Experiencias y prácticas en la alimentación de personas que padecen diabetes en la frontera sur de Chiapas, México[1]

Experiences and practices in the diet of people suffering from diabetes in the southern border of Chiapas, Mexico

Enrique Eroza Solana[2]
Guadalupe del Carmen Alvarez Gordillo[3]
Cecilia Acero Vidal[4]

Fecha de recepción: 18 de febrero de 2019
Fecha de aceptación: 05 de marzo de 2019

Aquí abajo había una señora, de la otra calle, también salió diabética, le dijeron que no coma nada, ni carne, ni refresco, ni café, que al mes murió la señora, acabó
(Mujer, 57 años, Las Margaritas, Chiapas)

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo analizar la relación entre la diabetes mellitus (DM) y la alimentación desde la perspectiva de las personas que padecen diabetes (PPD), tanto en la causalidad como en el tratamiento.

Las localidades rurales estudiadas, presentan, por un lado, problemas de índole agrícola, con una decreciente producción de maíz y frijol, mientras que por otro, una alta oferta de alimentos industrializados y altos en calorías. Las PPD mencionan entre las causas de la diabetes, la herencia genética, los sustos y enojos, la pobreza y la mala alimentación. Respecto a este último tema encontramos que las personas

1 Esta investigación fue financiada por el proyecto "Región Transfronteriza México-Guatemala. Dimensión regional y bases para su desarrollo integral" (www.rtmg.org), financiado por CONACYT. Centro GEO, CIESAS, COLEF, CIDE, ECOSUR, Instituto Mora, FLACSO/G, USAC, 2018.

2 Etnólogo por la Escuela Nacional de Antropología e Historia y PhD en Philosophy en Brunel University U.K. Ha trabajado para la Dirección de Culturas Populares, el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de La Frontera Sur, y actualmente para el Centro de Estudios Superiores en Antropología Social. Sureste. Ha abordado temas relativos a la antropología simbólica, así como diversos aspectos relacionados con la antropología médica; salud sexual, salud materna, enfermedades emergentes, procesos estructurales y salud, medio ambiente y salud, salud mental. También ha abordado teorías sociales del cuerpo. Ha publicado en libros especializados y revistas indexadas. Correo electrónico: enriquesol@yahoo.com

3 Doctora en ciencias biológicas y de la salud. Investigadora titular B, de El Colegio de la Frontera Sur, Departamento de Sociedad y Cultura, Grupo de Procesos culturales y construcción social de alternativas. Interés en problemas de salud pública en la región transfronteriza México-Guatemala, Gestión del riesgo de desastres y abordajes interdisciplinarios en problemáticas socioambientales. Correo electrónico: galvarez@ecosur.mx

4 Licenciada en Antropología social por la Universidad Autónoma de Chiapas. Maestra en Antropología social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Doctora en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente investigadora asociada en el proyecto "Región transfronteriza México – Guatemala: Dimensión regional y bases para su desarrollo integral (Primera fase, 2017 – 2018)". Correo electrónico: ceciliaacero@hotmail.com

entrevistadas en su mayoría presentaron dificultades para seguir una alimentación saludable, debido a la falta de accesibilidad económica a la misma y a prácticas socioculturales que mantenían a nivel familiar y comunitario, como lo son las fiestas y demás espacios de convivencia cotidiana. El tratamiento recomendado por el personal médico de las unidades de salud a base de medicamentos hipoglicemiantes, dieta y ejercicio fue valorado de diferentes maneras y la adherencia al mismo se cumple en pocas ocasiones.

En el contexto estudiado y entre las personas entrevistadas se encontraron problemáticas estructurales como la pobreza y el deterioro de las prácticas agrícolas de autoconsumo; así como diversas creencias y prácticas sobre la diabetes que no permiten una adecuada prevención y control en conformidad con la normatividad médica. Los hallazgos muestran que se requieren enfoques interculturales e interdisciplinarios que den cuenta amplia de una problemática como la diabetes en diferentes ámbitos socioculturales y permitan desarrollar estrategias educativas apropiadas s para cada contexto en el que tiene lugar esta problemática de salud, para así promover prácticas preventivas coherentes con las diversas formas de vida de las poblaciones.

Palabras clave: Diabetes mellitus, alimentación, causas, tratamiento, Chiapas.

Abstract

This article aims to analyze the connection between mellitus diabetes (Md) and nourishment from the perspective of people with diabetes (PWD), in terms of causation and treatment.
The information presented is based on 14 interviews with residents of the municipalities of La Independencia, Las Margaritas and La Trinitaria, in Chiapas, Mexico. At the time of being interviewed, they referred having obtained their Diabetes diagnosis in medical contexts. Concerning nourishment, the paper deals with prescribed diets, the difficulties to adhere to them, as well as the health complications caused by the lack of observance.

The studied rural localities have, on the one hand, agricultural problems, with a decreasing production of maize and beans, while on the other hand, a high offer of industrialized and high-calorie foods. The PWD listed among the causes of diabetes, genetic inheritance, the frights and upsets, as well as poverty and malnutrition. Regarding the latter issue, the interviewees gave account of difficulties in accessing to a healthy diet, due to their lack of affordability, and also to socio-cultural practices they maintain at the family and community levels, such as gatherings and celebrations.

The recommended management by the medical staff of the health units, based on hypoglycemic medication, diet and exercise was variously regarded by the interviewees, who also referred to barely meeting the medical standards of compliance.

Both in the studied context and among the interviewees, we identified structural struggles, such as poverty and the deterioration of the subsistence agricultural economy, as well as beliefs and practices about diabetes hindering prevention and control in accordance with medical normativity. The findings show that intercultural and interdisciplinary research perspectives giving account of diabetes as a multidimensional health problem which takes place in different socio-cultural milieus are needed. Accomplishing this endeavor will make it possible to develop educative strategies for diverse contexts, in the aim of friendly encouraging preventive practices.

Keywords: Mellitus diabetes, Nourishment, causes, treatment, Chiapas.

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que se caracteriza por falta de producción de insulina en el páncreas y por tanto la elevación de la glucosa en la sangre. Es la primera causa de muerte en México y la prevalencia nacional de DM en adultos de 20 y más años de edad ha incrementado considerablemente de 7.5% en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Olaiz et al, 2007), actualmente las cifras son de más del 10%.

En Chiapas, un estado con altos índices de marginación, pobreza y desnutrición, la diabetes ha ocupado desde hace más de una década también el primer lugar en mortalidad. El análisis por municipios del estado muestra algunas diferencias en el número de lugar que ocupa, sin embargo se observa un traslape con enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, desnutrición y tuberculosis en las 20 primeras causas (Grafico I), dando cuenta que las condiciones de vida de las poblaciones han sufrido transformaciones que no han resuelto la pobreza, ni erradicado las enfermedades infecciosas. Por tanto, los retos de la salud pública residen en combinar estrategias interdisciplinarias, interculturales y multidimensionales, en concordancia con la reducción de la desigualdad socioeconómica, en la afirmación de que la salud es un hecho social.

