efecto es disminuir el azúcar.

Es concreta en sus recomendaciones para las personas que tienen el mismo diagnóstico: **no dejarse, levantarse y trajinar**, que con la actividad es posible olvidar (al menos en parte) lo que se tiene. Resalta la importancia de que la persona con diabetes coma lo mismo que los demás en el ambiente familiar, por la razón práctica de evitar padecer de hambre y lo que entiendo como motivos socioculturales: la necesidad de continuar con las costumbres y la de no convertirse en persona diferente por elegir prácticas que la distancien de los otros. Reflexiona sobre las causas de la simpatía o antipatía con los otros y se manifiesta agradecida de poder continuar **en la convivencia** con los suyos, interacciones de las cuales hace continuas alusiones y que valora abiertamente.

Elocuente e inquieta a sus 85 años, nos despedimos de esta mujer rica de discursos. La dejamos porque sabemos que tiene muchas cosas por hacer y, en todo ello, la diabetes no significa el menor impedimento. En la triangulación de la información, su hija la describe como «una mujer que siempre anda de *aquí pa'llá*» (UAEMéx-Hv1, 2023).

* * *

Esta colaboradora es madre de otros dos colaboradores. Los tres tienen diabetes, pero ella ha tenido una forma benigna y su concepción de la enfermedad es muy distinta: está menos permeada por el modelo biomédico y depende más de las creencias y valores culturales y sociales. Se entera de cómo se siente la diabetes en el

cuerpo por lo que le dicen familiares y vecinas. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad de la columna vertebral le significan una mayor amenaza.

Entre las circunstancias a las cuales atribuye la diabetes, lo divino ocupa un primer puesto. También son determinantes las impresiones fuertes y la tristeza profunda, los cuales, no obstante, continúan mediados por lo divino y deben vivirse con resignación.

Es una mujer activa y se moviliza continuamente sin importar su edad, en contraste con su hija treinta años menor. Adquiere los alimentos más importantes para la mesa familiar en distintos lugares y momentos, se adhiere a la dieta de los antiguos mexicanos (León-Portilla, 2002), que incluye algunos alimentos obsequio al mundo: tortillas, frijol, chile, nopales, papas (Bourges, 2022), y también privilegia el consumo de sopa, pan, charales. No obedece a las indicaciones de evitación total de varios de estos alimentos y de refrescos, que le sugirieron los médicos, pero hace precisiones constantes sobre las cantidades, las cuales delatan una vigilancia de su propio consumo.

Ella asocia la *gordura* con vitalidad, precisamente como a su hijo le resulta molesto pensar. Ahora que ha perdido peso, culpa a la diabetes por «*secar* su cuerpo» (UAEMéx-Ed3, 2023)., sin detenerse a considerar la contribución de la edad avanzada al fenómeno.

Su seguimiento médico se ha reducido a consultas trimestrales, estimando de primera intención una buena relación con su médica institucional, sin detenerse a buscar rispideces. Toma medicamentos por vía oral y suplementos vitamínicos, que hace convivir con los remedios que le convidan sus vecinas y tiene un espíritu combativo ante la enfermedad y el padecimiento.

Encontramos su narrativa del más alto valor, pues va aportando elementos para visualizar y comprender las circunstancias que elige abordar, con falsas digresiones que, en realidad, constituyen elementos aditivos, interpretativos de su propia realidad. Comunica con seguridad y confianza cuanto percibe y entiende del mundo, da un lugar nada protagónico a la diabetes y prefiere desbordarse por una cotidianidad voluptuosa, en la cual trasciende su propia existencia. Acaso, me cuestiono, no haber asistido a la escuela, la ha favorecido con la conservación de una remarcada originalidad.

6.3.5. Escondarse de la diabetes en la red de un atrapasueños

Frente a la entrada lateral del templo de Nuestra Señora de los Ángeles, se levanta una moderna plaza: allí se organiza el pequeño tianguis dominical de Tecaxic, frecuentado por gente del lugar que acude a la iglesia, de compras o a dar la vuelta y saludar a los vecinos. El centro es señalado por el asta donde se iza la bandera en los eventos cívicos, en tanto que en la periferia se encuentra el quiosco cubierto de cantera y se esparcen los puestos, solo presentes en domingo o en las fiestas del pueblo. En el puesto más grande se expenden frutas y verduras, turgentes y coloridas; en uno mediano, se despacha chicharrón en diferentes presentaciones y, los demás, mucho más pequeños, están dedicados a la venta de juguetes, ropa, zapatos, mochilas, enseres de cocina, helados. Las personas esperan turno para ordenar y sentarse a comer un *tlacoyo* o una gordita de maíz azul, con una gran variedad de guisados.

En la plaza del domingo también está nuestro último colaborador, un hombre de 57 años. Vende pulseras y atrapasueños que cose entre semana. Es de estatura mediana, complexión delgada; la piel de su cara y manos se ve estirada y con un tinte amarillento verdoso, un aspecto opaco. Usa gorro de estambre tejido, tiene una colección de colores varios. Desde lejos se le distingue por sus movimientos ágiles y contundentes, mientras platica con elocuencia con aquellos que hacen una pausa en su camino.

En nuestra primera charla, recuerda cómo hace unos diecisiete años se enteró del diagnóstico y cómo lo recibió: «Cuando me dijeron que tenía diabetes, por una prueba de sangre, pues ni modo que me pusiera así...» (UAEMéx-Ed4, 2023), y apoya la mejilla derecha en la palma de la mano del mismo lado e inclina la cara, haciendo un gesto de **tristeza**. «**No**».

Le dieron metformina, después, además, glibenclamida, las cuales dejó de tomar desde hace siete años. «**Tomas medicina y a veces estás bien, otras, aunque la tomes, te pones mal. Vivimos enfermos, pero ¡hay que tratar de vivir!** Hoy me comí una dona en la mañana (*ríe*) y, mire, allí está mi **vicio**» (UAEMéx-Ed4, 2023), apunta a una mochila y algunas pertenencias esparcidas a la sombra de un liquidámbar de la plaza. Destaca una botella plástica de 600 ml de coca cola, a la mitad. «Es la tercera de hoy» (UAEMéx-Ed4, 2023).

Este hombre abunda en gesticulaciones, manoteos y sonrisas. Se confiesa con la etnógrafa:

No es por engañar a nadie, pero si le digo al médico que no tomo la medicina, me regaña. Así que cuando me toca consulta, dos días antes de las muestras de laboratorio le digo a mi esposa que compre dos **pepinos y una lechuga**. El día anterior, desayuno un pepino con limón, luego como la lechuga y el otro pepino. En la última ocasión, tuve 103 de glucosa y el médico dijo que tenía que irme a Chalma (UAEMéx-Ed4, 2023).

Su sonrisa se amplía y se pone a ejemplificar, en forma elocuente, algunas **formas de morir** —la que le asusta es el infarto—. Al finalizar, ríe con una mirada carente de alegría.

En la proximidad del día de muertos, vuelvo a visitarlo en su puesto de atrapasueños. El zócalo está más concurrido que un domingo ordinario y hay mayor diversidad de puestos. Las familias salen de la misa de doce, caminan con parsimonia, miran los productos en venta, compran alguno, se sientan a comer un tlacoyo o toman un helado de pie; otros, beben un vaso de cerveza de barril. Unos puestos se extienden al sol, como el de cerámica utilitaria de barro vidriado o el de este hombre; otros, están cubiertos por enormes lonas de colores que protegen la fruta y la verdura del calor o que ofrecen un poco de sombra para los clientes. Está disponible el acostumbrado chicharrón, además hay longaniza, empanadas de pulpo y camarón, panes de muerto grandes y pequeños: las típicas hojaldras de forma redonda, con aplicaciones en forma de huesos, cubiertas de mantequilla y azúcar blanca o rosa; también pueden comprarse animitas de Tecomatlán. En esta ocasión, hay una tortillería itinerante, donde una mujer aplana y avienta tortillas azules al comal. Los niños corren y gritan.

En medio de este ambiente especialmente festivo, salta con ímpetu alegre para saludar. Quiere seguir hablando de la diabetes, pero nuevamente no acepta que registre en audio o escriba al tiempo que él platica, él dice que solo quiere contarme, que lo escuche, que platiquemos y que anote cuando me haya ido.

En las nuevas ocasiones, dice no tener novedades sobre su enfermedad, ningún deterioro, **atribuye su bienestar a su buen ánimo**. Sin embargo, parece haber adelgazado y es más evidente el tono amarillo verdoso y el aspecto reseco de su piel. Me pregunta cómo he estado y le explico que no del todo bien, a causa de una

infección del oído, tratada con antibiótico. Me responde: «Pero usted sabe que se le va a quitar, en cambio, **esta enfermedad que tengo es como un hijo de uno: siempre va a estar allí. Hay que saber vivir con ella**» (UAEMéx-Ed4, 2023).

Repite varias veces que **morir no le da miedo**, al fin que ya está grande y el próximo 3 de noviembre cumpliría 57 años (UAEMéx-Ed4, 2023), pero mientras dice esto sus párpados superiores caen un poco, su entrecejo se frunce y su mandíbula se queda algo abierta. Asegura que no tiene complicaciones, pero sí admite haber perdido unos treinta kilos en el curso de su enfermedad, y también la mitad de sus dientes. En las últimas tres semanas tuvo una herida en la pierna derecha, que se curó, por lo que asume que está bajo control, y se pone a **hablar con soltura de cuestiones metabólicas**.

Lo que sí le preocupa, agrega, son los eternos fantasmas del coma diabético y el infarto: repite los nombres en varias ocasiones, en medio de una charla acelerada que solo ralentiza cuando destaca la **necesidad de auto conocerse**. Este colaborador terminó la primaria, tuvo siete hijos, dice que *ha* vivido y solo **lamenta que sus hijos no lo busquen más**, al menos para llevarle una coca o decirle que vayan juntos a tomarse una. Reitera:

Sí, la coca es mi vicio: si no la tomo, me da ansiedad, tiemblo; cuando la tomo, ya me calmo. Luego en la familia se enojan, pero **cuando me muera**, mi hija va a decir: ¡Híjole, le hubiera llevado su coca! (UAEMéx-Ed4, 2023).

Manotea y ríe, de pronto se pone serio y hace una pausa prolongada.

Le pregunto por lo que come, cuando no se prepara para ir a consulta. Con los dedos empieza a contar y enlista los alimentos que no come, porque no le gustan o **no deben comerse si se tiene una herida: los alimentos *inquinosos***, por ejemplo, costillas o chuletas de puerco, chícharos, frijoles, lentejas, garbanzos, col. Entiendo que se trata, sobre todo, de leguminosas a alimentos de origen animal con alta proporción de grasas.

Vuelve al tema de las causas de diabetes, que son similares a las condiciones que la empeoran, y explica que la gente las atribuye a la genética y a un susto, pero eso le parece secundario. Señala lo que es decisivo: «Luego no sé de mis hijos y me da estrés. **El estrés es lo que hace mal a esta enfermedad**. Podrían llamarme, preguntar cómo está uno, antes de que uno se muera» (UAEMéx-Ed4, 2023). Vuelve a hacer una pausa, mira al piso. Hago lo mismo y callo. Luego se me acerca a menos

de medio metro y me mira a los ojos con firmeza. Me habla muy cerca del rostro y casi cuchicheando:

«Yo **sé que la diabetes no se cura, solo se controla**. Mire, la leucemia es un cáncer de la sangre, ¿no? **La diabetes es como un cáncer de azúcar en la sangre. La diabetes te cambia la carne, está en la carne**» (UAEMéx-Ed4, 2023).

Mantengo la mirada en sus ojos muy abiertos, en medio de la actitud triunfante en que se revela conmigo. Sé que ha pensado mucho en este padecimiento y, cuando me dice que regrese en tres semanas, pasando el bautizo de un pequeño de la familia, acepto. Me voy repitiendo que la carne no es la misma después de la llegada de la diabetes.

En la víspera del día de la virgen de Guadalupe, los pobladores de Tecaxic llevan sus imágenes a bendecir a la iglesia. En el quiosco de la plaza toca una banda, los lugareños se pasean vestidos de gala, truenan cohetes y se ven llegar los vehículos cargados de toritos de pirotecnia. Él también ha llevado su imagen de bulto, que coloca al frente y centro de su puesto. En esa ocasión, su esposa está con él. Me presenta y aclara que conmigo se puede platicar de su enfermedad.

En esa charla, comienza diciendo que lo ha pensado bien y que tiene sus dudas sobre la herencia como desencadenante de la diabetes, porque ni su papá ni su mamá la tenían, aunque eran *alcohólicos*; propone mayor poder a los corajes. Su esposa asiente: «Es bien enojón, hacía muchos corajes con nuestros hijos. Ahora está muy flaco, pero antes era gordo... de eso sí da diabetes» (UAEMéx, cEd4, 2023).

Nuestro colaborador dice que la diabetes se siente en el cuerpo como una sed intensa que no se satisface ni con varias jarras de agua al día, se siente por las ganas de ir al baño todo el tiempo, también de noche; con **un desguance, un fuerte cansancio**. Tuerce el cuerpo, como si fuera a desfallecer y pone cara triste. Añade que da mucha tristeza y que él, al principio, se deprimió; que quería quedarse en un rincón de la casa y no volver a salir. Pero había que hacerlo para buscar dinero para vivir... finalmente, todos han de morir. Repite que todos podemos morir en cualquier momento, sin embargo, si alguien sabe que tenemos diabetes, **piensan que de eso nos morimos cuando se enteran** del fallecimiento.

Él, en particular, tuvo que sobreponerse a tristeza y cansancio, hacer las pulseras y atrapasueños hasta las once treinta de la noche, salir a vender allí, saludando a

todos los que pasan y le gritan «¡Adiós, Mangueras!».

Su esposa lo mira de manera cariñosa mientras él habla, luego agrega:

«Ya se curó de su pie. A mi hermano, que también tenía diabetes, los médicos le arrancaban las cáscaras que se le hacían y nunca se curaba. Yo uso la sábila tatemada, la pongo sobre la costra. También le dejo caer agua de árnica que voy a recoger al cerro. A veces encuentro *morraja* (otra planta) y se la pongo al árnica. Con eso lo he curado varias veces, como cuando le salió el grano negro que se iba haciendo grande» (UAEMéx, cEd4, 2023).

Volteo y miro la botella plástica de tres litros de coca-cola que yace junto al pie de un liquidámbur, vacía. Pregunto si él la bebió solo y dice que no, no, no; que es compartida.

También pregunto por si toma Pepsi y entonces salta hacia atrás, extiende los brazos y exclama en tono gracioso que se hace el ofendido «¡¿Qué pasó?!». Bueno, no, entonces, alguna vez ¿Red Cola? «Solo cuando no hay dinero» (UAEMéx, Ed4, 2023).

Se acercan una mujer y un hombre joven, con una niña como de cinco años y un pequeño de unos cuatro. Son dos de sus nietos. Los saludo, a la vez que me despido de él y de su esposa. El joven, que es papá de los niños, comienza a tomar cerveza, el niño lo mira y le pide. El padre le sirve en un vaso de plástico y veo al pequeño beberla mientras me alejo.

En otra ocasión, un domingo de febrero durante las festividades de inicio de la cuaresma, el informante clave de este trabajo y yo salimos de la iglesia, después de haber seguido a una procesión. De paso por la plaza distinguimos a este inconfundible hombre, dando zancadas. Está en animada conversación con dos jóvenes y, desde la mediana distancia, apreciamos que empina una botella y sirve líquido en tres vasos. Parecen brindar. Es Coca-cola. Mientras tanto, colgados de alambres, los atrapasueños se mecen con el viento. Entre las redes que teje en los aros, de donde anuda coloridas plumas y cuentas, nuestro colaborador se esconde del temor que provoca la diabetes.

* * *

Este hombre es de carácter histriónico y en la primera visita se niega a admitir cualquier sentimiento de tristeza que brote del recuerdo de tener un diagnóstico, trata de transfigurar todo sentimiento en una alegría desbordada, lo cual dificulta traspasar el velo del discurso elocuente, pero evasivo, para ir a profundidad, un mecanismo necesario de comprobación en la investigación cualitativa. No obstante, en una segunda charla, habla de la enorme tristeza con que recibió el diagnóstico, la depresión que quería guardarlo en un rincón de casa y que debió vencer para salir a conseguir el sustento. También lidia con el miedo ante las heridas que repetidamente ha sufrido en las piernas, de las que no ha sido bien curado por los médicos, sino por los cuidados de su amable esposa, que le significa un bálsamo.

Este hombre busca convencer de que está bien enterado de lo que su enfermedad provoca, habla de cuestiones metabólicas y sobre cómo lidiar con ellas, a partir de las conclusiones de su experiencia, en interacción con el conocimiento científico (Long, 2007). Salir adelante parece más un asunto de astucia que de adhesión al tratamiento del médico a quien se esfuerza por engañar, ese *Otro* que lo vigila en su comportamiento (Foucault, 2009 [1975]).

El tono pálido de su piel, la sequedad visible, sugiere que su función renal no es satisfactoria (Morillo-Gallego et al., 2019), que el control metabólico es deficiente y las complicaciones avanzan. Además ha perdido los dientes, quizá por caries asociadas al consumo de casi dos litros de refresco al día. Debido a la carencia de incisivos, su alimentación debe ser complicada, pero en las charlas evade enumerar los alimentos que consume.

Coloca una gran carga simbólica en la Coca-cola: no es un simple refresco, es un escape, es motivo de compartir con familia y amigos y, a solas, es beberse al enemigo. Cuando no hay dinero suficiente, la suplanta con Red cola, pero eso es motivo de vergüenza, de la misma manera que ofrecer Pepsi es una ofensa.

Aunque dice no afligirse por la diabetes, sí piensa en las complicaciones y, de manera obsesiva, en un infarto al corazón que provoca la muerte, al tiempo que su apariencia desmejora entre visita y visita. Niega cambios, una transformación, pero repite sobre la necesidad de auto reflexionarse y conocerse. Un deseo importante que exterioriza es el de ver más a sus hijos, deja entrever enojos y dificultades en las relaciones con ellos, una tensión continua, y conecta ese estrés con un impacto negativo sobre el curso clínico de la enfermedad.

Él elabora metáforas originales en torno a la diabetes: *un hijo de uno*, un cáncer de azúcar en la sangre, la enfermedad que te cambia la carne, la enfermedad que está en la carne y se siente en el cuerpo como una sed intensa que no se satisface (UAEMéx-Ed4, 2023). Su *aquí y ahora* se llena con los pensamientos y las acciones evasivas ante una diabetes enfermedad y padecimiento, aprisionada en su vida cotidiana, como fragmentos de pesadillas imposibles de remover; o bien, es la vida la que está aprisionada por la enfermedad. Enmarca cada atrapadueños con la rueda de la vida y en la red que teje queda latente el misterio de los sueños. Son amuletos de protección, o bien, la evocación de una realidad distinta que repite entre sus manos.

Detrás del aparente desenfado con que este colaborador enfrenta los problemas de la existencia, descubrimos una humana emotividad, que se magnifica al revivir las interacciones con sus hijos y con los diferentes significados que para él representa la diabetes: razón de tristeza, amenaza constante, castigo por las transgresiones que ocasiona la Coca-cola o por los engaños acerca del propio cuidado.

Como lo sugiere Olivier de Sardan (1995), para los resultados presentados hasta aquí se han combinado las entrevistas con función recursiva, los registros de diversa naturaleza y la consulta de fuentes escritas, para construir el mayor rigor cualitativo posible gracias a la iteración, la triangulación con búsqueda empírica de elementos estratégicos, la construcción de descriptores y la saturación de la información.



6.4. Subjetividades y significados de la diabetes para los colaboradores. Categorías de estudio

La fenomenología pugna por la subjetividad, en la lógica de la situación biográfica de cada uno de los colaboradores y en sus propias condiciones de intersubjetividad. Antes de entramar los resultados para las categorías de estudio que proponemos para el análisis del contexto, el mundo de la vida cotidiana desde el modelo de Schütz y las inscripciones en la corporeidad, retomamos el concepto de *experiencia*, en sus dos dimensiones constitutivas originadas en la interfaz entre *persona* y *mundo*. Como hemos presentado en el marco teórico conceptual, la primera, *Erfahrung*, se refiere a **lo que sucede a la persona cuando interactúa con el mundo**, el aspecto objetivo, supra o interpersonal de la experiencia, sin procesamiento. *Erlebnis* indica **lo que la persona experimenta en el curso de dicho encuentro**, producto de su **percepción** de lo que ocurre y de su esfuerzo por interiorizarlo y hacerlo inteligible; es un conjunto de procesamiento de impresiones, pensamientos, emociones, se trata del aspecto subjetivo de la experiencia intrapersonal (Bauman, 2014).

En el presente trabajo, la indagación de estas dimensiones y categorías fue particularmente fructífera a partir de la historia de vida número 1, como una serie de entrevistas a profundidad en el curso de un año y medio, orientadas a la reconstrucción biográfica que, con el retorno iterativo a los elementos destacados de la vida matizada por la diabetes, tomó cierta forma. Atribuimos la profundidad lograda en el caso de esta historia de vida a la empatía que establecimos en la interacción, gracias a los momentos compartidos en el interior de su hogar, al compartir la mesa y la sobremesa, las pláticas en su huerta, al igual que los paseos a la milpa y al campo.

En contraste, durante el trabajo para la historia de vida número 2 fue difícil lograr mayor confidencialidad, no por falta de disposición de ella, sino porque vive con su esposo e hija en casa de los papás de ella e inferimos que no cuenta con la confianza para invitar personas allí. Es más, la personalidad dinámica de su madre parece amedrentarla. Por eso, debimos conversar en la esquina donde coloca su puesto, entre los transeúntes que saludan y, a veces, se acercan a comprar fresas para un licuado, aguacates para un

guacamole. A pesar del espacio público en que se desarrollaron las entrevistas, fue la única de los colaboradores que hizo contacto físico en un par de ocasiones y que habló en modo abierto, franco y conciso sobre sus sentimientos de melancolía, tristeza, recelo o desesperanza.

A continuación presentamos los resultados que emergen de todas las colaboraciones en el curso de los dieciocho meses de trabajo de campo, bajo subtítulos que los organizan de acuerdo con los temas de la guía de la entrevista semiestructurada. Consideramos que los datos para los apartados de los resultados pudieron sistematizarse adecuadamente gracias al **método de Colaizzi**, a partir de la **extracción de frases significantes** acerca del fenómeno diabetes en la vida cotidiana, con sus **co-ocurrencias y recurrencias**, presentes en las transcripciones o las notas de campo, con atención a la expresión de las **subjetividades**, los posibles **significados** para diferentes ángulos de esta enfermedad-padecimiento, en el contexto de la persona de los colaboradores, sus hogares, familiares y de su pueblo, Tecaxic.

6.4.1. Padecimiento y cultura

Durante el inicio de las entrevistas se hicieron preguntas del tipo «Lo primero que viene a su mente, si se menciona la palabra “diabetes”, es...» y «¿Por qué da la diabetes?», con el propósito de explorar las ideas asociadas a la enfermedad y después comenzar a abordar las causas desde el conocimiento del *sentido común* (Berger y Luckmann, 2019 [1968]). El ordenamiento por el método de Colaizzi permitió encontrar con facilidad que las **ideas inmediatamente asociadas a la diabetes** por parte de los colaboradores son, también, sus primeras **causas**, las cuales se hallaron fuertemente influidas por su contexto sociocultural. La palabra *diabetes* evoca el recuerdo de algo aprendido en la dimensión social, un discurso o una imagen compartidos, cuya profundidad varía al reiterar en la indagatoria.

De acuerdo con esto último, proponemos categorizarlas como se presenta en el cuadro 3, lo que permite transitar entre diferentes significados del término *experiencia*, inexistentes en la lengua castellana, pero sí propios de la lengua y cultura alemanas y sin restricción al campo de la filosofía y la fenomenología sociológica. Es decir, avanzamos desde la concepción de la *Erfahrung*, como algo que hacemos con nuestra vida, relacionado con el aprendizaje y de supuesta objetividad, hacia *Erlebnis*, cómo vivimos o

sentimos un hecho de la vida, desde el interior de nuestra persona, nuestra subjetividad. Transitamos desde la experiencia de una acción hacia la sensación, el sentimiento.

Llamamos a la primera idea traída al discurso «**lo inmediato**». Entre ellas aparecen algunas conectadas con lo comunicado desde la biomedicina, que sugieren a la diabetes como posible repercusión de los hábitos, por ejemplo, no hacer ejercicio, aunque lo más relevante es la idea de *cronicidad*, que adelanta ya el sentido del impacto en la totalidad de la vida. Otros factores socioculturales comienzan a hacer su aparición, como las atribuciones causales a la pobreza.

Cuadro 3. Asociación de ideas y niveles de profundidad para causas de diabetes

Capa 1. Lo inmediato	Capa 2. Lo público	Capa 3. Lo privado
<p style="text-align: center;">“ ”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es que no hacía ejercicio • Ya no voy a poder comer lo que comía antes • Es una enfermedad incurable • Es una enfermedad que ya no se quita • Es una enfermedad que solo se controla • Es una enfermedad que da por la pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> • La diabetes es algo genético • Es algo que da en las familias • Fue por <i>lo</i> que comía • Da por tomar mucha Coca-cola, refresco, alcohol • Da por comer comida chatarra, chicharrones, gansitos (alimento ultra procesado tipo pastelillo) • Me dio por comer mucha carne • Da por haber comido poca carne de niño • Una enfermedad que da por la <i>mala</i> alimentación, no llevar <i>un control</i> de la alimentación • Da por estar gordo • Por haber comido muchos hidratos de carbono en la infancia o alimentos endulzados 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes da por los sustos, como cuando uno <i>se traba</i>, al ver al Nahual, luego de chocar, cuando a uno le roban su vehículo • Da por enojarse, los corajes, ser estricto, ser explosivo • Por estrés • Por <i>las cargas</i> (los problemas que se acumulan, el trabajo pesado) • Una enfermedad que manda Dios • Por no saber de los hijos, que no <i>vean por uno</i> (que no lo cuiden o se preocupen). • Por la soledad, por la tristeza

Fuente: Elementos del contenido de los discursos de los colaboradores sobre primeras ideas asociadas a la diabetes, así como causas.

Al momento de preguntar específicamente por las causas, estas empiezan a sumarse a partir de las ideas preliminares. Denominamos a estas causas, la capa de «**lo público**», donde se reproducen bien los señalamientos de la biomedicina en cuanto al resultado de la operación de los factores de riesgo para producir la diabetes y se refina la enunciación de hábitos que los propios colaboradores señalan como de un carácter *negligente*, por «una falta de cuidados de sí mismos». Como discutido en el marco teórico conceptual, la biomedicina no solo transmite información sobre enfermedades y acciones de prevención, sino que también transfiere una carga de responsabilidad por la enfermedad a los enfermos, carga que estos tienen bien asimilada.

En esta capa, sobresalen dos elementos. En primer término, la adjudicación de la diabetes a algo irremediable, conferido por la herencia genética, comprendida esta por los colaboradores como una presión invisible, pero presente en las familias. Dicha carga genética es común, al indagar por los familiares de primer y segundo grado de los colaboradores, es decir, en padres e hijos, así como en abuelos, nietos y hermanos. Emerge como un antecedente casi ineludible, que depende solo del conocimiento de las cifras de glucosa en sangre.

En segundo término, la diabetes es vinculada en forma causal con lo más necesario de nuestras vidas: los alimentos. En la esfera pública está permitida la enunciación, la repetición de los clichés que se pregonan en noticieros, spots, periódicos, revistas, redes y plataformas sociodigitales, entre otros medios de comunicación, por prescripción del modelo médico hegemónico. Así, resultan enumeraciones que presentan categorías de alimentos diabetogénicos: refrescos y bebidas alcohólicas, alimentos chatarra, el exceso de alimentos específicos como los que tienen alta proporción de hidratos de carbono y lípidos de origen animal, al igual que estados constitucionales como el exceso de peso relacionado con la acumulación de grasa corporal. Lo más significativo es la declaración de que la diabetes *da por llevar una mala alimentación*, lo cual nos remite a una valoración moral, que analizaremos más adelante.

Solo en la insistencia, en la iteración, a veces por un desliz en medio de otros tópicos, por un *lapsus linguae*, brotan las causas que pierden el matiz de la divulgación de lo científico o lo oficial, se trata de una dimensión en que abunda lo mágico, lo religioso, lo afectivo. A este espacio de inversión de saberes, en que predomina lo social, lo cultural, el sentido común, le llamamos «**lo privado**».

En ese espacio, los sentimientos que los colaboradores confeccionan en su interacción con las personas y las cosas, inmersos en un universo de creencias, es el fruto más íntimo

de sus subjetividades. Es un primer acceso a la profundidad del **significado** de *llegar a tener* diabetes, un acceso a sus particularidades. Allí concretiza la influencia de emociones intensas, continuas o repentinas, como son los sustos, los enojos, el estrés por la sobrecarga de preocupaciones o responsabilidades, por sentimientos como la tristeza y la soledad. Ocupan un lugar especial las causas sobrenaturales, como son los designios de Dios y la aparición de figuras divinas cargadas de un efecto premonitorio, en medio de un escenario plagado de incertidumbre.

El uso de las concepciones de *lo privado* y *lo público* parte de las categorías que constituyen el Estado moderno occidental y que, como aclara Augusto Bolívar (1993), no son unívocas; las empleamos porque reflejan la idea de espacios complementarios no libres de tensiones entre sí.

Además de uno de los colaboradores que consume colágeno en polvo y recibe tratamiento de acupuntura para el dolor de las rodillas (UAEMéx-Hv1, 2023), los demás no expresaron recurrir a otro tipo de medicina tradicional, pero sí emplean remedios de los cuales obtienen conocimiento por medio de la transmisión oral. Destacan los tejidos vegetales con efecto de disminuir las concentraciones de glucosa en sangre: el nopal consumido como nutracéutico, o sea como alimento natural con propiedades terapéuticas; el té de hojas de mango o de guayaba (UAEMéx-Ed2, 2022), las yerbitas *amargas* (UAEMéx-Ed1, 2023). La esposa de uno de ellos, que se introduce en uno de los conversatorios, explica cómo trata las heridas de los pies de él: «Consigo sábila, la tatemo¹³, la pongo sobre la costra. También le dejo caer agua de árnica que voy a recoger al cerro. A veces encuentro morraja (otra planta) y se la pongo al árnica» (UAEMéx-cEd4, 2023).

6.4.2. Enfermedad y biomedicina

Aquí la enfermedad corresponde con el término *sickness*, según lo retoma Moreno-Altamirano (2007), y lo que se presenta son las subjetividades y significados de la diabetes conformados bajo las influencias de la medicina científica y de Estado, específicamente a partir de: a) las experiencias y acciones de las personas con diabetes en su trayecto desde la salud, alrededor del diagnóstico y después de este, incluidos los tratamientos, b) con

¹³ «Tatemar» es una técnica de cocina tradicional en que el alimento se asa, por lo regular sobre un comal, que puede ser de barro.

atención a sus interacciones con las diferentes instituciones y figuras que representan al modelo biomédico, comprendida c) la relación médico paciente.

Al explorar el trayecto de salud-enfermedad-padecimiento nos referimos a dos dimensiones temporales que refrenda la perspectiva biomédica: una antes del diagnóstico —de supuesta salud— y otra, sucesiva, de enfermedad. Desde una visión socioantropológica, son un tiempo libre o no de padecimiento o malestar imposible de curar. Ello es importante pues el mundo de la vida cotidiana de las personas que viven con diabetes sufre una vuelta de tuerca a raíz del anuncio de una afección que no es curable (Domínguez, 2017).

Buscamos identificar los rasgos de una y otra dimensión, o lo contrastante entre las dos, bajo el enfoque de lo que la **biomedicina** califica mayormente como **objetivo**, es decir, los signos, pero también figuran los síntomas que esa institución reconoce como propios de la diabetes. La experiencia vivida de forma más particular y en lo íntimo del ser es abordada unas páginas adelante, al presentar los resultados de las interacciones de los colaboradores con el núcleo social inmediato, con su propio cuerpo y sus emociones.

Es importante resaltar que en los discursos de los colaboradores surgen rasgos de afecciones distintas a la diabetes, que se adicionan, se superponen y se confunden; por ejemplo, a dos de ellos se les cayeron dientes, tiempo después del diagnóstico de diabetes (UAEMéx-Hv1, 2023 y UAEMéx-Ed4, 2023), pero eso pudo deberse a caries o enfermedad periodontal ya presentes con anterioridad. Sin embargo, también es cierto que la enfermedad periodontal es más frecuente en personas con diabetes (Salvador & Loyola, 2022). Es decir, no es prudente asumir una lógica de causalidad y creemos más correcto hablar de enfermedad concurrente para cualquier otra afección de carácter médico.

Por lo que respecta a los sucesos alrededor del **momento del diagnóstico** y la manera en que este se conoce, es notable que el diagnóstico es **intuido o esperado** por la mayoría de los colaboradores, hasta que, finalmente, es corroborado por el médico, con sus pruebas diagnósticas. Las sospechas parten de la presencia de signos y síntomas que por conocimiento común se atribuyen a la diabetes, incluso parece haber existido una tensión que se encontraba a la espera de un resultado por haber incurrido en transgresiones a lo prescrito por la medicina hegemónica.

Uno de los primeros signos identificado por los colaboradores fue la pérdida rápida y notoria de peso corporal en una persona que, *en salud*, era *gorda*, como lo expresan varios colaboradores (UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed3, 2023;

UAEMéx-Ed4, 2023 y UAEMéx-cEd4, 2023). En medio de lo visible, se encuentran observaciones como la de las moscas que *se pegaban* en las piedras luego de haber orinado en medio del campo (UAEMéx-Ed1, 2023), rasgo característico de la diabetes (Aguilar y Xolalpa, 2002). Estos signos son premonitorios, significativos, con un trayecto que puede ser histórico, como en esta última observación, que remite a la supuesta descripción que hiciera Hipócrates, para un padecimiento característico en que las abejas revoloteaban alrededor del enfermo (Ponte, 2011).

Los primeros síntomas, poco antes de la formalidad del diagnóstico, son enlistados como: mucho sueño, cansancio y flojera, sed intensa, a la vez que micciones frecuentes y rápida pérdida de peso (UAEMéx-Ed2, 2022). Lo anterior orienta a concluir que la población tiene bien interiorizados los datos clínicos iniciales de la diabetes.

Aunque ya se intuía el mal, la confirmación de diabetes por la parte médica provoca una reacción en todos los colaboradores. Se recorre un espectro desde *no tomarlo con preocupación*, mientras se levanta el mentón y se cruzan las manos sobre el regazo, con expresión de frialdad que busca reforzar su decir (UAEMéx-Hv2, 2023). Exclamar que «*ya ni modo*», con gesto de desdén (UAEMéx-Hv1, 2023) o, luego de pasar por un periodo de duelo y depresión por la muerte de su hija, ser llevada por sus familiares al médico cuando hizo la declaración de haber perdido el deseo de vivir (UAEMéx-Ed3, 2023), hecho que además hace pensar en que las personas ven en el médico un sanador de males distintos de los puramente situados en la geografía del cuerpo, alguien que cuenta con licencia para actuar sobre los estragos provocados por los sentimientos.

Los demás colaboradores tomaron la confirmación del diagnóstico de forma racionalizada, con anticipaciones como: «La diabetes es una enfermedad que no se cura, solo se controla» (UAEMéx-Ed4, 2023); alternando con las experiencias que abarcan desde la sensación de pérdida de la tranquilidad hasta una experiencia que vuelve a rayar en lo emotivo, la declaración de una sentencia de muerte: «Piensa uno en lo peor, en perder la vida» (UAEMéx-Ed2, 2022). Reiteramos que la edad en que los colaboradores recibieron el diagnóstico oscila de los 28 a los 53 años, en promedio a los 39 años.

Desde la perspectiva de las dimensiones sociales de *ustedes* y *ellos* de la estructura de la vida cotidiana, encontramos que la **figura que emite el diagnóstico** es exterior al núcleo social inmediato y que esta fue siempre un médico del sector salud o uno que ejerce por cuenta propia, quien se basa en la clínica presente, es decir, la conjunción de signos y síntomas, además de la confirmación por determinaciones de laboratorio. La existencia del mal es declarada **desde el modelo biomédico**, así como definidas sus primeras

intervenciones, con base en restricciones absolutas para alimentos señalados y con la inmediata prescripción de medicamentos administrados por la vía oral y de efecto hipoglucemiante. Se proporcionan más detalles sobre las restricciones indicadas en la sección de alimentación y actividad física.

El **tiempo de evolución** de la diabetes en los colaboradores, medido de acuerdo con lo que señala el discurso médico, es de 17 a 40 años, un periodo que comprende de una a dos generaciones completas que significan una vida cotidiana marcada por «la pérdida de la tranquilidad y la espera continua de lo peor», así como de angustia por la propia vida, que además se extiende a los sucesores y lo que les sucederá cuando los colaboradores falten a sus hijos, debido a *esta enfermedad*. La preocupación es más evidente en la tensión de sus rostros al imaginar que sus hijos también enfermen de diabetes (UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed4, 2023), o en el silencio prolongado, cuando el contenido del propio discurso se acumula para concluir que tal vez pronto no estará más para sus nietos (UAEMéx-Hv2, 2023).

En cuanto al **contraste del estado actual con el previo a la enfermedad**, más que añadir un valor a las posibilidades que se tenían, algunos colaboradores tienden a imprimir un sentido de desesperanza a sus días presentes y futuros. Sin embargo, es interesante que se enfocan en resaltar lo que ya no pueden hacer en forma *objetiva*, justo como prioriza la biomedicina. Destacan el deterioro de los sentidos y las capacidades físicas, por ejemplo, la limitación de la fuerza y la movilidad (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023 y UAEMéx-Ed2, 2022).

En cambio, otros se despegan de la visión médica, sortean las dificultades por las complicaciones de la enfermedad y se instilan ánimo para hacer rendir las satisfacciones. El primero, mientras lee en la mañana, sentado en su sala, alcanzado por los rayos tibios de sol (UAEMéx-Ed1, 2023); o bien, el segundo, mientras bebe Coca-cola en compañía valiosa, al tiempo que echa relajo y saluda a todo pasante (UAEMéx-Ed4, 2023).

El caso de una mujer es particular, pues parece haber mantenido la continuidad de su vida sin una hendidura entre el periodo *sin diabetes* a *con diabetes*, ya sea por lo benigno de su cuadro o por *no saber leer*, último hecho que podría operar como un escudo que filtra en ella el exceso de información, una restricción a *solo algunos* elementos de lo difundido de forma oral, una protección contra la angustia (UAEMéx-Ed3, 2023).

Como hemos expuesto, el **control metabólico** es algo fluctuante, que escapa a la simple mirada y requiere de los instrumentos y métodos del poder biomédico. No podemos saber si los colaboradores se hallaban en ese control cuando llevamos a cabo las

entrevistas y los conversatorios, porque ellos mismos lo ignoraban. Sin embargo, sus narrativas y su presentación son valiosas.

Así, a la vista de la piel de sus rostros, tres colaboradores con diabetes tienen una piel poco turgente, con un tono amarillento; incluso verdoso. Es visible la pérdida de masa de los músculos maseteros, que se extienden desde el pómulo hacia el borde de la mandíbula, lo cual sugiere disminución importante de la masa muscular corporal en general y les confiere un rostro anguloso, de consunción. A ellos les confirmaron el diagnóstico entre los 28 y 40 años de edad (UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022 y UAEMéx-Ed4, 2023).

Por el contrario, la piel de los otros tres colaboradores con diabetes tiene una apariencia bien irrigada, en ellos persisten las manos industriosas y un vigor para emprender múltiples actividades; en fin, parecen mantener a raya las afectaciones de la diabetes, al menos durante el periodo de las visitas (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023 y UAEMéx-Ed3, 2023) Son los tres colaboradores mayores de 70 años quienes, de forma coincidente, son distinguidos con el trato de don y doña dentro de su comunidad. Ellos fueron diagnosticados de los cuarenta años de edad en adelante, por lo que cabe pensar que quienes han trascendido a la octava década de vida, en parte puedan deberlo a que la diabetes, presentada en forma más tardía, sea de una expresión más benigna.

En cuanto a los recursos para **atenderse o tratarse la diabetes** durante un lapso de dos a cuatro décadas de evolución, es decir, de *saberse* con la enfermedad, los colaboradores cuentan, por un lado, con el conocimiento y las habilidades para elaborar nuevo conocimiento que aporta su **educación formal** la cual, en general, es de unos grados de primaria. Una de ellas nunca asistió a la escuela ni aprendió a escribir o leer (UAEMéx-Ed3, 2023) y solo uno de quienes tiene diabetes concluyó la secundaria (UAEMéx-Ed2, 2022). Por otro lado, han construido saberes propiciados por lo institucional, así como por el sentido común. Todos tienen experiencias con tratamientos médicos a base de hipoglucemiantes orales: metformina sola desde siempre, metformina primero, luego glibenclamida; metformina y vidagliptina o linagliptina (UAEMéx-Hv1, 2023, UAEMéx-Ed1, 2023, UAEMéx-Ed2, 2022, UAEMéx-Ed3, 2023 y UAEMéx-Ed4, 2023); solo una persona había progresado a insulina durante el tiempo de la recolección de datos (UAEMéx-Hv2, 2023).

En la experiencia de su tratamiento, desde la *Erfahrung*, uno de los colaboradores con diabetes, a los 73 años, toma el medicamento que su médica ha prescrito para la diabetes, metformina 750 mg en la mañana y en la tarde. Abre un cajón, en el comedor, y

nos entera de que además tiene prescripción de losartán y amlodipino para controlar la hipertensión, atorvastatina para disminuir los lípidos séricos, pregabalina, carbamazepina y paracetamol para el manejo del dolor; bioterifina y tamsulosina para las molestias por la próstata hiperplásica. De vez en cuando, tiene que tomar loratadina por erupciones en la piel, que atribuye a reacciones alérgicas, posiblemente provocadas por los medicamentos (UAEMéx-Hv1, 2023). Es un ejemplo de polifarmacia en que todavía incurre el poder biomédico: los diagnósticos se acumulan y la respuesta es una simple adición de fármacos, mientras que las interacciones medicamentosas son inciertas y aun así se exige la adherencia del *paciente*.

Hay dos categorías de experiencias por la combinación de las manifestaciones clínicas y su severidad, así como por el apego a los diferentes tratamientos. Primero, los colaboradores que aparentemente no han tenido **complicaciones** de la diabetes y en quienes las dificultades para responder a las exigencias que ellos mismos imponen podrían ser resultado de la edad avanzada (UAEMéx-Hv1, 2023 y UAEMéx-Ed3, 2023). El hombre de quien se realizó historia de vida (UAEMéx-Hv1, 2023) tiene otros diagnósticos médicos y debe responder con muchas obligaciones al respecto. Otro, tuvo una época de avance de complicaciones y se le practicó una amputación supracondílea, pero aprendió a limitar el daño a su pierna gracias al uso de una prótesis ortopédica y el auxilio de un bastón (UAEMéx-Ed1, 2023); aunque desde hace años, y en el momento actual, se encuentra estable y sigue su tratamiento médico. En este primer grupo parece que, hagan lo que hagan los colaboradores, la evolución de la diabetes se mantiene a raya y no constituye una amenaza.