Acorde con lo anterior, en el objetivo de comprender las experiencias y prácticas de alimentación de las personas con diabetes de tres municipios fronterizos de Chiapas, nos acercamos a un grupo de población que afronta rezagos en la atención de los servicios de salud.

Estado del arte

Algunos estudios recientes con enfoque antropológico han dado cuenta de los factores socioculturales que inciden en la problemática de la diabetes entre poblaciones mayas. Se identifica primeramente baja utilización de los servicios públicos de atención médica, con altas complicaciones y mortalidad por diabetes (Page, Eroza, Acero, 2018). Los resultados de las experiencias y representaciones sociales de la diabetes en la población, dan cuenta de "exclusión hacia los grupos étnicos en el ámbito de la salud, en tanto los índices más negativos los siguen presentando quienes menos tienen y quienes reciben una atención deficiente y no adecuada a sus especificidades culturales" (Lerin et al, 2015).

Algunos estudios sobre diabetes y alimentación en contextos indígenas de México, apuntan el cambio alimentario (Alvarado et al 2001, Bastarrachea et al 2001, Montesi 2017) y principalmente el aumento en el consumo de refrescos embotellados (Page, 2013).

Respecto a la alimentación se han señalado dificultades económicas para poder cumplir con las recomendaciones (Moreno, 2006; Acero 2012) y como causa principal en la aparición de complicaciones (Yañez, 2016; Acero, 2019), además de las emocionales y descuidos en la adherencia en el tratamiento farmacológico.

Contexto de estudio

Los tres municipios fronterizos corresponden a la de la región XV Meseta Comiteca Tojolabal (2011) y son colindantes con la frontera de Guatemala. Las Margaritas fue el primer municipio establecido como tal en 1871, La Trinitaria en 1915 y La Independencia en 1968. La pavimentación de la carretera de cada municipio a Comitán de Domínguez, fue realizada en Las Margaritas en 1970, en La Trinitaria en 1978 y en La Independencia en 1983 (www.ceieg.chiapas.gob.mx).

Las Margaritas es el municipio más grande, tanto en extensión territorial como en población con 3 014.38 km2, seguido de La Trinitaria con 1 602.19 km2 y, finalmente La Independencia con 514.03 km2. En 2015, en Las Margaritas había 122 921 habitantes, en La Trinitaria 76,917 habitantes y en

La Independencia 44,891 habitantes (www.ceieg.chiapas.gob.mx).

Diabetes, morbilidad y mortalidad

La diabetes mellitus ha estado entre las principales causas de muerte en los tres municipios desde el año 1995 (3er lugar en La Independencia, 6to lugar en Las Margaritas y 14vo lugar en La Trinitaria); en 2000 se convirtió en la primer causa en La Independencia (pasando de cuatro a siete fallecimientos) y en La Trinitaria (de tres a 17 muertes), en Las Margaritas subió al tercer sitio (pasando de siete a diez muertes) y, en 2005 ocupó el primer lugar con 19 personas fallecidas. En La Trinitaria, ocupó el segundo lugar en 2010, superada por la desnutrición calórico protética por 43 muertes más; volviendo al primer sitio en 2015 (SSA, 2018).

En 2016, siendo la primera causa de muerte en los tres municipios, fallecieron 34 personas en La Independencia (19 hombres y 15 mujeres); 52 personas (26 hombres y 26 mujeres) en Las Margaritas; y 74 personas en La Trinitaria (34 hombres y 40 mujeres). Tomando en cuenta la tasa de mortalidad por causa y cada 1 000 habitantes, la más alta corresponde al municipio de La Trinitaria con 0.88, seguida de La Independencia con 0.74 y, finalmente, Las Margaritas con 0.42 (SSA, 2018).

Economía

El maíz, frijol, chile verde, tomate rojo y verde, son los principales cultivos en estos municipios. En La Independencia, en 2016, la superficie sembrada de temporal de 18 968 hectáreas, 803 hectáreas de riego y 9 657 de tipo mecanizada; en Las Margaritas, de temporal fueron 39 229 hectáreas, 60 hectáreas de riego y 15 086 mecanizada; y en La Trinitaria 26 790 hectáreas de temporal, 1 159 hectáreas de riego y 17 664 hectáreas mecanizada (INEGI, 2018). En comparación al 2000[5], Los tres municipios disminuyeron el número de hectáreas sembradas de los principales cultivos, en el primer caso de 21 349 a 19 771 hectáreas; en el segundo caso de 39 916 a 39 289 hectáreas; mientras que La Trinitaria de 39 763 a 27 949 hectáreas (INEGI, 2018).

Otros productos cultivados, son el café en los tres municipios, plátano en Las Margaritas y en La Independencia, sorgo y cacahuate en La Trinitaria y naranja y piña en Las Margaritas.

El número de productores beneficiados por el programa PROAGRO en los tres municipios disminuyó: en La Independencia de 5 820 (1994) a 4 050 (2016); en Las Margaritas de 15 259 (1994) a 9 116 (2016) y en La Trinitaria de 11 512 (1994) a 5 860 (2016) (INEGI, 2018).

Índices de desarrollo humano

En relación al rezago social y marginación, en 2010, Las Margaritas tenía 31 localidades en el nivel muy alto, 122 en alto, 119 en medio, ocho en bajo, uno en muy bajo y 147 sin datos; en La Trinitaria: cinco en nivel muy alto, 30 en alto, 152 medio, seis en medio, 14 en muy bajo y 191 sin dato; y en La Independencia: 2 en muy alto, 31 en alto, 55 en medio, 12 en bajo, una en muy bajo y 12 sin datos disponibles (www.ceieg.chiapas.gob.mx).

Deterioro de la economía agrícola

Los datos arriba expuestos, no dan cuenta de impactos abruptos respecto al decrecimiento de la agricultura, algunos de los entrevistados dejan entrever que la región ha experimenta la transición de una economía basada en la producción de maíz con fines comerciales y de autoconsumo, a una fincada en el trabajo asalariado y el comercio.

Se observa como una de los grandes factores al respecto, el deterioro de condiciones medio ambientales, como una dimensión que opera en de-

5 Primer año que se tiene dato en los más recientes en el Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos (INEGI, 2018).

trimento de la producción agrícola, que desde hace décadas ya se había visto afectada por la introducción de agroquímicos. Si bien éstos aumentaron los volúmenes de producción, también empobrecieron gradualmente la calidad de las tierras cultivables, a lo que se han venido a sumar los efectos del cambio climático, que entre otras cosas ha vuelto imposible para los campesinos, predecir la llegada de las precipitaciones pluviales y por lo mismo, saber cuándo sembrar o tener garantías de lograr una adecuada cosecha durante el año. Todo lo cual ha vuelto complicado mantener una apropiada producción de alimentos en el nivel local. En complemento con lo anterior, la necesidad de incursionar en actividades económicas remuneradas ha ido de la mano con la adopción de nuevos patrones de consumo de bebidas y alimentos adquiridos comercialmente, que los entrevistados no consideran saludables. Hay quienes a pesar de tales circunstancias, persisten en el intento de producir sus propios alimentos, aún de manera precaria.

Método

Se realizaron 14 entrevistas a profundidad a personas residentes de las localidades bajo estudio. Se utilizó una guía de preguntas abiertas para conocer las experiencias y prácticas sobre el diagnóstico y causas de la diabetes, alimentación, actividad física y tratamiento médico. Los participantes fueron adultos ya con diagnóstico médico de diabetes, con ocupación de hombres en la agricultura y para mujeres en el hogar. (Tabla 1)

Resultados

Causas de la diabetes

Los testimonios de las personas entrevistadas sobre las causas de la diabetes se resumen en la Tabla 2, refieren diversos factores desde el ámbito médico y desde los comentarios de personas de las comunidades y familias. Es de mencionar al respecto que por regla general, las personas entrevistadas dan cuenta, cada uno, de más de una posible causa, sin terminar por inclinarse enteramente por alguna de ellas.

Herencia. A partir, al parecer, de lo que han aprendido del discurso médico, el tema de la herencia genética denota ser uno de los principales referentes. Sin embargo, los participantes lo hacen mayormente basándose en el hecho de identificar dentro de su entorno familiar, a individuos ya fallecidos que les antecedieron en calidad de personas diabéticas, y contar con alguien entre sus propios parientes vivos, quien hacia el mismo periodo que ellos padecía la enfermedad, lo cual aplica respecto a dos pacientes entrevistados del municipio de La Trinitaria, quienes eran hermana y hermano.

Emociones. Las emociones constituyen otro causal recurrentemente mencionado, en ocasiones se trata de una aserción mayormente basada en vivencias propias, en la cual se advierte una asidua relación entre experimentar determinadas emociones de manera abrupta, aunque en ocasiones recurrentes a lo largo de la vida de las personas, y el inicio de síntomas y/o malestares.

Eventualmente, el rol de las emociones se expresa asociado a eventos traumáticos de gran dramatismo. En un caso particular ello se refiere a una persona de origen guatemalteco que había experimentado en carne propia la violencia asociada a la guerra civil guatemalteca, la cual propició el éxodo de muchos habitantes del país centroamericano hacia las zonas fronterizas de Chiapas. Personas que hoy día también forman parte del perfil poblacional de esta región del estado.

Actividad física. Fue únicamente uno de los participantes que refirió el hecho de haber dejado de practicar deporte como una de las causas que contribuyó a su diabetes. Así mismo, solo en un caso se mencionó el designio divino, aunque tampoco de manera excluyente respecto a otras causas.

Procesos estructurales. Algunos participantes también identifican procesos estructurales que operan

como grandes causales de la diabetes y otras enfermedades. Algunos de ellos refieren aspectos ambientales y económicos, como la escasez de lluvias anuales, uso de agroquímicos, como una dimensión que también participa directa o indirectamente en la disminución de la producción agrícola y por ende de alimentos, y en consecuencia, en la vulneración de la población frente a la diabetes y otras enfermedades.

> Nosotros rentábamos terreno para sembrar porque no tenemos propio, de ahí mismo comíamos. Ahorita ya no sembramos. Anteriormente, cuando vivían mis padres, llovía más, todo estos meses de octubre subía el agua en las milpas pero ahora no. Fuimos agricultores, cosechábamos maíz, frijol, todo eso. No sé (porqué cambió), por tantas cosas que hay en el mundo (Hombre, 57 años, Las Margaritas)

> Ahora un año sembramos maíz pero como no llovió, acabó todo (Mujer, 57 años, Las Margaritas)

> Todo lo que comemos también ya está fumigado con químicos; el pollo, para tener un pollo el alimento ya no es como las gallinas de antes que comían hierbita o montecito, ahora ya no, si queremos comer un pollo de granja, el alimento que le dan está contaminado. El ganado, para que esté bien gordo le inyectan, eso es lo que nos afecta (Hombre, 45 años, La Trinitaria)

Hábitos alimenticios. Se observó que, al parecer, la identificación de esta causa se da, principalmente, por influencia de la visión y el diagnóstico médico, y en cierta medida también a través de la propia experiencia. Es de destacar que entre las personas entrevistadas hubo quien, aunque reconoció antecedentes familiares de individuos con diabetes, sugirió que en ello también pudieron haber intervenido hábitos alimenticios. Ello hace pensar en la presencia de una herencia cultural que también puede vulnerar a la gente frente a la diabetes a través de generaciones.

> Principalmente por el modo de vida y a la alimentación, en los genes también, porque mi papá falleció de eso, pero él lo supo hasta que falleció, porque antes no se acostumbraba ir con el doctor, trabajando en su cultivo se sintió mal, se desmayó, lo bueno que estaba un hermano ahí con él y lo llevó al doctor. (Hombre, 54 años, La trinitaria)

Dificultades de adherencia del tratamiento no farmacológico

Dada la necesidad de mantener talla y peso saludables, acorde con los estándares médicos, los entrevistados también dan cuenta de haber, en un determinado momento, recibido la indicación de realizar actividad física. Algunos refirieron hacerlo hasta cierta medida, según sus posibilidades. No obstante, uno de los temas de debate al respecto reside en el argumento, por parte de algunos de ellos, en el hecho de que sus faenas cotidianas resultaban equivalentes a la cantidad e intensidad del esfuerzo médicamente prescrito, con lo que asumían que no era necesario emprender el tipo de actividad física recomendada.

> Poco (ejercicio hago) porque me fatiga, media hora nada más. Me dijeron que si sale uno a caminar por hacer mandado no se vale, sí hay que hacer pero solo especialmente a eso. Salgo a caminar aquí al lado de la casa, voy con mi hermano… Cuando tengo tiempo salgo a caminar. Camino, pero no todos los días, cada vez que puedo, porque el quehacer de la casa es mucho. Tengo que ir al molino, tengo que tortear, hacer desayuno por eso sólo cuando puedo voy. A la semana voy como dos veces nada más, es que tengo que hacer comida para mi hermano y para mí, porque él vive solo, es el más chiquito. Cuando me siento sin fuerzas, es difícil porque tengo que hacer mis quehaceres y no tengo fuerzas (Mujer, 69 años, La Trinitaria)

En lo que concierne a la actividad física, las dinámicas laborales, así como las familiares de los entrevistados también aparecieron como un motivo que limitaba la posibilidad de practicarla. Algunos de los participantes antepusieron como imposibilidad, problemas de salud adicionales.

Las dietas prescritas y las respuestas ante las mismas

En relación a las dietas prescritas por el personal médico a los pacientes, la mayoría de ellos refirió seguirla, aunque ninguno reportó estar haciéndolo al cien por ciento, sino más bien a través de diversas mediaciones con matices particulares en cada caso.

Hay quienes mencionan haber dejado de consumir solo determinadas bebidas y comestibles que les habían sido contraindicadas, otros más haberlas espaciado, así como también haber reducido la cantidad de su ingesta. También se habla de solo observar la dieta por periodos. Parece pesar en todo ello, el hecho de estar habituado a determinados alimentos y la resistencia a prescindir de ellos, lo que supone una asumida imposibilidad de adherirse por completo a una dieta. Se advierte en ciertos casos, que dicha mediación propicia la elevación de niveles de glucosa, de la presión, así como otros malestares. Hay quien menciona al respecto, que eran las propias molestias y el temor aprehendido a partir de las mismas, lo que le orillaba a evitar la ingesta de alimentos contraindicados.