Las complicaciones de diabetes que afectan a los colaboradores, mientras transcurren las entrevistas y conversatorios, se caracterizan por ser del tipo ocular, con alteración de la agudeza visual¹⁴ en diverso grado (UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023 y UAEMéx-Ed2, 2022), sin que conozcamos el diagnóstico exacto; no obstante, el glaucoma, las cataratas, la retinopatía y el edema macular son condiciones que disminuyen la visión en quienes presentan diabetes (Hormigo et al., 2022). Además, un colaborador tiene neuropatía, identificada por adormecimiento, hormigueo y dolor en los pies, y se esfuerza por mantener el paso (UAEMéx-Ed2, 2022), otro tiene dificultad para la curación de heridas (UAEMéx-Ed4, 2023). Una más es propensa a la complicación de

¹⁴ La agudeza visual está definida como «la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos especiales con unas condiciones de iluminación buenas» (MinSalud, 2020, p. 9).

mayor severidad, asociada con la muerte: la hipoglucemia¹⁵ y, hasta la última visita en febrero de 2023, no parecía tener deterioro cognitivo (UAEMéx-Hv2, 2023). Varios de ellos nos hacen relatorías sobre la pérdida de peso y fuerza, y las presiones que esto les provoca (UAEMéx-Hv2, 2023, UAEMéx-Ed2, 2022 y UAEMéx-Ed4, 2023). En este segundo grupo, parece que hagan lo que hagan las personas con diabetes, su evolución es y será mala.

En la prosecución de las entrevistas, y en vista de las digresiones ante la posibilidad de cualquier evento de gravedad por venir, incluso el fallecimiento —excepto en dos colaboradores que de forma espontánea lo expusieron (UAEMéx-Ed2, 2022 y UAEMéx-Ed4, 2023)—, modificamos las intenciones de conocer el trayecto de salud hasta la muerte. Consideramos ético omitir preguntas directas acerca del pronóstico y el desenlace final.

En lo relativo a las experiencias en los intercambios con el personal que proporciona los servicios de salud e indica los tratamientos, en particular la **relación médico paciente**, encontramos un colaborador que mantiene una especial adhesión a las prescripciones de la institución médica, quien asiste cada mes a las consultas médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), también va a consultas de acupuntura para coadyuvar al manejo del dolor y a sesiones de rehabilitación, más o menos de forma semanal (UAEMéx-Hv1, 2023). Su hijo que es químico trabaja en una empresa que elabora colágeno de grado alimentario; por la confianza de su consejo, él utiliza la proteína como suplemento para mejorar el estado del cartílago a nivel de sus rodillas y columna vertebral. La sola administración de los medicamentos y suplementos ocupa gran parte de su día, así como la preparación, el traslado y la participación en las diferentes consultas le ocupa varios días del mes. Es *enfermo*, al menos, de medio tiempo. Tiene relativamente pocas horas para vivir en salud, como cuando sale al cerro o se va con la bicicleta para la milpa, para contemplar los rincones de su casa y dedicarse a las actividades que lo disipan, por ejemplo, el cuidado de sus mascotas o de sus plantas.

Este colaborador siempre declara una buena relación con los responsables de indicar sus tratamientos. Aunque estudió hasta cuarto de primaria, ha elaborado un conocimiento enciclopédico de conceptos médicos que se interrelacionan, ha refinado prácticas de autocuidados rutinarios, de administración del tiempo y otras disposiciones. Si bien él nos brinda respuestas acerca de los tratamientos implementados por la

¹⁵ La *American Diabetes Association* (ADA) define hipoglucemia a los valores de glucosa en sangre plasmática menores de 70 mg/dl (Di Lorenzi et al., 2017; ElSayed et al., 2022).

biomedicina para esta enfermedad y de algunas opciones disponibles de la medicina tradicional, alternativa o complementaria, como lo es la acupuntura, el comportamiento de este hombre (UAEMéx-Hv1, 2023) condiciona más preguntas: ¿Cuántas personas con diabetes tienen los recursos para dedicar tiempo y dinero en esta magnitud? ¿Cuáles son los motivos y las expectativas detrás de esta dedicación? ¿Cómo se siente cuidarse o *no hacerlo*? ¿Qué percepciones genera este cuidado en su propio cuerpo, con y sin las huellas de la edad y la enfermedad, más allá de lo que expresa con palabras?

En todas las ocasiones que se abordó el tema, él se expresó con simpatía de su médica familiar, joven y amigable, que responde a sus dudas y es paciente, que se preocupa por *interconsultarlo* con otros especialistas médicos, como el cirujano, para decidir de modo conjunto el camino a seguir y lograr los mejores desenlaces. Tienen una interacción de confianza mutua y él sigue sus indicaciones (UAEMéx-Hv1-2023).

Ocurre algo similar con otro colaborador, quien incluso coloca a los médicos entre sus amigos, toma a pecho sus recomendaciones, intercambia regalos e interpreta con su guitarra en tocaditas para ellos (UAEMéx-Ed1-2023). Son *pacientes ejemplares*, de acuerdo con las expectativas que también se generan del lado de los prestadores de los servicios de salud.

Las colaboradoras tienen relaciones menos apasionadas con sus médicos. La voz de estos se cuele poco en sus días, a la vez que su adherencia a los tratamientos es más oscura. La ventaja de una de ellas es su enfermedad casi asintomática, por lo cual se permite olvidar su papel de enferma, ocuparse con plenitud de los asuntos que considera importantes (UAEMéx-Ed3, 2023); mientras que su hija, treinta años más joven, es propensa a caer en descontrol y a encontrarse fuera del intervalo seguro de las cifras de glucosa, probablemente porque hay poca supervisión sobre el tipo de insulina y la dosificación más conveniente para ella, lo que ocasiona un estado dominante de *enferma* que ella menciona tener presente desde cada mañana que despierta (UAEMéx-Hv1, 2023). La primera es derechohabiente del servicio de salud estatal ISSEMyM por parte de uno de sus hijos; la segunda, no, por lo que tiene que encontrar recursos económicos a través de la venta de fresa y aguacate y dirigirse a un privado de cierta confianza.

En cambio, otro colaborador de edad mediana se expresa *harto* de los médicos (UAEMéx-Ed2 2022) y se ha confrontado con ellos al descubrir inconsistencias en su papel de tener *el* conocimiento sobre la enfermedad, ha detectado cómo en los galenos se filtran las suposiciones que ocupan a los legos, ha optado por informarse por su cuenta, con la ayuda de su esposa, en especial gracias a la información disponible en internet. Por

esos antecedentes, cuenta con elementos para conformar una actitud crítica ante el comportamiento de los médicos y resalta la falta de juicio de ellos para prescribirle insulina, a pesar de su evolución. Deja ver que ha tenido un trayecto irregular en el seguimiento médico, por un lado, por las complicaciones graves que lo llevaron de manera urgente a solicitar atención; por otro, por los resultados insatisfactorios del tratamiento que lo mantienen de forma crónica con síntomas y molestias, que le impiden las actividades que acostumbraba a hacer y de las cuales gozaba, como correr varios kilómetros al día. No tenemos seguridad de que el malestar de sus pies sea totalmente *debido* a la diabetes.

En medio del desagrado que ha sentido por los últimos médicos que lo han atendido, de forma privada, resalta la desconfianza y enfatiza su *falta de profesionalismo*. Él ha tenido la experiencia de ser consultado por un médico que cree que la insulina hace daño, es decir, que se adhiere a un mito, a pesar de su formación *científica*. La preocupación cotidiana con que viven la diabetes él y su compañera los mantiene en la consulta de grandes volúmenes de información en la red, pero reconoce que los datos contradictorios también les provocan confusión y dificultad para tomar decisiones sobre las rutas a seguir. Por su estado clínico no satisfactorio con base en el tratamiento farmacológico, y a pesar de haber seguido otras recomendaciones que atañen al estilo de vida, las emociones que lo dominan son el miedo y el enojo. Expresa varias veces la necesidad de buscar alternativas y quiere depositar su confianza en nuevas opciones, por eso, de manera reciente, ha añadido a sus cuidados el remedio que representan los tés de hojas de mango y de guayaba. Hemos ya descrito que es el colaborador que estima con seriedad sus probabilidades de muerte próxima y lo menciona de manera abierta (UAEMéx-Ed2, 2022).

El colaborador restante, otro lejano de ser el paciente *ideal*, acude a citas con médicos privados de vez en cuando (UAEMéx-Ed4, 2023), simula que se divierte llevando una vida disipada de las prescripciones, entregado al vicio de la Coca-cola, *desobedeciendo* y engañando astutamente a los médicos, gracias a unos cuantos toques mágicos de lechuga y pepino. Con todo, parece ser el más temeroso de la diabetes, espectro adherido a él como su sombra. Es con él que esta enfermedad se presenta en la forma más pura, menos amarrada con otros padecimientos o preocupaciones existenciales. Ni el avance de la edad u otras afecciones significan algo tan central en su cuerpo, en su existencia, como la diabetes. La comprende como la dicta el discurso biomédico y hace un esfuerzo consciente, continuo, por mostrarse temerario y fingir que la saca de su vida, pero buena

parte de sus pensamientos y energía giran en torno a la enfermedad, que le propina grandes temores de muerte por infarto. Es una obsesión. En cuanto a la afectividad que expresa, no encontramos nada más simbólico que morir por perjuicio *al corazón*.

En resumen, las prescripciones, las recomendaciones y la actitud de la parte de los médicos en el momento del diagnóstico fueron palabras y gestos imborrables que quedaron en la memoria de los colaboradores. Luego de eso, poco reportan de novedoso, como si se instalara una cotidianidad en los seguimientos, una secuencia de repeticiones de *¿cómo se ha sentido?* o *¿cómo ha estado?* «A veces, ni siquiera eso», denuncia un colaborador (UAEMéx-Ed2, 2023).

En contraste con aproximaciones como las anteriores, la biomedicina estudia las *barreras* para la adherencia al tratamiento, y las simplifica en que pueden presentarse porque no se tiene acceso al tratamiento o no se acepta. Al respecto, Davoodi y colaboradores (2022) clasifican las barreras en individuales y sistémicas. Entre las primeras se hallan un conocimiento insuficiente, opiniones y actitudes, factores físicos, ocupacionales y financieros. Entre las sistémicas, figuran la insuficiente comunicación, instalaciones y equipos insuficientes, así como pobre coordinación intersectorial.

De lo anterior vale la pena destacar esa necesidad de la parte médica de que *el paciente* responda al diagnóstico de una enfermedad con una actitud proactiva, se documente con sus médicos y las fuentes validadas por estos y proceda de una manera lineal, es decir, que acate su nueva condición lo más pronto posible y sin cuestionamientos. No obstante, también debe destacarse el reconocimiento de la existencia de factores de coyuntura para alcanzar a *cumplir* con un tratamiento, como la insuficiencia de recursos financieros y factores que inciden sobre la disponibilidad, el acceso y la utilización de los servicios de salud. A partir de la historia y testimonio de los colaboradores es evidente que lidian con todo tipo de barreras y que estas se incrementan, en vista de la cada vez mayor *desprotección* de la salud, a todos los niveles.

6.4.3. Enfermedad y padecimiento

En esta categoría nos concentramos en las percepciones y la experiencia de vivir con diabetes que implican a la subjetividad, cuya exploración de significados se encuentra en el dominio del lenguaje, en el escrutinio del pensamiento y de la afectividad. Aunque se entran rasgos de la enfermedad, la atención está puesta en el padecimiento, o *illness*, como lo expone Moreno-Altamirano (2007). Las

preguntas que nos guían son ¿cómo viven su enfermedad las personas con diabetes?, ¿qué significados atribuyen a la diabetes?

De acuerdo con Frantz Fanon, una experiencia subjetiva puede ser comprendida por otro (2009 [1952], p. 95). En este trabajo, se ha procurado interpretar la vida cotidiana, con los matices de la diabetes, en el marco del sentido común desde el que se producen y organizan las motivaciones y las acciones, así como desde el cual se otorga el significado.

Tomando rumbo hacia el polo de la *Erfahrung*, que privilegia observar las **acciones**, una colaboradora hace —y lo reafirma su hija— *como si no* tuviera diabetes, todo come y se mantiene en el trajín cotidiano, motivada por la exigencia que ella misma se impone para lograr con éxito las disposiciones del hogar, sobre todo la de disponibilidad de alimentos (UAEMéx-Ed3, 2023). Los demás, a pesar de los síntomas o las complicaciones de la diabetes y el cruce de otros efectos como los cambios de la edad avanzada, continúan con la vida al tope de sus posibilidades, dedicados primeramente a su vida en el hogar y, secundariamente, poniendo ahínco en desempeñar una actividad que les permita una remuneración monetaria, aunque esta sea esporádica, con el fin de ayudarse en sus gastos personales. Mantener el cultivo de las parcelas, para obtener un poco de maíz qué vender cada año y conservar el derecho a los apoyos del sector agrario (UAEMéx-Hv1, 2023), vender fresa y aguacate (UAEMéx-Hv2, 2023), dar clases de guitarra e ir *de tocada* de vez en cuando (UAEMéx-Ed1, 2023), preparar y vender papita botana (UAEMéx-Ed2, 2022), tejer y vender atrapasueños (UAEMéx-Ed4, 2023) son actividades que ellos nos comparten con cero quejas, mientras sus voces toman un tono bajo, suave y tranquilo, e inclinan un poco la cabeza. Nos transmiten la idea de que poder mantener estos gestos de independencia les significan un motivo de gratitud en su *aquí y hora*.

Por lo que atañe a los **pensamientos respecto de la diabetes** y la manera en que incide sobre la vida presente, los colaboradores parecen haberse señalado propósitos semejantes a **no** aislar la diabetes del resto de las experiencias ni enfatizarla como condición presente, no pensar en sus implicaciones, no intentar identificar o entender los sentimientos que la acompañan. Parecen necesitar evadirse de una angustia existencial, optar por vivir en un *estrato* de negación recurrente, ya no como aquella fase del duelo que caracteriza Kübler-Ross (Holland, 2014), sino como un escape cotidiano para mitigar la consternación que significa la diabetes.

La evitación que observamos es comprensible, aporta oxígeno para su condición humana, pero es una evitación que se extiende a las acciones y tiene repercusiones al

momento de procurar los cuidados de sus cuerpos, porque estos quedan parcialmente velados. Se presenta como un *problema* mantener la conciencia de sí, de la manera en que se vive hacia el interior y se interactúa con el exterior.

Por su parte y a pesar de que su padre y sus tíos por ambas líneas tienen esta enfermedad, nuestro colaborador sin diabetes calla la posibilidad de que él llegue a presentarla (UAEMéx-Es1, 2023); es más, de forma espontánea comparte que ha tenido cifras de presión arterial elevada en varias ocasiones, sin asumir un diagnóstico. Para los demás, la diabetes siempre está presente, pero se expresan de ella en volumen bajo y con discreción, hacen un esfuerzo por focalizarse en la alimentación y la actividad física (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed3, 2023 y UAEMéx-Ed4, 2023), como si se trataran de discursos más seguros, para mantenerse en ellos.

Nuevamente con atención al *Erlebnis*, hallamos tonalidades en la experiencia de la enfermedad-padecimiento que provienen de recuerdos poco armoniosos: algunos colaboradores manifiestan **pensamientos** intrusivos que les son dañinos, como los agravios por desatención que, desde niña, una colaboradora no olvida de su mamá (UAEMéx-Hv2, 2023), o el rencor que otro de ellos siente por los hermanos (UAEMéx-Hv1, 2023), que es sospecha enunciada de haber traído la diabetes al presente, en un cuestionamiento del hijo (UAEMéx-Es1, 2023) acerca de su padre. En la intersubjetividad, queda latente la impresión de la existencia de una relación, porque son reclamos recurrentes que surgen cuando se habla de cómo se vive con esta enfermedad crónica. Aunque así no fuera, esos recuerdos contribuyen a trabar la vida cotidiana con diabetes con emociones adversas añadidas, ira o tristeza, que algunos autores consideran como negativas (Bericat, 2012). Además, estas emociones suponen una contribución en cuanto a estrés, capaz de influir sobre las vías biológicas, cuyos efectos incrementan la probabilidad de morir (Brunner & Marmot, 2006). La rumiación en que reaparecen enojo, tristeza y posible culpa nos parece problemática, ya que es origen de sufrimiento.

Al revisar preguntas por las **expectativas**, los colaboradores hacen pausa y dirigen la mirada hacia una especie de sendero imaginario que yace de frente a ellos, a sus pies. Las alternativas durante la indagación no abrieron la puerta cerrada, ni quisimos persistir en profundizar, acaso se abriera una caja de pandora. La necesidad de anteponer la integridad de los colaboradores ante las supuestas necesidades de la indagatoria fue la conclusión de un ejercicio de reflexividad. Para ellos, lo inmediato por suceder es preocupación latente que los acompaña las veinticuatro horas. Es temor que se exagera

cuando un síntoma se vuelve persistente o progresivo, incluso por lo que podría juzgarse banal (UAEMéx-Hv1, 2023, UAEMéx-Hv2, 2023 y UAEMéx-Ed2, 2022). O bien, en forma paradójica, es un *algo* que quiere teñirse de optimismo (UAEMéx-Ed1, 2023 y UAEMéx-Ed4, 2023). Decidimos quedarnos con la percepción de la existencia de un abanico de malestares y temores que no es enunciado, que no es adecuado interpretar, por lo que parte de la experiencia de vivir con diabetes se mantiene encriptada.

Existen observaciones similares en la literatura. En las *Memorias de Adriano* (1977), Marguerite Yourcenar escribe: «... *tout ce que je raconte ici est faussé par ce que je ne raconte pas [...] et je passe aussi sous silence les expériences de la maladie, et d'autres, plus secrètes qu'elles entraînent avec elles*» (Yourcenar, 1977, p. 187), dos fragmentos que pueden traducirse como: «... todo lo que cuento aquí es desmentido por lo que no digo [...] Y también callo las experiencias de la enfermedad y otras, más secretas, que estas arrastran consigo».

Se trata de vivencias y significaciones que tienen diversos impedimentos para ser enunciados, cuyos acercamientos e intentos de comprensión estimo que requieren de claves distintas de indagación y, sin duda, de un mayor tiempo de interacción. Un recurso es concentrarse en los gestos, como un componente del habla que es más que solo una *parte* de cuanto se dice. McNeill (1992) explica que los gestos se valen de la imagen para compensar una deficiencia de los medios verbales o para comunicar ideas que no siempre se pueden expresar.

Según este autor, los gestos representan ideas y son expresiones metafóricas que se valen de analogías simbólicas, por lo que comprenderlos se aproxima a una lectura de la mente; en realidad, es *nuestro cuerpo quien actúa como la historia que está por contarse*. McNeill resalta otras formas no verbales de comunicar, como la *háptica*, o percepción de los objetos por el tacto y la propiocepción, así como la *cronémica*, o uso del tiempo en la comunicación no verbal; ambas son formas útiles para analizar interacciones como la compartida con una de nuestras colaboradoras (UAEMéx-Hv2, 2023), medida en discurso y rica en el empleo de **sistemas de comunicación no lingüísticos**.

En relación con la preparación con que acudimos al trabajo de campo y las anteriores observaciones, identificamos la **insuficiencia de la indagación y la posibilidad de análisis de lo discursivo** como un resultado, que se discute en la sección correspondiente.

6.4.4. Acción desde la experiencia: el caso de la alimentación y la actividad física

En este punto se recupera sobre las subjetividades y significados de la experiencia de vivir con diabetes que mueven a las personas con esta enfermedad crónica a actuar en consecuencia, particularmente a repensar y modificar su alimentación y actividad física.

Los discursos sobre estas dos temáticas, cuando se comienza a hablar de diabetes, son continuos; aunque para el modelo médico-nutricional no son cosa ajena, sino que constituyen dos elementos de una condición central: el equilibrio energético. Recuperamos una gran cantidad de dichos discursos desde donde los colaboradores expresan sus primeras preocupaciones al conocer el diagnóstico, al pensar en las causas o en la manera de controlar la enfermedad, al decirse que ya no se va a «poder comer lo que se comía antes» (UAEMéx-Es1, 2023): se lamentan antes que pensar en otra cosa. Las experiencias vividas, los significados y el contexto sociocultural en que se entran la diabetes y la alimentación son los fenómenos más significativos para los colaboradores y más reiterados que identificamos en este trabajo, lo cual apunta además a reflexionar la importancia de los alimentos, pues estos ocupan un gran espacio en los pensamientos y acciones de su vida cotidiana.

En esta categoría, indagamos por las experiencias vividas en relación con los alimentos, a los cuales consideramos sustancia fundamental de la percepción por sus características organolépticas distintivas, así como objetos de cognición, cuyas apreciaciones dependen de las interacciones de las personas con el contexto sociocultural por las que adquieren significados particulares.

En las narrativas analizadas encontramos que, con frecuencia, los alimentos son disgregados, es decir, traídos de forma aislada por el recuerdo y evaluados con base en juicios. Independientemente del significado que cabría esperar para cualquier platillo, hallamos que una variedad de alimentos, muchos de ellos sin preparar, tiene un significado mucho mayor que alimentario en los colaboradores (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed3, 2023; UAEMéx-Ed4, 2023; UAEMéx-cEd4, 2023 y UAEMéx-Es1, 2023). Como los alimentos no aparecen sobre la mesa de quienes tienen diabetes por su mero gusto o disponibilidad, sino solo al escapar a una especie de censura, existen entonces criterios de selección que descubrir.

Los colaboradores especificaron un conjunto de alimentos. Al respecto, un antecedente importante en el tratamiento de las enumeraciones, por las reflexiones que conlleva, es el de recuperaciones como las que hace Umberto Eco (2011) de los gabinetes de maravillas, *Wunderkammern*, los cuales resumen el mundo conocido, son repositorios de objetos reunidos por su esencia o sus propiedades, que se constituyen en enumeraciones que crean un *orden de las cosas*, con un sentido similar al que da Foucault (1968). Escuchamos enumeraciones de los colaboradores que, por lo regular, concretaron una taxonomía, un marco que contiene los alimentos que ellos calificaron como *buenos*, o *malos*, aquellos sobre los que no existe un acuerdo y, por supuesto, los invisibles (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed3, 2023; UAEMéx-Ed4, 2023; UAEMéx-cEd4, 2023 y UAEMéx-Es1, 2023).

Los colaboradores hicieron que los alimentos con presencia conformaran una **dieta** (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed3, 2023; UAEMéx-Ed4, 2023; UAEMéx-cEd4, 2023 y UAEMéx-Es1, 2023), en el entendido de que la dieta son los alimentos **efectivamente consumidos por una persona**. Si estos son *buenos*, corresponden en cierta medida con lo que la OMS (2021) califica como *la alimentación saludable*. Así, el sentido más inmediato para el alimento *bueno* es el que le ha conferido la biomedicina o el modelo médico hegemónico, pero al respecto deben hacerse varias puntualizaciones. La alimentación, en contraste, no puede ser entendida como el consumo de alimentos por su simple contenido energético o valor nutritivo, sino que vincula el comer con la cultura, en cuanto a usos, costumbres, tradiciones (Gómez & Velázquez, 2019).

En los últimos documentos presentados por la OMS hay una transición hacia el uso de términos que conceptualmente corresponden mejor con el significado y los campos disciplinarios de los que provienen, caracterizados por el reduccionismo. Lo actual es procurar una **dieta sana**, que cuenta con los siguientes principios fundamentales: limitación del consumo de azúcares añadidos, desplazamiento del consumo de grasas saturadas en favor de grasas no saturadas, con eliminación de las grasas *trans* producidas industrialmente, limitación del consumo de sal y preferencia por la yodada, incremento en el consumo de cereales integrales, verduras, legumbres, frutas y nueces, así como de agua potable libre de endulzantes (OMS, 2021).

Desde las instancias gubernamentales y no gubernamentales del sistema de salud, las personas reciben dichos principios como componentes organizados en forma visual, en spots, en las consultas de medicina y nutrición, por ejemplo, el *nuevo plato del buen comer* (Amaro, 2023). No se comunican con igual énfasis maneras efectivas de combinar los alimentos en platillos, por ejemplo, son poco comunes los recetarios de platillos gustosos y accesibles por región, pero sobre todo no hay recomendaciones difusas de cada cuánto es oportuno comer. Cabe sospechar que no se toca este punto desde el Estado para no polemizar en torno a las jornadas laborales largas y con restricciones de diversa índole para un consumo sereno de los alimentos.

Además de los discursos sobre la falla en preservar el equilibrio energético, en particular de limitar el consumo *excesivo* de energía que no es utilizada y que como consecuencia es acumulada bajo la forma de reservas en el tejido adiposo o grasa — que pone a un buen número de personas en problemas acerca del conteo de calorías—, también es común que se discorra sobre el efecto del consumo de grasas *buenas* y *malas*. Esta es otra subcategorización de los alimentos, que ya no solo mira la procedencia, el exterior del alimento o el tipo de tejido vegetal o animal, sino que supone las estructuras a nivel molecular, más allá de lo que una ultramicrofotografía puede revelar. Una visión que solo es posible desde la biomedicina.

Para la mayoría de las personas no es sencillo comprender lo que significa que una grasa tome una estructura *trans* ni sus repercusiones en el metabolismo, por lo que, como alternativa, los saberes médicos y de la nutrición proporcionan ejemplos de alimentos que las contienen: las frituras tipo papitas y *chetos*, en general, cualquier alimento industrializado, como galletas, helados y postres, y su recomendación a la población es «que los eviten», mientras que hay carencias en la legislación para impedir el empleo de esas grasas *malas*, destacadamente las parcialmente hidrogenadas, como ingredientes redundantes en los procesos de la industria alimentaria, por baratos y para incrementar el tiempo de vida de anaquel (Taormina, 2019), entre otras razones.

En una simplificación de cómo enfrentar esa información, surgen las clasificaciones que las personas hacen suyas, con modificaciones y con un enriquecimiento de su sentido que, de manera inicial, era netamente nutritivo y desatendía los usos, las costumbres y las tradiciones. En el cuadro 4, recuperamos y organizamos los alimentos que fueron mencionados en las entrevistas y respetamos

la etiqueta como «bueno» o «malo» que los colaboradores utilizaron (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed3, 2023; UAEMéx-Ed4, 2023 y UAEMéx-Es1, 2023).

Al profundizar en los atributos de los alimentos, encontramos que aquellos que para los colaboradores significan el desencadenamiento o empeoramiento de la diabetes, fueron calificados como *malos*. Señalaron como alimentos *buenos* los que estimaron que ayudan a prevenir la diabetes o a alejar las complicaciones. Las creencias sobre los atributos *bueno* o *malo* dependen de la transmisión de construcciones del discurso biomédico, como la del exceso de energía o los efectos de las bebidas endulzadas y las grasas trans, y se entran con otras que derivan del sentido común o arraigadas en la cultura, como las de los alimentos *inquinados*¹⁶.

Se encontraron desacuerdos en torno a algunos alimentos: la carne es buena (UAEMéx-Hv1, 2023 y UAEMéx-Es1, 2023), pero mala, según otros (UAEMéx-Ed1, 2023). Es un choque que surge de concentrarse en el contenido de proteínas o el de grasas, aunque también figuran otras cuestiones como el prestigio social que constituye el consumo de alimentos particulares, en una sociedad estratificada, según Bourdieu (Apchain, 2022; Rodríguez, 2002). Esto fue patente en la indagatoria cuando surgió el caso de las *carnitas*¹⁷, como nuevo ofrecimiento para los comensales en un festejo, que deja bien *parados* a los anfitriones (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Es1, 2023). Finalmente, mediante la reflexión encontramos algunos alimentos invisibles y los traemos a la superficie, más adelante.

Cuadro 4. Categorías de alimentos, según las percepciones de los colaboradores

Alimentos malos	Alimentos buenos	Alimentos en desacuerdo
<p>“ ”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coca-cola • Otros refrescos • Comida chatarra: frituras, saladas, pastelillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nopales • Huazontle • Espinacas, acelgas • Otros quelites (cenizo, corazones, vinagreras) • Tés sin endulzar • Agua de pepino, de jamaica 	<ul style="list-style-type: none"> • Carne • Longaniza • Queso • Chocolate

¹⁶ También llamados *enquinados*, se trata de la carne de cerdo y las leguminosas, que entendimos que no deben ser consumidos para no alterar el proceso de curación de las heridas.

¹⁷ *Las carnitas estilo Michoacán* es un platillo hecho a base de carne de cerdo, sazonada con jugo y refresco de naranja, sal, pimienta y hierbas aromáticas; finalmente, frita en manteca de cerdo.

<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas alcohólicas • Dulces y alimentos endulzados • Pan • Alimentación complementaria demasiado temprana • Potenciadores de sabor: sal, azúcar, glutamato monosódico • Alimentos <i>inquinosos</i> (carne de puerco y legumbres, que no deben consumirse si se tienen heridas, pues se cree que interfieren en su curación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Agua natural • Pepino • Lechuga • Frijoles • Chiles • Sopa de pasta en caldillo de jitomate • Salsa con chile • Jitomate, tomate • Arroz • Aguacate • Calabaza • Brócoli • Otras verduras • Papa • Zanahoria • Haba, alverjones, lentejas • Pescado, charales • Lactancia materna exclusiva, cuando corresponde 	
---	--	--

Fuente: Elementos del contenido de los discursos de los colaboradores sobre significados de la diabetes en relación con la alimentación.

En el supuesto de que los colaboradores hubieran hecho una *correcta* identificación de los alimentos que les *conviene* consumir, desde el marco sugerido por la biomedicina, encontramos dificultades para lograr eficacia, algunas de las cuales resumimos en el cuadro 5.

Así, a pesar de que los colaboradores identifican alimentos que confieren un *riesgo* o una *protección* contra el desarrollo de la diabetes en los términos que han aprendido del discurso biomédico, una serie de vacíos en la información que se les proporciona o las coyunturas propias de la vida cotidiana profundizan las limitaciones para lograr el impacto deseado para que se imponga la *dieta sana* (OMS, 2021) o, desde el marco de los estilos de vida saludables, de la alimentación saludable.

Cuadro 5. Limitaciones encontradas para lograr una *dieta sana*

Problema encontrado	Sugerencia inicial para su solución
---------------------	-------------------------------------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Los colaboradores no mencionan medidas justas para el consumo, la <i>cantidad máxima</i> permisible. 2. Cuando se mencionaron cantidades recomendadas, por ejemplo, dos tortillas (UAEMéx-Ed3, 2023), las personas se quejaron de quedar con hambre. 3. No se discute la frecuencia de los tiempos de comida. 4. Los alimentos mencionados estuvieron aislados y pocas veces fueron integrados en platillos, es decir, preparados, situación real de su consumo. 5. Existe monotonía en cuanto a los alimentos <i>buenos</i>. 6. Hay poca representación de los diferentes grupos de alimentos que consumir. 7. Existe una percepción de un exceso de alimentos que son <i>restringidos</i> desde las instituciones. 8. Hay alimentos sanos y accesibles que no son consumidos debido a creencias determinadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar orientación sobre cómo reconocer <i>raciones</i> apropiadas. 2. Considerar y atender la necesidad de sentir saciedad que tienen las personas. 3. Recaltar la importancia de un número de tiempos de comida y el espacio entre estos. 4. Difundir <i>recetas</i> sugeridas, con base en accesibilidad, aceptabilidad de alimentos y en reconocimiento de las tradiciones culinarias. 5. Difundir otros alimentos que son convenientes, pero menos consumidos. 6. Difundir más información sobre alimentos distintos de las verduras y legumbres. 7. Modificar las prácticas de restricción o evitación excesiva. 8. Difundir más información sobre la inocuidad de los alimentos en condiciones determinadas por creencias.
---	---

Fuente: Elementos del contenido de los discursos de los colaboradores sobre significados de la diabetes en relación con la alimentación.

Dentro de la monotonía de verduras, los quelites fueron omnipresentes y su valoración para prevenir y mantener en control la diabetes fue magnificada casi al nivel de panacea (UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Ed3, 2023), a pesar de las muchas opciones en alimentos en nuestro ámbito comunitario *para conformar una dieta sana*. Detectamos subrepresentación de cereales integrales y de legumbres: además de maíz y arroz, no hubo menciones de avena u otro cereal; aparte de los frijoles y habas, no destacaron los garbanzos, lentejas, chícharos o ejotes. La combinación de estos dos grupos en un mismo tiempo de comida asegura la presencia de proteínas de alto valor biológico, la ingestión de fibra dietética, así como contribuye a estimular la saciedad; todo con alimentos de costos relativamente accesibles, en comparación con la mayoría de los alimentos de venta en supermercados, y con la ventaja de permitir el almacenamiento por largos periodos, asegurando su disponibilidad en el hogar.

Puesto que la medicina y la nutrición consideran una **relación indisoluble** entre la dieta y el ejercicio, e insisten en el objetivo de alcanzar un equilibrio energético que mantenga el peso e impida la acumulación de grasa corporal, entonces es necesario vincular una consejería de tipo nutricional y una del ejercicio físico. No obstante, aunque ambos componentes se colocan en posición de similar relevancia desde la perspectiva biomédica (Mangiamarchi et al., 2017), en los discursos de los colaboradores la **actividad física** es comprendida como similar al ejercicio y encontramos solo la recuperación del consejo de moverse y salir a caminar, lo cual no califica como ejercicio.

Hemos aclarado previamente, en el marco teórico, que el término *actividad física* supone movimientos de los músculos esqueléticos, que ocasionan un consumo de energía, mientras que el **ejercicio** es una actividad planeada, estructurada y repetitiva cuya meta es mejorar la condición física, la funcionalidad o la salud en general (Escalante, 2011). Las recomendaciones de ejercicios físicos aeróbicos para incrementar la sensibilidad a la insulina, así como de ejercicios de resistencia para mejorar la fuerza muscular de las personas con diabetes, que la evidencia médica supone que permean en la población (Navarrete et al., 2022), no fueron enunciadas espontáneamente por los colaboradores. Tampoco emergieron a través de la indagación recursiva.

Aunque las recomendaciones de este tipo de ejercicios específicos hubiesen sido del conocimiento de los colaboradores, comúnmente no existen los medios para que se efectúe una evaluación médica adecuada antes de iniciar un programa de ejercicios, y que resulte en una planeación de ejercicios idóneos para cada persona con diabetes, con la intensidad, frecuencia y duración correctas para que se alcancen los objetivos mencionados líneas arriba. Deben incluirse las precauciones especiales, de acuerdo con la singularidad de los individuos, para disminuir el riesgo de presentar hipoglucemia (Rodríguez, 2017; Hernández & Licea, 2010).

Desde la propia experiencia como alumna, docente y profesional de la medicina, puedo afirmar que la formación médica convencional en nuestro medio no comprende el adiestramiento para hacer una evaluación ni un plan de ejercicios en una persona sana, mucho menos en una persona que tiene una condición clínica que obligue a adecuaciones. En concordancia, ningún colaborador mencionó nunca una

actividad estructurada que fuera indicada desde sus médicos o desde otros servicios de salud.

6.4.5. Subjetividad y cuerpo

En esta sección se abordan las vivencias en relación con la diabetes que los colaboradores reconocen como de su **corporeidad**, es decir, que son parte de la conciencia de su propio cuerpo, aquellas que autores como David Le Breton (2018) denominan *encarnadas*.

Es importante retomar dos nociones filosóficas de cuerpo mencionadas en el marco teórico conceptual. Primero, la de cuerpo-objeto-orgánico (*Körper*), propia del pensamiento biomédico, y otra que puede considerarse opuesta, o bien, complementaria a la anterior: la de cuerpo-sujeto-con intencionalidad (*Leib*) (Marzano, 2002), última en que florece la subjetividad de nuestros colaboradores. Ambas están presentes o latentes en esta exposición de resultados.

El momento de recibir el diagnóstico es el paso a través de un umbral, que desata **respuestas emotivas** que pueden ser clasificadas con base en las etapas de la teoría del duelo, de Elisabeth Kübler-Ross, fases no necesariamente consecutivas: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación (Holland, 2014). Mediante la reflexión de las declaraciones de los colaboradores, encontramos que la reacción primera puede identificarse con alguna de las fases, ciertamente sin seguir un determinado orden de presentación, a pesar de que se supone que la reacción inicial más común es la de negación. Rodríguez-Moctezuma y coautores (2015) identifican estas fases como relativamente duraderas y asociadas con un cierto estado clínico.

En el análisis de *Enfermedad y biomedicina* recuperamos signos y síntomas que han contribuido a determinar una habituación a la manera de responder a la presencia de la diabetes en los colaboradores, aunque estas respuestas no necesariamente se relacionan con las complicaciones que han enfrentado. Actúan y sienten, algunos pretendidamente carentes de pena, con un esfuerzo consciente por gozar cada día; o bien, envueltos por un halo de pesimismo que **matiza el Erlebnis de su experiencia**.

Entre nuestros colaboradores, el historial de **complicaciones** no parece ir de la mano con el estado de ánimo dominante en la vida presente, véase el caso de uno de ellos, agradecido de vivir, a pesar de que la integridad de su cuerpo ha sido vulnerada

(UAEMéx-Ed1, 2023). Es posible que el ánimo que nos comparten resulte de una determinada personalidad, ya existente de forma previa a la llegada de la diabetes, porque percibimos una estructura, una construcción que conecta con las experiencias pasadas. Ejemplo de ello es la tristeza que con frecuencia domina los sentimientos del hombre que nos compartió su biografía a profundidad (UAEMéx-Hv1, 2023), con afectaciones encarnadas, que incluso brotan como marcas que él y su médico pueden comprobar por la visión que escudriña dentro de la carne: la tomografía computarizada y el dictamen médico.

Reflexionar sobre subjetividad y cuerpo, nos conduce al encuentro con las emociones, las cuales juegan un papel fundamental en el carácter y variaciones de las relaciones sociales: La única manera de experimentar la vida es emocionalmente y ello es siempre de tipo relacional (Bericat, 2000). Al respecto, los colaboradores sostienen relaciones cordiales con conocidos, aunque solo de manera ocasional, pues la mayoría sale poco. Se encuentran e intercambian saludos con el hombre que vende fruta y verdura en la plaza dominical, el joven que despacha en la pollería del centro, los muchachos que hacen faenas en la milpa, los vecinos del pueblo que se detienen a platicar. A través de nuestra propia interacción, descubrimos que muchas de esas personas, con quienes tienen encuentros para intercambios de bienes o servicios, son familiares lejanos. Sin embargo, los colaboradores privilegian los contactos con familiares de primer y segundo grado, particularmente después de que ocurrieran los diagnósticos de diabetes (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022).

En su manera de vivir en este mundo, el cuerpo de los colaboradores se adhiere a patrones heteronormativos. Observamos diferencias en el estilo de presentación, propensiones entre mujeres y hombres, que variaron desde una vestimenta diferenciada, una actitud de mayor o menor cercanía con la etnógrafa, una libre emocionalidad *versus* la tendencia al control emocional, la adopción del papel de cuidadora o cuidado, la entrega a las labores domésticas de aseo del hogar o a trabajos fuera de casa, actividades como bordar o coser de frente a realizar trabajos con herramientas, etcétera.

Siempre en el tenor de lo sexo genérico, lo más notorio en lo relacional fue la actitud tierna y protectora de las esposas con sus esposos enfermos (UAEMéx-Ed1, 2023, UAEMéx-Ed2, 2022 y UAEMéx-Ed4, 2023): ellos tienen confianza de que su pareja hará todo lo posible por solucionar cualquier problema derivado de la diabetes, en su encrucijada con el avance de la edad. Uno de los hombres se lamenta repetidamente porque *no tiene quien le haga sus tortillas* (UAEMéx-Hv1, 2023), por eso prefiere vender

todo el maíz que desgrana y clasifica como adecuado para el molino de nixtamal. Las colaboradoras con diabetes pasan la mayor parte de su día realizando faenas de procuración de comida y cuidados, en pro del bienestar de sus hijos y nietos (UAEMéx-Hv2, 2023 y UAEMéx-Ed3, 2023).

En la observación de sus interacciones, en adición al contenido de los discursos, y con mayor claridad en el caso de uno de los hombres (UAEMéx-Hv1, 2023), notamos que las personas con diabetes experimentan una sensación de **vigilancia** constante en cuanto a su comportamiento como *enfermo*, en particular de sus familiares cercanos, que mantienen fija la atención en ellos. Los familiares, a su vez, expresaron comentarios en tono de queja relacionados con la violación de las expectativas que tenían colocadas en el *enfermo*. Se trata de la detección o suposición de transgresiones en la cotidianidad: que la persona con diabetes haya incurrido en saltarse una tableta de medicamento, tomarla fuera de horario, no tomarla, comer una golosina, comer varias, comer en exceso, beber refresco, contar o imaginar cuántas veces lo hizo, cuándo lo hace, con quién lo hace, si sale a caminar y se moviliza o se queda quieta en casa.

De forma complementaria al contenido de los discursos, por las posibilidades de la observación participante, la etnógrafa tuvo una experiencia al respecto durante una comida con motivo de las fiestas patrias, en casa de la familia de la difunta esposa de uno de los colaboradores. Mientras el padre comía con naturalidad, el hijo mayor lo miraba constantemente, un poco tenso. Al final del festejo, este mencionó los diferentes platillos y bebidas que su padre había consumido, así como las correspondientes cantidades, empleando un aire crítico ante la consideración de un posible exceso y sus consecuencias (UAEMéx-Hv1, 2023 y UAEMéx-Es1, 2023). Esto nos llevó a considerar que existen formas de vigilancia, que discutiremos más adelante.

En los cruces, también fueron evidentes las posiciones contrarias dentro de las familias, por ejemplo, las críticas hacia las diferentes percepciones de salud: la exaltación del *estar gordo* que hacen las mujeres, y el rechazo de parte de uno de los hombres acerca del significado de bienestar que ellas atribuyen al peso corporal.

Pasemos a las **vivencias en la corporeidad**. En lo relativo a las percepciones acerca de sí mismo en la actualidad y en contraste, encontramos que los colaboradores sí detectan cambios. Lo que más lamentan es, en consonancia con la perspectiva biomédica, la pérdida de funcionalidad: ya no poder correr ni caminar sin claudicar, tener una visión deteriorada. Enlistan, enuncian con rapidez, con gestos de molestia, de dolor o inexpresivamente. Si se pregunta por algo más, su actitud se torna grave. Nos sugieren

que el mundo en realidad se vuelve más amenazante, luego de sumarse la convicción de tener diabetes, de que se pasa a ser *otro*, con la salud frágil. Y el cambio de identidad debe ser construido por un trabajo activo que desmenuza las expectativas a las que habrá que responder, las actividades que aprender, por ejemplo, qué no hacer, qué no decir, cómo cuidar de las heridas en los pies o cómo, cuándo y en dónde aplicarse la insulina.