Cabe recalcar el caso de un hombre que establece una diferencia entre consumir alimentos contraindicados en la mañana y hacerlo en la tarde; adujo que esta última opción le ocasionaba estar yendo a orinar más veces de lo que juzgaba normal. Con todo, algunos participantes, denotan un dejo de pesar por la pérdida de ciertos placeres culinarios ante los rigores, por ellos asumido, de su régimen alimentario.

Es de destacar que aunque algunos entrevistados refirieron haber espaciado o reducido el consumo de determinados comestibles, ante la pregunta expresa en torno a qué habían desayunado y comido las personas el día anterior al de la entrevista, tendieron a mencionar comestibles juzgados médicamente problemáticos. Algunos informantes señalaron no restringirse cuando participan de festejos en los que alimentos y bebidas contraindicadas son parte de los mismos.

Es de destacar también el hecho de que, a excepción de refrescos embotellados, los consumibles mencionados en calidad de causantes de altos niveles de glucosa y alta presión, así como otros malestares, fueron mayormente alimentos que son parte de su cultura culinaria, al menos dentro de sus ámbitos familiares. .

En un caso particular se da cuenta de una suerte de mediación de consumo de azúcar, basada en las respuestas que el cuerpo expresa ante la ingestión de determinados alimentos.

Hay también quien basándose en percibidas ineficacias de las restricciones, pone en entredicho preceptos médicos y selecciona a su propio parecer, qué medidas alimentarias seguir y qué otras desestimar. Se trata de una mujer tojolabal, quien además cuestionaba la conveniencia de llegar a estar sumamente esbelta como un síntoma de salud, y por otra parte desestima el hecho de no ajustarse enteramente a su régimen dietético, asumiéndose protegida al acompañar sus comidas con agua de quina.

Son de mencionar también ciertas traducciones que los pacientes hacen de algunos mensajes, se puede hablar por ejemplo, del caso de una de las entrevistadas, que en respuesta a la indicación de no consumir maíz, decidió substituir las tortillas hechas con dicho grano, por las de maseca, que se adquieren en las tortillerías.

Se entrevé en algunos testimonios, que hasta cierto punto, las transgresiones dietéticas conllevan un fundamento emocional que actúa en calidad de paliativo ante el sufrimiento ocasionado por no ser

posible saciar las apetencias de los alimentos, ahora prohibidos, que siempre habían disfrutado.

Respecto a la mujer tojolobal, es de llamar el hecho de que antepone como argumento para no llevar una dieta rigurosa, el riesgo de adelgazar en demasía, lo cual para ella constituye un síntoma inequívoco de mala salud.

En términos generales se puede decir que lo referido por los entrevistados respecto al estatus de sus dietas, éste se desliza entre argumentos justificadores y autocomplacientes, pero también está presente el temor de ver aún más afectada su salud por no adherirse enteramente al régimen dietético, en lo que también interviene el hecho de que refieren haber experimentado elevaciones de sus niveles de glucosa y otros malestares.

> Como de todo un poco pero menos que antes. Coca ya no lo tomo, eso es lo que más lo voy retirando, ya no consumimos, ni otro refresco tampoco. Galletas sí, pero muy poco, ya no es que lo esté consumiendo como si estuviera yo muy bien. Trato de llevar la dieta pero no se puede completamente, los doctores dicen que comer una o dos tortillas, no comer pan, no consumir nada de dulce, pero yo lo que voy haciendo es que sí lo consumo, nada más que ya no abiertamente lo que sea porque ya me entró un temor de que eso es lo que me está dañando, pero sí lo consumo todavía, no es que ya lo dejé completamente (Hombre, 64 años, La Independencia)

> Sí (me recomendaron una dieta), trato de llevarla pero no se puede completamente, los doctores dicen que comer una o dos tortillas, no comer pan, no consumir nada de dulce pero yo lo que voy haciendo es que sí lo consumo, nada más que ya no abiertamente lo que sea porque ya me entró un temor de que eso es lo que me está dañando, pero sí lo consumo todavía, no es que ya lo dejé completamente (Hombre, 64 años, La Independencia)

> En nutrición allá en el centro de salud (me recomendaron la dieta). He dejado de tomar café, el pan tampoco lo tomo, azúcar tampoco, mi café ya no lo tomo con azúcar, cuando tomo café de repente pues lo tomo amargo, mis tecitos, procuro de no tomar con azúcar, tomo té de limón; tampoco tomo refrescos embotellados, ni porque vaya a una fiesta, sí lo recibo pero no lo tomo porque es lo que nos hace más daño también. Dejé de consumir también grasas, más el aceite, también tortillas ahora como poco. (En el desayuno) A veces unas cuatro o tres; en la comida igual unas tres o cuatro. Pero son de maíz, no de tortillería. Al principio decía que no iba a poder (dejar todo eso), pero igual como mi mamá no lo toma y ella me dice: no lo tomes, es que te hace daño, debes de obedecer, debes de entender. Así, poco a poco lo fui dejando. (Hoy) Desayuné huevitos con frijolitos y mi vasito de té y cinco tortillas; como a la una de la tarde comí chorizo con frijoles y mi tortilla con un vasito de agua, en la cena trato de comer un chayotito hervido mejor y ya con eso. Antes sí me daba hambre en la noche pero ahora ya no, ya acostumbré mi panza. Poquito (me da hambre entre comidas) pero me espero o a veces tomo un vasito de agua, pero no como nada (Mujer, 37 años, La Independencia)

> Dice el médico particular que me dio de alta: "No quiero que haga mucha dieta" "sí" le dije, yo creo que la dieta me va a matar, la azúcar no, pero la dieta sí, yo he visto muchas personas que tienen diabetes y que siguen una dieta rigurosa y están delgaditos, flaquitos. Yo ya estuve una vez así de flaquita pero por tener tantos hijos y ya no quiero volver a estar así… Sí, todo (me explicaron) Pero le dije que yo no iba a llevar la dieta rigurosa, le iba a bajar a todo, podía evitar las papas y harinas eso sí, no me hacía falta en mi comida… La coca la sigo tomando, ya no como antes, ahora es un vasito, ante tomaba tres litros en el día, tenía que ser para mí y le ponía saliva para que nadie de mis hijos lo tomara y no me quitaran mi coca. Eso fue hace años… (Me recomendaron) No comer papa, no comer

> huevo, no comer demasiado, sólo dos tortillas, y le dije: "dos tortillas no me va a llenar doctora, algunas frutas sí me gustan algunas no, las uvas, la piña no". Me dijo, "pues ni modo, coma otras cosas, pero eso sí muchas verduras". (…) Azúcar no, poco, lo bajé porque incluso me compraban Splenda en sobrecito pero no, dije "si me siguen checando y sigue igual de alta la azúcar entonces en nada me beneficia", entonces regresé al azúcar, pero poco; la sal poco (…) Yo evité porque eran bolsas de dulces que comía, bolsas compraba de todos los dulces que me gustaba y me sentaba a comer. Ese vicio me lo quité, no como chocolates, no como dulces, es muy raro, hay veces que me pongo temblorosa y sé que me hace falta azúcar… La carne tal vez medio kilo a la semana, más son frutas, verduras, los frijolitos que esos sí no faltan, arroz y sopa ya no. No tengo una dieta estricta porque sí tomo lo que debo tomar pero en eso en medio mi agua de quina que no tiene sabor, tantito amargo pero muy leve…. (Mujer, 54 años, Las Margaritas).

Todo lo anterior también supone contar con el apoyo familiar para sobreponerse a las tentaciones y poder adherirse a las dietas.

> Sí me cuidan, me dicen que no coma yo algo o tome algo porque tengo diabetes, me dicen: "no lo comas porque no lo debes de comer, sabes que no lo debes de comer, no lo hagas". Pero no me dicen así de que soy diabética, porque a veces como se lo dicen pues está uno con el pensamiento de que soy diabética, eso no me pasa a mí (Mujer, 37 años, La Independencia)

El registro de la dieta a través de un recordatorio de 24 horas del día anterior a la entrevista muestra la poca diversidad en el consumo de alimentos (Tabla 3). Los segmentos de entrevistas referidos a las dietas, además de dar cuenta de muchas ambigüedades, si se quiere inconsistencias, al menos desde la perspectiva médica, también dejan ver dificultades de diversa índole, que supone a los entrevistados llevarlas a efecto, aún con sus propias adecuaciones. Sin embargo, dan cuenta también de otras dificultades que hacen aún más complicada dicha empresa.

Una de las razones se refiere al hecho, como hemos visto, de tener que prescindir de bebidas y comestibles a los que se está habituado. Otra más a la necesidad de abstenerse cuando en el entorno familiar, los demás consumen delante de uno aquello que ha sido prohibido, lo que resulta la otra cara de la moneda respecto a lo señalado líneas arriba respecto al rol que puede adquirir la familia. Resulta manifiesta también la idea de que la rigidez de las dietas, supone, como también ya se ha visto, no satisfacer por completo el hambre, así como también dejar de ingerir alimentos que aportan energía al cuerpo, lo que por tanto lo debilitaría. Se trata por tanto, de visiones que se oponen decididamente a la de los médicos. Participan también detalles técnicos que al parecer no siempre resultan fácil de atender, como lo puede ser la medición de las cantidades de alimento a consumir, que a los pacientes les son indicadas.

> Porque está uno acostumbrado a comer de todo (Mujer, 69 años, La Trinitaria)

> Dijeron que no tengo que comer cualquier cosa dulce, carne de marrano, pensé mal, a veces miro que mis hijas comen carnes, se me antoja (Mujer, 49 años, Nuevo Porvenir, La Trinitaria).

Otro factor de peso concierne a las actividades laborales que algunos de los informantes desempeñan. Intervienen al respecto los horarios y la duración de la jornada de trabajo, así como el esfuerzo físico que tales actividades demandan. Respecto a los tiempos, el argumento alude a la dificultad de consumir alimentos a las horas recomendadas, mientras que lo que compete al esfuerzo físico de la labor desempeñada, se asocia con la necesidad de consumir más comida de la conveniente. Supone el desgaste de energía y la necesidad de restituirla.

Todo lo anterior suele traducirse en la elevación de niveles de glucosa, de la presión, así como experimentar diversos malestares. En algún caso se menciona como problema, la baja de la glucosa, lo que demanda ingerir azúcar o consumibles que la contengan.

Dificultades de adherencia a las dietas

Es de hacer notar, que en todos los casos que dentro de este pequeño universo de estudio, son hombres quienes anteponen sus circunstancias laborales como impedimento para llevar la dieta indicada. No obstante, por el reducido número de casos documentados, no se puede decir nada concluyente al respecto, ni mucho menos hacer generalizaciones.

> Más o menos (he seguido la dieta) porque cuesta trabajo. He disminuido el azúcar y los refrescos embotellados; el problema es de nosotros que no se cumple todo. Es que se olvida, porque todo es medido (…) cuando salgo a veces llevo algo de comida, pero a veces no hay. Cuando tengo bastante hambre pues como bastante. Las cantidades son el problema, y pues ya no se digiere todo, si aumenta un poquito pues sube. Cuando voy a trabajar, pues desayuno bastante, aunque sea verdura; tortilla, más o menos, lo suficiente. En ese sentido, por eso no se ha podido controlar, no come uno a sus horas, porque dicen que debe haber una hora de desayuno, una de comida, cada tres horas dicen que debe uno de comer, a veces no hay tiempo. Nos pasamos de la hora y ya con hambre come uno bastante (Hombre, 54 años, La trinitaria)

> Más o menos (la enfermedad se controla) porque no llevo al cien la dieta. Es que no se puede porque como trabajamos en el campo, tenemos que comer, ahora sí para tener fuerza, porque si llevo una dieta de una tortilla para la comida, pues voy a caer de tanta debilidad. Nosotros consumimos de por sí casi lo normal porque si no ya no va uno a tener fuerzas para trabajar, tiene uno que consumir, entonces la dieta no la he podido llevar al cien por ciento, la llevo pero un poquito. Lo que voy tratando es de no consumir mucho dulce, el pan también he comido pero no igual, eso es lo que lo voy dejando (Hombre, 64 años, La Independencia)

> Sí (tengo dificultades para llevar mi alimentación), por mi trabajo…. Desayuné chilaquiles, no comí nada. A veces (me traspaso), como ayer. Hasta como las diez de la noche que fui a cenar pollo. No, para nada (me siento mal cuando me traspaso) Refrescos, jugos, cerveza, licor, alcohol más que nada (me han dicho que deje de tomar). Pero si tomo de vez en cuando (Hombre, 40 años, La independencia)

Los entrevistados también refieren las carencias económicas como un impedimento para consumir el tipo de alimentos prescritos, en algunos casos interviene la imposibilidad de adquirirlos en sus poblados de residencia, con lo que en la opción para adquirirlos fuera, por ejemplo en Comitán, también les implica gastos que arguyen, les resulta difícil afrontar. A lo anterior hay quien añade la dificultad de producir alimentos como consecuencia del cambio climático y la necesidad de adquirir las verduras comercialmente. En algunos casos, se infiere que la imposibilidad de trabajar por los efectos de la enfermedad, también impacta en esta problemática.