No solo hay ideas de por medio, hay concreciones que objetivan potentemente a la diabetes, con claridad que supera a las sensaciones de los síntomas: la modificación visible del cuerpo. Cuatro de los colaboradores han experimentado una pérdida de peso que impacta su **vivencia del vigor del cuerpo**. Nos comparten metáforas que resumen cómo su cuerpo tiene una pérdida progresiva de su sustancia: «La diabetes *seca* el cuerpo» (UAEMéx-Hv2, 2023), «La diabetes es como un cáncer de azúcar en la sangre. La diabetes te cambia la carne, *está en la carne*» (UAEMéx-Ed4, 2023).

Por otra parte, aunque sus palabras no se manifiesten al respecto, hay un cuerpo que habla por la pérdida de uno de sus segmentos (UAEMéx-Ed1, 2023) y, mientras se va perdiendo el cuerpo, aún en vida, el cuerpo de otros resiste.

El principal contraste en los **hábitos** de sus cuerpos es discursivo, se relaciona con lo transmitido por el médico al *paciente*: es la evitación de esto y aquello que, desde las objetivaciones en la *Erfahrung* se extiende dentro del *Erlebnis*. El arranque lo da el médico, justo al ocurrir el diagnóstico, y propina una serie de indicaciones que no necesariamente lleva a la acción. Es el inicio de las restricciones, reiteradas durante todo el seguimiento. Lo que sucede parece de naturaleza lúdica: los juegos de *lo restrictivo* en cuanto a lo que se come, se bebe, se dice; un conjunto de acciones que es necesario descubrir y aprender, que congenian bien con el recogimiento a lo privado del hogar, a lo privado de la propia recámara, a lo privado que logra el silencio para con los otros, es decir, la evitación de la interacción social y lo que porta consigo. Es dejar de lado un mundo que se sacude las tristezas y miserias con festejos de carnicas, refrescos y pachangas, es permitir que el jolgorio siga, sin aparecerse por allí para aguar la fiesta con caras largas.

Acerca de otros sentimientos que **provoca vivir con diabetes**, nuevamente encontramos el silencio consigo mismo, que desdibuja la propia existencia. Es una presión adicional a las del mundo sin diabetes, que implica desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones, antes de haberlas identificado de forma plena, es la **evitación de los sentimientos**. Aparece como la más conectada consigo misma esa mujer que calla tanto y, sin embargo, se atreve a revelar para este trabajo la gran tristeza

que siente por no ser comprendida en su deseo de recibir una caricia esencial, un cuidado mínimo: ser escuchada en cuanto al dolor de su padecimiento (UAEMéx-Hv2, 2023).

Los otros colaboradores limitan las quejas y con ello parecen aminorar cualquier malestar, se impregnan de un estilo de presentación lleno de ánimo, incluso energético. Algunas de las expresiones de alegría de vivir son expansivas, desbordantes, pese a contender con amenazas repetidas, como el empeoramiento de las heridas o de haber tenido que aprender a vivir bajo nuevos términos, luego de una amputación. Como se ha señalado, el *descontrol metabólico* es, en todo caso, el fantasma oculto, que solo los médicos o una condición de agravamiento súbito son capaces de traer a la realidad.

Las expectativas de los colaboradores que hemos descrito realimentan su experiencia de vivir con diabetes en el aquí y ahora. Notamos que todos, excepto un hombre que alterna entre declarado temor y afrontamiento valiente (UAEMéx-Ed2, 2022), rehúyen comunicar un panorama general, evaden sobre todo ponerle palabras al futuro más próximo, por ejemplo, la semana por venir. Los escuchamos anclados al pasado y a los recuerdos más gratos o ingratos. Nos hablan sobre **vivir el día a día** en un plano superficial y seguro, en medio de **estrategias evasivas**, que reflejan la negativa a discurrir con apertura sobre los cambios obligados en la socialización, la negativa a enunciar, incluso a pensar, las posibilidades realistas de desenlaces adversos.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



7.1. Discusión

En este capítulo se presentan las reflexiones en cuanto al proceso intersubjetivo atravesado y la discusión de los resultados. Para tener acceso a los significados de vivir con diabetes, se reiteró, trianguló, se buscó ir a un espesor más profundo

(Osorio, 2001), que permitiera interpretaciones sobre la **esencia de la experiencia de vivir con diabetes centrada en el cuerpo y las emociones**.

Se exploran y discuten algunos de los problemas que los colaboradores mismos encuentran en lo relacional recurre a elementos para discutirlos.

Es de importancia mayor discutir aquí sobre los desafíos que ha entrañado la interpretación y cómo se han tratado. Hemos recuperado e interpretado elementos discursivos y no lingüísticos a lo largo de los 18 meses de trabajo de campo que, por supuesto y desde diferentes perspectivas, pueden y deben ser debatidas. Un caso de riqueza máxima es el de las metáforas, las cuales provienen de la tradición literaria y se las reconoce como figuras retóricas, principalmente empleadas en la poesía.

En 1998, sin embargo, George Lakoff y Mark Johnson, uno lingüística y el otro filósofo, proponen que la metáfora no solo constituye un aspecto formal del lenguaje, sino también un proceso derivado de la experiencia humana en el mundo, que permite estructurar nuevos conceptos a partir de otros (Nicacio, 2013).

Por un lado, consisten en usar palabras que designan una realidad distinta a la que representan en forma convencional, es decir, sucede un cambio de un signo por otro (Nicacio 2013; Nicacio 2017). Por otro, las metáforas son capaces de impregnar tanto pensamiento como acción y constituyen mecanismos mentales de alcance conceptual con qué construir conocimiento, **representar el mundo y expresarlo con mayor concordancia al modo cómo lo experimentamos**. Las metáforas forman parte de nuestra cognición y también son elementos culturales (Nicacio, 2013; Nicacio, 2017), por lo que suelen ser accesibles entre personas que provienen de un contexto cultural común. Como señala Jones (2007), una forma de acercarse al significado es tener presente que todo contenido está **determinado por el contexto**.

Bajo el supuesto de que la información sobre la vida de una persona, su subjetividad y sus experiencias significativas puede ser representada como metáforas, el terapeuta David Grove desarrolló una forma de intervención que favorece que un individuo se desplace hacia nuevas metáforas que generen un cambio favorable en su experiencia (Pincus & Sheikh, 2011), una especie de limpieza operada por modificaciones en el lenguaje. Esto da una idea del poder de las metáforas para lograr un modelaje simbólico.

Además del reconocimiento de la relevancia de las metáforas, encontramos que la presentación personal y del ambiente proveen claves no verbales (McNeill, 1992).

Por ejemplo, una colaboradora permanece sentada por horas en la banca de concreto de la esquina de la calle, sin encorvar la espalda y con las manos cruzadas sobre el pecho o sobre el regazo, el mentón en alto y la visión alzada a lo lejos. Porta sus cabellos rizados y cortos, que no se recogen ni se enredan sobre sus hombros, sino que se desenvuelven en ondas para proteger los ángulos de su rostro, igual que cubren sus pómulos, ojos y cejas los grandes anteojos oscuros; mientras se está con los labios extendidos y quietos. Observamos repetidamente su actitud de espera frente a los paseantes y lo imprevisto, con dignidad apoyada en lo sereno que encuentra en su vida cotidiana.

Ciertamente, y como elemento central de esta discusión, nos encontramos en medio del objetivismo y subjetivismo, en una circularidad de ejercicios de reflexividad que se apoyan en afirmaciones diversas, como las Hammersley y Atkinson (1995) acerca de que las orientaciones de los agentes, sus valores e intereses, están modelados por su ubicación social e histórica. De manera similar, Pierre Bourdieu teoriza, con el *habitus*, la existencia de un sistema de esquemas de concepción, percepción y acción de larga duración. A partir de ello, considera que las prácticas ocurren en el marco de un tiempo y espacio, con una organización no totalmente consciente y una lógica interna que deriva de la experiencia pasada de la realidad del individuo (Maller, 2015).

Como se expuso en el marco teórico conceptual y metodológico, la fenomenología sociológica supone el arribo a las significaciones gracias a la confluencia de las situaciones biográficas del sujeto *ego* y el sujeto *alter*, mediante el lenguaje y los símbolos, últimos que también se convierten en generadores de sentido para alcanzar un grado de comprensión, en el interior de un proceso de intersubjetividad (Rizo, 2010; ver Figura 7, de este escrito). En estas tres consideraciones, se hallan elementos comunes, como el espacio y el tiempo.

Desde varias perspectivas que confluyen de manera ontológica, epistemológica y metodológica al abordar la realidad social, resulta que esta puede ser equiparada con una totalidad, en la cual, partes integradas e interrelacionadas comprenden una unidad compleja, estructurada y jerarquizada. La **desarticulación**, desde la perspectiva que interesa a las ciencias sociales, puede hacerse a través de los espesores o capas que presenta la realidad social, del tiempo y el espacio. La primera dimensión comprende niveles superficial, medio y profundo, la temporal implica tiempos relativamente cortos, medios y largos, mientras que la dimensión espacial

considera lo local, lo regional y lo macrorregional (Osorio, 2001). Nuestro cuerpo funciona *como mediador* de la comunicación (Csordas, 2021) y las implementaciones de este en los encuentros entre actores pueden describirse en las dimensiones social, temporal y espacial (Le Breton, 2018). Para hacer menos limitadas y discutibles nuestras interpretaciones, luego de la identificación de los elementos que integran las diferentes categorías, hemos procurado hacer estas desarticulaciones, que son compatibles con el análisis de la estructura del mundo de la vida cotidiana.

7.1.1. Reflexividad e intersubjetividad

Las historias de vida, las entrevistas a profundidad y el trabajo etnográfico, nutrido por la observación participante, así como los registros de audio, fotografía y video sucedieron durante un año un año y medio en ubicaciones de Tecaxic, en el extremo poniente del municipio de Toluca. La interacción prolongada favoreció la confianza entre la etnógrafa y los colaboradores, quienes se mostraron generosos y compartieron su cercanía, palabras y emociones en los espacios de sus posibilidades. Páginas atrás han quedado plasmadas las estampas de los encuentros bajo la fronda de un ciruelo, en una sala iluminada por el sol del mañana, de camino al cerro, la milpa o de compras a la plaza, o convidando a la etnógrafa a la mesa familiar. Esa confianza es ya un hecho relevante, notorio en una actualidad en que es difusa la desconfianza y el tiempo es apremiante. Esta confianza es, sin duda, motivo de una reflexión filosófica (Moyeda, 2016) y un signo de empatía entre las partes. De lo sucedido en la mutua interacción, concluimos que existió un buen *rapport*.

Es importante escribir que, en todos los casos en que se hubo presentado el objetivo y el carácter de las indagaciones con detalle, las personas invitadas aceptaron colaborar en la investigación y ello nos parece significativo por sí mismo. La actitud afable con que se desarrollaron en los conversatorios, las entrevistas y diferentes momentos de la interacción con la etnógrafa sugiere un deseo trascendente de repasar sus propias anécdotas y de compartirlas, de exteriorizar vivencias que requerían de un oído, de la presencia de *El Otro*.

La necesidad de **una escucha** paciente, la posibilidad de catarsis o de una especie de cura simbólica por la palabra, son la esencia de un lamento sincero y profundo en ella, quien ya no encuentra foro para exponer sus preocupaciones, que

cree que son percibidas como molestas quejas por parte de su familia. Nadie parece querer escucharla, por los motivos que sean: temor por los peligros que entraña la enfermedad y que su verbalización acrecienta, ansiedad por no saber qué proponer al *enfermo* o, en realidad, como ella percibe, fastidio. Este diálogo que no sucede es parte de los hallazgos que discutimos más adelante.

La actitud de los familiares descrita por esta mujer parece apresurar la vuelta a la página y preferir una apuesta por una felicidad forzada, limitar el involucramiento para restituir alguna armonía. Tal vez involucre intentos por preservar la idea de bienestar dentro de la familia, lo cual ratificaría un sentido decididamente negativo para la enfermedad crónica y que resulta en formas de exclusión del *enfermo*.

Puesto que los motivos por los que no se desea dar voz a la persona con diabetes merecen atención, podría ser de utilidad considerar la contraparte de los familiares convivientes mediante la teoría del bienestar o modelo PERMA de Martin Seligman (2018) —los *building blocks of well-being*—, opción para el estudio de las elecciones que las personas hacen de manera libre con el fin de mejorar su bienestar subjetivo. Por otro lado, la actitud de rechazo ante las quejas por parte de algunos de los familiares de los colaboradores colisiona con los supuestos de afecto, sacrificio en servicio del otro y abnegación, que se han descrito como atributos comunes en la dinámica de interacciones a nivel familiar y en la procuración de cuidados para un dependiente, en especial de un adulto mayor (Domínguez-Guedea y Díaz-Loving, 2016).

En este capítulo se escribe que, fue común la ausencia de palabras, aunque hubo expresión de elementos no lingüísticos en los colaboradores al preguntar por la experiencia vivencial que incluye la diabetes en el aquí y ahora, y en el futuro próximo. Vimos el ceño fruncido, la mirada extraviada y la boca semiabierta, pero escuchamos el silencio. Fue el aspecto más difícil encontrado en la intersubjetividad y, como producto de la labor reflexiva, la decisión fue la de no forzar, no insistir en las indagaciones de manera directa ni indirecta, por respeto de sus personas, cuya integridad es superior a la importancia de responder las preguntas de investigación. Más adelante, se discute esto con mayor detalle.

La interacción con los colaboradores fue dinámica, como tal, no fue unidireccional. Las preguntas no siempre fluyeron en la misma dirección, pues los colaboradores hicieron sus propias indagaciones y me hicieron participar en las conversaciones

como persona, no como etnógrafa, a través de sus preguntas espontáneas, que a veces fueron desafío para corresponder al mismo nivel de franqueza.

Una vez que me hablaba de sus parcelas para cultivo un colaborador me interpeló: «¿Usted no tiene tierritas?». Un mediodía, una más me cuestionó: «¿A poco usted no toma refresco?». Procuré responder con la misma espontaneidad que ellos me mostraron, pero me preocupó develar una realidad más urbana, apresurada, a veces más desposeída en cuanto a los recursos de titularidad, de espacio de vida y de recursos simbólicos, pero que luce privilegiada a partir de sus orígenes. Responder y hablar un poco de la etnógrafa es justo: les permite verificar el contrato de confianza establecido, virar para contemplar otras experiencias, quizá para regresar con energía renovada hacia sus propios problemas.

Allí radica lo más importante de este trabajo: el intercambio mutuo en que reconocimos nuestra condición humana, con la percepción fresca de nuestras emociones nacidas de lo relacional, en cambios de dirección que generan una sana reciprocidad. Ahora que escribo estas líneas, recuerdo a varios de ellos con el afecto que se piensa a los amigos y, gracias a los saberes y momentos significativos compartidos, tengo una nueva experiencia acerca de mi propia persona.

7.1.2. Padecimiento y cultura

En esta categoría discutiremos sobre varios aspectos que fueron enriquecidos por el trabajo de campo y el orden etnográfico, desde el recurso a la medicina alternativa o complementaria, los imaginarios de pobreza y las sensaciones de orgullo que nacen de la conexión con el territorio y el pasado de un pueblo, capaces de fortalecer ante la enfermedad y el padecimiento.

Primero, el discurso que alude a la **medicina tradicional** fue escaso. Por el carácter que intercala los rasgos urbanos de la actual Tecaxic con otros de tipo rural, podría suponerse que el uso de estas terapias sería más socorrido. No obstante, las medicinas basadas en minerales o en tejidos o secreciones animales, las técnicas manuales o las terapias espirituales no fueron mencionadas.

Hace no muchos años, la diabetes no era reconocida como tal, ya que es producto de las construcciones de la biomedicina. En contraste, la herbolaria se enfoca en tratar los síntomas y síntomas. La herbolaria tiene una tradición que proviene de la

medicina indígena y prevalece en el territorio mexicano. Uno de los síntomas con más opciones terapéuticas es el cansancio y, solo por citar algunos ejemplos, se puede remediar con las siguientes plantas: *totonquixochitl*, *piltzintecouhxochitl*, *cozcanantzin*, *tepapaquilti*, *xiuhtontli*, *mocuepanxochitl*, *tonalxochitl*, *cecentlacotl*, *xiuhpahtli*, *metztli izacauh* o *huetzcanixochitl*. Para mitigar la sed excesiva es posible preparar una bebida a base de *cuauhtla xoxocoyolin*; para tratar la ceguera, la gangrena o el prurito pueden emplearse *elocapolin*, *tlatzcan* y *ahuatltepiton* (Barba, 2002).

Las investigaciones científicas han resaltado las propiedades hipoglucemiantes de diversas plantas, entre ellas la raíz del tejocote (*Grataegus mexicana*) o la tronadora (*Tecoma stans*) (Barba, 2002). Por supuesto, el **nopal** no solo es emblemático e imagen de la identidad nacional mexicana, sino que también cuenta con una larga trayectoria histórica por el efecto hipoglucemiante de su tallo (*Opuntia ficus indica* (L.) Mill, *O. atropes* Rose, *O. megacantha*, entre otras especies) (Aguilar y Xolalpa, 2002).

Aguilar y Xolalpa (2002) consultaron la información etnobotánica del herbario medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social, para enlistar otras plantas con efecto hipoglucemiante. Recupero de ellas las más comunes y presentes en el centro de México, pues tengo la certeza de que a los colaboradores y a sus familias les serán de interés, por ejemplo, la porción aérea del estafiate (*Artemisia ludoviciana spp. mexicana* (Wild) Keck), que es una planta nativa que crece abundantemente en Tecaxic, sobre todo en las milpas que colindan con el municipio de Almoloya de Juárez; o el garambullo (*Myrtillocactus geometrizans* (Martius) Console), del cual hay un arbusto de unos dos metros y medio de alto en la ladera sureste del Cerro de las Canoas, que lleva a las cuevas de barro, y otro similar en la ladera noroeste, hacia la barda perimetral de la antigua hacienda Serratón. Como bien conoce uno de los colaboradores, el fruto del pepino (*Cucumis sativus* L.) también puede auxiliar en el control de la glicemia.

Otras plantas fácilmente accesibles que tienen el efecto de disminuir la glucosa en la sangre son las hojas de mango (*Mangifera indica*), el extracto etanólico de hojas de guanábana (*Annona muricata*), la parte aérea de la aceitilla (*Bidens odorata* Cav.), las hojas y flores de la alcachofa (*Cynara scolymus*), la raíz del diente de león (*Taraxacum officinale*, Weber), las ramas de berro (*Roripa nasturtium-aquaticum* (L.) Hayek), toda la planta de heno (*Tillandsia usneoides* L.), el fruto del xoconostle

(*Opuntia imbricata* (Haw.) DC.), la hoja de la papaya (*Carica papaya* L.), el fruto del chilacayote (*Cucurbita ficifolia* (L.) Bouché), el fruto del zapote negro (*Dyospiros dygina* Jacq.), la panta entera de la cola de caballo (*Equisetum hyemale* L. y *E. myriochaetum* Schltdl), la cáscara del fruto de frijol (*Phaseolus vulgaris* L.), el fruto del mezquite (*Prosopis juliflora* (Schwarz) DC.), el fruto del tamarindo (*Tamarindus indica* L.), las hojas y tallos de la hierbabuena (*Mentha piperita* L.), la cáscara del aguacate (*Persea americana* Mill.), el bulbo de la cebolla (*Allium cepa* L.) y el ajo (*Allium sativum* L.), la penquita de la sábila (*Aloe vera* L.), las hojas de tepozán (*Buddleia americana* y *B. cordata* Kunth), las hojas, las flores y el fruto del eucalipto (*Eucaliptus globulus* Labill), el fruto de la guayaba (*Psidium guajava* L.), la raíz de la chicalota (*Argemone ochroleuca* Sweet), el fruto de la pasiflora (*Passiflora* spp.), toda la planta de la verdolaga (*Portulaca oleracea* L.), las hojas de capulín (*Prunus serotina* spp. *capuli* Mc Vaugh), las hojas del manzano (*Malus silvestris* Mill), las hojas del níspero (*Erobotrya japonica* (Thumb.) Lindl), el jugo de limón (*Citrus aurantiifolia* (Christ.) Swingle), el jugo de naranja agria (*Citrus aurantium* L.), el zapote blanco (*Casimiroa edulis* La Llave ex Lex.), toda la panta del malvavisco (*Capraria biflora* (L.) U. Williams), el fruto del jitomate (*Solanum lycopersicum* L.), el cáliz del tomate verde (*Physalis philadelphica* Lam. var *philadelphica*), la raíz del tomatillo (*Solanum diversifolium* Schltdl), las hojas del mastuerzo (*Tropaeolum majus* L.), las hojas de la damiana (*Turnera diffusa* Willd ex Schult), las hojas de la ortiga (*Urtica dioica* L.), la raíz de la valeriana (*Valeriana edulis* spp. *procera* (HBK) Meyer) (Aguilar y Xolalpa, 2002).

Entre los colaboradores no se recurre a curanderos, sino que toma importancia la herbolaria casera. Encontramos que el saber está principalmente en transmisión directa entre las mujeres, quienes tienen los recursos para reconocer y obtener la hierba adecuada para el síntoma, a veces a partir de su búsqueda en el cerro, otras en tianguis o mercados, y conocen cómo efectuar los correspondientes preparados. Las esposas de dos colaboradores cuentan con estos recursos y han echado mano de ellos, con lo cual han contribuido, además, a un alivio espiritual de su esposo (UAEMéx-Ed2, 2022 y UAEMéx-Ed4, 2023).

* * *

A partir de las experiencias vividas, encontramos que la diabetes se asume más como un evento subsecuente a otro que es súbito, inesperado, **un detonante**, que como el resultado de un trayecto de vida y lo que ha sucedido a través de él. Las personas que colaboraron en este trabajo describen senderos recorridos con gran esfuerzo, experiencias de vida marcadas por una secuencia de retos económicos o sociales que afrontar, de penalidades aun presentes desde los primeros recuerdos de la infancia, sucesos que agrietan su emotividad. La diabetes es otro más, que se vive como daño a la fortaleza, como el peso de un castigo. Con todo lo que enfrentan es casi imposible estar pendiente de lo que se come o ponerse un pants para hacer ejercicio.

Así, nos dirigimos hacia los **imaginarios de pobreza** que emergieron a través del trabajo de campo, pues los colaboradores, todos, de diferente manera y con énfasis particulares, se identifican con el ser *pobre*. «Toda la gente era bien pobre, no nomás nosotros...» (UAEMéx-Hv1, 2023). A veces da la impresión de que este colaborador parafrasea, pero en realidad su enunciación abunda cada vez más respecto de esas ideas emparentadas, va a profundidad: «Somos *pobres*, pero antes éramos *bien pobres*» (UAEMéx-Hv1, 2023). El sustantivo aparece con frecuencia, también expresiones con un sentido de carencia, de algo que se fue, se perdió. Están presentes excesos que se les suponen asociados, por ejemplo, la sensación de una carga inmensa e ineludible.

Así, figuran desde privaciones de comida y atención parental en su niñez, en medio de una familia numerosa de hermanos (Figura No. 8. Genealogía), la falta de paz que su profesor propiciaba en la escuela primaria, de la cual su vida entera se vio afectada: «por eso no aprendí casi nada, ni a leer» y, en el otro extremo, cuando describe la experiencia como padre viudo, en que ni el tiempo ni la energía alcanzaban para todas las actividades que debía desempeñar: «me las veía duras».

No nos parece banal que este hombre exprese que su familia y él pertenecían al grupo de *toda la gente* y que lo que los vinculaba era la pobreza (UAEMéx-Hv1, 2023). Hay un aparente consuelo en ser pobre *en colectivo*, la configuración de una identidad y un sentido de pertenencia. En su vida ha habido un cambio de grado en la pobreza: ha relajado el yugo, pero no puede irse, porque es parte de él. En su presente, como nuevas fatalidades, oprimen la edad avanzada, los padecimientos y las limitaciones de la fuerza, la diabetes añade su propia presión. Derivan

interrogantes, como qué significa ser *pobre*, *quiénes* son los pobres, *quiénes* son *los otros*; en qué sentido se era *más* pobre.

En segundo lugar, «pobre» no es solamente una adscripción a un colectivo, es un universo que se habita, una vivencia cargada de sentimiento, que imprime melancolía, tristeza, hasta llegar a constituir un dolor que matiza la voz y brota por el rostro. La forma en que se vivencia es variable, pasa por orgullo, indiferencia, vergüenza, y esto modifica la experiencia de la diabetes.

Por otro lado, se halla nuestra colaboradora que abre pocas ventanas, pero deja escapar luz de su interior. Al hablar sobre las ganas y los deseos, en voz baja y con actitud tímida solo admite que desearía comprarse un filete de pescado, y nos preguntamos de que depende no hacerlo, si es una limitación económica, de transporte o de tiempo, qué es lo que falta para concretar el deseo. A la indagación específica, responde: «No, no» (UAEMéx-Hv2, 2023), ríe un poco y mueve la cabeza, parece que responde con la pregunta *¿cómo?*...

Para enriquecer esta discusión y conocer significados de pobreza para las personas, recurrimos a la revisión de concepciones desde las ciencias sociales. Bien advierte Paul Spicker (2014) sobre la multiplicidad de significados que las palabras de uso corriente adquieren. Llegan a conformar familias de palabras, que a veces ya no comparten un núcleo esencial de significado. Así, precisamente ocurre con la palabra *pobreza*, para la cual ha propuesto varias definiciones, con superposiciones, que aquí reagrupamos y presentamos en forma sintética. Una primera concepción es la **carencia de bienes o servicios** materiales que *son* necesarios, también puede haberla de bienestar. Suele ser una carencia en varias dimensiones: vivienda, salud, educación. La pobreza es una red o patrón de **privaciones** que se extiende en el tiempo.

Una segunda acepción la vincula con la situación económica: cuando el nivel de vida, el ingreso o el consumo se encuentran por debajo de un estándar específico. Así mismo, se considera pobreza si una persona se halla en una situación de desventaja, respecto de otros, es decir, en caso de **desigualdad**, sin que esta concepción esté relacionada con la teoría de estratificación de la sociedad. En algunos sentidos otorgados, la pobreza constituye una clase o subclase denominada *underclass*, término que se considera más neutro por representar a un segmento de la población, pero que igualmente tiene el poder del estigma y la condena (Romero, 2013; Spicker, 2014).

Tercera, la concepción de Simmel que resalta la **dependencia**, por ejemplo al recibir **beneficios sociales** de parte del Estado, porque se carece de medios de subsistencia. Se establece una lucha continua para satisfacer **necesidades básicas** de la vida y, en el caso de los *muy* pobres, se vive en perpetuo estado de necesidad. Ciertos autores, como Streeten, sostienen que el que menos recursos tiene no siempre se halla en mayor vulnerabilidad, debido a que existen elementos de compensación (Spicker, 2014).

Además de lo anterior, otras ideas relevantes son la ausencia de titularidades o de acceso a derechos como el de la vivienda, que mantiene relación con la **exclusión** social o del estilo de vida mínimamente aceptable, como una forma paradigmática de aproximación en la actualidad, por ejemplo, en la Unión Europea y Gran Bretaña. Una concepción muy diversa a las anteriores encuentra en la pobreza un **juicio** moral y la idea de que algo debería hacerse al respecto. En general, cualquier clasificación de la pobreza puede resultar arbitraria, por lo que es importante encontrar los sentidos de su utilización (Spicker, 2014).

Zygmunt Bauman también resalta la idea de desigualdad en la pobreza, en su libro *Daños colaterales, desigualdades sociales en la era global* (2011). Allí denuncia que la pobreza es vista como un problema criminal, para lo que él rescata raíces en la filosofía consumista cada vez más difundida, la disminución de oportunidades y la ausencia de perspectivas para superar la pobreza. Sobre los pobres, además, pesan estigmas de irrelevancia, falta de méritos e incluso peligrosidad. La creciente desigualdad en derechos y oportunidades, con el sufrimiento humano que acarrea son parte de los daños colaterales de una economía y una política orientadas por el consumo.

Aunque también realza la situación de escasez de recursos y de **falta de oportunidades** en la pobreza, Oscar Lewis hace una contribución mayor: en 1959 propone la idea de una subcultura, que llama cultura de la pobreza. Considera que esta sucede en contextos que poseen mecanismos de sobrevivencia particulares, así como relaciones de cierto tipo, que se transmiten a través de las generaciones por la educación en el seno familiar, algo cuya solidez impregna las comunidades. Detrás de *lo pobre* hay discursos, ideologías, imaginarios que se comparten; hay un proceso de adaptación para sobrevivir en el sistema capitalista (Romero, 2013). Son propuestas relevantes que merecen una reconsideración para la década en que se vive actualmente.

Detrás de esa transmisión, estimamos que pueda existir algo más profundo, un arraigo a una civilización antigua que pervive y que es explicativo de mucho más que el fenómeno de la pobreza. Guillermo Bonfil Batalla, en su libro *México profundo: Una civilización negada* (1989), destaca la persistencia de la civilización mesoamericana en México, la presencia de *lo indio*, que él llama el México *profundo*. Se trata de una diversidad de pueblos que componen la mayoría de la población, cuyas *maneras de entender el mundo y organizar la vida se originan en la civilización mesoamericana*. Él analiza la coexistencia de dos civilizaciones, la mesoamericana y la occidental, que significan dos proyectos civilizatorios, los cuales se mantienen en oposición, aun en nuestros días. Ese enfrentamiento deriva de que, luego de la independencia, los mestizos nunca renunciaron a adoptar un modelo occidental y conformaron una minoría dentro del grueso de la sociedad mexicana. Este otro, es el México *imaginario* (Bonfil, 1989).

Durante cinco siglos, las relaciones entre estos dos México han estado llenas de conflictos. Primero porque el proyecto occidental excluye y niega la civilización mesoamericana, luego porque, en realidad, nunca han podido converger o fusionarse. Bonfil añade que **los actos de la vida cotidiana** de cada uno de los dos grupos, sus prácticas, **obedecen a los principios de la matriz de civilización** que los nutre, y que el choque no es de naturaleza cultural, sino entre grupos sociales.

También explica que en una sociedad colonial, quienes invaden, dominan ideológicamente a los invadidos y se imponen como superiores en los diferentes aspectos de la vida. Después de la independencia, no hubo una descolonización completa ya que los grupos en el poder han mantenido un proyecto civilizatorio occidental y una visión de colonizador que considera al México profundo como atrasado y como un obstáculo (Bonfil, 1989).

Por su lado, el México profundo ha persistido en resistencia, de una manera dinámica, en tensión continua, ajustando su cultura a las presiones, apropiándose de rasgos culturales ajenos, renovando su identidad a través de actos colectivos.

Bonfil escribe, además, que hay una crisis por el resquebrajamiento del México imaginario, todavía enfocado en cambiar la realidad de gran parte de la sociedad mexicana. De frente a eso, él piensa que deben crearse las condiciones para que haya una transformación desde el potencial que tiene el México profundo, que logre incorporar el patrimonio heredado, los conocimientos adquiridos por la experiencia de miles de años, sin la presión de la dominación colonial (Bonfil, 1989).

En la primera parte del libro de este etnólogo y antropólogo, el énfasis se coloca en los orígenes de la civilización mesoamericana y su desarrollo hasta la colonia, la presencia de dicha civilización en los rostros de las personas, sus nombres, el paisaje que les rodea, los esfuerzos por construir una sola imagen y cómo los valores más profundos se conservan en su cosmovisión (Bonfil, 1989). Ciertamente esta civilización está viva entre la gente de Tecaxic, entre nuestros colaboradores y sus familias, en la milpa, en las laderas y en lo alto del cerro, lugar donde la tierra y el cielo se vuelven uno.

Encontramos una manera de entender y ocuparse del padecimiento que se comprende mejor desde la cosmovisión que plantea Bonfil Batalla, una manera que difícilmente interseca con la construcción de enfermedad diabetes, que resulta en un desencuentro más que desafortunado con los estándares del sistema de salud mexicano y la científicidad del modelo biomédico. Quizá, un desencuentro que señala una oportunidad, una riqueza que aún merece ser estudiada. En el cerro crece la cura para las heridas y para el espíritu que requiere sumergirse en una complejidad sin palabras. Es la cosmovisión de que se es parte y en que uno se expande, que se percibe al quitarse los lentes del mundo globalizado.

Existen grupos de la sociedad mexicana que no se reconocen como indios: han perdido la identidad colectiva (no necesariamente con pérdida cultural), a través del proceso de dominación colonial. El México actual sigue siendo heterogéneo, plural, con una variedad cultural que no sigue una secuencia de sociedades con diferente grado de desarrollo, sino que son formas culturales en que dos civilizaciones se interpenetran sin llegar a fusionarse, en que el México imaginario no alcanza a imponer su proyecto (Bonfil, 1989).

En la segunda parte de la obra que inspeccionamos, el autor busca identificar, de modo general, las tendencias del proceso histórico por el que la sociedad mexicana niega una parte de sí y mantiene un proyecto de sustitución (y no de desarrollo). Las formas de resistencia del México profundo incluyen las luchas armadas o, simplemente, el apego aparentemente conservador a prácticas tradicionales. Bonfil reflexiona sobre distintos momentos de México, las opciones para construir un nuevo proyecto nacional que no oculte nuestra realidad, sino que la haga evidente. Un caso especial es el de la democracia, que debería responder a la riqueza que compone la sociedad mexicana (Bonfil, 1989).

De frente a esta tierra con civilización milenaria, todavía hay muchas preguntas que elaborar pues en nuestro país la educación se ha ocupado de transmitir un **orgullo por un pasado precolonial** que se estima glorioso, pero es solamente un pasado del territorio, sin continuidad con el presente, algo ajeno, útil para el turismo. **Se experimenta como un ellos y un nosotros** (Bonfil, 1989).

Una historia para un gran territorio pervive en las historias de la Tecaxic y su gente: Las tierras que habrían de convertirse en México se habitaron por los hombres desde hace unos treinta mil años. Al principio, dependían de la caza de grandes especies como mamuts; luego, dependieron de la recolección y la domesticación de plantas varias: miltomate, calabaza, frijol, chile, huautli, aguacate, huaje. El mayor logro fue la domesticación de una planta incapaz de dispersar sus semillas: el maíz, sustento de la civilización mesoamericana. Al lado del rendimiento creciente del maíz por hectárea, las aldeas se volvieron permanentes y, hacia el año 2,300 a.C., fue inventada la cerámica. Un mismo horizonte de civilización es el fruto del desarrollo acumulado de experiencias de diferentes pueblos (Bonfil, 1989).

La civilización mesoamericana ha dejado huellas en la naturaleza circundante: antiguas terrazas para cultivo en las laderas de las montañas, sistemas de irrigación, vestigios de tepalcates, navajas de obsidiana, piedra tallada; mientras que en las casas sigue habiendo un rincón para almacenar mazorcas y desgranar el maíz. Son tecnologías que se vinculan con experiencias acumuladas y conocimientos, con formas de entender el mundo. Además, los nombres heredados de esa civilización para los lugares o las observaciones del mundo y sus elementos persistieron o se mezclaron con el español por las políticas de evangelización, y son nombres que crean, que tienen significados, son parte de un idioma vivo (Bonfil, 1989).

El mestizaje biológico, en parte resultado de la violencia, coexiste con una permanencia cultural que ha enfrentado imposición, opresión y negación. Desde el tiempo colonial hubo una reorganización en las metrópolis, con jerarquías en que domina la ideología racista, el orden occidental y lo blanco, ciertos ideales de belleza física, aspiraciones y comportamientos, un lenguaje discriminatorio, al lado de un discurso que intenta ocultarlas (Bonfil, 1989). Ese orden persiste y organiza la vida en la gran ciudad, al tiempo que ha relegado fuera de ella a quienes mantienen palpitando a la civilización mesoamericana. En la gente de Tecaxic viven todavía los matlatzincas, enérgicamente dominados por los mexicas, después colonizados en forma condescendiente por los franciscanos.

«Pobre, pero limpio» y «Pobre, pero honrado», es ser ordenado y decente. Son dichos con orgullo ante la adversidad, de esa cultura que teoriza Lewis, todavía palpable en las fibras de la experiencia de estos hombres, un orgullo que, sin embargo, se disuelve y está en proceso de desvanecimiento. Si antes pudo vivirse con dignidad, ahora simplemente nadie quiere ser pobre, enorme paradoja en un presente en que la desigualdad social va en aumento y crece el número de personas que no cuentan con un sustento digno.

Hemos hecho notar que, en sus narraciones de la experiencia de pobreza, nuestro colaborador forma parte consistente de un **nosotros**, lo que fenomenológicamente es determinante. No menciona quiénes son los otros, se intuye que son *ellos*, los que no sufren las vicisitudes enunciadas, que están fuera de la mirada y del discurso, un grupo social que constituye un conjunto ajeno.

Fanon (2009 [1952]) escribe sobre el supuesto complejo de dependencia del colonizado, que no desentona con lo que Bonfil Batalla (1989) reflexiona sobre el México profundo. Si las teorías de Fanon alcanzan a poseer una validez cercana a lo universal, podría proponerse que, esa dependencia persiste y es una de las razones porque los **programas sociales** con transferencia directa de dinero armonizan bien a aquellos en el poder y aquellos del *pueblo*.

* * *

Las personas que colaboraron no se aplican en describir experiencias óptimas, de plenitud o bienestar, no expresan elaboraciones complejas de lo deseable: desde sus subjetividades, estas nociones de felicidad (Rodríguez-Araneda, 2015) no parecieron tener significado durante el trabajo etnográfico. En cambio, pudimos constatar momentos de liberación y expansión personal en las narrativas de sus logros, ante los retos que han superado, detalles de la procuración de cuidados dados o recibidos —que son motivo de orgullo—, o cuando llevan a cabo actividades significativas como contemplar a los nietos, poner la ofrenda del día de muertos, cocinar un guisado festivo, ampliar los cuidados a sus animales y plantas, o bien, al sentirse en contacto con la naturaleza, cerca de la fronda de sus árboles, al percibir los elementos de la intemperie en relativa quietud o tibieza al irse para el campo o para el cerro, que es lugar de máxima expansión del que no todo se dice, pero donde parece que todo se olvida: lo dulce, lo

amargo y la diabetes. A partir de lo anterior, en este trabajo comenzamos a reconocer que el mundo de nuestros colaboradores está cargado de simbolismos que ayudan a sobrellevar la experiencia de la enfermedad.

Uno primero tiene que ver con la **mistificación de un pasado glorioso**, que se explica a continuación. En la convivencia con un colaborador y su familia nos son compartidas anécdotas que van más allá de lo personal o lo familiar, que se expanden y se vuelven comunitarias e históricas. En la gente de Tecaxic viven todavía los matlatzincas, enérgicamente dominados por los mexicas, luego, colonizados en forma condescendiente por los franciscanos. Es patente la riqueza desde las edificaciones franciscanas hasta los espacios naturales todavía pródigos y hermosos, de un pueblo que se yergue en el presente a través de los vestigios de una civilización prehispánica y entre los acontecimientos de orden sobrenatural que nunca dejaron de ocurrir. Deben existir razones para encontrar fragmentos de cerámica teotihuacana bajo el pie, en el ascenso del cerro; tiene que haber motivos para que se eligiera el centro mismo del hoy Tecaxic para levantar un santuario; sin duda, se goza de un designio ancestral para poder dominar la visión del mundo empequeñecido desde lo alto del cerro: Es la mistificación de un pasado glorioso.

Frantz Fanon, en *Piel negra, máscaras blancas* (2009 [1952]), afirma que «el pasado se trasmuta en valor» (p. 188) y así parecen incorporarlo colaboradores como quien nos ocupa y su familia. Es un pasado colectivo que se comparte y una sensación de orgullo que acrecienta el sentido de sí mismo, capaz de fortalecer a los colaboradores en su posibilidad de enfrentar la diabetes padecimiento.

En segundo lugar, el **ser presente** también robustece para soportar la enfermedad-padecimiento. De los momentos compartidos, comprendemos la importancia que reviste seguir desempeñando un papel que nace de la esencia: ser un maestro (UAEMéx-Ed1, 2023). Un maestro que sabe y ama interpretar instrumentos de cuerda pulsada: el tololoche, el banjo, pero en especial, la guitarra. Él es un maestro con capacidad creativa, que compone canciones a su querido Tecaxic. Además, es un maestro completo, que transmite el conocimiento a los jóvenes, al igual que la experiencia y la pasión que envuelven a su guitarra. *Ser* confiere una estructura, resistente, que soporta bien la diabetes.

Por su parte, ser y sentirse campesino, y no dejar de serlo, a pesar de los malestares del aquí y ahora, le proporciona entereza a otro colaborador (UAEMéx-Hv1, 2023). Aunque haya sido albañil y obrero, eso lo deja al recuerdo y se declara

campesino. Posee la tierra, reserva la buena semilla, identifica los ciclos, sabe el barbecho, preparar la tierra, sembrar, sabe la escarda, conoce de fertilizantes y abonos, cosecha cuando el grano está llenito y hay permiso, come elotes hervidos con tequesquite y pericón del cerro, esquites con epazote, arma el cincolote y espera las mazorcas, se viene la cosecha, desgrana el maíz, lo clasifica, vende los cuartillos, ve las cubetas irse para el nixtamal, reserva la buena semilla, posee la tierra. Espera otro ciclo, los ciclos lo completan.

Roger Bartra escribe, en *La jaula de la melancolía* (2014), sobre un carácter nacional para el mexicano, una construcción de una cultura política dominante, en que las «redes imaginarias de poder definen las formas de subjetividad socialmente aceptadas» (p. 14). Como parte de esa construcción, también se crearon sujetos peculiares, vinculados a arquetipos; así como paisajes, héroes y estados de ánimo, bajo la forma de lugares comunes. De tal manera, se elaboró una visión de la vida campesina, una mitología que, con todo, resulta en formas de cohesión social.

Por sobre los sujetos, señala Bartra, se establece la textura de lo mexicano y, en el interior del mundo rural, se ubica un estrato místico habitado por los campesinos. Escribe: «Los campesinos suelen proyectar sobre la sociedad moderna una larga sombra de nostalgia y melancolía. Son los sobrevivientes de una época que no ha de volver y cuyo recuerdo despierta una tristeza íntima» (Bartra, 2014, p. 33). Encontramos esa melancolía dando matices a la vida cotidiana de este hombre, que alcanzan a la etnógrafa. No obstante, esas construcciones edifican su carácter: por el orgullo de ser campesino tiene más elementos para adquirir fuerza y sostenerse frente a la diabetes y los otros males.

Un tercer orgullo para hacer frente a la enfermedad-padecimiento con integridad es el **simbolismo sagrado de El Cerro**. A un primer golpe de vista, el cerro de las Canoas se eleva de manera monumental y se continúa con la serranía de Los Chimal. Mantiene replegado el concreto y el asfalto, y cubre un área extensa. Posee rasgos destacados, solo descubiertos por el pie que camina una y otra vez por la red de senderos, y se interna por entre sus recovecos insolados y sombreados, desecados y húmedos, erosionados y fértiles.

Su naturaleza es de pendientes suaves, acaso poco escarpadas, de mesas, precipicios cercados por grandes trozos de andesita y cubierto por vegetación nativa que tolera bien el clima templado semifrío; pero también es de árboles solitarios y bosquecillos de cedro inducidos por las labores de reforestación. Igualmente alberga

sotobosques donde crecen los hongos comestibles, escurre en laderas que se quiebran y facilitan hondonadas para pozas permanentes, donde el tule y otras plantas de humedal crecen invadiendo el espejo del agua. Allí se alimentan los chichicuilotos.

El cerro desafía la gravedad y, casi en su nivel más elevado, abreva a los animales con un manantial, el cual existe porque depende de un sistema de aguas subterráneas que conecta con el Xinantecatl (UAEMéx-Es1, 2023), cuya silueta interrumpe el horizonte, en dirección suroeste. A los pies del cerro hay bordos medianos y grandes, hábitat de lirios y lentejilla, albergue de patos silvestres, gallaretas y bandadas multitudinarias de pelícanos blancos y otras aves de paso.

Por otra parte, el cerro contiene variedad de paisajes impresos por los hombres: Testimonia un pasado gracias a los basamentos dispersos de edificaciones, las terrazas prehispánicas para el cultivo de maíz, cuya orientación evita la excesiva insolación, se delinean agudamente por el atardecer avanzado; un suelo en que se intercalan los afloramientos rocosos y los vestigios, las antiguas cuevas para la extracción de barro, muchas ya colapsadas; montículos que acaso sean solo eso o bien edificios adoratorios u observatorios sepultados, los restos de metepantles¹⁸ y apantles¹⁹, un número de cruces y sitios de peregrinación, inscripciones en enormes rocas que se erigen con mensajes y señalamientos incomprensibles, lítica tallada en forma de trono y taburetes desde donde se vigila el oriente, al sol y a los invasores, posibilidad de ritual y defensa. En armonía con su cultura material, el monte también es lugar de pastoreo para borregos, chivos y vacas.

Como escribe Amador (2014), lo que en este lugar sucede es una exaltación de lo existente por naturaleza, una transformación cultural del paisaje en un cerro elegido por su presencia monumental o por las atribuciones de sitio sagrado, o por ambas y que «ponen de manifiesto el poder del grupo que las construyó y su dominio sobre el territorio circundante» (p. 6). Vemos la elección que deriva de una cosmovisión y, sin más recursos que la mirada, cometemos el atrevimiento de esbozar una cierta arqueología del paisaje; más sabiamente, podemos reconocer la brillante organización política de un pueblo que tuvo capacidad de diseño e ingeniería y, por supuesto, aceptar la importancia social de la cima, punto de encuentro de la tierra

¹⁸ Los metepantles

¹⁹ Los apantles

con el cielo. Geertz denominó a este logro *la construcción simbólica de la autoridad* (Amador, 2010; Amador 2014).

En su suelo crecen magueyes, matorrales, plantas de árnica, gordolobo, hierba del sapo, tejocotes, arbustos y matas de frutos y flores comestibles; fructifican los hongos azules, las pancitas, los clavitos; habitan pequeños animales que son cazados para comer y también aquellos que son respetados, así que es refugio y resguardo. Este es el cerro generoso que alimenta, cura, da de beber y regala materiales para la alfarería y la elaboración de implementos de la vida diaria. Allá va este hombre que vive desafiando a sus rodillas, a *cumplir* con la indicación de caminar, allá también van las esposas, a recoger las hierbas con que curan heridas en los pies y los salva, una y varias veces, en la guerra contra el fantasma de la amputación. Allá crece una farmacia contra la enfermedad, sustentada en una tradición **herbolaria** y del conocimiento común.

Esta enumeración de algunos de los recursos del cerro para el sustento y la curación del cuerpo y el alma, de su rica densidad en visiones y espacios para la contemplación, la reflexión, el esparcimiento o la evasión es apenas mínima. Ocurre además lo invisible y siempre latente: las amenazas, los peligros y la posibilidad del castigo. Por eso el respeto debe ser mayúsculo ante el sentido religioso que Las Cruces inspiran, ante el rayo que mata y el designio que lo empuja, hacia las criaturas mitológicas zoomorfes que se deslizan en la noche y otros misterios profundos. Luego de atisbar un poco su esencia para los humanos, puede aparecer como una insistencia innecesaria profundizar en los motivos por los cuales el cerro se constituye en un sitio sagrado y, aunque se desintegra rápidamente por el intemperismo, es un punto en la estructura del universo, un eje mayor de la vida de algunos habitantes de Tecaxic.

* * *

Ahora bien, entre las menciones a alimentos controvertidos, siempre en relación con la cultura, encontramos un **mito** común, pero distante de haber sido analizado lo suficiente: *la chispa de la vida*. En las siguientes citas, se captura la esencia del mito.

«Vivir los mitos implica una experiencia verdaderamente religiosa, puesto que se distingue de la experiencia ordinaria, de la vida cotidiana». Bronislaw Malinowski.

La imagen del mito no representa la cosa, sino que es la cosa misma. El mito pertenece a la esfera de la afectividad y de la voluntad, no a la de la inteligencia racional. Lucien Lévy-Bruhl.

La mentalidad y el mito matizan la experiencia y la forma de padecer. Encontramos presencia importante del pensamiento mítico, no solo en los colaboradores, sino como en sus procesos relacionales, con médicos, familiares, vecinos. Adquirió forma el mito de la insulina y, de forma preponderante, el de la Coca-cola, que es desde bebida que regala felicidad, una panacea y un producto para limpieza profunda en el domicilio.

Manuel Marzal (2016) presenta la obra de Lucien Lévy-Bruhl, etnólogo, con aportes de sus reflexiones ante los contrastes entre la mentalidad primitiva y la moderna, los cuales recupero en forma breve pues coadyuvan como herramientas analíticas para pensar dos grandes componentes de la mentalidad de los colaboradores.

Con base en las descripciones de Marzal, por un lado, destaco elementos de la mentalidad primitiva, que es generalizada y no afectada por la contradicción ni por la experiencia, obedece al principio de identidad y de participación, además de ser de tipo místico (énfasis en el contenido de las representaciones) o prelógica (énfasis en los lazos). Se resume en la creencia en fuerzas, influencias y acciones que son reales, pero no perceptibles. Lo emocional, lo motriz es dominante, los mitos y los símbolos toman gran importancia, así como las nociones de alma, persona, natural y sobrenatural; las fuerzas místicas encarnan en seres semidivinos.

Por otro lado, la mentalidad moderna comienza a presentarse cuando lo sagrado se distingue de lo profano y la representación colectiva requiere de conceptos, del desarrollo de lo cognoscitivo y la eliminación de elementos emocionales, opera bajo el principio de contradicción y cumple con los principios de la lógica. La evolución de la mentalidad primitiva a moderna no siempre es regular, ya que puede haber detenciones o regresiones. Lévy-Bruhl consiente en la posible coexistencia de ambas formas de mentalidad en los grupos humanos. Personalmente, encuentro estas categorías del pensamiento como valiosas, pero con el riesgo de engendrar una fuerte dicotomía o un contraste de valores. Es conveniente asir la idea de este etnólogo de que, probablemente en todos los grupos sociales, coexisten y presentan matices: no hay mentalidades modernas sin residuos de propiedades místicas.

La teoría de Lévy-Bruhl tiene críticas de parte de antropólogos destacados, como Evans-Pritchard, quien le señala una carencia de base empírica, un peso de superstición en los primitivos y un exceso de pensamiento de carácter positivista en los hombres modernos (Marzal, 2016).

No obstante, adoptando este pensamiento, podemos hallar contraposiciones interesantes en la narrativa de los colaboradores, que ajustan a esta teoría. De manera especial deseo ejemplificar con el hombre en medio de su historia de vida, quien ofrece ubicaciones circunstanciales de alta precisión en lugar y tiempo, con imágenes detalladas y claras donde confluyen los estímulos, las percepciones que en él resultan y las respuestas en términos de emociones y alteraciones de la motricidad de su cuerpo. Los casos más destacados son la noche en que se encontró con El Malo, es decir, el Nahual, o la vez que se quedó trabado en la vereda cerca del centro de su pueblo. Él admite que estos hechos sobrenaturales alternen en su vida, al lado de consideraciones tan racionales como una idea propia de genética, la identificación de afectaciones observables como la escoliosis en su columna vertebral y otros conceptos del discurso científico difundidos por el sistema de salud. En efecto, con matices, ambas formas de mentalidad, primitiva y moderna, conviven en forma armoniosa, y son un ejemplo de los elementos culturales construyendo una subjetividad.

La *Coca-Cola*, un refresco industrial con presencia generalizada en los colaboradores de este trabajo. Y es un mito: Es bebida de sabor por todos conocida, la cual forma parte de un imaginario colectivo. Encontramos una riqueza de discursos alrededor de ella: especulaciones sobre sus ingredientes, elogios de su sabor —en particular cuando hace calor y se sirve bien fría, con trozos flotantes de hielo—, una posición como el refresco más costoso del mercado. Funciona como una expresión aceptable del deseo y un lujo accesible, que reafirma un cierto poder adquisitivo, un *gusto* posible, en medio de las limitaciones que se enfrentan de forma cotidiana.

Al respecto, escuchamos un testimonio, de quien resume que cada semana, toman un poco en familia para acompañar la comida: su esposo, medio litro, y ella, con su hija, otro medio litro:

No sé qué es lo que nos dé o tenga, que es lo que preferimos. Toda la gente, si usted se da cuenta: la coca, la coca, la coca. No sé ni por qué, en verdad, como que tiene otro sabor o, no me explico ni yo misma. Cuando la tomo, siento como que se me quitó una

ansiedad que tenía. Pero no la tomo de diario porque nos hace mal, porque es un refresco negro [...] Cuando se nos baja la presión, esa es la que nos sube, y rápido, eh; porque así usted tome la Pepsi o el chocolate, mentira, es más rápida la coca. (UAEMéx-Hv2, 2023).

La pregunta fundamental sobre esta bebida, pensamiento recurrente llevado a palabras por los colaboradores, es cómo se logra su apreciado sabor. Al respecto, en sus sitios web, la empresa ofrece una versión de una formulación de carácter medicinal, hecha por el farmacéutico de Atlanta, John Pemberton, en 1886, que la modificó hasta usar agua carbonatada y convertirla en *deliciosa* bebida refrescante, cuyos derechos fueron adquiridos por Asa G. Candler. En el sitio web principal, la compañía declara que elabora productos *que la gente ama* y que lo hace de manera socialmente responsable, sin proporcionar una lista de ingredientes del refresco (Coca-Cola Company, 2022). Otras fuentes señalan el uso de dos constituyentes originales en un excipiente de jarabe de azúcar: por un lado, el extracto de la hoja de coca, *Erythroxylum coca*, que tiene un efecto estimulante ligero, mitiga la sensación de cansancio, hambre y sed, además de mejorar la tolerancia a grandes altitudes (Bhardwaj y Misra, 2018). Por otro lado, la nuez de cola, *Garcinia kola*, que contiene cafeína y teobromina, es usada en la industria alimentaria como aromatizante natural, cuenta también con propiedades estimulantes y de saciedad (Portillo, 2022; De Lira, 2022) y, en modelos murinos²⁰, se le han comprobado propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, así como descenso de la glicemia en ratas en las cuales se ha inducido diabetes tipo 1 (Idris et al., 2020).

Aunque el total de la fórmula permanece secreta, la preparación clásica contiene, por cada 100 ml, 10.6 gramos de hidratos de carbono declarados como *azúcares* — de donde los expertos deducen que no solo se añade azúcar de caña, sino una combinación que incluye el jarabe de maíz alto en fructosa—, 19.8 mg de sodio para incrementar la palatabilidad, caramelo IV, ácido fosfórico que da un gusto acidulado y contribuye a enmascarar el sabor dulce y agua carbonatada, esto como parte de un concentrado secreto. En cuanto a energía, para el volumen citado proporciona 42 kilocalorías (180 kiloJoules), mientras que la formulación de dieta contiene aspartame y acesulfame potásico (El Poder del Consumidor, 2013).

²⁰ Modelos animales

La fórmula *sabor original* vigente en 2023 provoca un incremento de la glicemia y de la secreción de insulina por el páncreas en torno a los 20 minutos de haber comenzado a ingerirla; como suele suponer un exceso de energía, una proporción se almacena mediante la producción de grasas. La cafeína que contiene ocasiona una elevación de la presión arterial en 40 minutos y, poco después, liberación de dopamina, la cual estimula el centro del placer en el cerebro, efecto que desaparece rápidamente, por lo que se experimenta un deseo de beber más del refresco (RTN, 2013). A largo plazo, su consumo se relaciona potencialmente con daño y pérdida de órganos dentarios, obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, gota, osteoporosis y muerte prematura (Harvard T. H. Chan School of Public Health, 2009).

En cuanto a la identidad que se ha trabajado para la bebida, la compañía estableció una imagen de colores blanco y rojo con el propósito de simbolizar juventud, energía, amor, pasión, pureza y clase. El logo, simple y memorable, es resistente al paso del tiempo y se ha convertido en un ícono; encierra también el misterio: existe la creencia de que transmite mensajes ocultos. La empresa se mantiene en crecimiento y, entre sus estrategias mercadotécnicas, compra marcas locales (DesignBro, 2022), con lo que genera una falsa competencia.

La mayoría de las campañas de publicidad han explotado vínculos afectivos con el producto (El Poder del Consumidor, 2013). El comercial aparecido en noviembre de 1971, con modificación de la letra de *True Love and Apple Pie*, supone un mensaje de amor y esperanza, pero es un hito y el mejor ejemplo de la manipulación de valores que hace la compañía: «*I'd like to buy the world a home and furnish it with love, grow apple trees and honeybees, and snow-white turtle doves. I'd like to teach the world to sing in perfect harmony. I'd like to buy the world a Coke and keep it company: That's the real thing*» (Coca-Cola Hilltop & Hilltop reunion, 1971-1990), algo así como: «Quisiera comprar un hogar para el mundo, amueblarlo con amor y cultivar manzanos, abejas y palomas blancas. Quisiera enseñar a todo el mundo a cantar en perfecta armonía. Quisiera comprar una Coca para todos y hacerles compañía».

Al mismo tiempo que se valió de la leyenda de San Nicolás y la transformó, Coca-Cola creó una historia caracterizada por una alegoría de felicidad y de imágenes sugestivas con las que el receptor tiene posibilidad de construir un mundo

imaginario, en dirección del cual puede huir de la cotidianidad (Aubrun, 2018). Además de la inyección de energía, liberación de dopamina y posible sentido de prestigio, la Coca-Cola tiene otros valores añadidos: puede significar la pausa refrescante, el mejor acompañamiento del alimento preferido, la compañía de la familia y los amigos, la promesa de regalos y entretenimiento. La Coca-Cola es la bebida de la evasión.

En realidad, poco se ha escrito aquí sobre esta bebida. Quienes han colaborado en el trabajo repasan las preguntas acerca de sus ingredientes, sus efectos, sus ventas; por ejemplo, se nos compartieron los rumores sobre la adición de sangre de niños en la fórmula secreta y las prácticas de compra de refresqueras por parte de la Coca-Cola Company, desde el umbral de las misceláneas de Tecaxic (UAEMéx-Es1, 2023). A pesar de que todos ellos elogiaron el sabor y el placer relacionado con su consumo, todos expusieron consecuencias negativas, a largo plazo, sobre la salud: contribución al desarrollo de obesidad y diabetes, de adicción, un *verdadero vicio*, una especie de imagen alegre que ha hecho las paces con la muerte. Coca-Cola es la bebida que se ofrenda en la tumba y en el altar de muertos a los fallecidos por diabetes. Los significados que puede tener para las personas merecen una indagación especialmente dedicada y a profundidad.

Mientras tanto, en México, las familias llegan a destinar la décima parte de sus ingresos a la compra de refrescos. La venta de tres presentaciones de Coca-Cola: sabor original (64.8 %), dieta y zero, suma el 72.8 % del total de ventas refresqueras del mercado nacional (El Economista, 2022); así, dos de cada tres refrescos bebidos en nuestro país, son del tipo Coca-Cola sabor original. La compañía ha obstruido las políticas dirigidas a modificar el consumo, el mercadeo y la venta de sus productos en el territorio mexicano mediante el acceso a figuras políticas, instituciones y por medio de la división de la sociedad civil. Sería necesaria una reestructuración de esas relaciones y la creación de leyes que prohíban que la empresa pueda influir sobre las políticas contra las enfermedades no transmisibles y el financiamiento de investigación científica (Gómez, 2019).

La Coca-cola, admitida como gusto, puede ser analizada gracias a las **teorizaciones sobre la distinción** e, igualmente como sucede con las supuestas diferencias entre los sexos, debe remarcar que los gustos tampoco se dan de manera natural (Cabin, 2008). Pierre Bourdieu concreta la observación científica al

respecto y destaca el carácter sociológico de los **gustos**, que se encuentran más allá del orden individual o como reportados a un solo objeto: se trata más bien de rasgos culturales condicionados por la **posición social** y el juicio. Además, el gusto es inseparable de la expresión de aquello que *no* gusta y que funciona como una exclusión. De manera general, los objetos culturales pueden ser divididos en la categoría de *gusto puro*, que supone un *cierto nivel* de educación para poder ser apreciados, y uno *popular* (Apchain, 2022).

Adjudicarse un gusto no solo depende de las posibilidades del ingreso económico: las prácticas sociales relacionadas revelan sistemas de representación propios de cada grupo social, que muestran la voluntad del individuo por situarse en un cierto punto. Es necesario, así, abordar el término de espacio social y otros relacionados. Primero, como una especie de referencia, se halla la denominada cultura *valorizante o legítima*, reservada a las clases dominantes, que les permite distinguirse de las clases populares (teoría de la legitimidad cultural) (Apchain, 2022).

De manera preliminar a proponer el concepto de espacio social, Bourdieu se ocupa de distinguir cuatro tipos de **capitales**: uno económico, constituido por recursos financieros y patrimoniales del individuo; uno cultural o conjunto de recursos culturales que pueden servir al ascenso social del individuo, un capital social, dependiente del conjunto de relaciones que posee el individuo y, un capital simbólico, relacionado con todo lo que ofrece un reconocimiento social particular para el individuo.

El *espacio social* —aquél en que se sitúan las diferentes clases y subdivisiones de clase— se estructura en una dimensión vertical, a partir de la columna del *capital total*, en que se adicionan los distintos capitales, y una horizontal, propiamente de *estructura*. Con frecuencia, el capital económico sirve a la acumulación de capital cultural, último que se incrementa en respuesta a una búsqueda de prestigio. La posición dentro del espacio social determina la forma en que se asimila el capital cultural, donde el individuo despliega estrategias en función de su *habitus*. Los procesos relacionales que estructuran el espacio social son la distinción, la sustitución y la imitación (Apchain, 2022).

Ahora bien, en cuanto a las diferentes prácticas y valores, es en el espacio de las clases dominantes, ricas, donde toma sentido el término de **distinción**, que establece una distancia de las clases inferiores y subraya el aspecto relacional. Para mantener y reafirmar la distinción es necesario adoptar nuevas prácticas de forma

periódica. Las clases populares, en cambio, deben elegir entre lo necesario y se excluyen de la cultura legítima por enfatizar otros valores, como el de la fuerza física, o el gusto por la simplicidad. (Apchain, 2022) (*Cfr.* Simmel, Filosofía de la moda, 2014[1905]). Al apropiarse de elementos culturales característicos de ciertos grupos sociales, los individuos afirman su **pertenencia** a un grupo. Alrededor de la Coca-cola se ha construido un imaginario de un estrato donde nada deseable falta, sin preocupaciones. Hay escenas de interacciones sociales felices, sólidas y significativas; imágenes sonrientes, sugerencias de calidez en medio del frío o de frescura en medio del calor, de aromas y sabores festivos.

En medio de las restricciones económicas que caracterizan cada vez a mayor proporción de los mexicanos, se presentan bebidas de cola alternativas, que han sido puestas a raya por la empresa Coca-cola: El Gallito, la Pepsi-cola. Red-cola comenzó como competencia por su precio más atractivo, pero un sabor que es estimado como inferior por las personas con diabetes que colaboraron. De sus discursos y por la observación participante, interpretamos que Red-cola ha entrado en el escenario para establecer una distancia y colocar a sus consumidores en un rango inferior de quienes consumen Coca-cola. Es la opción para cuando hay poco dinero disponible para refrescos, pero ponerla sobre la mesa significa rebajarse a una clase más popular, *verse mal*, como dicho por los colaboradores. Desde luego, si se quiere quedar bien, no debe ofrecerse a visitas. Solo la Coca-cola es digna de ser ofrecida con orgullo.

7.1.3. Enfermedad y biomedicina

En los resultados presentamos que, en el inicio del **trayecto de enfermedad** señalado por el diagnóstico de diabetes, la figura que confirmó fue siempre la de un médico. Este prescribió y recomendó, con palabras que se convirtieron en un mandato que confronta el pasado. A partir de entonces, el discurso médico y todo el aparato que le confiere autoridad decretan que la persona ha dejado de ser sana, normal, para cruzar un umbral y habitar la dimensión de los *diabéticos*, palabras que fuerzan a *adquirir* una nueva identidad en que *el buen paciente* admite y hace suyas las expectativas institucionales. Se espera que conozca y aprenda progresivamente de su enfermedad, de acuerdo con la información oficial y vigente —en el caso mexicano, lo que dicta la Secretaría de Salud y

sus dependencias—, lo que indican los médicos, nutriólogos, educadores en diabetes y todo aquel que es validado por la biomedicina. Es necesario transformarse en alguien que, *por fin*, se haga responsable de sí mismo y mantenga un control de lo que ingresa y egresa, que se vigile así mismo, como en un tipo de desdoblamiento; alguien que debe asumir otros valores y debe adoptar, deseablemente, el rol del *diabético que se cuida a sí mismo*.

Al respecto del **trayecto de salud** vivido y, desde el punto de vista de **las emociones que lo cruzan**, consideramos que las etapas de la teoría del duelo de Elisabeth Kübler-Ross son de utilidad para identificar una emoción dominante, pero solo para un momento dado, pues encontramos que las emociones no se viven de la forma secuencial en que son propuestas desde la teoría, sino que son más bien efímeras y alternantes. Existe una **fugacidad en los sentimientos relacionados con ira y tristeza**, y los **intentos por negociar, objetar o aceptar** adquieren un carácter repetitivo, cíclico. Una gama de emociones surge a través de una sensibilidad probablemente incrementada, a partir de lo escuchado o visto, fuera y dentro del hogar, del fruto de cualquier interacción, a partir de los pensamientos que pretenden conciliar las percepciones y emociones. Por supuesto, también hay respuesta para las sensaciones que emanan del propio cuerpo, o de las preocupaciones por lo que sucede a este.

Debido a estos hallazgos, aunque esas etapas, o bien, las emociones que les son características pudieran ser identificadas bajo estrategias como el empleo de cuestionarios con reactivos tipo Likert, no lo estimamos recomendable, pues ello ignoraría el dinamismo de la respuesta a una cadena de múltiples estímulos. Como ejemplo del caso mexicano, están disponibles los resultados de estudios como los de Ramos-Pérez y colaboradores (2019), donde se imprime un estatismo a la afectividad y se categoriza el afecto dominante en las personas con diabetes como negativo, con base en las emociones de ira, disgusto, miedo y vergüenza, y «se recomienda un entrenamiento para disminuir» estas emociones. Nos parece más adecuado identificar las emociones a partir de una interacción con la persona, durante la cual se traten distintos aspectos de su cotidianidad y se limite el afecto o la emoción observados al momento y al estímulo provisto, conclusión que reviste implicaciones epistemológicas y metodológicas para el estudio de las emociones.

* * *

En la tentativa de encontrar **significados** de la diabetes para los colaboradores, nos preguntamos si la diabetes es **una enfermedad o un rasgo común**. Vale recordar que aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos mayores de 65 años vive con diabetes: es una enfermedad común. No tiene comparación con el fenómeno que rodea a otras enfermedades crónicas, porque pocos han escuchado de la fibrosis quística o la esclerosis múltiple y no sabrían cómo conducirse ante una persona enferma de estas: prácticamente todo sería nuevo.

En contraste, todo mundo tiene un familiar o un conocido cercano con diabetes, ha acumulado ideas de los síntomas que la caracterizan, qué indican los médicos y cuáles pueden ser algunos pronósticos. Es probable que casi todo lego pueda emitir una recomendación válida, y de igual forma, pueda recurrir a un lugar común. Por ejemplo, a las personas con diabetes se les atribuyen vicios de la alimentación, como el ser golosos de dulces y pasteles, justo como la mayoría de los colaboradores reconocen haber sido antes de resultar el diagnóstico. También se difunde la idea de que poseen un afecto problemático: que son personas que cargan amargura o han perdido el gusto a la vida. Se habla tanto de ello, se transmiten conocimientos, igual que creencias, estereotipos... Es curioso que pueda existir un estigma sobre una condición que, por su alta frecuencia, no es rara, desde el punto de vista estadístico.

Parece haber una construcción social, la del “diabético”, la persona que *ya* debe cuidar su alimentación e implementar restricciones, alguien que viva estrictamente al día, en el aquí y ahora, sin que pueda atreverse a tener expectativas por realismo o por temor. Alguien que, de pronto pone el miedo entre paréntesis y se concede una rebana de pastel u otra golosina, opta por negar posibles consecuencias, porque se trata de hoy, solo de hoy. Alguien que no debe permitirse pensar su vida a mediano plazo o largo plazo. Incluso el día después de mañana no se aborda, la persona se presiona a llevar la reflexividad a cero. Se llega a afirmar que la persona se pondría peor si está pensando en la diabetes (UAEMéx-Hv2, 2023).

El punto es que hay tantas personas con diabetes en México y los conocimientos acerca de ella son tan abundantes y difundidos, que se aprende a ser *diabético*, a seguir patrones que prescribe la biomedicina, pero también los establecidos por la cultura: portarse *mal* en cuanto a los alimentos consumidos, ocultar que no se siguen los tratamientos, son ejemplos de los hilos de una madeja biomédica enmarañada con la cultura. El exponente máximo lo hallamos en el discurso y la presentación de un hombre (UAEMéx-Ed4, 2023).

* * *

Encontramos **resistencias** de los colaboradores, haciendo frente a la urbanización y el diseño de una **vida para consumir**. Las ciudades se extienden, con progresiva incorporación de las tierras aledañas, de las milpas, del pueblo, proceso que crea zonas de interfase entre lo urbano y rural que escapan a la simple categorización dicotómica. Lo periurbano naciente es multifacético y complejo (Hutchings et al., 2022), y es el término genérico que mejor ajusta a la realidad de Tecaxic, donde algunas de las fronteras de la urbanización son todavía claras. Así sucede al caminar por la avenida Ruiz Cortines, que fragmenta el paisaje rural, pero en su porción aledaña al centro todavía se resiste a la transformación: así sucede al contemplar las kilométricas bardas perimetrales de fraccionamientos con variaciones del nombre Serratón, que las separan de los terrenos de cultivo.

En el espacio aún libre, rural, bucólico, las matas de maíz brotan, crecen, espigan y mueren, mientras que adentro de esos fraccionamientos las edificaciones de tipo habitacional se reproducen por centenares. Un ejemplo sorprendente de estas transiciones es el de la calle Morelos, de Tecaxic la cual, luego de permitir que se levanten algunas casas, parece prohibirlas y, desde una banqueta en medio del descampado, la ladera del cerro de Las Canoas se despliega en ascendente abrupto. El cerro nace en el límite del concreto, en un holán en que se halla la costura de dos mundos y, a menos de 200 metros de ese ingreso al cerro, vive nuestro colaborador más entregado. «Está **la ciudad** y está **el campo** [...] Aparentemente el problema es el mismo», escribe Fanon (2009 [1952]: 50), pero las alabanzas son distintas.

El presente se impacta en contra de la vida antes conocida. En medio del vértigo, la vida actual se convierte en un *stream* y una sucesión de imágenes que se vuelcan y penetran a través de los ojos, rápidas, sugestivas, prescriptivas; que configuran una vida sin muchas posibilidades: hay que vivir para trabajar con el fin de tener un ingreso, casi siempre escaso, con que adquirir los alimentos, pero también hay que pagar los impuestos indirectos, directos, servicios, atenciones, está la avalancha de lo inútil que se nos presiona a aspirar, porque sentimos un déficit identitario si portamos solo lo indispensable.

Leemos antecedentes importantes para explicar la lógica del consumo desde los escritos de Marx y Engels. Por ejemplo, en la *Introducción general a la crítica de la economía política* (1857), donde Marx expone las identidades entre el consumo y la producción. Su tesis es que la producción crea el material del consumo, como objeto exterior, mientras que el consumo crea la necesidad, como objeto interno. Así, merced al atractivo del consumo, este se convierte en necesidad; a las necesidades naturales se suman las necesidades creadas por la sociedad. Además, asevera que las sociedades actuales son organismos en constante proceso de cambio (Marx, 1987 [1857]).

Zygmunt Bauman describe una sociedad, en la subsecuente fase de modernidad, la *líquida*, que no está atenta a las necesidades de los individuos, sino ocupada en crear en ellos **deseos** y promover su satisfacción, para lograr ser felices. Pese a todos los esfuerzos, la felicidad va siempre varios pasos delante de los individuos, porque los deseos, fuerzas externas a los individuos que impulsan las operaciones, se actualizan de forma continua. Esta carrera por alcanzar el cumplimiento de cada deseo es el sustento del consumismo, un atributo de la sociedad, en que los consumidores también se transforman en productos de consumo (IMR, 2017).

El deseo se promueve mediante la estimulación de los apetitos, no solo bajo la promesa de próxima satisfacción, sino también de aportaciones a la identidad y la pertenencia social. El individuo fija puntos-tiempo en espera de experimentar un *big-bang*, evento que suele ser postergado o nunca ocurre. En lugar de que hubiera un aprendizaje, parece suceder un olvido sistemático: el individuo sigue adelante y se acerca a nuevos productos y oportunidades de ser feliz, mientras que desecha lo obsoleto, lo que se ha vuelto frustrante o despreciable. Estos elementos constituyen el ciclo de consumo y desecho, donde participa una enorme cantidad de trabajo de los individuos para afrontar los nuevos saltos que proponen esas fuerzas externas. Una sociedad de consumo con estas características sostiene una sensación de contradicción en los individuos: promete una futura satisfacción y realimenta una falta. Además, para garantizar su inclusión en la sociedad vigente, el individuo se ve presionado para él mismo constituir un buen producto de consumo, dentro de la oferta existente, lo cual lo obliga a consumir productos emblema que le trasladen valor de mercado. La sociedad lo recompensa con ascenso social o lo penaliza con la exclusión (IMR, 2017).

El proceso lleva al individuo a la construcción de un yo que debe ser *alguien*, exhibirse, venderse con recursos como los del mercadeo. El consumo abona a su imagen, estilo, a convertirlo en alguien deseable. En consecuencia, uno de los miedos más importantes que enfrenta es el de aislamiento o abandono, el de ser fácilmente descartable. El daño más profundo de estos procesos es tener la certeza de que la vida humana opera como un bien de cambio (Bauman, 2005; IMR, 2017). Ahora bien, viviendo con diabetes, ¿cómo ofrecerse, cómo exhibirse como un bien cuando se ha recibido una sentencia de muerte temprana?, ¿cómo ser *alguien*, si se siente atravesado por un estigma? ¿Acaso es necesario replegarse al más recóndito rincón del espacio privado? Indudablemente, las respuestas varían en función de los propios recursos, de cada espacio y tiempo en que se vive.

Confrontados a lo anterior, no parece posible que las políticas públicas en salud tengan sentido: son parte de una estructura que se autopiensa en modo racionalizado, demasiado sectorial, lejana y con un tono políticamente correcto, que elimina la posibilidad de considerar el sufrimiento humano, porque es más fácil borrar el contexto que atenderlo, es más sencillo adoptar una tendencia global que preservar lo particular. ¿Cuál sería una posibilidad de un nuevo discurso, que reoriente la manera en que se ha venido trabajando el problema desde las instituciones de salud?

7.1.4. Enfermedad y padecimiento

El **diagnóstico de diabetes** comporta una reorganización de la vida. Los colaboradores de este trabajo han asistido a ese diagnóstico; la magnitud del posible choque aparece contenida, con las emociones bajo un control que ha pactado en grados diversos con la negación: apenas unas palabras de aparente resignación, un gesto que admite lo irresoluble, un *ya ni modo* que los deja sin otra posibilidad que transigir con la condición. Sus subjetividades han debido reconfigurarse, hacer suyas en modo variable las exigencias de una estructura —ellos— que espera la aceptación activa, en medio de una presión constante por la responsabilidad de sus actos y acciones. Solo la genética y la fatalidad del destino son corresponsables (Bauman, 2011).

En el curso de una sola conversación, los colaboradores compartieron pensamientos y sentimientos que alternaron en orden y duración, sin secuencia, impulsados por los diferentes recuerdos y sensaciones que afloran. El hecho de que no tomen concreción como profundas o duraderas no les resta importancia en la experiencia. Una colaboradora es un ejemplo de alguien cuya reacción inmediata es la de negación del diagnóstico y sus implicaciones, pero unos minutos después, admite la gran tristeza que le provoca (UAEMéx-Hv1, 2023). Es como si existiese una multiplicidad de personas que habitan en un cuerpo, cada una argumentando a favor o en contra de una idea fija provocada por la diabetes.

Un cuestionamiento de interés es si, una vez declarado el diagnóstico, ocurre la emergencia de la figura de una persona enferma, de una **transformación**, como lo plantea Kiceluk (1989), pero en nuestras observaciones no es sencillo identificar un parteaguas o contraposiciones. En la secuencia de entrevistas con uno de los colaboradores no alcanzamos a identificar cómo su percepción de la vida o sus prácticas pudieron haber cambiado, pero en el marco de los dieciocho meses que transcurrieron las entrevistas y la observación participante, su discurso se fue modificando y pareció ocurrir un incremento en la dignidad, al concentrarse de manera reiterada, y en cada ocasión más elaborada, en una herencia de orgullo: su pueblo, sus valores y su pasado glorioso, el presente destacado de Tecaxic por ser un centro de arribo para peregrinos católicos; luego, su propio pasado y sus padres alfareros, observados desde la ventana del aquí y ahora, la revaloración de la milpa y la tierra a través de la actividad dialógica reiterada; una aparente mayor dignidad que relegó un tanto los lamentos del padecimiento y se fue acompañando de una mayor serenidad (UAEMéx-Hv1, 2023).

Un destino trágico asociado a la llegada del diagnóstico es un caso particular con nuestra colaboradora de mayor edad quien, sin tener estudios, presenta eficazmente a las personas de su hija, a ella misma y su contexto social; luego hace evidente un nudo y relata con intuitivo respeto de los supuestos narrativos para lograr una tensión creciente que llega a un clímax y culmina con el desenlace del fallecimiento trágico de su hija, a la vez que del bebé que portaba en el vientre, cuando es alcanzada por un rayo en medio del campo. Fue un destino insalvable que se advirtió en las nubes grises de un cielo oscuro y frío, en medio de un claro presagio. La fatalidad que daña a su hija se cruza con elementos de género que ella proporciona en su relato, cuando hace evidente una subordinación de la hija al marido, al seguimiento de la madre de este y a las decisiones de Dios. Dios decidió la muerte de la hija y mandó la enfermedad a la madre (UAEMéx-Ed3, 2023). Por

prevenir de un ser supremo, omnisciente y juez, cabe preguntarse si el fallecimiento y la diabetes fueron vividas como un castigo.

* * *

«La diabetes es una parte de un todo», así resumimos uno de los resultados de esta investigación o, de forma alternativa, **la diabetes no puede aislarse del resto de los males**. En la recolección de datos afloró una realidad sin absolutos, una lógica no binaria, sin verdaderos o falsos, así como una estructura sin jerarquías ni centros. En el conocimiento de la vida cotidiana, indagado para describir y comprender la experiencia de vivir con diabetes, recapitulamos que diversos elementos del lenguaje de nuestros colaboradores, que podrían haber sido asumidos como inconscientes, no se escondieron, tampoco aparecieron como aislables a la persona, sino entretnejidos en lo social, lo económico, lo político.

Desde esta perspectiva, lo dominante fueron las fisuras, las comunicaciones de las ideas, de las prácticas, entre lo particular y el mundo, el presente y otros momentos, *lo saludable y lo no saludable*, con lo que un punto se conectó con cualquier otro y los rasgos observados, sugestivamente, no tienen por qué ser clasificados como de una cierta naturaleza. Es decir, emergió una multiplicidad de regímenes de signos, que obedecen a sus propias dimensiones, no a las pretensiones de la investigación, sobre todo en el contexto de la elaboración de las historias de vida. En el discurso de las vidas emergió **la metáfora del rizoma**, entendida como un conocimiento que no confluye, carece de centro y «[...] no exige reconocimiento de estructuras o sentidos u orígenes o intenciones» (Rincón, 2009: 21), donde lo destacable son **las conexiones horizontales** (Deleuze y Guattari, 2009), por lo que queda también pendiente una nueva aproximación, que constituye un desafío ontológico, epistemológico y metodológico.

* * *

En su manera de convivir con la diabetes, los colaboradores parecen haber otorgado una bandera de color a lo que la enfermedad-padecimiento les plantea. Han izado una blanca y han hecho las paces con el mal, aunque sí aflora cuánto la piensan durante sus días. Claman la alegría de vivir, la posibilidad de levantarse, mirar, andar, hacer, comer, compartir, por el contraste con los momentos más oscuros de las complicaciones sobrevividas o por la ausencia de complicaciones evidentes (UAEMéx-Ed1, 2023; UAEMéx-Ed3, 2023). Otros viven bajo la señal de una bandera es roja, una enfermedad que es un peligro inminente y hace alianza con otros males (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022). Para uno más es negra, la diabetes vivida como la máxima amenaza, tanto que habla con la muerte, de forma cotidiana (UAEMéx-Ed4, 2023). Se trata, sin duda, de experiencias prolongadas y, por lo regular, desgastantes.

Entre lo que encontramos, interpretamos que los colaboradores con diabetes sienten que *no deberían* actuar con la ligereza del sano, que han pasado a habitar en una dimensión paralela, con expectativas de cuidados más allá de lo convencional y, a pesar de ello, son exentos de la garantía de resultados promisorios, con poca disposición social para que se expresen en forma negativa de su experiencia. Expresan pocas posibilidades para la actitud, básicamente, tienen dos: *echarle ganas* y mostrarse agradecido de continuar viviendo, lo cual merece pulgares hacia arriba del entorno social; o bien, para el que *no se cuida* —lo suficiente— o *se engaña a sí mismo*, valorarle con dos pulgares hacia abajo. Es como si, con la llegada confirmada de la enfermedad, comenzara una evaluación imparcial del proceder desde el exterior y desde el interior de la persona, una moral propia de esta enfermedad, que parece obligar a una responsabilidad individual, antes y aún más después del diagnóstico. Una enfermedad cuyo significado se encuentra al rebasar una línea imaginaria de concesiones de golosinas y gustos, **de excesos**.

Mientras se espera de ellos que continúen, para llegar al aquí y ahora, los colaboradores han recorrido una **larga trayectoria** de enfermedad-padecimiento-malestar, desgastante, mirando hacia el interior del cuerpo, temiendo la disfunción de la maquinaria que profetiza la biomedicina, experimentando la tristeza de una condición estigmatizada dentro de sus familias y la sociedad, conteniendo con las expectativas de una nueva manera de conducirse que posee un indefinido halo restrictivo. Pero además la diabetes avanza a la par de otros padecimientos, como la osteoartropatía degenerativa, y avanza a la par de algo que se supone *normal*: el envejecimiento. En particular, quienes

participan su historia de vida (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023) están cansados y su padecer, lleno de melancolía, desata nuevos cuestionamientos.

Más en lo profundo del sentido cotidiano que han impreso a *la diabetes*, figuran las metáforas de los colaboradores elaboradas en la interacción de su experiencia con la enfermedad-padecimiento. Acerca de los medios por los cuales la realidad es expresada por un concepto diferente, Susan Sontag, en *La enfermedad y sus metáforas* (1978), identifica varias de estas que resultan de la experiencia de vivir con tuberculosis y algunos tipos de cáncer, las cuales permiten aproximarse al significado construido socialmente y sus posibles intrusiones en la experiencia del padecimiento.

En las entrevistas, una colaboradora devela que hay *dos diabetes* (UAEMéx-Hv2, 2022). Entiendo que se refiere a una de comportamiento banal, como la de su mamá, y una severa. La primera es etérea, es suposición, un recuerdo dormido. La severa avanza y adormece toda sensación a su paso, apaga la vista, envenena la sangre con azúcar, es capaz de fragmentar el cuerpo. Condiciona una muerte repetida y anticipada, invencible aun con todas las evitaciones. El cuerpo acaso asistirá a más de funeral. En las metáforas de esta enfermedad que se construyen por el discurso de los colaboradores, *la diabetes seca*, la diabetes es un cáncer de la sangre.

En cuanto a nuestro objeto de estudio, las proposiciones del modelo biomédico son las primeras evidentes. Este autor de la creación de dicha entidad morbosa, que coloca el acento sobre la susceptibilidad genética, su carácter de incurable y su elevada frecuencia, opera con una visión reduccionista y excluye el funcionamiento de la trama en que vive el individuo. La diabetes es concebida como enfermedad que anuncia el fallo generalizado de la administración de la energía y subraya la consabida vulnerabilidad del cuerpo (Montesi, 2017), es decir, comunica la idea de disfuncional o anormal y de susceptibilidad-vulnerabilidad.

Por efecto de las consultas y atenciones la persona se convierte en *paciente*, del latín *patients*, derivado de *pati*, sufrir, aguantar o soportar; en concepciones recientes es sujeto al que le caracteriza una espera resignada. En la encrucijada que observamos, parece que la biomedicina sugiere, desde lo público, un cambio identitario que convierte al *enfermo* en un ser diferente, *débil*. En las entrevistas, percibimos una sensación de fragilidad por la propia persona, una especie de temor de perder el equilibrio o de caer, en ciertos titubeos, silencios o en el extravío de la mirada, pero no es posible conocer si esto era así desde antes de saberse con la enfermedad.