> Aunque quisiéramos agarrar una dieta pero a veces no hay el dinero suficiente para poder llevar esa dieta como dicen los doctores, o los nutriólogos que nos dan plática. Quisiéramos llevar la dieta que ellos nos dicen, pero no es de que no entendamos sino de que los recursos no hay los suficientes para comprar todos los alimentos. Por ejemplo, de nutrición nos dicen que debemos de comer cinco frutas diarias, diferentes, que las debemos de consumir a diario. Por ejemplo el café, debemos de comprar Canderel para tomar nuestro café y pues está muy caro el

Canderel y yo no trabajo, sólo mi esposo, necesito mandar a mis hijos a la escuela y pues no puedo comprar; las frutas igual, no puedo comprar a diario cinco frutas diferentes por lo mismo de que no hay recurso para comprar suficiente, sólo para ir comiendo al día, así que yo creo que sube (la azúcar) más que nada por la dieta (Mujer, 37 años, La Independencia)

Sí, una dieta difícil que no se puede cumplir porque es difícil de conseguir, en ocasiones no hay recursos. Tener un control sobre el alimento, no consumir grasas y otras cosas, es difícil llevarla… No (la seguí) porque es difícil encontrar algunas cosas en la comunidad y tendríamos que salir a Comitán para conseguirla y a veces no hay los recursos (Hombre, 54 años, Ranchería La Unión, La Independencia)

Pues todo afecta, si no hay lluvia no hay cosecha, todo es más caro, ya no podemos comprar las verduras porque están más caras. Sí, comprar verduras es más caro que comprar carne (Hombre, 54 años, La trinitaria)

Más que nada el dinero para comprar. Al menos un diabético, ¿qué puede comer? (Hombre, 45 años, La Trinitaria)

Los entrevistados también anteponen la dificultad de evitar consumibles inconvenientes para su salud, ciertas situaciones sociales en las que se asumen comprometidos a hacerlo. De acuerdo con uno de los testimonios al respecto, puede haber una fuerte presión social hacia quien se encuentra en la necesidad de abstenerse, ante la cual sin embargo, existen recursos para resolver tales situaciones en favor de la propia salud.

A veces si me ha pasado de que me ofrecen refresco, pero como lo sé que no lo debo de consumir, pues si tomo un poquito nada más. Pero sólo cuando tenemos eventos nada más. El trago también tomo pero en reuniones y no es seguido, pero tomo bastante como unos tres litros (Hombre, 64 años, La Independencia)

Procuro no decir que soy diabética, si me dan algo en las fiestas no lo como, si lo acepto pero no lo como y procuro no decir que tengo diabetes, a veces me preguntan: ¿por qué no comes?, porque no, le digo, mejor un vaso de agua (Mujer, 37 años, La Independencia)

Pues en el aspecto de la comida sí, nos hacen burla. Donde estaba trabajando, me llenaban el vaso de refresco, es una piedra grande donde pasábamos a comer, ahí diario llevaban una Coca, llenaban el vaso y me lo ponían ahí, yo sacaba mi botella de agua. Como unas cuatro veces me los pusieron, les dije: Para qué están desperdiciando, si lo miran que no lo tomo, tómenlo ustedes que se sienten bien, yo no porque soy diabético. Ahí decía uno que vive aquí no más: Yo soy diabético también pero me vale, yo tomo, si me dan más yo me lo hecho. Un día iba rechazando, yo le di la paga pal pasaje porque no iba a poder seguir trabajando, le dije: ¿Ya lo viste?, el refresco hay que tenerle respeto. Como burla me dejaban el refresco, compraban cáscara de chicharrón, me daban, les decía que no podía comer, pero sí lo agarraba y lo traía para la casa. En eso es que se burlan pues porque no se puede consumir, uno no se siente mal porque yo voy a ver por mi vida, ahi que te critiquen (Hombre, 60 años, Las Margaritas)

Efectos en la salud

Los hábitos alimentarios de los entrevistados, en calidad de pacientes con diabetes, no dejan de ser problemáticos en relación a sus niveles de glucosa, lo que principalmente también se traduce en mayores elevaciones de la propia glucosa, en un caso, en ataque cardiaco.

Sí (he tenido altos y bajos niveles de glucosa)… Pues (por) la deficiencia de comida, como me

dicen que no debo de comer frijol, carne, rábano, pozol, tortilla, huevo y ¿ahora cuál es? trato de evitar eso, ya lo demás a lo mejor se puede, pero por los recursos no lo conseguimos (Hombre, 54 años, Ranchería La Unión, La Independencia).

Según sé, que cuando ya subió la azúcar es cuando da mucha hambre, o sea, no se puede pasar de comer porque se empieza a sentir mal. La verdad, tendrá como unos cuatro o cinco meses, era muy comelón, no me inyectaba la insulina y a cada ratito comía, eso también me hacía mal a mi estómago, el comer demasiado; ahorita como estoy con la insulina y las pastillas pues yo creo que como lo normal (Hombre, 45 años, La Trinitaria)

Una de las veces que me he descuidado, ya estaba yo rechazando, casi lo llegué a tener a 400. Se me subió así porque me descuidé de la comida, me estaba propasando de la comida y del trabajo. Esa vez me desmandé, hubo un cumpleaños de una mi nieta, los nietos me dieron bombón, me comí como tres bombones y al otro día era mi estudio, en la noche me sentí muy mal. Es que esos dulces no debo de consumir ya. ¿Qué siente? Mucha sed y muchas ganas de hacer pipí, se me descompone el estómago. ¿Cuáles han sido las causas? Por lo que come uno, a veces que se desmanda tantito (Hombre, 60 años, Las Margaritas)

En el caso de la mujer tojolabal, ella habla de complicaciones relacionadas tanto con algos niveles de glucosa como de muy bajos, lo que hacía el tema de su alimentación más complicado. Hemos visto sin embargo, en testimonios previos suyos, que en general sus hábitos alimentarios distaban de ser los deseados ante la mirada de la medicina, lo que también parece tener relación de que ella además padecía hipertensión y había experimentado fallos cardiacos.

Tengo el problema, y eso lo descubrió mi doctor que me empezó a atender, que después de un tiempo de que tenía muy alta la azúcar, en el día se me subía y en la noche se me bajaba, me levantaba mareada de noche y dijo: Déjese un juguito de esos de cajita cerca de su cama y se lo toma. Entonces todas las noches tenía que tomar un juguito dulce porque en la noche se me bajaba, ese es mi problema. Y eso me pasaba aun tomando medicamento. Le digo a la doctora que me está atendiendo ahora en el centro de salud que tengo medio rara mi azúcar, no sé si todos sean así pero en el día se me sube y en la noche se me baja, por qué, no sé (Mujer, 54 años, Las Margaritas)

Conclusiones

Las personas entrevistadas dan cuenta, en torno a su vivencia de la diabetes y la relación de ésta con sus prácticas alimentarias en calidad de pacientes, en primera instancia, que éstas están atravesadas por procesos que tienen lugar en la región donde habitan. Habiéndose basado en la producción agrícola, principalmente de maíz, la economía local ha experimentado el deterioro de dicho sistema y pasado a depender de actividades remuneradas y del abastecimiento comercial de comestibles y bebidas, lo que se advierte, va aparejado, si no al empobrecimiento de una gran parte de la población regional, por lo menos a una creciente dificultad para producir alimentos de manera estable y saludable.

Al dar cuenta, desde su perspectiva, de tales procesos, ellos enfatizan la incertidumbre de producir por sí mismos sus alimentos, ante los vivenciados efectos de los mismos, que precisamente se traducen en la incertidumbre de lograr cosechar el fruto de su trabajo a lo largo de cada ciclo anual. En algunos casos, tal expectativa pareciera pertenecer definitivamente al pasado.