7.1.5. Acción desde la experiencia: el caso de la alimentación y la actividad física

El análisis que resulta en la clasificación de alimentos *buenos y malos* que encontramos en los colaboradores se enriquece a la luz de la crítica que Mabel Gracia-Arnaiz efectúa en su ensayo *Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario* (2007). Si bien dichas elecciones obedecen a motivos pragmáticos y simbólicos, la biomedicina impone un comportamiento alimentario calificado como *deseable*, que sustituye los motivos que normalmente se hallan del lado de las personas, por un orden nutricional que contribuye a promover un orden mayor de carácter social y ético. La construcción de ese patrón alimentario específico echa a andar un proceso de *normalización dietética* (Gracia-Arnaiz, 2007).

Gracia-Arnaiz (2007) escribe que la constitución de una dieta equilibrada solo es posible si existe abundancia de alimentos. Cumplida esta condición, restricciones y promociones en el consumo de alimentos se embonan mediante una visión mecanicista, cuya orientación privilegia las funciones biológicas de los alimentos y justifica el qué y cuánto. Me parece que ello sucede en detrimento del cómo, cuándo y con quién, es decir, la importancia de preparar los alimentos en modo que resulten gustosos o se apeguen a tradiciones culinarias, ubicándose en momentos de interacciones significativas, pasa a segundo plano. Robin Fox (s/f) rescata la importancia de actividades como el cocinar, símbolo de nuestra humanidad, de los eventos de socialización que implican los momentos de comida, al igual que de la alimentación como actividad simbólica; mientras que por otro lado, **desmitifica a la nutrición**, pues sostiene que juega un papel secundario en nuestras elecciones alimentarias. Según esta perspectiva, si las personas con diabetes transgreden las recomendaciones nutricionales para su enfermedad, entonces, simplemente, son personas haciendo elecciones en que privilegian los aspectos importantes a la hora de comer.

De forma adicional, Gracia-Arnaiz (2007) denuncia la medicalización de la vida cotidiana, en que se vuelve lógica la prescripción de un conjunto de disposiciones para lograr *la meta de la dieta sana*. El poder de esas disposiciones es grande: altera

la naturaleza compleja de la alimentación, ocasiona rupturas con la cultura, conecta con la expansión del capitalismo y con fenómenos como la civilización del apetito.

Además, las autoridades políticas y de expertos del orden médico y nutricional han contribuido a una problematización de la obesidad: una conceptualización *objetiva* que yace en el cuerpo, una patología con efectos en cascada sobre la salud, que justifica el estudio de los factores que la determinan. El énfasis suele colocarse en el comportamiento alimentario, visto como mayormente dependiente de lo que sucede en el nivel individual, con menoscabo de sus relaciones con el ambiente.

Mientras que la delgadez es exaltada socialmente, vinculada con una idea del dominio de sí; la obesidad es asociada con un exceso, el desequilibrio mencionado líneas atrás resultante de una ingestión excesiva de alimentos y/o por actividad física que no alcanza a ser moderada, en que falla el control del individuo. Denominar «gorda» u «obesa» a una persona reviste un poder de estigma que sus antónimos no poseen. Entre los polos del *logro* o no logro del autocontrol, en efecto, flota una ética de la responsabilidad del cuidado de sí mismo.

Aunque faltan datos para ser concluyentes, es posible que el tiempo para dar las adecuadas recomendaciones dietéticas en las consultas individuales sea insuficiente; o bien, es insuficiente la preparación para abordar asuntos alimentarios con las personas con diabetes, pues la narrativa de nuestros colaboradores deja al descubierto cómo el personal de salud incurre en prácticas simplistas de *prescripción* de ciertos alimentos y la prohibición de otros. Esto es aceptado por algunos colaboradores, sin mayores cuestionamientos (UAEMéx-Ed1, 2023); pero provoca confusión en otras, rechazo, incluso evitación que va más allá de los alimentos y daña la confianza en el médico o nutriólogo que emite esas recomendaciones (UAEMéx-Ed2, 2022, UAEMéx-Ed3, 2023). De la entrevista con una colaboradora, retomamos un fragmento toral:

Me evitaron muchas cosas de comer, que no tenía yo que comer. Pues unos días, sí, pero pues, la verdad, ya me estaba yo *endelgazando* mucho... Y luego yo dije: Ay, si me voy a morir, me voy a morir de este, hambre... Yo dije, ay, no pues, mejor, yo poquito que harto, empecé a comer todo. Yo todo comí. (UAEMéx-Ed3, 2023).

Los discursos de los colaboradores, que exaltan los valores de alimentos tradicionales y sus preparaciones culinarias a través de un contraste y crítica contra los alimentos ultraprocesados, nos remiten al fenómeno que hemos referido como transición alimentaria, inserto entre los cambios socioculturales en parte relacionados con la incorporación de nuestro país a la comunidad económica mundial y que han desplazado los patrones de alimentación tradicionales. Así, de los años sesenta hasta la década pasada, la disponibilidad total de energía en la dieta promedio del mexicano se incrementó en 36%, a expensas de un consumo preferente de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, azúcares y sales de sodio, en tanto que la energía procedente de cereales y legumbres tuvo una reducción (Ibarra, 2016; Moreno-Altamirano, 2014). Por las repercusiones en la transición epidemiológica, con incremento de obesidad y enfermedades como la diabetes frente a enfermedades infecciosas, el modelo biomédico se ha propuesto modificar los hábitos alimentarios de la población, por procedimientos de tipo prescriptivo.

Al reflexionar sobre las emociones promovidas por las autoridades del discurso biomédico, considero que la vergüenza o la culpa, relacionadas con la característica de tener una «acumulación excesiva de grasa corporal», han arraigado culturalmente de manera efectiva porque se remiten a los pecados capitales, en forma similar al uso de los arquetipos de marca, por los cuales un producto comercial se conecta emocionalmente con los consumidores (Meneses y Jiménez, 2021). Creo que hacer responsables a las personas por la *ingestión excesiva de alimentos* es un eufemismo contemporáneo que corresponde bien con un señalamiento por entrega a la gula y, el *sedentarismo*, a la pereza, ambas pasiones de la teología cristiana, que son pecaminosas y merecen *la condenación al infierno* del alma de la persona.

Los colaboradores contrastaron alimentos que eran consumidos por ellos y sus familias hace un par de décadas y que se han vuelto menos comunes en la actualidad. A ese respecto, un colaborador dijo en varias oportunidades y con aire de desencanto que la gente había perdido la costumbre de ofrecer un mole (con arroz y tamales) en bodas y quinceaños, y que lo que ahora se acostumbraba era servir carnitas, para comer tacos (UAEMéx-Hv1, 2023). Al preguntarle su opinión sobre las razones, explicó que las carnitas son un alimento de conveniencia, que no ocupa el proceso de preparación a través de varios días que caracteriza al mole y que en estos días **se ve mejor ofrecer carne**, para llenarse en ocasión de los festejos. Compara la poca

presencia de la carne en la alimentación de antes y resalta lo que era más consumido: maíz como alimento básico y sus preparaciones culinarias, en particular las tortillas; además, el frijol, las calabazas, los quelites, el chile. Ese sustento también es descrito en la alimentación de los mestizos en el México colonial por Vargas (2002), a la vez que coincide con los alimentos que destaca León-Portilla (2002) como componentes de la comida prehispánica, en que las grasas de origen animal eran escasamente consumidas y no había fritangas, porque no se hacía uso de manteca o aceite.

Dos colaboradores (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Ed3, 2023) recuperan con naturalidad y un cierto orgullo los alimentos obsequio de México para el mundo, así como sus preparaciones culinarias: a partir del nixtamal, o de las salsas o *mulli* (Bourges, 2002). En realidad, las etapas históricas de la alimentación en México: prehispánica, colonial, del México independiente y del México moderno, que proponen Román, Ojeda-Granados y Panduro (2013), son útiles para la comprensión, pero no funcionan como una secuencia, sino que ocurren en diferentes regiones y momentos del presente de nuestro país. En forma más o menos inconsciente, a veces volvemos a los ingredientes maíz, frijol, chile, calabaza, aguacate y tomate para organizar una comida de carácter prehispánico; al día siguiente, transitamos al consumo de un mole, y luego abandonamos la dieta tradicional para tener un tiempo de comida basado en alimentos industrializados. Es un mosaico que probablemente enriquece todavía más el panorama cultural alimentario mexicano. En la realidad cotidiana alternamos entre comidas estructuradas y desestructuradas, entrelazamos nuevos comportamientos con comportamientos tradicionales, oscilamos entre normas estructuradas y simplificadas, así como entre prácticas simplificadas y estructuradas, nuestras prácticas alimentarias evolucionan, en medio de las preocupaciones por la amenaza identitaria o de otra naturaleza (Poulain, 2019).

Por lo que respecta a la nostalgia por alimentos y lo que llegaron a significar para las personas, el mole resalta como platillo emblema, medio discursivo y recurso de la identidad del mexicano, de acuerdo con María del Carmen Castillo (2021). Ante los cambios descritos, ciertos orgullos nacionales como «ser más mexicano que el mole» parecen debilitarse, el sentido de la interrogante «¿para cuándo el mole?» se desdibuja y, cada vez más platillos de nuestra tradición culinaria, como este heredero del *chilmolli*, parecen estar dejando de «ser ajonjolí de todos los moles». Al lado de

las funciones biológicas y sociales de la alimentación, emerge la del marketing cultural. Este integrante del patrimonio alimentario es otro ejemplo de los cambios drásticos entre las tradiciones que los colaboradores abrazaban al lado de sus predecesores y que perciben en vías de desaparición al lado de sus sucesores. Por otro lado, estas percepciones con un tinte de nobleza versus modernidad implican también una contraposición entre lo sano y aquello que puede desencadenar y complicar la diabetes.

No se trata únicamente de una cuestión de conveniencia: Detrás de la expansión de las carnitas y su dominio ante platillos de la tradición como el mole existen otras motivaciones. Además de las reflexiones de sobre el significado de platillos y bebidas (UAEMéx-Hv1, 2023), otros colaboradores subrayan el papel protagónico de la Coca-cola (UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed4, 2023; UAEMéx-Es1, 2023) y la ofensa que representa ofrecer otro refresco como Pepsi o Red cola, últimos que solo admitirían en la privacidad del hogar, cuando no hay recursos económicos suficientes para *consentirse*.

Entre las posibilidades interpretativas para este tipo de fenómenos, exponemos dos en particular. La identificación de una decisión de distribuir ritualmente la propiedad a través de un regalo que resulta más o menos costoso para la persona oferente, con lo cual puede mostrar generosidad e incrementar su prestigio, para reafirmar su estatus socioeconómico, como sucede con el *potlatch*, un objeto favorito de la antropología norteamericana, no exento de debate por su posible abuso como lugar común (Rosman & Rubel, 1972).

Desde una perspectiva sociológica, resaltan las conclusiones de Pierre Bourdieu (1972) sobre el gusto, «una disposición adquirida para diferenciar y apreciar» (p. 477); para marcar diferencias mediante la operación de distinción, caracterizada por el reconocimiento, no necesariamente el conocimiento, de los rasgos que definen las propiedades. Ello resulta en la apreciación de gustos puros y la diferenciación de gustos impuros, groseros. La Coca-cola significa un gusto para los sentidos y es una forma de rechazo por lo fácil, lo repugnante; compartirla es un gusto que confiere prestigio.

A pesar del peso como factor contribuyente de diabetes dado a **los alimentos**, encontramos que dicha centralidad, observada en las primeras aproximaciones, **se**

va desdibujando a lo largo de las entrevistas y los conversatorios, hasta casi perderse cuando se profundiza en los orígenes de la condición y en sus significados.

Así, la diabetes **significa una deficiencia** para asumir cualitativa y cuantitativamente las porciones usuales de alimentos y bebidas que *integran* a la gente, un motivo de distanciamiento de los sanos en lo cotidiano y, en particular, en los momentos festivos, con su sentido profundo. Significa la decisión de evitar no solo objetos, sino sujetos; interrumpir e imprimir laxitud a las relaciones sociales, en una era que de por sí se teme a la pérdida de libertad y los vínculos se han vuelto frágiles (Bauman, 2005).

7.1.6. Subjetividad y cuerpo

Señalamos que, mientras la biomedicina posee una concepción del cuerpo que corresponde con *Körper*, es decir *tener cuerpo*, ser un organismo, objetivo, naturalista, una dimensión subordinada a leyes interpretables, la comprensión requiere de explorar el *Leib*, como cuerpo vivido o subjetivo, personalista, dimensión de la conciencia del individuo. Abordamos estas distinciones en el marco teórico conceptual como cuerpo-objeto-orgánico (*Körper*) y cuerpo-sujeto-con intencionalidad (*Leib*) (Marzano, 2002).

Un resultado importante en este trabajo identifica a la **evitación como práctica** sugerida por la biomedicina, que parte de la exclusión de alimentos de la dieta, se propaga para evitar asistir a festejos o reuniones y vuelve proclives a las personas al aislamiento social.

En algunos de nuestros colaboradores, la tendencia a evadir las interacciones sociales con familiares y miembros de la comunidad también restringe la intensidad, cuando estas llegan a darse. No siempre de manera clara, a veces con rodeos, los colaboradores manifestaron que, para no incomodar a los demás, restringen los comentarios sobre los inconvenientes que les ocasiona la diabetes, desde la manera en que toman el diagnóstico, las limitaciones impuestas en su vida cotidiana, las complicaciones o el dolor físico-emocional que los oprime. Además, explican que sus familiares también se muestran evitativos al respecto.

Acerca de la debilitación del estímulo para vincularse, en su teoría del intercambio, George Homans (1958) expresa que, en la vida cotidiana, la conducta social opera en términos de transacciones, que ocurre un intercambio de bienes mediado por el aprendizaje de una conducta. De forma paralela a que las necesidades de interacción social nunca son saciadas por completo, se presenta un refuerzo cuando ocurre la aprobación social, que estimula a continuar la búsqueda. De tal modo, se establece una influencia sobre la tasa de emisión de ciertas conductas por medio de variaciones entre extinción, saciedad y coste; o de manera alterna, de sus contrapartes, estimulación aversiva y fatiga.

Quienes abundaron en el carácter de sus interacciones sociales, partieron de describir en modo somero los rasgos de personalidad de la otra persona, en un comienzo solemne, que según Foucault es propio de los rituales del discurso (Foucault, 2020 [1970]). Después se dirigieron al tipo de interacciones compartidas, para avanzar a si contaban o no con el apoyo que sentían necesario para hacer frente a la diabetes y la forma en que se sentían al respecto.

En tanto que los colaboradores casados se expresaron como comprendidos, acompañados y ayudados por sus esposas, las colaboradoras se limitaron a expresarse de su pareja de forma similar: «el señor de allá es mi esposo», incluso si aquel caminaba dentro del patio de su casa o se hallaba sentado cerca. Luego no hablaron más de ellos, como si fueran entes lejanos, se concentraron en lo que les significa *ver por* sus hijos y nietos, lo que interpretamos como preocuparse francamente por ellos, mantenerse cerca en caso de ser necesitadas y cuidarlos si son pequeños o algo les sucede; es decir, la diabetes no fue vista como una limitante para mantenerse como **cuidadora**.

El colaborador que teje atrapasueños siente que sus hijos no *ven* por él, lo cual es fuente de angustia y sufrimiento, que describe como estrés. «Y el estrés es lo que le hace mal a esta enfermedad» (UAEMéx-Ed4, 2023). Su discurso manifiesta abiertamente el deseo, el objeto del deseo y el *estrés* proviene de la imposibilidad de no adueñarse de ese pequeño poder que la relación debería conferirles (Foucault, 2020 [1970], p. 15; Bauman, 2005, p. 9): «que ellos vengan, me traigan mi Coca, platiquen conmigo» (UAEMéx-Ed4, 2023).

De la insistencia de que es necesario —en la vida emocional— que alguien *vea por ti* (UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed4, 2023), interpretamos

que el acercarse en tono íntimo a preguntar por el estado físico y emocional, independientemente de si de ello deriva una forma más tangible de cuidado, les significa un *efectivamente* estar relacionados, sin ser abandonados a sus propios recursos (Bauman, 2005). Precisamente, en la interpretación de Bauman (2005) sobre el *Simposio* de Platón, «el amor no encuentra su sentido en el ansia de cosas ya hechas, completas y terminadas, sino en el impulso a participar en la construcción de esas cosas». A partir de la lectura de Bauman y la narrativa de quienes colaboraron en este trabajo, nosotros interpretamos las múltiples referencias a que alguien que te importa, *vea por ti*, como una puerta abierta a la construcción y el refuerzo conjunto de un acercamiento, un internamiento que cierra la brecha de la alteridad, un estar conectado que es promesa hacia el futuro. Creemos que este es el significado del amor para tres de nuestros participantes (UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Ed4, 2023) y comprendemos que experimenten sufrimiento porque sus relaciones, con la madre de ella o los hijos de él, no les resulten plenas ni satisfactorias. Es su experiencia de desamor, en que se mezcla la evitación a su problemática, donde entrama la diabetes.

El deterioro del estado físico y la capacidad funcional, en parte ocasionados por la diabetes, son también motivaciones importantes para modificar la frecuencia e intensidad de las interacciones sociales. Así interpretamos el comportamiento del colaborador que va al cerro siempre que puede, reacio a admitir el uso de un bastón, pero también a que lo vean claudicar, lo que le significa una deshonra y fuente de sufrimiento (UAEMéx-Hv1, 2023). No menos sufrimiento que a quien tiene limitación de la visión y está debilitada tanto física, como moralmente; o como cuando los pies ya no conceden el gusto de correr. Todas estas vivencias del cuerpo que *se seca*, que *ya no* responde, entrelazadas con el temor continuo al empeoramiento, los retraen socialmente y los repliegan a su mundo interior. Es de notar que en estas motivaciones entrecruzan construcciones como la vejez y las representaciones de género.

El proceder de la descripción del otro en cuanto a la interacción y sus efectos emotivos fue particularmente rico en las historias de vida, cuyos protagonistas llegaron a aplicar crudeza de palabras e interjecciones, permitiendo entrever en su discurso «la existencia de luchas, victorias, heridas, dominaciones [...]» (Foucault, 2020 [1970], p. 13). Él describió un carácter de banalidad en sus hermanas que viven

en Los Ángeles y en Ciudad de México, a tajantemente violento en sus hermanos, sus enfrentamientos, los resultados de distanciamiento. Sin palabras, habló con lentitud y frialdad de su hermana que, cuando viene de Estados Unidos, lo pasa a visitar, «come lo que quiere y luego solo de pica en la panza con la jeringa de insulina». Abundaron los gestos de decepción y desagrado al hablar de sus hermanos varones. A uno de ellos solo da los buenos días, si lo encuentra en la milpa, pues poseen parcelas adyacentes; con otro, incluso rehusó asistir a su lecho de muerte. Su hijo interpreta que este resentimiento se relaciona con la diabetes de su padre quien, sin duda vive todo esto con amargura, esa que un estereotipo declara como causa de diabetes.

La colaboradora que participa a fondo de su situación biográfica (UAEMéx-Hv2, 2023) cohabita en familia extensa y se recoge de las interacciones, se concentra en entregarse emocionalmente a sus nietos, a quienes ha cuidado con ternura, por sobre su mala salud. En ella existe una neutralidad emotiva hacia sus hermanos y su esposo y mantiene abiertas las heridas que la actitud indiferente y autosuficiente de su madre le provocan. No solo es la seguridad con que la madre encara la vida y enfermedad algo inquietante, sino también la diabetes silenciosa de aquella, en comparación con la diabetes ensañada que ella ha tenido que soportar. En lo que se refiere a lo conocido de estas dos personas por medio de la historia de vida, atribuimos el haber superado los procedimientos de exclusión del discurso —lo prohibido, dado que no se puede hablar de cualquier cosa, pues existen tabúes de objeto (Foucault, 2020 [1970], pp. 14-15), como el expresarse negativamente de la propia madre— al poder para ir a profundidad de esta técnica de investigación cualitativa.

* * *

Hay otros sentimientos actuando alrededor del deseo de interacción social. Los colaboradores en historia de vida (UAEMéx-Hv1, 2023; UAEMéx-Hv2, 2023) se sienten desconectados y experimentan soledad, no porque estén solos, sino porque eligen evadir las interacciones. Sin que lo hayan enunciado claramente, ello puede ser resultado de la percepción de una discrepancia entre la calidad de las relaciones sociales deseada y la real, por ser esta más pobre de lo esperado, como señala la

definición de soledad acuñada en 1987 por Jong Gierveld (Hawkley, 2022; Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021). Según la definición propuesta en 1981 por Perlman y Peplau, la soledad es una experiencia subjetiva resultante de la percepción de que las relaciones sociales sostenidas no satisfacen las propias necesidades emocionales básicas (Palma-Ayllón & Escarabajal-Arrieta, 2021; Panes Lundmark, 2023). Ya que estos colaboradores cohabitan con varios familiares, lo que observamos no se trata de aislamiento social y, aunque exteriorizan un sentimiento de soledad, interpretamos que no es puramente una soledad no deseada, sino una que en varios momentos es buscada (Tinoco-García & Espinoza-Rivera, 2023).

El poder palpar las conexiones entre lo que sucede en el cuerpo, incluidas sus emociones y cómo estas juegan un papel fundamental en el carácter y variaciones de las relaciones sociales, trae a estas líneas la afirmación de Eduardo Bericat de que «la vida solo puede ser experimentada emocionalmente» (Bericat, 2000, p.1). David Le Breton (2012) lo piensa de manera similar: no hay manera de que el ser humano se conecte con el mundo sino por medio de las emociones, es a través de estas que cualquier acontecimiento lo impacta, lo mueve. No son espontáneas, sin embargo, porque varían de acuerdo con «un universo social caracterizado de sentido y de valores» (Le Breton, 2012, p. 68).

Al admitir la importancia de las emociones en los aspectos relacionales con el mundo y consigo mismo, toma sentido que haya ocurrido un reencuentro de la filosofía y las denominadas ciencias duras, con lo que distintos saberes disciplinarios convergen en el llamado *giro afectivo* o emocional, el cual no desacredita la importancia del discurso, pero reconoce que, en las dinámicas sociales, entran en juego elementos del orden corporal que no pueden reducirse a la interpelación discursiva (López, 2014). Como consecuencia, resultan nuevas concepciones ontológicas derivadas de la recuperación de la importancia del cuerpo y de la afectividad, en tanto que elementos de carácter previo a la conciencia, a lo preindividual y procesual, así como del reconocimiento de su capacidad de conectarse y actuar (Ariza, 2016; Garzón y López, 2023; Lara, 2015).

Así, actualmente, es esperable realizar interpretaciones del orden filosófico en trabajos como el nuestro. Al respecto, nos parece importante el aporte de Baruch Spinoza, quien no sólo proporciona un contrapeso al dualismo cartesiano (Lara, 2015), al concluir que el cuerpo y el alma **no pueden de forma alguna excluirse**

mutuamente, sino que elabora importantes proposiciones acerca del origen y naturaleza de los afectos, en la *Ética demostrada según el orden geométrico* (Spinoza, 2011 [1677]). Allí encontramos proposiciones que se prestan como elementos de análisis a la cuestión de la vivencia de la diabetes en el cuerpo y las emociones. Por ejemplo, la proposición XXII establece que «El alma humana percibe, no solo las afecciones del cuerpo, sino también las ideas de esas afecciones» (p. 161).

En una combinación nuestra de sus proposiciones, Spinoza expresa que la idea de una afección cualquiera del cuerpo humano no implica el conocimiento adecuado del cuerpo exterior ni del cuerpo mismo (p. 162-163) y que las ideas de las afecciones de este cuerpo, en cuanto referidas solo al alma humana, no son claras y distintas, sino confusas (p. 166). Tampoco hay en el alma ninguna voluntad absoluta o libre, sino que «el alma es determinada a querer esto o aquello por una causa, que también es determinada por otra, y esta a su vez por otra, y así hasta el infinito» (p. 192). En las ideas recuperadas de Spinoza encontramos la conexión entre nuestro cuerpo sensorial, la relación con sus afecciones e ideas antes y después de esas afecciones, el nacimiento de ideas y sentimientos quizá naturalmente confusos, y deseos que refuerzan nuestro identitario y nos movilizan a continuar, en contra del peso y del sentido de un padecimiento como la diabetes. No obstante, el camino a seguir no es libre, está determinado por otras voluntades, llámese la de la familia, del médico, de las instituciones de la salud o las determinaciones de la cultura. Oponerse en forma creativa a las determinaciones de su dimensión social es una forma brillante de **resistencia** que encontramos en el espíritu de nuestros colaboradores.

* * *

La diabetes contribuye a colocar la propia mirada —y la de los otros— insistentemente sobre el cuerpo. Como ente nosológico parece magnificar sus fenómenos y la percepción de las supuestas carencias, al tiempo que mantiene la visión de *problema* que las autoridades políticas y los expertos en salud le transfieren, como parte de su construcción de enfermedad. Como padecimiento, no solo está encarnada y consume la carne, es otro enemigo enmarañado con los aspectos negativos que los colaboradores encuentran en su vida.

Paradójicamente, la mirada no alcanza a penetrar en lo más íntimo del padecimiento. No logramos arribar a **los sentidos** de la diabetes sobre el cuerpo de los colaboradores en la riqueza en que, francamente, existía una expectativa. Luego de la descripción de los síntomas, más allá de las metáforas que nos ayudaron a reconocer, los colaboradores evitaron detenerse sobre su propio cuerpo o manifestarlo en el discurso. No hubo narrativas contemplativas del tipo: «Estas son mis manos, o mis ojos, ... qué aspecto tienen, cómo me parecen, qué sensaciones me regalan o qué cambios percibo». Hubo un vacío para hablar de la sensación de no tener más una pierna. El colaborador afectado en las rodillas no dijo algo parecido a: «Estas son mis rodillas, si las acaricio o las froto, se alivian. (Todo yo) me siento mejor». En vez de eso, varias veces se movió con dificultad, frunció el ceño y se lamentó, arrojando gestos de desdén desde su cabeza hacia la mitad inferior de su cuerpo. El malestar o el pesar no fueron desmenuzados. Las conexiones entre todo el cuerpo, todo el ser, fueron débiles. Creemos que faltó profundidad y no es de descartar que exista una falla en la inmersión de la etnógrafa. Es una grieta en esta investigación.

Describir en forma abierta la afectación que tienen sus pies por la diabetes fue una conexión con el ser de uno de los colaboradores (UAEMéx-Ed2, 2022). Él describió la sensación de hormigueo e incluso dolor, constantes, los momentos en que empeoraban, dentro del aquí y ahora. Explicó las repercusiones en sus movimientos y en sus emociones al tener limitación para correr. Abundó, en forma explícita, acerca de la frustración de perder dicha posibilidad, que siempre había encontrado placentera, una forma de divagarse de lo exterior y sentirse. Estableció un contraste dentro de su propia historia. Mencionó los efectos colaterales, al ganar peso, sentirse entorpecer. Compartió un contenido discursivo y emotivo, que además fue congruente con sus expresiones no lingüísticas.

No obstante, al retornar al general de las personas que colaboraron, al lado de la pobreza discursiva, también los gestos hablaron poco por su cuerpo, más bien se congelaron. Las personas con diabetes no manifestaron el sentido oculto que los recorre. A ese respecto, escribe Foucault: «es necesario el silencio de la razón para curar los monstruos» (Foucault, 2020 [1970], p. 18): tal vez el silencio refleja una separación histórica, quizás existan palabras prohibidas que amordazan la enunciación, pero creemos que, por sobre todo, algo potente, desde el punto de vista

de los sentimientos, yace en su mundo interior. Encontrar la llave para acceder sin violencia a ese mundo qué comprender se convierte en un tema pendiente.

María Emilia Tijoux y Juan Riveros (2019) reflexionan e introducen la obra de David Le Breton *Cuerpos enigmáticos: variaciones*. Como fruto de las diferentes lecturas sobre este sociólogo y antropólogo, resaltan la importancia de otorgar un lugar al cuerpo en el pensamiento de lo social, específicamente en el centro de los análisis teóricos y conceptuales, y «pensar la corporeidad misma como un medio sensible de inteligibilidad» (Tijoux & Riveros, 2019, p. 10). Precisamente al respecto, Husserl decide privilegiar la experiencia del sujeto por sobre la intelección, como parte de su propuesta de *volver a las cosas mismas*; para Merleau-Ponty, lo primero es la experiencia sensible del mundo y, en el pensamiento de Le Breton, el cuerpo es la proliferación de lo sensible, en tanto que lo sensible da forma a la escritura y el análisis de lo social (Tijoux & Riveros, 2019).

En *Cuerpos enigmáticos: variaciones*, el cuerpo es sin duda el centro para pensar lo social, pero Le Breton se concentra en tres desarticulaciones: sus transformaciones, sus diferencias y sus desapariciones. El cuerpo, como origen identitario del ser humano, experimenta toda alteración de una de sus partes como una *alteración de sí* (Tijoux & Riveros, 2019). Los cambios que inflige la enfermedad necesariamente transformarán la esencia de la persona, su identidad, y ello ha sido manifestado por quienes colaboraron como cambios en las prácticas, como las de interacción social o las actividades cotidianas para las que ya no alcanza la fuerza, pero no queda clara una transformación que muestre el verdadero nuevo ser, es decir, una transfiguración. Apreciamos el análisis de las desarticulaciones del cuerpo, en tanto centro social, como método valioso para aproximarse a un fenómeno de tal complejidad.

En nuestro trabajo, algunos de los rituales que nos fueron evidentes celebran y edifican el cuerpo, como sucede con el consumo matizado de devoción de alimentos específicos, en cierto contexto; conocimiento que nos fue aportado por la observación participante. En la historia de vida masculina brotaron importantes aspectos de su subjetividad, que interpretamos como orgullos que dan fuerza para afrontar el padecimiento y que nos significan un hallazgo.

* * *

Se ha expuesto que de la asimilación del discurso médico resulta una medicalización de la vida (Foucault, 2012), que se introduce en la manera de comer, de comprender el bienestar y la salud o en la forma de percibir el cuerpo, y que además se intercala con la cultura. Surge un sincretismo y una variedad de subjetividades que van matizadas de aquel conocimiento. A partir del discurso y de la triangulación con otras técnicas de recolección de datos, como la observación participante, emergieron actitudes y prácticas de intensa observación y seguimiento de la persona con diabetes, especialmente de la parte de integrantes de su núcleo social inmediato, proponemos considerarlo como un ***panóptico familiar***.

Aunque dicha vigilancia sucede también desde otros círculos sociales, entre los que destacan a los prestadores de servicios de salud, sí reconocemos lo externo como influencia, pero nos concentramos en la dimensión social donde se activa la experiencia sensorial de vigilancia y se imprime un mayor significado en la vida cotidiana.

En algunos casos, la persona observada tenía cierta percepción de ello, en otras parecieron no sospecharlo, como en el evento de la comida de fiestas patrias que describimos. Los procedimientos de vigilancia están sistematizados y encaminados a registrar lo que hace la persona con diabetes: penetrar incluso en lo que no se alcanza a ver, como cuando la persona con diabetes está a solas, si camina con tanta o menos dificultad que cuando se encuentra en compañía, si se acuesta cuando se queda sola o solo. Existe una sospecha sobre el proceder moral, particularmente de un fingimiento o una transgresión, que justifican la observación metódica. Es la penetración en la vida cotidiana de una conciencia médica, «encargada de una interminable tarea de información, control y sujeción» (Foucault, 1963, pp. 48-49).

Lo *inmoral* es desatender las prescripciones que descienden del Estado, de las instituciones de salud o de la figura del médico, que se cuelan en el hogar y que encuentran su policía en algún familiar dispuesto a *cuidar* de la persona, a tomar el control de la situación. Es deshonesto transgredir las normas que para la persona con diabetes se han establecido, ni se debe abandonar, en momento alguno, la obligación de respetar las prohibiciones acerca de alimentos, bebidas, pereza o descuidos, entre otras que hemos ya presentado en la primera sección de la discusión. Abandonar el régimen resultará en un castigo buscado.

Más allá de visualizar la transformación del cuerpo o sus actividades, la vigilancia también se apoya en lo etéreo, en el discurso, en los gestos; se sigue con atención cómo la persona con diabetes se expresa de su experiencia con la enfermedad, qué tanto se queja y cómo se queja, cómo sigue con su vida. Cada palabra que las personas con diabetes vierten sobre sí mismos y en torno a su condición, cada paso hacia sus consultas o dentro de sus domicilios, cada bocado al mundo, cada mirada a lo dulce, cada apetito aún no expresado es vigilado, calladamente. Sus personas han perdido libertad de movimiento, de pensamiento, y el *yo*, en compañía del *mí*, están esclavizados en administrar los elementos para su bienestar (Bauman, 2003). Lo constatamos en la triangulación y en la polifonía lograda al hablar con los familiares, del hijo con su padre (UAEMéx-Es1, 2023; UAEMéx-Hv1, 2023), o de una hija, respecto de su madre o de su hermano (UAEMéx-Hv2, 2023; UAEMéx-Ed3, 2023; UAEMéx-Ed2, 2022).

Varios colaboradores describieron un control de la parte médica que va más allá de lo profesional, que se entromete en sus elecciones y emociones, las juzga y las castiga por medio de un discurso severo, que señala las faltas, justo como denuncian dos de ellos (UAEMéx-Ed2, 2022; UAEMéx-Es1, 2023). Aprenden a reconocer qué se espera de ellos en términos de actitudes, prácticas y descripciones de su evolución y, cuando alcanzan a darse cuenta, esquivan la observación, desafían de forma velada los comportamientos esperados, echan a andar su creatividad y resisten de maneras diversas. Un colaborador ha sistematizado sus acciones para engañar al médico vigilante (UAEMéx-Ed4, 2023), al consumir lechuga y pepinos días antes de sus consultas de seguimiento y, según él, llevar su glicemia en ayunas a niveles aceptables. Así, existe el efecto de la mirada atenta de quienes constituyen la dimensión social del *nosotros* y del *ellos*.

Mientras las personas con diabetes esquivan reuniones y fiestas, para transcurrir más tiempo en sus domicilios, los familiares se sienten en control. No relajan la vigilancia, sin embargo, tal vez porque les preocupa francamente la descompensación de la persona enferma, pero es posible que ellos también estén esquivando los subsecuentes peligros e incomodidades para la familia entera. En cuanto al malestar leve y, sobre todo, a la experiencia emocional de vivir con diabetes, encontramos que los familiares evitan enterarse *todo el tiempo* o *la mayor parte del tiempo* sobre lo que pasa con la persona con diabetes; es decir, se toman tiempos fuera, que son comprensibles y necesarios para recuperarse de la tensión que nos percatamos existe en torno a la vigilancia.

En *Vigilar y castigar*, Foucault (2009 [1976]) descubre que existen métodos *suaves* de corrección del cuerpo en que las relaciones de poder «lo cercan, lo marcan, lo doman

[...], exigen de él signos» (p. 35) para controlar su distribución y obtener su sumisión. Hay una cierta violencia no descrita en las interacciones que pugnan por la docilidad de la persona con diabetes, que merece ser abordada más a fondo.

* * *

«No se nace mujer, se hace». Simone de Beauvoir.

Las diferencias sexo genéricas, como es fácilmente observable en la mayor parte del planeta, también están presentes entre nuestros colaboradores. En nuestra interacción, distinguimos que el sentido de ser mujer parece ampliarse cuando esta se convierte en madre. Un colaborador exalta las virtudes de su progenitora y narra (UAEMéx-Hv1, 2023) con transmisión de orgullo que, además de los quehaceres propios del hogar, las atenciones para la familia y el oficio de la alfarería, ella **crió y cuidó** de animales de corral. Cuando se unió a su esposa, cuyo nombre es el de una flor, activa y emprendedora, ella estuvo dedicada a la crianza y a los cuidados de los hijos de ambos. Luego de su deceso permanece el reconocimiento por sus habilidades para organizar disposiciones en la casa y administrar el hogar. También expandió sus responsabilidades para criar animales de corral, ingeniárselas para apoyar a su marido. Ella dejó huellas de sí a su paso. Mientras hablamos, miramos al trinchador donde hay carpetas que fueron bordadas, hace muchos años, por su mano diligente.

Por otro lado, él procura y completa cada año el ciclo del maíz de su parcela. Cada año desgrana las mazorcas y clasifica las semillas. Nos confía que ese maíz no se usará en su casa para hacer tortillas, porque **no tiene quien se las haga**. Es un asunto incuestionable, lo reconocemos como una ocupación de mujeres.

En cuanto a la preparación de remedios y el empleo de hierbas medicinales, encontramos que las mujeres que viven en Tecaxic transmiten entre sí un saber que las habilita para atender y curar a sus familias. Ellas conocen los ingredientes necesarios y los sitios donde proveerse de ellos, con que preparan bebidas sanadoras y hacen emplastos para las heridas. Son las herederas de un conocimiento ancestral de herbolaria que puede remontarse a la medicina indígena (Barba, 2002).

En general, en cuanto a la asignación de roles que emergió para las mujeres, un rasgo que resume bien el todo es la **hacendosidad**, la tendencia a trabajar de manera ardua, constante, en una disposición optimizada del espacio doméstico y, sobre todo, la

responsabilidad por la organización y provisión de los cuidados recayeron en las mujeres. A pesar de su enfermedad, deben seguir *viendo* por sus hijos o sus nietos. Incluso los cuidados de ellas en la enfermedad provenían de ellas mismas. Recuperamos algunos fragmentos que enfatizan el rol de cuidadora: «No tengo quien me haga mis tortillas, no tengo quien vea por mí».

No obstante que los colaboradores hombres se identifiquen con el rol de ser los principales proveedores económicos del hogar, que salen al mundo a encontrar el sustento para sus familias, alternan en diferentes trabajos para completar el gasto, en ocasiones ejecutando faenas físicas intensas, como cavar pozos o construir casas, eso se empieza a destrabar. Hay mujeres que enseñaron a sus hijos varones (UAEMéx-Es1, 2023) a cocinar, coser y lavar, para liberarlos de dependencias, entregadas a la pasión de aproximarse afectivamente a sus hijos y de esforzarse porque no repitieran las mismas historias de privaciones. La esposa de este hombre (UAEMéx-Hv1, 2023) participó, ideológicamente, del anhelo de que sus hijos se convirtieran en profesionistas. Cuando ella falleció, ellos eran adolescentes, pero estudiaron una carrera y un posgrado. Ahora son hombres y han decidido compartir por un tiempo el domicilio con su padre. Los tres son independientes en cuanto a las labores domésticas y las remuneradas, pero se turnan para mejorar su organización, dejando las labores más ligeras a su padre, con diabetes.

En este trabajo, descubrimos la figura de mujeres que procrean, crean, cuidan y curan, de hombres que proveen y protegen. En cuanto a lo que la perspectiva de género y las teorías feministas nos ayudan a identificar, es patente una marcada diferencia en la manera de **percibir** el mundo y percibirse en él para los hombres y las mujeres. Sin embargo, no observamos características asfixiantes de la dominación patriarcal.

* * *

Otro aspecto que no puede dejarse de lado es la edad avanzada y las construcciones sociales de **envejecimiento**. Los colaboradores que han rebasado los 70 años reciben el trato de don y doña, los cubre un halo de respeto. Tienen algo de venerable por su trayectoria, pero también se les reconoce vulnerabilidad a partir de sus cuerpos cansados, debilitados. Al respecto, la vejez no es cosa que exista, ya que el total del ciclo de vida es un constructo social (Salgado-de Snyder y Wong, 2007). Estas construcciones implican la asignación de roles y un impacto sobre la identidad.

Las personas aprenden a sentirse *viejas* a lo largo de los años y a comportarse de acuerdo con expectativas sociales. A los 65 años pasan a conformar un estrato reconocido como personas adultas mayores o tercera edad, a quienes se les reconocen riesgos específicos como los de fragilidad, dolor crónico, enfermedades no transmisibles y muerte; por otro lado, adquieren derechos específicos como el de descuentos mínimos en productos y servicios. Desde el punto de vista conceptual, lo más importante es que se trata de una etapa caracterizada por el descenso gradual de las capacidades físicas y mentales (Alvarado & Salazar, 2014), por cambios profundos en los rasgos físicos del rostro y del cuerpo entero, por lo que plantea retos para asumirla sin pesar, sobre todo porque esta categoría entrecruza con otras, como la enfermedad y el género, para modificar la experiencia de vida. Ante estos cambios, puede significar convertirse en otra persona.

En las anécdotas de pérdida progresiva de las capacidades que nuestros colaboradores comparten acerca del padecimiento que les representa la diabetes, nos preguntamos qué tanto de ello es debido a esa enfermedad, al envejecimiento o al desgaste de su cuerpo, como hemos puntualizado acerca del cansancio y el dolor crónicos en varios de nuestros colaboradores. Investigar sobre los significados de hacerse viejo o ser viejo es necesario, de inicio por una justificación teórica.

* * *

En nuestro trabajo hacemos un esfuerzo por identificar las maniobras para ejercer **control biopolítico** sobre los cuerpos de los colaboradores. La diabetes es vista como problema desde la perspectiva biomédica y se le confiere un peso a través de *cifras*. Entre los determinantes, se enfatiza la responsabilidad individual, como fue tratado a fondo en el apartado de alimentación y ejercicio. Sin embargo, no es el individuo aislado el que puede contrarrestar los efectos de la mercadotecnia o de la pobreza. Lo microsociológico nos remite a lo macrosocial. La estructura es más determinante del deterioro del cuerpo y de su transición al estado de enfermo.

En nuestro trabajo, el cuerpo está presente y también es el núcleo de la vida cotidiana, donde se concreta la experiencia y una realidad particular. El cuerpo se manifiesta, **pero se le acalla**: está trabajando. Trabaja desde la juventud, desde la madrugada, los fines de semana. Y el dinero no alcanza. Los colaboradores enlistaron

una gama de ocupaciones con que satisfacer sus necesidades básicas en términos de alimentación, vivienda, vestido y pago de servicios básicos. Algunas de esas ocupaciones solo deben ser vistas como fuente de complementos de la alimentación familiar, por ejemplo, sembrar un poco de haba, maíz; coleccionar frutas del huerto o chayotes, calabacitas o quelites; o bien, consumir los huevos de un par de gallinitas de traspatio. Son entretenimientos poéticos y, aun así, dependen de pequeñas inversiones y de un esfuerzo continuo.

Las ocupaciones remuneradas que realizan son de carácter mucho más arduo y los ingresos monetarios que les proporcionan no exceden de una modesta magnitud. Como los ingresos son insuficientes para satisfacer los gastos, se superpone la búsqueda incesante de actividades adicionales para lograr una sobrevivencia que se mantiene apenas al día, a pesar de que encontramos que se hallan por encima de la línea de pobreza²¹, en parte debido a la conformación de un ingreso familiar en que participan varios miembros. Los colaboradores ocupan mucho tiempo y energía en idear e implementar maneras de obtener recursos económicos adicionales y los resultados finales son poco significativos. Mientras se trabaja o invierte en *otra* actividad, la *no principal*, lo que más se añade es estrés, en un ciclo interminable.