En la misma medida, la necesidad de obtener comercialmente su alimentación, además de visualizarla, en calidad de pacientes con diabetes, com-

plicada por su falta de recursos, también lo hacen en torno a los riesgos que tal tipo de alimentación representa para la salud, al ser producida y procesada mediante procedimientos químicos. En relación a ello, aunque en sus testimonios se encuentra un consumo mayor de bebidas y comestibles industrializados.

En tanto que pacientes diabéticos, atrapados en la encrucijada de tales procesos, sus palabras dan cuenta también de las múltiples dificultades para cumplir con los mandatos médicos, dadas sus necesidades de subsistencia, las difíciles dinámicas que tales les imponen, como la carencia de recursos para adquirir los alimentos prescritos, así como el hecho de que algunos de ellos no son asequibles en sus poblados. Sin embargo, también denotan tener gran peso algunos aspectos de carácter sociocultural y hasta subjetivo en lo que concierne a cada uno de ellos.

El difícil dialogo que los entrevistados manifiestan con las dietas prescritas, sugiere basarse principalmente, de parte de ellos, en una suerte de nostalgia por la comida propia de su entorno cultural, con la que habían vivido, que era parte de su ámbito familiar y social en general y sobre todo parte del sentido del gusto incorporado en ellos. De ahí el tono dramático y enfadado de sus palabras al referir el impacto, que en lo cotidiano les causaban las prohibiciones y aún la resistencia a asumirlas.

Todo ello explica, al menos en parte, las ambigüedades y tirones que describen sus formas de negociar y/o traducir, no sólo con los preceptos y visiones médicas, también con el sufrimiento que por un lado, les causaban sus restricciones, y por otro con los estragos a su salud y los consecuentes temores que les ocasionaban sus propias transgresiones. Con relación a nuestros hallazgos, surge la necesidad de integrar plenamente estrategias de salud interculturales, no con el propósito de impulsar la integración entre "sistemas" médicos médicos científicos y populares, como algunos autores proponen (Bacigalupo 2018; Guzmán, 2016; OMS, 2008; Figueroa 2015; Almaguer, Vargas y García, 2014). Desde nuestra perspectiva, es primero necesario identificar la interacción entre procesos macro y micro que vulneran el bienestar y la salud de las poblaciones, así como el sentido más amplio y profundo de las concepciones y prácticas populares relacionadas con la salud y la enfermedad, y sobre todo el sentido que las personas otorgan a las mismas. Se trata de un cometido que demanda realizar investigaciones situadas y de largo aliento, en los diversos contextos en los que se tiene lugar la problemática de la diabetes.

A la luz de esta clase de comprensión, que es el mayor reto para los profesionales de la salud, una primera y modesta meta, sería alcanzar la apertura para establecer un dialogo horizontal, que posibilite, no solo nuestro entendimiento, sino que a raíz del mismo estemos en posición de negociar con la gente, las mejores estrategias para el logro de una prevención eficaz y la adherencia al tratamiento.

Referencias

Acero Vidal, Cecilia Guadalupe. (2019). Prácticas y representaciones sociales de las peronas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y su influencia en el surgimiento de complicaciones crónicas, Tuxtla Guiérrez, Chiapas. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.

_____ (2012). V*iviendo con la enfermedad. Comparación de cómo viven la diabetes mellitus tipo 2 las personas que acuden al centro de salud 'los pinos', en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas*. (Tesis de maestría). CIESAS, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Alvarado Osuna C, Milian-Suazo F, Valles-Sánchez V. (2001). "Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes". *Salud Publica. Mex*. N. 43. Pp: 459-463.

Almaguer Gonzales, Vicente Vargas Vite, Hernán José García Ramírez (coord.) (2014) Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Biblioteca Mexicana del conocimiento.

Bacigalupo 2018. Intercultural health, a decolonial proposal. Instituto Sudamericano de Gobierno en salud. www//interculturalidad/Intercultural%20Health,%20a%20Decolonial%20Proposal%20by%20Juan%20F.%20Bacigalupo.html. Consultado el 27/01/2019

Bastarrachea Sosa R, Laviada-Molina H, Vargas-Ancona L. (2001). "La obesidad y enfermedades relacionadas con la nutrición en Yucatán". *Revista de Endocrinología y Nutrición* Vol. 9, No. 2 Abril-Junio. pp 73-76. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Comité de Estatal de Información Estadística y Geográfica (CEIEG). (2018). Perfiles municipales. Recuperado de http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/informacion-estadistica/?maccion=17

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos. Recuperado de http://sc.inegi.org.mx/cobdem/index.jsp?recargar=-false

Lerín Sergio; Juárez, Cara y Reartes, Diana. (2015). "Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural". *Salud Problema*. Segunda época / año 9 / No. 17.

Montesi L. (2017). "La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca". Revista Pueblos y fronteras digital 12(23) • artículo junio-noviembre. ISSN 1870-4115, pp. 46-76.

Olaiz Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos.Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000.Salud Publica Mex 2007;49 supl 3:S331-S337.

Page Pliego, Jaime T. (2014). Un acercamiento a la mortalidad por diabetes mellitus en Chiapas y Tenejapa desde la antropología. En Page-Pliego (comp) *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública* Pp.195-214. UNAM. México.

Page Pliego, J., Eroza Solana, E. y Acero Vidal, C. (2018). *Vivir sufriendo de azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas.* San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. UNAM.

Secretaría de Salud (SSA). (2018). Datos estadísticos de mortalidad. Dirección de Servicios de Salud, Instituto de Salud en el Estado de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Anexos

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las personas con Diabetes Mellitus residentes en los municipios estudiados.

Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia	Peso	Estatura
Femenino	69	Soltera	Primaria inconclusa	Ama de casa	La Trinitaria	55	1.39
Masculino	54	Soltero	Preparatoria	Construcción	La Trinitaria	85	1.7
Masculino	45	Soltero con hijos	Secundaria	Técnico de radiadores	La Trinitaria	54	1.56
Femenino	49	Unión libre	Ninguno	Ama de casa	Nuevo Porvenir, La Trinitaria	40	1.55
Femenino	68	Casada	Primaria inconclusa	Ama de casa	Tziscao, La Trinitaria	96	1.60
Masculino	64	Casado	Primaria	Agricultor	La Independencia	71	1.65
Masculino	40	Unión libre	Primaria	Mecánico	La Independencia	77.5	1.72
Femenino	37	Unión libre	Secundaria	Ama de casa	La Independencia	62	1.55
Masculino	54	Casado	Secundaria	Agricultor	La Unión, La Independencia	66	1.62
Femenino	54	Casada	Normal incompleta	Profesora retirada, promotora de la cultura	Las Margaritas	91	1.67
Masculino	60	Casado	Primaria incompleta	Velador y hace pozos	Las Margaritas	68	1.70
Masculino	57	Casado	Primaria incompleta	Albañil (antes de la amputación)	Las Margaritas	61	1.50
Femenino	57	Casada	Ninguno	Ama de casa	Las Margaritas	54	1.50

Tabla 2. Datos de diagnóstico y evolución de la diabetes mellitus en las personas participantes

Sexo	Fecha de inicio	Síntomas	Causas	Familiares con DM2	Búsqueda de atención	Complicaciones
Femenino	10 de enero 2018	Mareo, vómito, diarrea, debilidad	Herencia, susto o disgusto y mala alimentación	Papá (amputación pierna)	1) Autoatención 2) Médico particular 3) Centro de salud	
Masculino	2013	Cansancio, agotamiento, dolor de cabeza	Mala alimentación y herencia	Papá (amputación pierna)	1) Análisis y médico particular 2) Centro de salud	
Masculino	2008	Sed, frecuencia al orinar, poco apetito, cansancio	Susto y exceso de sal en la comida	Papá y hermana (amputación dedo)	Centro de salud	
Femenino	18 de julio de 2016	Sed y frecuencia al orinar	Susto, disgusto o emoción fuerte	No	Médico particular	
Femenino	2006	Calor y sudoración	Susto, disgusto y tristeza	No	Centro de salud	Disminución de la vista
Masculino	2014	Mala cicatrización	No sabe, quizá el dejar de trabajar	No	Centro de salud	
Masculino	2005	Sin síntomas	Herencia	Papá y tíos paternos	1) Médico particular 2) Centro de salud	
Femenino	2016	Sed, frecuencia al orinar y pérdida repentina de peso	Problemas económicos y morales	Papá (falleció de gangrena), mamá y hermano	1) Nada 2) Autoatención 3) Centro de salud	
Masculino	5 de mayo de 2004	Dolor de cuerpo, huesos, cabeza y cansancio	Susto, aumento de peso y herencia	No.	1) Hierbas recomendadas 2) médico particular	Disminución de la vista
Femenino	2006-2008	Mareos	Susto y disgusto	Mamá	1) Médico particular 2) Centro de salud	
Masculino	1998	Sed, frecuencia al orinar y pérdida repentina de peso	Herencia y susto		1) Clínica de la ranchería 2) Centro de salud	Pérdida de dientes
Masculino	2015	Resequedad de la boca y pérdida repentina de peso	Mala alimentación	No	1) Nada 2) Curandero 3)Centro de salud	Amputación pierna
Femenino	2008	Sed	Mala alimentación	No	1) Análisis y médico particular 2) Centro de salud	

Tabla 3. Dieta y prohibiciones de alimentos de personas entrevistadas

Sexo	Alimentos				Desayuno	Dificultades para seguir la dieta
	Prescripción	Prohibidos	Ha dejado de consumir	Disminución en el consumo		
Femenino	Nutriólogo	Tortillas, grasas	Grasas, refrescos embotellados.	Tortillas y azúcar	• Desayuno: chayotito con sopita. • Comida: calabacita frita con un poquito de aceita nada más. • Cena: casi no cenamos	*Acostumbrado a comer de todo*
Masculino	Nutriólogo	Azúcar, grasas	Grasas	Azúcar, Refrescos embotellados	• Desayuno: Chayotes, calabacitas. • Comida: verduras, carne casi no como, pollo o pescado a veces. • Cena: unas dos tostadas con quesito.	*Olvido, estar fuera de casa, las porciones son pequeñas y el trabajo da hambre. Pues todo afecta, si no hay lluvia no hay cosecha, todo es más caro, ya no podemos comprar las verduras porque están más caras. No comer a sus horas, eso da más hambre.*
Masculino	Médico general	Sal, azúcar, café, dulce	Azúcar	Sal, grasas	• Desayuno: chicharroncito con frijol, pero la cáscara sin carne. • Comida: caldo de huevo pasado por agua y frijoles. • Cena:casi no ceno, tomé café amargo con galletita de ovaladas o de animalito.	*Económico y los alimentos procesados que venden en los supermercados que son malos*
Femenino	Médico general	Azúcar, café, carne de cerdo	Sigue comiendo de todo	azúcar, café, chile carne, cosas dulces,verduras y frijoles, tortillas, carne de cerdo	• Desayuno: verduras. • Comida:verduras y frijoles. • Cena: nada	*Antojo y lo económico*
Femenino	Médico general	Carne, pan, azúcar	Pescado	Carne, pan, azúcar	• Desayuno: frijolitos. • Cena: Pollo (que me regalaron) con verduritas	*No menciona ninguno*
Masculino	Médico general	Tortillas, pan, azúcar	Refrescos embotellados	Tortillas, azúcar, pan	• Como de todo un poco pero menos que antes.	*La dieta causa debilidad, no hay fuerzas para trabajar*
Masculino	Médico general	Refrescos y jugos embotellados, enlatados, cerveza, licor	Coca-Cola, Pepsi	Come de todo	• Desayuno: chilaquiles. • Comida: no comí nada. • Cena: pollo.	*El horario de su trabajo*
Femenino	Médico general	Azúcar, pan	Refrescos embotellados	Café, grasas, tortillas	• Desayuno: huevitos con frijolitos y mi vasito de té y cinco tortillas. • Comida: chorizo con frijoles y mi tortilla con un vasito de agua. • Cena: trato de comer un chayotito hervido	*Económico*
Masculino	Médico general	Carne, grasa, enlatados, frijol, rábano, pozol, tortilla, huevo	Refrescos embotellados	Pollo de rancho, sal, tortilla	• Desayuno: pollo asado. • Comida: caldo de camarón. • Cena:mpescado con camarón.	*Dieta difícil que no se puede cumplir porque es difícil de conseguir algunos alimentos recomendados aquí, en ocasiones no hay recursos. Es una dieta estricta. El cuerpo necesita esos alimentos si no te vuelves anémico, débil*
Femenino	Médico general	Médico particular: no haga mucha dieta porque eso me va a matar. Centro de salud: Pan, huevos, tortillas, sal, azúcar	Sigue comiendo de todo	Coca-Cola, tortillas, pan, sal, azúcar, papas, harinas	• Desayuno: frijol con huevo. • Comida: un pedacito de carne de pollo de rancho. • Cena: verduras.	*Se me va la fuerza. Recurso económico*
Masculino	Médico general	Carnes rojas, pollo muy despellejado o asado no mucho caldo	Dulces, chocolates, arroz, sopa	Disminuir porciones de los alimentos, pozol, chicharrón, pozol,	• Desayuno: frijoles y calabacitas así nada más hervidas. • Comida: caldo de caracol de río. • Cena: Casi no ceno, unas dos tortillas como quesadillas.	*Adelgazamiento excesivo, no quiero estar delgada, disgusto por el sabor*
Masculino	Nutriólogo	Azúcar, café, pan, sal, frijol, pozol, grasa, manteca	Harinas, refrescos embotellados	Tortilla de maíz, azúcar	• Comida:pescadito. • Cena: Un plátano o guineito.	*Económico*
Femenino	Nutriólogo	Azúcar, tortilla de maíz, res, puerco, pozol	Café, pan, refrescos embotellados, carne salada, pescado, caldos, pozol	Tortilla de maíz, azúcar	• Comida: pescado. • Cena: ya no muy cenamos	*Económico*