Como ejemplo, uno de ellos, debe trasladarse relativamente lejos de Tecaxic para llegar a su sitio de trabajo, cumple jornadas de ocho horas, se esforzó por reunir el enganche y comprar un auto que paga a crédito, e hizo una verdadera investigación e inversión para adquirir placas de taxi, pagar seguros e impuestos (UAEMéx-Es1, 2023). Renta el vehículo a un hombre que se dedica a otra cosa y en sus tiempos libres conduce el taxi, sin ganar mucho más que para pagar la renta al colaborador. El colaborador tampoco obtiene ganancia por la renta que cobra, porque apenas le permite pagar la mensualidad del crédito e ir recuperando el dinero de los mencionados gastos, mientras que el auto se va depreciando de manera importante y no espera una entrada siquiera consoladora si lo vendiera.

Gran parte de las ocupaciones que proporcionan el dinero requerido desalientan el ánimo, además de que desgastan el cuerpo en forma verificable y de modo simbólico. Karl Marx, en los *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844* (2001 [1844]), advierte que el hombre es corpóreo y se mantiene en constante intercambio con la naturaleza y los otros hombres. En el cuerpo yace su fuerza de trabajo, así que

²¹ La línea de pobreza, INEGI

entrena sus movimientos, pero acaba por convertirse en un obrero colectivo de funciones muy específicas, cuyo trabajo forzado le sirve solo para satisfacer sus necesidades fuera del trabajo, a la vez que mortifica su cuerpo y su espíritu. Él estima que «la desvalorización del mundo humano crece en razón directa de la valorización del mundo de las cosas» (Marx, (2001 [1844]): 56).

Por lo que respecta a lo desgastante de un trabajo, otro de los colaboradores ha experimentado el cuerpo consumido por la albañilería, sumada desde luego a otras actividades. Las cargas con sus pesos excesivos consumieron su columna vertebral y rodillas e introdujeron limitaciones. Son lamentos no visibles sin los rayos X.

Una historia de vida de un trabajo enajenante con ganancias que no alcanzaban, así que se le sumaban otros, antes, después y de manera concomitante, para todos ellos. La adición, la multiplicación de ocupaciones que arrojan unas cuantas monedas, insuficientes, han consumido de forma sinérgica un cuerpo sometido a la explotación, uno que es desechable. Escribe Marx: «el obrero, muy lejos de poder comprarlo todo, tiene que venderse a sí mismo y a su humanidad» (Marx, (2001 [1844]): 10).

Creemos válido y útil recurrir a la teoría marxista porque permite visibilizar y comprender el drama de la persona que existe detrás de la avalancha de faenas forzadas, con una supervivencia apenas garantizada y que debe soportar además los flagelos simbólicos de la diabetes: el estigma de su condición, la indiferencia de los otros, la evitación de los otros y hacia los otros, así como emociones y sentimientos crónicos de miedo, dolor y sufrimiento, engarzados en la necesidad de ir hacia adelante. Ese es el aquí y ahora.

En un acercamiento a teorizaciones más recientes, James Tyner retoma la noción de que la vida truncada es un factor constante en los procesos de trabajo. En su libro *Dead Labor*, el autor incorpora la muerte prematura a los conceptos bioeconómicos y biopolíticos. Denuncia cómo se exponen, desigualmente, los cuerpos alterados por el racismo y las expectativas de género por parte de los procedimientos del capitalismo, cómo se busca de ellos un superávit y cómo se desensamblan con el propósito de acumular capital (Majumder, 2019).

El fenómeno de precarización del trabajo es problema de investigación cada vez más frecuente, pero en el contexto de nuestros colaboradores evidencia una inestabilidad añeja, que ha venido a exacerbarse cuando el cuerpo se encuentra más gastado y cansado. Ellos llevan años haciendo malabares para mejorar sus ingresos,

a pesar de todo, su presente y futuro cercano son preocupantes de por sí y más ante las demandas que la diabetes puede traer consigo. Todos evitan mencionar las complicaciones por venir o las hospitalizaciones, nadie se hace más joven ni más sano, así que no se plantean perspectivas; ante un panorama desalentador es mejor quedar en incertidumbre. La diabetes suscita un silencio pre apocalíptico, en medio de la pobreza creciente.

Como en la generalidad de la sociedad, encontramos que permea una exaltación de la juventud, porque los **cuerpos** son fuertes y promisorios, listos para ser usados por el capitalismo, para consumir y para ser consumidos. Mientras que, por el contrario, los cuerpos envejecidos aparecen como inútiles para esos propósitos y, por lo tanto, mayormente desechables.

El cuerpo es el centro de toda política: es manufactura que resulta de las diferencias sociales, foco de la dominación, material de la explotación capitalista cuyo potencial de vida se busca maximizar (Castro 2023b). Toda política se impone mediante la violencia y posee un orden corpóreo, según Jean-Marie Brohm (Le Breton, 2018). Si no es posible ponerlo a trabajar, entonces se le excluye. Sea como sea que estén contruidos estos cuerpos que sufren los efectos del capitalismo, es de resaltar, como escribe Castro (2023b), que los cuerpos también resisten. No solo resisten frente a la sinergia de la explotación económica y política, sino también a los procesos de medicalización.

El cuerpo de la persona con diabetes está sujeto a las violencias convencionales que soporta la existencia humana, pero encontramos algunas particulares. En su cuerpo colisionan distintas sociedades disciplinarias, en la manera en que Foucault las entiende, incluso la formación de su discurso integra los procedimientos de control (Foucault, 2020 [1970]). Allí convergen las fuerzas del capitalismo, el biopoder y la biopolítica, y también la biomedicina. Su cuerpo fue explotado hasta que se agotó, y después de eso, se sigue controlando su comportamiento, sus actividades físicas, y luego de haber sido una víctima más refinada de la mercadotecnia de la sociedad de consumo, se pone en entredicho su valor moral (Le Breton, 2018).

En los supermercados hay un pasillo completo de alimentos para *diabéticos*, hay un estante con calcetines y medias para *diabéticos*, tienen un espacio en la farmacia. Todavía son vistos como un nicho de mercado.

En este proceso de formación como investigadora social, palpo las dificultades reales para comprender lo que la diabetes es para los colaboradores, en términos de vivencias y significados, porque gran parte de estas vivencias no es enunciada. Algo permanece *encriptado* en el cuerpo, posiblemente algo *no autorizado*. Se elabora una expresión consistente en palabras escasas, silencios, gestos e inmovilidades que son característicos de interacciones como la que sucede con una colaboradora (UAEMéx-Hv1, 2023). Su discurso es repetitivo en la iteración y parece no permitir ir a profundidad, se mantiene impenetrable.

Por añadidura, ella recurre al tacto con la etnógrafa, que es una manera de tocarse *a sí misma*, si se piensa desde una perspectiva merleau-pontiana (Butler, 2023). Comprendo, ahora, un fuerte intento de la recuperación del contacto de su persona con otras *fases* de ella y con el mundo.

Hay una lucha del interior por emerger al exterior, sentimientos enterrados que difícilmente hallarán expresión a través de las palabras, por los procedimientos de control y delimitación del discurso que teoriza Foucault en *El orden del discurso* (2020 [1970]). La educación es una puerta que permite o impide el acceso a ciertos discursos, es decir, existen *adecuaciones sociales*, que merecen ser mejor pensadas en la forma de abordarse, si se quieren esquivar. Al respecto, el filósofo francés advierte que: «Todo sistema de educación es una forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican» (p. 45).

7.1.7. Recomendaciones para las personas con diabetes, desde personas con diabetes

Hablar no es un hecho neutral, «es emplear determinada sintaxis, poseer la morfología de tal o cual idioma, pero es, sobre todo, asumir una cultura, soportar el peso de una civilización» (Fanon, 2009 [1952], p. 49). Los colaboradores han hablado y puesto en conjunción el universo personal de su subjetividad con el de su entorno social y cultural. Su voz revela saberes que proviene de ambos universos.

Ahora bien, lo que *causa* diabetes o lo que esta significa fue dicho de primera intención por los colaboradores, con palabras que estructuran solo la punta del iceberg. Conforme estas se entraman, se deslizan entre ellas y emergen ideas de las profundidades.

Construimos concepciones de la diabetes en que se pierde la forma biomédica, se convierte en padecimiento y este se acomoda junto a otros, con un sentido misterioso acerca de sus verdaderas razones e implicaciones en la vida cotidiana. El sentido común reconoce que no es verdad que se sepa mucho de la diabetes, no fuera del nivel subindividual.

En la indagación para concebir en forma conjunta a la diabetes, comprender algo similar de ella, no parece posible conciliar las diferentes perspectivas. En la búsqueda por obtener estrategias para vivir mejor en la coexistencia con el padecimiento y prevenir las complicaciones, basados en la experiencia de los colaboradores, nos encontramos con otras circunstancias complejas que no nos llevan a un *paquete* de recomendaciones, pero sí a un par de críticas.

En un primer punto, es necesario resaltar una de las distinciones que nuestros colaboradores descubren y es poco remarcada por el discurso biomédico. Lo vio una colaboradora, al contrastar la diabetes en su experiencia, con la de su madre (UAEMéx-Hv2, 2023): la diabetes es una enfermedad progresiva y presenta muchas expresiones (del genotipo al fenotipo). Dependiendo de la persona, una gama de cuidados podrá ser suficiente para frenar la progresión, en otros casos, idénticos cuidados no servirán de mucho y las personas presenciarán cómo el cuerpo *se seca* a su propia velocidad. Dos grupos emergen en este trabajo: quienes recibieron el diagnóstico por debajo y sobre los 40 años, los primeros con un curso clínico acelerado y los otros con uno relativamente benigno. Coincidencia o no, es una primera muestra de la heterogeneidad con que se viene luchando, usando los mismos procedimientos, las mismas armas.

Sin retomar la afirmación frecuente de que no hay enfermedades, sino enfermos, prefiero enfatizar que *cada padecer de la diabetes es una verdadera particularidad*, lo cual reencuentra a los seres humanos detrás. No es simple ni obvio, como parece, justo porque ya abrimos el debate en torno a los procedimientos de quienes diseñan, implementan o evalúan las políticas públicas en salud, o quienes participan en la elaboración de guías de práctica clínica y los lineamientos que serán herederos de las normas oficiales mexicanas. Se sigue privilegiando el estudio del tiempo, lugar y población específica, de las asociaciones con distintos factores de riesgo y factores pronósticos, así como del análisis de series de casos provenientes del ambiente hospitalario, sin duda correctos desde el punto de vista que busca generalizar los resultados; mientras que el peso poblacional de la diabetes continúa en aumento.

Como los autores revisados en el marco teórico y conceptual sostienen, la anterior visión es, en efecto, parcial e insuficiente.

Así, el asomo de la heterogeneidad entre quienes enfrentan la diabetes vuelve lógico que no pueda existir un solo mensaje, porque no hay *una sola* diabetes que tratar, al menos, como sugiere este estudio cualitativo.

En un segundo punto, a partir de sus consejos, los colaboradores tendieron a reproducir elementos del saber médico oficial, sugirieron a los todavía sanos inclinarse por una dieta pletórica de verduras y, poco a poco, se fueron desviando hacia los alimentos de la milpa y los quelites, para ensalzar, seguramente sin ese ánimo, los alimentos obsequio de México para el mundo o, incluso, el folclor mexicano.

De forma independiente al hallazgo de la reproducción de discursos ajenos, que han sido apropiados, el sentido común nos avisa que una dieta de esas características no puede ser adecuada y sí insuficiente para cubrir los requerimientos de macro y nutrimentos, así como de energía. Una de las personas con diabetes tuvo razón en decir que, con las indicaciones del médico, solo sentía hambre, cada vez más hambre, hasta que todo comió. Las preguntas que inmediatamente fluyen son de qué diversas fuentes vienen esas recomendaciones de excesiva restricción, qué propósito pudieron haber tenido pero, sobre todo, cómo la voz de estas personas con diabetes puede revelar y contrarrestar la inercia absurda, para transitar a la difusión amable de prácticas útiles para otras personas con diabetes.

Este estudio cualitativo encuentra que las recomendaciones para la nutrición son pobres y a nadie le llega noticia del *nuevo plato del bien comer adaptado para personas con diabetes*.

El tercer punto se mantiene en el terreno de la comida. Los colaboradores han sido víctimas de señalamientos por consumir refrescos o comida chatarra, los cuales son ampliamente disponibles y cuyo acceso supone cierta distinción, por lo que socialmente no puede calificárseles de malos, como se les etiqueta desde las posiciones de *salud*.

En la colaboración, aparecieron ideas de cómo prevenir la diabetes o mantenerla a raya, admitiendo la obediencia al discurso médico, lo cual sin embargo, como se evidenció, es insuficiente porque faltan recursos para comprender una predisposición caprichosa, no evidenciada en cada uno de los individuos y que acaba por ser atribuida a las intransigencias que prácticamente todos cometemos, una serie de actos irremediables

y meritorios del castigo, el cual cae disparejo. Por más que las personas con esta enfermedad ansíen llevar o recomendar la buena alimentación, no se sabe exactamente cómo erigirla con los recursos disponibles, cómo volverla realista y funcional socialmente; tampoco se sabe cuál es la rutina de ejercicios que ajusta al caso personal, por lo que no habrá esfuerzo valedero.

Durante la co-concepción sobre la diabetes y su co-prevención hemos aprendido, tanto etnógrafa como personas que colaboran, que los discursos desde lo institucional presionan desde sus correspondientes alturas hacia los individuos, se mantienen generalistas, ignoran la realidad externa a los individuos, los responsabilizan incluso de circunstancias que derivan de lo estructural. Les aplican un estigma que contribuye a su denigración y pesar, trasmiten procedimientos de control a sus familiares, reforzados por elementos de la cultura del *diabético*, no legisla ni procura en cuanto a composición de alimentos y sí permite a la industria alimentaria elaborar los productos a su conveniencia para incrementar su margen de ganancias. La guerra no va sobre la composición de los alimentos, sino sobre sus envoltorios y los impuestos especiales, cuya recaudación no parece retornar a programa alguno de salud. Encontramos que al pretender educar a los individuos sobre la comprensión y manejo de su enfermedad, se dejan múltiples vacíos que los individuos llenan con el sentido común o con elementos de la cultura, última que es eficaz en tejer una malla densa para sostener la existencia de las personas.

Mientras falten estrategias que disminuyan la vulnerabilidad de las personas, particularmente en cuanto a educación y acceso a los principales satisfactores de sus necesidades, estas recurrirán a lo que esté disponible, accesible y sea aceptable de acuerdo con los designios de la mercadotecnia. En tanto que los proveedores de servicios de salud tengan miedo de saber cuándo y cómo prescribir insulina, sean capaces de sugerir una correcta guía de alimentación o precisar rutinas adecuadas de ejercicio, las personas con diabetes no podrán incorporar medidas preventivas eficaces con qué prolongar el tiempo de vida libre de complicaciones. Mientras que no se revierta la expectativa absurda de pretender cambiar la trayectoria de una vida con un chasquido de dedos ni la costumbre de hurgar razones para culpabilizar a los individuos de faltas que yacen en los sistemas de salud y en la sociedad, las condiciones para las personas con diabetes no mejorarán.

Las personas con diabetes habitan este mundo, tienen problemas agregados por su salud deteriorada y salir avante les exige esfuerzos adicionales —cuando de por sí, sienten ya haber hecho tantos—. Sobreponerse a la diabetes, al resto de los otros problemas y continuar sus vidas les requiere resistencia ante las contradicciones enumeradas, que son

precisamente las propias del fascismo eterno (Eco, 2019), la moral de la sociedad de consumo (Baudrillard, 1970) y una vida organizada en torno a dicho consumo (Bauman, 2003), así como las desigualdades de todo orden que cada vez se profundizan más, como parte del proceso de globalización (Bauman, 2011). Buscar los cursos de acción para disminuir la vulnerabilidad acentuada en que viven las personas con diabetes es un asunto político. El problema es macro y crea la estructura y organización encargadas de la estigmatización, la segregación y la exclusión social de las personas con diabetes, quienes simplemente viven la vida de la manera más inteligente que pueden.

7.1.8. Ventajas y limitaciones

Luego de permitir que el orden etnográfico dirigiera nuestro trabajo, hallamos ventajas para ello: la posibilidad de realizar descripción-interpretación, poseer un marco espacio temporal, lograr interacciones con el contexto. Nos pareció que el mundo dejaba de ser solo estampas para transformarse en un escenario. La observación participante fue favorable para complementar las narrativas, aportar con la detección de tensiones, emociones (ira, rencor, orgullo, miedo, tristeza), lo cotidiano a veces ya pasado por alto y no percibido, pero existente. De manera adicional, por la **triangulación** de las diversas técnicas usadas, consideramos haber mejorado la validez del trabajo, así como por la polifonía y la recursividad pudimos acceder a un nivel más profundo de los significados buscados.

Entre las ventajas de la historia de vida, destacamos el poder recoger elementos para enriquecer la comprensión del aquí y ahora, ampliar la visión hacia el pasado y el futuro de los colaboradores y conocer más de las relaciones sociales actuales e inmediatas. Vimos un adulto que nos reveló un joven y un niño, alguien que trajo al presente a sus padres, en una remembranza cargada de sensorialidad y sentimientos. Encontramos como fortaleza de la entrevista semiestructurada a profundidad la bondad de alcanzar a conocer más allá de lo superficial o evidente sobre el fenómeno de la diabetes en la vida cotidiana, a través de un proceso recursivo.

A pesar de que el recorrido que visita la particularidad de cada colaborador puede parecer extenuante, la estimamos acorde con el propósito de subrayar la importancia de cada una de las subjetividades a las que nos acercamos, de cómo cada cual se construye a través de la intersubjetividad, cómo cada cual vive su cotidianidad y

otorga un espacio a una construcción tan severa como lo es la diabetes; nos permite explorar como en cada subjetividad el **padecimiento** cobra un diferente sentido de realidad y cómo se carga de emociones distintas y maneras de afrontar el innegable sufrimiento que un diagnóstico cargado de tantos significados así imprime, por silente que parezca.

* * *

Por lo que respecta a **limitaciones**, sesgos e imprecisiones, tenemos claro que los elementos específicos y particulares que se han encontrado en este trabajo se hallan en función del espacio y del tiempo, que no son universales. Así mismo, tenemos presente que la colaboración durante las visitas a campo provocó impresiones en la etnógrafa que indudablemente influyeron en su elección de las observaciones. Por estas razones, se procuró tomar distancia de la experiencia personal y hacer un ejercicio para reconocer sesgos, de acuerdo con las recomendaciones de Strauss y Corbin (2002). De manera especial, por un trabajo de reflexividad y consideraciones ante la intersubjetividad, la etnógrafa procuró evitar cualquier forma de preñoción o prejuicio al trabajar en campo y al regresar a los datos.

Durante el proceso de elaborar transcripciones, de revisar repetidamente las notas de campo, encontramos una serie de limitaciones en el desarrollo de las indagaciones que procuramos transmitir con claridad al momento de interpretar los datos, en el interior de las categorías de estudio propuestas.

A partir del señalamiento de la existencia de elementos metafóricos, algunos de los cuales son recuperados por el lenguaje y otros por símbolos comunes a los colaboradores y la etnógrafa, surgen aspectos de controversia alrededor de la comprensión y las interpretaciones, en que los recursos teóricos y metodológicos previstos son insuficientes al momento del trabajo de campo o al emprender el análisis de las categorías.

Una limitación importante tiene que ver con no haber hecho una aproximación a la **religión**. La consideración previa, válida, es que hay otras vías de acceso a la experiencia. No obstante, encontramos una gran cantidad de creencias y prácticas que se relacionan con el sentido de cosas sagradas, que vinculan con fuerza a los colaboradores con sus familiares vivos y muertos, con sus prójimos y que influyen en

su manera de percibirse y concretarse como parte de un universo. Según Csordas (2021), la religión es un aspecto crítico de la actividad humana. Por ejemplo, es posible transformar un yo afligido en uno sano, gracias a los rituales religiosos de sanación.

Limitaciones otras hay, y muchas. Encuentro dificultades reales para comprender lo que la diabetes es para los colaboradores, en términos de vivencias y significados, porque gran parte de estas vivencias no fue enunciada. Me enfrenté a una realidad subjetiva y compleja, que requiere de otras llaves para abrir las puertas de los sistemas de comunicación no lingüísticos, de la corporeidad y del acceso a los significados.

En cuanto a las **ventajas** de los diferentes procedimientos emprendidos, en los momentos finales de este trabajo y desde mi reflexión, considero que los objetivos específicos permitieron sistematizar la labor y acceder a la mayor parte de los aspectos que se pretendía llegar. Metodológicamente, hubo un gran poder de los diferentes métodos y técnicas de recolección de datos cualitativos para hacer de la indagatoria un proceso rico. La historia de vida funcionando dentro del orden etnográfico y la observación participante permitieron alcanzar las subjetividades de las personas con diabetes y crear una intersubjetividad de donde surgen múltiples posibilidades para la interpretación.

En este proceso de formación como investigadora social, aprendo y resulto transformada como persona. En este trabajo colaborativo, quedo implicada. Se me presenta el reto de no confundir lo que me es compartido, con la experiencia que me produce. Además, se agolpan dentro de mí, ahora como recuerdos, los estímulos en que he estado inmersa: figuras, colores, las voces de estas personas que fui conociendo en la cercanía, casi en la intimidad, el olor de su casa, el tacto de su mano que me despide. Agradezco por el privilegio que me otorgaron, de un *rapport* inmenso.

Si este trabajo tiene un aporte, entonces podría ser su ánimo holístico y exhaustivo para tomar un problema de investigación como si fuera un icosaedro y girarlo en diferentes direcciones y a diferentes velocidades, para observar en sus caras los rostros de personas que viven experiencias teñidas por los significados de la diabetes, asomarse un poco a su interior para tener una idea de la estructura y esencia de sus experiencias, cavilar sobre lo que pasa en esos cuerpos que viven en el

mundo, reflexionar sobre cursos de acción posibles, hacer algo. De esas miradas que han mirado muchas veces, algo novedoso y útil debería emerger.

7.2. Conclusiones y recomendaciones

Luego del análisis e interpretación de los datos recolectados, así como de las nociones aportadas por las teorías sociológicas y antropológicas aquí examinadas, nos permitimos proponer algunas conclusiones de este trabajo:

A. El interés por conocer las relaciones causales que mueven el mundo es una de las características más propias del pensamiento y curiosidad humanas. Atisbar a una docena o un centenar de posibles causas de la diabetes siempre será poco exhaustivo, no se alcanzará a tener un panorama completo, porque cada uno de esos vistazos proviene desde una perspectiva epistemológica que no tiene más que discretas intersecciones con otras. Lo más interesante es el por qué deseamos arribar a esa condición desencadenante, por qué desde ciertas posiciones se pugna por conocer para manipular o controlar el orden del universo, como sucede con el poder biomédico. Otras parecen buscar más la certidumbre de que los fenómenos son reales, como sucede cuando construimos socialmente la realidad. Justo por eso es difícil responder si la diabetes es real, porque aunque cuenta con una denominación desde la científicidad, sus manifestaciones no son precisas ni finitas, tiene prolongaciones en que conecta con otras entidades como la obesidad, la propensión a un infarto al miocardio, la edad avanzada, es visible o invisible, o se siente o no se siente. Es real o no es real, habita o no en el cuerpo de las personas a quienes se les avisa que la llevan consigo. Y con todas sus amenazas de amputaciones, comas diabéticos y muerte, ¿cómo puede pretenderse que se le porte con serenidad? Por eso queremos impedirla, pero en realidad no podemos. El problema es decir a las personas que sigan una lista de cotejo para imposibilitar que se instale, luego de haber creído que hemos disecado las causas, empíricas o científicas, que las podemos asir y desentramar del riesgo del mundo. No podremos nunca conocer todos los hilos ni separarlos sin desbaratar el tejido vital. La angustia por conocer las causas y operar sobre ellas es más del orden filosófico y moral que verdaderamente práctico. Hemos creado un mundo en compartimientos y en todos ellos se hallan *algunas* de las causas de esta enfermedad. Es lógico, entonces, admitir que podemos crear causas

desde el nivel molecular al cultural. Es ilógico, sin embargo, suponer que son maleables a los caprichos de nuestras visiones diversas. Por los rasgos de humanidad, continuaremos preguntándonos cómo prevenir la diabetes. Creo que la sinopsis debería ser, más bien, cómo vivir sin ella y con ella, porque aunque no tengamos síntomas, la diabetes logra afectaciones al nivel de nuestra experiencia y es esta la que debería ser abordada, aun sin alcanzar alguna vez un reconocimiento institucional.

B. El comportamiento clínico de la diabetes en los colaboradores, en el contexto de su vida cotidiana, parece resumirse en una **forma leve**, casi autolimitada, y otra de **progresión de rapidez variable**, que trastorna el *aquí y ahora* y ensombrece las perspectivas hasta hacerlas no enunciabiles, para convertirla en una enfermedad que avanza a pesar de los mejores cuidados que pueden procurarse.

Esto tiene importancia para considerar el diseño de políticas públicas que discriminen la identificación y manejo de uno y otro tipo, además de favorecer una visión más realista sobre los determinantes de la evolución, y con ello dar una oportunidad para comenzar a desprender del individuo el peso de la *responsabilidad* del resultado final. Es decir, admitir que los contextos socioeconómico y cultural, aunados a las condiciones biológicas, influyen de manera decisiva en el desarrollo y evolución de la diabetes y que la intervención de los primeros ha sido todavía insuficiente. La respuesta del sistema de salud mexicano ha privilegiado la dotación de información, la aplicación de impuestos como el IEPS²² y el etiquetado frontal de alimentos y bebidas con sellos de precaución en los alimentos procesados y ultraprocesados, que pugnan por un consumo de carácter *consciente y saludable*.

C. El manejo de la diabetes que se propone desde las instituciones tiene un énfasis en la fiscalización de alimentos y bebidas que *se ingresan* en el cuerpo, particularmente, en establecer **restricciones**; secundariamente, en un llamado a incrementar la actividad física, así como en el apego a la terapia farmacológica y la atención de las complicaciones específicas.

²² Impuesto especial sobre producción y servicios. Gravamen que se paga por la venta de bebidas *energetizantes* y bebidas con azúcares añadidos, botanas, productos de confitería y chocolate; flanes y pudines, dulces de frutas y hortalizas, cremas de cacahuete y avellanas, dulces de leche, alimentos preparados a base de cereales, helado, nieves y paletas de hielo. En la prestación de servicios, se contemplan los alimentos no básicos de alta densidad calórica y las bebidas *energetizantes*, entre otros (Méndez, 2023).

A pesar de la monotonía de las recomendaciones generales, la preparación médica al respecto parece ser insuficiente: en las entrevistas y conversatorios emergió cierta información sobre el proceder médico que aparentemente nada aporta, sobre un comportamiento punitivo hacia los *pacientes* e, incluso, quienes toman en serio el mito de la insulina.

Por otro lado, el control y la crítica aquí detectados llegan a convertirse en una severa vigilancia por parte de los familiares y del entorno, también de parte del gremio médico. Por encima del estigma del diagnóstico, ocurre exclusión social de eventos en que se sirven alimentos, autoexclusión, etc.

D. Encontramos una suerte de patrón de comportamiento en los colaboradores con diabetes, que puede explicarse por construcciones socioculturales, bastante comunes dado que la diabetes es, en realidad, una enfermedad muy común. Después de los sesenta años, en promedio uno de cada cuatro mexicanos ya ha recibido el diagnóstico (INEGI-INSP, 2019). Si se conjunta la prediabetes con la diabetes, casi la tercera parte de las personas mayores de 20 años ha dejado de ser sana, en cuanto a la regulación de glucosa en la sangre (INSP, 2022).

De hecho, creemos que se ha conformado un imaginario del «diabético», que recubre automáticamente a las personas al *debutarse*, momento en que quedan sujetas a determinados valores y normas, para asumir un *nuevo* estilo de vida y elegir un estilo de afrontamiento positivo, la obligación de *echarle ganas*. Si se adapta con éxito, merece el reconocimiento social; de lo contrario, recibe reprobación adicional a su estado permanente de «diabético».

Desde un punto de vista racional, las recomendaciones para quien tiene diabetes son válidas y útiles para toda persona, con o sin diabetes, como lo es comer con regularidad, evitando ayunos prolongados y *atracones*, desplazando de la dieta habitual los alimentos procesados y ultraprocesados, otorgando preferencia a los de origen natural, siguiendo una dieta abundante en verduras, con adecuada cantidad de agua natural, y mesurada en el uso de potenciadores del sabor, como la sal y el azúcar; además de evitar las formas de vida sedentaria y mejorar el manejo del estrés. Es válido para cualquiera preferir usar calcetines sin exceso de compresión por el elástico.

Así pues, proponemos que *se aprende a ser diabético*, haciendo una lectura progresiva de las expectativas sociales para atender, que incluyen así mismo un

comportamiento de *desviación más o menos regular* de estas, como lo son las *pequeñas trampas* al ocultar alimentos *prohibidos*, consumirlos a escondidas —o públicamente, de forma desafiante y con frecuencia variable—, también asumir una estoica tolerancia ante la *obligada* vigilancia y reproches de los familiares y responsables de la atención de la enfermedad, entre otros. Es este un aprendizaje, como lo escribe Marcel Mauss (1971 [1950]), a través de la comunicación lograda mediante símbolos, signos comunes más o menos duraderos y exteriores a los estados mentales de los individuos, que se toman como realidades.

E. Los fragmentos de discurso **no pudieron ser confinados** a categorías de límites precisos y contenido homogéneo, por lo que la organización de resultados ha sido un reto y la discusión no alcanza a ser exhaustiva de una realidad macro y micro, operando en interacciones dinámicas y complejas.

Concluimos que es imposible analizar la diabetes de manera independiente, aun desde un enfoque cualitativo, pues **concorre con los otros padecimientos** de la vida cotidiana, y entremezcla sus malestares y efectos a través de la dimensión espesor del análisis social.

F. La complejidad de los sentimientos que se elaboran en la vida con diabetes de los colaboradores, las alteraciones en la fortaleza y la sensibilidad de su cuerpo, entrecruzan con otras características como la edad avanzada, otros padecimientos, incluso con atribuciones que provienen del sistema sexo género, y todo esto no ha sido motivo de un adecuado examen que sirva a las políticas públicas, aun cuando, a partir de lo observado en los colaboradores, parecen ser los fenómenos que más provocan sufrimiento a las personas con esta enfermedad.

G. Entre los colaboradores percibimos experiencias dominadas por el sufrimiento ante las pérdidas, alteraciones de la sensibilidad corporal que entrecruzan con el dolor físico y moral, nostalgia por el pasado, amargura por el presente e incertidumbre por el futuro que yugula las expectativas. La vida está llena de miedo, de exclusiones, de soledad y se percibe la imposición de experimentar las emociones en silencio. Cuando se está bien, está bien para los demás; cuando se está mal, hay reticencia en los otros para escuchar lo que se califica como *quejas*. Las quejas impactan negativamente por el fenómeno de individualismo cada más prevalente en esta fase avanzada de modernidad, en que se espera que las relaciones entre

individuos sean satisfactorias (Bauman, 2005). Los tiempos de la abnegación parecen estar quedando atrás.

H. Como consecuencia de las dificultades encontradas para ir a profundidad en cuanto a la experiencia de vivir con diabetes en relación con el cuerpo y las emociones, **recomendamos**, como opción para trabajos ulteriores, que se prolongue la interacción durante el trabajo de campo y que la interpretación se auxilie de manera más especializada de elementos no lingüísticos y de lo que sucede en el contexto, por lo que la etnografía seguiría siendo orden metodológico privilegiado, pero sería necesario partir de un marco teórico conceptual que dé vigor al estudio de la comunicación no verbal.

I. No tenemos antecedentes para recomendar una aproximación de tipo psicológico, pero reconocemos que es plausible dado el estudio de *nuestro* cuerpo, de las emociones, pues poco de lo que ocurre con estos objetos de investigación —mejor aún si comprendidos como *sujetos*—, se dice con palabras o solo con palabras. Nos inclinamos, sin embargo, a pensar que debe explorarse en las teorías y métodos de la antropología y la sociología de las emociones.

La observación participante es particularmente nutritiva al explorar las emociones, ya que estas son pautas que **relacionan** el *yo* con su entorno (Le Breton, 2021; Bericat, 2012). Por lo tanto, el estudio profundo de los sistemas de la comunicación no verbal, como la proxémica, la kinésica, la háptica o la cronémica, es indispensable para contar con más elementos de comprensión de las emociones implicadas, de los significados de la diabetes para las personas que deben vivir con la idea de darle cabida en sus existencias.



Los **agradecimientos** se expresan al finalizar un trabajo. Yo espero hilvanar bien las memorias y no caer en ingratitud, así que el mayor agradecimiento es para quienes colaboraron con su experiencia de vida, por esa voluntad admirable al compartir lugar y tiempo, su confianza para hablar de la entidad que llamamos diabetes en el marco de su propia existencia. Sus discursos y la presentación de su persona son la sustancia de esta investigación. A varios de ellos los percibo ahora como amigos, a todos los recuerdo con aprecio.

Maestros significativos han contribuido con su riqueza a este trayecto de mi vida. Agradezco a la Dra. Norma González, quien analizó finamente las necesidades teóricas y metodológicas de la propuesta inicial, se mantuvo como acompañante y guía a lo largo de este sendero de búsqueda de saberes, y lo ha hecho con profesionalismo y paciencia.

Agradezco a mis asesores, Dra. Martha Isabel Ángeles, Dr. Aristeo Santos y Dra. Alicia Tinoco por su lectura, al igual que por las revelaciones y las sugerencias para ampliar el panorama a través de este preciado viaje.

Agradezco al Dr. Yerko Castro por el magnífico curso de etnografía, su lectura cuidadosa y notable sensibilidad durante la revisión de la historia de vida masculina, así como por las recomendaciones para ampliar los horizontes de interpretación.

Agradezco a la Dra. América Luna, ahora amiga, por las enseñanzas teóricas sobre feminismos y de la posibilidad de tomar una postura política al respecto, y por haber realizado revisión de las secciones de género.

Agradezco al Dr. David Le Breton por la sencillez de su trato y gran alcance en la complejidad de sus recomendaciones acerca del tratamiento de los problemas que suponen el abordaje del cuerpo y su subjetividad, así como a la Dra. Clara Boutet, por sus aportes como etnóloga y antropóloga en el análisis de la propuesta en general y por el enriquecimiento en términos de las opciones para realizar co-construcción.

Agradezco al coordinador del programa de doctorado en ciencias sociales, Dr. Aldo Muñoz, por mantenerse humano y cercano, así como a mis excelentes profesores de teoría social, Dra. Itzel Hernández, de metodología cualitativa, Dr. Abraham Osorio, y de lenguaje y discurso, Dr. Carlos Domínguez, por sus aportes para que los estudiantes logren una visión focalizada y de mayor definición acerca de los problemas de investigación en que trabajan.

Gracias a la formación en el seno de la Universidad Autónoma del Estado de México, Alma mater de este programa, a la Universidad Iberoamericana, que facilitó la movilidad académica, y a la Universidad de Estrasburgo, sede de los lectores, este trabajo ve la luz.

REFERENCIAS



Aceves, J. E. (1997). Un enfoque metodológico de las historias de vida. En G. De Garay (Coord.), *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida*. Instituto Mora.

ADA (American Diabetes Association) (2020). Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 43(Supplement 1), S7-S13; DOI: 10.2337/dc20-S001

Agüero, J.O. (2015). *El mundo de la vida en trabajo social*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional de La Plata. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4642061>

Aguilar, A. y Xolalpa, S. (2002). La herbolaria mexicana en el tratamiento de la diabetes. *Revista Ciencia*, 53(3), 24-35.

https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/53_3/herbolaria_mexicana.pdf

Aguilar, P. (2014). Cultura y alimentación. aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. *Anales de Antropología*, 48(1), 11-31.

[https://doi.org/10.1016/S0185-1225\(14\)70487-4](https://doi.org/10.1016/S0185-1225(14)70487-4).

Aguilar-Díaz, M. A. (2014). Corporalidad, espacio y ciudad: rutas conceptuales. En A. García Andrade, y O. Sabido Ramos (Coords.), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*. Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco.

Alemán Ramos, P. F. y García García, A. (2018). La conceptualización de la sociedad actual: aportaciones y limitaciones. Barataria. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (24), 15-26. <https://doi.org/10.20932/barataria.voi24.380>

Alexander, J. C. (2000). *Sociología cultural: formas de clasificación en las sociedades complejas*. Anthropos.

Allen, S. I. (2015). *Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behaviors of Diabetes Among Afro-Caribbeans Near Brooklyn*. Walden University ScholarWorks.

Alford, R. (1998). *The Craft of Inquiry: Theories, Methods, Evidence*. Oxford University Press.

Alonso, L. E. (1995). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*.

Alruwaili, M. A. F. (2021). Lived experience of having type 2 diabetes: A phenomenological research in three villages in rural Northern Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care*, 10(1), 149–153. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1421_20

Alvarado, A. M. y Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Amador, J. (2010). Estrategias constructivas, simbolismo del paisaje y arte rupestre en los cerros de trincheras del noroeste de Sonora. *Anales de Antropología*, 44, 105-157.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/issue/view/2127>

Amador, J. (2014). *El simbolismo sagrado de los cerros y su relación con el poder político-religioso y los rituales de petición de lluvias en el Cerro de Trincheras del Desierto de Sonora*.
https://www.researchgate.net/publication/270894245_El_simbolismo_sagrado_de_los_cerros_y_su_relacion_con_el_poder_politico-religioso_y_los_rituales_de_peticion_de_lluvias_en_el_Cerro_de_Trincheras_del_Desierto_de_Sonora#fullTextFileContent

Amaro, D. (2023). Nuevo Plato del Bien Comer 2023: Las nuevas 10 recomendaciones alimentarias para mexicanos. *El Herald de México*, Oaxaca.
<https://oaxaca.heraldodemexico.com.mx/nacional/2023/5/1/nuevo-plato-del-bien-comer-2023-las-nuevas-10-recomendaciones-alimentarias-para-mexicanos-9259.html>

Amezcu, M. y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&tlng=es.

Anderson, R. M. y Robins, L. S. (1998) How do we know? Reflections on qualitative research in diabetes. *Diabetes Care*, Alexandria 21(9), 1387-8. DOI:10.2337/diacare.21.9.1387

Andrade, S., Antonio, M. T. y Cerezo, A. M. (2012). Creencias en salud de la persona que vive con diabetes. *Desarrollo Cientif Enferm* 20(8), 255-260. <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>

Andréu Abela, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces*, Universidad de Granada, 10(2), 1-34.

Apchain, T. (2022). La distinción de Pierre Bourdieu, synopsis. *Dygest*.
<https://www.dygest.co/pierre-bourdieu/la-distinction>

Arcos, M. J. y Peña, K. E. (2019). Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 121-134.
<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v17n2/1657-8961-pepsi-17-02-00121.pdf>

Ariza, M. (2016). La sociología de las emociones como plataforma para la investigación social. En M. Ariza (Coord.), *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones

Sociales, 588 p. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana-cm/libro_detalle.php?id_libro=1602&pageNum_rs_libros=4&totalRows_rs_libros=62&orden=

Ariza, M. (2020). Las emociones en la vida social: Miradas sociológicas. *Instituto de Investigaciones Sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México. <http://flad-la.org/biblioteca/sSoXiJbcxfWZlVtX796l76Ml4dGWmoIY1pNok7P.pdf>

Arregui, J. V. (1988). *Comprensión histórica y autoconciencia en Dilthey*. Universidad de Navarra. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/27177/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aubrun, F. (2018). Coca-cola et Santa : la fuite du quotidien par l'imaginaire. *Tangram Lab*. <https://www.tangram-lab.fr/2018/12/13/coca-cola-et-santa-la-fuite-du-quotidien-par-limaginaire/>

Ávila, G., Santana, M. V., Rosales, E. M., Manzano, L. R. y Santana, G. (2016). *Perspectiva geoinformática de estilos de vida y salud en tres municipios de la zona metropolitana de Toluca, Metepec y Temoaya*. Tesis de licenciatura, Facultad de Geografía, Universidad Autónoma del Estado de México. http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/58133/Gustavo_Avila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bachelard, G. (1991 [1938]). *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI Editores.

Baeta, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. *Comunidad y salud*, 13(2), 81-83. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932015000200011&script=sci_abstract

Baghri Lankarani, K., & Ghahramani, S. (2018). Social studies in health: A must for today. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 106. <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.106>

Bairey Merz, C. N. (2011). The Yentl syndrome is alive and well. *Eur Heart J.*, 32: 1313-1315. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehro83>

Baltar, F. y Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149. <https://www.redalyc.org/pdf/549/54924517006.pdf>

Bancaud, F. (2020). La peau, frontière perméable du corps ? *Cahiers d'Études Germaniques*, 127-140. <https://journals.openedition.org/ceg/9817>

Barba, B. (2002). Diabetes y medicina tradicional en México. *Revista Ciencia*, 53(3), 18-23. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/53_3/diabetesYmed_trad.pdf

Barba, J.R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab* 65 (1), 4-17.

Baranger, D. (2018). Notas sobre la reflexividad en sociología y en la obra de Bourdieu. En J.I. Piovani, y L. Muñoz (Coords), *¿Condenados a la reflexividad? Apuntes para repensar el proceso de investigación social*. CLACSO. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20180419015342/Condenados_a_la_reflexividad.pdf

Bartra, R. (2014). *La jaula de la melancolía*. Debolsillo.

Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., López-Olmedo, N., De la Cruz-Góngora, V., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barquera, S., López-Ridaura, R., Hernández-Ávila, M. y Villalpando, S. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Publica Mex*, 62 (1), 50-59. doi: 10.21149/10752. PMID: 31869561.

Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S. y Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s163-s168. <https://doi.org/10.21149/14832>

Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2011). *Daños colaterales. Desigualdades sociales en la era global*. Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2014). *¿Para qué sirve realmente un sociólogo?* Paidós.

Bautista, K. y Sánchez, L. (2013). *Asociación del índice de masa corporal con la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en adultos de 20 a 65 años de edad con diabetes tipo 2, en la clínica de obesidad y diabetes de Toluca, Estado de México, en el periodo 2007-2012*. Tesis para obtener el título de licenciado en nutrición, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/13810>

Béligand, N. (2016). « El señorío matlatzinca, una manera de abordar el altepetl », *Americae* [en ligne] | Altepetl, p. 71-88 (<https://americae.fr/dossiers/altepetl/senorio-matlatzinca-manera-abordar-altepetl/>).

Berger, P. y T. Luckmann (2019 [1968]). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.

Bericat, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers* 62, 145-176. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v62n0.1070>

Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*. doi: 10.1177/205684601261

Betancourt, H., y Flynn, P.M. (2019). Healthcare Mistreatment and Cultural Beliefs Impact HbA1c in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Acta de Investigación Psicológica*. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.2.258>.

Bhardwaj, A. y Misra, K. (2018). en Management of high-altitude pathophysiology. [https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/erythroxyllum-coca#:~:text=Homeopathic%20Remedies&text=The%20coca%20plant%20\(Erythroxyllum%20coca,mitigation%20of%20thirst%20and%20hunger](https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/erythroxyllum-coca#:~:text=Homeopathic%20Remedies&text=The%20coca%20plant%20(Erythroxyllum%20coca,mitigation%20of%20thirst%20and%20hunger).

Bjerg, M. (2019). Una genealogía de la historia de las emociones. *Quinto Sol*, 23(1), 1-17. <https://www.redalyc.org/journal/231/23157271001/html/>

Blanco, E. G., Chavarría, G. F. y Garita, Y. M. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia*, 6(2), e639. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms212b.pdf>

Bloch, S. (2007). *Al alba de las emociones*. Uqbar Editores.

Bonfil Batalla, G. (1989). *México profundo. Una civilización negada*. Grijalbo.

Bolívar, A. (1993). “Lo público” y “lo privado” en el liberalismo social. *Sociológica México, Revista del Departamento de Sociología*, 8(22), <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/761/734>

Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, A. C., Plazas, M., Kaufer-Horwitz, M., Pérez, A. B. & Rivera, J.Á., ed. (2015). *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Documento de postura*. Academia Nacional de Medicina. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L29_ANM_Guias_alimentarias.pdf

Borejsza, A., Rodríguez, I., Frederick, C. D. y Smith, M. E. (2021). The geoarchaeology of a terraced landscape. From Aztec Matlatzinco to Modern Calixtlahuaca. The University of UTAH Press. <https://uofupress.lib.utah.edu/the-geoarchaeology-of-a-terraced-landscape/>

Bourdieu, P., Chamboredon, J-C. y J. C. Passeron (1995 [1973]). *El oficio de sociólogo*. Siglo Veintiuno Editores.

Bourdieu, P. (1998). *La distinción*. Santillana.

Bourdieu, P. (1999). El interrogatorio. En P. Bourdieu, *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.

Bourges, H. (2002). Alimentos obsequio de México al mundo. En D. Alarcón y H. Bourges (Comp.), *La alimentación de los mexicanos*. El Colegio Nacional, 97-134.

Brown, N. (2001). Edward T. Hall, Proxemic Theory, 1966. CSISS Classics. UC Santa Barbara: *Center for Spatially Integrated Social Science*. <https://escholarship.org/uc/item/4774h1rm>

Brunner, E. y Marmot, M. (2006). Social organization, stress, and health. En M. Marmot y R. Wilkinson (Ed), *Social determinants of health*. Oxford University Press.

Buenrostro, N., Aburto, T. y Barquera, S. (2021). Obesidad, desnutrición y cambio climático: una sindemia sin atender. *Gaceta INSP*, 14(5), No. 1. https://www.insp.mx/resources/images/stories/Gaceta/vol14/vinculacion_sociedad.pdf

Bukhsh A., Goh B.-H., Zimbudzi E., Lo C., Zoungas, S., Chan Kok-Gan y Khan T. M. (2020). Type 2 diabetes patients' perspectives, experiences, and barriers toward diabetes-related self-care: A qualitative study from Pakistan. *Frontiers in Endocrinology*, 11. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fendo.2020.534873>

Butler, J. (1989). Foucault and the Paradox of Bodily Inscriptions. *The Journal of Philosophy*, 86(11), 601–607. <http://www.jstor.org/stable/2027036>

Butler, J. (1999). Body Inscriptions/Performative Subversions.” En *Feminist Theory and the Body*, Routledge, 416-422.

Butler, J. (2023). *¿Qué mundo es este? Fenomenología y pandemia*. Taurus.

Caballero, J. J. (1998). ‘La interacción social en Goffman’ *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 83, 121-149. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=757745>

Cabin, P. (2008). « La distinction ». Critique sociale du jugement. En M. Fournier (coord.) « *Pierre Bourdieu, son œuvre, son héritage* », 36-41. La Petite Bibliothèque de Sciences Humaines, Sciences Humaines Éditions.

<https://excerpts.numilog.com/books/9782912601780.pdf>

Canghilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo Veintiuno Editores.

Carvajal, F., Bioti, Y. y Carvajal, M. (2020). Diabetes mellitus tipo 2: una problemática actual de salud en la población pediátrica. *Ciencias y Salud*, 4(1), 17-26

<https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/%20article/view/1670>

Casadesús, F. (2016). Liberar el alma del cuerpo-prisión: La función de la verdadera filosofía. *Revista Archai*, núm. 17, 173-197.

<https://www.redalyc.org/journal/5861/586162800010/html/>

Casallas, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3).

<https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56253119009/html/index.html>

Castillo, M. del C. (2021). En mi mero mole: una lectura antropológica de “mole” en Chapters of Food. *EntreDiversidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 8, (1), 164-185.

<https://doi.org/10.31644/ED.V8.N1.2021.A07>

Castro, R. (1999). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. Ivonne SAS y Susana Lerner. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 57-85.

Castro, Y. A. (2022). *Apuntes del curso de Etnografía*. Posgrado en Antropología Social, Universidad Iberoamericana, Campus Santa Fe.

Castro, Y. A. (2023). *Revisión de hallazgos en la historia de vida de Don F., curso de Etnografía*. Posgrado en Antropología Social, Universidad Iberoamericana, Campus Santa Fe.

Castro, Y. A. (2023b). Governed bodies, discarded bodies: Notes for an analysis of contemporary migrations during Covid-19. *Politics*, 1-17.

<https://doi.org/10.1177/02633957231165704>

Cathébras, P. (1997). Qu'est-ce qu'une maladie ? *La Revue de Médecine Interne*, 18(10), 809–813. doi: 10.1016/s0248-8663(97)89972-9

Cedillo, P. (2011). Los avatares del cuerpo en la constitución de la identidad: Un acercamiento a través de la obra de Pierre Bourdieu y Marcel Mauss. *Revista de investigación y divulgación*

sobre los estudios de género, (9): 99-120.

http://bvirtual.ucol.mx/descargables/93_avatares_del_cuerpo.pdf

CEVECE (2012). *Diabetes mellitus. Reporte*. México: Gobierno del Estado de México.

https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/documentostec/reportes/Diabetes_mellitus.pdf

Chaparro-Díaz, L., Mendoza-Catalán, G., Carreño Moreno, S. y Gutiérrez-Valverde, J. M. (2020). Cómo perciben los hombres tener diabetes mellitus tipo 2: casos en Bogotá. *Investig Enferm Imagen Desarr*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cph>

Charry-Higueras, M. (2016). Significados del cuerpo en personas con diabetes mellitus en la ciudad de Cali. *Cuerpo, Cultura y Movimiento*, 6(1). <https://doi.org/10.15332/s2248-4418.2016.0001.02>

Chiozza, L. (1986). *¿Por qué enfermamos?* Alianza Editorial.

Clarke, A.E., Fishman, J.R., Fosket, J.R., Mano L. y Shim, J.K, (2020). « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux (1) », *Sciences Sociales et Santé*, 18(2): 9-42.

Coca-Cola Hilltop & Hilltop reunion (1971-1990). <https://www.youtube.com/watch?v=-IBqfqNhDqg>

Coca-Cola Company (2022). The birth of a refreshing idea: Coca-Cola history. <https://www.coca-colacompany.com/company/history/the-birth-of-a-refreshing-idea>

Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Editorial Universidad de Antioquia.

Collins, R. (1996). *Cuatro tradiciones sociológicas*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Comte, A. 1990 [1830]. *Curso de filosofía positiva*. Editorial Porrúa.

Comte, A. [1844]. *Discurso sobre el espíritu positivo*. Librodot.com. <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina37229.pdf>cons. Consultado el 1 de septiembre de 2021.

CONAPO (2018). *Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050 y de las entidades federativas de 1970 a 2050*. <https://datos.gob.mx/herramientas/indicadores-demograficos-de-mexico-de-1950-a-2050-y-de-las-entidades-federativas-de-1970-a-2050?category=web&tag=economia>

Conde Gutiérrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 395-408. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500003&lng=es&tlng=es.

Cooperrider, K. (2020). Universals and diversity in gesture: Research past, present, and future, *Gesture* 18(2-3). DOI: 10.1075/gest.19011.coo

Corbin, J., & Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qualitative Sociology*, 8(3), 224-247, <https://doi.org/10.1007/BF00989485>

Cordero, M. (1999). *Noticias médicas en el Códice Florentino de Fray Bernardino de Sahagún (c.1499-1590)*. Discurso inaugural durante la solemne sesión inaugural del curso académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. <https://www.historiaveterinaria.org/update/2000-noticias-medicas-en-el-codice-flor-entino-de-fray-bernardino-de-sahagun-1456737506.pdf>

Correas, Ó. (2011). La teoría general del derecho frente a la antropología política. *Revista pueblos y fronteras digital*, 6(11), 89-115. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2011.11.135>

Corvez, M. (1965). 'L'Être et l'étant dans la philosophie de Martin Heidegger'. *Revue Philosophique de Louvain*, 63 (78), pp. 257-279. Disponible en: https://www.persee.fr/doc/phlou_0035-3841_1965_num_63_78_5305

Costilla, M. (2010). La antropología y el sentido. *Tópicos del Seminario*, (23), 291-329. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-12002010000100009&lng=es&tlng=es.

Coutant, A. (2022). Des techniques de soi ambivalentes. Hermès, *La Revue - Cognition, communication, politique*, 59, 53-58. <https://hal.science/hal-00843310/document>

Cruz, E. y Orozco, N. Y. (2014). *Experiencia de vida en hombres con diabetes mellitus tipo II en el Estado de México*. Tesis de licenciatura, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66123/Tesis-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Cruz-Bello, P., Vizcarra-Bordi, I., Kaufer-Horwitz, M., Benítez-Arciniega, A. D., Misra, R. & Valdés-Ramos, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de población*, 20(80), 119-144.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005&lng=es&tlng=es.

Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
<https://www.jstor.org/stable/640395>

Csordas, T. J. (1993). Somatic Modes of Attention. *Cultural Anthropology*, 8(2), 135–156.
<http://www.jstor.org/stable/656467>

Csordas, T. J. personal communication with (2021). A retrospective look and new reflections on the processes of embodiment as a paradigm and methodological orientation for Anthropology. *Encartes*, 07, 337-356. <https://doi.org/10.29340/en.v4n7.233>.

Da Costa, R. (2006). Las definiciones de las siete artes liberales y mecánicas en la obra de Ramón Llull. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 23, 131-164.
<https://www.redalyc.org/pdf/3611/361133107008.pdf>

Davie-Kessler, J. (1993). Somatic Modes of Attention: Supplemental Material: Interview with Thomas Csordas. *Society for Cultural Anthropology*. <https://culanth.org/fieldsights/somatic-modes-of-attention>

Davoodi, M., Dindamal, B., Dargahi, H. et al. (2022). A phenomenological study on barriers of adherence to medical advice among type 2 diabetic patients. *BMC Endocr Disord* 22, 18.
<https://doi.org/10.1186/s12902-021-00928-x>

Deleuze, G. (1953). *Empirisme et subjectivité. Essai sur la nature humaine selon Hume*. Presses Universitaires de France.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2009). *Rizoma*. Fontamara.

Delgado, R. (2001). Identidad y significado en el mundo contemporáneo. *Estudios de Asia y África*, XXXVI (1):83-108. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/586/58636104.pdf>

Delgado, R. y Delgado, M. (2010). De gustemas y tecnemas. Identidades culinarias de sabores y saberes. *Maguaré*, (24), 123-135.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4862444>

De Lira, J. (2022). *¿Qué significa la palabra Coca-Cola? No lo imaginas*.
<https://www.radioformula.com.mx/estilo-de-vida/2022/11/19/que-significa-la-palabra-coca-cola-no-lo-imaginas-740598.html>

Della Porta, D. y Keating, M. (2013). *Approaches and methodologies in the social sciences. A pluralist perspective*. Cambridge.

Del Mármol, M., y Sáenz, M. L. (2011). ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuerpo desde las ciencias sociales? *Question/Cuestión*, 1(30).

<https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/1058>

Delprat, N. (2017). Effacement virtuel des frontières corporelles et sentiment de soi dans l'expérience de l'avatar-nuage. 46èmes Journées Annuelles de Thérapie Psychomotrice : *Le corps et ses représentations*, Antibes Juan-les-Pins, France. <https://hal.science/hal-02146012/document>

Delprat, N. (2020). Sentiment des limites et immersion imaginative dans l'expérience de Rêverie Augmentée : une approche biomorphique du corps virtuel. *Biomorphisme : Approches sensibles et conceptuelles des formes du vivant*. <https://hal.science/hal-02495486v1/document>

Del Val Zaballos, F. (2020). Actualización en diabetes tipo 2: nuevas opciones y recomendaciones. *NPunto III* (29), 43-69. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5f33c605dcaa0art3.pdf>

De'Marziani, G & Elbert, A. E. (2018). Hemoglobina glicada (HbA1c) Utilidad y limitaciones en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Nefrol Dial Traspl*, 38 (1), 65-83.

DesignBro (2022). *Coca-Cola logo: history, evolution, meaning & visual identity*. <https://designbro.com/blog/brand-logos/coca-cola-logo-visual-identity/#:~:text=Initially%2C%20the%20company%20used%20black,%2C%20love%2C%20purity%20and%20class.>

Dettano, A. (2013). Cuerpos y emociones en la teoría social clásica: Georg Simmel. En Scribano, A. (comp), *Teoría social, cuerpos y emociones*. Estudios Sociológicos Editora.

DGE (Dirección General de Epidemiología), Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos. SUIVE. (2018). *Incidencia de diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo 2) (E11-E14)*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica>.

Diabetes UK (2022). *Stress and diabetes*. <https://www.diabetes.org.uk/guide-to-diabetes/emotions/stress#:~:text=Stress%20alone%20doesn't%20cause,amount%20of%20insulin%20they%20make.>

Di Lorenzi Bruzzone, R. M., Bruno, L., Pandolfi, M., Javiel, G., y Goñi, M. (2017). Hipoglucemia en pacientes diabéticos. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 2(3), 51-60. <https://doi.org/10.26445/rmu.2.3.3>

Domínguez, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colect* 13(3).
<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>

Domínguez-Guedea, M. T. y Díaz-Loving, R. (2016). Escala de abnegación en cuidadores familiares de adultos mayores. *Anales de Psicología*, 32(1), 224-233.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.190411>

Dreher, J. (2012). 'Fenomenología: Alfred Schütz y Thomas Luckmann' En E. De la Garza; G. Leyva (Eds.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales*. Universidad Autónoma Metropolitana y Fondo de Cultura Económica.
<http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/Drecher.pdf>

Duche, A. B. (2012). La antropología de la muerte: autores, enfoques y periodos. *Sociedad y Religión*, XXII(37), 206–215.

Durkheim, É. (1993 [1893]). *La división del trabajo social*. Planeta Mexicana.

Durkheim, É. (2001, [1895]). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de Cultura Económica.

Dutta, D. y Mukhopadhyay, S. (2018). Novel diabetes subgroups. *The Lancet*, 6(6), 438.
[https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(18\)30129-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(18)30129-3/fulltext)

Eco, U. (2011). *Confesiones de un joven novelista*. Lumen.

Eco, U. (2013 [1976]). *Tratado de semiótica general*. Debolsillo.

El Economista (2022). *Los refrescos de Coca-Cola son los que más se venden en México*. Publicado el 17 de septiembre de 2022, consultado el 20 de noviembre de 2022.
<https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Los-refrescos-de-Coca-Cola-son-los-que-mas-se-venden-en-Mexico-20220917-0005.html>

Edward, K-L. y Welch, T. (2011). The extension of Colaizzi's method of phenomenological enquiry. *Contemporary Nurse*, 39(2), 16
https://www.researchgate.net/publication/224887264_The_extension_of_Colaizzi's_method_of_phenomenological_enquiry3-171.

Egrot, M. (2004). Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso). *Sciences Sociales et Santé*, 22(3), 45-70.
https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_3_1626

El Financiero, 1 de diciembre de 2020. Es oficial: Servicios de salud en hospitales del Gobierno son gratuitos a partir de este 1 de diciembre. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/es->

oficial-servicios-de-salud-en-hospitales-del-gobierno-son-gratuitos-a-partir-de-este-1-de-diciembre

Elias, N. (1982 [1970]). *Sociología fundamental*. Gedisa.

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., et al., on behalf of the American Diabetes Association (2023). 6. Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46 (Supplement_1), S97–S110. <https://doi.org/10.2337/dc23-S006>

Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 325–328. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001&lng=es&tlng=es.

Estrada, M. (2000). La vida y el mundo: distinción conceptual entre mundo de vida y vida cotidiana. *Sociológica*, 15(43), 103-151. <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/issue/view/Homenaje%20a%20Alfred%20Sch%3%BCtz>

Evangelista, L. S., Kagawa-Singer, M. y Dracup, K. (2001). Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & lung: the journal of critical care*, 30(3), 167–176. <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.114893>

Falomir, R. (2010). Identidad, creencia y realidad: temas posibles para una antropología freudiana. *Alteridades*, 20(39), 127-134. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172010000100010&lng=es&tlng=es.

Fanon, F. (2009 [1952]). *Piel negra, máscaras blancas*. Ediciones Akal.

FDI -Federación Internacional de Diabetes (2022). *El acceso a los cuidados de la diabetes*. Comunicado de prensa, 11 de noviembre de 2022. <https://codigof.mx/dia-mundial-de-la-diabetes-2022-el-acceso-a-los-cuidados-de-la-diabetes/>

Fekadu, G., Bula, K., Bayisa, G., Turi, E., Tolossa, T., & Kasaye, H. K. (2019). Challenges and Factors Associated with Poor Glycemic Control Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients at Nekemte Referral Hospital, Western Ethiopia. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 963–974. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S232691>

Ferrada, J. (2019). ‘Sobre la noción de cuerpo en Maurice Merleau-Ponty’. *Cinta Moebio*, 65, 159-166. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2019000200159>

Fernández, M. (2010). 'Reseña de las "Pasiones ordinarias. Antropología de las emociones" de Le Breton David'. *Revista Latinoamericana sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(2), 84-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273220628009>

Ferrarotti, F. (200). Las historias de vida como método. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 14(44), pp. 15-40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10504402>

Ferzacca, S. (2012). Diabetes and Culture. *Annual Review of Anthropology*, 41(1), 411-426. doi:10.1146/annurev-anthro-081309-145806

Fink, A., Fach, E. M., & Schröder, S. L. (2019). 'Learning to shape life' - a qualitative study on the challenges posed by a diagnosis of diabetes mellitus type 2. *International journal for equity in health*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0924-3>

Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research*. Sage.

Flores, C., Correa, E., Retana, R., & Mendoza, V. M. (2018). Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión en adultos mayores con diabetes mellitus en la Ciudad de México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26 (2), 129-34. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182j.pdf>

Flores-Fernández, J., Durán-Lugo, R., Leal-Martínez, M. G. y Báez-González, J. G. (2022). Cereales y legumbres: Alternativas a la carne roja desde la perspectiva del valor biológico y la salud. *Investigación y Desarrollo en Ciencia y Tecnología de Alimentos*, 7: 13-19. <http://eprints.uanl.mx/23435/1/01.pdf>

Fontaine, P. (2008). Qu'est-ce que la science ? De la philosophie à la science : les origines de la rationalité moderne. *Recherche en soins infirmiers*, 92, 6-19. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-1-page-6.htm?contenu=sujetproche>

Foucault, M. (2012). *La vida de los hombres infames*. Altamira.

Foucault, M. (1968 [1966]). *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2012 [1966]). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2009 [1975]). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2020 [1970]). *El orden del discurso*. Austral.

- Fox, R. (s/f). *Food and Eating — An anthropological perspective*. Social Issues Research Centre. <http://www.sirc.org/publik/foxfood.pdf>
- Frenk, J. (1988). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Publica Mex*, 30:246-254. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/197/189>
- Frenk, J. (s.f.). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_9.htm
- Frost, J., Garside, R., Cooper, C. et al. (2014). A qualitative synthesis of diabetes self-management strategies for long term medical outcomes and quality of life in the UK. *BMC Health Serv Res* 14, 348. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-348>
- Gabre, M, Sundström, B. W. y Olausson, S. (2018). ‘A little good with the bad’: Newly diagnosed type 2 diabetes patients’ perspectives on self-care: A phenomenological approach. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2057158518775319>
- Gadamer, H.-G. (2000). *El problema de la conciencia histórica*. Tecnos.
- Gæde, P., Oellgaard, J., Carstensen, B., Rossing, P., Lund-Andersen, H., Parving, H.-H., y Pedersen, O. (2016). Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. *Diabetologia*, 59(11), 2298–2307. doi:10.1007/s00125-016-4065-6
- Galán, M. (2017). Teoría y práctica de la traducción en el *Quijote*. En: *Punto y coma*, 17, pp-17-27. https://ec.europa.eu/translation/spanish/magazine/documents/pyc_155_es.pdf
- Ganesan, S. K., Venkatratnam, P., Mahendra, J. (2020). Increased mortality of COVID-19 infected diabetes patients: role of furin proteases. *Int J Obes*. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00670-9>
- García, J. C. (2010). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 371-380. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2010.v36n4/371-380/es>
- García, L. (2008). Aproximación epistemológica al concepto de ciencia: una propuesta básica a partir de Kuhn, Popper, Lakatos y Feyerabend. *Andamios*, 4(8), 185-210. <http://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v4n8/v4n8a8.pdf>
- García-Chapa, E. G., Leal, E., Peralta, V., Durán, J. y Meza, J.P. (2017). Genetic epidemiology of type 2 diabetes in Mexican mestizos. *Biomed Research International*. DOI: 10.1155/2017/3937893

García-Reza, C., Cruz, E., Gómez, D., Toxqui, M. J. G., y Sosa, B. C. (2014). La percepción de un grupo de hombres sobre la diabetes mellitus: contribuciones a la enfermería. *Escola Anna Nery*, 18(4), 562-569. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140080>

Garine, I. (2016). Antropología de la alimentación: entre naturaleza y cultura, 89-104. En I. Garine, *Antropología de la alimentación*. Universidad de Guadalajara. <https://biblat.unam.mx/es/revista/estudios-del-hombre/articulo/antropologia-de-la-alimentacion-entre-naturaleza-y-cultura>

Garzón, L. A. y López, O. (2023). El giro teórico de las emociones como fuente del análisis y la comprensión del sujeto social. *Trabajo Social*, 25(1). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/issue/view/5780>

Gaspar, D. K., Meléndez, S. y Huerta, S. (2015). Mundo de vida de pacientes diabéticos. *XII Encuentro participación de la mujer en la ciencia*. http://congresos.cio.mx/memorias_congreso_mujer/archivos/extensos/sesion5/S5-MCS03.pdf

Gassasse Z, Smith D, Finer S, et al. (2017). Association between urbanisation and type 2 diabetes: an ecological study. *BMJ Global Health* 2017; 2:e000473.

GdM -Gobierno de México- (2021). *Etiquetado frontal de alimentos y bebidas*. <https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/etiquetado-de-alimentos>

GdM -Gobierno de México- (2022). Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Datos y recursos. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/encuesta-nacional-de-nutricion-enn-1999>

GdM -Gobierno de México- (2023). *Autoridades de Salud y Agricultura presentan nuevas guías alimentarias para población mexicana*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/autoridades-de-salud-y-agricultura-presentan-nuevas-guias-alimentarias-para-poblacion-mexicana?idiom=es#:~:text=%E2%80%9CEste%20trabajo%20contribuir%C3%A1%20a%20que,y%20atender%20las%20sugerencias%20internacionales>.

Geertz, C. (2003 [1973]). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa

Gillani, S.W. et al. (2017). A qualitative study to explore the perception and behavior of patients towards diabetes management with physical disability. *Diabetol Metab Syndr*, 9 (58). DOI 10.1186/s13098-017-0257-6

Girling, L.M., Chard, S.E., Eckert y J.K. (2018). Ascribed meaning of disease control: Perspectives of patients with type 2 diabetes. *Journal of Patient Experience*, 5 (3), 160-166. DOI: 10.1177/2374373517745915

Girola, L. (2000a). Presentación. *Sociológica*, 15(43): 5-8.
<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/issue/view/Homenaje%20a%20Alfred%20Sch%C3%BCtz>

Girola, L. (2000b). Schütz y la pérdida de la inocencia en el análisis sociológico. *Sociológica*, 15(43): 35-58.
<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/issue/view/Homenaje%20a%20Alfred%20Sch%C3%BCtz>

Goffman, E. (2019 [1963]). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.

Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.

Gómez, G. y Miranda, G. (2005). *Recuperación de la memoria a través del testimonio oral*.
<http://cdsa.academica.org/000-006/172.pdf>

Gómez, I. E. (2011). «Reseña "El análisis sociológico de la cultura. Teoría, significado y realidad después del giro lingüístico" de Adriana Murguía Lores». *Sociológica* 26(73), 275-283. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305026708012>

Gómez, E. J. (2019). Coca-Cola's political and policy influence in Mexico: understanding the role of institutions, interests, and divided society. *Health Policy and Planning*, 34(7), 520-528. <https://academic.oup.com/heapol/article/34/7/520/5543873>

Gómez, J. y Velázquez, E. B. (2019). Salud y cultura alimentaria en México. *Revista Digital Universitaria (RDU)*, 20(1). <https://www.revista.unam.mx/2019v20n1/salud-y-cultura-alimentaria-en-mexico/>

González, N. (2007). Pobreza y salud en el Estado de México: la atención no hospitalaria de la diabetes. Porrúa.

González, N. (2008). Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes. *Convergencia*, 15(46), 143-168. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000100007

González, N., Tinoco, A. M. y Benhumea, L. E. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2.

Espacios Públicos, vol. 14, núm. 32, 258-279.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67621319013>

González González, N. (2022). Género, trabajo y salud reproductiva. Un acercamiento a la experiencia de jóvenes egresadas de una universidad pública mexicana1. *Espacios Públicos*, 23(58). doi:10.36677/espaciospublicos.v23i58.19930

González-Chávez, A., Elizondo-Argueta, S., Torres-Sánchez, I., Rangel-Mejía, M. P., Ramírez-Loustalo Laclette, M. R. y Jiménez-Fernández, N. (2010). Control glucémico en pacientes ambulatorios con diabetes en la consulta externa del Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 73(3), 161-165. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-control-glucemico-pacientes-ambulatorios-con-X0185106310902788>

González-Domínguez, C. (2021). *Lenguaje y discurso*. Notas del curso de doctorado en ciencias sociales. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México.

González-Villalpando, C., Dávila-Cervantes, C. A., Zamora-Macorra, M., Trejo-Valdivia, B. y González-Villalpando, M. E. (2014). Incidence of type 2 diabetes in Mexico: results of the Mexico City Diabetes Study after 18 years of follow-up. *Salud publica de Mexico*, 56(1), 11-17. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i1.7318>

Gordillo, G. (2022). La sociedad mexicana. *Periódico La Jornada*, 5 de marzo de 2022, p. 21. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/03/05/economia/la-sociedad-mexicana-20220305/>

Goyal, R. y Jialal, I. (2022). Diabetes Mellitus Type 2. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>

Grant, R. (2012). "A bridge between public health and primary care." *American journal of public health*, 102 (Suppl 3), p. S304. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478090/>

Greenland, S., Gago-Domínguez, M. & Castelao, E. (2004). The value of risk factor ("black-box") epidemiology. *Epidemiology*, 15, 529-535. https://www.researchgate.net/profile/Manuela_Gago/publication/8402267_The_Value_of_Risk-Factor_Black-Box_Epidemiology/links/5b98e13745851531057eddf5/The-Value-of-Risk-Factor-Black-Box-Epidemiology.pdf

Guber, R. (2015). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.

Guillén, D. M., Flores, B. y Aristizábal, G. P. (2016). Viviendo con diabetes: una agrídulce experiencia. *Revista Conamed*, 21(3), 140-144.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons163f.pdf>

Guiraud, P. (1986). *El lenguaje del cuerpo*. Fondo de Cultura Económica.

Gutiérrez, J. P, García-Saisó, S., Espinosa-de la Peña, R., Balandrán, D. A. (2016). Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud. *Salud Publica Mex*, 58 (6), 666-75.

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7923>

Guzmán, G. y Bolio, M. (2010). *Construyendo la herramienta perspectiva de género: cómo portar lentes nuevos*. Universidad Iberoamericana, 19-43.

Guzmán, M. (2016). La microbiología médica, columna vertebral de la infectología. Editorial, *Biomédica*, 36(1):1-4. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v36s1/v36s1a01.pdf>

Haghighatpanah, M., Nejad, A., Haghighatpanah, M., Thunga, G., & Mallayasamy, S. (2018). Factors that correlate with poor glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients with complications. *Osong public health and research perspectives*, 9 (4), 167-174.

<https://doi.org/10.24171/j.phrp.2018.9.4.05>

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1995). *Ethnography*. Routledge.

Hankoff LD. The illness narrative: Suffering, healing, and the human condition. *JAMA*, 1988;260(6), 859-860. doi:10.1001/jama.1988.03410060135047

Harold, E. y Tobin, S. (s/f). Ray Birdwhistell. *The Association for Cultural Equity*. <https://www.culturalequity.org/alan-lomax/friends/birdwhistell>

Harvard T.H. Chan School of Public Health (2009). *The nutrition source: Sugary drinks*. <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-drinks/sugary-drinks/>

Hawkey, L. C. (2022). Loneliness and health. *Nat Rev Dis Primers* 8, 22. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00355-9>

Healy, B. (1991). The Yentl Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 274-276. doi:10.1056/nejm199107253250408

Héritier, A. (2013). "Causal explanation", En D. Della Porta y M. Keating (Eds.) *Approaches and methodologies in the social sciences. A pluralist perspective*. Cambridge, 61-79.

Héritier, F. (2004). Préface : Le recours au politique pour un changement des rapports sociaux de sexe. *Sciences Sociales et Santé*, 22(3), 7-11. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_3_1623

Hernán, M.A., Robins, J.M. (2020). Causal Inference: What If. Chapman & Hall/CRC. <https://www.hsph.harvard.edu/miguel-hernan/causal-inference-book/>

Hernández, D. (2000). Cultura y vida cotidiana. Apuntes teóricos sobre la realidad como construcción social. *Sociológica*, 15(43), 87-102. <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/issue/view/Homenaje%20a%20Alfred%20Sch%C3%BCtz>

Hernández, J., y Licea, M. E. (2010). Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 21(2), 182-201. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006&lng=es&tlng=es.

Hernández-Romieu, A. C., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N., & Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 34-39. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100006&lng=es&tlng=es.

Hernández-Sarmiento, J. M. et al. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 490-504. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/html/>

Holland, J. M. (2014). The A-Z of death and dying: Social, medical, and cultural aspects. Chapter: *Elisabeth Kübler-Ross* Publisher: ABC-CLIO Editors: M. Brennan https://www.researchgate.net/publication/264310506_Elisabeth_Kubler-Ross

Holm, A. L., Andersen, G. S., Jørgensen, M. E., & Diderichsen, F. (2018). Is the Rule of Halves framework relevant for diabetes care in Copenhagen today? A register-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 8 (11), e023211. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023211>

Homans, G. (1958). 'Conducta social como intercambio' Publicación original en *The American Journal of Sociology*, 63, 597-606. http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_085_151208157635685.pdf

Hormigo, I., Arocha, C., Ruiz, M. y Hormigó, K. (2022). Diabetes mellitus y salud visual como referentes esenciales en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina*, 61(3), e2775. Epub 01 de septiembre de 2022. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232022000300022&lng=es&tlng=es.

- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 874. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
- Hossain, M. M., Saha, N., Tasnim Rodela, T., Tasnim, S., Nuzhath, T., *et al.* (2021). Global research on syndemics: A meta-knowledge analysis (2001-2020) *medRxiv* 2021.05.19.21257413; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.19.21257413>
- Hunt, E. E. (1971). *Kinesics and context: Essays on body motion communication*. Ray L. Birdwhistell. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1970. xiv + 338 pp. *American Anthropologist*, 73(4), 948-950. <https://www.jstor.org/stable/671381>
- Hutchings, P., Willcock, S., Lynch, K. *et al.* (2022). Understanding rural–urban transitions in the Global South through peri-urban turbulence. *Nat Sustain* 5, 924–930. <https://doi.org/10.1038/s41893-022-00920-w>
- Ibarra, L. S. (2016). Review: Transición alimentaria en México. *Razón y Palabra*, 20(94): 162-179. <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199547464012.pdf>
- IDF (International Diabetes Federation) (2019). *IDF Diabetes Atlas 2019*. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf
- IDF (International Diabetes Federation). (2017). *IDF Clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care*. <https://www.idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html>.
- Idris, A. E., Seke Etet, P. F., Saeed, A. A., Farahna, M., Satti, G. M. H., AlShammari, S. Z., & Hamza, M. A. (2020). *Evaluation of metabolic, antioxidant and anti-inflammatory effects of Garcinia kola on diabetic rats*. *Saudi journal of biological sciences*, 27(12), 3641–3646. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33304175/>
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Katz Editores.
- IMR (2017). *Zygmunt Bauman: sociedad de consumo*. <https://apuntesfilosoficos.cl/sociedad-de-consumo-zygmunt-bauman/#:~:text=Para%20Zygmunt%20Bauman%20vivimos%20en,estimula%20para%20mantenerse%20en%20funcionamiento.>
- INEGI -Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Mujeres y hombres en México 2019*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf

INEGI (2021). *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*.

https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825493875/702825493875_4.pdf

INEGI (2021a). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes, 14 de noviembre. Datos nacionales. Comunicado de prensa 641/21.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf

INEGI (2021b). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar*. Comunicado de prensa 402/21, 29 de julio de 2021.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf

INEGI (2021c). *En México somos 126 014 024 habitantes: Censo de población y vivienda 2020*. Comunicado de prensa 24/21, 25 de enero de 2021.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf

INEGI (2021d). *Estadísticas a propósito del Día mundial de la población, datos nacionales*. Comunicado de prensa 378/21.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_POBLAC21.pdf

INEGI (2022). Estadística de defunciones registradas 2021 (preliminar). Comunicado de prensa 378/22.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf

INEGI (2023). Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2023 (Preliminar). Comunicado de prensa 419/23.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>

INEGI-INSP -Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Instituto Nacional de Salud Pública) (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. ENSANUT. Diseño conceptual*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_conceptual.pdf

INSP -Instituto Nacional de Salud Pública (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados por entidad federativa, Estado de México*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: encuestas.insp.mx

INSP -Instituto Nacional de Salud Pública (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (documentos metodológicos y de resultados)*. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/>

- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (ed.), *Psicología social*. Vol. 2: Pensamiento y vida social, 469-494. Paidós.
- Johansson, P. (2002). Tonacayo, nuestro cuerpo, nuestro sustento, nuestra muerte. En Alarcón, D. y Bourges, H. (comp). *La alimentación de los mexicanos*. El Colegio Nacional, pp. 25-46.
- Jiménez García, S. (2011). «Nociones de la sociología cultural que explican el trabajo científico y la formación de investigadores. Un análisis comparativo», *Perfiles Educativos*, 33(132). doi: 10.22201/iissue.24486167e.2011.132.24900.
- Jones, M. O. (2007). Food choice, symbolism, and identity: bread and butter. Issues for folkloristics studies. *Journal of American Folklore*, 120(476):129-177. doi: 10.1353/jaf.2007.0037
- Kamuhabwa, A. R., & Charles, E. (2014). Predictors of poor glycemic control in type 2 diabetic patients attending public hospitals in Dar es Salaam. *Drug, healthcare and patient safety*, 6, 155–165. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S68786>
- Kane, S. (2022). Gender Inequality in Mexico's Fractured Public Health System. Publicado el 22 de abril de 2022. *Environmental Change and Security Program*, Woodrow Wilson International Center for Scholars. <https://www.newsecuritybeat.org/2022/04/gender-inequality-mexicos-fractured-public-health-system/>
- Kaufman, N. (2010). Internet and information technology use in treatment of diabetes. *International Journal of Clinical Practice*, 64, 41–46. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02277.x
- Kershenovich, D., y Chertorivski, S. (2013). *Políticas de salud para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en México*. México: CIDE.
- Kharroubi, A. T., y Darwish, H. M. (2015). Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World journal of diabetes*, 6(6), 850–867. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i6.850>
- Kiceluk, S. (1989). *Illness and self in society*, by Claudine Herzlich and Janine Pierret, *Book reviews*. *American Journal of Sociology*, 94(6), 1471-1473. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/229182>
- Kneck, A., Klang, B., y Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 558–566. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x>
- Lamas, M. (2013). *Cuerpo, sexo y política*. Océano.

Lambarri, A. (2001). *El pensamiento mágico-religioso en la salud-enfermedad desde la representación social*. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

<https://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wp-content/uploads/2015/01/El%20pensamiento%20magico-religioso%20en%20la%20salud-enfermedad%20desde%20la%20representacion%20social.pdf>

Lambruschini, P. (2014). 'Sociabilidad y mirada cara a cara según Georg Simmel' *VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata. <https://www.aacademica.org/000-099/66.pdf>

Langdon, E. J. y Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino Am Enfermagem*, 18(3). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhvwjTB/abstract/?lang=es>

Lara, A. (2015). Teorías afectivas vintage: Apuntes sobre Deleuze, Bergson y Whitehead. *Cinta de moebio*, (52), 17-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000100002>

Lascar, N., Brown, J., Pattison, H., Barnett, A. H., Bailey, C. J., & Bellary, S. (2018). Type 2 diabetes in adolescents and young adults. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(1), 69–80. doi:10.1016/s2213-8587(17)30186-9

Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1958). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. McGraw-Hill. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19582702179>

Le Breton, D., y Galak, E. (2010). La enseñanza de una técnica del cuerpo mezcla permanentemente el gesto y la palabra, el ejemplo y su explicación: Entrevista a David Le Breton. *Educación Física y Ciencia*, 12, 85-95. En Memoria Académica. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.4717/pr.4717.pdf

Le Breton, D. (2011). Images culturelles du corps- Entre organisme et chair - Représentation en sciences du vivant (6), *Med Sci (Paris)*, 27 (3), 311-314. <https://doi.org/10.1051/medsci/2011273311>

Le Breton, D. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 67-77. <https://www.redalyc.org/pdf/2732/273224904006.pdf>

Le Breton, D. (2018). *La sociología del cuerpo*. Siruela.

Le Breton, D. (2021). *Anthropologie des émotions. Être affectivement dans le monde*. Éditions Payot & Rivages.

Leitón-Espinoza, Z. E., Cienfuegos, R.M., Deza, M. C., Fajardo, E., Villanueva, M. E. & López, A. (2018). 'Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes"' *Revista Salud Uninorte*, 34(3). <https://www.redalyc.org/jatsRepo/817/81759607017/html/index.html>

León-Portilla, M. (2002). Alimentación de los antiguos mexicanos. En D. Alarcón y H. Bourges (Comps.), *La alimentación de los mexicanos*. México: El Colegio Nacional, 13-24.

Leuba, J. H. (1925). Review of Medicine, Magic, and Religion [Review of the book *Medicine, magic, and religion*, by W. H. R. Rivers], *Psychological Bulletin*, 22(10), 592–595.

Lévi-Strauss, C. (1964). *El pensamiento salvaje*. Fondo de Cultura Económica.

Lewis, J. (1969). *Antropología simplificada*. Grupo Editorial Sayrols.

Leys, M. (2013). *A social science perspective on care for chronically ill people: relevance for public health and healthcare policy making*. Department of Health Sciences and Medical Sociology (MESO), Vrije Universiteit Brussel.

https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20100001/20100001_d01-02_oth_en_ps.pdf

Lim, S., Bae, J.H., Kwon, HS. et al. (2021). COVID-19 and diabetes mellitus: from pathophysiology to clinical management. *Nat Rev Endocrinol* 17, 11–30. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00435-4>

Lin, X., Xu, Y., Pan, X. et al. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Sci Rep* 10, 14790 <https://doi.org/10.1038/s41598-020-71908-9>

Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)/El Colegio de San Luis.

López, O. (2010). La diabetes mellitus en México: algunas reflexiones socioculturales del padecimiento. En: *Género y salud en cifras*, 8(2), 4-17. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14955/MayAgo10.pdf>

López, H. (2014). Emociones, afectividad, feminismo. En García Andrade, Adriana y Sabido Ramos, Olga (Coords.), *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales*, Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco. 257-276.

López-Austin, A. (1993). *Textos de medicina náhuatl*. Instituto de Investigaciones Históricas Universidad Nacional Autónoma de México.

https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/textos/153_04_02_Enfermedades.pdf

López-Moreno, S. (2000). Salud pública y medicina curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinarias. *Salud Pública de México*, 42(2), 88-89.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642203>

López-Ramón, C., Ávalos-García, M. I., Morales-García, M. H. Y Priego-Álvarez, H. R. (2013). Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Salud en Tabasco*, 19(3), 77-84

López-Sánchez J. R., Rivera-Largacha S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Rev Cienc Salud*, 16(2), 340-356.

Lozano-Esparza, S., López-Ridaura, R., Ortiz-Panozo, E., González-Villalpando, C., Aguilar-Salinas, C., Hernández-Ávila, J. E., Hernández-Ávila, M., & Lajous, M. (2020). Diabetes is associated with a higher risk of mortality among women in a middle-income country: Results from the Mexican Teacher's cohort study, *Diabetes & metabolism*, 46(4), 304–310.

<https://doi.org/10.1016/j.diabet.2019.101119>

Luna, A. (2021). La larga hazaña de convertirse en ciudadana. La mujer en la administración pública. *Revista Iapem*, 109, 25-38.

<https://iapem.edomex.gob.mx/sites/iapem.edomex.gob.mx/files/files/R109IAPEMWEB.pdf>

Lutz, B. (2010). La acción social en la teoría sociológica: Una aproximación. *Argumentos (Méx.)*, 23(64), 199-218. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO187-57952010000300009&lng=es&tlng=es.

Maffesoli, M. (1993 [1985]). *El conocimiento ordinario. Compendio de sociología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Majumder, D. (2019). Book Review: *Dead Labor: Towards a Political Economy of Premature Death* by James Tyner. Blog de la *London School of Economics and Political Science*.

<https://blogs.lse.ac.uk/lseviewofbooks/2019/10/23/book-review-dead-labor-towards-a-political-economy-of-premature-death-by-james-tyner/>

Malacara, J. M. (2003). El enigma de las causas de la diabetes mellitus tipo 2. *Acta Universitaria*, 13(1), 5-17. ISSN: 0188-6266.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41613101>

Maller, C. J. (2015). Understanding health through social practices: performance and materiality in everyday life. *Sociology of Health & Illness*, 37(1), 52-66.

Mangiamarchi, P., Caniuqueo, A., Ramírez-Campillo, R., Cárdenas, P., Morales, S., Cano-Montoya, J., Bresciani, G., y Álvarez, C. (2017). Ejercicio intermitente y consejería nutricional mejoran control glicémico y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile*, 145(7), 845-853. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700845>

Mannheim, Karl (2018). "Georg Simmel como filósofo" [artículo en línea]. Traducido por Fernando Artavia. *Digithum*, 22, págs. 59-62. Universitat Oberta de Catalunya y Universidad de Antioquia. <http://doi.org/10.7238/d.voi22.3145>

Mardones, J.M. y Ursua, N. (1982) *Filosofía de las ciencias humanas y sociales: Materiales para una fundamentación científica*. Editorial Fontamara.

Margel, G. (2001). «Para que el sujeto tenga la palabra: presentación y transformación de la técnica de grupo de discusión desde la perspectiva de Jesús Ibáñez». En *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Luisa Tarrés, 201-225. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa.

Marmot, M. y Wilkinson, R. G (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370 (9593), 1153–1163. doi:10.1016/s0140-6736(07)61385-3

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J.I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Emecé Editores.

Martin-Ostróžka, A. (1992). Médecine populaire, médecine savante: Analyse comparée de discours médicaux, aux XVIII^e et XIX^e siècles. *Ethnologie française, nouvelle série*, T. 22, No. 4, mélanges, 409-420. <https://www.jstor.org/stable/40989413>

Martínez, G. (2016). Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones. *Salud Pública de México*, 58 (5), 577-583
<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8248/10822>

Martínez, V. (2013). *Paradigmas de investigación: Manual Multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico-crítica*.
http://www.pics.uson.mx/wp-content/uploads/2013/10/7_Paradigmas_de_investigacion_2013.pdf

Martínez Benlloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8750>

Martirano, M. M. (2016). 'Transcendental phenomenology: overlooked methodology for marketing research.' *International Journal of Marketing Studies* 8 (3), 58-64.

Marx, K. y Engels, F. (1974 [1846]). *La ideología alemana*. Ediciones Pueblos Unidos.

Marx, K. y Engels, F. (1972 [1848]). *Manifiesto del partido comunista*. Ediciones Roca.

Marx, K. (1987 [1857]). *Introducción general a la crítica de la economía política*. Siglo XXI Editores.

Marx, K. (2001 [1844]). *Manuscritos económico-filosóficos de 1844*. Biblioteca Virtual Espartaco. <https://pensaryhacer.files.wordpress.com/2008/06/manuscritos-filosoficos-y-economicos-1844karl-marx.pdf>

Marx, K. (2015 [1892]). *Las luchas de clases en Francia de 1848 a 1850*. Fundación Federico Engels.

Marzal, M. M. (2016). *Historia de la antropología, volumen III: La antropología social*. Ediciones Abya-Yala.

Marzano, M. (2002). Introduction. En M. Marzano, *Penser le corps* (pp. 1-11). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Marzano, M. (2009). Les oppositions binaires. En: Sexe et genre (2/7). *L'approche philosophique*. Disponible en: https://akadem.org/sommaire/colloques/homme-femme-questions-sur-le-lien-entre-sexe-et-genre/l-approche-philosophique-24-07-2009-7835_4140.php

Mauss, M. (1934). Las técnicas del cuerpo. En *Incorporaciones*, Jonathan Crary y Sanford Kwinter (eds). Cátedra Teorema. <https://eduardogalak.files.wordpress.com/2012/03/mauss-tc3a9cnicas-del-cuerpo.pdf>

Mauss, M. (1971 [1950]). *Sociología y antropología*. Editorial Tecnos.

McConatha, J.A., Kumar, V.K., Raymond, E., Akwarandu, A. (2020). Cultural dimensions of diabetes management: a qualitative study of Middle Eastern immigrants in the U.S. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 35 (1):85-98 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31848885/>

McNeill, D. (1992). *Hand and Mind: What Gestures Reveal about Thought*. The University of Chicago Press.

Medina, A. y Ballano, S. (2015). "Las aportaciones de Schütz, Berger y Habermas al debate sobre la objetividad del conocimiento." *Andamios*, Vol. 12, núm.28, pp.241-264 [Consultado: 16 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1870-0063.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62845741010>

Mejía, A. (2007). La diabetes, la familia y la condición de género, en N. González (coordinadora) *Pobreza y salud en el estado de México: La atención no hospitalaria de la diabetes*. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México y Miguel Ángel Porrúa Editor.

Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 28-36.

<https://www.redalyc.org/pdf/120/12028727003.pdf>

Menacho, M.I. (2008). Cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto en René Descartes. V *Jornadas de Sociología de la UNLP*, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6236/ev.6236.pdf

Méndez, I. (2023). Impuesto especial sobre producción y servicios 2023: lo que debes saber. En *Derecho Fiscal*, Cayso Asesores. <https://www.cayso.com.mx/cursosenlinea/impuesto-especial-sobre-produccion-y-servicios-2023-lo-que-debes-saber/>

Mendoza-Catalán, G., Chaparro-Díaz, L., Gallegos-Cabriales, E., y Carreno-Moreno, S. (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 15(1), 90-102.

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>

Mendoza, G., Gallegos, E., y Gutiérrez, J. M. (2018). Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo. *Enfermería Global*, 17(51), 1-25. Epub 01 de julio de 2018. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.287231>

Menegus Bornemann, M. (1994). *Del Señorío a la República de indios: el caso de Toluca, 1500-1600*. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Gobierno de España.

https://www.mapa.gob.es/ministerio/pags/Biblioteca/fondo/pdf/5258_5.pdf

Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires, 451-464.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16:e2615, <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Meneses, N. A. y Jiménez, D. I. (2021). *Arquetipos de marca: realidad vs. teoría*. Proyecto de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/88946/1/TGo3262.pdf
- Mercado, A. y Hernández, A. V. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 17(53), 229-251. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10513135010>
- Meyer, J. A. (2010). El objeto de estudio como sustento esencial de la investigación en Comunicación. *Pangea*, 1(1), 108-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3405415>
- MinSalud (Ministerio de Salud de Colombia) (2020). *Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (Estrategia visión 2020)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-salud-visual-2017.pdf>
- Miranda, A. (s.f.). *¿Funciona el impuesto a las bebidas azucaradas?* Sistema de Centros Públicos de Investigación CONACyT. <https://centrosconacyt.mx/objeto/funciona-el-impuesto-a-las-bebidas-azucaradas/>
- Molina, M.C. (2006). Marguerite Yourcenar : entre le silence linguistique et le silence des femmes. *ELLF*, 17:119-138. <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/9706/33507363.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Montes de Oca, G. A. (2010). Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria*, 7(4). https://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf
- Montesi, Laura. (2017). La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista pueblos y fronteras digital*, 12(23), 46-76. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.287>
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009
- Moreno-Altamirano, L., Hernández-Montoya, D., Silberman, M., Capraro, S., García-García, J. J., Soto-Estrada, G. y Sandoval-Bosh, E. (2014). La transición alimentaria y la doble carga de

malnutrición: cambios en los patrones alimentarios de 1961 a 2009 en el contexto socioeconómico mexicano. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 64(4).
<http://www.alanrevista.org/ediciones/2014/4/art-2/>

Morillo-Gallego, N., Merino-Martínez, R. M., Sánchez-Cabezas, A. M., y Alcántara-Crespo, M. (2019). Alteraciones de la piel del paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 224-238. Epub 23 de diciembre de 2019.
<https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300002>

Morris, D. (1996). *La cultura del dolor*. Editorial Andrés Bello.

Morrow, R., Rodriguez, A. y King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*, 28(8), 643-644. <https://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/26984/1/>

Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.

Muñoz, A. (2017). Deseo mimético e identidad: Pensar a la violencia en el mundo actual. *Sincronía*, 72, 143-173. <https://www.redalyc.org/journal/5138/513852524010/html/>

Musso, C. G, Enz, P. A. y Werbin, E. (2016). El símbolo y su función terapéutica: en busca de sus fundamentos científicos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(5). 403-404.
https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/2016_114_5.pdf

Natanson, M. (1962). Introducción. En Alfred Schütz *El problema de la realidad social* (compilador). Amorrortu.

Navarrete, J., Carvajal, M., Rodríguez, A., Carvajal, F. y Ramos, A. (2022). Importancia del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. *Ciencia y salud*, 6(2), 35-42.
<https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2503>

Nicacio, R. (2013). La metáfora según la perspectiva de Lakoff y Johnson. *Revistas, Universidad Nacional de Trujillo*.
<https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RSLLC/article/view/216/238>

Nicacio, R. (2017). *Las metáforas como procesos cognitivos en la formación del léxico académico de los estudiantes de pregrado*. Tesis de magister en lingüística. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6254/Nicacio_tr.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (2010) Diario Oficial de la Federación.

<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

Nutton, V. (1983). The seeds of disease: an explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance. *Medical history*, 27(1), 1-34.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139262/pdf/medhisto0084-0005.pdf>

Román, S., Ojeda-Granados, C., Panduro, A. (2013). Genética y evolución de la alimentación de la población en México. *Rev Endocrinol Nutr*, 21(1):42-51.

Olvera, M. (2000). Horizontes de lectura. A propósito de la resignificación del legado fenomenológico de Alfred Schütz. *Sociológica*, 15(43): 11-34.

<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/issue/view/Homenaje%20a%20Alfred%20Sch%3%BCtz>

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS.

http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=796&Itemid=423

OMS (2021). *La OMS insta a los gobiernos a fomentar la alimentación saludable en los establecimientos públicos*. Comunicado de prensa conjunto, Ginebra.

<https://www.who.int/es/news/item/12-01-2021-who-urges-governments-to-promote-healthy-food-in-public-facilities>

Orellana, D. M. y Sánchez, M. C. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en investigación cualitativa. *Revista de investigación educativa*. 24(5), 205-222. <https://revistas.um.es/rie/article/view/97661>

Ortega, E., Ortega, I. H., Rodríguez-López, E. y Luis. C. (2021). Breve análisis crítico de la sobreoferta y consumo de alimentos industrializados en México, antes y durante el COVID-19. *Educación y Salud*, Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 10(19), 54-59.

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>

Ortiz, A. (2010). *Prospectivas de la diabetes tipo II en México, en la población de 60+ (2010-2030)*. Tesis para obtener el grado de maestra en demografía. El Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2010/12/TESIS-Ort%C3%ADz-Peredo-Adriana-MED.pdf>

Ortiz-Ocaña, A. (2018). La configuración de la tesis doctoral. Su estructura, redacción, defensa y publicación. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)*, 14 (2), 102-131, 2018. doi.org/10.17151/rlee.2018.14.2.6

Osorio, J. (2001). *Fundamentos del análisis social: La realidad social y su conocimiento*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y Fondo de Cultura Económica.

Ovalle-Luna, O.D., Jiménez-Martínez, I.A., Rascón-Pacheco, R.A., Gómez-Díaz, R.A., Valdéz-González, A.L., Gamiochipi-Cano, M., Doubova, S.V. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Médica de México*, <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm191e.pdf>

Ovares, C. (2018). La sociología de Georg Simmel y el ‘capital social’: La confianza como fuerza socializadora. *Revista Reflexiones*, 97(2), 23-34. <https://www.redalyc.org/journal/729/72957731002/html/#:~:text=Resumen%3A%20La%20sociolog%C3%ADa%20de%20Simmel,la%20sociedad%20como%20fuerza%20socializadora.>

Palma-Ayllón, Elena, y Escarabajal-Arrieta, María Dolores (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Panes Lundmark, V., Josefsson, M. y Rieckmann, A. (2023). Predictors of loneliness onset and maintenance in European older adults during the COVID-19 pandemic. *Front. Psychol.* 14:1172552. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1172552>

Parsons, T. (1974). *La sociedad: Perspectivas evolutivas y comparativas*. Trillas.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Estados Unidos: Sage.

Pechey, R., Clarke, N., Pechey, E., Ventsel, M., Hollands, G. J. y Marteau, T. M. (2021). Impact of altering the available food options on selection: Potential mediation by social norms. *Appetite*, 164. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666321001525>

Pera, C. (2004). *El Humanismo en la relación médico - paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina*. Universidad de Barcelona.

Pérez-Rodríguez, M., Palacios-Cruz, L., Rivas-Ruiz, R., & Talavera, J. O. (2014). Investigación clínica XXIV. Del juicio clínico a la ética en la investigación en humanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(6), 666–672. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7380687/>

- Pérez-Tamayo, R. (2009). La medicina alopática y las otras medicinas. *Ciencias*, (014). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/cns/article/view/11028>
- Pérez Tamayo, R. (2013). *Un fantasma en el siglo XX*. Discurso de ingreso, 27 de noviembre de 1980. El Colegio Nacional.
- Perrineau, P. (1975). Sur la notion de culture en anthropologie. *Revue française de science politique*, 25(5), 946-968.
- Pignatiello, C. (2020). *Il vantaggio delle emozioni*. Ponencia del 18 de mayo de 2020. Associazione medici diabetologi, Società italiana di diabetologia. <https://www.siditalia.it/pdf/UN-ORA-CON-AMDSIDSIEDP/11-15-maggio/PIGNATIELLO.pdf>
- Pincus, D. y Sheikh, A. A. (2011). "David Grove's Metaphors for Healing." *Imagination, Cognition and Personality*, 30(3), 259-287. doi: 10.2190/IC.30.3.d
- Pinto, L. (2012). La comunicación no verbal: Kinésica y proxémica en el proceso de enseñanza aprendizaje de las lenguas extranjeras. *Revista Palabra*, 1: 40-46. <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6636/LA%20COMUNICACI%3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pison, G. y Meslé, F. (2022). COVID-19 is more deadly for men than for women. *Population et sociétés*, INED, 598, pp.1-4. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03621574/document>
- Poder del Consumidor (2013). *Radiografía de... Coca-Cola* (600 ml). <https://elpoderdelconsumidor.org/2013/12/radiografia-de-coca-cola-600-ml/>
- Portillo, G. (2022). La nuez de cola. <https://www.jardineriaon.com/nuez-de-cola.html>
- Ponte, F. J. (2011). *La diabetes mellitus en la época y en la obra de Roberto Nóvoa Santos (1885-1933): Un análisis histórico-médico*. Tesis doctoral, Universidad da Coruña. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8264/PonteHernando_FernandoJ_TD_2011.pdf
- Poulain, J.-P. (2019). *Sociologías de la alimentación: Los comensales y el espacio social alimentario*. Editorial UOC
- Quintana, M.O., Vázquez, L., Moreno, G., Salazar, R. E. y Tinajero, R. M. (2009). Costos directos e indirectos de hospitalización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Biotecnia*, vol. 11, no. 2, pp. 43-50. <https://biotecnia.unison.mx/index.php/biotecnia/article/view/67>
- Quiros, P., Grzib, G. y Conde, P. (2000). Bases neurológicas de la interocepción. *Rev de Psicol Gral y Aplic*, 53(1), 109-126. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2356838>

Ramírez-Coronel, A. A. et al. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39 (8): 954-959. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/html/>

Ramos, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 35(127), 511-526.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO211-57352015000300005

Ramos-Pérez, V., Hernández-Pozo, M. del R. y Álvarez-Gasca, M.A. (2019). El afecto emocional en pacientes diabéticos mexicanos. *Tesis Psicológica* (Los Libertadores Fundación Universitaria), 14(1).
<https://www.redalyc.org/journal/1390/139063846002/139063846002.pdf>

Rateau, P. y Lo Monaco, G. (2013). La théorie des représentations sociales : orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *Revista CES Psicología*, 6(1): 1-21.
<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419002.pdf>

Ravanal, M. de la, y Aurenque, D. (2018). Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault. *Tópicos* (México), (55), 407-437.
<https://doi.org/10.21555/top.voi55.914>

Reséndiz, R. R. (2001). «Biografía: proceso y nudos teórico-metodológicos». En *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Luisa Tarrés, 201-225. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa.

Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envió Editores.

Reyes, A. M. (2015). El valor simbólico-significativo como determinante en los procesos de conservación del patrimonio arqueológico y paleontológico, ejemplificado en el caso Taima Taima. *Boletín Antropológico*, 33(89), 89-103.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71241008005>

Reyes, M. P., Morales, J. A. y Madrigal, E. O. (2009). Diabetes. Tratamiento nutricional. *Med Int Mex*, 25(6), 454-460.
https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_GeneToxic/Edu_Madrigal/17.pdf

Rincón, D. A. (2009). Nota editorial, en *Rizoma*, Gilles Deleuze y Feliz Guattari. Fontamara.

Riquelme, Francisco, Ramón López Valenzuela, Sandra Zetina, Elsa Arroyo Lemus, Javier Reyes Trujeque (2015). "Tizate y tiza. De la cerámica teotihuacana a la pintura novohispana", *Arqueología Mexicana*, 132, 80-85.

Ritzer, G. (1997). *Teoría sociológica contemporánea*. McGraw-Hill/Interamericana de España.

Rizo, M. (2010). *Alfred Schütz y la teoría de la comunicación. Aportes de la sociología fenomenológica a la conceptualización de la comunicación y la interacción social*. II Congreso Internacional AE-IC Málaga 2010 “Comunicación y desarrollo en la era digital”, Sección temática Teoría y métodos de investigación en comunicación. <https://ae-ic.org/malaga2010/upload/ok/13.pdf>

Rizo, M. (2015). ‘Construcción de la realidad, Comunicación y vida cotidiana – Una aproximación a la obra de Thomas Luckmann’ *Intercom*, 38(2), 19-38. <https://www.scielo.br/pdf/interc/v38n2/1809-5844-interc-38-02-0019.pdf>

Rocca, E. y Anjum, R. L. (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. En: Anjum R., Copeland S., Rocca E. (eds) *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_5

Rodríguez-Araneda, M. J. (2015). Representación social de la noción de felicidad en estudiantes y profesionales de educación y salud de Chile e Italia. *Universitas Psychologica*, 14(1), 271-286. <https://www.redalyc.org/journal/647/64739086006/html/>

Rodríguez, G. (2002). *La denominación de origen y el mercado de la distinción*. Ciesas, Sagarpa.

Rodríguez, C. (2015). Antecedentes teóricos de la etnometodología y el interaccionismo simbólico. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 43(174). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcyps/article/view/49126>

Rodríguez, M. (2017). Nutrición y ejercicio en las personas con diabetes. *Revista ALAD*, 7, 40-49. https://www.revistaalad.com/files/alad_v7_n1_040-049.pdf

Rodríguez-Morales, Z. (2015). Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea. Algunas rutas del amor y la experiencia sensible en las ciencias sociales, Reseña. *Espiral (Guadalajara)* 22 (64), 269-277. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652015000300010

Rodríguez-Moctezuma J. R., López-Delgado, M. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Jiménez-Luna, J., López-Ocaña, L. R. y Chacón-Sánchez, J. (2015). Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 53(5):546-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26383802/>

Rodríguez-Santamaría, Y., Gallegos, E. C., Gutiérrez, J. M. y Alarcón, N. S. (2017). Teoría de auto-manejo y control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Journal Health NPEPS*, 2(2):444-456.

Rodríguez-Santamaría, Y., Juárez-Medina, L., Zúñiga-Vargas, M., Cadena-Santos, F. y Mendoza-Catalán, G. (2020). Hombres con diabetes mellitus tipo 2: autoeficacia y factores psicológicos que influyen en el autocuidado. *Enfermería Universitaria*, 17(1).
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.707>

Rojas, M. L. (2001). «Lo biográfico en sociología. Entre la diversidad de contenidos y la necesidad de especificar conceptos». En *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, coordinado por María Luisa Tarrés, 201-225. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa.

Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C.A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Publica Mex*, 60, 224-232.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8566>

Romero, V. (2013). La cultura de la pobreza: una breve reflexión desde la ecología cultural. *Etnicex: revista de estudios etnográficos*, (5), 121-131.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4761690>

Rosa, P. C. (2009). La ciencia que se está haciendo: Reflexiones metodológicas de la mano de Pierre Bourdieu. *Kairos*, 13(24), 1-8.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3101177>

Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo XXI Editores.

Rosman, A. y Rubel, P. G. (1972). The Potlatch: a structural analysis. *American Anthropologist New Series*, 74(3), 658-671. <https://www.jstor.org/stable/671541>

Rothman, K. J. y Greenland, S. (2005). Causation and causal inference in epidemiology. *American journal of public health*, 95 Suppl 1, S144-S150.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.059204>

RTN (2013). Les effets du Coca sur votre organisme.
<https://www.rtn.ch/rtn/Programmes/emissions/Zone-51/Les-effets-du-Coca-sur-votre-organisme.html#:~:text=La%20grande%20quantit%C3%A9%20de%20caf%C3%A9ine,fait%20monter%20votre%20pression%20sanguine.&text=Votre%20corps%20se%20met%20%C3%A0,du%20plaisir%22%20dans%20le%20cerveau>.

Rubinstein, H. (1990 [1988]). *La medicina del dolor*. Alianza Editorial.

Saar, M. (2002). Genealogy and Subjectivity. *European Journal of Philosophy*, 10(2), 231–245. doi:10.1111/1468-0378.00159

Sabido, O. (2015). Fragmentos amorosos en el pensamiento de Georg Simmel. En G. Díaz (Ed), *Una actitud del espíritu. Interpretaciones en torno a Georg Simmel*. (205-235). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas: Universidad de Antioquia.

Sabido, O. (2016). Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción. *Debate Feminista*, 51, 63–80. doi:10.1016/j.df.2016.04.002

Sabido, O. (2019). El análisis sociológico de la vergüenza en Georg Simmel: una propuesta para pensar el carácter performativo y relacional de las emociones. En Bueno, A. & Teixeira, M. (coord.) *Sobre las políticas de sufrimiento social*. (1-15). Universitat Oberta de Catalunya y Universidad de Antioquia.

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N. Colagiuri, S., Guariguata, L. (2019). Global and regional prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31518657/>

Saijo, Y., et al. (2022). The risk factors for development of type 2 diabetes: Panasonic Cohort Study 4. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(1), 571. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010571>

Salamanca, A. B. (2006). La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Nure Investigación* 24, 1-5. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/288>

Salazar, E., Ponce, E. R., Jiménez, I., Cervantes, A., Jiménez, J. C. y Madrigal, H. G. (2018). Mitos y creencias sobre la diabetes en pacientes de una unidad médica de atención primaria en la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 20(1), 15-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf181c.pdf>

Salgado-de Snyder, V. N. y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(Su4), 515-521. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10604410>

Salles, V. (2001). El debate micro-macro. Perfiles latinoamericanos *Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 10(18), 115-151. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2212249>

Salvador, J. A. y Loyola, D. J. (2022). Actualización sobre la enfermedad periodontal y la relación con la diabetes mellitus. *Universidad y Sociedad*, 13(S1), 75-81.
<https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2007>

Sami, W., Ansari, T., Butt, N. S. y Hamid, M. R. A. (2017). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. *International journal of health sciences*, 11(2), 65-71.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426415/>

Sánchez, R. (2001). «La observación participante». En Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social, coordinado por María Luisa Tarrés, 97-131. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa.

Sanmartín, R. (2001). Etnografía de los valores. *Teor. educ.* 12: 129-141.
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/71889/Etnografia_de_los_valores.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Los%2ovalores%20son%20modelos%20culturales,sentido%2ode%20la%20conducta%20social.

Sardan, J.-P. O. (1995). « La politique du terrain », Enquête 1, mis en ligne le 10 juillet 2013.
<http://journals.openedition.org/enquete/263>

Sargis, R.M. y Simmons, R.A. (2019). Environmental neglect: endocrine disruptors as underappreciated but potentially modifiable diabetes risk factors. *Diabetologia*, 62, 1811-1822.

Sattar, R., Lawton, R., Panagioti, M. et al. (2021). Meta-ethnography in healthcare research: a guide to using a meta-ethnographic approach for literature synthesis. *BMC Health Serv Res* 21, 50. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06049-w>

Schildkrout, E. (2004). Inscribing the Body, *Annual Review of Anthropology*, 33, 319-344.
<https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.33.070203.143947>

Schütz, A. y Luckmann, T. (2009). *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu.

Schwartz, S., Susser, E. & Susser, M. (1999). A future for epidemiology? *Annu Rev Public Health*, 20, 15-33.
https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.20.1.15?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++oPubMed

Secretaría de Salud (2018). *Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. Marzo, 2022, de Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018

Sedó, P. (2010). Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares en un área urbana de Costa Rica. *Anales en Gerontología*, 6, 99-112. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/download/8874/8354>

Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being, *The Journal of Positive Psychology*, DOI: 10.1080/17439760.2018.1437466

Segura, R. M. (2015) El efecto de los factores estresantes en las mujeres. *Alternativas en psicología*, 18, 35-47. <https://alternativas.me/attachments/article/89/3%20-%20El%20efecto%20de%20los%20factores%20estresantes%20en%20las%20mujeres.pdf>

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J.A., Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Sharif, S, Groenwold, RHH, van der Graaf, Y, et al. (2019). Mediation analysis of the relationship between type 2 diabetes and cardiovascular events and all-cause mortality: Findings from the SMART cohort. *Diabetes Obes Metab*, 21, 1935–1943. <https://doi.org/10.1111/dom.13759>

Siddiqui, M- A.; Khan, M. F. y Carline, T. E. (2013). Gender Differences in Living with Diabetes Mellitus. *Mater Sociomed*, 25(2), 140–142. doi: 10.5455/msm.2013.25.140-142

Silva, J. (2009). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(1), 121-126. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n1/121-126/es>

Simmel, G. (2014 [1905]). *Filosofía de la moda*. Casimiro.

Simmel, G. (2002 [1917]). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Gedisa.

Singer, M. A. (1996). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inq Creat Sociol*, 24, 99–110. <https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/1346>

Smith, M. E. (2004). *El Urbanismo Posclásico en Calixtlahuaca: Reconstruyendo las excavaciones inéditas de José García Payón*. FAMSI (Foundation for the Advancement of Mesoamerican Studies, Inc.). <http://www.famsi.org/reports/01024es/01024esSmith01.pdf>

Smith, M. E., Borejsza, A., Huster, A., Frederick, C. D., Rodríguez, I. y Heath-Smith, C. (2013). Aztec period houses and terraces at Calixtlahuaca: The changing morphology of a Mesoamerican hilltop urban center, *Journal of Field Archaeology*, 38:3, 227-243.

Sontag, S. (1978). *La enfermedad y sus metáforas*. Taurus Pensamiento.

Soto-Estrada, G., Moreno L., García-García, J.J., Ochoa, I. y Silberman, M. (2018). Trends in frequency of type 2 diabetes in Mexico and its relationship to dietary patterns and contextual factors. *Gac Sanit*, 32 (3), 283-290.

Spicker, P. (2014). Definiciones de pobreza: doce grupos de significados. Biblioteca CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D9376.dir/o6spicker.pdf>

Spinoza, B. (2011 [1677]). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Alianza Editorial.

SSa (Secretaría de Salud de México) (2018). El impacto de las políticas públicas sobre diabetes mellitus. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/es/documentos/el-impacto-de-las-politicas-publicas-sobre-diabetes-mellitus?state=published>

Steinmo, Sven (2013). "Historical institutionalism", en Della Porta, D. & Keating, M. (ed) *Approaches and methodologies in the social sciences. A pluralist perspective*. Cambridge, 118-138.

Strauss A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

Suárez-Obando, F. y Gómez-Restrepo, C. (2017). Aspectos éticos de la investigación etnográfica en salud. El papel del comité de ética de la investigación. *Persona y Bioética*, 21(2), pp. 330-343, 2017. <https://www.redalyc.org/journal/832/83257154010/html/>

Surrallés, A. (2002). Peut-on étudier les émotions des autres ? Dans : Nicolas Journet éd., *La culture: De l'universel au particulier* (pp. 175-181). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.journ.2002.01.0175>

Sutawardana, Jon H., et al. (2016). "Phenomenology Study The Experience Of Persons With Diabetes Mellitus Who Had Experienced Of Hypoglycemia Episodes In Depok City." *NurseLine Journal*, 1(1), 159-175.

Taormina, P. J. (2019). Purposes and principles of shelf life determination. En P. J. Taormina y M. D. Hardin (Eds.), *Food safety and quality-based shelf life of perishable foods*. Springer.

Tarrés, M. L. (2001a). Presentación y prólogo. En M. L. Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender*. El Colegio de México/FLACSO México.

Tarrés, M. L. (2001b). Lo cualitativo como tradición. En M. L. Tarrés (Coord.), *Observar, escuchar y comprender*. El Colegio de México/FLACSO México.

Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.

<https://ajph.aphapublications.org/doi/epdf/10.2105/AJPH.65.10.1037>

The Lancet (2017). Artificial intelligence in health care: within touching distance. *The Lancet*, 390(2739). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31540-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31540-4/fulltext)

The Lancet (2020). Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 396(10258):1129-1306. Disponible en: <https://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and>

Thibault, V., Bélanger, M., LeBlanc, E. et al. (2016). Factors that could explain the increasing prevalence of type 2 diabetes among adults in a Canadian province: a critical review and analysis. *Diabetol Metab Syndr* 8, 71. <https://doi.org/10.1186/s13098-016-0186-9>

Tijoux, M. E. y Riveros, J. M. (2021). Presentación, en David Le Breton, *Cuerpos enigmáticos: variaciones*. LOM Ediciones.

Timasheff, N. S. (1997). *La teoría sociológica*. Fondo de Cultura Económica.

Tinetti, M. E. y Fried, T. (2004). The end of the disease era. *The American Journal of Medicine*, 116(3), 179-185. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2100165>

Tinoco, A. M. (2012). Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes. *Espacios Públicos*, 15(33), 174-199.

Tinoco-García, A. M. y Espinoza-Rivera, I. (2023). ¿Soledad? Emociones y sentimientos que afloran al sentirse solo, buscar la soledad o evadir la soledad en procesos relacionales en el mundo globalizado. *VIII Coloquio de investigación de la Red Nacional de Investigadores en los Estudios Socioculturales de las Emociones*, “Las emociones en el marco de las ciencias sociales”, memorias. <https://renisce.com/inicio/eventos-de-la-red/memoria-coloquio-viii/>

TODAY Study Group (2021). Long-term complications in youth-onset type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 385:416-426. DOI: 10.1056/NEJMoa2100165

Tomoko, H. y Tochikawa, A. (2022) A meta-synthesis of phenomenological studies on experiences related to diabetes in Sweden focusing on learning to live with diabetes, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17:1, DOI: 10.1080/17482631.2022.2132640

Torres, V. A. (2017). Archivo parroquial de Nuestra Señora de los Ángeles, Tecaxic, Toluca, Estado de México. Diócesis de Toluca. Apoyo al Desarrollo de Archivos y Bibliotecas de México, A. C. (ADABI). <https://www.adabi.org.mx/publicaciones/352.pdf>

Torres-López, T.M., Sandoval-Díaz, M., y Pando-Moreno, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 101-110. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100012>

Trápaga, Y. (2002). Influencia de la apertura comercial en el patrón alimentario del mexicano actual. En D. Alarcón y H. Bourges (Comp), *La alimentación de los mexicanos*. El Colegio Nacional, 135-152.

Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., y Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World journal of diabetes*, 8(4), 120–129. <https://doi.org/10.4239/wjd.v8.i4.120>

Troncoso, C. et al. (2018). Significancia del valor simbólico de los alimentos en personas mayores. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 38(1), 10-14. <https://medes.com/publication/135016>

Trujillo, L. E. (2010). Género y enfermedad: es posible el autocuidado de la diabetes en casa. En: *Género y salud en cifras*, 8(2), 18-26. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14955/MayAgo10.pdf>

UAEMéx-Hv1 (2023). Historia de vida, comunicación personal. México.

UAEMéx-Hv2 (2023). Historia de vida, comunicación personal. México.

UAEMéx-Ed1 (2023). Entrevista a profundidad, comunicación personal. México.

UAEMéx-Es1 (2023). Entrevista a profundidad, comunicación personal. México.

UAEMéx-Ed2 (2022). Entrevista a profundidad, comunicación personal. México.

UAEMéx-Ed3 (2023). Entrevista a profundidad, comunicación personal. México.

UAEMéx-Ed4 (2023). Entrevista a profundidad, comunicación personal. México.

UAEMéx-cEd4 (2023). Participación en la entrevista a profundidad de UAEMéx-Ed4, comunicación personal. México.

Uribe, M. L. (2014). La vida cotidiana como espacio de construcción social. *Procesos Históricos*, (25), 100-113. <https://www.redalyc.org/pdf/200/20030149005.pdf>

Valéry, P. (1988) *La idea fija*. La balsa de la medusa.

Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.

Van Breda, H. L. (1995). Prólogo. En A. Schütz y M. Natanson (Comp.) *El problema de la realidad social*. Amorrortu.

Vargas, L. A. (2002). La alimentación de los criollos y mestizos en el México colonial. En D. Alarcón y H. Bourges (Comps.), *La alimentación de los mexicanos*. El Colegio Nacional, pp. 47-66.

Vargas, L. A. (2013). La alimentación en las Américas: un patrimonio más complejo de lo que se suele pensar. *Sociedad y Ambiente*, 1(1), 61-76.
<https://www.redalyc.org/pdf/4557/455745075005.pdf>

Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública de México*, 44(3), 258-265.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010

Vela, F. (2001). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En M. L. Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender*. El Colegio de México/FLACSO México.

Velasco-Benítez, C. A. (2015). El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre *Cryptosporidium spp.* del grupo de investigación Gastrohnutp de la Universidad del Valle de Cali, Colombia, *Revista Gastrohnutp*, 17(3), 204-207

Vélez, G. (2008). *La construcción social del sujeto político femenino: Un enfoque identitario-subjetivo*. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública / Miguel Ángel Porrúa, librero-editor.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Rätsep, A., Levasseur, G., Petek, D., van Dam, H. Royen, P. V. (2007). Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: An international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). *Primary Care Diabetes*, 1(1), 25-33.
<https://doi.org/10.1016/J.PCD.2006.07.002>

Viesca, C. (2002). Las enfermedades en la obra de fray Bernardino de Sahagún. En M. León-Portilla (ed) *Bernardino de Sahagún: quinientos años de presencia*. Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México. 167-184.
https://historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/393/quinientos_sahagun.htm

- Vinel, V. (2007). Introduction. En Vinel, V. *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*. Les cahiers du Portique, Éditions du Portique.
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00633415/PDF/FA_minin_masculin_anthropologie_des_catA_gories_et_pratiquea_.pdf
- Vizcaya, T. y Gásperi, R. (2013). Necesidades en salud: una revisión conceptual y metodológica. *Revista Venezolana de Salud Pública*. 2013; 1(1), 55-60.
<https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/1525/759>
- Vygotsky, L. S. (1992 [1934]). *Pensamiento y lenguaje: Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Ediciones Quinto Sol.
- Weber, M. (2002 [1922]). *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica.
- Whitney, E. (2011). Hans-Georg Gadamer. Acerca de la comprensión en las ciencias del espíritu. *I Jornadas de Estudiantes del Departamento de Filosofía*, Universidad Nacional de Córdoba. <http://eventosacademicos.filo.uba.ar/index.php/JEDF/I/paper/viewFile/1920/672>
- WHO (2022). *Health topics: Gender and Health*. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
- Winslow, C. E. A. (1920). "The untilled fields of public health." *Science*, 51(1306), 23–33.
<http://dx.doi.org/10.1126/science.51.1306.23>
- World Bank (2022). *World development indicators: mortality*.
<http://wdi.worldbank.org/table/2.18>
- Worldometer (2022). *Life Expectancy of the World Population: Life expectancy at birth*. Data based on the latest United Nations Population Division estimates.
<https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>
- Yourcenar, M. (1977). *Mémoires d'Hadrien*. Gallimard.
- Zabludovsky, G. (2011). 'Subjetividad y sociología'. *El Ágora*.
<https://ginazabludovsky.files.wordpress.com/2011/08/subjetividad-y-sociologc3ada.pdf>
- Zacarias, E. (2009). 'La entrevista en profundidad en los procesos de investigación social'. *Revista La Universidad* (8), 75-95.
http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/9542/1/Revista_La_Universidad_8c6.pdf
- Zaragoza, L. G. (2010). Cultura, identidad y etnicidad, aproximaciones al entorno multicultural: rompiendo costumbres y paradigmas cotidianos. *Cuicuilco*, 17(48), 149-164.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000100009&lng=es&tlng=es.

Zárate, N., Ledesma, G. P. y Yáñez, L. M. (2017). El estudio de las emociones. *Quehacer Científico en Chiapas*, 12 (1): 90-96. https://www.dgip.unach.mx/images/pdf-REVISTA-QUEHACERCIENTIFICO/2017-ener-jun/12.El_estudio_de_las_emociones.pdf

Zarazaga, A., Franco, Á., y Culebras, J. M. (2020). Medicina anticipatoria vs medicina preventiva. Cómo crear enfermos buscando la salud. (I) Las Estadísticas. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 8-20. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3254>

Zapata, R. (2006). 'La dimensión social y cultural del cuerpo'. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 20(37), 251-264.

Zhu, H., Yu, M., Hu, H. et al. (2019). 'Factors associated with glycemic control in community-dwelling elderly individuals with type 2 diabetes mellitus in Zhejiang, China: a cross-sectional study'. *BMC Endocr Disord*, 19, 57. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0384-1>

ANEXOS

☞ Anexo I. Consentimiento informado

Folio: _____

Fecha: ____ / ____ / 202__

Buenos días, señor(a) _____,

me **presento**: mi nombre es Iliana Espinoza Rivera, soy estudiante de ciencias sociales de la universidad (Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, de la Universidad Autónoma del Estado de México). El **objetivo** de este trabajo es recuperar la voz de personas que tienen diabetes y aprender de lo que les significa, en medio de las circunstancias de su vida cotidiana.

De participar, su nombre y otros datos personales serán confidenciales, y las respuestas que dé a las preguntas serán anónimas. Lo que usted diga es importante en este trabajo.

Para agilizar el registro de las respuestas, solicito su **autorización** para grabar la entrevista. Las grabaciones solo se usarán con fines de análisis en esta investigación.

Quiero **agradecerle** por el tiempo que me brinda para realizar esta entrevista. También quiero mencionar que los comentarios e información que proporcione serán muy valiosos para ayudar a conocer aspectos que pueden ser útiles para planear acciones de salud.

Si en algún momento ya no quiere continuar con la entrevista, solo necesita avisarme.

Acepto participar en el estudio

Doy mi autorización para que mis respuestas verbales sean grabadas

Sí: _____ No: _____

Nombre y firma

Testigo (solo en caso de no saber leer)

Investigadora responsable

Nombre y firma

Iliana Espinoza Rivera

⌘ Anexo II. Cuestionario breve

Folio: _____

Aplicación	Fecha: ____ / ____ / 202__
1. Señalar:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
2. <i>¿De dónde es usted? (localidad, municipio, estado)</i>	_____
3. <i>¿Cuántos años cumplidos tiene?</i>	<input type="text"/> años
4. <i>¿Hasta que año o nivel escolar estudió?</i>	_____
5. <i>¿Qué ocupaciones o trabajos principales realiza durante la mayor parte del día? Por favor, mencione al menos dos.</i>	_____ _____
6. <i>¿Alguna de sus actividades es remunerada?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. <i>¿Es derechohabiente de una institución de salud?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. <i>Si responde «Sí»: ¿Cuál?</i>	_____
9. <i>¿Se atiende allí?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. <i>¿A qué edad supo que tenía diabetes?</i>	<input type="text"/> años
11. <i>¿Quién se la diagnosticó?</i>	_____
12. <i>Usted diría que cada persona que trabaja en su hogar ingresa al mes ...</i>	<input type="checkbox"/> < 3000 pesos <input type="checkbox"/> unos 3000 pesos <input type="checkbox"/> > 3000 pesos

∞ Anexo III. Guía de la observación participante

1. Descripciones de la comunidad y eventos observados durante los recorridos

- a) Rasgos generales (rural, urbano)
- b) Actividades de los sectores productivos

2. En el domicilio del participante

- a) Descripción de disposiciones del espacio y objetos, animales de crianza o convivencia.
- b) Dinámicas observadas: integrantes de la familia, actividades durante la visita, actitudes, interacciones sociales
- c) Otras percepciones sensoriales: visuales, auditivas, olfativas.

3. Participación en actividades domésticas y otras

- a) Acompañar en las compras, compartir alimentos, labores domésticas y otras
- b) Registro de alimentación
- c) Registro de actividad física

4. Durante la entrevista, registro de características del discurso que no quedan grabadas

- a) De la voz del actor: volumen, entonación, tono, timbre y ritmo de la voz, silencios (tomar en cuenta, para cualquier redirección de la entrevista)
- b) Apariencia corporal: aspecto físico (técnicas de cuidado, inscripciones corporales, translaciones físicas de la enfermedad), estilo de presentación
- c) Técnicas del cuerpo (posturas, series gestuales, elementos miméticos, savoir faire) y gestualidad.
- d) Etiqueta corporal: proxémica, mimetismo, espera y reciprocidad, manifestación de sentimientos.

5. Interacciones y otros

- a) Interacción social entre los presentes. Formas de estigmatización, exclusión
- b) Reflexiones, hechos inesperados

∞ Anexo IV. Guía para entrevista a profundidad

Apartado temático	Subtemáticas a incluir	<i>Posibles preguntas de apertura al tema</i>
1. Ideas asociadas	<i>Lo primero que viene a su mente, si se menciona la palabra «diabetes», es...</i>	
2. Origen de la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Causas generales 	<i>¿Por qué da la diabetes?</i>
3. Inicio y generales de la diabetes		
3a. Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Manera en que conoce el diagnóstico • Quién lo emite • Primeros síntomas • Causas particulares • Sentimientos al respecto 	<i>¿Cómo supo que tenía diabetes?</i>
3b. Curso clínico-trayecto de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Estado actual • Posibles complicaciones • Estado previo 	<i>En el último mes, ¿cómo ha estado de su enfermedad?</i>
4. Experiencia de la enfermedad-padecimiento		
4a. Percepciones de sí mismo (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente • Antes • Vivencia en el cuerpo (componentes, vínculos, funcionalidad) • Hábitos, contraste • Sentimientos al respecto (vulnerabilidad, otros) • Expectativas • Significado de la diabetes 	<i>¿Cómo es vivir con diabetes?</i>
4b. Percepciones en las interacciones dentro de la familia, en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Red de apoyo (interior de la familia, comunitaria), discursos y acciones • Otras personas del núcleo social inmediato (familiares, amigos, colegas) • Médicos • Otros especialistas de terapias empleadas 	<i>¿Recibe apoyo en su enfermedad, de quién?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de redes sociodigitales 	
5. Tratamientos para la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Terapias de medicina tradicional • Remedios • Otros cuidados incorporados • Retos para el control 	<i>¿Lleva tratamiento para la diabetes?</i>
6. Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora • Antes • Dietas (médica, nutricional) • Retos y motivaciones • Alimentos especiales y ocasiones de su consumo 	<i>¿Qué come normalmente?</i>
7. Actividad física, ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora • Antes • Ejercicios o deportes • Retos y motivaciones 	
8. Reflexiones	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones para sobrellevar la diabetes 	<i>¿Qué cosas ha aprendido para estar bien, a pesar de tener diabetes?</i>
Cierre	Agradecimientos y despedida.	